

## The Effect of Spiritual Group Psychotherapy on Hardiness of Female Students in High Schools of Isfahan City

Fazlolah Mirdrekvand. Ph.D.

Academic member, University of Lorestan

Tahereh Rahimipour. Ph.D Student

Psychology, University of Lorestan

Hossein Salimi. Ph.D Student

Psychology, University of Lorestan

## تأثیر رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان

فضل‌اله میردريکوند

عضو هیأت علمی دانشگاه لرستان

طاهره رحیمی پور\*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان

حسین سلیمی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان

### Abstract

The goal the present study was to investigate the effect of spiritual group psychotherapy on hardiness of students in female high schools of Isfahan city. This semi-experimental study employed a pre-test , post-test, with control group design. Population included all the students in female high schools of Isfahan city in 2013-2014 academic year. A sample of 30 students were selected through convenient sampling method and were randomly allocated in in one experimental and one control group (each, 15 students). The Questionnaire of Kobasa's Hardiness (1982) was used as research instrument. The experimental group received group psychotherapy for 90 minutes in twelve sessions., and Questionnaire of Kobasa,s was administered at the pre-test and post-test stages for both experimental and control groups. The data were analyzed using analysis of covariance by SPSS. The research results showed that using spiritual group psychotherapy increases hardiness of students ( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** psychotherapy, hardiness, spirituality, spiritual psychotherapy.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود که جامعه آماری پژوهش آن همه دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۹۳ بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۸۲) بود. درمان به مدت دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمون انجام و پرسشنامه سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۸۲)، در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. سپس داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که استفاده از معنویت‌درمانی به شیوه گروهی بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد ( $P < 0/05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی، سخت‌رویی، معنویت، معنویت‌درمانی.

## مقدمه

فشار روانی، جزئی از زندگی انسان بوده و هست. در بعضی موارد ممکن است این فشارها نیروی زیادی بر تدابیر ما وارد و اعمال سازمان یافته ما را مختل کنند. انسان‌ها در طول زمان برای نظم بخشیدن به حالات روانی و رفتاری خود از راهبردهای زیادی استفاده کرده‌اند و آگاهانه روش‌هایی را به منظور تنظیم وضعیت عاطفی و رفتاری خود به کار گرفته‌اند (بامیستر و کاتلین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

مهمترین گرایش شخصیتی که در ارتباط با موضوع فشار روانی اهمیت دارد سخت‌رویی<sup>۲</sup> است. سخت‌رویی که ریشه در فلسفه وجودی دارد را اولین بار کوباسا<sup>۳</sup> (۱۹۷۹)، معرفی کرد و سپس همکارانش آن را گسترش دادند. این مفهوم با واژه‌هایی چون استقامت، تهور، جسارت، بی‌پروایی و شهامت وجه مشترک دارد و نوعی سبک شخصیتی است که مجموعه‌ای از صفات روانی را در برمی‌گیرد (جمهری، ۱۳۸۰). کوباسا (۱۹۷۹)، بر مبنای این نظریه سلیه (۱۹۷۵)، سعی کرد متغیرهای تعدیل‌کننده عوامل تنش‌زا را مشخص کند. وی در اولین مطالعه خود این فرضیه را بررسی کرد که ساختار شخصیتی افرادی که درجه بالایی از تنیدگی را بدون بیماری تجربه می‌کنند، متفاوت از افرادی است که در شرایط تنیدگی‌زا بیمار می‌شوند و این تمایز شخصیتی در ساختاری قابل نامگذاری است که وی آن را سخت‌رویی نامید. سخت‌رویی مجموعه‌ای از ویژگی‌های روان‌شناختی است که از بروز واکنش‌های افراد به شرایط یا رویدادهای بالقوه فشارزا جلوگیری می‌کند (کوباسا، مدی و کان<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲).

سرسختی روان‌شناختی (سخت‌رویی) به عنوان یک ویژگی شخصیتی بسیار بارز و مهم، سهم بسزایی در شناخت انسان به عنوان موجودی مختار و ارزشمند دارد. این ویژگی از انسان فردی کارآمد و توانا می‌سازد که می‌تواند حتی در بحرانی‌ترین شرایط به مقابله‌ای منطقی و معقولانه و کارساز دست بزند و کماکان روان و جسم خود را حفظ نماید. در واقع یک انگیزش و عامل درونی سرسختی روان‌شناختی را هدایت می‌کند و برای همین از ثبات و پایداری زیادی برخوردار است (کوباسا، ۱۹۷۹). سخت‌رویی نگرشی مرکب از سه زیرمؤلفه تعهد<sup>۵</sup>، کنترل<sup>۶</sup> و چالش<sup>۷</sup> است که با تبدیل شرایط بحرانی به یک تجربه بالنده،

به حل موفقیت‌آمیز تنش کمک می‌کند (مدی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷). در واقع افرادی که در زیرمؤلفه تعهد نمره بالایی کسب می‌کنند به جای اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا، آن موقعیت را فرصتی برای دستیابی به موفقیت و دستاوردی مهم و جالب می‌دانند. افرادی که در زیرمؤلفه کنترل نمره بالایی به دست می‌آورند بر این باورند که تلاش‌هایشان تأثیر بسزایی در رویارویی و غلبه بر مشکلات دارد و افرادی که در زیرمؤلفه چالش نمره بالایی کسب می‌کنند، رضایت، آسایش و پیشرفت را ناشی از یادگیری‌های مثبت و منفی یک زندگی فعال می‌دانند نه ناشی از روزمرگی (مدی، خوشابا، پرسیکو، هاروی و فلیسیا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). ترکیب و تلفیق تعهد، کنترل و چالش زمینه‌ساز مفهوم سخت‌رویی است که به عنوان شجاعت وجودی<sup>۱۰</sup> تعریف شده است (مدی، ۱۹۹۸). البته لازم به توضیح است که زیرمؤلفه‌های سخت‌رویی به تنهایی قادر به ایجاد شجاعت وجودی و تشخیص اجتناب‌ناپذیری تغییرات و مشکلات و تلاش برای تبدیل این مشکلات به فرصت‌ها نیستند، بلکه ترکیب و تلفیق پویای این زیرمؤلفه‌ها زمینه‌ساز این شجاعت وجودی است (مدی، ۲۰۰۱).

از طرفی مطالعه دین از دیدگاه روان‌شناختی از حدود یک صد سال پیش آغاز شده است. این مطالعات با دو حوزه روان‌شناسی تجربی و روان‌تحلیل‌گری پیوند دارند (فقیهی، ۱۳۸۴). پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. چنین به نظر می‌رسد که مردم جهان امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان‌شناسان و روانپزشکان نیز به طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (پارگامنت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). از این‌رو تلاش می‌کنند تا با شناخت اعتقادات و باورهای معنوی مراجع‌کنندگان خود، از آن به عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه مراجع‌کنندگان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی آنها را به آرامش روانی سوق دهند (سولان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵).

در واقع فرد با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خودکنترلی دست می‌یابد که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود، در

1. Baumeister & Kathleen
3. kobasa
5. commitment
7. challenge
9. Maddi, khoshaba, Persico, Harvey & Felicia
11. Pargament

2. hardiness
4. Maddi & Kahn
6. control
8. Maddi
10. Existential courage
12. Sloan

وجودی خود را پشت در نمی‌گذارد، بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌برد (پارگامنت، ۲۰۰۷). رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوهٔ ایمان و معنویت درمان‌جویان، در درمان و بهبود از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قایل شدن آنها نسبت به مسائل معنوی درمان‌جو باشد. همچنین درمانگر، درمان‌جو را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی به‌صورت بیطرفانه است (ریچاردز، هاردمن و برت، ۲۰۰۷).

با توجه به اینکه عوامل حمایت‌کننده‌ای وجود دارند که واکنش به تجارب تنش‌زا و بلایای مزمن را تبیین می‌کنند (فراسر، ریچمن و گالنیسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که باورها و اعتقادات معنوی مایهٔ تسلی فرد در شرایط دردناک و تهدیدکننده هستند و تحمل این شرایط را برای او تسهیل می‌بخشند (پرکینز و جونز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴ و یانگ و ماو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). طی سالهای اخیر، حجم وسیعی از پژوهش‌های نظری و تجربی، در رابطه با تأثیر مذهب و باورهای معنوی در کاهش فشارهای روانی و بهبود سلامت روان انجام گرفته است.

اسمیت، تولی، مونتاگیو، روبینسون، کاسپر و پائول<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۹)، به این نتیجه رسیدند که داشتن حس معنا و هدف در زندگی به فرد انگیزهٔ مقابله با استرس و سازگاری با درد، حتی درد شدید را می‌بخشد. کیم، لی، یو، لی و پیگ<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۵) معتقدند که افزایش معناداری زندگی نه فقط در غلبه بر ناسازگاری‌ها به فرد کمک می‌کند، بلکه به بهبود رضایت او از زندگی نیز منجر می‌شود. رابطهٔ معنوی قوی، رضایت فرد از زندگی را افزایش می‌دهد و به کنار آمدن او با ناتوانی منجر می‌شود (مارکون<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۴). به اعتقاد فوتولا کیس، سیامولی، مگیریا و کاپرینیس<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۸)، نیز با اتکا به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود در آورد.

نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (تبرایی، فتحی‌آشتیانی، رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۷). واژهٔ معنویت<sup>۱</sup> را پایدمونت<sup>۲</sup> (۱۹۹۹)، به‌عنوان هستهٔ درونی خود معرفی می‌کند که آرامش را به‌خصوص در شرایط تنش‌زا به انسان هدیه و او را به یک نیروی برتر در این جهان هستی متصل می‌کند. معنویت در واقع تلاش فرد برای ساختن معنای وسیعی از هدف‌نهایی مرگ و زندگی است. بدین معنا که انسان از مرگ و فناپذیری خود آگاه است و می‌کوشد تا هدف و معنایی برای زندگی‌اش بیابد. او از خود می‌پرسد که هدف از وجود چیست و ارزش او برای جهانی که در آن سکنا گزیده است، چیست (پارگامنت، ۲۰۰۷).

دلگادو<sup>۳</sup> (۲۰۰۵)، معتقد است تنش شدید ممکن است موجب شود که فرد، درگیر جست‌وجو برای یافتن معنا و هدف در زندگی شود. در این راستا کاراسوا<sup>۴</sup> (۱۹۹۹)، نظریهٔ معنویت‌درمانی را ارائه داده و بر این باور است که روان‌درمانی معنوی بر پایهٔ شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارت‌اند از عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات و سه اصل معنویت که شامل اعتقاد به معنویت، اعتقاد به یگانگی و وحدانیت و اعتقاد به دگرگونی است.

مذهب سازهٔ دیگری است که تا حدودی به سازهٔ معنویت شبیه است، تا سالهای اخیر به علت شباهت‌های این دو سازه اصطلاح معنویت به‌جای مذهب به‌کار می‌رفت و بدفهمی‌هایی را به‌وجود می‌آورد (هرمان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). فیشر<sup>۶</sup> (۲۰۰۰)، معنویت و مذهب را از همدیگر جدا کرده و معتقد است که مذهب روی ایدئولوژی، ایمان و نظام‌های اعتقادی توجه دارد در حالی که معنویت روی تجربه و روابط متمرکز است. مذهب راهی است برای بیان تجربهٔ معنویت، ولی خود معنویت نیست (کلی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵). در واقع معنویت به‌عنوان مفهومی وسیع‌تر و انتزاعی‌تر، در برگیرندهٔ جست‌وجو برای یافتن معنا و هدف در زندگی و داشتن رابطه با وجودی متعالی و برتر است که از شخصی به شخص دیگر منتقل می‌شود و در طول زندگی تغییر می‌کند (سولماسی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷).

با توجه به این نکته که معنویت یکی از ابعاد زندگی انسان است، فرد هنگام ورود به اتاق مشاوره و درمان این بعد

1. Spirituality

3. Delgado

5. Hermann

7. Kelly

9. Richards, Hardman &amp; Berrett

11. Perkins &amp; Jones

13. Smith, Tooley, Montague, Robinson, Cosper and Paul

15. Marcoen

2. Piedmont

4. Karasu

6. Fisher

8. Sulmasy

10. Fraser, Richman and Galinsky

12. Yang &amp; Mao

14. Kim, Lee, Yu, Le &amp; Puig

16. Fountoulakis, Siamouli, Magiria &amp; Kaprinis

زندگی فردی و اجتماعی، مستقیم یا غیرمستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای معنوی است و اغلب با آنها ارزیابی می‌شوند، همچنین به دلیل نبودن متون غنی در این زمینه در ایران، با توجه به ظرفیت فراوانی که مشاوره و روان‌درمانی و همچنین دین مبین اسلام و فرهنگ و ادب ایرانی دارد. پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی در فرهنگ ایرانی که یک فرهنگ دینی است بر یکی از جنبه‌های مثبت ماهیت انسان یعنی سخت‌رویی انجام دهد. در این پژوهش از روش‌های خاص معنویت‌درمانی برای تعیین تأثیر معنویت به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده بر سخت‌رویی افراد استفاده شد و فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت: رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی افراد تأثیر دارد.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود که با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش همه دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز بود که از بین جامعه مورد نظر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. میانگین سن افراد نمونه ۱۷ سال بود (دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال).

### ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، استفاده شد. مقیاس سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، ابزاری معتبر برای سنجش سخت‌رویی و سلامت روانی است (بارتون، اورسانو، رایت و اینگراهام<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۹ و ژاندا<sup>۱۶</sup> ۲۰۰۱). این مقیاس شامل ۵۰ ماده است که

نتایج پژوهش‌های (فرانسیس، رایبیس، لویس، کوئیگیلی و ویلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)، (گراهام، فر، فلاورز و برک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱)، (کریچنر و پاتینو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، (مک وان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، (والث<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، (یانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶)، (اژدری‌فرد و نورانی‌پور، ۱۳۸۹)، (بهرامی و رضانی‌فرانی، ۱۳۸۴) و (بوله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱) هم نشان داد کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشارهای زندگی مصونیت بیشتر و از سلامت روان بهتری برخوردارند. حاتمی و شعبانی (۱۳۸۹)، نیز در پژوهشی نشان دادند که بین دینداری و سخت‌رویی رابطه مثبت وجود دارد. پژوهش‌های قربانعلی‌پور و یعقوبی (۱۳۹۰) و قربانعلی‌پور، مرندی و زارعی (۱۳۸۹) هم نشان داد که افراد با دینداری بالا، در مقایسه با افراد دارای دینداری متوسط و پایین سخت‌رویی بالاتری دارند. اکبری‌زاده، باقری، حاتمی و حاجیوندی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی و سخت‌رویی رابطه مثبتی وجود دارد. البته بعضی از پژوهشگران نیز از جمله برگین<sup>۷</sup> (۱۹۸۳) و مارجتیک، جاکولجویچ، مارجتیک، بیسکان و سامی‌جا<sup>۸</sup> (۲۰۰۵)، در بررسی حوزه دینداری<sup>۹</sup> در مورد رابطه میان دینداری و سلامت روان به نتایج امیدوارکننده‌ای نرسیدند.

با آنکه نتایج برخی از پژوهش‌های کمی و کیفی در این زمینه نشان می‌دهد که باورهای معنوی بر توانایی شخص برای مقابله با مشکلات تأثیر می‌گذارند و در نتیجه موجب افزایش سخت‌رویی او می‌شود (ولنتاین و فیناور<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳؛ هاسر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ کلاسیان و شاهینیان<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸؛ پارگامنت، اسمیت و کوئینگ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۶ و پارک<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸). با این حال اولاً معنویت عامل اصلی مورد بررسی در این پژوهش‌ها نبود و بیشتر مذهبی بودن را سنجیده‌اند و احتمالاً با توجه به تفاوت ماهوی بین این دو سازه قادر نبوده‌اند تأثیر معنویت را مشخص نمایند. ثانیاً اغلب پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به بررسی تأثیر دینداری و یا معنویت‌درمانی بر سلامت روان پرداخته‌اند و در مورد بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر سخت‌رویی پژوهش‌های زیادی انجام نشده است. از این‌رو با توجه به اینکه در جامعه ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در

1. Francis, Robbins, Lewis, Quigley & WHEELER  
3. Kirchner & Patino  
5. Walt  
7. Bergin  
9. religiosity  
11. Hause  
13. Pargament, Smith & Koein  
15. Bartone, Ursano, Wright & Ingraham

2. Graham, Furr, Flowers & Burke  
4. McEwan  
6. yang  
8. Margetic, Jakovljevic, Margetic, Biscan, Samija  
10. Valentine & Feinauer  
12. Kalaygian & Shahinian  
14. Park  
16. Janda

## روش اجرا و تحلیل

ابتدا پژوهشگر طی چند جلسه توجیهی آموزش‌های لازم را به تمام افراد نمونه داد تا هم با هدف پژوهش آشنا شوند و هم انگیزه آنها برای پژوهش افزایش یابد. سپس پرسشنامه سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، بر روی هر ۳۰ نفر اجرا شد. در مرحله بعد متغیر مستقل (آموزش‌های معنویت درمانی) به مدت دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اعمال گردید. روش درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش مبتنی بر الگوی روان‌درمانی معنوی - مذهبی برگین و ریچاردز (۲۰۰۴)، با تأکید بر آموزه‌های اسلام است. این مداخلات شامل: دعا و نیایش، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، نوع‌دوستی و بخشش، ایمان و توکل به خدا، توبه، استفاده از نظام حمایتی مذهبی شرکت‌کنندگان و... بود. البته برای افزایش تأثیر مداخلات از روش‌های یادگیری مختلفی چون یادگیری از طریق مشاهده و ترکیب متنوعی از مداخلات چون مداخلات مذهبی و ادبی (برای غنای معنوی مذهب و عرفان اسلامی و ادبیات فارسی)، هنری (برای افزایش تأثیر مداخلات معنوی یادگیری از طریق مشاهده) استفاده شد. ابزارهای اعمال مداخله در زمینه‌های مختلف بدین قرارند: ۱- مذهب: قرآن، احادیث معصومین و ادعیه ۲- ادبیات: اشعار حافظ، مولوی، سهراب سپهری ۳- هنر: فیلم‌هایی با محتوای معنوی فیلم «خدا می‌آید» و فیلم «بهار، تابستان، پاییز، زمستان و دوباره بهار» ۴- نتایج پژوهش‌هایی که در زمینه معنویت انجام گرفته است (سعیدی‌نژاد، مظاهری و غباری‌بناب، ۱۳۸۸).

خلاصه کلی شیوه اجرا در تمامی جلسه‌ها به این صورت بود: ابتدای هر جلسه با فن تن‌آرامی و ذهن آگاهی متمرکز (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد. سپس به مرور تکالیف جلسه قبل آزمودنی‌ها و به دنبال آن به بحث و آموزش مقوله مورد نظر و تمرین در گروه پرداخته می‌شد. در نهایت هر جلسه، با جمع‌بندی درمانگر در خصوص موضوع جلسه و تأکید بر استفاده از تن‌آرامی در طول روز و معرفی تکالیفی که آزمودنی‌ها باید در فاصله زمانی تا جلسه بعد انجام دهند، پایان می‌یافت (هارتز، ۱۳۸۷). (محتوای جلسات به صورت خلاصه در جدول ۱ آورده شده است).

در پایان هر دو گروه پرسشنامه سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

آزمودنی در برابر هر ماده براساس آنکه این ماده تا چه میزان درباره او درست است پاسخ خود را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (از صفر صحیح نیست تا ۳ کاملاً صحیح است) مشخص می‌کند (ملک‌زاده، ۱۳۷۹).

آزمون دارای سه مؤلفه چالش، تعهد و کنترل است که هر یک به ترتیب ۱۷، ۱۶، ۱۷ ماده را به خود اختصاص داده‌اند. نمره‌های ۳۹ ماده از آزمون به شکل وارونه در نظر گرفته شده در مجموع یک نمره کلی برای سخت‌رویی و سه نمره برای مؤلفه‌های جداگانه به دست می‌آید (ملک‌زاده، ۱۳۷۹).

کوباسا (۱۹۸۲) ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای تعهد، ۰/۶۵ برای کنترل و ۰/۷۰ را برای چالش گزارش می‌دهد، نتایج او با چندین پژوهش انجام گرفته در مورد سخت‌رویی همسان است (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). قربانی (۱۳۷۳) این پرسشنامه را در ایران ترجمه کرده و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده است و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است. در اعتباریابی مقدماتی پرسشنامه فارسی مقیاس سخت‌رویی، در مورد سه نمونه از دانشجویان ورزشکاران و بیماران، مشخصه‌های روان‌سنجی آن به شرح زیر گزارش شده است: ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ برای زیرمقیاس تعهد، ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ برای زیرمقیاس کنترل، از ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ برای زیرمقیاس مبارزه‌جویی و برای نمره کل سخت‌رویی ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی نمره‌ها با فاصله دو تا چهار هفته از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ برای زیرمقیاس تعهد، از ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ برای زیرمقیاس کنترل، از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ برای زیرمقیاس مبارزه‌جویی و از ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ برای نمره کل سخت‌رویی محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی کافی برای مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی علاوه بر عامل کلی سخت‌رویی، وجود سه عامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی را تأیید کردند (بشارت، ۱۳۸۷).

در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۲ درصد برای مؤلفه تعهد، ۰/۷۱ درصد برای مؤلفه کنترل، ۰/۵۶ برای مؤلفه مبارزه‌جویی و ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۸ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس به این شرح است. ۱- اغلب روزها با شوق از خواب بیدار می‌شوم تا زندگی‌ام را از جایی که در روز قبل ناتمام مانده است ادامه دهم. ۲- در کارم تنوع و گوناگونی فراوان را دوست دارم.

جدول ۱- جلسه‌های اعمال‌شده بر گروه (آزمایش)

عنوان جلسات	جلسه‌های درمان
آشنایی اعضا با یکدیگر و گفت‌وگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد	جلسه نخست
خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی	جلسه دوم
خودانگاره	جلسه سوم
کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفت‌وگو با خدا	جلسه چهارم
نوع‌دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی)	جلسه پنجم
ارتباط با مقدسات	جلسه ششم
رنجش و نداشتن بخشش و احساس گناه و بخشش خود	جلسه هفتم
بخشش	جلسه هشتم
مرگ و ترس از مرگ و رنج	جلسه نهم
ایمان و توکل به خدا	جلسه دهم
قدردانی و شکرگزاری	جلسه یازدهم
جلسه پایانی	جلسه دوازدهم

### یافته‌ها

همچنین مفروضه همگنی رگرسیون با آزمون فرض همگنی شیب‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه به دست آمده با مقدار  $F=0/507$  و درجه آزادی ۱ اشاره به این دارد که تعامل معنادار نیست، بنابراین مفروضه همگنی رگرسیون در تحلیل کواریانس نیز برقرار است.

داده‌های حاصل از پژوهش در سطح آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) مطابق جدول ۳ به دست آمد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی، مداخلات معنویت‌درمانی توانسته است به طور معناداری باعث افزایش میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شود ( $P<0/05$ ). این نتایج نشان‌دهنده تأیید فرضیه این پژوهش است که «رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی افراد تأثیر دارد». میزان تأثیر ۵۰ درصد بوده است. یعنی ۵۰ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون (افزایش سخت‌رویی) مربوط به مداخلات معنویت‌درمانی بوده است. همچنین توان آماری ۹۹ درصد است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش در پس‌آزمون نیز ۴۶/۴۴ است در حالی که میانگین تعدیل‌شده گروه گواه در پس‌آزمون ۴۳/۲۳ است. براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان اظهار داشت بین میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P<0/05$ ).

یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. اطلاعات جدول ۲، میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سخت‌رویی را نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین گروه آزمایش پس از مداخلات معنویت‌درمانی افزایش داشته است. از آنجا که برای بررسی این فرضیه از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است، لذا برای تحلیل نتایج حاصل از روش تحلیل کواریانس استفاده شد تا از این طریق تأثیرات پیش‌آزمون به عنوان یک متغیر تصادفی کمکی بررسی شود. به همین منظور تحلیل کواریانس دارای مفروضه‌هایی است که باید تحقق یابد تا بتوان از این روش برای مطالعه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. بنابراین دو مفروضه اساسی تحلیل کواریانس یعنی همسانی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون را مورد بررسی قرار دادیم. پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و با درجه آزادی بین گروهی ۱ و درجه آزادی میان گروهی ۲۸ این مقادیر به دست آمد:  $F=0/084$  و معنی‌داری برابر با ۰/۷۷ که در سطح  $P<0/05$  معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان ادعا کرد که مفروضه همسانی واریانس‌ها برقرار است و این پیش‌فرض رد نمی‌شود.

جدول ۲- خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش و پس‌آزمون

گروه	تعداد	پیش‌آزمون میانگین	پیش‌آزمون انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۴۳/۹۴	۲/۶۲	۴۶/۴۴	۲/۱
گواه	۱۵	۴۲/۹	۳/۱۵	۴۳/۲۳	۲/۷۹

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی بر سخت‌رویی

شاخص منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۱۲۸/۸۳	۱	۱۲۸/۸۳	۸۴/۶۲	**۰/۰۰۰	۰/۷۶	۱
گروه	۴۲/۱۵	۱	۴۲/۱۵	۲۷/۶۹	**۰/۰۰۰	۰/۵۰۶	۰/۹۹

\*\* P &lt; ۰/۰۵

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی افراد بود. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی معنویت‌درمانی شامل: خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، نیایش و گفت‌وگوی با خدا، نועدوستی، ارتباط با مقدسات، بخشش، مرگ و ترس از مرگ، ایمان و توکل به خدا و... در افزایش میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان مؤثر است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی همچون (فونتولا کیس، سیامولی، مگپریا و کاپرینیس، ۲۰۰۸)، (کیم و همکاران، ۲۰۰۵)، (فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴)، (گراهام و همکاران، ۲۰۰۱)، (کریچنر و پاتینو، ۲۰۱۰)، (مک وان، ۲۰۰۴)، (والس، ۲۰۰۶)، (یانگ، ۲۰۰۶)، (هاسر، ۲۰۰۶)، (اکبری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰)، (قربانعلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۹)، (قربانعلی‌پور و یعقوبی، ۱۳۹۰) و (حاتمی و شعبانی، ۱۳۸۹)، همسو است.

در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت مداخلات معنویت‌درمانی باعث افزایش توان دانش‌آموزان در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی چه در مدرسه و چه در خارج از مدرسه می‌شود، به طوری که می‌توانند با استفاده از آنها بر افکار، احساسات و رفتار خود مسلط شدند. به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش‌های معنویت‌درمانی باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی (سخت‌رویی) دانش‌آموزان

برای داشتن زندگی اثربخش و مفید می‌شود و در آنها آمادگی لازم را برای مقابله با چالش‌های زندگی به وجود می‌آورد. همچنین باعث مقاوم شدن شخصیت دانش‌آموزان، افزایش بینش آنها نسبت به زندگی و افزایش مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط با محیط و همسالان می‌شود. در تبیین نتیجه حاصل از پژوهش می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد:

نخستین و مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. اعتقاد به وجود یک منبع و قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسأله را دارد، یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آنها به عنوان تجارب ضروری زندگی و خوش بینی با سازگاری با ضربه روانی همبستگی بالایی دارد (کالیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

در این رویکرد از معنویت به‌عنوان یک ملجأ استفاده می‌شود و معنویت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جست‌وجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنویت‌درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان‌فرسا همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور، در این مسیر معنا می‌یابد (ریچاردز و برگین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

عامل مؤثر دوم مربوط به استفاده از برخی روش‌ها و شیوه‌ها در برگزاری دوره آموزشی است. در طول دوره گروه‌درمانی معنوی، پژوهشگر، از روش‌های خاصی از قبیل: تأثیر ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی، تأثیر استعاره، تأثیر ارتباط با خدا، دعا و نیایش، بخشش، توکل به خدا و واگذاری مشکلات به او به‌عنوان قدرت برتر و... استفاده کرد که به نظر می‌رسد عامل مؤثری در افزایش سخت‌رویی بوده است.

یکی از این روش‌های آموزشی بررسی تأثیر ارتباط با خدا از طریق دعا، نیایش و آیین‌های معنوی است. فرد از راه ارتباط با هسته و یا منبع قداست به‌صورت خارق‌العاده‌ای خود نیز مقدس می‌شود و به آرامش و سلامت روان می‌رسد (پارگمنت، ۲۰۰۷). نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی هم جنبه شناختی دارد و فرد را متوجه نیازها و خواسته‌ها و ارزش‌هایش می‌کند و هم روشی رفتاری برای ابراز یک عقیده است و در نهایت به افزایش امید و آرامش درونی فرد منجر می‌شود. شرکت در مراسم مذهبی و عبادی مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد. خداوند در قرآن می‌فرماید: {الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ} [الرعد: ۲۸] «آنها که ایمان آورده‌اند، دل‌هایشان با یاد خدا آرام می‌گیرد، به درستی که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد». حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی، نماز و دعا و نیایش برای آن است که فرد به‌گونه‌ای آگاهانه و خالصانه به آنها عشق می‌ورزد. در احوال بزرگان نیز آمده که با نماز، قرآن و دیگر اعمال مذهبی به آرامش می‌رسیدند، مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی (ع). پیامبر (ص) نیز زمانی که ناراحتی ایشان را فرا می‌گرفت می‌فرمودند: «یا بلال أقم الصلاة أرحنا بها» [سنن ابی داود] ای بلال، اذان بگو و با آن ما را به آرامش برسان». بزرگانی مثل ابن‌سینا هم هنگام رویارویی با مسائل و مشکلات، دو رکعت نماز می‌خواندند. مجموعه پژوهش‌های انجام شده در داخل یا خارج از کشور نشان‌دهنده آن است که هرچه فرد رابطه عمیق‌تر، نزدیک‌تر و خالصانه‌تری نسبت به خدا داشته باشد آرامش، اطمینان، اعتماد، صبر و توکل بیشتری دارد (غباری‌بناب، ۱۳۸۸). بخشودگی، شیوه دیگری بود که در این پژوهش از آن استفاده شد. بخشودگی، یک مداخله درمانی قوی است که افراد را از خشم و احساس گناهی که نتیجه خشم ناهوشیار است، رها می‌کند، علاوه بر این فردی که می‌بخشد از کنترل ظریف و

ناآگاه متخلف رها می‌شود. رها کردن دیگران به معنی رها کردن خود است (بنسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). کسانی که بخشودگی را انتخاب نمی‌کنند در واقع به خود صدمه می‌زنند، زیرا به خود اجازه نمی‌دهند که روابط محبت‌آمیزی را که نیازمند آن هستند، داشته باشند (ورثینگتون و دی‌بلاسیو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). بخشودگی تغییرات مثبتی را در سلامت عاطفی ایجاد می‌کند، سلامت جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد، حس قدرت و توان فردی را بازیابی می‌کند و بین صدمه‌دیده و صدمه‌زننده مصالحه ایجاد می‌کند (فینچام و بیچ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

روش دیگر استفاده از ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی بود. ذهن‌آگاهی کاربردهای روان‌شناختی و معنوی فراوانی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی فشار خون، برانگیختگی دستگاه عصبی سمپاتیک و همچنین، میزان کورتیزول را کاهش می‌دهد که این امر خود به کاهش استرس فرد کمک می‌کند (هارتز، ۱۳۸۷).

برگزاری دوره به‌صورت گروه‌درمانی را می‌توان به‌عنوان عامل مؤثر دیگر در به‌دست آمدن نتایج پژوهش برشمرد. به نظر بسیاری از متخصصان، گروه، باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد می‌شود و روش حمایتی مفیدی را در اختیار آنها قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد با مشاهده دیگران به منحصراً به‌فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد (کوری<sup>۴</sup>، ۱۳۹۱).

چهارمین عامل مربوط به برخی از ویژگی‌های بومی و فرهنگی جامعه ما است. براساس پژوهش رضایی؛ سیدفاطمی و حسینی (۱۳۸۷)، مردم ایران تحت تأثیر موقعیت شرایط فرهنگی، مردمی، مذهبی برای سازگاری با وضعیت بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. پژوهشگران بر این باورند که معنویت با اعمال و عقاید پذیرفته شده هر فرهنگ، بیان می‌شود و شکل می‌گیرد (فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۱۳۸۷). این امر در جامعه ما که مذهب و معنویت از جایگاهی ویژه برخوردارند، خود را بیشتر نشان می‌دهد حال با توجه به اینکه بافت و فرهنگ در انتخاب عوامل حمایت‌کننده افراد آن جامعه نقش بسزایی دارد (سی‌چی‌تی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰) و اینکه بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه در بافتی متفاوت از بافت مذهبی کشور ما صورت گرفته‌اند، پیشنهاد می‌شود در زمینه بررسی تأثیر باورهای معنوی بر توانایی فرد برای سازگاری با مشکلات و افزایش سخت‌رویی پژوهش‌های بیشتری در سراسر کشور انجام شود.

1. Benson  
3. Fincham & Beach  
5. Cicchetti

2. Worthington & Diblasio  
4. Corey



بواله‌ری، ج؛ نظیری، ق و زمانیان، س. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، *جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۱)، ۸۵-۱۱۵.

بهرامی، ف و رمضان‌فرانی، ع. (۱۳۸۴). بررسی نقش باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی و غیرمقیم، مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران، سایت روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

تبرایی، ر؛ فتحی‌آشپانی، ع و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی، *روان‌شناسی و دین*، ۱(۳)، ۳۷-۶۲.

جمهری، ف. (۱۳۸۰). ارتباط بین سخت‌رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب، بین زنان و مردان دانشجوی شهر تهران، رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

حانمی، ح و شعبانی، س. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی سخت‌رویی و دینداری و رابطه آنها در دانشجویان دختر عادی و بسیجی، *روان‌شناسی نظامی*، ۱(۴)، ۵۷-۷۰.

رضایی، م؛ سیدفاطمی، ن و حسینی، ف. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی، *دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران*، ۱۴(۳-۴)، ۳۳-۳۹.

سعیدی‌نژاد، ز؛ مظاهری، م و غباری‌بناب، ب. (۱۳۸۸). تأثیر مداخلات معنوی به شیوه گروهی بر سلامت روان و خودشکوفایی، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۸(۳۱)، ۱۱۵-۱۳۴.

غباری‌بناب، ب. (۱۳۸۸). *مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت*، تهران: نشر آرون.

فلاحی خشک‌ناب، م؛ مظاهری، م. (۱۳۸۷). *معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

فقیهی، ع. (۱۳۸۴). *بهداشت و سلامت روان در آینه علم و دین*، قم: انتشارات حیات سبز.

قربانعلی‌پور، م، مردی، ا؛ و زارعی، ح. (۱۳۸۹). تعیین رابطه بین دینداری با سخت‌رویی روان‌شناختی، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۴(۶)، ۶۳-۷۴.

قربانعلی‌پور، م و یعقوبی، ح. (۱۳۹۰). مقایسه میزان سخت‌رویی در سطوح مختلف دینداری در بین پرستاران، *دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۰(۱)، ۷۵-۸۱.

قربانی، ن. (۱۳۷۳). ارتباط سخت‌رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری‌های کرونری (تیپ ۲)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

کوری، ج. (۲۰۰۵). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی*، ترجمه فائزه عسکری، مریم خدابخشی، مهرنوش دارینی و فرناز عسکری. (۱۳۹۱)، تهران: نشر شب‌نم.

ملک‌زاده نقصانی، پ. (۱۳۷۹). مقایسه سخت‌رویی دانشجویان رشته علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.

از طرفی به دلیل اثربخشی این‌گونه آموزش‌ها پیشنهاد می‌شود، مشاوران و روان‌درمانگران به نقش درمانی باورهای معنوی در سلامت روان افراد توجه بیشتری داشته باشند و برنامه‌ریزان آموزشی و فرهنگی کشور با سوق دادن دانش‌آموزان، معلمان، مربیان و دانشجویان به این سمت و سو، موقعیتی را فراهم آورند تا توانایی استنتاج هدف و معنا از تمامی تجارب خود در آنان پرورش یابد.

همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولان امر به‌ویژه در مراکز مشاوره دانشگاه به طراحی و تدوین کارگاهها و دوره‌های آموزشی در مورد معنویت درمانی اقدام کنند و به نقش معنویت در زندگی افراد توجه خاصی معطوف گردد. چرا که احتمالاً یکی از علل اصلی گریز جوانان از دین و معنویات، تعلیمات غلطی است که به نام دین به آنان داده می‌شود و ناآگاهی جوانان از حقیقت دین (معنویت) است. چنانچه نوجوانان و جوانان در مراحل اولیه زندگی خود تحت آموزش صحیح معنوی و شناخت درست از باطن دین قرار گیرند، قطعاً به سوی ارزش‌های دینی و معنوی گرایش پیدا می‌کنند و تعلیمات صحیح دینی سبب سلامت فردی و سلامت خانواده و در نهایت سلامت جامعه خواهد بود. امید این است که عنایت برنامه‌ریزان نظام تعلیم و تربیت به نقش مهم تربیت معنوی نوجوانان جلب شود تا از راه فرهنگ‌سازی و آموزش نسل جوان تحولات مثبتی در جامعه پدید آید.

همچنین با توجه به تأثیر مثبت گروه‌درمانی در بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد پیشنهاد می‌شود که با انجام مداخلات درمانی به‌صورت گروهی و شرکت دادن نوجوانان در کارهای جمعی آنها را با ارزش‌های دینی و اجتماعی و طرز اجرای آنها بیشتر آشنا کنیم.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد.

که به‌منظور رفع این محدودیت‌ها انجام پژوهش‌هایی با عنوان‌های مشابه بر روی گروهها و رده‌های سنی دیگر، با حجم نمونه بزرگتر و در مقاطع زمانی مختلف پیشنهاد می‌شود.

## منابع

### قرآن کریم

اژدری‌فرد، س؛ قاضی، ق و نورانی‌پور، ر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ۵(۲)، ۱۰۵-۱۲۵.

اکبری‌زاده، ف؛ باقری، ف؛ حاتمی، ح و حاجیوندی، ع. (۱۳۹۰). ارتباط بین هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران، *دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵(۶)، ۴۶۶-۴۷۲.

بشارت، م. (۱۳۸۷). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سختکوشی. حرکت، ۳۵، ۴۶-۳۱.

- Hauser, S.T. (2006). Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations, *Journal of Research on Adolescence*, 9, 1-24.
- Hermann, C.P. (2001). *Spiritual needs of dying patients: A qualitative study*, Oncology Nursing Forum, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Janda, L. (2001). *The psychologist's book of personality tests*, New York: Wiley.
- Kalayjian, A., & Shahinian, S.P. (1998). Recollections of aged American survivors of the Ottoman Turkish genocide: Resilience through endurance, coping, and life accomplishments, *The psychoanalytic Review*, 85, 489-504.
- Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcomes, A review of literature*. Centre for Social Research and Evaluation.
- Karasu, B. (1999). Spiritual psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 143-162.
- Kelly, E.W. (1995). *Spirituality and religion in counseling and psychotherapy: Diversity in theory and practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kim, T-H., Lee, S.M., Yu, K., Le, S.K. and Puig, A. (2005). Hope and the Meaning of Life as Influences on Korean Adolescents Resilience: Implications for Counselor, *Asia Pacific Education Review*, 6, 143-52.
- Kirchner, T., Patino C. (2010). Stress and depression in Latin American immigrants: the mediating role of religiosity, *Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(8), 479-84.
- Kobasa, SC., Maddi, SR., Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-77.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 797-717.
- Maddi, S.R. (1997). *Personal Views Survey II: a Measure of Dispositional Hardiness*. In C.P. Zalaquett & R.J. Woods (Eds). *Evaluating Stress: a book of Resources*, New York: Univ. Press.
- Maddi, S.R. (1998). *Hardiness in Health and Effectiveness*. In H.S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of Mental Health*. (323-335), San Diego: Academic Press.
- Maddi, S.R. (2001). The Story of Hardiness: Twenty Years of Theorizing, Research, and Practice, *Consulting Psychology Journal*. In press.
- Maddi, S.R.D.M. Khoshaba; M. Lu Persico; M.R. Harvey & B. Felicia. (2002). The Personality Construct of Hardiness, Relationship With Comprehensive Tests of Personality and Psychopathology, *Journal of Research in Personality*, 72- 85.
- هارتز، گ. (۲۰۰۵). معنویت‌درمانی و سلامت روان، کاربردهای بالینی، ترجمه امیر کامکار و عیسی جعفری. (۱۳۸۷)، تهران: نشر روان.
- Bartone, P., Ursano, R.J., Wright, K.M. & Ingraham, L.H. (1989). The Impact of a Military Air Disaster on the Health of Assistance Workers, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.
- Baumeister, R. & Kathleen, D.U. (2004). *Handbook of self- regulation research, theory and applications*, New York: The Guilford Press.
- Benson CK. (1992). Forgiveness and the psychotherapeutic process, *Journal of Psychology and Christianity*, 11(1), 76-81.
- Bergin, AE., Richards, PS. (2004). *Casebook for a spiritual strategy of counseling and psychotherapy*, 1st ed. Washington DC: American Psychological Association.
- Bergin, AE. (1983). Religiosity and mental health: a critical revolution and Meta-Analysis, *Professional Psychology: Journal of Research and Practice*, 14, 170-184.
- Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future world, *Child Development*, 71, 543-562.
- Delgado, C. (2005). A Discussion of the Concept of Spirituality, Instructor, School of Nursing. Cleveland State University, Cleveland, Ohio.
- Fincham, F., Beach, S. (2007). Forgiveness and marital quality: Precursor or consequence in well-established relationship, *Journal of Positive Psychology*, 2(4), 260-8.
- Fisher, J. (2000). Making sense of spiritual health and well-being, Being human, becoming whole, A colloquium paper presented at the School of Nursing, University of Ballarat.
- Fountoulakis, K.N., Siamouli, M., Magiria, S. & Kaprinis, G. (2008). Late-Life depression, religiosity, cerebral vascular disease, Cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70, 493-96.
- Francis, L.J., Robbins, M., Lewis, C.A., Quigley, C.F. and Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb and O'Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37, 485-94.
- Fraser, M.W. Richman, J.M. and Galinsky, M.J. (1999). Risk, Protection, and Resilience: Toward a Conceptual Framework for Social Work Practice, *Social Work Research*, 23, 131-43.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C. & Burke, M.T. (2001). Religion and Spirituality in Coping with Stress, *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.

- Marcoen, A. (1994). Spirituality and personal well-being in old age. *Ageing and Society*, 14, 521-536.
- Margetic, AB., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M., Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer, *General Hospital Psychiatry*, 27, 250-5.
- McEwan, W. (2004). Spirituality in nursing: what are the issues? *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 321-6.
- Pargament, K.I. Smith, B. & Koeing, H. (1996). Religious coping with the Oklahoma City bombing: the brief RCOPE, Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, ON.
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*, New York: Guilford, 1-3.
- Park, C.L. (1998). Stress related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive procuresses. *Journal of Social Issues*, 54, 267-277.
- Perkins, D.F. & Jones, K.R. (2004). *Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents*, *Child Abuse & Neglect*: 28, 547-63.
- Piedmont, R.L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality Spiritual transcendence and the five-factor model? *Journal of personality*, 6, 685-1013.
- Richards, P.S., Bergin, A.E (2007). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. U.S.A.: American Psychological Association.
- Richards, P.S., Hardman, R.K. & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Washington: American Psychological Association.
- 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, Ca.J. and Paul G., Mullins. (2009). The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain, *Journal of Pain*, 10(5), 493-500.
- Sulmasy, D.P. (1997). *The healer's calling: A spirituality for physicians and other health care professionals*, New York: Paulist Press.
- Valentine, L. & Feinauer. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse, *American Journal of Family Therapy*, 21, 3.
- Walt, V., Alletta, E. (2006). A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional Model of organizational communication University of South Africa, *Journal of Nursing Research*, 35(2), 273-80.
- Worthington, E., Diblasio, F. (1990). Promoting mutual forgiveness within the fractured relationship, *Psychology*, 27(2), 219-23.
- Yang, KP. (2006). The spiritual intelligence of nurses in Taiwan., *Journal of Nursing Research*, 14(1), 24-35.
- Yang, K.P., Mao, X.Y. (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross- sectional questionnaire survey, *Journal of Nursing Studies*, 144, 999-1010.