

اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان سال اول پسر دوره دوم متوسطه

Effectiveness of Spiritual Therapy on Psychological Well-being and Moral judgment First Year Boy Students of Secondary School

Jamal Piri lalalo

Ph.D student of education psychology Department of psychology and Counseling, Faculty of Humanities and Education, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran.

Amir Panahali (Corresponding author)

Assistant professor of Counseling, Department psychology and Counseling, Faculty of Humanities and Education, Islamic Azad University, Tabriz Branch, , Iran.

Email: Panahali@iaut.ac.ir

Alinaghi Aghdasi

Assistant professor of Counseling, Department psychology and Counseling, , Faculty of Humanities and Education, Islamic Azad University, Tabriz Branch, , Iran.

Abstract

Aim: The Aim of the present study was to determine the effectiveness of Spiritual Therapy Based self-awareness on psychological well-being and moral judgment of first year high school students in Tabriz. **Method:** The research method i a quasi-experimental (Pre-test, post-test with control group). The statistical universe of the present study was all male students of second year of high school in Tabriz in 2018-2019. Sixty of them were selected by Multi-stage cluster random sampling and replaced in two experimental and control groups (30 each). Students in the experimental group received Spiritual Therapy Training (weekly one sessions 90 minutes) and the control group did not receive any training. Prior and after the training, the subjects completed Ethical Reasoning Questionnaire - Short Form of Rost et al (1972) and Reef Psychological Well-being Questionnaire (1995). Multivariate analysis of covariance and univariate covariance were used for data analysis. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that Spiritual Therapy Based self-awareness was effective on the components of psychological well-being (independence, mastery of the environment, personal growth, positive relationship with others, purposefulness in life, self acceptance). Also, the results of univariate analysis of covariance showed that Spiritual Therapy Based self-awareness had a significant effect on moral judgment. **Conclusion:** Therefore, school counselors and psychologists can improve students' psychological well-being and moral judgment by using Spiritual Therapy Based self-awareness.

Keywords: Spirituality Therapy, Psychological Well-being, moral Judgment.

جمال پیری لله لو

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم

انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران

امیرپناه علی (نویسنده مسئول)

استادیار مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی و تربیتی،

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران

Email: Panahali@iaut.ac.ir

علی نقی اقدسی

استادیار مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی و تربیتی،

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران

چکیده

هدف: از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) است. جامعه‌آماري پژوهش حاضر، تمام دانش‌آموزان سال اول پسر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. بدین منظور، ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جایگزین شدند. دانش‌آموزان گروه مداخله به صورت گروهی، آموزش معنویت‌درمانی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را دریافت نمودند و گروه کنترل آموزشی دریافت نمود. همه آزمودنی‌ها قبل از آغاز آموزش و پس از آن، پرسشنامه رشد قضاوت اخلاقی - فرم کوتاه رست و همکاران (۱۹۷۲)، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۹۵) را پر کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) موثر بوده است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر قضاوت اخلاقی تاثیر معنی‌داری دارد. **نتیجه‌گیری:** بنابراین مشاوران و روانشناسان مدرسه با استفاده از معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی می‌توانند بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان را بهبود بخشند.

کلمات کلیدی: معنویت‌درمانی، بهزیستی روانشناختی، قضاوت اخلاقی.

مقدمه

امروزه، دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت به طور اعم و در روانشناسی به طور اخص در حال شکل‌گیری است. در این دیدگاه علمی، بر روی جنبه‌های مثبت سلامتی و بهزیستی و نیز توضیح و تبیین ماهیت بهزیستی روانشناختی تمرکز می‌شود (ریف و سینگر^۱، ۱۹۹۸؛ انتونوسکی^۲، ۱۹۸۷؛ استرامپفر^۳، ۱۹۹۰؛ زنجانی طبسی، ۱۳۸۳؛ به نقل از کهکی، ۱۳۸۴). جنبش روانشناسی مثبت^۴ که در سال (۱۹۹۸) توسط سلیگمن پیشنهاد شد. هدف روان‌درمانی را افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (رشید و سلیگمن^۵، ۲۰۱۳). روانشناسی مثبت اصطلاحی است که مطالعه هیجان‌ات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی مثبت و سازمان سالم و قوی از جمله خانواده را دربرمی‌گیرد (سلیگمن، استن، پارک و پترسون^۶، ۲۰۰۵). گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی استفاده کرده‌اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (ریف، سینگر، ۱۹۹۸). در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل بهزیستی ذهنی داینر^۷، مدل جاهودا^۸ و مدل شش عاملی بهزیستی روانشناختی^۹ ریف تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز هستند (کامپتون^{۱۰}، ۲۰۰۱). از این منظر، سلامت روانی داشتن ویژگی‌های مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، عزت نفس و احساس کارآمدی است و وظیفه روانشناس، مطالعه این ویژگی‌ها و کمک به ارتقا آن است (رایان و دسی^{۱۱}، ۲۰۰۱؛ سلیگمن، ۱۹۹۸؛ به نقل از میکائیلی منبع، ۱۳۸۷) ریف به منظور تعریف معیارهای بهزیستی روانشناختی، مطالعات مزلو درباره خودشکوفایی، مطالعات راجرز در مورد انسان با کنش کامل، پژوهش‌های یونگ درباره تفرد، دیدگاه آلپورت درباره بالیدگی، الگوی اریکسون از رشد روانی-اجتماعی، دیدگاه بوهرلر درباره تمایلات اساسی زندگی، دیدگاه نیوگارتن درباره تغییر شخصیت در بزرگسالی و ملاکهای مثبت سلامت روانی از دیدگاه جاهودا را مورد بررسی و مطالعه قرار داده است (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۶). بر این اساس ریف و کیز (۱۹۹۵) در دهه گذشته الگوی بهزیستی روانشناختی را پیشنهاد کردند. بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و شش مولفه را در بر می‌گیرد، مستقل بودن (خودمختاری^{۱۲})، روابط گرم و قابل اعتماد با دیگران (روابط مثبت با دیگران^{۱۳}) دیدگاه مثبت نسبت به خود (پذیرش خود^{۱۴})، توانایی ایجاد بافت‌های منطبق با وضعیت روانشناختی خود (تسلط بر محیط^{۱۵})، هدفمندی و احساس جهت داشتن (هدف در زندگی^{۱۶})، رشد پیوسته^{۱۷} توانایی‌های بالقوه فردی (رشد فردی^{۱۷}). مولفه‌های فوق با کنش‌وری مثبت از قبیل رضایت از زندگی رابطه مثبت و با

1. Ryff & Singer

2. Antonovsky

3. Strumpfer

4. positive psychology

5. Rashid & Seligman .

6. Seligman & steen & park & Peterson

7. Diner

8. Jahuda

9. psychological well-being

10. Compton

11. Ryan RM, Deci

12. autonomy

13. positive relations with others

14. self- acceptance

15. environmental mastery

16. purpose in life

17. personal growt

کنش‌وری‌هایی از قبیل افسردگی رابطه منفی نشان می‌دهد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). در تعدادی از پژوهش‌ها رابطه بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. گاس، وسکوولی و کروکسفورد^۱ (۲۰۱۷)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت در حالیکه افراد با بهزیستی پایین، هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. عشورنژاد، کدیور و حجازی (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند افرادی که از سلامت روانی خوبی برخوردار نیستند اغلب مشکلاتی از قبیل افت تحصیلی، طرد اجتماعی، ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و عدم پایبندی به قوانین اجتماعی را تجربه می‌کنند. حسینی، فتح‌آبادی، شگری و پاکدامن (۱۳۹۴)، رابطه بین بهزیستی و عملکرد تحصیلی را بالا گزارش داده‌اند. بنابراین یکی از مهمترین اهدافی که نظام تعلیم و تربیت در پی آن است بحث بهزیستی و سلامت روانشناختی دانش‌آموزان است. همچنین، از شاخص‌های کیفی نظام تعلیم و تربیت این است که برای تحقق رشد تحصیلی، دانش‌آموزانی شاداب و برخوردار از سلامت روان داشته باشد (جاسکیال، پویکیس، واسالمپی، والال و راسکو-پاتونن^۲، ۲۰۱۷).

قضاوت اخلاقی و کمک به رشد اخلاقی دانش‌آموزان از دیرباز در زمره آرمانی همه نظام‌های تربیتی قرار داشته و دارد. اغلب صاحب‌نظران تعلیم و تربیت معتقدند که تربیت اخلاقی، امری ضروری است، زیرا «تربیت امری ذاتاً اخلاقی است» (هرست و پیترز^۳، ۱۹۷۱؛ ترجمه کریمی، ۱۳۸۹) و محیط مدرسه، همواره مملو از مفاهیم و امور اخلاقی است، اخلاق از چنان ارزش و جایگاهی برخوردار است که پیامبر اسلام هدف بعثت خود را اتمام مکارم اخلاق می‌داند، این مهم بدان علت است که اخلاق علاوه بر آنکه صاحبش را به عالی‌ترین درجات انسانیت می‌رساند و بر افراد بشر فضیلت می‌دهد، در آخرت نیز به عالی‌ترین درجات ارتقاء خواهد داد و رکن اصلی حیات ابدی او به حساب می‌آید (محمدنژاد عمران، ۱۳۹۳). از این رو تربیت اخلاقی از اساسی‌ترین هدف‌های تربیت بشمار می‌آید (دوریچ^۴، ۱۹۸۸؛ اوسرورایشنباخ^۵، ۱۹۹۴). تربیت اخلاقی در حوزه روانشناسی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. تاریخ نظریه‌پردازی و انجام پژوهش‌های روان‌شناختی در مورد رشد اخلاق با مفهوم وجدان در آثار فروید و مفهوم استدلال اخلاقی در آثار پیازه آغاز شد (جهانگیرزاده، ۱۳۹۰). از نظر مک دوگال^۶ (۱۹۰۸؛ به نقل از شیفرف^۷، ۱۹۸۹)، مساله بنیادین روانشناسی اجتماعی، اخلاقی کردن اعضای جامعه است. یکی از ابعاد مهم تربیت اخلاقی، رشد اخلاقی است. رشد اخلاقی، شامل قاعده‌مندی و تعهد داشتن درباره رفتار منصفانه با مردم است. امروزه اخلاق موضوعی است که توجه زیادی را در سراسر جامعه ما به خود معطوف کرده است. دلیل این توجه دو نشانه بارز است: اول نقش مهم و پرمعنای رفتار اخلاقی در حفظ و بقای یک جامعه مدنی و دوم، وجود تعداد پرشمار از نمونه‌های رفتار ضد اخلاقی (پوریا نسب، ۱۳۷۹). مفهوم اخلاق و قضاوت اخلاقی که قدمتش به عمر تاریخ نوع انسانی می‌رسد، یکی از بحث‌انگیزترین مطالبی است که پژوهش‌های زیادی درباره آن به عمل آمده است، که موضوع آن تنظیم رابطه انسان با خود، طبیعت و

¹. Gus, Vesquoli & Croxford

². Jaaskela, Poikkeus, Vasalampi, Valleala & RaskuPuttonen

³. Hurst & Peters

⁴. Duric

⁵. Oser and Riesenbach

⁶. Mc Dougal

⁷. Shifer

هموعانش است. از آنجا که اصول مبانی اخلاقی و قضاوت اخلاقی با مفاهیمی چون عدالت‌خواهی، نوع‌دوستی، رعایت حقوق هموعان، خیرخواهی، توجه کافی به قوانین رسمی و غیر رسمی و مانند آن پیوندی جدایی‌ناپذیر دارد و تأثیر مثبت رشد و تحول اخلاقی در سلامت جوامع انکارناپذیر است. با استفاده از تئوری رشد اخلاق، کلبِرگ و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند همانطور که شخص مراحل اخلاقی را طی می‌کند ممکن است شناخت، احساس و قضاوت وی تغییر کند. آنها اظهار می‌کنند که سن و رفتار اخلاقی به هم وابسته هستند زیرا، بهبود اخلاق به‌طور عمده با توجه به تجربه‌های حاصل از زندگی رخ می‌دهد و بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. آلن (۲۰۰۹) معتقد است: افرادی که در سطوح بالای تحول اخلاقی نظریه کلبِرگ قرار دارند، نسبت به افراد پایین‌تر، خشونت کمتری نشان می‌دهند. پیازه معتقد است اخلاق از رشد شناختی تأثیر می‌پذیرد و همانند هوش، طی مراحل متوالی رشد می‌کند. پرفسور گانداسینها و وارما سازندگان آزمون قضاوت اخلاقی، قضاوت اخلاقی را، توانایی ارزیابی موقعیت‌ها و امور را بعنوان درست یا غلط، بر مبنای آگاهی از معیارهای اخلاقی توصیف می‌کنند. گانداسینها و وارما (۱۹۹۸) با توجه به اهمیت این موضوع در بیشتر مکاتب، بحث قضاوت اخلاقی مطرح شده است. به تعبیر بسیاری از مریبان و روانشناسان، کلید حل مسایل اجتماعی، در رشد اخلاقی و قضاوت‌های اخلاقی است با این اعتقاد، اولین هدف هر نظام تربیتی، تربیت افراد با وجدان و متعهد است و باید آن را نوعی سرمایه‌گذاری برای نیل به اهداف والای انسانی تلقی کرد (کریمی، ۱۳۸۷).

شریفی (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان دینداری و اخلاق، معلمی (۱۳۹۷) با عنوان دین و اخلاق، شهرکی مسرور (۱۳۹۶) تحت عنوان اخلاق، معنویت و باورهای دینی، سلیمانی و شریفی (۱۳۹۴) رابطه دین و اخلاق از دیدگاه‌های مختلف را بررسی کرده اندنتایج حاکی از آن است که بین دینداری و اخلاق رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. از آنجا که دانش‌آموزان با مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس مواجه هستند، یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند نیاز به آرامش را در آنان برآورده سازد، یاد خداست که در فرایند معنویت درمانی می‌توان به آموزش آن پرداخت. در معنویت‌درمانی اصل بر قویتر کردن ارتباط با خدا که منبع قدرت مطلق است، می‌باشد. معنویت احساس ارتباط با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی، اعتقاد داشتن و رابطه با یک قدرت متعالی است (هاوکس، هال، تالمن و ریچینز^۲، ۲۰۰۳). معنویت‌درمانی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی- مذهبی به افراد تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، به سلامت و رشد دست یابند (ریچاردز و برجین^۳، ۲۰۰۵). پژوهش‌های متعددی از رابطه بین معنویت و بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی و همچنین تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر معنویت بر سلامت روانی حمایت نموده‌اند. برای مثال نتایج پژوهش‌های (جینینگ و همکاران^۴، ۲۰۱۸؛ سمبرینگ لینا ماهایاتی و آلنید کانیا^۵، ۲۰۱۸؛ سنتا مایکو و همکاران^۶، ۲۰۱۹؛ لیزا گادنکاف و همکاران^۷، ۲۰۱۷؛ آنا کاتارینا تاورس لوریرو و همکاران^۸،

1. Gandasynha & Varma

2. Hawks, Hull, Thalmant, & Richins

3. Richards & Bergin

4. Jinbing

5. sembiringlina mahayatiAllenidekania

6. SanetaMaiko

7. Lisa Gudenkauf

8. Ana Catarina TavaresLoureiro

۲۰۱۸؛ الکسیا تورک^۱، ۳۰۱۹؛ یانگ-یون نو^۲، ۲۰۱۹؛ آر جان برام^۳ و هارولد کوهنیک^۴، ۲۰۱۹؛ بردی اوزونی دوجی، همایونی و سیدالحسین، ۱۳۹۸؛ میر گل، محسنی و عباسیان ادیمی، ۱۳۹۸؛ ملایی و درتاج، ۱۳۹۷؛ صدری و همکاران، ۱۳۹۷؛ تقی زاده و خاکپور، ۱۳۹۶) نشان دادند معنویت درمانی با خطر خودکشی پایین، سلامت روانی بهتر و افزایش امید همراه بوده است. اوزوا و همکاران^۵ (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند حضور در مراسم معنوی با عزت نفس رابطه مثبت دارد. ماباکر، ون لیوون و رادبول^۶ (۲۰۱۸) معتقدند معنویت یک جنبه جدایی ناپذیر از زندگی و توسعه کودک است. همچنین وایت، کارونا، برگامر، کایری، بوتسومونز^۷ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند معنویت با رضایت از زندگی و رفتارهای سالم رابطه مثبت دارد. ویسر، التیکا، میزنبرگ و گارسن^۸ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند تجارب معنویت با استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد. زیمر، راجو، تافتدال، تانچای، ساتیووجاگر^۹ (۲۰۱۸) نشان دادند میان معنویت و سلامت رابطه مثبت وجود دارد. کیناوکرون^{۱۰} (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند معنویت بر کیفیت زندگی تاثیر مثبت دارد. یگر وکاترین^{۱۱} (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که معنویت بالاتر با درد و علائم بالینی پایین رابطه معنادار وجود دارد. مایپلن^{۱۲} (۲۰۱۸) معتقدند بین معنویت و شادی ذهنی و قدردانی رابطه مثبت وجود دارد.

البته برخی یافته‌ها حاکی از عدم اثر بخشی معنویت درمانی می‌باشد. برای نمونه نتایج پژوهش (ریچاردز، اسمیت و داویس، ۱۹۸۹؛ برگین و همکاران، ۱۹۸۸) نشان داد که اعتقادات دینی در برخی افراد دیگر احتمال دارد با مشکلات عاطفی آنان تعامل داشته باشد. همچنین (بستونو همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۳؛ ریچاردز، ۱۹۹۱) در تحقیقی نشان دادند که دینداری بیرونی با بهزیستی هیجانی ضعیف و سازگاری اجتماعی پایین توأم بوده است و نظرات منفی ایلس (۱۹۸۰، ص ۶۳۷) که هر اندازه مراجعان کمتر مذهبی باشند، سلامتی روانی شان بالاتر است.

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در چند دهه اخیر، تاثیر اعتقادات و باورهای مذهبی بر سلامت روانی را آشکار کرده‌اند. از همین رو در جامعه ما به عنوان یک جامعه مذهبی، توجه به نقش معنویت در حل مشکلات روحی و روانی از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. بر این اساس مطالعه معنویت و رابطه آن با بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی می‌تواند به مسولان و تصمیم‌گیران آموزش و پرورش در جهت اتخاذ راهکارهای اثربخش به منظور بهبود بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان کمک نماید و همین امر ضرورت انجام پژوهش حاضر را نمایان می‌سازد. لذا مساله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان پسر سال اول دوره دوم متوسطه موثر است؟

1- Alexia Torke

2- Young-Eun Noh

3- Arjan Braam

4- Harold Koenig

5- Ozawa & et al

6- Bakker, Van Leeuwen & Roodbol

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

8- Visser, Meezenbroek, & Garssen

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

10- Keenan & Kirwan

11- Yeager & Catrin

12- Mahipalan

13- Baston et al

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی به روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانش‌آموزان سال اول پسر دوره دوم متوسطه نواحی پنج‌گانه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد که تعداد آنها طبق آمار اداره آموزش و پرورش شهر تبریز ۷۱۰۰ نفر می‌باشد. با توجه به اینکه جامعه دانش‌آموزی شهر تبریز به صورت ناهمگن در مناطق جغرافیایی شهر پخش شده‌اند و متغیرهای وابسته این تحقیق به گونه‌ای بودند که از پایگاه اقتصادی و اجتماعی آزمودنی‌ها تاثیر می‌گرفت، تصمیم گرفته شد از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شود. برای این منظور ابتدا یک ناحیه به تصادف از بین نواحی پنج‌گانه تبریز انتخاب و سپس از این ناحیه یک مدرسه دوره دوم متوسطه پسرانه به تصادف انتخاب شد. در گام بعدی از این مدرسه دو کلاس پایه اول انتخاب شدند و پس از اجرای پیش‌آزمون (مقیاس بهزیستی روانشناختی و پرسشنامه رشد استدلال (قضاوت) اخلاقی)، ۶۰ دانش‌آموز به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است چون نگهداری یا ماندگاری رفتارهای آماج در طول زمان جز اهداف این پژوهش نبوده است بنابراین طرح حاضر سنجش پیگیری نداشت.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (1989) طراحی شده و فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده می‌باشد ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید. در این تحقیق برای سنجش متغیر بهزیستی روانشناختی، از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه ۱۸ سوالی استفاده شده است؛ فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف ۱۸ گویه دارد. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می‌باشد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف دارای ۶ مؤلفه و برای هر مؤلفه ۳ سوال در نظر گرفته شده و دارای یک نمره کل می‌باشد. هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتر می‌باشد. اعتبار و روایی: در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحقیق عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی، استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل، پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال، به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمده است. پایایی این پرسشنامه با تعداد ۳۰ ضریب آلفای ۰/۸۹ بدست آمده است.

پرسشنامه رشد استدلال (قضاوت) اخلاقی - فرم کوتاه رست و همکاران: این پرسشنامه توسط رست و همکاران (۱۹۷۳) که در پی دستیابی به روش عینی و قابل اعتمادتری برای سنجش قضاوت اخلاقی بودند طراحی شده است در این پژوهش از فرم کوتاه آزمون که شامل سه داستان می‌باشد استفاده شد. این داستانها معماهای اخلاقی هستند و آزمودنی پس از هر داستان، باید موارد درخواست شده را پاسخ گوید. فرم کوتاه این آزمون در پژوهشی با عنوان

بررسی رشد وجدان اخلاقی دانش آموزان و رابطه آن با جو سازمانی مدرسه بوسیله کدیور مورد استفاده قرار گرفت (کدیور، ۱۳۷۸).

در این آزمون که شامل داستان‌هایی درباره مسایل اجتماعی است، بعد از هر داستان سوالهایی مطرح شده است که پاسخ درست یا نادرستی ندارند، بلکه تنها نظر و عقیده آزمودنی را درباره آن سوالات جویا شده است. آزمودنی باید پس از خواندن هر داستان درجه اهمیت هر یک از ۱۲ سوالی را که در تصمیم گیری و حل مساله مورد توجه قرار می‌گیرد با موارد خیلی کم، کم متوسط، زیاد، بسیار زیاد مشخص کند. سرانجام آزمودنیها باید چهار سوال از مهم‌ترین سوالات درجه بندی شده را به ترتیب اولویت انتخاب کنند. هر یک از این انتخاب‌ها، نحوه استدلال آزمودنیها را بیان می‌کند. اعتبار و روایی: با تحقیقاتی که در دانشگاه مینه سوتا در زمینه پایایی فرم کوتاه انجام داده‌اند، گزارش کرده‌اند که پایایی این آزمون حدود ۷۰٪ است (کدیور، ۱۳۷۸). به منظور تعیین روایی این پرسشنامه، در تحقیقی که در آن رابطه بین استدلال انتزاعی، کلامی و فضایی با نمرات DIT مورد بررسی قرار گرفت، رابطه معنی‌داری بین نمرات DIT و متغیرهای شناختی مذکور بدست آمد (کدیور، ۱۳۸۷).

روش اجرا

به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات (۱۲ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هر جلسه بافنون تن آرامی و ذهن آگاهی متمرکز (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد و سپس در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن بحث و آموزش مطلب مورد نظر در هر جلسه انجام می‌شد. بسته آموزشی زیر از کتاب مهارت‌های معنوی بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۲) تهیه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلیه جلسات

جلسات درمان	عنوان و محتوای جلسات
جلسه اول	(آشنایی، ایجاد انگیزش و ارائه روند مداخله): توضیح کوتاه و مختصری در مورد شیوه آموزش و اهمیت معنویت درمانی، ایجاد انگیزه و نگرش مطلوب نسبت به معنویت درمانی، ارائه روند آموزش، نوشتن عهد نامه تلاش برای افزایش معنویت توسط مراجعان.
جلسه دوم	(معنویت و اهمیت آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد معنویت و اهمیت آن در بهزیستی روانی، جسمی، شادکامی و احساس امید به آینده، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی، نقش ایمان و معنویت بالقوه در درمان و بهبودی درمانجویان.
جلسه سوم	(دعا و اهمیت آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد اهمیت دعا در پیوند به ساحت مقدس، نقش دعا در آرام شدن زندگی فرد و یافتن پاسخ سوالات زندگی خود.
جلسه چهارم	(بخشایش گری): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی بخشایشگری از سه جنبه، بخشیدن دیگران، بخشیدن خود، و پذیرش بخشایشگری. بررسی پژوهش‌های جدید در مورد ارتباط بخشایشگری با عقاید معنوی، بحث و بررسی مفهوم بخشش.
جلسه پنجم	(ذکر و انواع آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تاثیرات ذکر بر سلامت روح و روان، حقیقت ذکر توجه قلبی به خداوند متعال است که در اعمال انسان پرتو افکند.
جلسه ششم	(انجام مراقبه، یک تمرین ذهن آگاهی تجربی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، تمرین متن مربوط به ذهن آگاهی.
جلسه هفتم	(شفقت و مهربانی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد نقش شفقت و مهربانی در بهبود ارتباطات انسان، احساس عمیق عشق و علاقه به دیگران و بهبود فرایند درمان فرد.
جلسه هشتم	(یافتن معنا در زندگی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد معنای زندگی.
جلسه نهم	(ارتباط با خود): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی تصویر از خود و عزت نفس، اهمیت خودآگاهی در داشتن تصویری مثبت از خود.
جلسه دهم	(ارتباط برون فردی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد ارتباط با اعضای جامعه و طبیعت براساس معنویت گرایی.
جلسه یازدهم	(هماهنگ شدن با ارزشهای مذهبی و اخلاقی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تناقض اعمال مراجع با نظام ارزشیابی و نقش آن در پریشانی عاطفی و بین فردی.
جلسه دوازدهم	(جمع‌بندی و بیانیه پایانی): من به دنبال حقیقت و راستی در یک سفر معنوی هستم. معتقدم که زندگی دارای معنا و هدفی مقدس است. دوست دارم امروز رفتارم، نموداری از عمیق‌ترین باورهایم باشد. دوست دارم همه کارهایم کاملاً بی‌نقص و عاری از گناه باشد.

یافته‌ها

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

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

متغیر	گروه‌ها	تعداد نمونه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		حداکثر	حداقل
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پذیرش خود	آزمایش	۳۰	۱۱/۲۰	۲/۰۷	۱۳	۲/۳۷	۱۷	۳
	کنترل	۳۰	۱۰/۵۶	۲/۱۹	۱۰/۸۰	۲/۹۴	۱۷	۵
تسلط محیطی	آزمایش	۳۰	۱۱/۷۶	۲/۲۸	۱۲/۴۳	۲/۲۲	۱۶	۳
	کنترل	۳۰	۱۱/۶۰	۲/۴۱	۱۱/۰۳	۱/۹۰	۱۶	۴
رابطه مثبت با دیگران	آزمایش	۳۰	۹/۷۶	۲/۱۴	۱۱/۶۶	۲/۰۲	۱۷	۶
	کنترل	۳۰	۹/۲۰	۳/۰۲	۱۰/۰۳	۲/۵۶	۱۶	۵
داشتن هدف در زندگی	آزمایش	۳۰	۱۱/۱۰	۲/۷۰	۱۱/۶۰	۲/۸۳	۱۷	۵
	کنترل	۳۰	۱۰/۵۰	۲/۴۰	۹/۸۳	۱/۸۲	۱۸	۵
رشد شخصی	آزمایش	۳۰	۱۱/۸۰	۲/۱۳	۱۱/۷۳	۲/۱۴	۱۷	۵
	کنترل	۳۰	۱۱/۸۳	۲/۸۱	۱۰/۵۶	۲/۲۸	۱۷	۵
استقلال	آزمایش	۳۰	۱۱/۷۶	۲/۹۶	۱۲/۸۳	۳/۰۳	۱۸	۳
	کنترل	۳۰	۱۲/۹۶	۲/۷۸	۱۰/۸۰	۲/۶۳	۱۸	۶
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۳۰	۶۷/۴۰	۷/۵۸	۷۳/۱۶	۷/۶۹	۷۹	۴۷
	کنترل	۳۰	۶۶/۶۶	۷/۸۱	۶۳/۰۶	۸/۲۶	۸۹	۵۱

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمرات بهزیستی روانشناختی و مولفه‌هایش در قبل و بعد از آموزش برای گروه‌های پژوهش ارائه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، نسبت به پیش‌آزمون اثر افزایشی داشته است که نشان دهنده اثر بخش بودن رویکرد معنویت درمانی بر بهزیستی روانشناختی است.

جدول ۳: نتایج تحلیل چندمتغیری تاثیر معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان

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

بر اساس جدول ۳ می‌توان گفت که آماره لامبدای ویلکز با $(F=3/906, P< 0/05)$ نشان می‌دهد که می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای گروه‌های کنترل و آزمایش را رد کرد. به این معنی که آموزش معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان تاثیر معنی‌داری داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری تاثیر معنویت درمانی مبتنی بر خود آگاهی بر مولفه های بهزیستی روانشناختی

مدل	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	تا
گروه	پذیرش خود	۷۲/۶۰	۱	۷۲/۶۰	۱۰/۱۵۱	۰/۰۰۲	۰/۱۴۹
	تسلط بر محیط	۲۹/۴۰۰	۱	۲۹/۴۰۰	۶/۸۶۷	۰/۰۱۱	۰/۱۰۶
	رابطه مثبت با دیگران	۴۰/۰۱۷	۱	۴۰/۰۱۷	۷/۴۹۶	۰/۰۰۸	۰/۱۱۴
	داشتن هدف در زندگی	۴۶/۸۱۷	۱	۴۶/۸۱۷	۸/۲۴۴	۰/۰۰۶	۰/۱۲۴
	رشد شخصی	۲۰/۴۱۷	۱	۲۰/۴۱۷	۴/۱۵۲	۰/۰۴۶	۰/۰۶۷
	استقلال	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۶/۹۳۹	۰/۰۱۱	۰/۱۰۷
	خطا	پذیرش خود	۴۱۴/۸۰۰	۵۸	۷/۱۵۲		
تسلط بر محیط		۲۴۸/۳۳۳	۵۸	۴/۲۸۲			
رابطه مثبت با دیگران		۳۰۹/۶۳۳	۵۸	۵/۳۳۹			
داشتن هدف در زندگی		۳۲۹/۳۶۷	۵۸	۵/۶۷۹			
رشد شخصی		۲۸۵/۲۳۳	۵۸	۴/۹۱۸			
استقلال		۴۶۷/۶۶۷	۵۸	۸/۰۸۰			
کل		پذیرش خود	۸۹۸۴	۶۰			
	تسلط بر محیط	۸۵۳۸	۶۰				
	رابطه مثبت با دیگران	۷۴۱۳	۶۰				
	داشتن هدف در زندگی	۷۲۶۷	۶۰				
	رشد شخصی	۷۷۶۵	۶۰				
	استقلال	۸۸۳۲	۶۰				

نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون در جدول ۴. نشان می دهد که بین میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل در مولفه بهزیستی روانشناختی پذیرش خود ($F=10/151, P=0/002$ و $P=0/149$ ، $F=6/867$ ، $P=0/011$ و $P=0/106$ ، $F=7/496$ ، $P=0/008$ ، $F=8/244$ ، $P=0/006$ و $P=0/124$ ، $F=4/152$ ، $P=0/046$ ، $F=6/939$ ، $P=0/011$ و $P=0/107$ ، $F=6/939$) و استقلال (مجزورات) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۵. داده های توصیفی قضاوت اخلاقی در پیش آزمون و پس آزمون با توجه به گروه های کنترل و آزمایش

متغیر	گروهها	تعداد نمونه	پیش آزمون		پس آزمون		حداکثر	حداقل
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
قضاوت اخلاقی	آزمایش	۳۰	۲۴/۰۶	۳/۶۴	۲۵/۴۳	۴/۲۲	۲۹	۱۵
	کنترل	۳۰	۲۱/۹۰	۳/۵۵	۲۲/۰۶	۳/۹۹	۳۰	۱۵

نتایج جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس قضاوت اخلاقی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود نمرات پس آزمون گروه آزمایش، نسبت به پیش آزمون اثر افزایشی داشته است که نشان دهنده اثر بخش بودن رویکرد معنویت درمانی بر قضاوت اخلاقی است.

جدول ۶. آزمون کوواریانس تک متغیره معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر قضاوت اخلاقی دانش آموزان

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای تفکیکی
۶۴/۹۳۸	۱	۶۴/۹۳۸	۳/۵۹۸	۰/۰۶۳	۰/۰۵۹
۷۶/۶۲۵	۱	۷۶/۶۲۵	۴/۲۴۵	۰/۰۴۴	۰/۰۶۹
۱۰۲۸/۷۹۵	۵۷	۱۸/۰۴۹			
۳۴۵۵۲	۶۰				

نتایج (جدول ۶). آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می‌دهد که قضاوت اخلاقی در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است ($F=4/245, P=0/044$ و $0/069$ = مجذوراتا) و معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر قضاوت اخلاقی گروه آزمایش موثر بوده است. بنابراین آموزش معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی موجب افزایش قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان گروه آزمایش شده است.

با بررسی مقادیر معناداری اثر تعاملی متغیر گروه بندی با مولفه‌های پیش‌آزمون‌ها مشخص شد که هیچ کدام از اثرات معنی‌دار نیستند و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی شیبهای رگرسیون در بین گروه‌ها رعایت شده است. نتایج غیر معنادار آزمون ام‌باکس نشان داد که بین گروه‌ها همگنی ماتریس کوواریانس رعایت شده است ($f=1.34, P=13$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان بود. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی معنویت‌درمانی شامل: دعا، ذکر، شفقت و مهربانی، یافتن معنا در زندگی، ارتباط برون‌فردی، ارتباط با خود، بخشش و هماهنگ شدن با ارزش‌های مذهبی در افزایش میزان بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه (اوزوا و همکاران، ۲۰۱۷؛ باکر و همکاران، ۲۰۱۸؛ وایت و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویسرو همکاران، ۲۰۱۸؛ زیمر و همکاران، ۲۰۱۸؛ کیناوکرون، ۲۰۱۸؛ یگروکاترین، ۲۰۱۸؛ مایپلن، ۲۰۱۸؛ شاها، فریب، شیپمانا، گاردینر و میلن^۱، ۲۰۱۸) همخوان بود و با نتایج تحقیقات (برگین و همکاران، ۱۹۸۸؛ ریچاردز، اسمیت و داویس، ۱۹۸۹؛ نظریات الیس، ۱۹۸۰؛ بتسون و همکاران، ۱۹۹۳؛ ریچاردز، ۱۹۹۱) غیرهمسو می‌باشد. در تبیین فرضیه اول می‌توان گفت، امور معنوی نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند (آتن و شانک^۲، ۲۰۰۷) که می‌تواند به افراد در مقابله با عوامل چالش‌انگیز زندگی کمک نماید (قلعه‌قاسمی و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین افرادی که باورهای مذهبی قویتری دارند، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را تواناتر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت و همین امر در افزایش بهزیستی روانی آنان مؤثر است (صادقی، لاداری و حق‌شناس، ۲۰۱۰). معنویت نوعی مراقبه و استعلا و وجود، ایجاد می‌کند و موجب خودشکوفایی می‌شود. آموزش مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش

1 - Shah, Frey, Shipman, Gardiner & Milne

2. Athen & shnk

شکیبایی و آرامش، در مواجهه با بیماری‌های روانپزشکی از جمله افسردگی مؤثر بوده است (کایسا، سیرپا و ایرما^۱، ۲۰۱۶). معنویت‌درمانی به متعالی شدن افراد کمک می‌کند و این بعد متعالی آنان را به سوی خداوند رهبری می‌کند (غباری بناب، ۱۳۸۸). بنابراین درمان معنوی و دینی افراد، بر سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر مثبت و قاطع دارد (میلر، ۲۰۰۳). افرادی که آموزش‌های معنوی دریافت می‌کنند، با مشکلات نیز سریعتر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون توانمندی، تحمل رنج و سازگاری با استرس ارتقا می‌یابد (کوئینگ، ۲۰۱۲). افرادی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند، سبک زندگی آنها رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی در ارتقای بهزیستی روانشناختی در دانش‌آموزان است (دشمن‌گیر، تقدیسی، دشمن‌گیر و دهداری، ۱۳۹۱). راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، تأکید بر ارتباط نزدیکتر با خدا و سپردن کامل خود به نیروی مافوق، باعث می‌شود وجود خدا در زندگی افراد پررنگ‌تر احساس شود و در آنها نوعی احساس امنیت بوجود آورد و با تکیه بر نیروی خدا، سازگاری آنها ارتقا یابد. در واقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، 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 رضایت از زندگی گردد (لاسچس و کوئینگ^۲، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه دوم بیانگر آن بود که معنویت‌درمانی تأثیر معناداری بر قضاوت اخلاقی داشت. در واقع نتایج تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل بود. بدین ترتیب فرضیه تحقیق تایید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه (شریفی، ۱۳۹۸؛ شهرکی مسرور، ۱۳۹۶؛ معلمی، ۱۳۹۷؛ سلیمانی و شریفی، ۱۳۹۴؛ محمدی حاجلو و عباسیان، ۱۳۹۲؛ توکلی، لطیفی و امیری، ۱۳۸۸؛ آقابابایی و تیبیک، ۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، یاد خدا عاملی در جهت افزایش تحمل و مقابله افراد در برابر فشارها و سختی‌ها شده و میزان خودمهارگری و رشد اخلاقی را افزایش می‌دهد. شاید بتوان گفت با افزایش جهت‌گیری و ایمان مذهبی، فرایند خودکنترلی نیز ارتقا یافته، مانع اثربخشی شرایط بیرونی شده و سلامت روان حفظ می‌شود. بعلاوه انجام دستورات مذهبی و حضور در مراسم مذهبی، از عواملی هستند که می‌توانند در درمان و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی اعم از نوروهای خفیف یا سایکوزهای شدید به کار رود (دلور^۳، ۲۰۱۱) ساز و کار تأثیر مذهب در حل مشکلات روانشناختی و سازش‌یافتگی مبتنی بر عوامل متعددی است که می‌توان به برخی از آنها مانند: تسهیل‌های اجتماعی، معنادهی به زندگی، ارائه الگوهای دلبستگی و جدایی، هویت‌بخشی، پرورش عقلانی، نظم اجتماعی و فردی اشاره کرد (آمونز^۴، ۱۹۹۹). از نظر هرگنهان و السون (۱۳۸۲)، معیارهای اخلاقی از طریق تعامل با الگوها رشد می‌کند. این بدین معناست که همزمان با رشد دینداری، تعامل فرد با الگوهای دینی افزایش یافته و در این فرایند به تحول‌یافتگی بیشتری در حوزه اخلاق دست می‌یابد. ضمن

1. Kaisa, sirpa, Irma

2. Lucchese & Koeing

3. Delour

4. Ammons

اینکه تحول اخلاقی، سازش‌یافتگی فرد با خود، افراد پیرامون و موقعیت‌ها را ایجاد می‌کند (گلیکان^۱، ۱۹۹۲؛ جان^۲، ۲۰۱۰؛ رابرت، ۲۰۰۹، میکرز^۳ و همکاران، ۲۰۰۵) و از این مسیری سلامت‌روانی را تأمین می‌کند. دین حقیقی نیز دارای عقایدی درست و مطابق با واقع بوده، اصول و رفتارهای اخلاقی را مورد توصیه و تأکید قرار می‌دهد که از صحت و ضمانت کافی برای اجرا برخوردار بوده، سلامت و آرامش روانی برای افراد به همراه دارد (پرنجیه^۴، ۲۰۱۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که آزمون پیگیری در این تحقیق انجام نگرفت. با توجه به این محدودیت، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در تحقیقات آینده با اجرای دوره‌های پیگیری ماندگاری تغییرات روانشناختی آماج این تحقیق را در آینده در طرح‌های تحقیقی دارای دوره‌های پیگیری بررسی نمایند. جامعه پژوهش حاضر، فقط به دانش‌آموزان سال اول دوره دوم متوسطه پسر شهر تبریز محدود می‌شد، بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آموزش معنویت‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان مؤثر است. همچنان که در تمامی مذاهب، توسل به خدا با دعاها و آیات مخصوص رایج است، در اسلام نیز این اعتقاد وجود دارد که معنویت، ذکر اسماء الهی و آیات قرآنی، قلوب را آرامش می‌بخشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌های لازم برای آموزش معنویت جهت تقویت نگرش مذهبی در دانش‌آموزان و همچنین ترغیب و توجیه آن‌ها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن صورت گیرد، چرا که می‌تواند بهزیستی روانشناختی و قضاوت اخلاقی را در آن‌ها افزایش دهد. همچنین تقویت باورهای معنوی و مذهبی در دانش‌آموزان موجب انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی دانش‌آموزان می‌شود و باعث افزایش سلامت‌روانی و بهبود قضاوت اخلاقی در آنان خواهد شد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در این زمینه یاری کردند، به‌ویژه از مدیریت و معلمان دبیرستان آزادگان تبریز و تمامی دانش‌آموزان که بی‌دریغ در روند اجرای پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- اژدری‌فرد، سیما؛ قاضی، قاسم؛ نورانی‌پور، رحمت اله (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت‌روان دانش‌آموزان. اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۵(۲): ۱۲۵-۱۰۵.
- آقاعلی، فاطمه؛ زندی‌پور، طیبه؛ احمدی، محمدرضا (۱۳۹۰). تأثیر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت‌روان بیماران MS استان قم. روان‌شناسی ودین، ۴(۱): ۳۷-۵۴.
- برزگر بغربی، کاظم؛ پاک‌سرشت، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه علمی ترویجی اخلاق، ۴(۱۶): ۱۴۷-۱۲۳.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور؛ بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۲): ۱۵۱-۱۴۶.
- پوریانسب، امیر (۱۳۷۹). اصول اخلاق حرفه‌ای. حسابدار، ۱۴(۱۳۷): ۲۲-۱۸ و ۷۰-۷۳.

¹.Gelican
².John
³.Makers
⁴.prengee

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

تبرایی، رامین؛ فتحی‌آشیانی، علی؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت‌روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی. *روانشناسی و دین*، ۳(۱): ۶۲-۳۷.

توکلی، ماهگل؛ لطیفی، زهره؛ امیری، شعله (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و هویت اخلاقی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دوفصلنامه علمی و تخصصی مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵: ۶۵-۷۸.

جهانگیرزاده، محمدرضا (۱۳۹۰). دیدگاه‌های شناختی تحولی در رشد اخلاقی. *مجله معرفت اخلاقی*، ۲(۴): ۱۰۱-۱۲۲.

عشورنژاد، فاطمه؛ کدیور، پروین؛ حجازی، الهه (۱۳۹۶). رابطه عاملیت، برنامه‌ریزی و فرهنگ مدرسه با بهزیستی روانشناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عادی و تیزهوش: تحلیل چندسطحی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۲(۴۷): ۱۰۶-۷۹.

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

کریمی، یوسف (۱۳۸۷). *روانشناسی اجتماعی نظریه‌ها، مفاهیم، کاربردها*. ویرایش سوم. تهران: ارسباران.

کهکی، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانشناختی در بین دانشجویان متأهل دانشگاه الزهراء(س). *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه الزهراء(س)*.

ابن عربی، محمد بن عربی (۱۳۹۳). «رابطه اخلاق و دین از منظر قرآن کریم» فتوحات مکه. بیروت: دار احیاء التراث العربی. ص ۷-۲۹.

محمدی‌مصیری، فرهاد؛ حاجلو، نادر؛ عباسیان، مینا (۱۳۹۲). دینداری و کیفیت ارتباط با هویت اخلاقی، نقش تعدیل‌کننده خودتنظیمی. *فصلنامه روانشناسی و دین*، شماره ۴ (پیاپی ۲۴): ۱۰۵-۱۱۷.

میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۹). مقایسه بهزیستی روانی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی اثر سبک‌های مقابله‌ای. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۸(۱): ۵۳-۶۹.

- Bai, J., Brubaker, A., Meghani, S. H., Bruner, D. W., & Yeager, K. A. (2018). Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain. *Journal of pain and symptom management*.
- Bakker, A. A. D., van Leeuwen, R. R., & Roodbol, P. P. (2018). The Spirituality of Children with Chronic Conditions: A Qualitative Meta-synthesis. *Journal of pediatric nursing*.
- Barton-Arwood, S., Morrow, L., Lane, K., & Jolivette, K. (2005). Project IMPROVE: Improving teachers' ability to address students' social needs. *Education and Treatment of Children*, 430-443.
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin*, 138(4), 655-668.
- Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of health psychology*, 13(6), 764-775.
- Cohen, D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices, and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19(2), 121-138.
- Colby, A., Kohlberg, L., Biggs, J., and Lieberman, M., (1983). A Longitudinal Study of Moral Judgment, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48 (Serial No. 200).
- Compton, W. C. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity. *The Journal of psychology*, 135(5), 486-500.
- Das, S., Punnoose, V. P., Doval, N., & Nair, V. Y. (2018). Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital. *Psychiatry research*, 265, 238-243.
- Forster, J. R. (1991). Facilitating positive changes in self-constructions. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4(3), 281-292.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70(3), 493-496.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., & Burke, M. T. (2001). Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.
- Guse, T., Vescovelli, F., & Croxford, S.-A. (2019). Subjective well-being and gratitude among South African adolescents: *Exploring gender and cultural differences*. *Youth & Society*, 51(5), 591-615.
- Harrell, A. W., Mercer, S. H., & DeRosier, M. E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: The effectiveness of a social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18(4), 378-387.

- Hummer, R.A & etal, (1999). Religious involvement and US adult mortality, *Demography*, 36, PP.273-285.
- Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378 .
- Johnstone, B., Franklin, K. L., Yoon, D. P., Burris, J., & Shigaki, C. (2008). Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(4), 308-313.
- Jääskelä, P., Poikkeus, A.-M., Vasalampi, K., Valleala, U. M., & Rasku-Puttonen, H. (2017). Assessing agency of university students: validation of the AUS Scale. *Studies in Higher Education*, 42(11), 2061-2079 .
- Kelly, J. A., Frederiksen, L. W., Fitts, H., & Phillips, J. (1978). Training and generalization of commendatory assertiveness: A controlled single subject experiment. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 9(1), 17-21.
- Kim, T. H., Lee, S. M., Yu, K., Lee, S., & Puig, A. (2005). Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors. *Asia pacific education review*, 6(2), 143-152.
- Koeing, GH., McCullough, EM., & Larson, BD. (2001). Hand book of religion and health, 1st ed. USA: Oxford University, 1118-20.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2000). Contextual supports and barriers to career choice: A social cognitive analysis. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 36.
- Mahipalan, M., & Sheena, S. (2018). Workplace Spirituality and Subjective Happiness Among High School Teachers: National Institute of Technology Karnataka, Surathkal, P O Srinivasnagar 575025, Karnataka, India.
- Marcoen, A. (1994). Spirituality and personal well-being in old age. *Ageing & Society*, 14(4), 521-536.
- Moons, P., Luyckx, K., Dezutter, J., Kovacs, A. H., Thomet, C., Budts, W., & Khairy, P. (2019). Religion and spirituality as predictors of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease around the globe. *International journal of cardiology*, 274, 93-99.
- Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., & Uchida, H. (2017). Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Comprehensive psychiatry*, 77, 53-59.
- Pandya, S. P. (2017). Spirituality, Happiness, and Psychological Well-being in 13-to 15-year olds: A Cross-country Longitudinal RCT Study. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 71(1), 12-26.
- Payizi, M. (2006). *Effects of self-expression training on life improving and educational progress of female students studying in the second year of high school* (Doctoral dissertation, Doctoral dissertation, Allameh Tabatabai University).
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of personality*, 67(6), 985-1013.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist*, 58(1), 36.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. (2013). Positive psychotherapy. In D. wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (PP. 461-498). Belmont, CA: cengage
- Rest, J., Thoma, S. J., Narvaez, D & „Bebeau, M. J. (1997). Alchemy and beyond: *Indexing the Defining Issues Test*. *Journal of educational psychology*, 89(3), 498 .
- Rest J.R., Narvaez, D., Thoma, S.J., and Bebeau, M.J., (2000). A Neo- Kohlbergain Approach to Morality Research, *Journal of Moral Education*, Vol. 29, pp. 381-396.
- Richards, P., & Bergin, A. E. (2004). Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy: *American Psychological Association*.
- Rogers, D. L., Skidmore, S. T., Montgomery, G. T., Reidhead, M. A., & Reidhead, V. A. (2012). Spiritual integration predicts self-reported mental and physical health. *Journal of religion and health*, 51(4), 1188-1201.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *American psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shah, S., Frey, R., Shipman, K., Gardiner, F., & Milne, H. (2018). A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and spiritual care working in a single district health area in New Zealand. *European Journal of Integrative Medicine*, 22, 1-9.

- Shahbazi, M. (2005). Relationship between emotional intelligence, self assertion and marital satisfaction of married teachers working in Masjed Soleiman with control over marriage duration. (Unpublished master's thesis, Shahid Chamran University). (Persian).
- Sloan, E. (2005). Effects of religiosity on Mental Health. *Journal of Psychology and Theology*, 16, 14-18.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The journal of pain*, 10(5), 493-500.
- Taylor, S., & Byown, J. (1988). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *psychological Bulletin*, 116, 7-21.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?. *Annals of behavioral medicine*, 24(1), 3-13.
- Verduyn, C. M., Lord, W., & Forrest, G. C. (1990). Social skills training in schools: An evaluation study. *Journal of Adolescence*, 13(1), 3.
- Visser, A., de Jager Meezenbroek, E. C., & Garssen, B. (2018). Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings. *Social Science & Medicine*, 214, 57-66.
- Voert, M. t., Felling, A & ,Peters, J. (1994). The effect of religion on self-interest morality. *Review of Religious Research*, 35, 302-323 .
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(1), 3.
- Zeinivand, A. (2006). Relationship between self-esteem and social support and scholastic progression of second-year high-school students. (Unpublished master's thesis, Tarbiyat Modarres University). (Persian).
- Zimmer, Z., Rojo, F., Ofstedal, M. B., Chiu, C. T., Saito, Y., & Jagger, C. (2019). Religiosity and health: A global comparative study. *SSM-Population Health*, 7, 100322.
- Paloutzian & C. L. Perk (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). *New York: Guilford Press.*