

اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر میزان شادکامی و خوشبینی نوجوانان

سامان کمری^{۱*}

رقیه زارعی^۲

محمد باقر ریحانی^۳

لیلا شیرجنگ^۴

احمد علی امامی^۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر افزایش میزان شادکامی و خوشبینی نوجوانان بود. روش پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش آموزان سال اول دبیرستان شهر شیراز بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر از آنها انتخاب شد و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۳۰ نفر) گمارده شدند. آزمودنی-ها به پرسشنامه های شادکامی آکسفورد و آزمون جهت گیری زندگی (LOT) پاسخ دادند. داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر افزایش میزان شادکامی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت ($P > 0/044$)، همچنین آموزش معنویت درمانی در افزایش میزان خوشبینی افراد گروه آزمایش نیز تأثیر معناداری داشت ($P > 0/017$). یافته ها بیانگر آن است که معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری نه تنها در درمان انواع بیماریهای روانی تأثیر دارد بلکه از آن می توان برای افزایش میزان شادکامی و خوشبینی افراد هم استفاده کرد.

واژه های کلیدی: معنویت درمانی، مثبت نگری، شادکامی، خوشبینی.

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول، Kamari.saman@yahoo.com)

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد مرودشت، شیراز، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد مرودشت، شیراز، ایران.

۵. دانشجوی دکتری مدیریت، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ی تغییرات عمیقی است که کودک را از بزرگسال جدا می‌کند. این مرحله، رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره‌ی تغییر و دگرگونی است. نوجوانان در این مرحله از رشد برای ورود به اجتماع بزرگسالان و مقابله با مسائل زندگی آماده می‌شوند که این مهم‌ترین دستاورد نوجوانی است. نوجوانان در این مرحله با مسائل و تغییرات در بسیاری از جنبه‌ها مواجه هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: مسائل مربوط به هویت‌یابی، استقلال‌طلبی، انتخاب رشته‌ی تحصیلی، تغییرات سریع فیزیکی و تغییرات گسترده‌ی شناختی، هیجانی و اجتماعی (نیومن و نیومن^۲، ۲۰۰۹). اخیراً توجه روان‌شناسان به دانش‌آموزان دبیرستانی معطوف شده است و گزارش‌هایی حاکی از شیوع مسائلی مانند افسردگی، بی‌انگیزگی نسبت به تحصیل و ناامیدی و عدم لذت از زندگی در دانش‌آموزان دبیرستانی است (نیکلسون و آیرس^۳، ۲۰۰۴). شیوع افسردگی در بین افراد جوان در سطح بالایی جهان را تکان داده است. نزدیک ۲۰٪ از افراد جوان یک دوره‌ی از افسردگی بالینی را در اواخر دوران دبیرستان تجربه می‌کنند (سلیگمن، ارنست، گیلهام، ریویچ و لینکینز^۴، ۲۰۰۹).

در اکثر جوامع انسانی عوامل مشترکی بر شکل‌گیری شخصیت در دوران نوجوانی تأثیرگذار است، از قبیل، جامعه، قومیت، خانواده، مدرسه، همسالان و مذهب. درک این عوامل می‌تواند در جهت افزایش سلامت روان افراد نوجوان کمک‌کننده باشد (نیومن و نیومن، ۲۰۰۹). توجه به این عوامل یک دیدگاه جدید نیست اما اخیراً محققین به بُعد معنویت^۵ و مذهب توجه فراوانی داشته‌اند و به این اشاره کرده‌اند که معنویت می‌تواند به نوجوانان در جهت داشتن سلامت روان کمک کند و آنها را از مشکلاتی روانی مانند افسردگی و ناامیدی‌های بخشند (راحی، رضوی نعمت‌اللهی و منظری توکلی، ۲۰۱۳). مشکلات تحصیلی و افت تحصیل از علائم رایج و از مشکلات جدی دانشجویان و دانش‌آموزان است. در موارد جدی‌تر افسردگی این مشکلات حتی گاهی به اخراج از مدرسه یا ترک تحصیل منجر می‌شود. تغییرات زیاد خلقی، افزایش رفتارهای مقابله‌ای، احتمال سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن از دیگر مسائل وابسته به افسردگی است (فریدبرگ و مک کلر^۶، ۲۰۰۲). وجود چنین مشکلاتی می‌تواند باعث افت عملکرد فعلی دانش‌آموزان در زمینه‌های مختلف تحصیلی و نیز موجب کاهش میزان شادکامی، امید به زندگی و رضایت از زندگی آنان شود. علاوه بر این بسیاری از این مشکلات می‌تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابند. بنابراین انجام مداخلاتی برای پیشگیری از تشدید این

1. Adolescent
2. Newman & Newman
3. Nicolson & Ayers
4. Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins
5. Spirituality
6. Friedberg, & McClure

مشکلات و ارتقای سلامت روان اهمیت دارد. یکی از مداخلات معتبر در این زمینه معنویت درمانی و آموزش اثربخشی این روش است (نیکلسون و آیرس، ۲۰۰۴).

معنویت یکی از توانمندی‌های انسان است که راه‌های کنار آمدن و استراتژیهای حل مساله را برای آنها فراهم می‌کند و به عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی، در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها، احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می‌کند، و به مردم یک احساسی از کنترل غیرمستقیم بر روی پیشامدها می‌دهد که در نهایت منجر به کاهش انزواء و تنهایی در افراد می‌شود (گانگا و کوتی^۱، ۲۰۱۳؛ شاه، کولهارا، گروور، کومار، مال‌هوترا و تای ایچی^۲، ۲۰۱۱). معنویت از ابتدای خلقت انسانها همواره قسمت عمده زندگی آنان را تشکیل می‌داده است. انسانها معنویت خود را در ارتباط با خدا، آنچه ماورای زندگی روزمره آنان است و به زندگی و حیات معنی می‌دهد نشان می‌دادند (غباری بناب، ۱۳۸۸). این بعد وجود انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد بالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می‌یابد (غباری بناب، سلیمی، سلیمانی و نوری مقدم، ۱۳۸۶).

هدف عمومی مداخلات معنوی و مذهبی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی مددجویان می‌باشد. افرادی که در حیطه معنوی به صورت سالم پرورش می‌یابند احتمال بیشتری دارد که در حیطه‌های دیگری زندگی نیز موفق باشند. علاوه بر این در اثر درمان معنویت مبتنی بر مثبت‌نگری مراجعان هویت خود را مورد تایید و شناسایی قرار می‌دهند، از خداوند رهنمود و ارشاد می‌خواهند تا آنان را در کنار آمدن با مشکلات کمک کند و به آنها امیدواری بدهد و از جامعه مذهبی خود حمایت اجتماعی، عاطفی و مادی دریافت می‌کنند (غباری بناب، ۱۳۸۸). از طرفی دیگری یکی از مهم‌ترین اهداف مداخلات مثبت‌نگر، ارتقای کیفیت و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی، امید، خوش بینی و ... در کنار کاهش مشکلات هیجانی می‌باشد (مارتین^۳، ۲۰۱۲؛ اوهانلون و برتینلو^۴، ۲۰۱۲؛ سلیگمن^۵، ۲۰۱۱ و رشید^۵، ۲۰۰۸).

تاکنون مطالعات بسیاری در زمینه‌ی اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و استرس‌های زیاد و مختل‌کننده‌ی سلامت روان، انجام شده است؛ در حالی که پژوهش‌های کمی در رابطه با مشکلات غیر بالینی صورت گرفته است. بسیاری از نوجوانان، تنها علائمی از مشکلات نام برده شده را دارند. به دلیل این که این افراد از لحاظ بالینی اختلال ندارند، نمی‌توان مداخلاتی که برای کاهش مشکلاتشان به کار گرفته می‌شود را "مداخلاتی درمانی" در نظر گرفت. مداخلات بسیاری برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان وجود دارد که از میان آن‌ها می‌توان به مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری^۶ و رویکرد

1. Ganga & Kutty
2. Shah, Kulhara, Grover, Kumar, malhotra, & Tyagi
3. Martin
4. O'honlon, & Bertolino
5. Rashid
6. Cognitive behavior approach

مثبت‌نگری^۱ اشاره کرد (جباری، ۱۳۹۱)، همچنین تحقیقات نشان داده است که استفاده از معنویت در گروه درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت موثر باشد (ریوهیم و گرینبرگ^۲، ۲۰۰۷). بهزیستی معنوی برای درک ما از مفهوم شادکامی مهم است. همچنین بهزیستی معنوی با عزت نفس، رضایت از زندگی رابطه مثبت و با احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب، پریشانی رابطه منفی دارد (مارتین، ۲۰۱۲ و روولد^۳، ۲۰۱۱). در تحقیق هو، چنگ و چنگ (۲۰۱۰)، وانگ و لیم^۴ (۲۰۰۹) و موحد (۱۳۸۲) که همگی بر روی دانشجویان دانشگاه و دانش‌آموزان مدارس انجام دادند مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری بین خوشبینی به عنوان یکی از ابعاد معنویت درمانی و مثبت‌نگری و امید به زندگی وجود داشت. همچنین نتیجه‌ی مطالعه‌ای جدید در زمینه‌ی اثربخشی یک مداخله‌ی گروهی مثبت‌نگر در افزایش میزان رضایت از زندگی دانش‌آموزان راهنمایی، حاکی از اثربخشی این مداخله بوده است (سولدو، سویج و مرسر^۵، ۲۰۱۳).

ماسکارو و روزن^۶ (۲۰۰۵) در یک تحقیق که روی دانشجویان دانشگاه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که معنای وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد. علاوه بر این، آنها در این تحقیق نشان دادند که معنای وجودی در پیش‌گیری از بروز نشانه‌های افسردگی، نقش مهمی ایفا می‌کند. به‌طور کلی نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که مولفه‌های رویکرد مثبت‌نگر در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، شادکامی و امیدواری افراد اثربخش بوده است (دوکرای و استپتو^۷، ۲۰۱۰). گانگا و کوتی^۸ (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که افرادی که مذهبی هستند و به‌طور کلی معنویت دارند دارای سلامت روانی بیشتری نسبت به افراد غیر معنوی هستند. در مطالعه‌ای که اسکولاروس، لیزابث، سانچز، اسمیث، گارسیا، ریسر و همکاران^۹ (۲۰۱۲) انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بین معنویت با خوشبینی رابطه مثبت معناداری و بین معنویت با افسردگی رابطه منفی معنادار وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر با عنوان معنویت، مذهبی بودن و شادکامی در کودکان ۸ تا ۱۲ سال، نتایج نشان داد که بین معنویت و مذهبی بودن با شادکامی رابطه مثبتی وجود داشت و بچه‌هایی که بیشتر معنوی بودند شادکام‌تر بودند (هولدر، کوله‌مان و والاس^{۱۰}، ۲۰۱۰).

1. Positive approach
2. Revheim & Greenberg
3. Rowold
4. Wong & Lim
5. Suldo, Savage & Mercer
6. Mascara & Rosen
7. Dockray & Steptoe
8. Ganga & Kutty
9. Skolarus, Lisabeth, Sanchez, Smith, Garcia, Risser, & et al
10. Holder, Coleman, & Wallace

یکی از مهم‌ترین اهداف مداخلات حوزه معنویت شامل شادکامی، امید و مثبت‌نگری، خوشبینی، ارتقای کیفیت و افزایش میزان رضایت از زندگی در کنار کاهش مشکلات هیجانی می‌باشد. بر این اساس رویکرد معنویت‌درمانی بر افزایش معناداری در زندگی مبتنی است که مشغولیت و معنا هم باعث برطرف شدن مشکلات هیجانی می‌شود و هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد. با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی و نیز مثبت‌نگری، انسان می‌تواند به حد‌نهایی قابلیت و استعدادهایش دست‌یابد و این بسیار ارزشمند است (سلیگمن، ۲۰۱۱ و رشید، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده ایجاد پژوهش‌هایی در حوزه‌های معنویت‌درمانی امروزه و در عصر حاضر دارای اهمیت حیاتی می‌باشد تا با پرداختن به این حوزه‌ها بر نقش مهم و ضروری آنها تأکید شود و از طرفی خط‌فکری باشد برای پژوهشگران و محققین حوزه‌ها و رشته‌های مختلف تا با پرداختن به اهمیت این مسائل بتوانند باری از مشکلاتی که بر اثر اضطراب و افسردگی و نیز عدم امید به زندگی و رضایت از زندگی که گریبان‌گیر جوامع امروزی خصوصاً در نوجوانان شده است بردارند.

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد به‌طور کلی مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان می‌باشد. وجود چنین مشکلاتی می‌تواند باعث افت عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان در زمینه‌های مختلف، خصوصاً در زمینه تحصیلی مانند پیشرفت تحصیلی و کاهش میزان امید به زندگی، شادکامی و نیز افزایش بیماری‌هایی مانند اضطراب و افسردگی شوند. علاوه بر این بسیاری از این مشکلات می‌تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابند. بنابراین انجام مداخلاتی برای پیشگیری از تشدید این مشکلات و ارتقای سلامت روان اهمیت دارد. یکی از مداخلات معتبر در این زمینه معنویت‌درمانی و آموزش اثربخشی این روش است (فریدبرگ و مک‌کلر، ۲۰۰۲). از طرفی دیگر اخیراً پژوهشگران و محققین زیادی به حوزه معنویت و نیز اثربخشی رویکردهای معنویت‌درمانی بر فرایند بهبودی بیماران روانی و نیز بیمارانی که دچار مشکلات روحی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و ... شده‌اند توجه کرده‌اند و نیز تحقیقات تقریباً خوبی بر روی اثربخشی معنویت بر بهبود علائم و نشانگان اضطراب، افسردگی، استرس و دیگر بیماری‌های شایع روانی تأکید کرده‌اند، همچنین تحقیقات دیگری نیز اثربخشی معنویت را در حوزه سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند اما معمولاً تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر روی حوزه‌هایی مانند شادکامی و خوشبینی پردازد کمتر مشاهده شده است و بیشتر اثربخشی معنویت‌درمانی را بر حوزه‌های بیماری‌ها و نیز مشکلات روانی بررسی کرده‌اند و تاکنون تحقیقی مستقیماً به بررسی اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر حوزه‌های امید به زندگی و رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دبیرستانی نپرداخته است، گویی که قرار است معنویت فقط بر کاهش و بهبود بیماری‌ها تأثیر داشته باشد و نمی‌تواند نقشی در افزایش امید، رضایت و یا کیفیت زندگی و نیز حوزه‌های مثبت‌نگری مانند شادکامی و خوشبینی داشته باشد، بنابراین هدف اصلی از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری

بر میزان شادکامی و خوشبینی نوجوانان است، تا با انجام این پژوهش به بررسی اثر معنویت و مثبت‌نگری در ارتقاء عوامل موثر در کیفیت زندگی پی برده شود. بدین ترتیب فرضیه‌های مطرح در پژوهش حاضر عبارتند از:

- ۱- آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر افزایش میزان شادکامی نوجوانان موثر است.
- ۲- آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر افزایش میزان خوشبینی نوجوانان موثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان (سال اول عمومی) شهر شیراز بودند که از بین تمامی این دانش‌آموزان، تعداد ۶۰ نفر از دانش‌آموزان منطقه ۲ شهر شیراز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۳۰ نفر) گمارده شدند. پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب آنها، به مدت ده جلسه، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای وارد درمان شدند. کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، پس از اتمام ۱۰ جلسه مداخله گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند. میانگین سنی این دانش‌آموزان ۱۵/۱۳ و انحراف استاندارد آن ۰/۵۹۶ بود.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه

- ۱- افراد گروه نمونه در مقطع اول دبیرستان تحصیل کنند. ۲- افراد گروه نمونه، همزمان با شرکت در پژوهش، از خدمات روانشناختی و روان‌درمانی دیگری استفاده نکنند. ۳- افراد گروه نمونه اختلالات روانی به خصوص انواع اختلالات سایکوتیک، رفتار تخریبی و نقص توجه را نداشته باشند. ۴- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه

- ۱- غیبت بیش از ۴ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود. ۲- داشتن اختلالات حاد شخصیتی و نیز انواع اختلالات سایکوتیک باعث خروج افراد از آزمایش می‌شود. ۳- داشتن اختلالات حاد افسردگی نیز باعث خروج افراد از فرایند آزمایش می‌شود.

ابزارها

- ۱- پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد و
- ۲- پرسشنامه جهت‌گیری زندگی (خوشبینی) بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

۱- پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد:

پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد توسط آرگایل، مارتین و کروسلند^۱ در سال ۱۹۸۹ برای فراهم کردن یک اندازه‌ی کلی از شادکامی ساخته شد. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۱ توسط آرگایل تجدید نظر شد. در این پرسشنامه چندین گروه جمله وجود دارد. آزمودنی هر گروه از جملات را می‌خواند. سپس گزینه‌ای را که بهتر از همه طرز احساس او را در هفته‌ی گذشته و روزهای اخیر نشان می‌دهد؛ انتخاب می‌کند. به هر یک از گزینه‌های این پرسشنامه به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نمره‌ی نهایی شادکامی از جمع نمره‌های ۲۹ ماده به دست می‌آید. دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۸۷ می‌باشد. هر چه نمره‌ی فرد بالاتر باشد میزان شادکامی اش بیشتر و هر چه نمره‌ی وی پایین تر باشد، میزان شادکامی اش پایین تر است. آرگایل و همکاران در یک مطالعه بر روی ۳۴۷ آزمودنی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و روایی ۰/۴۳ را برای این مقیاس گزارش کردند. در مطالعه‌ای دیگر بر روی ۱۰۱ آزمودنی، ضریب آلفای ۰/۸۷ شده است. آرگایل ضمن به دست آوردن پایایی باز آزمایی ۰/۸۳ پس از سه هفته، دریافت که پایایی باز آزمایی این پرسشنامه از پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و مقیاس افسردگی نیز بیشتر است. در بررسی‌های متعدد اعتبار محتوایی، همزمان، سازه‌ی این مقیاس قابل قبول گزارش شده است. نوربالا (۱۳۸۱) بررسی مقدماتی پایایی و روایی این آزمون را در دانشجویان دانشگاه تهران انجام داد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آورد. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی بالای این مقیاس است. روایی این مقیاس در پژوهش حاضر از طریق تحلیل عاملی و به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس محاسبه گردید. شاخص KMO در این مقیاس برابر ۰/۷۱۸ و ضریب کرویت بارلت نیز برابر ۰/۶۷۱۹۴ بود که با درجه آزادی ۶۶ در سطح $p/0.001 >$ معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش میزان پایایی در پژوهش حاضر ۰/۷۳ بدست آمد.

۲- پرسشنامه جهت گیری زندگی^۲ (LOT):

شیر و کارور^۳ (۲۰۰۱) برای ارزیابی خوشبینی سرشتی، آزمون جهت گیری زندگی (LOT) خود گزارش خلاصه‌ای را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند. نوع خوشبینی که توسط LOT ارزیابی می‌شود، یک صفت شخصیتی است که مشخصه آن انتظارات مطلوب شخصی در آینده است. آزمون جهت گیری زندگی (LOT) شامل ۸ ماده بود. ۴ ماده آن بیانگر خلق خوش بینانه و ۴ ماده بیانگر خلق بدبینانه بوده و پاسخ دهندگان در یک مقیاس چند درجه‌ای میزان موافقت یا عدم موافقت خود را با هر یک از جملات اعلام می‌کردند. بنابراین نسخه تجدید نظر شده آزمون جهت گیری زندگی (LOT-R) جانشین آزمون اصلی (LOT) شد. نسخه تجدید نظر شده آزمون جهت گیری زندگی از آزمون اصلی خلاصه تر است (شامل ۶ ماده، ۳ ماده، نشان دهنده تلقی خوش بینانه و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه). در نسخه تجدید نظر شده موادی که به طور دقیق بر انتظارات تأکید نداشتند حذف یا بازنویسی شدند. LOT-R از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده (ضریب آلفای کرونباخ = ۰/۷۰)

1. Argyle, Martin & Crossland

2. Life Orientation Test

3. Scheier & Corver

و در طول زمان ثبات خوبی داشته است. به دلیل همپوشی گسترده مواد آزمون های LOT و LOT-R و همبستگی این دو آزمون بسیار بالاست. به دلیل مزیت های نسخه تجدیدنظر شده آزمون جهت گیری زندگی، امروزه در اکثر پژوهش ها از این آزمون استفاده می شود (کارور، ۲۰۰۵؛ شیر و کارور، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خوشبینی ۰/۷۴ بدست آمد. روایی این مقیاس در پژوهش حاضر از طریق تحلیل عاملی و به روش مولفه های اصلی با چرخش واریماکس محاسبه گردید. شاخص KMO در این مقیاس برابر ۰/۷۶۴ و ضریب کرویت بارتلت نیز برابر ۳۴۶/۱۴ بود که با درجه آزادی ۵۵ در سطح ۰/۰۰۱ $p >$ معنادار بود. همچنین برای سنجش پایایی و همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای پژوهش حاضر ۰/۸۶ بدست آمد.

روش اجرا

پس از ارزیابی آزمودنی ها برای شرکت آنها در پژوهش مانند، نداشتن اختلال حاد روان پزشکی بر اساس معیارهای مصاحبه های بالینی ساختار یافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات (۱۰ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هر جلسه با فنون تن آرامی^۱ و ذهن آگاهی متمرکز^۲ (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می شد و سپس در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی ها پرداخته می شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله ی مورد نظر در هر جلسه انجام می شد. در طول جلسه به تمرینات مختص آن جلسه پرداخته می شد و در پایان جلسه به آزمودنی ها تکالیفی داده می شد که در طول هفته انجام دهند و همچنین با تأکید بر استفاده از تن آرامی در طول روز، جلسه به پایان می رسید.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات:

| جلسات درمان | عنوان و روند جلسات |
|-------------|---|
| جلسه اول | آشنایی آزمودنی ها با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی افراد |
| جلسه دوم | آشنا کردن افراد با ویژگی ها و آثار امید و ناامیدی از منظر قرآن و روانشناسی مثبت |
| جلسه سوم | توجه دادن افراد به نقاط قوت خود، با نظر به تأکید خداوند بر توانایی های انسان در قرآن کریم |
| جلسه چهارم | کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که فرد به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا |
| جلسه پنجم | نوع دوستی و انجام کارهای معنوی به صورت گروهی |
| جلسه ششم | ارتباط با مقدسات، خودنگاره خود آگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی |
| جلسه هفتم | بحث درباره بخشش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود |
| جلسه هشتم | تأثیر مثبت نگرایی بر شادکامی و خوشبینی افراد |
| جلسه نهم | ایمان و توکل به خدا |
| جلسه دهم | قدردانی و شکرگزاری و جمع بندی تمام جلسات و جلسه پایانی |

1. Relaxation

2. Mindfulness Meditation

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد.

به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت های ایجاد شده در میانگین های پس آزمون هر یک از خرده مقیاس ها از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد (جدول ۳ و ۵). همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مفروضه های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس ها (آزمون لون) مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه ها آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه شادکامی آکسفورد و جهت گیری زندگی (خوشبینی) مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره شادکامی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

| مقیاس | گروه | تعداد | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------|--------|-----------|-----------|---------|------------------|
| شادکامی | آزمایش | ۳۰ | پیش آزمون | ۴۱/۰۳ | ۱۳/۸۰ |
| | | | پس آزمون | ۵۱/۰۱ | ۱۳/۸۳ |
| کنترل | ۳۰ | پیش آزمون | ۴۴/۷۲ | ۱۵/۶۳ | |
| | | پس آزمون | ۴۷/۳۳ | ۱۲/۵۹ | |

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس شادکامی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود نمرات پس آزمون گروه آزمایش ($51M/01$) نسبت به پیش آزمون ($41M/03$) اثر افزایشی داشته است، که نشان دهنده اثربخش بودن رویکرد درمانی معنویت مبتنی بر مثبت نگری بر افزایش شادکامی است.

جدول ۳. یافته های آزمون تحلیل کواریانس برای میزان شادکامی در گروه های مورد مطالعه

| منابع تغییرات | نوع سوم مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری ضریب نسبی ایتا |
|---------------|-----------------------|------------|-----------------|-------|-----------------------------|
| پیش آزمون | ۲۵۴۳/۲۱ | ۱ | ۲۵۴۳/۲۱ | ۱۹/۹۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| گروه | ۵۳۷/۷۳ | ۱ | ۵۳۷/۷۳ | ۴/۲۲ | ۰/۰۴۴ |
| خطا | ۷۱۲۳/۸۲ | ۵۶ | ۱۲۷/۲۱ | | ۰/۲۶۳ |

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) نشان می دهد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی شادکامی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است

($F(2, 22) = 0.44, p > 0.05, df = 1$)، به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر اثربخشی رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره خوشبینی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

| مقیاس | گروه | تعداد | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------|--------|-------|-----------|---------|------------------|
| خوشبینی | آزمایش | ۳۰ | پیش آزمون | ۱۴/۷۳ | ۳/۱۹ |
| | | | پس آزمون | ۱۵/۳۰ | ۲/۱۰ |
| | کنترل | ۳۰ | پیش آزمون | ۱۵/۳۲ | ۲/۸۶ |
| | | | پس آزمون | ۱۴/۱۶ | ۲/۶۰ |

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمره خوشبینی افراد گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد. نتایج یافته های توصیفی بیانگر آن است که نمره خوشبینی افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است (از ۱۴/۷۳ به ۱۵/۳۰) که این نشان دهنده اثربخشی رویکرد درمانی می باشد، اما نمره خوشبینی افراد گروه کنترل نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است.

جدول ۵. یافته های آزمون تحلیل کوواریانس برای میزان خوشبینی در گروه های مورد مطالعه

| منابع تغییرات | نوع سوم مجموع | درجه آزادی | میانگین | F | سطح معناداری | ضریب نسبی ای تا |
|---------------|---------------|------------|---------|-------|--------------|-----------------|
| | مجذورات | | مجذورات | | | |
| پیش آزمون | ۵۶/۲۹ | ۱ | ۵۶/۲۹ | ۱۱/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۷۶ |
| گروه | ۲۹/۰۲ | ۱ | ۲۹/۰۲ | ۶/۰۵ | ۰/۰۱۷ | ۰/۰۹۹ |
| خطا | ۲۶۳/۸۶ | ۵۵ | ۴/۷۹ | | | |

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در جدول ۵ نشان می دهد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی خوشبینی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است ($F(1, 22) = 0.99, p > 0.05, df = 1$)، به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر اثربخشی رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که قبلا هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر افزایش میزان شادکامی و خوشبینی دانش آموزان دبیرستانی بود، تا با انجام این پژوهش و بررسی اثرات آن به نقش و تأثیر معنویت در ارتقاء عوامل موثر در کیفیت زندگی نیز پی برده شود. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه

اول بیانگر آن بود که معنویت درمانی تأثیر معناداری بر افزایش میزان شادکامی دانش‌آموزان داشت. در واقع نتایج تحلیل کوواریانس نشان دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل بود، بدین ترتیب فرضیه تحقیق تأیید شد. این یافته با نتایج تحقیقات سولدو و همکاران (۲۰۱۳)؛ روولد^۱ (۲۰۱۱)؛ هولدر و همکاران (۲۰۱۰)؛ دوکرای و استیتو (۲۰۱۰)؛ و جباری (۱۳۹۱) هم راستا و همسو است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان اینگونه اشاره کرد که معنویت بُعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد و به انسان معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد، به همین دلیل است که اغلب افراد معنوی خود را از قید و بند تعلقات دنیایی و مادی رها می‌کنند و اهمیت باعث می‌شود که این افراد در زندگی شادکامی بیشتر و معنای زندگی عمیق‌تری را تجربه کنند (جباری بناب، ۱۳۸۸). از طرفی دیگر مثبت‌نگری و به‌طور کلی داشتن باورهای مثبت در مورد خود و دیگران، در حل مشکلات، غلبه بر یأس و ناامیدی، ایجاد شادکامی، بهبود بیماری‌ها، سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارد. در واقع استفاده از مثبت‌نگری در افزایش میزان شادکامی و در نهایت افزایش سلامت عمومی افراد موثر است، به ویژه اگر این آموزش بر اساس آموزه‌های دینی و قرآنی باشد زیرا افراد جامعه، دین را هدایتگر و راهنمای زندگی خویش دانسته و خود را ملزم به پیروی از دستورات کتاب آسمانی خویش می‌دانند (عبادی، سودانی، فقیهی و حسین پور، ۱۳۸۹). امروزه درمان مثبت‌گرا با توجه به نادیده گرفته شدن نقش عواطف در ایجاد زندگی سرشار از نشاط، سعی دارد بین منطق و عاطفه آشتی ایجاد کرده و به عنوان مکمل روان‌شناسی بالینی سنتی (که معطوف به اختلالات روانی است) با افزایش احساسات مثبت و شادکامی در زندگی افراد، به درمان آنها کمک کند (ارقبایی، میان‌بندی، جوزی، نافیان و کیمیایی ۱۳۹۲). آرگایل، مارتین و لو^۲ (۱۹۹۵) معتقدند که سه جزء اساسی شادکامی عبارتند از هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب. این محققان دریافته‌اند که روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز از اجزاء شادکامی هستند. در واقع رضایت از زندگی، بعد شناختی بهزیستی روانی را تشکیل می‌دهد. زمانی که ارزیابی فرد از مجموع زندگی‌اش مثبت باشد؛ از زندگی‌اش راضی است و این فکر باعث پیدایش هیجانات مثبت و در نتیجه شادکامی در او می‌شود (روولد، ۲۰۱۱). در دو نمونه‌ی مورد مطالعه در آمریکا دریافته‌اند که "شادی" و "معنای زندگی" از لحاظ اهمیت در بوجود آوردن زندگی مطلوب، مهمتر از "ثروت" و "ارزشهای اخلاقی" و حتی "رفتن به بهشت" درجه بندی شده‌اند. همه اینها بیانگر اهمیت و ضرورت شادکامی در زندگی انسان است (کار^۳، ۲۰۰۳). بر این اساس رویکرد معنویت‌درمانی بر افزایش معناداری در زندگی مبتنی است که

1. Rowold

2. Lu

3. Car

مشغولیت و معنا هم باعث برطرف شدن مشکلات هیجانی می‌شود و هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد. با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی و نیز مثبت‌نگری، انسان می‌تواند به حد‌نهایی قابلیت و استعدادهایش دست‌یابد و این بسیار ارزشمند است (غباری بناب، ۱۳۸۸).

در مطالعه‌هایی که در آمریکای شمالی انجام گرفته بین شادمانی و پرداختن به فعالیت‌های دینی همبستگی متوسط به دست آمده است (میرزا، ۲۰۰۰). افرادی که امور مذهبی را به‌جا می‌آورند ممکن است به دلایل زیادی شادتر از سایر افراد باشند. در این مورد سه دلیل در روان‌شناسی مورد توجه جدی قرار گرفته است: اول اینکه، دین یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (سلیگمن، ۲۰۰۲). سامانه باور دینی به برخی از ما امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریز ناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهند معنا بدهیم و به یک زندگی بعدی که در آن این‌گونه دشواری‌ها وجود ندارند امیدوار و خوش بین باشیم. دوم اینکه حضور مرتب در امور مذهبی و جزء جامعه مذهبی بودن، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. سوم اینکه، پرداختن به مذهب اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم تر همراه است که مشخصه آن وفاداری زناشویی، رفتار نועدوستانه اجتماع خواه (به جای ارتکاب جرم)، اعتدال در تغذیه و مصرف مشروبات و پای بندی به کار سخت است (کار، ۲۰۰۳). عقاید معنوی و دینی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت از زندگی داشته باشند (لطفی کاشانی، وزیری، قیصر، موسوی و هاشمیه، ۱۳۹۱).

همچنین دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر افزایش میزان خوشبینی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر افزایش میزان خوشبینی دانش آموزان مورد تأیید قرار گرفت. این یافته نیز با نتایج تحقیقات اسکولاروس و همکاران (۲۰۱۲)؛ هو و همکاران (۲۰۱۰)؛ وانگ و لیم (۲۰۰۹)؛ و موحد (۱۳۸۲) همسو می‌باشد. رویکرد معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری علاوه بر تأکید روی کاهش افکار و هیجانات منفی، به امور مثبت و بهزیستی روانی نیز توجه دارد (اوتو، سیمون، اولاتونجی، سانگ و پولاک، ۲۰۱۱). در واقع معنویت یک ویژگی درونی است که با رضایت از زندگی پیوند یافته است. همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد اهمیت معنویت در زندگی روزمره به وسیله تحقیقات تجربی زیادی حمایت شده است. در واقع تحقیقات نشان داده‌اند که معنویت با پیامدهای مختلفی مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط است (کلی و میلر، ۲۰۰۷؛ زولینگ، وارد و هورن،

1. Myers
2. Otto, Simon, Olatunji, Sung, Pollack
3. Kelley & Miller
4. Zullig, Ward & Horn

۲۰۰۶).

تحقیقات نشان داده است که افرادی که گزارش کرده‌اند که آدمهای معنوی یا مذهبی هستند معمولاً سطح بالایی از بهزیستی ذهنی را گزارش کرده‌اند و علاوه بر این نمرات امید به زندگی و خوشبینی آنها نیز بالاتر است. روان‌شناسان مثبت‌نگر، استدلال می‌کنند که روان‌شناسی باید تمرکز خودش را بر بهبود آموزش دانش آموزان به وسیله استفاده بیشتر از انگیزش درونی، عواطف مثبت و خلاقیت گسترده کند. همچنین حوزه‌های روان‌کاوی باید در امر درمان بر امید، معناداری و خودبهبودی^۱ تأکید کنند و زندگی خانوادگی را به وسیله درک بهتر پویایی عشق، شیوه فرزندپروری و تعهد بهبود ببخشند (هفرون و بونیول، ۲۰۱۱).

معنویت با قرار دادن باورهای افراد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید و باعث خوشبینی افراد گردد (فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی و اکبری، ۱۳۹۰؛ سیمونی، مارتون و کروین، ۲۰۰۲). در واقع باور به خیر بودن تقدیرهای خداوند متعال، عامل اساسی رضامندی می‌باشد. اگر کسی باور داشته باشد که آنچه توسط خداوند متعال تقدیر می‌شود خیر (سبک تبیینی خوش بینی) است، به رضایتمندی دست خواهد یافت (پسندیده، گلزاری و براتی سده، ۱۳۹۱). بنابراین بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران در تحقیقات آینده تأثیر معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری را در سایر حوزه‌ها مانند پیشگیری و درمان مسائل روانی مانند اضطراب و افسردگی در نوجوانان و کودکان و همچنین در زمینه‌های تحصیلی مانند اضطراب امتحان و دیگر حوزه‌ها مانند ارتقای سلامت روان و بهزیستی ذهنی و مقابله با استرس مورد بررسی و مطالعه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مدارس به برگزاری کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌هایی برای معلمان، والدین، مشاوران و حتی خود دانش‌آموزان برای آگاهی در این زمینه‌ها و اهمیت توجه به این مسائل پرداخته شود.

منابع

- ارقبایی، محمد؛ میان‌بندی، یحیی؛ جوزی، پیام؛ نافیان، معصومه و کیمیایی، سیدعلی (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر مولفه‌های روانی مثبت و بیماری‌های روان‌تنی. ویژه‌نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد.
- پسندیده، عباس؛ گلزاری، محمود و براتی سده، فرید (۱۳۹۱). پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام. روان‌شناسی و دین، سال ۵، شماره ۴، ۱۰۴-۸۵.
- جباری (۱۳۹۱). مقایسه‌ی اثربخشی بسته‌ی آموزشی مثبت‌نگر با آموزش شناختی رفتاری

1. Self-healing
2. Hefferon & Boniwell
3. Simoni, Marton & Kerwin

در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

عبادی، ندا؛ سودانی، منصور؛ فقیهی، علینقی و حسین پور، محمد (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز. *مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۷۱-۸۴.

غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). مشاوره و روان‌درمانگری بارویکرد معنویت. تهران، انتشارات آرون.

غباری بناب، باقر؛ سلیمی، محمد؛ سلیمانی، لایلا و نوری مقدم، ثنا (۱۳۸۶). هوش معنوی، فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه نوین دینی، شماره ۵، صص ۱۴۷-۱۲۵.

فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ موسوی، سیدمهدی و اکبری، محمداسماعیل (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، دوره ۵، شماره ۱۹: ۶۵-۷۶.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سید مهدی و هاشمیه، مژگان، (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه فقه پزشکی*، سال ۴، شماره ۱۱ و ۱۲.

موحد، احمد (۱۳۸۲). بررسی رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.

- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd edn). London: Routledge.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189-203). North-Holland: Elsevier.
- Argyle, M., Martin, & Lu, L. (1995). Testing For Stress and Happiness: The role of the social and cognitive factors. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds), *stress and emotion*, Washington, DC: Taylor & Francis.
- Car, A. (2003). *Positive psychology*. Handbook of psychology, New York : Brunner – Routledge Press.
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35 (1), 69-79.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescent*. New York: The Guilford.
- Ganga, N. S., & Kutty, V. R. (2013). Influence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Mental Health Religion & Culture*, 16(4), 435-443.
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, Research and Applications*. The McGraw-Hill companies.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Holder, M. D., Coleman, B., & Wallace, J. M. (2010). *Spirituality, Religiousness, and Happi-*

- ness in Children Aged 8–12 Years. *J Happiness Stud*, 11: 131-150.
- Kelley, B. S., & Miller, L. (2007). Life satisfaction and spirituality in adolescents. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 223-261.
- Martin, M. W. (2012). *Happiness and the good life*. New York: Free Press.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73(4), 985-1014.
- Myers, D. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55: 56-67.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2009). *Development through life: A psychological approach* (3th ed.). Stamford: Wadsworth Cengage Learnig.
- Nicolson, D. Ayers, H. (2004). *Adolescent problems: a practical guide for parents, teachers and counsellors*. London: David Fulton.
- O'honlon, B., & Bertolino, B. (2012). *The therapist's notebook on positive psychology*. New York: Routledge.
- Otto, M. W., Simon, N. M., Olatunji, B. O., Sung, S. C., & Pollack, M. H. (2011). *10 Minute CBT, Integrating cognitive behavioral strategies into your practice*. New York: Oxford University Press.
- Rahi, R., Razavi Nematolahei, V., Manzari Tavakoli, A. (2013). The relationship between the practice of religious beliefs and depression. *Applied psychology*. 4: 44-51.
- Rashid, T. (2008). *Positive Psychotherapy*. In Lopez, S. J. (Ed.) *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Greenwood Publishing Company.
- Revheim, N., Greenberg, W.M. (2007). *Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4).307-310.
- Rowold, J. (2011). Effects of Spiritual Well-Being on Subsequent Happiness, Psychological Well-Being, and Stress. *J Relig Health*, 50: 950-963.
- Scheier, M. F., & Corver, C. S. (2001). Optimism pessimism, and psychological wellbeing. In E. C. Change (Ed.), *optimism and pessimism: Implications for theory research and practice*. Washington DC: American Psychological Association; 189-216.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realise your Potential for Lasting Fulfilment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3): 293-311.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res*, DOI 10.1007/s11136-010-9839-6.
- Simoni, J, M. Marton, M, G. Kerwin, J.(2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 49(2): 139-147.
- Skolarus, L. E., Lisabeth, L. D., Sanchez, B. N., Smith, M. A., Garcia, N. M., Risser, M. H., & Morgenstern, L. B. (2012). The Prevalence of Spirituality, Optimism, Depression, and Fatalism in a Bi-ethnic Stroke Population. *J Relig Health*, 51: 1293-1305.
- Suldo, S. M., Savage, J. A., & Mercer, S. H. (2013). Increasing middle school student's life satisfaction: Efficacy of a positive of a positive psychology group intervention. *Journal of*

- Happiness Study, 25, 97-121.
- Wong, S. & Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescent: Contribution to depression and life satisfaction. Psychological Studies Academic Group, National Institute of Education, Nan Yang Technological University, 1 Nan Yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.
- Zullig, K. J., Ward, R. M., & Horn, T. (2006). The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research*, 79, 255-274.