



تحلیل اثربخشی روان درمانی معنوی بر سلامت روانی، امید به زندگی و سلامت اجتماعی دختران

عابدین دارابی عمارتی^۱، فرشته محمودی^۲

^۱ استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

a.darabi@pnu.ac.ir

^۲ طلبه سطح دو، مدرسه علمیه تخصصی الزهرا (س)، صحنه، ایران

Faay1364@gmail.com

چکیده:

این پژوهش به منظور تحلیل اثربخشی روان درمانی معنوی بر سلامت روانی، امید به زندگی و سلامت اجتماعی دختران انجام شد. روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، شبه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان صحنه بود که به روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد، یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش تحت آموزش جلسات روان درمانی معنوی قرار گرفت و گروه ۱۵ نفره دیگر به عنوان گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. برای ابزار اندازه گیری داده ها از سه پرسش نامه سلامت روانی گلدبرگ و میلر (۱۹۷۲)، امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق آزمون t مستقل و t زوجی با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. یافته ها نشان داد دانش آموزانی که تحت آموزش معنویت درمانی قرار گرفته اند نسبت به سایر دانش آموزان از سلامت روانی، سلامت اجتماعی و امید به زندگی بیشتری برخوردارند.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی، روان درمانی معنوی، دانش آموزان

۱- مقدمه:

از جمله جدیدترین درمان ها جهت درمان اختلالات روانی، روان درمانی معنوی^۱ است. معنویت یکی از ابعاد جدانشدنی وجود انسان است و مراجعان از درمانگران انتظار دارند تا در روند درمان به این بعد نیز توجه داشته باشند. درمان معنوی به افراد کمک می کند تا با جنبه هایی از معنویت که می تواند برایشان مفید باشد آشنا شوند و آن ها را به کارگیرند. مداخله معنوی، به عنوان یک روش درمانی مؤثر در سال های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه ای را ارائه می دهد که از راه آن ها، انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند. به همین دلیل است که معنویت، پیش بینی کننده ای قوی برای امید و سلامت روان و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری است (علی مددی، نجفی، محمدی، رحیمیان بوگر، سلمانیان، ۱۴۰۱). مطالعات نشان داده اند که سلامت روان با سلامت معنوی (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۷)، سلامت اجتماعی (معمدی و همکاران، ۱۳۹۷)، سلامت عمومی (شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه دارد. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی و روانی و اجتماعی تعریف می کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). سلامت روان درجه ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود برقرار می کند و رفتار منطقی از خود نشان می دهد (قدم پور، ۲۰۱۵). سلامت روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب است (قندهاری، ۱۳۹۲).

در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال های آینده به شمار می آید (لوچتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). به گونه ای که محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (باسیو^۳ و باسیو، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی به عنوان درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در بطن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی های

^۱ . Spiritual therapy

^۲ . Lucchetti

^۳ . Baci



افراد تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۲۳). در کیفیت زندگی عواملی چون سلامت جسمی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی، عقاید شخصی و روابط اجتماعی و نیز رابطه این عوامل با جنبه های محیطی که فرد در آن زندگی می کند تأثیرگذار است (تریکالنیوه^۲، پاپازافیروپولو^۳ و ملیدونیس^۴، ۲۰۱۷). به نظر می رسد، جهت بهبود کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در دختران، بتوان از درمان های مختلفی بهره برد. در دهه های اخیر به نقش پررنگ معنویت در کاهش تنیدگی روانی و افزایش تاب آوری و تحمل ناکامی در افراد اشاره شده است (وانی^۵ و سینگ^۶، ۲۰۱۹). ویکتور فرانکل^۷ معتقد است اگر زندگی برای افراد معنا و مفهوم داشته باشد فشار ناشی از آن نیز قابل تحمل است. موقعیت های فشارزای زندگی همواره می توانند بر جریان توانایی افراد در کنار آمدن با شرایط گوناگون مؤثر باشند و تداوم شرایط دشوار به نوبه خود، موجب بروز با تشدید نابسامانی جسمی و روانی می شود (مور^۸، هالفورد^۹، ویلسون^{۱۰} و فاریگیو^{۱۱}، ۲۰۱۶).

پژوهش های بالینی نشان داده است که در جوامع دینی، معنویت درمانی^{۱۲} به عنوان روشی مناسب برای افزایش کیفیت زندگی توصیه می شود (سانکه^{۱۳}، دالا^{۱۴}، آگروال^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۷). چراکه اعتقاد به خدا، هدفمند بودن در زندگی، اعمال مذهبی، استراتژی های مقابله ای فعال مذهبی-معنوی، رویکرد معنوی به حوادث زندگی، از طریق یافتن معنای زندگی، سبب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری با شرایط استرس زای بیماری می گردند (فنگ^{۱۶}، لیو^{۱۷}، لین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۱). لذا استفاده از مذهب به دلایل متعددی؛ از جمله مکانیسم های درمان گرایانه و ایجاد ثبات هیجانی در روان درمانگری ضرورت دارد. از ابتدای علمی شدن روان شناسی و ورود به عرصه درمان، روان شناسان برخوردی دوگانه با مذهب داشته اند و اخیراً استفاده از مذهب را در روان درمانگری ضروری می دانند (جان بزرگی و غروی، ۱۳۹۵).

تعالی و معنویت و ارتباط با خدا موجب ارتقاء کیفیت زندگی می شود و جهان بینی افراد را دستخوش تغییر می کند (باباخانی بروجنی، رضاپور میر صالح و متقی، ۱۳۹۹). درواقع، معنویت به عنوان یک منبع مهم در امید به زندگی، سازگاری با شرایط استرس زا و کاهش اضطراب تلقی می شود (متو، صفاری نیا و احمدپور، ۱۴۰۱، بوالهروی، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). یکی از مهم ترین مداخلات حوزه معنویت درمانی می تواند شامل، امید به زندگی، مثبت نگری و شادکامی باشد. نظریه امید اشنایدر بر شناخت هایی تأکید می کند که بر اساس افکار هدفدار ساخته شده اند. امید را می توان به عنوان افکار هدفدار تعریف کرد که در آن شخص تفکر راهبردی (توانایی درک شده برای پیدا کردن راهی برای رسیدن به اهداف دلخواه) و تفکر عاملی (انگیزه لازم برای استفاده از آن راهها) را به کار می برد (کیربی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۴).

^۱ . World Health Organization

^۲ . Trikkalinou

^۳ . Papazafiropoulou

^۴ . Melidonis

^۵ . Wani

^۶ . Singh

^۷ . Victor Frankl

^۸ . Moor

^۹ . Halford

^{۱۰} . Wilson

^{۱۱} . Farrugia

^{۱۲} . Spirituality Psychotherapy

^{۱۳} . Sankhe

^{۱۴} . Dalal

^{۱۵} . Agarwal

^{۱۶} . Feng

^{۱۷} . Liu

^{۱۸} . Lin

^{۱۹} . Kirby



نامیدی به مجموعه‌ای از باورها و طرح‌واره‌های شناختی^۱ که در آن انتظارات و پیش‌بینی‌های منفی و بدبینانه در مورد خود و زندگی آینده برجسته است، گفته می‌شود (آدن و کام^۲، ۲۰۲۱، زو، یانگ، یائو و همکاران^۳، ۲۰۲۱). ناامیدی به واسطه ریشه داشتن در باورها، انتظارات و تعبیر و افکار منفی و بدبینانه، با طیف قابل توجهی از متغیرهای مخاطره‌آمیز برای سبک زندگی سالم نظیر اضطراب^۴، افسردگی^۵ و ایده‌پردازی خودکشی دارای رابطه است (ما، لای، یانگ و همکاران^۶، ۲۰۲۱). در کنار ناامیدی، سلامت روان به عنوان سازه‌ای پیچیده و چندوجهی، به عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف شده است. همچنین فردی از سلامت روان برخوردار است که از اضطراب و افسردگی و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار کند و قادر به مقابله با فشارهای زندگی باشد (اکبری، شخمگر، ثناگو و همکاران^۷، ۲۰۲۱؛ بداسو، آدامز، پانگ و سبیریت^۸، ۲۰۲۱؛ زو و همکاران^۹، ۲۰۲۱).

با توجه به نقش ساختار و ارزش‌های فرهنگی در پذیرش و اثربخشی روان‌درمانی‌ها برخی محققین و درمانگران تلفیق درمان‌های روان‌شناختی با معنویت و فرهنگ را پیشنهاد می‌کنند و شواهدی موفقیت‌آمیزی از نتایج مثبت آن را برای ارتقاء درمان اختلالات روان‌شناختی گزارش نموده‌اند (مراث^{۱۰} و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰؛ کلی^{۱۲} و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۰؛ ریگر^{۱۴} و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۱). رویکردهای معنویت درمانی^{۱۶}، درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی آنان استفاده کنند؛ چراکه معنویت، پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان، منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری و سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن است (ریچاردز^{۱۷} و همکاران^{۱۸}، ۲۰۱۸).

سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد و زمانی فرد را می‌توان دارای سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد، در حقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (حسن‌پور و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۱). مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است که این ابعاد شامل: مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی است (نیازی، شفیعی مقدم و خدادادی^{۲۰}، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های میلر و سورن^{۲۱} (۲۰۰۳)، مک‌کلاین^{۲۲}، روزنفیلد^{۲۳} و بریتبارت^{۲۴} (۲۰۱۳) تأثیر بهزیستی معنوی بر افزایش امید به زندگی و کاهش ناامیدی را تأیید کردند. پژوهش امینی و همکاران^{۲۵} (۱۳۹۳) نشان داد معنویت درمانی بر افزایش سلامت روان تأثیر دارد. آکوچکیان و همکاران^{۲۶} (۱۳۹۵) و انصاری، جان بزرگی، حسینی سمنانی، غروی راد و رسول‌زاده طباطبایی^{۲۷} (۱۳۹۸) اثربخشی درمان اسلامی و مذهبی را در درمان اختلال وسواس - بی‌اختیاری نشان دادند. حسینی رفسنجانی، عرب، راوری، میری و صفاپور^{۲۸} (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان معنوی گروهی اثر مثبت بر سلامت روانی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ دارد. نوروزی و الهی^{۲۹} (۲۰۱۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت معنوی می‌شود. چاوشیان و همکاران^{۳۰} (۱۳۹۴) تأکید کردند که معنویت نقش بسزایی در ارتقای سلامت روانی ایفا

۱ . Cognitive schemas

۲ . Oden & Kam

۳ . Zuo, Yang, Yao & et al

۴ . Anxiety

۵ . Depression

۶ . Ma, Lai, Yang & et al

۷ . Bedaso, Adams, Peng & Sibbritt

۸ . Merath

۹ . Kelly

۱۰ . Rieger

۱۱ . spiritual therapy

۱۲ . Richards

۱۳ . Miller & Thoresen

۱۴ . McClain

۱۵ . Rosenfeld

۱۶ . Breitbart



می‌کند؛ زیرا اعتقادات مذهبی و معنوی ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت روانی مانند کاهش اضطراب، کاهش افسردگی، افزایش عزت نفس و کنترل خود دارند. امیو کورسا^۱ و امیو دومفه^۲ (۲۰۲۰) تأکید کردند که باید به نیازهای معنوی بیماران توجه شود. اونیشی^۳ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنویت با فراهم آوردن حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس و امید به زندگی را تقویت می‌کند و سازگاری شخصی و شیوه‌های مراقبت از خود با باورهای معنوی مرتبط است و باورهای معنوی بر انتخاب راهبردهای مدیریت مؤثر هستند. به توجه به آنچه در پیشینه نظری و تجربی آورده شد، هدف این پژوهش پاسخ به این سؤال است که آیا روان‌درمانی معنوی بر سلامت روانی، امید به زندگی و سلامت اجتماعی دختران اثرگذار است.

۲- روش‌شناسی:

روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، شبه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان صحنه در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. نخست دو گروه ۱۵ نفره از دختران متوسطه انتخاب گردید و یک پیش‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد تا متوجه شویم دو گروه با هم تفاوتی ندارد. یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش تحت آموزش ۱۲ جلسه روان‌درمانی معنوی قرار گرفت و گروه ۱۵ نفره دیگر به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. برای ابزار اندازه‌گیری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استفاده شد. الف) پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ و میلر؛ این پرسش‌نامه اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، به نقل از تقوی (۱۳۸۰) تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ شمسوند و همکارانش، ۱۹۸۶؛ به نقل از تقوی)، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. در این پژوهش فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است که سؤالات آن دربرگیرنده چهار خرده مقیاس می‌باشد که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند. برای نمره‌گذاری از مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت استفاده شده است. پایایی پرسشنامه در این پژوهش به روش کرونباخ ۰/۷۲۸ به دست آمد. ب) پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر و همکاران: این پرسشنامه توسط اشنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایرونیکی و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است دارای ۱۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است. این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است. از این عبارات ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی (سؤالات، ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲)، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (سؤالات، ۱، ۴، ۷ و ۸)، ۴ عبارت انحرافی (سؤالات، ۳، ۵، ۶ و ۱۱) است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹۷ به دست آمد. ج) پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز: این پرسشنامه توسط کییز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال بوده و ۵ زیرمقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام شده است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی روایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نمودند. پایایی پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۸۲ به دست آمد. از آنجاکه جامعه آماری پژوهش دانش‌آموز دختر دوره متوسطه اول می‌باشند بنابراین آمار توصیفی خاصی برای بیان ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها وجود ندارد. تحلیل توصیفی متغیرهای اصلی با استفاده از شاخص‌های مرکزی (میانگین، میانه و مد) و پراکندگی (انحراف معیار و واریانس) نیز صورت گرفت. سپس آزمون نرمال بودن داده‌ها انجام شد. در ادامه وضعیت تفاوت گروه کنترل و آزمون با استفاده از آزمون t مستقل بررسی گردید. سپس اختلاف میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون t زوجی بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS گرفت.

^۱ . Ameyaw Korsah

^۲ . Ameyaw Domfeh

^۳ . Onyishi



۳- بحث درباره یافته ها

تحلیل توصیفی و شاخص های مرکزی (میانگین، میانه و مد) و پراکندگی (انحراف معیار و واریانس) متغیرهای اصلی پژوهش در جدول ۱ و جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. تحلیل توصیفی سازه های پژوهش (گروه کنترل)

بیشینه	کمینه	دامنه تغییرات	انحراف معیار	مد	میانه	میانگین	تعداد	سازه های پژوهش
۴/۲۵۰	۲/۵۰۰	۱/۷۵۰	۰/۵۴۹	۳/۰۰۰	۳/۲۵۰	۲/۳۵۰	۱۵	سلامت روانی (کنترل-پیش آزمون)
۴/۷۵۰	۲/۰۰۰	۲/۷۵۰	۰/۶۵۹	۲/۷۵۰	۳/۰۰۰	۳/۱۶۷	۱۵	امید به زندگی (کنترل-پیش آزمون)
۴/۰۰۰	۲/۲۵۰	۱/۷۵۰	۰/۶۰۱	۳/۲۵۰	۳/۲۵۰	۳/۲۳۳	۱۵	سلامت اجتماعی (کنترل-پیش آزمون)
۴/۲۵۰	۲/۵۰۰	۱/۷۵۰	۰/۵۰۴	۳/۷۵۰	۳/۷۵۰	۳/۴۸۳	۱۵	سلامت روانی (کنترل-پس آزمون)
۴/۷۵۰	۲/۷۵۰	۲/۰۰۰	۰/۵۹۹	۳/۷۵۰	۳/۷۵۰	۳/۵۵۰	۱۵	امید به زندگی (کنترل-پس آزمون)
۳/۷۵۰	۲/۵۰۰	۱/۲۵۰	۰/۳۴۳	۳/۲۵۰	۳/۲۵۰	۲/۲۰۰	۱۵	سلامت اجتماعی (کنترل-پس آزمون)

جدول ۲. تحلیل توصیفی سازه های پژوهش (گروه آزمون)

بیشینه	کمینه	دامنه تغییرات	انحراف معیار	مد	میانه	میانگین	تعداد	سازه های پژوهش
۴/۲۵۰	۲/۰۰۰	۲/۲۵۰	۰/۶۳۵	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳/۲۰۰	۱۵	سلامت روانی (آزمون-پیش آزمون)
۴/۷۵۰	۲/۷۵۰	۲/۰۰۰	۰/۵۷۸	۲/۷۵۰	۳/۰۰۰	۳/۲۳۳	۱۵	امید به زندگی (آزمون-پیش آزمون)
۴/۰۰۰	۱/۰۰۰	۳/۰۰۰	۰/۷۷۸	۳/۲۵۰	۳/۲۵۰	۳/۱۳۳	۱۵	سلامت اجتماعی (آزمون-پیش آزمون)
۴/۷۵۰	۲/۵۰۰	۲/۲۵۰	۰/۵۷۴	۴/۰۰۰	۴/۰۰۰	۳/۹۶۷	۱۵	سلامت روانی (آزمون-پس آزمون)
۴/۷۵۰	۳/۰۰۰	۱/۷۵۰	۰/۵۱۶	۴/۲۵۰	۴/۲۵۰	۴/۱۱۷	۱۵	امید به زندگی (آزمون-پس آزمون)
۵/۰۰۰	۳/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۵۲۴	۴/۵۰۰	۴/۲۵۰	۴/۱۵۰	۱۵	سلامت اجتماعی (آزمون-پس آزمون)

۱-۲- آزمون نرمال بودن داده ها

پیش از انتخاب آزمون آماری و استفاده از آزمون های پارامتریک پیش فرض هایی باید مورد بررسی قرار گیرد. هرگونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده ها صورت می گیرد باید از نرمال بودن داده ها اطمینان حاصل شود. همچنین آزمون تصادفی بودن داده ها نیز محاسبه شده است. در این مطالعه از روش های زیر برای بررسی نرمال بودن داده ها استفاده شده است:

❖ آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱

❖ بررسی چولگی^۲ و کشیدگی^۳ داده ها

آزمون کولموگروف-اسمیرنف در سطح خطای ۵٪ آزمون می شود. بنابراین اگر مقدار معناداری بزرگ تر یا مساوی ۰/۰۵ به دست آید، در این صورت توزیع داده ها نرمال خواهد بود. فرض های آماری به صورت زیر تنظیم می شود:

$$\begin{cases} H_0: Z \geq 0.05; \text{ توزیع داده ها نرمال است} \\ H_1: Z < 0.05; \text{ توزیع داده ها نرمال نیست} \end{cases}$$

چولگی معیاری از تقارن یا عدم تقارن تابع توزیع می باشد. کشیدگی نشان دهنده ارتفاع یک توزیع است. به طور کلی اگر چولگی و کشیدگی در بازه (۲)، (-) باشد، داده ها از توزیع نرمال برخوردارند. نتایج بررسی نرمال بودن داده ها (گروه کنترل) در جدول ۳ ارائه شده است.

^۱ Kolmogorov-Smirnov

^۲ Skewness

^۳ kurtosis



جدول ۳. آزمون نرمال بودن داده‌ها (گروه کنترل)

وضعیت	معناداری	آماره KS	کشیدگی	چولگی	تعداد	سازه‌های پژوهش
نرمال	۰.۰۹۱	۰.۲۰۵	۰.۲۸۴-	۰.۲۰۱	۱۵	سلامت روانی (کنترل-پیش آزمون)
نرمال	۰.۱۱۰	۰.۲۰۰	۰.۴۱۸	۰.۸۲۲	۱۵	امید به زندگی (کنترل-پیش آزمون)
نرمال	۰.۲۰۰	۰.۱۷۸	۰.۰۹۰-	۰.۴۴۴-	۱۵	سلامت اجتماعی (کنترل-پیش آزمون)
نرمال	۰.۱۱۵	۰.۲۴۷	۰.۳۴۱-	۰.۷۴۰-	۱۵	سلامت روانی (کنترل-پس آزمون)
نرمال	۰.۲۰۰	۰.۱۶۹	۰.۳۲۴-	۰.۴۴۷	۱۵	امید به زندگی (کنترل-پس آزمون)
نرمال	۰.۱۴۳	۰.۲۹۱	۰.۹۷۲	۰.۹۲۴-	۱۵	سلامت اجتماعی (کنترل-پس آزمون)

بر اساس نتایج جدول ۳ در تمامی موارد مقدار چولگی و کشیدگی در رنج قابل قبول به دست آمد. همچنین مقدار معناداری آماره KS از سطح خطای ۵٪ بزرگ‌تر است. بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است و می‌توان از روش‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۴. آزمون نرمال بودن داده‌ها (گروه آزمون)

وضعیت	معناداری	آماره KS	کشیدگی	چولگی	تعداد	سازه‌های پژوهش
نرمال	۰.۱۰۱	۰.۲۰۲	۰.۱۷۰-	۰.۲۲۸	۱۵	سلامت روانی (آزمون-پیش آزمون)
نرمال	۰.۰۸۸	۰.۲۵۷	۰.۱۲۵	۰.۴۹۱	۱۵	امید به زندگی (آزمون-پیش آزمون)
نرمال	۰.۰۷۵	۰.۲۲۶	۰.۱۰۲	۰.۵۴۴-	۱۵	سلامت اجتماعی (آزمون-پیش آزمون)
نرمال	۰.۰۸۹	۰.۲۵۶	۰.۸۶۰	۰.۲۴۴-	۱۵	سلامت روانی (آزمون-پس آزمون)
نرمال	۰.۰۷۲	۰.۲۱۱	۰.۳۲۹	۰.۹۵۵-	۱۵	امید به زندگی (آزمون-پس آزمون)
نرمال	۰.۲۰۰	۰.۱۷۶	۰.۱۷۸	۰.۵۶۴-	۱۵	سلامت اجتماعی (آزمون-پس آزمون)

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴ در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین دلیلی برای رد فرض وجود ندارد یعنی توزیع داده‌های سنجش هریک از ابعاد نرمال است. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

۲-۲- مقایسه درونی و بیرونی گروه‌ها

در این مطالعه چهار بار گروه‌ها باهم مقایسه شدند.

- ❖ مقایسه گروه کنترل و آزمون (پیش آزمون) : تی-مستقل
- ❖ مقایسه گروه کنترل (پیش آزمون و پس آزمون) : تی-زوجی
- ❖ مقایسه گروه آزمون (پیش آزمون و پس آزمون) : تی-زوجی
- ❖ مقایسه گروه کنترل و آزمون (پس آزمون) : تی-مستقل

جدول ۵. مقایسه گروه‌های کنترل و آزمون

آزمون	گروه‌های درگیر		مرحله		هدف	ردیف
	گروه آزمون	گروه کنترل	پس آزمون	پیش آزمون		
تی-مستقل	✓	✓		✓	مقایسه گروه کنترل و آزمون	۱
تی-زوجی		✓	✓		بررسی تغییرات گروه کنترل	۲
تی-زوجی	✓		✓		بررسی تغییرات گروه آزمون	۳
تی-مستقل	✓	✓	✓		مقایسه گروه کنترل و آزمون	۴



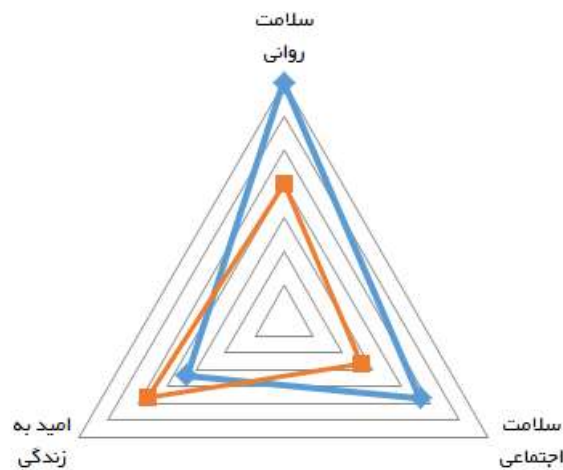
۱-۲-۲- مقایسه گروه کنترل و آزمون (پیش‌آزمون)

بر اساس آنچه پیش‌تر بیان شد در این مطالعه دانش‌آموزان به دو گروه ۱۵ نفری شامل گروه کنترل و گروه آزمون تقسیم شدند تا پس از آموزش با شیوه روان‌درمانی معنوی اثرات این شیوه آموزشی مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین لازم است ابتدا مشخص شود دو گروه به‌درستی تقسیم شده‌اند. برای این منظور یک پیش‌آزمون در زمینه کار تیمی از هر دو گروه به عمل آمد. نتایج پیش‌آزمون با استفاده از آزمون تی-مستقل مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج آزمون t مستقل سازه‌های پژوهش در گروه کنترل و آزمون (مرحله پیش‌آزمون) در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون t مستقل سازه‌های پژوهش در گروه کنترل و آزمون (پیش‌آزمون)

سازه‌های پژوهش	گروه کنترل	گروه آزمون	اختلاف میانگین	مقدار معناداری
سلامت روانی	۳/۳۵۰	۳/۲۰۰	۰/۱۵۰	۰/۴۹۵
امید به زندگی	۳/۱۶۷	۳/۲۳۳	۰/۰۶۷	۰/۷۷۱
سلامت اجتماعی	۳/۲۳۳	۳/۱۳۳	۰/۱۰۰	۰/۶۹۷

میانگین نمره سازه سلامت روانی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳/۳۵۰ و برای گروه آزمون ۳/۲۰۰ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز ۰/۱۵۰ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰/۴۹۵ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست. میانگین نمره سازه امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳/۱۶۷ و برای گروه آزمون ۳/۲۳۳ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز ۰/۰۶۷ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰/۷۷۱ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست. میانگین نمره سازه سلامت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳/۲۳۳ و برای گروه آزمون ۳/۱۳۳ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز ۰/۱۰۰ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰/۶۹۷ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست.



شکل ۱. مقایسه نمرات سازه‌های پژوهش در گروه کنترل و آزمون (پیش‌آزمون)

بنابراین مشخص گردید اختلاف نمره گروه کنترل و آزمون در مرحله پیش‌آزمون در مورد هیچ‌یک از سازه‌های پژوهش معنادار نیست. به دیگر سخن گروه کنترل و آزمون به‌درستی تقسیم شده‌اند.

۲-۲-۲- مقایسه گروه کنترل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

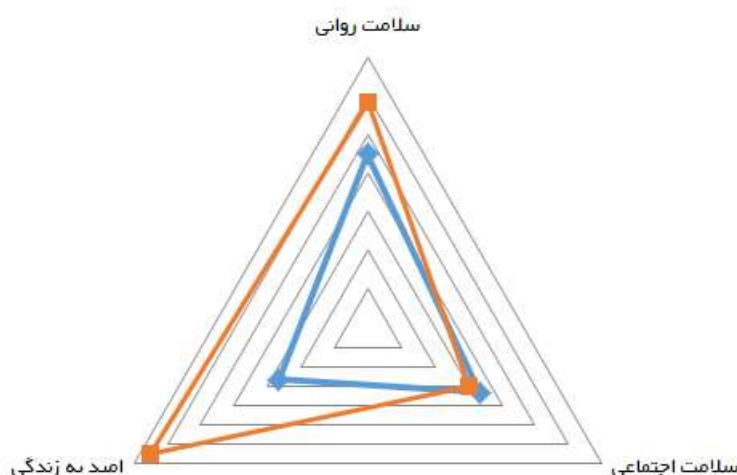
به‌طور مشخص آموزش و دوره‌ای در گروه کنترل انجام نشد. با این وجود پس از دوازده هفته یک‌بار دیگر از این گروه آزمون به عمل آمد. انتظار می‌رود که نتایج دو آزمون با هم تفاوتی نداشته باشد. خلاصه نتایج تحلیل شکاف میان سازه‌های پژوهش از منظر گروه کنترل در جدول ۷ ارائه شده است.



جدول ۷. آزمون t زوجی سازه‌های پژوهش در گروه کنترل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

سازه‌های پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	اختلاف میانگین	مقدار معناداری
سلامت روانی	۳.۳۵۰	۳.۴۸۳	-۰.۱۳۳	۰.۵۷۳
امید به زندگی	۳.۱۶۷	۳.۵۵۰	-۰.۳۸۳	۰.۱۳۳
سلامت اجتماعی	۳.۲۳۳	۳.۲۰۰	۰.۰۳۳	۰.۸۴۵

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون t زوجی مندرج در جدول ۷ مقدار معناداری مشاهده شده در سطح خطای ۵٪ می‌توان ادعا کرد: میانگین نمره سازه سلامت روانی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳.۳۵ و در مرحله پس‌آزمون ۳.۴۸۳ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز -۰.۱۳۳ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰.۵۷۳ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست. میانگین نمره سازه امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳.۱۶۷ و در مرحله پس‌آزمون ۳.۵۵ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز -۰.۳۸۳ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰.۱۳۳ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست. میانگین نمره سازه سلامت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳.۲۳۳ و در مرحله پس‌آزمون ۳.۲۰ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز ۰.۰۳۳ می‌باشد. از آنجاکه مقدار معناداری ۰.۸۴۵ و بزرگ‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار نیست.



شکل ۲. مقایسه نمرات سازه‌های پژوهش در گروه کنترل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

همان‌طور که انتظار می‌رفت نمرات گروه کنترل در هیچ‌یک از سازه‌های کار تیمی تغییر معناداری نداشت.

۳-۲-۲-۳- مقایسه گروه آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

با گروه آزمون ۱۲ جلسه آموزش روان‌درمانی معنوی صورت گرفت و پس‌از آن یک‌بار دیگر از آن‌ها آزمون گرفته شد. نتایج تحلیل شکاف میان سازه‌های پژوهش از منظر گروه آزمون در جدول ۸ ارائه شده است.

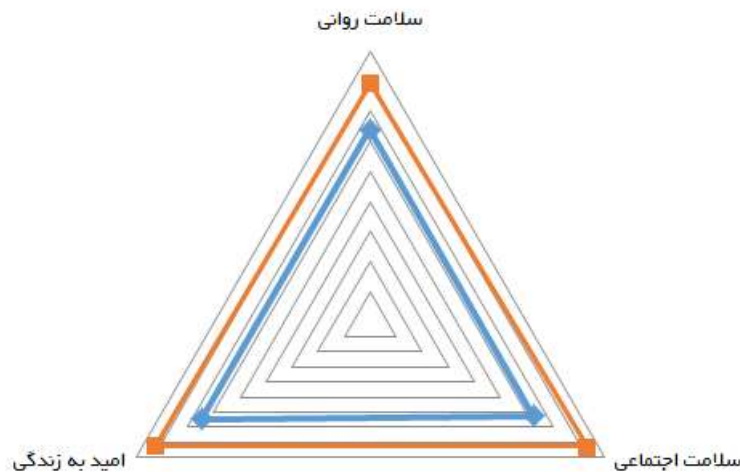
جدول ۸. آزمون t زوجی سازه‌های پژوهش در گروه آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

سازه‌های پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	اختلاف میانگین	مقدار معناداری
سلامت روانی	۳.۲۰۰	۳.۹۶۷	-۰.۷۶۷	۰.۰۰۲



امید به زندگی	۳.۲۳۳	۴.۱۱۷	۰.۸۸۳-	۰.۰۰۱
سلامت اجتماعی	۳.۱۳۳	۴.۱۵۰	۱.۰۱۷-	۰.۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون t زوجی مندرج در جدول ۸ و مقدار معناداری مشاهده شده در سطح خطای ۵٪ می توان ادعا کرد: میانگین نمره سازه سلامت روانی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمون ۳.۲ و در مرحله پس آزمون ۳.۹۶۷ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین -۰.۷۶۷ می باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰.۰۰۲ و کوچک تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است. میانگین نمره سازه امید به زندگی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمون ۳.۲۳۳ و در مرحله پس آزمون ۴.۱۱۷ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین -۰.۸۸۳ می باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰.۰۰۱ و کوچک تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است. میانگین نمره سازه سلامت اجتماعی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمون ۳.۱۳۳ و در مرحله پس آزمون ۴.۱۵۰ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین -۱.۰۱۷ می باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰.۰۰۱ و کوچک تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است.



شکل ۳. مقایسه نمرات سازه های پژوهش در گروه آزمون (پیش آزمون و پس آزمون)

نتایج نشان داد نمره سازه های پژوهش برای گروه آزمون پس از انجام دوره های روان درمانی به صورت معناداری بهبود پیدا کرد.

۴-۲-۲- مقایسه گروه کنترل و آزمون (پس آزمون)

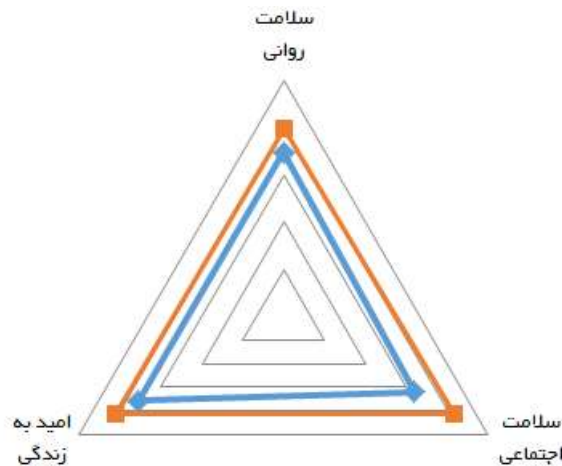
در نهایت نتایج نمرات پس آزمون در دو گروه آزمون و کنترل مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج آزمون t مستقل سازه های پژوهش در گروه کنترل و آزمون (مرحله پس آزمون) در جدول ارائه شده است.

سازه های پژوهش	گروه کنترل	گروه آزمون	اختلاف میانگین	مقدار معناداری
سلامت روانی	۳.۴۸۳	۳.۹۶۷	۰.۴۸۳-	۰.۰۲۱
امید به زندگی	۳.۵۵۰	۴.۱۱۷	۰.۵۶۷-	۰.۰۱۰
سلامت اجتماعی	۳.۲۰۰	۴.۱۵۰	۰.۹۵۰-	۰.۰۰۰

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون t مستقل مندرج در جدول ۹ و مقدار معناداری مشاهده شده در سطح خطای ۵٪ می توان ادعا کرد: میانگین نمره سازه سلامت روانی در مرحله پیش آزمون برای گروه کنترل ۳.۴۸۳ و برای گروه آزمون ۳.۹۶۷ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین ۰/۴۸۳ می باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰/۰۲۱ و کوچک تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است. میانگین نمره سازه



امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳.۵۵ و برای گروه آزمون ۴.۱۱۷ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین مقدار ناچیز ۰/۵۶۷ می‌باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰/۰۱۰ و کوچک‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است. میانگین نمره سازه سلامت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه کنترل ۳/۲۰۰ و برای گروه آزمون ۴/۱۵۰ به دست آمد. مقدار اختلاف میانگین ۰/۹۵۰ می‌باشد. از آنجا که مقدار معناداری ۰/۰۰۰ و کوچک‌تر از سطح خطای ۵٪ برآورد گردید بنابراین اختلاف میانگین مشاهده شده معنادار است.



شکل ۴. مقایسه نمرات سازه‌های پژوهش در گروه آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

نتایج نشان داد میانگین نمرات سازه‌های پژوهش در گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون به‌صورت معناداری بهتر از گروه کنترل به‌دست‌آمده است.

۴- نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تحلیل اثربخشی روان‌درمانی معنوی بر سلامت روانی، امید به زندگی و سلامت اجتماعی دختران (به‌طور ویژه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه) بود. نخست از روایی و پایایی ابزار سنجش داده‌ها اطمینان حاصل شد. سپس دانش‌آموزان به دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمون تقسیم شدند. برای حصول اطمینان از صحت زوج‌سازی گروه‌ها یک پیش‌آزمون از دو گروه به عمل آمد و نتایج نشان داد نمرات دو گروه باهم تفاوت چندانی ندارد. سپس در گروه آزمون ۱۲ جلسه روان‌درمانی معنوی انجام شد. مقایسه نتایج پس‌آزمون نشان داد که اختلاف میانگین معنادار است و افراد گروه آزمون به‌صورت روشنی نمرات بالاتری کسب کردند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۰)، امینی و همکاران (۱۳۹۳)، چاوشیان و همکاران (۱۳۹۴)، آکوچکیان و همکاران (۱۳۹۵)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۷)، کاوشیان و همکاران (۱۳۹۷)، انصاری، جان بزرگی، حسینی سمنانی، غروی راد و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۸)، علی مددی، نجفی، محمدی، رحیمیان بوگر، سلمانیان (۱۴۰۱)، میلر و سورن (۲۰۰۳)، مک‌کلاین، روزنفیلد و بریتبارت (۲۰۱۳)، حسینی رفسنجانی، عرب، راوری، میری و صفاپور (۲۰۱۷)، نوروزی و الهی (۲۰۱۸)، امیو کورسا و امیو دومفه (۲۰۲۰)، اونیشی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

نتایج پژوهش نشان داد که اجرای جلسات روان‌درمانی امید به زندگی را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد، تحمل سختی‌ها و مشقات زندگی برای آنان راحت‌تر می‌شود و در پی آن سلامت روانی آن‌ها بهبود می‌یابد و در نهایت با برخورداری از سلامت اجتماعی باعث می‌شود بتوانند به‌عنوان عضوی مفید و مؤثر در جامعه زندگی کنند و سلامت اجتماعی جامعه را هم در پی داشته باشند. دختران پس از شرکت در جلسات، احساسات و عواطف خود را بیان کرده و سعی می‌کردند تا افکار ناکارآمد و مضر خود را تغییر دهند و به این احساس دست یابند که کنترل بیشتری بر عواطف خود دارند و بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی خود کنار آمده و آن را کنترل کنند. شاید پس از آموزش معنویت، افراد به این اصل مهم دست یافته باشند که با عبادت و توکل به خدا، بهتر می‌توانند به آرامش درونی برسند. همچنین هرچه شکرگزارتر بوده و نعمت‌های زندگی خود را ببینند از آرامش بیشتری در زندگی برخوردار خواهند بود (محمد کریمی و شریعت نیا، ۱۳۹۶). دانش‌آموزانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در خودمراقبتی است.



می‌توان گفت، معنویت نوعی مراقبه و تعالی وجود، ایجاد می‌کند. همچنین معنویت درمانی راه‌حلهایی را برای مشکلات ارائه می‌دهد که در قبال راه‌حل‌های سکولار و غیر معنوی که حتی بعضی از روانشناسان طرفدار آن هستند بی‌بدیل است.

پیشنهادهای

- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، افراد با دامنه سنی همگون‌تر انتخاب شوند.
- مطالعات بیشتر در مورد اثربخشی درمان معنوی بر سایر ویژگی‌های دانش‌آموزان انجام شود.
- به رویکرد معنویت درمانی به‌عنوان سازه‌ای جدید در روانشناسی توجه شود.
- یکی از نقاط ضعف این پژوهش تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه بود که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از فرم‌های کوتاه استفاده گردد.
- از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد درمانی با سایر رویکردهای درمانی است که پیشنهاد می‌شود که تأثیر این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی نیز مقایسه شود.

منابع

- آکوچیان، شهلا؛ حقیقی‌زاده، ابراهیم؛ سیروی‌نژاد، مهسا؛ عمرانی فرد، ویکتوریا و الماسی، آسیه (۱۳۹۵). اثر درمان شناختی - رفتاری مذهبی در راهبردهای مقابله با استرس و نمره وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری با محتوی مذهبی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۲)، ۱۷۳-۱۶۸.
- امینی، محمد؛ امینی، یوسف؛ مجیدعلی، کامران؛ امینی، صابر. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنویت درمانی بر سلامت روانی سالمندان مقیم سرای سالمندان سنندج، اولین همای ملی علوم تربیتی و روانشناسی معنویت و سلامت، بندرگز.
- انصاری، حسن؛ جان بزرگی، مسعود؛ حسینی سمنانی، صدیقه؛ غروی راد، سید محمد؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۹ (۳۴)، ۱۶۷-۱۹۶.
- باباخانی بروجنی، لاله؛ رضاپور میرصالح؛ یاسر؛ متقی، شکوفه. (۱۳۹۹). معنویت و تعالی خود در حرفه مشاوره، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱ (۴۴): ۷۹-۱۰۶.
- بوالهیری، جعفر؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه علمی پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۳ (۱)، ۸۵-۱۱۶.
- جان بزرگی، مسعود و غروی، سیدمحمد. (۱۳۹۵). نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره، چاپ اول، انتشارات سمت، تهران.
- چاوشیان، سیده آذر؛ معینی، بابک؛ بشیریان، سعید؛ فردمال، جواد. (۱۳۹۴). نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران، مجله آموزش و سلامت جامعه، ۲ (۱)، ۱۹-۱.
- شیخ‌السلامی، ف.، ماسوله، ش.، خدادادی، ن.، و یزدانی، م. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان، پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲ (۶۶)، ۳۸-۲۴.
- علی مددی، سمیه؛ نجفی، محمود؛ محمدی، محمدرضا؛ رحیمیان بوگر، اسحق و سلمانیان، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی معنوی و شناختی رفتاری بر علائم وسواسی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۷ (۶۵)، ۲۰۵-۲۱۲.
- قندهاری، لیلیا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان معنوی مذهبی برافزایش عزت‌نفس دانشجویان مهاجر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کاوشیان، ن.، کاظم‌زاده، ح.، کاظمی، ح. و کاربرو، ا. (۱۳۹۷). ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی در سالمندان شهر کرج، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۴ (۲)، ۷-۱۵.



متو، سمانه؛ صفاری‌نیا، مجید؛ احمدپور، علی. (۱۴۰۱). تأثیر معنویت‌درمانی بر ترس از عود و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان، اخلاق پزشکی. ۴۷: ۵۳-۶۷.

محمدکریمی، محسن و شریعت‌نیا، کاظم. (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۵ (۲)، ۱۰۷-۱۱۸.

معتمدی، ن.، شفیع‌ی‌دارابی، م.، و امینی، ز. (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان، مجله روانشناسی، ۳۶ (۴۸۶)، ۷۵۰-۷۵۶.

- Akbari M, Shokhmgar Z, Sanagoo A, Nasiri A, Ahange A, Khaleghi H, Mohammad pour M, Karami A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Communication Skills and Problem Solving and Mental Health in Couples with Extra-Marital Experience. **Iranian Journal of Psychiatric Nursing**, 9(1), 1-10. (In Persian)
- Ameyaw Korsah, K., & Ameyaw Domfeh, K. (2020). Research Topic: The realities of religious coping experiences of patients with diabetes mellitus: Implications for policy formulation in Ghana. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, 13, 100245. [Link]
- Baciu, C., & Baciu, A. (2015). Quality of life and students' socialization through sport. **Procedia- Social and Behavioral Sciences**, 209, 78-83.
- Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, 18(1), 1-23.
- Feng Y, Liu X, Lin T. et al. (2021). Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. **BMC Palliative Care**. 2021; 20(78):1-11.
- Ghadampour E. (2015). Investigating the relationship between organizational factors and mental health of the staff in state organizations of Lorestan province. **Yaft-E**. 17(3):95-105.
- Hassanpour T, Hossein M, Ghobadpour H, Sharifi M. (2021). Indicators of Social Health Promotion. **Iranian journal of culture and health promotion**, 5(1):83-7. (Persian)
- Hosseini Rafsanjani, T., Arab, M., Ravari, A., Miri, S., & Safarpour, H. (2017). A study on the effects of spiritual group therapy on hope and the mental and spiritual health of patients with colorectal cancer. **Progress in Palliative Care**, 25(4), 171-176.
- Kelly, E. P., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2020). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. **Surgical Oncology**, 101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>
- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2014). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, 59(3), P123-P129.
- Lucchetti, G., Damiano, R. F., DiLalla, L. F., Lucchetti, A. L. G., Moutinho, I. L. D., da Silva Ezequiel, O., & Dorsey, J. K. (2018). Cross-cultural differences in mental health, quality of life, empathy, and burnout between and Brazilian medical students. **Academic Psychiatry**, 42(1), 62-67.
- Ma SW, Lai S, Yang YY, Zhou Z, Yang BT, Zheng GZY, Gao J, Lu L. (2021). Relationships between anxiety symptoms, hopelessness and suicidal ideation among parental caregivers of mandarin-speaking children with speech impairment: the mediating effect of depressive symptoms. **Frontiers in Psychiatry**, 12, 498.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **The lancet**, 361(9369), 1603-1607.
- Merath, K., Palmer Kelly, E., Hyer, J., Mehta, R., Agne, J. L., Deans, K., ... & Pawlik, T. M. (2020). Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. **Journal of religion and health**, ۵۹(۴), ۱۹۳۳-۱۹۴۵. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-009۷-۶>
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. **American psychologist**, 58(1), 24.
- Moor, E, Halford, W.K.Wilson, K.L., Farrugia, C. (2016). "Benefits of flexible delivery relationship education: An evaluation of the effect of communication skills training", **Family Relations**, N. 59, p. 12-23.



- Niazi M, Shafaiimoghadam E, Khodadadi N. (2020). Explain the relationship between mobile-based virtual social networks and citizens' social health (A Research based on Habermas's public domain approach). **Urban sociological studies**. 10 (35):1-26. (Persian)
- Norouzi, R., & Elahi, N. (2018). Effect of Group Spiritual Therapy on Quality of Life and Spiritual Health on Patients with Multiple Sclerosis in Ahvaz City, Iran. **Jundishapur Journal of Chronic Disease Care**, 7(4), 1-9.
- Oden, TN., Cam R. (2021). The relationship between hopelessness and perceived social support levels of parents with children with congenital heart disease. **Medical Science and Discovery**, 8(11), 655-661.
- Onyishi, C. N., Ilechukwu, L. C., Victor-Aigbodion, V., & Eseadi, C. (2021). Impact of spiritual beliefs and faith-based interventions on diabetes management. **World journal of diabetes**, 12(5), 630-641. [Link]
- Richards, P. S., Caoili, C. L., Crowton, S. A., Berrett, M. E., Hardman, R. K., Jackson, R. N., & Sanders, P. W. (2018). An exploration of the role of religion and spirituality in the treatment and recovery of patients with eating disorders. **Spirituality in Clinical Practice**, 5(2), 88. <https://doi.org/10.1037/scp0000159>
- Rieger, K. L., Lobchuk, M. M., Duff, M. A., Chernomas, W. M., Demczuk, L., Campbell-Enns, H. J., ... & West, C. H. (2021). Mindfulness-based arts interventions for cancer care: a systematic review of the effects on wellbeing and fatigue. **Psycho-Oncology**, 30(2), 240-251. <https://doi.org/10.1002/pon.5560>
- Sankhe A, Dalal K, Agarwal V. et al. (2017). Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study. **Journal of religion and health**. 56:725-31.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. **World journal of diabetes**, 8(4), 120.
- Wani, I. A., & Singh, B. (2019). Effect of Islamic psycho-spiritual therapy in managing craving, withdrawal symptoms, and mental health problems among cannabis users. **Mental Health, Religion & Culture**, 22(7), 674-685.
- World health organization. (2023). Ageing the demographic reality of the next century world. **health**, 77: 20-23.
- Zuo B, Yang K, Yao Y, Han S, Nie S, Wen F. (2021). The relationship of perceived social support to feelings of hopelessness under COVID-19 pandemic: the effects of epidemic risk and meaning in life. **Personality and Individual Differences**, 183, 111110. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111110>