

اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر شهر اصفهان*

فاطمه یعقوبیان

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

مریم اسماعیلی

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

سعید سبزیان

دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

عضو هیئت علمی و دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

محبوبه کیانی

دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی استثنایی دانشگاه اصفهان

چکیده

تاب‌آوری که سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است و معنویت که نقش عامل حفاظتی را برای کودکان و نوجوانان داشته و آنها را در مواجهه با استرس‌ها مقاوم می‌کند، جایگاه ویژه‌ای در حوزه خانواده و بهداشت روانی به خود اختصاص داده است. بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری در نوجوانان دختر که در دوران رشدی بحرانی قرار دارند، اهمیت ویژه‌ای دارد.

* این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه اصفهان و مجری طرح دکتر مریم اسماعیلی است.

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر شهر اصفهان است.

پژوهش حاضر به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شده که در آن ۲۶ نفر از فرزندان دختر شهر اصفهان شرکت داشتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. پس از اعمال مداخله پس‌آزمون اجرا شد و چهارماه بعد پیگیری اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی شد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری ($P < 0/02$) نوجوانان دختر شهر اصفهان مؤثر بوده است. نتایج پیگیری پس از چهارماه نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در میزان تاب‌آوری ($P < 0/004$) تفاوت وجود دارد و اثربخشی مداخله بعد از چهارماه در افزایش تاب‌آوری باقی ماند.

نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی بر ارتقای تاب‌آوری، به‌عنوان یکی از عوامل محافظتی درمقابل عوامل خطر ساز در آینده نوجوانان مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، تاب‌آوری، نوجوانان دختر.

مقدمه

روان‌شناسان در سال‌های اخیر به رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان، به جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها توجه کرده‌اند. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را در پی دارند؛ از این رو، عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند، بنیادی‌ترین سازه‌های پژوهشی این رویکرد هستند. در این میان، تاب‌آوری^۱ جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه

افزوده می‌شود و تعیین عواملی که با توجه به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی به‌عنوان عوامل تاب‌آور عمل کرده، از جمله علایق پژوهشگران تاب‌آور محسوب می‌شود. تاب‌آوری مفهوم روان‌شناختی است که توضیح می‌دهد چگونه افراد با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار می‌آیند. کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) تاب‌آوری را یک توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی-روانی-معنوی در شرایط خطرناک می‌دانند؛ به عبارت دیگر، شخص قادر است بدن، ذهن و روان خود را با شرایط فعلی زندگی انطباق و سازش دهد. البته این محققان یادآور می‌شوند که تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط اطراف خود نیز است.

اولین کسی که به‌نوعی مفهوم تاب‌آوری را مطرح کرد، کوباسا^۲ (۱۹۷۹) بود که در پژوهش خویش به نقش مثبت استرس در سلامتی اشاره کرد. کوباسا (۱۹۷۹) دریافت افرادی که در معرض استرس قرار می‌گیرند و دچار ناراحتی‌های جسمی و روانی نمی‌شوند در مقایسه با افرادی که پس از قرارگرفتن در معرض استرس، آسیب‌پذیر می‌شوند، ساختار شخصیتی متفاوتی دارند. او این ویژگی شخصیتی را با عنوان «سرسختی»^۳ معرفی کرد. در همان برهه زمانی که کوباسا مفهوم سرسختی روان‌شناختی را به جامعه علمی معرفی کرد، جک و جین بلاک (۱۹۸۰) شروع به انتشار یافته‌های پژوهشی خویش با عنوان تاب‌آوری کردند. آنها یک پژوهش طولی سی‌ساله را طراحی کردند که براساس آن ویژگی‌های شخصیتی کودکان پیش‌دبستانی را در سنین مختلف بررسی کردند (بلاک و بلاک، ۲۰۰۶). نتایج مطالعه آنها نشان داد که تاب‌آوری در طول زمان به‌صورت باثباتی باقی می‌ماند. درحقیقت آنها معتقد بودند که تاب‌آوری یک سازه عینی نیست، بلکه به‌صورت طیفی از حداقل تا حداکثر است.

از دیگر پیشگامان مطالعات تاب‌آوری می‌توان به گارمزی^۴ (۱۹۹۳) اشاره کرد.

-
1. Connor & Davidson
 2. Kobasa
 3. Hardines
 4. Garmezy

گارمزی (۱۹۹۳) برای تبیین مفهوم تاب‌آوری، سازه‌ای دیگر به نام آسیب‌پذیری^۱ را مطرح کرد. آسیب‌پذیری به رشد ناسازگارانه فرد به دلیل حضور یک یا چند عامل خطر، اشاره دارد؛ درحالی‌که تاب‌آوری، علی‌رغم وجود همین عوامل خطر به رشد سالم فرد و مقاوم‌سازی وی در برخورد با مشکلات آتی اشاره دارد، به‌گونه‌ای که عوامل خطر برای فرد نقش عاملی حفاظتی را ایفا می‌کند (گارمزی، ۱۹۹۳).

ورنر و اسمیت^۲ (۲۰۰۱) عوامل مؤثر بر تاب‌آوری را بر سه دسته عوامل کلی تقسیم کرده‌اند. اولین عامل، نقش خلق و صفات شخصیتی در حفاظت افراد است. در این خصوص می‌توان به نقش توانایی‌های شناختی، سطح فعالیت فرد، پاسخ مثبت به دیگران و تفکر فرد در برخورد با موقعیتی جدید اشاره کرد؛ دومین عامل، نقش خانواده است. براساس تحقیقات، خانواده‌هایی که گرم و منسجم هستند می‌توانند نقش عوامل حفاظتی را برای کودکان و نوجوانان داشته باشند؛ سومین عامل، وجود حمایت‌های اجتماعی برای کودک و نوجوان است. حمایت‌هایی نظیر معلمان، مراقب، والدین، کلیسا و گروه‌های اجتماعی می‌تواند کودک را در مواجهه با استرس‌ها مقاوم کند.

در این راستا، اونگ و برگین^۳ (۲۰۰۴) دو منبع حفاظتی را در فرایند تاب‌آوری ذکر می‌کنند: اول، منابع فردی و دوم، منابع حمایتی خانوادگی و اجتماعی. منابع فردی شامل صفات شخصیتی، نگرش‌های خوش‌بینانه، سبک‌های مقابله، معنویت و مذهب هستند. منابع حمایت خانوادگی و اجتماعی عواملی نظیر کیفیت و کمیت حمایت‌های خانواده و دوستان، منابع اجتماعی، مؤسسات مذهبی و تأثیرات فرهنگی هستند. همچنین، مذهبی بودن را از جمله عوامل تأثیرگذار بر تاب‌آوری ذکر کرده‌اند (پرکینز، لوستر و جانک^۴، ۲۰۰۲).

کرمی، زکی‌بی، و علیخانی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری نشان دادند که شناسایی و اعتقاد به باورها و مناسک مذهبی

1. Vulnerability
2. Werner & Smith
3. Ong & Bergeman
4. Perkins, Luster & Jank

می‌تواند در افزایش میزان تاب‌آوری مؤثر باشد.

با توجه به تحقیقات پیشین به نظر می‌رسد که معنویت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل حفاظتی که موجبات سازگاری بیشتر را فراهم می‌کند، در میزان تاب‌آوری افراد مؤثر باشد؛ در واقع، معنویت شکلی از آگاهی است، آگاهی تعالی‌دهنده که به‌گونه بالقوه در بشر وجود داشته و دارای کارکردی مثبت است که فرد را قادر می‌کند بتواند خود را در محیط حفظ کند (میلر، ۱۹۹۳^۱: ص ۲۲۹).

روان‌شناسان تقریباً از نخستین سال‌های جدایی روان‌شناسی از فلسفه و اعلام موجودیت آن به‌عنوان یک علم تجربی، میل وافر به مطالعه و ارزیابی رفتارهای انسان در حیطه‌های گوناگون مانند هوش، حافظه، استعداد و شخصیت داشته‌اند. در سال‌های اخیر نیز، مذهب به‌عنوان یکی از موضوعات مورد مطالعه روان‌شناسی مطرح شده است. به‌طوری‌که تحقیقات در زمینه‌های مختلف مذهبی از جمله میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، تأثیر مذهب بر سلامت جسمی و روانی، مقابله با تنیدگی در سطوح مختلف سنی، با استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مذهبی و غیره به‌طور چشمگیری فزونی یافته است (علی محمدی و آذربایجانی، ۱۳۸۸؛ شعاع کاظمی، ۱۳۸۸).

اثر مذهب در زندگی انسان موجب شده شماری از پژوهشگران و متخصصان روان‌شناسی مذهبی نتیجه بگیرند که برای دستیابی به تشخیص و ارزیابی بهتر و در نتیجه، درمان کامل بیماران، بهتر است طبقه تشخیصی جدیدی به فهرست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی افزوده شود. در این طبقه جدید، مسائلی از قبیل استرس ناشی از بی‌ایمانی، تغییر فرقه مذهبی، افراط در باورها و اعمال مذهبی، پیوستن به جریان مذهبی جدید یا ترک جریان مذهبی و همچنین مجموعه‌ای از مسائل معنوی قابل طرح است (لاکف و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از احمدی، ۱۳۸۷).

همچنین، با توجه به آنکه معنویت یکی از جنبه‌های وجودی انسان است و گرایش‌های معنوی و اخلاقی یکی از ظرفیت‌های ایجاد تغییر در انسان است، و با اذعان به اینکه ما در

1. Miller

جامعه‌ای به سر می‌بریم که بیشتر افراد آن معتقد به دین اسلام هستند، غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری، ازدست‌دادن حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم نتایج درمانگری است.

همان‌گونه که وست (۲۰۰۴) نیز اشاره کرده است باید پذیرفت که درمان‌های غیرمذهبی محدودیت دارند و توجه به نقش عوامل معنوی در روان‌درمانی خصوصاً درباره گروه‌های در معرض خطر جامعه از جمله نوجوانان، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. چگونگی رویارویی و کنار آمدن با استرس و فشارهای روانی به‌ویژه در سنین نوجوانی در سلامت روانی آینده آنان بسیار مهم است؛ چراکه دوره نوجوانی با تغییرات گسترده‌ای در زمینه‌های شناختی، عصبی، زیستی و اجتماعی همراه است و نوجوان از مرز کودکی گذشته و وارد مرحله نوینی شده است. ورود به دوره نوجوانی، فرد را با مشکلات فراوانی دست به گریبان می‌کند (ستوده، ۱۳۸۹؛ به نقل از خباز و همکاران، ۱۳۹۰)؛ بنابراین، به تاب‌آوری به‌عنوان یکی از عوامل محافظتی در مقابل عوامل خطر ساز در آینده نوجوانان توجه شده است. با توجه به مطالب مطرح‌شده، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان تاب‌آوری نوجوانان دختر شهر اصفهان بود تا از این رهگذر به ارتقای تاب‌آوری و کاهش استرس و تنیدگی در نوجوانان دست یافته شود.

روش پژوهش

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری در این تحقیق، فرزندان شاهد و جانبازان دختر در سنین ۱۸-۱۴ سال (دوره دبیرستان و پیش‌دانشگاهی) شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ بودند که از میان آنان تعداد ۵۸ نفر به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. به این نحو که از میان مناطق آموزش و پرورش یکی از مناطق به تصادف انتخاب و از بین دانش‌آموزان مدارس و طرح پراکنده این ناحیه تعداد ۲۶ دانش‌آموز دختر دوره دبیرستان برای گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه در نظر گرفته شد (هر گروه ۱۳ نفر). حجم نمونه با

در نظر گرفتن توان آماری در یک مطالعه مقدماتی محاسبه شد که برای هر گروه ۱۳ نفر کفایت داشت. متغیر مستقل در این پژوهش معنویت‌درمانی بود که فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر معنویت‌درمانی بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بررسی شد. کلیه داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و با استفاده از روش آماری تحلیل مانکوا تجزیه و تحلیل شد. ابزار پژوهش در این بررسی به شرح زیر بوده است:

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی مورد نیاز این پژوهش مواردی از جمله سن، جنس، تعداد فرزندان، سن پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون

این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است که کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده‌اند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این پرسش‌نامه را با بازبینی منابع ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در زمینه تاب‌آوری تهیه کردند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) روایی و پایایی مقیاس را با استفاده از پنج گروه آزمودنی شامل مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر، بیماران سرپایی دچار اختلالات روان‌پزشکی، بیماران سرپایی مراقبت‌های اولیه و گروه فاقد بیماری، مطلوب بررسی کردند؛ علاوه بر این، حساسیت مقیاس برای گروه‌های بالینی مناسب احراز شد. همچنین، نتایج تحلیل عامل حکایت از وجود پنج عامل در مقیاس داشت (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون را در ایران محمدی و همکارانش (۱۳۸۴) و سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) بررسی کرده‌اند.

در پژوهش قمرانی، کجباف، عریضی و امیری (۱۳۹۱) مقیاس تاب‌آوری بر روی ۲۰۰ نوجوان اجرا شد، نتایج حاصل از تحلیل عاملی مقیاس گویای یک عامل عمومی بزرگ‌تر از یک و نتایج حاصل از همسانی درونی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را نشان داد.

شرح جلسات معنویت‌درمانی

در این تحقیق منظور از معنویت‌درمانی مجموعه‌ای از مهارت‌های معنوی بود که در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی و با عنوان کتاب آموزش مهارت‌های معنوی تدوین شده است (بواله‌ری، غباری بناب و همکاران، ۱۳۹۱: ص ۳). در این پژوهش گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مؤلفه‌های معنویت قرار گرفته و گروه کنترل این مداخله را دریافت نکرد. شرح این جلسات آموزشی گروهی عبارت‌اند از:

جلسه اول: ۱. معارفه و آشنایی با فرایند کار و ایجاد یک رابطه دوستانه با دانش‌آموزان برای تأثیرگذاری مطالب آموزشی.

جلسه دوم: ۱. شناخت و باورکردن خدا و اینکه او در تمامی لحظات زندگی ما تأثیرگذار بوده و همراه و یاور ما است؛ ۲. تمرین عملی تکنیک‌های شناخت خداوند؛ ۳. تکلیف خانگی مطالب آموزش داده‌شده.

جلسه سوم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته‌شده؛ ۲. تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی؛ ۳. تعریف دین و معنویت و تفاوت میان این دو.

جلسه چهارم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته‌شده؛ ۲. آشنایی با انواع خودآگاهی با ذکر مثال و توضیحات کافی (خودآگاهی جسمانی، روانی، اجتماعی و بالاخص معنوی). ۳. تکمیل جدول ابعاد مختلف انسان و بیان خاطرات و تجربیات معنوی به‌عنوان تمرین عملی؛ ۴. تکلیف خانگی مطالب آموزش داده‌شده.

جلسه پنجم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته‌شده؛ ۲. حل مسئله با رویکرد معنوی؛ ۳. بحث درباره مسئله حجاب و ضرورت آن در مواجهه با نامحرم (تکنیک عملی حل مسئله)؛ ۴. تکلیف خانگی مطالب آموزش داده‌شده.

جلسه ششم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته‌شده؛ ۲. توضیح و شرح کامل معنای زندگی، همراه با ذکر مثال‌های عملی از هم‌سن و سال‌های خود نوجوانان؛ ۳. تشریح اثرگذاری معنای زندگی بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان؛ ۴. اجرای تمرین عملی مقصود و معنای زندگی شما چیست؟ ۵. تکلیف خانگی مطالب

آموزش داده شده.

جلسه هفتم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده؛ ۲. بیان ویژگی های انسان معنوی؛ ۳. بیان کارکردهای بی بدیل گوهر دین و معنویت در زندگی از جمله پاسخ به احساس تنهایی، کاهش دادن ترس از مرگ، کاهش رنج و تعب و معنادادن به زندگی آدمی؛ ۴. یادداشت نمونه کارکردهای معنویت در زندگی شخصی نوجوانان به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: ۱. مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده در جلسه قبل؛ ۲. جمع بندی از کل جلسات و بررسی بازخورد کل مطالب گفته و تمرین شده و راه های عملی ایجاد مهارت های معنوی برای همیشه و رسیدن به ثبات رفتاری.

یافته ها

با استفاده از جدول های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی انجام شد و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. داده های توصیفی نمرات تاب آوری در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص ها		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
گروه ها		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
آزمایش	تاب آوری	۶۵/۶۱	۱۷/۷۴	۷۲/۳۱	۱۵/۸۲	۶۵/۸۵	۱۳/۰۲
کنترل	تاب آوری	۶۰/۴۶	۸/۳۱	۶۱/۵۴	۸/۳۸	۶۱/۵۴	۷/۷۷

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمره تاب‌آوری گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۶۵/۶۱) به پس‌آزمون (۷۲/۳۱) در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یافته است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری در نوجوانان دختر در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) تأثیر عضویت گروهی بر پس‌آزمون و پیگیری، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون در تاب‌آوری دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۶۷/۰۲	۴/۶۸	۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۵۴
	گروه	۱	۲۱۷/۲۴	۶/۰۹	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۶۶
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۰۹/۰۲	۶/۱۱	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۶۵
	گروه	۱	۲۶۴/۰۳	۷/۷۲	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۶

در جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه نشان داد که پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، در مرحله پس‌آزمون ($F=6/09$ و $P<0/02$) در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معنا است که مداخله معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین نمره پیگیری تاب‌آوری در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/01$). این بدان معنا است که مداخله معنویت‌درمانی تأثیر خود را در بلندمدت بر افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دختر داشته است.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که معنویت درمانی بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون ($P < 0/02$) و پیگیری ($P < 0/01$) نوجوانان دختر شهر اصفهان مؤثر بود و موجب تفاوت معنادار بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل شد. بدین معنا که معنویت درمانی نوجوانان دختر باعث بهبود تاب‌آوری آنان شد. نتایج پیگیری پس از چهارماه نیز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در میزان تاب‌آوری ($P < 0/004$) تفاوت وجود دارد و اثربخشی مداخله بعد از چهار ماه در افزایش تاب‌آوری باقی مانده است.

نتایج این پژوهش در راستای تحقیقات گارمزی، ورنر و اسمیت (۲۰۰۱)، پرکینز، لوستر و جانک (۲۰۰۲)، اونگ و برگیمن (۲۰۰۴) و کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، مبنی بر نقش مذهب و معنویت به‌عنوان یک پایگاه حفاظتی در مقابل تنیدگی بود.

در تبیین اثرگذاری معنویت بر تاب‌آوری می‌توان اذعان داشت که آموزه‌های معنویت در دین مبین اسلام بهترین طریق را در کسب و ارتقای تاب‌آوری برای ما به ارمغان آورده است؛ چراکه تاب‌آوری ظرفیتی ذاتی نیست، بلکه رفتار تاب‌آورانه اکتسابی است. تاب‌آوری جزئی از فرایند زندگی است؛ فرایندی که در آن هرکس می‌تواند بر تنش‌ها و رویدادهای ناگوار غلبه کند.

در مباحث مربوط به روان‌شناسی اسلامی، هنگامی که ماهیت انسان را بررسی می‌کنیم، درمی‌یابیم که مهم‌ترین بعد انسان، بعد روحی او است که بیشترین قدرت و نفوذ را در اعمال و رفتارش دارد، زیرا روح قدرتش را از خداوند گرفته است (و نفخت فیه من روحی). از آنجاکه ماهیت تمامی انسان‌ها مشترک است، پس روح در تمامی آنها وجود دارد؛ اما این قدرت به‌صورت بالقوه و نهفته است و از راه آموزش (کنترل محسوسات) می‌توان بخش‌هایی از این قدرت را بالفعل کرد. بهترین شکلی که می‌توان به تمامی فعلیت‌های قدرت‌های روحی رسید، دین است. پس می‌توان گفت که دو نوع معنویت وجود دارد:

معنویت غیردینی که فقط تاحدی می‌تواند به قدرت‌های روح از راه کنترل و تهذیب

نفس و کم کردن نقش محسوسات که پایین‌ترین مرحله تربیت دینی است (حداکثر به عالم ملکوت)، دسترسی یابد و معنویت دینی و به‌ویژه دین اسلام که اگر فرد براساس راهکارهای آن عمل کند، می‌تواند به کمال و فعلیت قدرت‌های روح و عوالم دیگر مانند عالم جبروت و عالم اسمای الهی برسد (سلحشوری، ۱۳۹۰).

درحقیقت، تسلیم‌نشدن به همه خواسته‌های خویش و حدّ و مرز قراردادن برای خود در امور مختلف تمرینی مناسب برای تقویت تاب‌آوری است؛ این تمرین باید از کودکی آغاز شود و فرد نه شنیدن از دیگران را در برخی موارد، و نه گفتن به خویش را در امور بیاموزد و تمرین کند، بداند که مصلحت بالاتر و والاتر آدمی در این است که برخی چیزها را نخواهد، در امور گام نهد و تسلیم خواسته‌هایی نشود. این‌گونه است که بهترین پایگاه تاب‌آوری، یعنی استقامت درونی تدارک می‌شود و در معرکه‌ها و سختی‌ها و گذرگاه‌های لغزنده به یاری آدمی می‌آید (دلشاد تهرانی، ۱۳۸۵: ص ۲۶۵)؛ به عبارت دیگر، می‌توان عامل معنویت را این‌گونه تبیین کرد که، افراد هنگام مواجهه با حوادث سخت و مشکلات تهدیدآمیز، فرایند سازش‌یافتگی خود را حول سه موضوع سازمان می‌دهند:

۱. تلاش برای یافتن معنا؛

۲. کوشش برای به‌دست‌آوردن مجدد تسلط خود بر آن حادثه یا بر کل زندگی؛

۳. تلاش برای ارزنده‌سازی خود و بازسازی حرمت خود از دست‌رفته.

در پرتو این فرایند است که فرد مجدداً احساسی خوب از خود را سامان می‌دهد و از خود در برابر شکست‌ها و تحقیرها حفاظت می‌کند (ریچاردسون، ۲۰۰۲)؛ از این دیدگاه، معنویت‌درمانی را می‌توان نظامی از اعتقادات دانست که با معنابخشی به زندگی، موجب ارتقای تاب‌آوری می‌شود.

درنهایت، نتایج این پژوهش معنویت‌درمانی را در جهت افزایش تاب‌آوری نوجوانان پیشنهاد می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش اجرای مداخله بر روی نوجوانان دختر بود؛ کماینکه می‌طلبد اثربخشی این مداخله بر ارتقای تاب‌آوری نوجوانان پسر بررسی شود.

این تحقیق پیشنهاد می‌کند که با توجه به معنی‌دار شدن معنویت‌درمانی بر میزان تاب‌آوری نوجوانان دختر، به مباحث مربوط به معنویت، به دور از افراط و تفریط و دلزدگی‌ها در این خانواده‌ها آموزش داده شود؛ چراکه سطح بالای دینداری در اعضای خانواده و والدین، و فراوانی بحث‌های مذهبی خانوادگی در مقابل تنیدگی‌ها در نوجوانان اثر حمایت‌کننده داشته و به نظر می‌رسد این عامل در شکل‌گیری شیوه زندگی افراد تاب‌آور نقشی کلیدی داشته باشد.

کتابنامه

۱. احمدی، محمدرضا. ۱۳۸۷. «اثربخشی مناسک حج بر سلامت روانی حجاج». دو فصلنامه تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی. س ۲. ش ۳.
۲. بوالهروی، ج، ب غباری بناب و همکاران. ۱۳۹۱. آموزش مهارت‌های زندگی: یک کتاب راهنما برای آموزگاران. تهران. مرکز پژوهش‌های دانشگاه تهران.
۳. خباز، محمود، زهرا بهجتی و محمد ناصری. ۱۳۹۰. «رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در پسران نوجوان». فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. س ۵. ش ۴.
۴. دلشاد تهرانی، م. ۱۳۸۵. طایر فرخ پی: کمالات انسانی در نهج البلاغه. قم. دفتر نشر معارف.
۵. سامانی، س. ب جوکار و ن صحراگرد. ۱۳۸۶. «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی». مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. س ۱۳. ش ۳.
۶. ستوده، ه. ا. ۱۳۸۹. آسیب‌شناسی اجتماعی. تهران. انتشارات آوای نور.
۷. سلحشوری، ا. ۱۳۹۰. «حدود و ثغور تربیت اخلاقی، تربیت معنوی و تربیت دینی». فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی. س ۲. ش ۲.
۸. شعاع کاظمی، مهرانگیز. ۱۳۸۸. «رابطه مقابله‌های مذهبی و سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس». فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. ش ۳.
۹. علی محمدی، ک. آذربایجانی، م. ۱۳۸۸. «بررسی رابطه بین شادکامی اسلامی و شادکامی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه قم در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸». مجله روان‌شناسی و دین. س ۲. ش ۳.
۱۰. قمرانی، ا، م. ب کجباف، ح. م. عریضی و ش امیری. ۱۳۹۱. «بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی قدردانی در دانش‌آموزان دبیرستانی». فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. س ۳. ش ۱.
۱۱. کرمی، ج. ع زکی بی و م علیخانی. ۱۳۹۱. «رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی». فرهنگ در دانشگاه اسلامی. ۳. سال ۲. شماره ۲.
۱۲. محمدی، م. ع جزایری، م. ح رفیعی، ب جوکار و ع پورشهناز. ۱۳۸۴. «بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد مخدر». فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز. سال اول. ش ۳.
۱۳. وست، و. ۲۰۰۴. روان‌درمانی و معنویت. مترجمان: ش شهیدی و س شیرافکن. ۱۳۸۳. تهران. انتشارات رشد.

14. Block, J. Block, J. H. 2006. Venturing a 30-year longitudinal study. The American

psychologist. 61(4).

15. Conner, K. M. Davidson, J. R. T. 2003. "Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)". *Depression and Anxiety*. 18.
16. Kobasa, S. C. 1979. "Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness". *Journal of Personality and Social Psychology*. 37(1).
17. Lukoff, D.LU. Etal.(1995). Cultural considerations in Assesment and Treatment of Religious and spiritual problems, *Psychiatry and clinical North America*, 18 (3).
18. Miller, J. 1993. Spiritual education. In C. L. Flake (Ed.). *Holistic education: principles, perspectives and practices (A book of readings based on Education 2000: A holistic perspective)*.
19. Ong, A. D. Bergeman, C. S. 2004." The complexity of emotions in later life". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 59.
20. Perkins, D. F. Luster, T. Jank, W. 2002. "Protective factors, physical abuse, and purging from community-wide surveys of female adolescents. " *Journal of Adolescent Research*. 17.
21. Richardson, E. Glenn. 2002. "The Meta theory of resilience and resiliency». *Journal of clinical psychology*. 58 (3).
22. Werner, E. E. Smith, R. S. 2001. *Journeys from Childhood to midlife*. Ithaca. NY: Cornell University Press.
23. Garmezy, N. 1993. Vulnerability and resilience. In D. C. Funder, R. D. Parker, C. TomlinsonKeesey, K. Widaman (Eds.). *Studying lives through time: Approaches to personality anddevelopment*. Washington. DC: American Psychological Association.

