

«نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی»

سال هشتم - شماره ۳۱ - پاییز ۱۳۹۴

ص. ص. ۹-۲۳

تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تبریز

نیلوفر برومندزاده^۱
پرویز کریمی‌ثانی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۲۳

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۱۲

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان تبریز بودند. در این پژوهش دو مدرسه از دو منطقه شهرستان تبریز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس ۳۰ دانش‌آموز که بالاترین نمرات را در اضطراب و اختلال در سلامت عمومی داشتند، انتخاب شدند و در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شده‌اند. ۱۵ نفر از دانش‌آموزان که در گروه آزمایش قرار گرفتند در ده جلسه آموزش مهارت‌های معنوی شرکت نمودند و ۱۵ نفر گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های اضطراب داس و سلامت عمومی گلدبرگ بود که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان مؤثر است.

واژگان کلیدی: مهارت‌های معنوی، اضطراب، سلامت عمومی

۱. دانش‌آموخته کارشناس ارشد گروه روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاداسلامی، تبریز، ایران n_brmoda@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی تربیتی، واحد شبستر، دانشگاه آزاداسلامی، شبستر، ایران

مقدمه:

نوجوانی یک مرحله بحرانی در زندگی است که با گذر از کودکی به بزرگسالی مشخص می شود. نوجوانی دوره ای است که در آن اختلالات روانی به احتمال بیشتری شکل می گیرند و یا ظاهر می شوند. علاوه بر این برخی عوامل خطر زا نیز به طور خاص این مرحله از زندگی را تحت تأثیر قرار می دهند؛ سوء مصرف مواد، الکل، تنباکو از جمله ی این خطرها است که در نوجوانی رخ می دهد. تمامی این عوامل برای سلامت عمومی مضر هستند. (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۱۳). مفهوم سلامت عمومی احساس خوب بودن، اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی است (عبدی، باباپور و فتحی، ۱۳۸۹). سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرده است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۴).

اختلال های اضطرابی نیز شایع ترین اختلال روانی در تمام گروه های سنی است و عاملی مهم در بروز برخی مشکلات اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به حساب می آید (سومر و گلدنر^۳، ۲۰۰۶). کودکان و نوجوانان در جریان رشد، انواع گوناگون و طیف وسیعی از اضطراب ها را تجربه می کنند و گاه این اضطراب ها آنچنان شدت دارند، که زندگی روزمره و تحصیلی آنان را دشوار می سازند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). شواهد رفتاری نشان می دهند که سطوح بالای اضطراب با کاهش عملکرد در وظایف همراه است خصوصاً در وظایفی که نیازمند فرایندهای شناختی هستند. طبق بررسی کندال^۴ و همکاران، اضطراب افراطی نوجوانان، اثرات بارز خود را در قلمرو تحصیلی، ارتباط با همسالان و عملکرد اجتماعی نیز نشان می دهد (به نقل از کمالی ایگلی، ۱۳۹۰). در کشور ما، جمعیت کودکان و نوجوانان حدود یک سوم کل جمعیت کشور را تشکیل می دهند و این دوره سنی از نظر رشد و تکامل جسمی- روانی اهمیت بسزایی، بنابراین فراهم کردن زندگی سالم برای آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است (ضغیمی محمدی، ۱۳۹۰).

متخصصان روان شناسی برای کاهش اختلال های روانی از جمله اضطراب و افسردگی از روش های مختلفی بهره گرفته اند که از آن جمله می توان از روش های دارو درمانی، روان تحلیل گری، شناخت درمانی و رفتار درمانی را نام برد (غباری بناب، متولی پور و حبیبی، ۱۳۸۸). اما یکی از موضوعاتی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است، معنویت و معنا درمانی است. به نظر می رسد زمان آن رسیده است که راهکارهای معنوی، با نظریه و روش های علمی روان درمانی ترکیب شود (ریچاردز و هاردمن و

1. World Health Organization
 ۲. World Health Organization
 ۳. Somer & Goldner
 4. Kendall, et. al

بارت^۱، ۲۰۰۷). مطالعات معنوی در روان‌شناسی در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

استفاده از معنویت می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت موثر باشد (روهیم و گرین برگ^۲، ۲۰۰۷). مذهب و معنویت، مجموعه‌ای را ارائه می‌دهد که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست^۳، ۲۰۰۱). به همین دلیل است که معنویت پیش‌بینی‌کننده قوی برای امید و سلامت روان است (دیویس^۴، ۲۰۰۵) پژوهشگران نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های معنوی، مثل ترغیب به دعا و ذکر به عنوان یک نوع از مراقبه، به بهبود بیشتر و سریعتر بیماران کمک می‌کند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). معنویت از راهبردهای سازگاری در گروه سنی نوجوانان نیز به شمار رود (رسولی، یغمایی، علوی مجد و الذکریان، ۲۰۰۹). معنویت برای زندگی انسان‌ها به خصوص برای دانش‌آموزانی که در مقطع دبیرستان و در سن نوجوانی به سر می‌برند، دارای اهمیت بسیاری است زیرا آنها به دنبال هدف، معنا و هویت در زندگی خود هستند و در دورانی هستند که قدرت تصمیم‌گیری، آرامش درونی، خودآگاهی و سازگاری اجتماعی - اخلاقی برای آنها بسیار اهمیت دارد (جیمز^۵، ۱۹۹۷). این مسائل باعث می‌شود که آموزش مهارت‌های معنوی در دانش‌آموزان نوجوان از اهمیت بسزایی برخوردار باشد زیرا با آموزش این مهارت‌ها دانش‌آموزان می‌توانند معنای زندگی خود را دریابند و از رفتارهای عقلانی و منطقی در زندگی خود پیروی کنند و ارتباط آنها با دیگران یک ارتباط انسانی و اعتقادی شود و معنویت نگرش آنها را به خود و دیگران مثبت نماید (پارگامنت^۶، ۲۰۰۷).

پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت روانی افراد دارد (جنگ و جانسون^۷، ۲۰۰۴؛ دولتیل و فارل^۸، ۲۰۰۴؛ هیلز، پایس، کمرون و شوت^۹، ۲۰۰۵). در پژوهشی هورانی، ویلیامز، فرمان-هافمن، لان، ویمر و بری^{۱۰} (۲۰۱۲) به بررسی نقش معنویت در افسردگی، اختلال پس از سانحه و خودکشی پرداختند. معنویت بالا اثر محافظت‌کننده در برابر نشانه‌های افسردگی داشت. سطوح متوسط و کم معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ی علائم افسردگی بود. همچنین سطوح متوسط معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال پس از سانحه بود. این نتایج نشان داد که رابطه‌ی پیچیده‌ای بین معنویت و سلامت روان وجود دارد. کونینگ^{۱۱} (به نقل از سالسمن و همکاران، ۲۰۰۵) به

1. Richards & Hardman&Berrett
2. Revheim & Greenberg
3. West
4. Davis
5. James
6. Pargament
7. Jang & Johnson
8. Doolittle & Farrell
9. Hills, Paice, Cameron & Shot
10. Hourani, Williams, Forman-Hoffman, Lane, Weimer & Bray
11. Koenig

روابط منفی بین معنویت / مذهب و اضطراب دست یافت. ویلکینس^۱ (۲۰۰۴)، در مطالعه ای که با عنوان "مذهب، معنویت و استرس روانی در بیماران قلبی عروقی" انجام داد، نشان داد که ارتباط معنی داری بین حمایت معنوی و افسردگی و اضطراب وجود دارد. نتایج پژوهش فرانسیس، رابینز، لوئیز و کوآگلی^۲ (۲۰۰۴) نشان داد که ارتباط مثبت و قوی بین نگرش مثبت به مسیحیت با میزان سلامت عمومی بالاتر وجود دارد.

یافته های فیروزی، امینی، اصغری و مقیمی دهکردی (۱۳۹۲) نشان داد که پایبندی به اصول مذهبی می تواند از عوامل مثبت تأثیرگذار بر جنبه های مختلف روانی و جسمانی دانش آموزان باشد. یعقوبی، سهرابی و محمدزاده (۱۳۹۱) نیز طی پژوهش خود یافتند که تأکید بر آموزه های اسلامی در قالب رواندرمانی معنوی- مذهبی نیز همانند روش های شناختی رفتاری می تواند در کاهش اضطراب مفید واقع گردد. میرزا محمدی، فرمیپنی فراهانی و اسفندیاری (۱۳۹۰) در پژوهش کیفی خود به این نتیجه رسید که دین نقش مثبتی بر سلامت روان دارد. علی بخشی، ممقانیه و علی پور (۱۳۹۰) در پژوهش خود به بررسی رابطه توکل به خدا (به عنوان یک مهارت معنوی) و سلامت روان پرداختند. نتایج نشان داده توکل به خدا می تواند به عنوان یک راهبرد مقابله ای، نقش موثری در افزایش سلامت روان داشته باشد. چراغی و مولوی (۱۳۸۵) به بررسی رابطه ی بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین نمره دینداری کلی و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود داشت. حسین ثابت (۱۳۸۷) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادمانی در دانش آموزان دختر سال اول متوسطه پرداخت. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش صبر، منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش شادکامی در هر سه گروه آزمایشی شد. نیکبخت نصر آبادی، تقوی لاریجانی و محمودی (۱۳۸۳) به بررسی مقایسه ای تأثیر دو روش آرام سازی بنسون و تکرار ادکار مستحبی (به عنوان یک مهارت معنوی) بر وضعیت اضطراب بیماران پرداختند. یافته های پژوهش آنان نشان داد که آرام سازی به روش بنسون و تکرار ادکار هر دو موجب کاهش اضطراب در بیماران شدند و بین دو گروه اختلاف معناداری در کاهش اضطراب وجود نداشته است. همچنین نتایج پژوهش آلیانی و مهین (۱۳۸۳) حاکی از آن بود که هرچه میزان پایبندی افراد به دعا بیشتر باشد، اضطراب آنها به مراتب کمتر است. در برخی پژوهش ها گزارش شده است که شدت نگرش های معنوی و مذهبی در زنان بیش از مردان است. کلی - مور^۳ از نظر درخواست مشاوره ی معنوی و مذهبی بین دو جنس تفاوت هایی یافت. قوی تر بودن معنویت و نگرش های معنوی در پژوهش های داخلی نیز آمده است از جمله در پژوهشی که همایون فر انجام داد مشخص شد که بین نوجوانان دختر و پسر تفاوت معنی داری در زمینه ی ارزش های معنوی و مذهبی وجود دارد و دختران در

1. Willkins

2. Francis , Robbins , Lewis & Quigley

3. Keli-Mor

ارزش‌های معنوی و مذهبی در اولویتند. نجفی نیز در پژوهش خود نشان داد که دختران به مراتب بیشتر از پسران به معنویت و مذهب پایبندی دارند و باورهای معنوی بالاتری دارند (به نقل از کاظمیان مقدم و مهربانی زاده ی هنرمند، ۱۳۸۸).

در حال حاضر قابلیت‌های موجود در روش مداخلات معنوی و نقش معنویت به عنوان منبعی موثر، برای کاهش اضطراب مورد توجه قرار گرفته است (پارگامنت، ۲۰۰۷). بنابر مطالب گفته شده آموزش معنویت و مهارت‌های معنوی از اهمیت بسزایی برخوردار است. مهارت‌های مهم معنوی عبارتند از: بخشایشگری، به جا آوردن مؤثر نماز و دعا، خودآگاهی، ارتباط معنوی، توکل، صبر، تقوایشگری، پالایش دل، تواضع و فروتنی، صلح و رحمت، کنترل حسد، مشاهده‌ی تجلی باریتعالی در طبیعت و ذکر (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۲).

اما پژوهش‌های انجام شده در حیطه معنویت بیشتر بر کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان و سالمندان متمرکز بوده است و پژوهش حاضر از این جهت نوپا است که به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی در دانش‌آموزان دبیرستانی می‌پردازد و با توجه به اینکه براساس پژوهش‌ها بین دو جنس از نظر پایبندی و توجه به امور معنوی تفاوت وجود دارد، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی در دانش‌آموزان دختر پرداخته شد. مهارت‌های معنوی مورد بررسی در این پژوهش عبارتند از: مهارت بخشایشگری، ذکر و مراقبه، صلح و رحمت، صدقه دادن، توکل و صبر، نماز و دعا. در پژوهش حاضر پژوهشگر به دنبال بررسی این مسئله است که آیا آموزش مهارت‌های معنوی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اثربخش است؟

روش کار

تحقیق حاضر در حیطه تحقیقات کاربردی جای می‌گیرد. پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش، متغیرهای وابسته (اضطراب و سلامت عمومی)، قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های معنوی)، اندازه‌گیری شد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان تبریز بودند که بر اساس آمار آموزش و پرورش شهرستان تبریز تعداد آنان در سال ۹۴-۹۳، ۵۵۰۰۰ نفر بوده است. به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، ابتدا از بین مدارس متوسطه دخترانه منطقه یک تبریز، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، دو مدرسه انتخاب شد و در هر مدرسه ۳ کلاس در پایه‌های تحصیلی اول تا سوم دبیرستان انتخاب شد و آزمون سلامت عمومی و آزمون اضطراب در دانش‌آموزان هر ۶ کلاس اجرا شد. سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که از نظر اضطراب و اختلال در سلامت عمومی دارای نمرات بالاتر از میانگین بودند انتخاب شدند و در دو گروه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل، جایگزین شدند. سپس اعضای گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، دو بار در هفته به مدت دو ساعت آموزش مهارت معنوی به شیوه

گروهی جهت کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی را دریافت کردند. به منظور اینکه دانش‌آموزان تا جلسه آموزشی بعدی، درگیری خود را با موضوع جلسه حفظ کنند، در پایان هر جلسه نیز تکالیفی به دانش‌آموزان داده می‌شد و در جلسه بعدی، تکلیف داده شده در جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت. پس از اجرای جلسات آموزشی، پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. ساختار جلسات در ادامه آورده شده است. قابل ذکر است که منبع تدوین جلسات آموزشی، پژوهش محور بوده و با بررسی پژوهش‌های مختلف نظیر بوالهروی و همکاران (۱۳۹۲) و غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸) و غیره تدوین شده است.

جدول (۱): ساختار جلسات آموزش مهارت‌های معنوی

| تعداد جلسات | زمان (ساعت) | موضوعات مورد بحث | تکلیف جلسه | وسایل کمک آموزشی |
|-------------|-------------|---|--|---|
| ۱ | ۲ | معارف - معرفی برنامه آموزشی - اهداف و انتظارات | ----- | وایت برد - مازیک - کاغذ رنگی |
| ۲ | ۲ | تعریف معنویت - تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی - بحث درباره دین - رابطه معنویت، خود آگاهی و سلامت - اهمیت معنویت در خودآگاهی - نیاز به معنویت و کارکرد آن در زندگی | ذکر نمونه‌هایی از تجربیات زندگی | وایت برد - پاور پوینت و استفاده از اشعار مولانا |
| ۳ | ۲ | استفاده از تمثیل و روایت و اینکه دانش‌آموز خود را جای قهرمان داستان تصور کند و بگوید در چنین شرایطی چه احساسی دارد - راه‌های حل مسئله را یادداشت کند - بحث درباره راه‌حل‌های آنها | از دانش‌آموزان خواسته شد که ویژگی‌های معنوی خود و تأثیرات آن در زندگیشان را بنویسند. | کاغذ و قلم |
| ۴ | ۲ | مهارت بخشایشگری: تعاریف - مراحل عفو، بحث درباره مفاهیم متعدد از بخشش و گذشت، مرحله تصمیم‌گیری برای بخشیدن مرحله اقدام به بخشیدن، نتیجه بخشیدن بحث درباره مراحل قبل از بخشش و خود بخشش | نوشتن مطلبی در مورد بخشایشگری و نمونه‌هایی از بخشایشگری که توسط آنان صورت گرفته است. | پاور پوینت |
| ۵ | ۲ | تعریف ذکر - مراقبه و ذکر - انواع ذکر - روش ذکر گفتن - مکان و زمان ذکر - مراتب ذکر - شرایط ذکر - آثار ذکر - موانع ذکر | بیان چندین ذکر و بررسی تأثیرات آن | تمرین - اشعار مولانا - گفته‌های بزرگان |
| ۶ | ۲ | صله رحم - آثار - آثار قطع و عوامل صله رحم - مصادیق و شیوه‌ها - مرز صله رحم - الویت بندی در صله رحم - موارد آن - آثار دنیوی | بیان داستانی در خصوص صله رحم | کتاب - وایت برد - مازیک |
| ۷ | ۲ | صدقه و کمک مالی - ارزش صدقه - زمان صدقه - آداب صدقه - آثار صدقه | ذکر نمونه‌هایی از صدقه دادن | قرآن - داستانهای دینی |
| ۸ | ۲ | توکل و صبر - بررسی آثار آن - ارکان آن - زمینه و شرایط آن - فواید آن - نتایج آن از منظر قرآن - آثار رفتاری آن | ترسیم نموداری در خصوص فواید توکل | قرآن - داستانهای دینی |
| ۹ | ۲ | نماز و دعا - فلسفه و آثار آن (دنیوی - معنوی) - اهمیت آن - آثار تربیتی - آثار آن بر روح و روان انسان - فواید طبی و درمانی | بیان فواید نماز | قرآن و داستانهای دینی و پاور پوینت |
| ۱۰ | ۲ | اختتامیه و جمع بندی جلسات | ----- | بحث گروهی |

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری سلامت عمومی افراد، از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (فرم ۲۸ سوالی) استفاده شد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۱ در سال ۱۹۷۹ طراحی گردیده است و دارای ۴ زیرمقیاس جسمانی کردن، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). این مقیاس، پاسخ آزمودنی‌ها را در یک طیف لیکرت (از خیلی کم (۰) تا زیاد (۳)) می‌سنجد. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. کسب نمره‌ی بالا در این آزمون نشانه وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی است (بخشایش، ۱۳۹۲). در داخل کشور تحقیقات متعددی روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان و کارمندان به عمل آمده است. برای نمونه، هومن، یعقوبی، مجاهد، یزدان پناه و شیرازی پایایی پرسش‌نامه‌ی نسخه فارسی GHQ-28 را به ترتیب میزان ۸۴٪، ۹۱٪، ۸۸٪، ۶۲٪ و ۸۲٪ گزارش کرده‌اند. به این معنی که در تمامی این تحقیقات پایایی در حد خوب و عالی برآورد شده است (به نقل از کرمی، ۱۳۸۲).

همچنین در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری میزان اضطراب افراد و به منظور تأکید بیشتر و مقایسه عمیق‌تر و استفاده از آیتم‌های بیشتر برای سنجش اضطراب آنان، از پرسشنامه‌ی داس (فرم کوتاه) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است و پاسخ آزمودنی‌ها را در یک طیف لیکرت (از اصلاً (۱) تا همیشه (۴)) می‌سنجد. پایین‌ترین نمره در این مقیاس ۱ و بالاترین نمره ۸۴ است و سوالات نمره‌گذاری معکوس ندارند. مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس داس در سال ۱۹۹۵ توسط لایونوند تهیه شد. لویباند و لویباند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان نشان دادند که پرسشنامه افسردگی با مقیاس داس همبستگی بالایی ($r = 0/4$) دارد. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی این پرسشنامه توسط صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شد و مشخص شد که پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است. در مطالعه مرادی پناه (۱۳۸۴)، نیز آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۹۴٪، اضطراب ۹۲٪ و استرس ۸۲٪ گزارش گردیده است.

نتایج

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد و در آن تعداد، کمترین و بیشترین به عنوان آماره‌های توصیفی، میانه و میانگین به عنوان شاخص‌های گرایش مرکزی، دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های پراکندگی استفاده گردید. در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق با توجه به رعایت مفروضه‌های اساسی مانند فاصله‌ای بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع طبیعی نمرات آزمودنی‌ها، یکسانی شیب خط رگرسیون و خطی بودن رابطه‌ی متغیر وابسته‌ی مورد بررسی و متغیر کمکی و با توجه به اینکه

1. Goldberg & Hiller

متغیرهای مستقل به صورت مجزا و جداگانه بررسی شدند، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جداول آمده است:

جدول (۲): توصیف آماری پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات «اضطراب» به تفکیک گروه‌ها

| اضطراب | تعداد | توصیف داده‌ها | | شاخص‌های مرکزی | | شاخص‌های پراکندگی | |
|-----------|-------|---------------|---------|----------------|---------|-------------------|--------------|
| | | کمترین | بیشترین | میانه | میانگین | دامنه تغییرات | انحراف معیار |
| پیش‌آزمون | ۱۵ | ۱۰ | ۶۰ | ۲۴ | ۲۷/۷۳ | ۵۰ | ۱۶۸/۹۲ |
| پس‌آزمون | ۱۵ | ۵ | ۴۹ | ۱۴ | ۱۷/۴۰ | ۴۴ | ۱۴۳/۱۱ |
| پیش‌آزمون | ۱۵ | ۱۲ | ۴۸ | ۲۸ | ۲۸/۵۳ | ۳۶ | ۱۵۷/۹۸ |
| پس‌آزمون | ۱۵ | ۷ | ۴۴ | ۲۳ | ۲۴/۶۰ | ۳۷ | ۱۲۵/۶۸ |

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات «اضطراب» گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین نمرات اضطراب گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده ی اضطراب در گروه آزمایش و کنترل

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی داری | حجم اثر |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|---------------|---------|
| پیش‌آزمون | ۲۸۰۶/۳۲ | ۱ | ۲۸۰۶/۳۲ | ۷۹/۱۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۶ |
| گروه‌ها | ۳۲۳/۷۴ | ۱ | ۳۲۳/۷۴ | ۹/۱۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۵۳ |
| واریانس خطا | ۹۵۶/۸۷ | ۲۷ | ۳۵/۴۴ | - | - | - |
| مجموع | ۱۷۳۸۲ | ۳۰ | - | - | - | - |

در جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۹/۱۳) با درجه آزادی ۱ و ۲۷ از مقدار F جدول بزرگتر است و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱ حاصل شده است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه آموزش مهارت‌های معنوی بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه مؤثر است، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول (۲)، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشت که با انجام تحلیل کوواریانس مشخص شد که این تفاوت معنی دار بوده است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۲۵ درصد کاهش نمرات اضطراب آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به آموزش مهارت‌های معنوی نسبت داد.

جدول (۴): توصیف آماری پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات «سلامت عمومی» به تفکیک گروه‌ها

| سلامت عمومی | تعداد | آمار توصیفی | | شاخص‌های مرکزی | | شاخص‌های پراکندگی | |
|-------------|-------|-------------|---------|----------------|---------|-------------------|--------------|
| | | کمترین | بیشترین | میانه | میانگین | دامنه تغییرات | انحراف معیار |
| پیش‌آزمون | ۱۵ | ۱۸ | ۷۰ | ۲۷ | ۳۲/۲۶ | ۵۲ | ۲۴۸/۴۹ |
| پس‌آزمون | ۱۵ | ۶ | ۵۵ | ۱۳ | ۲۰ | ۴۹ | ۱۸۶/۱۴ |
| پیش‌آزمون | ۱۵ | ۱۳ | ۷۴ | ۲۵ | ۳۲/۹۳ | ۶۱ | ۲۷۲/۲۱ |
| پس‌آزمون | ۱۵ | ۱۳ | ۷۰ | ۲۳ | ۲۷/۹۳ | ۵۷ | ۲۲۱/۲۱ |

با توجه به نتایج فوق، میانگین نمرات مقیاس « سلامت عمومی » گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل کاهش چشمگیرتری داشته است و با توجه به این که کسب نمره ی بالا در آزمون سلامت عمومی نشانه ی وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی است، بنابراین کاهش میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان دهنده ی کاهش اختلال و افزایش سلامت عمومی در گروه آزمایش است.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده ی سلامت عمومی در گروه آزمایش و کنترل

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی داری | حجم اثر |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|---------------|---------|
| پیش‌آزمون | ۵۱۷۶/۴۵ | ۱ | ۵۱۷۶/۴۵ | ۲۶۵/۴۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۰۸ |
| گروه‌ها | ۴۰۷/۳۶ | ۱ | ۴۰۷/۳۶ | ۲۰/۸۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۳۶ |
| واریانس خطا | ۵۲۶/۴۸ | ۲۷ | ۱۹/۴۹ | - | - | - |
| مجموع | ۲۳۴۰۷ | ۳۰ | - | - | - | - |

در جدول (۵)، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۲۰/۸۹۱) با درجه آزادی ۱ و ۲۷ از مقدار F جدول بزرگتر است و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۰۱ حاصل شده است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه مؤثر است، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول (۴)، میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت عمومی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشت و با توجه به این که کسب نمره ی بالا در آزمون سلامت عمومی نشانه ی وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی است، بنابراین کاهش میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان دهنده ی کاهش اختلال و افزایش سلامت عمومی در گروه آزمایش است و با انجام تحلیل کوواریانس مشخص شد که تفاوت میانگین بین گروه آزمایش و کنترل معنی دار بوده است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۴۴ درصد کاهش در نمرات اختلال در سلامت عمومی و در نتیجه افزایش سلامت عمومی آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به آموزش مهارت‌های معنوی نسبت داد.

بحث

فرضیه اول پژوهش حاضر که به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه می‌پرداخت، مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دوه ی متوسطه اثر دارد و این اثربخشی در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کونینگ به نقل از سالسمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویلکینس، ۲۰۰۴؛ کونینگ، ۲۰۰۵؛ یعقوبی، ۱۳۹۱؛ ابراهیمی، ۱۳۹۱؛ حسین ثابت، ۱۳۸۷؛ آلیانی و مهین، ۱۳۸۳؛ نیکبخت نصر آبادی و همکاران، ۱۳۸۳ همسو بود.

فرضیه پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه می‌پرداخت، نیز مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی موجب افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دوه می‌متوسطه می‌گردد و این اثربخشی در سطح $p < 0/001$ معنادار بود. این یافته نیز با یافته‌های مطالعات دیگر از جمله مطالعات توماس، ۲۰۱۲؛ والش، ۲۰۰۹؛ فرانسیس، رابینز، لوئیز و کوگلی^۲، ۲۰۰۴؛ میرزا محمدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ علی بخشی، ممقانیه و علی پور، ۱۳۹۰؛ چراغی و مولوی، ۱۳۸۵ همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر اضطراب می‌توان چنین گفت که بسیاری از مداخله‌ها و مهارت‌های معنوی مانند ذکر گفتن، روشی برای آرامش و تغییر حالات روانی هستند و می‌توان آنها را از جمله راه‌های خود نظم‌جویانه برای مقابله با استرس و اضطراب شناخت که بر فرایندهای روان‌شناختی و جسمانی تأثیرگذار هستند و فرد را از افکار آشفته بازداشته و موجب آرمیدگی می‌گردند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). نوجوانی دوره‌ای است که در آن اشکال مختلف اختلالات عاطفی مانند افسردگی، اضطراب و غیره ممکن است به وقوع پیوندد و یا تشدید شود. به نظر می‌رسد کسانی که جهت‌گیری معنوی دارند، میزان اضطراب و کمتری دارند (حسینی، الیاس، کراس و آیشاه^۳، ۲۰۱۰). اخیراً نیز برخی از مطالعات تأثیر مداخلات معنوی را در درمان اضطراب نشان داده‌اند (لوچتی، لوچتی، باسی، ورا و پرز^۴، ۲۰۱۲).

در تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت روان نیز باید اشاره نمود که از دهه‌ی ۱۹۶۰ مطالعات شیوع‌شناسی اقدام به بررسی تأثیر معنویت و مذهب بر سلامت افراد نمودند. از آن زمان تا کنون هزاران مقاله که در پایگاه‌های علمی منتشر شده‌اند؛ نشان داده‌اند که معنویت و مذهب بر سلامت جسمانی و روانی تأثیرگذار است و معنویت با سلامت روانی بالاتر، بستری شدن کمتر و استراتژی‌های مقابله‌ای بهتر همراه است. خلاصه‌ای از تحقیقات در مورد سلامت جسمانی یافتند که فعالیت‌ها و مهارت‌های معنوی با عملکرد ایمنی بهتر، میزان کمتر مرگ ناشی از سرطان، بیماری قلبی کمتر، فشار خون و کلسترول پایین‌تر و رفتارهای سالم بیشتری همراه است (لوچتی، لوچتی، باسی، ورا و پرز، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خواندن نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آنها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس مفهوم و رنگ عاطفی پیدا می‌کند. از سوی دیگر این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط هستند که این غده فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند. پرداختن به فعالیت‌های معنوی و مذهبی بر روی مکانیزم دفاعی بدن مثل پادتن‌ها اثر مثبت گذاشته، مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی مثل سرطان و مزمن روانی مثل اسکیزوفرنی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه، زیارات، دعا و نماز ابتدا توسط مغز دریافت و با

2. Francis, Robbins, Lewis & Quigley

3. Elias, Krauss & Aishah

4. Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Vera & Peres

توجه به نیت و قصد نیرو بخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده که به سیستم ایمنی دستور داده می شود در مقابل فشار روانی و بیماری مقاومت کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). همچنین محققان اظهار داشته اند که بین معنویت و سلامت رابطه وجود دارد و به نظر می رسد که عقاید، تعهدات و اعمال معنوی با نتایج مثبتی مانند بهزیستی / سلامت جسمانی، روانی، عملکرد / کارکرد مثبت بین فردی و بهبود کیفیت زندگی همراه هستند (حسینی، الیاس، کراس و آیشاه، ۲۰۱۰). همچنین شواهد بسیاری وجود دارد که تأثیر معنویت را بر سلامتی نشان می دهد از جمله پژوهشی که توسط المر، مک دونالد و فریدمن^۵ (۲۰۰۳) انجام شد، نشان داد که معنویت نقش مهمی در کاهش نرخ بیماری و طولانی کردن زندگی دارد (به نقل از حسینی، الیاس، کراس و آیشاه، ۲۰۱۰).

بنابراین براساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های معنوی موجب کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی در دانش‌آموزان دختر می گردد زیرا دانش‌آموزان دختر توجه بیشتری به امور معنوی دارند و طی جلسات آموزش مهارت‌های معنوی، با مزایای استفاده از مهارت‌های معنوی و تأثیرات آنها آشنا شدند و یاد گرفتند که چگونه این مهارت‌ها را در موقعیت های مختلف زندگی به کار بندند تا کمتر دچار اضطراب شوند. همچنین دانش‌آموزان آموختند که در شرایط مختلف از مهارت‌هایی همچون ذکر، صبر، بخشش، صله رحم و غیره استفاده نمایند و از این طریق سلامت عمومی خود را حفظ کرده و ارتقا دهند. در جلسات آموزشی آنان آموختند که خطرها و بحران ها را بیش از حد وخیم ارزیابی نکنند و سعی کنند در حوادث معنا و مفهوم بیابند و بدانند که گاهی مشکلات منجر به رشد و تعالی انسان می گردد و سعی نمایند بجای تمرکز بر مشکلات به نحوه ی مقابله با مشکل تمرکز نمایند و از مهارت‌های معنوی آموخته شده ی خود برای حل مشکلات استفاده نمایند.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش ها با محدودیت هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر تبریز اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست و روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود که همین امر احتمال معرف نبودن نمونه پژوهشی را به نسبت جامعه بالا می‌برد. به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت ها مد نظر قرار گیرد.

همچنین پیشنهاد می گردد که تحقیق فوق بر روی دانش‌آموزان سایر مدارس و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد. همچنین توصیه می گردد که با توجه به نقش آموزش مهارت‌های معنوی در بالا رفتن سطح سلامت عمومی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان، از نتایج پژوهش

5. Elmer, MacDonald, and Friedman

های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره ی مدارس استفاده نمود و در مدارس، کارگاه های آموزشی و دوره های آموزش مهارت های معنوی مختص دانش آموزان، در نظر گرفته شود.

منابع

- ابراهیمی، الهام. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر بخشش و امید بر اضطراب عمومی دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران سال تحصیلی ۹۱-۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد علوم و تحقیقات خوزستان)، دانشکده روانشناسی، رشته مشاوره.
- ابوالقاسمی، شهنام و سعیدی، مژده. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس و مانترای اسلامی بر میزان اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستان های دخترانه ی شهر تنکابن. *روان شناسی دین*، سال پنجم، شماره ی دوم، صفحات ۶۶-۵۵.
- آلیانی، زهرا و مهین، همایون. (۱۳۸۳). بررسی رابطه پایبندی به دعا با میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه تبریز. مقاله ارائه شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ایران.
- بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سلامت عمومی و تیپهای شخصیت با رضایت شغلی کارکنان مرکز بهداشت شهرستان یزد. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیابورد سلامت)*، دوره ۷، شماره ۱، صص ۴۲-۵۵.
- بوالهری، جعفر؛ غباری بناب، باقر؛ قهاری، شهربانو؛ میرزایی، مصلح؛ راقیبیان، رؤیا؛ دوست علی وند، هدی و زارعی دوست، الهام. (۱۳۹۲). *مهارت های معنوی، کتاب ویژه مربیان*. چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران.
- چراغی، مونا و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *مجله پژوهش های تربیتی و روانشناختی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان*، سال دوم، شماره ۲، شماره پیاپی ۶، صص ۲۲-۱.
- حسین ثابت، فریده. (۱۳۸۷). اثربخش آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی. *دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی*، سال ۱، شماره ۲، صص ۹۲-۷۹.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، شماره ۴، تابستان. صص ۲۹۹.
- ضغیمی محمدی، شراره و تجویدی، منصوره. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹). *مراقبت های نوین*، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۸، شماره ۳، ۱۲۴-۱۱۶.
- عبدی، سلمان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر. (۱۳۸۹). رابطه سبک های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، سال هشتم، شماره ۴ صفحات ۲۶۴ تا ۲۵۸.

علی بخشی، سیده زهرا؛ ممقانیه، مریم و علی‌پور، احمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه توکل به خدا و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه پیام نور. *مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*. شماره ۱، پیاپی (۴۶)، صفحات ۶۵-۴۷.

غباری‌بناب، باقر؛ متولی‌پور، عباس و حبیبی‌عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، سال سوم، شماره ۲ (۱۰)، صفحات ۱۱۰-۱۲۳.

غلامی، علی و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، شماره ۳، صص ۳۳۱-۳۴۸.

فیروزی، بوذر؛ امینی، معصومه؛ اصغری، زهرا و مقیمی‌دهکردی، بیژن. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۸۹-۹۰. *مجله بهداشت و توسعه*، سال دوم، شماره ۲، صفحات ۱۴۸-۱۳۸.

کاظمیان مقدم، کبری و مهربانی‌زاده‌هنرمند، مهناز. (۱۳۸۸). مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. *روان‌شناسی دین*، سال دوم، شماره دوم، صفحات ۱۸۷-۱۷۳.

کریمی، ابوالفضل. (۱۳۸۲). *پرسشنامه سلامت عمومی*. تهران: انتشارات روان سنجی.
 کمالی ایگلی، سمیه. (۱۳۹۰). *رابطه راهبردهای مقابله با استرس و هوش هیجانی با سلامت روان در دانش‌آموزان دختر شرکت‌کننده در کلاس‌های کنکور منطقه ۴ آموزش و پرورش تهران، سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تهران مرکز)، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، گروه روانشناسی، گرایش روان‌شناسی تربیتی.
 گلدبرگ و هیلر. (۱۹۷۹). *پرسشنامه سلامت عمومی*. ترجمه ابوالفضل کریمی، (۱۳۸۲). تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

مرادی پناه، فرشته. (۱۳۸۴). *بررسی تأثیر موسیقی ملایم بر میزان اضطراب و استرس و افسردگی بیماران قلبی*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری. دانشگاه تربیت مدرس.

میرزا محمدی، محمدحسن؛ فرمپینی‌فراهانی، محسن و اسفندیاری، سهیلا. (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. *مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*. شماره ۴۷، صفحات ۴۵-۲۰.
 نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ تقوی لاریجانی، ترانه و محمودی، محمود. (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای تأثیر دو روش آرام‌سازی بنسون و تکرار آذکار مستحبی بر وضعیت اضطراب بیماران قبل از اعمال جراحی شکم. *فصلنامه حیات، سال دهم*، شماره ۲۳، صص ۳۷-۲۹.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۰، شماره ۲، صص ۹۹-۱۰۷.

Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical nursing research*, 14(3), 253-272.

- Doolittle, B. R. & Farrell, M. (2004). The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Journal of clinical psychology*, 6(3)114-118.
- Francis, L., Robbins, M., Lewis, C & Quigley, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shot, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative medicine*, 8(4) 782-788.
- Hoseini, M, Habiban, E., Krauss, S. E. & Aishah, S., (2010). A Review Study on Spiritual Intelligence, Adolescence and Spiritual Intelligence, Factors that May Contribute to Individual Differences in Spiritual Intelligence, and the Related Theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2): 179-188.
- Laurel L. Hourani, Jason Williams, Valerie Forman-Hoffman, Marian E. Lane, Belinda Weimer, and Robert M. Bray (2012). Influence of Spirituality on Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidality in Active Duty Military Personnel. *Depression Research and Treatment*, 2012(10) 1-9.
- Jang, S. J. & Johnson, B. R. (2004). Explaining religious effect on distress among African Americans. *Journal for the scientific study of the religious*, 43, 237-260.
- James, W. (1977). *The varieties of religious experience A study in human nature*. Charlottesville, USA. Electronic text center, University of Virginia library.
- Koenig, H. G. (2005). *Faith and mental Health: Religious resources for health*. West Conshohocken: templeton foundation press.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, SH. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior research and therapy*, 33, 335-343.
- Lucchetti, G; Lucchetti, A. L. G; Bassi, R. M.; Vera, A. V. D. & Peres, M. F. P. (2012). *Integrating Spirituality into Primary Care, Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights*. Publisher: InTech, Chapters published April 27, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/2310
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Rasuli M., Yaghmaei F., AlaviMajd, H., & Alzakerian S. M. (2009). Development and psychometrics of institutionalized adolescents spiritual coping scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(1), 25-32. [Persian].
- Revheim, N & Greenberg, W. M. (2007). Spirituality matters: creating a time and place for hope psychiatric rehabilitation. *Journal of spirituality*, 30(4): 307-310.
- Richards, P. S., Hardman, R. K. & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Salsman, John. M., Tramana, L., Brechting, E. H. & Carlson, Ch. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of society for personality and social psychology*, 31(4), 522-535.

- Sommer, J. M. & Goldner, W. J. S. U. L. (2006). Prevalence and incidence studies of review anxiety disorders; a systematic literature. *Canadian journal of psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Thomas, Elizabeth. (2012). *The Relationship Between Religiosity/Spirituality and Mental Health in College Students, Mediated by Meaning Life*. Master's Dissertation. University of Florida.
- Walsh, F. (2009). *Spiritual resources in family therapy*. New York; Guilford press.
- West, W. (2001). *Psychotherapy and Spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Translated by: SH. Shahidi & S. Shirafkan. 2008. Tehran: Roshd.
- Wilkins, M. (2004). *Religion, Spirituality and psychological distress in cardiovascular disease [thesis]*. Pennsylvania, PA: Drexel University.
- World Health Organization. (2004). *promoting mental health: Concepts, emerging evidence*. Summary report a report of the World Health Organization. Department of mental Health and Substance.
- World Health Organization. (2013). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.

Archive of SID

Archive of SID