

تأثیر آموزش گروهی خوشبینی بر گرایش‌های مذهبی و معنوی در بین دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه صنعتی اصفهان

فتانه علی‌بیک

کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران

مرتضی علی‌بیک

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

فرزانه علی‌بیک

کارشناس کتابداری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فریدون بکرانی

کارشناسی ارشد علوم تربیتی، مشاور و مسئول پژوهش، دانشگاه صنعتی اصفهان

چکیده

نتایج بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهد بین خوشبینی با معنویت و مذهب رابطه وجود دارد. همچنین، بسیاری از یافته‌ها اهمیت نقش معنویت و مذهب را بر سلامت روانی و جسمانی تأیید کرده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی خوشبینی بر ارتقای گرایشات مذهبی و معنوی در بین دانشجویان دختر انجام گرفت. این مطالعه به صورت نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد و برای نمونه‌گیری از بین دانشجویانی که در پیش‌آزمون پایین‌ترین نمره را کسب کرده

بودند، ۶۰ نفر به صورت تصادفی منظم انتخاب و در دو گروه آزمایش ۳۰ نفر و کنترل نیز ۳۰ نفر به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100) بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و جهت تعیین تأثیر مداخلات آموزش خوش‌بینی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری Multivariate Covariance Analysis of Variance استفاده شد. میانگین نمرات در مرحله پیش‌آزمون در حیطه معنویت و مذهب در گروه آزمایش برابر با $2/۳۶ \pm 0/۶۹$ در گروه کنترل برابر با $2/۶۵ \pm 0/۶۸$ است. میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در حیطه معنویت و مذهب در گروه آزمایش به ترتیب $3/۴۱ \pm 0/۳۵$ و $3/۲۳ \pm 0/۲۲$ است که در مقایسه با گروه کنترل دارای افزایش بوده است. نتایج نشان داد آموزش خوش‌بینی بر ارتقای معنویت و مذهب مؤثر و معنادار ($p < 0/001$) بوده است. همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد، آموزش خوش‌بینی و داشتن یک شیوه تبیینی خوش‌بینانه بر ارتقای معنویت و مذهب دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه صنعتی مؤثر بوده است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از آموزش خوش‌بینی به منظور ارتقای معنویت و مذهب دانشجویان در دیگر دانشگاه‌ها نیز استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: خوش‌بینی، معنویت، مذهب، سلامت روان، کیفیت زندگی، دانشجویان.

مقدمه

مذهب یعنی اعتقاد به وجود خدا، بهویژه اعتقاد به اینکه خدا یکتا است و خالق کل جهان و همه موجودات دیگر است و در انسان روحی را دمیده که بعد از مرگ هم به حیات ادامه می‌دهد. معنویت یعنی توجه به موضوعات معنوی و اعتقاد به هر نوع اصول مربوط به هدایت زندگی و مسائل ماوراء الطبيعه که شخص انجام می‌دهد و معتقد است به زندگی معنا داده و باعث غلبه بر مشکلات می‌شود (دیکشنری آکسفورد، ۱۴۰۰). مذهب و معنویت ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است که باعث هدایت و انسجام آن جامعه می‌شود.

1. Oxford dictionary

دستورات دینی و مراسم مذهبی عواملی هستند که می‌توانند در امر پیشگیری و درمان اختلالات روانی به‌نحو مؤثری به کار گرفته شوند(عاصمی، ۱۳۸۵). غالباً تصور می‌شود مذهب باعث افزایش ایمان و امید در افراد و در نتیجه غلبه بر مشکلات شود(سلیگمن،^۱ ۲۰۰۶). همچنین، اعتقادات دینی و مذهبی به انسان آرامش داده، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلاهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماع استحکام بخشیده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند(اسدی نوقانی، امیدی و حاجی آقا جانی، ۱۳۸۴). ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بی‌کران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر پذیرفته، کمتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و به آینده امیدوارتر هستند.

همچنین، معنویت و مذهب یکی از ابعاد کیفیت زندگی است که افزایش آن در بین دانشجویان می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی آنها شود(علی‌بیک و همکاران، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی را می‌توان به چهار بعد تقسیم کرد که به ترتیب عبارت‌اند از: بعد عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی. برطبق این تقسیم‌بندی اجزای عملکرد مذهب و معنویت به ترتیب عبارت‌اند از: پرداختن به کارهای مذهبی مثل دیدار از اماکن مقدس و مذهبی، دعاکردن و راز و نیاز با خدا(برگر، پورتنوی و ویسمان،^۲ ۱۹۹۸) و انجام امور خیرخواهانه و داوطلبانه مثل کمک به فقرا و مستضعفین، کمک به مراکز خیریه، انجام کارهای داوطلبانه بدون گرفتن دستمزد و به طور کلی انجام کارهایی که به زندگی شخص معنا و هدف می‌دهد و کارهایی که به خاطر آن از فرد به خوبی یاد می‌شود(استوبر و گرانت،^۳ ۲۰۰۶).

سازمان بهداشت جهانی و همین‌طور چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص‌آماری

1. Seligman

2. Berger, Portenoy&Weissman

3. Stober& Grant

اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR^۱، ۲۰۰۰)، معنویت را به عنوان بعد چهارم سلامت انسان معرفی کرده‌اند. تا چندی پیش به معنویت تنها به عنوان یکی از جنبه‌های دینی توجه می‌شد اما در حال حاضر نه تنها مفهوم معنویت از مذهب فراتر رفته و مذهب تنها یکی از ابعاد آن است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۹)، اغلب مدل‌های سلامتی شامل سلامت معنوی نیز است. مفهوم معنویت با همهٔ حیطه‌های سلامت در تمامی سنین، ارتباط دارد و پژوهشگران در تمامی دنیا به آن علاقه‌مند هستند (امیدواری، ۱۳۸۵). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای درونی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین، مذهب و معنویت از عواملی هستند که اخیراً بسیار به آنها توجه شده و ارتباطی مثبت با سلامت جسمانی و روانی دارند. نتایج بسیاری از تحقیقات تجربی نه تنها همبستگی منفی بین مذهب-معنویت و میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی، تنفسی، کبد و خودکشی است (کامزتاک و پارتیرج،^۲ ۱۹۷۲؛ باعث کاهش فشار خون (لارسون، کوینگ و کاپلان،^۳ ۱۹۸۹)، کاهش درد در بیماران سرطانی (یاتس و همکاران،^۴ ۱۹۸۱)، کاهش مرگ و میر (مک کالوج و همکاران،^۵ ۲۰۰۰) و افزایش طول عمر و عادات درست بهداشت و سلامتی (سیبولد و هیل،^۶ ۲۰۰۱) می‌شود. به دلیل اهمیت و نقش مهم دانشجویان در جامعه، تاکنون مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان در زمینهٔ وضعیت تحصیلی و سلامت روانی، جهت‌گیری دینی و سلامت روانی، بررسی فشارهای روانی افسردگی و اضطراب، اعتقادات دینی، نگرش مذهبی و روش‌های مقابله با مشکلات سلامت روانی انجام گرفته است. یکی از

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - text revision
2. Comstock & Partridge
3. Larson , Koenig & Kaplan
4. Yates & et al
5. McCullough & et al
6. Seybold & Hill

مشکلات دانشجویان، بهویژه دانشجویانی که برای تحصیل به شهرهای دیگر می‌روند، مسئله دلتنگی و دوری از خانواده است که تاکنون کمتر به آن پرداخته شده است (Fisher و Hood^۱, ۱۹۸۸). نتایج برخی تحقیقات نشان داده است بین اعتقادات مذهبی و احساس تنها بی و غربت در بین دانشجویان رابطه منفی و معناداری وجود دارد (دموری و همکاران، ۱۳۹۰).

دوری و جدایی بسیاری از دانشجویان خوابگاهی از خانواده، عدم علاقه به رشتۀ تحصیلی، ناسازگاری با سایر دانشجویان در محیط خوابگاه، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی و مشکلاتی از این قبیل از جمله عواملی هستند که می‌توانند مشکلات و اختلالات روانی را به همراه داشته باشند و باعث افت تحصیلی شوند (Lapsley و همکاران، ۱۹۸۹). نتیجه مطالعه‌ای که درباره سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران انجام شد (باقری یزدی، عبدالهی و شاه محمدی، ۱۳۷۴) نشان داد ۳۰ درصد از دانشجویان احساس غمگینی و افسردگی دارند. در این بررسی دانشجویان تهرانی نسبت به دانشجویان شهرستانی سلامتی بیشتری داشتند. نتایج تحقیق کاویانی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد گروه‌های دانشجویی درصد بالایی از اختلال افسردگی را نشان داده و حدود ۷۸ درصد از دانشجویان از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. مطالعات راس و رابینز^۲ (۲۰۰۴) نشان داد تعداد زیادی از دانشجویان دانشگاه‌های امریکا که در خوابگاه‌ها زندگی می‌کنند دچار اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی بوده و مواد مخدر و الکل مصرف می‌کنند. در پنج سال گذشته مشکلات رفتاری دانشجویان افزایش یافته و گزارشات حاکی از آن است که ۱۵/۹ درصد از دانشجویان دختر و ۸/۵ درصد از دانشجویان پسر از افسردگی رنج می‌برند. نتایج تحقیق بهزاد و همکاران (۱۳۹۲) بر روی دانشجویان دانشگاه یزد، نشان داد خوشبینی با سلامت روان رابطه مثبت دارد.

روانشناسی مثبت، اساساً به مطالعه توانمندی‌های روانی می‌پردازد و به شناسایی

1. Fisher & Hood

2. Lapsley & et al

3. Roth & Robbins

عواملی توجه دارد که سلامت روانی را افزایش می‌دهد. برخی از توانمندی‌های روانی که به منش و سرشت انسان مربوط می‌شود جنبه روانی داشته و به افراد کمک می‌کند تا حوادث بالقوه تهدیدکننده را کمتر به این شکل تصور کنند یا واکنش‌های خود را درباره این‌گونه حوادث کنترل کنند (تايلرو استانتن،^۱ ۲۰۰۷). هم تحقیقات ميدانی و هم تحقیقات آزمایشگاهی نشان داده است که توانمندی‌های روانی انسان با کاهش علائم جسمی و روانی استرس همبستگی مثبت داشته و همچنین این توانمندی‌ها تأثیرات مثبتی بر سلامتی روانی دارند (ریف، سینجر،^۲ ۱۹۹۶؛ تایلر و همکار،^۳ ۲۰۰۳). مهم‌ترین و معترض‌ترین توانمندی‌ها عبارت‌اند از عزت نفس، تسلط، برون‌گرایی و خوش‌بینی.

خوش‌بینی نگرشی ذهنی است، بدین معنا که شخص انتظار رخدادهای خوب را در آینده داشته باشد تا رخدادهای بد (شی یر و کارور،^۴ ۱۹۸۵). همین باور باعث می‌شود تا به آینده امیدوارتر باشد و برای رسیدن به اهداف خود بیشتر تلاش کند و درنتیجه کمتر دچار اختلالات روانی (از جمله افسردگی) شده و سلامتی بیشتری داشته باشد. شی یر و کارور (۱۹۸۵) معتقدند افراد خوش‌بین درمورد حوادثی که در زندگی روزمره برای آنها اتفاق می‌افتد نظر مثبت و مساعد دارند. در تحقیقاتی که با توجه به این دیدگاه انجام شد، همبستگی مثبت و معناداری بین خوش‌بینی و سلامتی جسمانی و روانی دیده شده است. افراد خوش‌بین غالباً دارای افکار حمایتی هستند، دربرابر استرس انعطاف پذیرتر هستند و تمایل بیشتری به استفاده از اهداف مقابله‌ای دارند. چا^۵ (۲۰۰۳) به این نتیجه رسید که بین بهزیستی روانی و ساختارهای شخصیت مثل عزت نفس، اعتماد به نفس جمعی و خوش‌بینی در دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، نتایج تحقیق علی بیک (۱۳۹۱) بر روی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان

1. Taylor & Stanton
2. Ryff& Singer
3. Taylor & et al
4. Carver & Scheier
5. Cha

داد آموزش خوش‌بینی می‌تواند باعث افزایش معنویت و مذهب در بین دانشجویان شود. با توجه به یافته‌های تحقیقات، مسئله اساسی پژوهش حاضر، عبارت از «تأثیر آموزش خوش‌بینی بر ارتقای معنویت و مذهب دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه صنعتی اصفهان» است؛ بدین منظور، این فرضیه که آموزش خوش‌بینی بر ارتقای معنویت و مذهب دانشجویان دختر مؤثر است، بررسی و آزمون می‌شود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و طرح پژوهشی آن به صورت دو گروه آزمایش و کنترل، با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه صنعتی اصفهان بودند. ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی بر روی ۲۰۰ نفر از این دانشجویان اجرا شد و سپس از بین دانشجویانی که پایین‌ترین نمرات را کسب کرده بودند، ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش سعی شد دو گروه از نظر متغیرهای سن، تأهله و رشته تحصیلی همگن باشند؛ به این ترتیب، دانشجویان همتا شدند و از بین آنها به قید قرعه یک دانشجو در گروه کنترل و یک دانشجو در گروه آزمایش قرار گرفت و این روند ادامه یافت تا تمامی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در یکی از دو گروه یعنی گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. متغیر همگام نیز در این پژوهش عبارت بود از نمرات پیش‌آزمون که اثر آن بر نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. سپس مطابق با طرح درسی آموزش خوش‌بینی که در این پژوهش براساس نظریه شادمانی سلیگمن بوده و مستقیماً پس از تماس‌های پی‌درپی با پروفسور مارتین سلیگمن از دانشگاه پنسیلوانیا و کارول کافمن از دانشکده پژوهشی دانشگاه هاروارد و طیب رشید از دانشگاه‌های پنسیلوانیا و تورنتو تهیه و ترجمه شد، طی ۱۲ جلسه، هر جلسه یک ساعت و در هفت، ۲ جلسه برگزار شد. در ضمن پس از ترجمه مطالب، محتوای جلسات آموزشی تا حد امکان توسط پژوهشگر و استاد محترم دانشگاه بررسی و برخی موارد بسیار جزئی

متناسب با فرهنگ جامعه ایران تغییر داده شد. آموزش گروه آزمایش ۶ هفته به طول انجامید، که عمدتاً به صورت سخنرانی و ارائه تکلیف برای جلسه بعد برگزار می‌شد. پس از اتمام دوره، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. سپس یک ماه بعد نیز آزمون پیگیری بر روی هر دو گروه مجدداً اجرا شد. در اینجا به‌طور مختصر به اهداف کلی این دوره، از جلسه اول تا دوازدهم اشاره می‌کنیم.

۱. جلسه اول: آشنایی اولیه و سپس بیان تاریخچه روان‌شناسی مثبت و تأکید این شاخه از روان‌شناسی بر نقاط قوت و توانمندی‌ها به‌جای تمرکز بر نقاط ضعف و کمبودها.

۲. جلسه دوم: افزایش هیجانات مثبت در زمان حال (انجام اموری که باعث شادی و لذت از زندگی شود). بحث و گفت‌و‌گو درباره نبود هیجانات مثبت و درنتیجه ایجاد آسیب‌های روانی.

۳. جلسه سوم: افزایش هیجانات مثبت در زمان گذشته. به‌طوری‌که وقتی فرد به گذشته خود بنگرد از رفتار و عملکرد خود در گذشته راضی و خرسند باشد.

۴. جلسه چهارم: افزایش هیجانات مثبت در زمان آینده. یعنی امید به آینده و انتظار داشتن نتایج مثبت در آینده (خوش‌بینی).

۵. جلسه پنجم: بررسی سبک اسنادی و ویژگی‌های افراد خوش‌بین. افراد خوش‌بین رویدادهای بد را موقتی، مربوط به امور خاص و علت آن را بیرونی می‌دانند و بنابراین، خود را سرزنش نمی‌کنند.

۶. جلسه ششم: مبارزه با افکار و باورهای غیرمنطقی. بررسی سبک تبیینی با استفاده از مدل ABCDE براساس نظریه الیس. مشکل یا گرفتاری^۱ که برای شخص اتفاق می‌افتد. نحوه نگرش یا تبیین^۲ شخص از مشکل یا حادثه‌ای که رخ داده است. نتایج و عواقب^۳ حاصل از نگرش شخص به حادثه.

1. Adversity

2. Belief

3. Consequences

۷. جلسه هفتم: دستیابی به روش‌های غلبه بر افکار غیرمنطقی در دانشجویان با بحث و مناظره^۱ و کاربرد چهار روش شواهد^۲، انتخاب‌های دیگر^۳ مفاهیم ضمنی^۴ و سودمندی^۵ و سپس احساس انرژی^۶ و شور و نشاطی که انسان از مناظره موفقیت‌آمیز تجربه می‌کند.

۸. جلسه هشتم: زندگی لذت‌بخش^۷ به منظور افزایش بهزیستی با تأکید بر هیجانات مثبت و انجام فعالیت‌هایی که باعث افزایش هیجانات مثبت شخص می‌شود، مثلاً خوردن غذای مورد علاقه یا ملاقات با بهترین دوست. این تمرین به‌ویژه برای افرادی که فوق العاده در گیر فعالیت‌های کاری هستند سودمند است.

۹. جلسه نهم: زندگی مولد^۸ به منظور افزایش بهزیستی با تأکید بر تشخیص نقاط قوت و چگونگی استفاده از آنها در محل کار، روابط اجتماعی با دیگران و اوقات فراغت. این حیطه شامل فعالیت‌هایی است که وقتی انسان در گیر آنها باشد، تمرکز شدیدی داشته و متوجه گذشت زمان نمی‌شود.

۱۰. جلسه دهم: زندگی معنادار^۹ به منظور افزایش بهزیستی. انجام کارهایی که نتایج مثبت آن به خانواده، جامعه و حتی همه دنیا برگردد. موهبت زمان، یا انجام خدمات مثبت.^{۱۰} اختصاص دادن وقت به انجام امور خیریه و خدمات نوع دوستانه برای رسیدن به چیزی والاتر از خود شخص و پیوند با آرمان‌های والاتر. حضور در مساجد، زیارتگاه‌ها، کلیساها، معابد، اماكن مقدس و همکاری با مؤسسات

-
- 1. Disputation
 - 2. Evidence
 - 3. Alternatives
 - 4. Implications
 - 5. Usefulness
 - 6. Energization
 - 7. Pleasant Life
 - 8. Engaged Life
 - 9. Meaningful Life
 - 10. Gift of Time or Positive Services

ابزار پژوهش

ابزار این پژوهش خرده‌مقیاس معنویت‌مذهب از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100) است. این پرسش‌نامه را گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی از سرتاسر دنیا تدوین کرده و سعی در تهیه و تنظیم ابزاری بین فرهنگی جهت سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی داشته است (گروه سازمان بهداشت جهانی،^۱ اورلی و کایکن،^۲ ۱۹۹۴). روایی و پایایی پرسش‌نامه در تحقیقات قبلی تأیید شده بود. با این حال، ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی روایی محتوای پرسش‌نامه ترجمه شده را تأیید کردند (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸) و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ و حیطه معنویت ۰/۸۵ به دست آمد (غلامعلیان، ۱۳۸۶). سوال‌های این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت و ۵ گزینه‌ای از ۰ الی ۴ برای گزینه‌های اصلاً، کمی، تاحدودی، زیاد و بسیار زیاد که نمره ۰ (صفراً) بیانگر اصلاً و نمره ۴ بیانگر بسیار زیاد بود درجه‌بندی می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش جهت تعیین تأثیر مداخلات آموزش خوش‌بینی، از آزمون تحلیل

1. Full Life
2. World Health Organizatio
3. Orley&Kuyken

خیریه به منظور افزایش معنا در زندگی.

۱۱. جلسهٔ یازدهم: دست‌یابی به زندگی کامل^۱ از طریق زندگی لذت‌بخش (تأکید بر هیجانات مثبت)، زندگی مولد (فعالیت‌هایی که باعث شکوفایی و پیشرفت زندگی می‌شود) و زندگی معنادار، که در بالا اشاره شد.

۱۲. جلسهٔ دوازدهم: اجرای پس‌آزمون (سلیگمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ استوبر و گرانت، ۲۰۰۶؛ سلیگمن، ۲۰۱۱).

کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شده است.

**جدول ۱. میانگین و انحراف معیار در پیشآزمون، پسآزمون و پیگیری
در دو گروه آزمایش و کنترل**

پیگیری		پسآزمون		پیشآزمون		موقعیت	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	
۰/۳۱	۳/۲۳	۰/۳۵	۳/۴۱	۰/۶۹	۲/۳۶	معنویت/ مذهب	آزمایش
۰/۵۹	۲/۶۴	۰/۶۹	۲/۵۸	۰/۶۷	۲/۶۵	معنویت/ مذهب	کنترل

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پسآزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشته است. نتایج تحقیق نشان داد بین نمره آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در مرحله پیشآزمون و پسآزمون تفاوت معناداری در سطح $p \leq 0.01$ وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره(مانکوا) در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت‌های پسآزمون و پیگیری

موقعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	Eta ^۲	توان آماری	
پسآزمون	۷/۵۲	۱	۲۷/۲۸	۰/۰۰۱	۳۵/۰	۱۰۰	معنویت/ مذهب
پیگیری	۵/۳۰	۱	۲۲/۴۳	۰/۰۰۱	۳۰/۰	۱۰۰	معنویت/ مذهب

مقدار F در مرحله پسآزمون این فرضیه که آموزش خوشبینی معنویت و مذهب را افزایش می‌دهد را تأیید می‌کند. توان آماری ۱۰۰ نشان می‌دهد حجم نمونه کفایت می‌کند. همچنین، براساس مقدار $\eta^2 = 0.35$ از تغییرات متغیر وابسته ناشی از مداخلات متغیر مستقل بوده است.

بحث

تأثیر خوشبینی برمغنویت و مذهب در پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات انجام شده در این رابطه (علی‌بیک، ۱۳۹۱؛ سیلزمن و همکاران،^۱ ۲۰۰۵؛ گیور،^۲ ۲۰۱۰؛ گراهام و هایت،^۳ ۲۰۱۰؛ یسیلدایک و همکاران،^۴ ۲۰۱۰؛ کارادمس،^۵ ۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این تحقیقات می‌توان گفت معنیت و مذهب با عواملی مثل حمایت‌های اجتماعی و خوشبینی ارتباط دارد. دینداری باعث امید بیشتر شده و به افراد کمک می‌کند تا با مشکلات و مصائب زندگی بهتر و راحت‌تر روبرو شوند. همچنین، انجام فرایض دینی مثل خواندن نماز و دعا و شرکت در امور خیریه باعث رضایت بیشتر از زندگی می‌شود (سیلزمن و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج تحقیق علی‌بیک و همکاران (۱۳۹۱) بر روی نمونه‌ای از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، حاکی از آن است که خوشبینی توانسته معنیت و مذهب را که یکی از ابعاد کیفیت زندگی است در بین این دانشجویان افزایش دهد. یک فراتحلیل بر اثربخشی فعالیت‌های داوطلبانه نشان داد افرادی که در کارهای داوطلبانه (خیریه) شرکت می‌کنند، دو برابر بیشتر از کسانی که در این گونه امور شرکت نمی‌کنند، احساس شادمانی دارند (گراهام و هایت، ۲۰۱۰)؛ به علاوه، انجام امور داوطلبانه با کاهش خستگی و بی‌حوصلگی و افزایش حس هدفمندی در زندگی به افزایش شادمانی در زندگی کمک می‌کند. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده است افرادی که بیشتر به اماکن دینی مثل؛ مساجد، کلیساها، پرستشگاه‌ها وغیره می‌روند یا در امور خیریه و داوطلبانه شرکت می‌کنند ایمان قوی‌تر دارند، نسبت به آینده خوشبین‌تر و در مقابل مشکلات و سختی‌های زندگی مقاوم‌تر هستند (کارادمس، ۲۰۱۰). ادیان رسمی و سازمان‌یافته معتقد‌ند زندگی بسیار زیباتر از آن چیزی است که به

1. Salesman & et al
2. Gebaure
3. Graham&Haidt
4. Ysseldyk& et al
5. Karademas

چشم می‌آید. رواندرمانی مثبت توجه جدی‌تری را به استعدادهای بالقوه انسان معطوف داشته و از بلندپروازی‌ها، توانمندی‌ها و تجربه‌های مثبت انسان حمایت می‌کند، این شاخه از روانشناسی می‌خواهد بداند این ویژگی‌ها چگونه می‌توانند درمان‌کننده و مانند سپری در مقابل آسیب‌های روانی باشند. رواندرمانی مثبت معتقد است، داشتن هیجانات مثبت، فعالیت و معنا در زندگی بهترین کمک را به فرد می‌کند به ویژه هنگام سختی‌ها و مشکلات، نه زمانی که شخص زندگی راحتی دارد. برای مثال، وقتی شخصی افسرده است، داشتن این توانمندی‌ها مثل واقع بینی، صداقت، عدالت و وفاداری و استفاده از آنها خیلی بیشتر برایش ضرورت و اهمیت دارد تا زمانی که در حالت عادی به سر می‌برد (سلیگمن، ۲۰۱۱). این توانمندی‌ها باعث ایجاد و تقویت موقعیت‌های مثبت مثل استحکام خانواده، گروه همسالان و وجود حمایت‌های اجتماعی می‌شود که مسلمًاً ارزش مضاعف و بلافاصلی داشته و باعث گسترش و توسعه احساسات مثبت و ختنی‌کردن موارد منفی می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد خوش‌بینی که یک نگرش ذهنی و نوعی شیوه تبیینی خوش‌بینانه است، در افزایش معنویت و مذهب در بین دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان مؤثر بوده است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از این آموزش به منظور ارتقای معنویت و مذهب دانشجویان در دیگر دانشگاه‌ها استفاده شود.

در اینجا از پروفسور مارتین سلیگمن رئیس مرکز روان‌شناسی مثبت دانشگاه پنسیلوانیا و رئیس اسبق APA، که با ارسال مطالب جدید جهت آموزش خوش‌بینی، و مسئولان محترم مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی که در این پژوهش مرا یاری کردند، بسیار سپاسگزارم.

کتابنامه

۱. اسدی نوقانی، احمدعلی؛ امیدی، شیراز و حاجی آقاجانی، سعید. ۱۳۸۴. روان پرستاری. تهران. انتشارات بشری. چاپ اول.
۲. امیدواری، سپیده. ۱۳۸۵. «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها». *فصلنامهٔ تخصصی پژوهش‌های میانرشته‌ای قرآن*. سال اول. شمارهٔ اول. ص ۱۷-۵.
۳. باقری یزدی، ع. ج. عبدالله و د. شاه محمدی. ۱۳۷۴. «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد»، *فصلنامهٔ اندیشه و رفتار*. ۴۱-۳۲.
۴. بهزاد، مژگان، مهرداد کلانتری و حسین مولوی. ۱۳۹۲. «اثربخشی آموزش خوشبینی بر سلامت روان». *مجلهٔ تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*.
۵. دموری، داریوش؛ زنجیرچی، سید محمود و خطیبی عقدا، عبدالله. ۱۳۹۰. «تجزیه و تحلیل رابطه بین اعتقادات مذهبی و ابعاد مختلف احساس غربت». *مجلهٔ مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*.
۶. رضایی، محبوبه. نعیمه سید فاطمی و فاطمه حسینی. ۱۳۸۷. «سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی». *مجلهٔ دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران(حیات)*. دورهٔ ۱۴. شمارهٔ ۳ و ۴، ۳۹-۳۳.
۷. عاصمی، زهرا. ۱۳۸۵. «تأثیر مذهب در بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام». *پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام*.
۸. عسگری، پرویز. خدیجه روشنی و مریم مهری آدریانی. ۱۳۸۹. «رابطهٔ اعتقادات مذهبی و خوشبینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز». *طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز*.
۹. علی‌بیک، فتانه، احمد احمدی، کیومرث فرجبخش، احمد عابدی و مرتضی علی‌بیک. ۱۳۹۱. «تأثیر آموزش خوشبینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان». *مجلهٔ ایرانی آموزش در علوم پزشکی*.
۱۰. غلامعلیان، فهیمه. ۱۳۸۶. «بررسی تأثیر زوج درمانی رفتاری‌ارتباطی برنشتاین بر کیفیت زندگی زوجین جوان شهر اصفهان». *پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان*.
۱۱. کاویانی، حسین، حاتمی، ندا، شفیع آبادی، عبدالله. ۱۳۸۷. «اثر شناخت درمانی مبنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده» *تازه‌های علوم شناختی*، شمارهٔ ۴، ۴۸-۳۹.

۱۲. یوسفی، فریده، هاجر صفری. ۱۳۸۸. «بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی و ابعاد آن بر گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز». مطالعات روان‌شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا. دوره پنجم، شماره ۴.

13. Berger, A. M., Portenoy, R. K., & Weissman, D. E. 1998. *Supportive oncology: principle & Practice*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
14. Cha, K. H. 2003. "Subjective well-being among college students". *Social Indicators Research*. 62(1), 455-477.
15. Comstock, G. W., & Partidge, K. 1972. "Church attendance and health". *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
16. DSM-IVTR- Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 2000. American Psychiatric Association.
17. Fisher, S. & B. Hood. 1988. "Vulnerability Factors in the Transition to University: Self Reported Mobility History and Sex Differences as Factors of Psychological Disturbance". *British journal of Psychology*. 79, P.309-320.
18. Gebauer, E. J. 2010. Religiosity as Self-Enhancement: A Meta- Analysis of the Relation Between Socially Desirable Responding and Religiosity. *PersSocPsychol Rev*. 14: 17-36.
19. Graham, J., & Haidt, J. 2010. "Beyond Beliefs: Religions Bind Individuals into Moral Communities". *PersSocPsychol Rev*. 14: 140-150.
20. Karademas, E. C. 2010. "Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients". *Journal of Health Psychol*. 15: 239-247.
21. Crowther, J. Kavanagh, K. Ashby, M. 2002. *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. Oxford University Press.
22. Lapsley D. K, Rice K. G, Shadid G. E. 1989. "Psychological separation and adjustment to college". *Journal of Counseling Psychology*. 36(3): 286-94.
23. Larson, D. B., Koenig, H. G., & Kaplan, B. H. 1989. "The impact of religion on men's blood pressure". *Journal of religion and health*, 28, 265-278.
24. McCullough, M. E., Larson, D. B., Hoyt, W. T., Koenig, H. G., & Thoresen, C. 2000. "Religiousness involvement and mortality: A meta-analytic review". *Health psychology*, 19, 211-222.
25. Orley, J. & Kuyken, W. 1994. "Quality of life assessment across cultures". *International Journal of Mental Health*. 23 (2). 5-27.

26. Roth, B., & Robbins, D. 2004. "Mindfulness-based stress reduction and related quality of life". *Psychosomatic Medicine*. 66 (1). 113-123.
27. Ryff, C. D., & Singer, B. 1996. "Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 65. 14-23.
28. Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H., and Carlson, C. R. 2005. "The Link Between Relation and Spirituality and Psychological Adjustment the Mediating Role of Optimism and Social Support". *PresSocPsychol Bull* 31: 522-535.
29. Scheier, M. F. & Carver, C. S. 1985. "Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies". *Health Psychol.* 4(3): 219-47.
30. Seligman, M. E. P. 2006. Learned optimism. New York: Knopf.
31. Seligman M. E. P., Rashid, T., & Parks A. 2010. Positive Psychotherapy. *American Psychologist*. [Cited 2012 Dec 22]. Available from:<http://www.ppc.sas.upenn.edu/positivepsychotherapyarticle.pdf>
32. Seligman, M. E. P. 2011 .Flourish; A Visionary New Understanding of happiness and Well-being, New York. NY 10020.
33. Seybold,K. S., & Hill, P. H. 2001. "The role of religion and spirituality in mental and physical health". *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21-24.
34. Stober, D. R., & Grant, A. M. 2006. Evidence Based Coaching Handbook: Putting BestPractices to Work for Your Clients. John Wiley and Sons, (8). 219-253.
35. Taylor, S. E., Learner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M. & McDowell, N. K. 2003b. "Are self-enhancing cognitions associated with healthy or unhealthy biological profiles?" *JournalofPersonality and Social Psychology*, 85, 605-615.
36. Taylor, S. E., & Stanton, A. 2007. "Coping resources, coping processes, and mental health". *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 129-153.
37. World Health Organization Group. 1995. "The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley and W. Kuyken (Eds)" *Quality ofLife Assessment: International Perspective*. Heidelberg: Springer Verlag.
38. Yates, J, W., Chalmer, B. J., St. James, P., Follansbee, M., &McKegney, F. P. 1981. "Religion in patients with advanced cancer". *Medical and pediatricOncology*, 9, 121-128.
39. Ysseldyk, R., Matheson, K., and Anisman, H. 2010. "Relisiosity and Identity: Toward an Understanding of Relation from a Social Identity Perspective". *PresSocPsychol Rev.* 14: 60-71.