

اثر بخشی مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجو معلمان زن

دکتر احمد اعتمادی^۱

مهتاب چنگایی^۲

چکیده

این پژوهش برای بررسی اثربخشی مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجو معلمان زن انجام شد. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بوده و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (نسخه فارسی) به عنوان ابزار مورد استفاده قرار گرفت. برای اجرا ۳۰ نفر از دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل گمارده شدند. از هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد. سپس برای گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش گروهی مهارت‌های معنوی/ مذهبی ارائه و از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss ۱۸ تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد با کنترل نمره پیش آزمون در سطح معنی‌داری ($P > 0/05$) بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته و مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجو معلمان اثر بخش بوده است. در بین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی نیز نمرات سلامت جسمانی و سلامت روانی دو گروه تفاوت معنی‌دار داشته و می‌توان نتیجه گرفت مداخله معنوی/ مذهبی بر سلامت جسمانی و روانی دانشجو معلمان زن اثر بخش بوده است. در دو حیطه روابط اجتماعی و محیط زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: معنویت، مداخله معنوی / مذهبی، کیفیت زندگی، دانشجو معلمان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۱۷

۱. استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری رشته مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی و عضو هیئت علمی دانشگاه فرهنگیان mch192@yahoo.com

مقدمه

روان شناسی مثبت نگر^۱ شاخه‌ای از علم روان شناسی است که به جای آسیب شناسی روانی به ظرفیت‌ها و ویژگی‌های مثبت انسان‌ها توجه داشته و بر شایسته سازی، شادکامی و بهره-مندی افراد از یک زندگی سالم تأکید دارد. تمرکز این زمینه خاص از روان شناسی بر موفقیت انسان و کمک به وی برای شاد شدن بیشتر و کیفیت بهتر زندگی است.

کیفیت زندگی مفهومی است که به واسطه نقشی که در سلامت افراد دارد، در سال‌های اخیر اهمیت بسزایی یافته است. اگرچه این بحث از سه دهه قبل مطرح شده، اما هنوز تعریف مورد توافقی برای آن ارائه نشده است. از دیدگاه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به ادراک افراد از وضعیت آنها در بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و علائق آنها تعریف شده است. در این تعریف گسترده، کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی، مد نظر است (یونگ^۲، ۲۰۱۲). بر این اساس کیفیت زندگی به درک افراد از موقعیت خود و میزان رضایت آنها از شرایط موجود مرتبط می‌شود. حالتی که فرد در آن احساس سلامت و رضایت جسمی، روحی و اجتماعی می‌کند. در علوم پزشکی کیفیت زندگی به دو صورت کاربرد دارد کیفیت زندگی به عنوان یک حس عمومی از خوب بودن و کیفیت زندگی سلامت محور که به درک فرد از تأثیر بیماری و شرایط نامطلوب بر احساس سلامتی و رضایت از زندگی مربوط می‌شود. محققان کیفیت زندگی را با رویکردهای مختلف مورد مطالعه قرار داده‌اند. برخی کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف می‌کنند (هاگرتی و همکاران^۳، ۲۰۰۱). در رویکرد عینی موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمانی، وضعیت شخصی (ثروت، شرایط زندگی و ...) ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اقتصادی و اجتماعی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند (موریس^۴، ۱۹۷۹، ویلیامز^۵، ۱۹۷۹، لیو، ۱۹۷۴ به نقل

-
1. Positive Psychology
 2. Yuong
 3. Hagerty & et al
 4. Morris
 5. Williams

از لیو، ۲۰۰۶). در حالی که رویکرد ذهنی کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید دارد (کمپبل^۱، ۱۹۸۰، هدی ورینگ، ۱۹۸۸، اسکاراک، ۱۹۹۰، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶ و نوردنفلت^۲، ۱۹۹۳ به نقل از لیو^۳، ۲۰۰۶). در رویکرد کل نگر که رویکردی نسبتاً جدید به کیفیت زندگی است نظریه پردازان کیفیت زندگی را، همانند خود زندگی مفهومی پیچیده و چند بعدی می‌دانند. دیدگاه کل نگر، کیفیت زندگی را یک پدیده‌ی چند بعدی با هر دو مؤلفه‌ی عینی و ذهنی در نظر می‌گیرد. در این رویکرد، سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی از مؤلفه‌های سازنده کیفیت زندگی هستند (لتو^۴، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی علاوه بر سلامت فیزیکی افراد، شامل وضعیت روان شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (یونگ^۵، ۲۰۰۲ به نقل از رابینسون^۶، ۲۰۰۸).

معنویت^۶ به عنوان یک ظرفیت مثبت در کیفیت زندگی مد نظر قرار گرفته است. با مطرح شدن معنویت به عنوان بعد چهارم سلامت انسان و تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی به بهزیستی کامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه تنها فقدان بیماری، توجه به بعد معنوی و رشد آن در انسان به صورتی روز افزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. اگرچه معنویت مفهومی پذیرفته شده در علم است (نارایاناسوامی^۷، ۱۹۹۹ به نقل از بوالهیری و همکاران، ۱۳۹۱)، ولی توافقی فراگیر بر سر تعریف آن وجود ندارد. معنویت عموماً به سلامت روانی بهتر، احساس بهتر بودن^۸ و کیفیت زندگی بالاتر مربوط می‌شود (هارولد و کوئینگ^۹، ۲۰۰۴). (کندا^{۱۰}،

-
1. Campbell
 2. Krdenfelt
 3. Liu
 4. Lehto
 5. Robinson
 6. Spirituality
 7. Narayanaswamy
 8. Well-Being
 9. Harold & Koenig
 10. Canda

۱۹۹۰ به نقل از یونگ، ۲۰۱۲) معنویت را جستجوی فرد برای احساس معناداری و کامل بودن در رابطه با خود، دیگر افراد، کل جهان و هستی شناسی وجود تعریف می‌کند. (اسکات و برگین^۱، ۲۰۰۶ به نقل از غباری بناب، ۱۳۹۱) معنویت را امری حقیقی از زندگی وجود تلقی نموده‌اند که در راستای رسیدن به خدا می‌باشد و زندگی را رهبری نموده و به آن نظم می‌بخشد. قهاری (۱۳۹۱) معنویت را پدیده و تجربه‌ای ژرف و عمیق می‌داند که ارتباط بشر با خود، خدا، انسان‌ها و طبیعت را به گونه‌ای عمیق و معنایی دربر می‌گیرد، چیزی که در آموزه‌ها و جوهره همه ادیان الهی به خوبی احساس می‌شود.

وقتی از معنویت سخن به میان می‌آید برخی آن را همان دین و معنوی بودن را همان دینداری می‌دانند. در بحث رابطه دین و معنویت، ساغروانی (۱۳۸۸) می‌نویسد در این مورد دو دیدگاه عمده وجود دارد. در دیدگاه اول سه حالت متصور است: برخی معنویت و دین را یکی دانسته و جدایی آن را غیر ممکن می‌دانند. برخی دیگر معنویت را اعم از دین و قلمرو معنویت را بیشتر از دین می‌انگارند و سرانجام برخی دیگر دین را اعم از معنویت و حوزه و قلمرو آن را گسترده‌تر می‌دانند. در دیدگاه دوم بین معنویت و دین هیچ رابطه‌ای وجود ندارد و این دو مقوله جدا از یکدیگرند.

در تعامل دین و معنویت شاید بتوان گفت معنویت به مفهوم جستجوی امر قدسی و ارتباط با آن، مفهومی گسترده‌تر از دین است و دین به عنوان یک نظام عقیدتی و مجموعه دستورالعمل‌ها و تکالیفی که از طرف خداوند برای هدایت بشر به وسیله پیامبران الهی ابلاغ شده آئین‌ها و مراسم خاصی را در بر می‌گیرد که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری برسند. معنوی بودن بازسازی و تعالی بخشیدن به بعد معنوی انسان و تحقق ارزش‌های انسانی اوست که هدف همه رسولان الهی بوده است. معنویت با دینداری مخالفی ندارد ولی به دینداری هم محدود نمی‌شود. هرچند تجربه معنوی بدون یک زمینه دینی هم می‌تواند امکان پذیر باشد ولی معنویت در یک بستر مستعد دینی می‌تواند پرورش یافته و شکوفا شود.

اگر معنویت را نوعی سفر به حساب آوریم در آن صورت دین و سنت‌های آن، بیان نقشه‌ای است که راه و جهت را مشخص می‌کند (دماری، ۱۳۸۸). سازمان‌های دینی مثل کلیساها، مساجد، و معابد می‌توانند منبع مهمی برای بهبود زندگی معنوی و ایجاد زمینه مناسب برای تجارب معنوی، جستجوی امر قدسی و یادگیری شیوه‌های وارد شدن به این تجارب (مثل روزه، دعا، انتقال معنا به ماوراء خود، پروردن یا حفظ کردن ارتباط با خدا) باشند (سهرابی و ناصری، ۱۳۹۱). جعفری و همکاران (۱۳۸۸) معنویت را دو بعد می‌دانند: بعد اول؛ معنویت مذهبی^۱ است که در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی، به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم؛ معنویت وجودی^۲ است که در آن تجربیات روان شناختی خاص که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا غایی ندارند، مد نظر می‌باشد. با توجه به پررنگ بودن آموزه‌های دینی در جامعه اسلامی ما، شالوده تحقیق حاضر بر معنویت مذهبی براساس آموزه‌های دین اسلام استوار است. لذا از ترکیب معنوی / مذهبی در آن استفاده شده است. از نظر اسلام معنویت با فطرت و حقیقت وجود انسان سازگار می‌باشد (سیفی و همکاران، ۱۳۹۱) و به تعبیر استاد شهید مطهری، از نظر قرآن، معنویت پایه تکامل است (مطهری، ۱۳۸۳). از نظر علامه طباطبایی (۱۳۸۵) نیز سیر باطنی و حیات معنوی انسان یک رشته واقعیت‌های بیرون از واقعیت طبیعت و جهان ماده، و بسیار اصیل‌تر، واقعیت‌دارتر و پهناتر از جهان ماده و حس است. جوادی عاملی (۱۳۸۳)، در ادبیات عرفانی، معنویت را در رهایی از مملوکیت نسبت به اشیاء می‌داند، نه در رهایی اشیاء از مملوکیت نسبت به انسان؛ از این رو، معنویت راستین انسان، در اصلاح و بازسازی و سپس نوسازی درونی و بیرونی امکان‌پذیر است.

روح حاکم بر معنویت در قرآن، عبودیت است که با توحید و عدالت الهی و اجتماعی در هم تنیده شده است و طبق این اصول، معنویت در قرآن از دو ویژگی اساسی و کلیدی برخوردار است: الف) جامعیت؛ یعنی همه ابعاد زندگی انسان اعم از فردی، خانوادگی،

1. Religious spirituality
2. Existential spirituality

اجتماعی، دنیایی و آخرتی را دربرمی گیرد. و ب) کمال؛ یعنی همه‌ی حدود و مراتب وجود انسان را در حرکت تکاملی شامل می‌شود.

معنویت قرآنی دارای ساحت‌های عقلانی، نفسانی، جسمانی و معرفتی است. از نظر قرآن، ما باید در آن واحد، هم نظام روحی و فکری و اخلاقی و معنوی خودمان را درست کنیم و هم نظام اجتماعی و روابط بیرون را. بنابراین، معنویت جامع و کامل یا درونی و بیرونی می‌تواند معنویت همگرا به فطرت انسان باشد و فرجام و سرانجام آن، سعادت حقیقی فرد و جامعه انسانی خواهد بود (مطهری، ۱۳۸۳). بدون تردید معنویت مذهبی با ایمان، امید و عشق همراه است. ایمان به پروردگاری یکتا که قادر متعال است^۱. انسان را به زیباترین صورت ممکن^۲ آفرید و با دمیدن روح الهی خود^۳ به او چهره‌ای خدایی و بعدی ملکوتی بخشید. انسان را اشرف مخلوقات خود قرارداد^۴ و او را برای هدفی بزرگ^۵ راهی سفر زندگی کرد که پایانش ملاقات خداست^۶. در این سفر پرتلاش از رگ گردن به انسان نزدیک‌تر^۷ و در تمامی سختی‌ها و دشواری‌های زندگی همواره برایش یار و یاور^۸ و یاد و ذکرش مایه آرامش دل انسان است^۹.

در طول دهه گذشته رابطه بین معنویت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی به ویژه سلامت جسمی و روانی در جمعیت بالینی و غیر بالینی مورد مطالعه قرار گرفته است. یافته‌هایی از جمله، افزایش کیفیت زندگی در نتیجه افزایش مقابله معنوی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلب و عروق (تریوینو و مک کنل^{۱۰}، ۲۰۱۴)، اثرات قابل توجه معنویت و دینداری بر

۱. سوره الملک آیه ۱
۲. سوره تین آیه ۴
۳. سوره سجده آیه ۹
۴. سوره اسراء آیه ۷۰
۵. سوره حجر آیه ۲۷
۶. سوره انشقاق آیه ۶
۷. سوره ق آیه ۱۶
۸. سوره احقاف آیه ۱۳
۹. سوره رعد آیه ۲۸

افسردگی و کیفیت زندگی افراد مسن (مون و کیم^۱، ۲۰۱۳)، افزایش کیفیت زندگی در گروه بیماران مبتلا به پانکریس مزمن که به طور منظم در فعالیت‌های کلیسا شرکت داشتند، در مقایسه با بیمارانی که در این فعالیت‌ها شرکت نکرده بودند (اندرزیچ و همکاران^۲، ۲۰۱۳)، تأثیر مثبت مذهب و معنویت بر کیفیت کلی زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (لیم و یوچی، ۲۰۰۹)، ارتباط دینداری درونی و مقابله مذهبی با علائم کمتر افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران با اختلال دو قطبی (استروپا، موری-المدیا^۳، ۲۰۱۳)، پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس خود کارآمدی و معنویت در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال سلول‌های داسی شکل (مک سین دیگلا^۴، ۲۰۱۱)، وجود رابطه بین عقاید مذهبی و باورهای معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های نادر (سالیما و همکاران^۵، ۲۰۱۲)، رابطه مثبت تجارب روزانه معنوی با کیفیت کلی زندگی و همه ابعاد آن در بیماران مبتلا به بیماری روانی شدید (یونگ، ۲۰۱۲)، رابطه منفی باورهای مذهبی و احتمال خودکشی در زنان خشونت دیده (گنرگرموس، تریوردی و گاندوگان^۶، ۲۰۱۴)، افزایش قابل توجه نمرات کیفیت کلی زندگی و کاهش نمرات افسردگی و اضطراب بر اثر مداخله مبتنی بر معنویت در بیماران قلبی (دلانی، بارر و هلمینگ^۷، ۲۰۱۲)، اثربخش بودن مداخله معنوی در ارتقاء امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان (فلاح و دیگران، ۱۳۹۰)، همگی بر وجود رابطه بین معنویت و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در جمعیت بالینی دلالت دارند.

بررسی‌هایی از جمله اثر بخش بودن مداخله معنوی بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱)، تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی همسران جانباز (هادی تبا، نوابی نژاد و احقر، ۱۳۹۰)، ارتباط مثبت باورهای

-
1. Moon & Kim
 2. Andrzej Basinski & et al
 3. Stroppa , Moreira-Almeida
 4. Maxine Adegbola
 5. Salomea Popoviciu & et al
 6. Gungormus, Tanriverdi & Gundogan
 7. Delaney, Barrere & Helming

وجودی با کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی (کراگلو و همکاران^۱، ۲۰۱۴)، ارتباط مثبت معنویت با کیفیت زندگی و ارتباط منفی آن با افسردگی (فینکچیار، رث و کونلی^۲، ۲۰۱۴) ارتباط دینداری درونی با سلامت روان و کیفیت زندگی و عملکرد بهتر اجتماعی و علائم اضطرابی کمتر در مراقبان بیماران در منزل (لاکچیتی و همکاران^۳، ۲۰۱۳)، وجود رابطه‌ی پیش بینی کننده بین هوش معنوی و کیفیت زندگی معلمان (حسینیان، قاسم زاده و نیکنام، ۱۳۹۰)، رابطه هوش معنوی با کیفیت کلی زندگی و تمام زیر مقیاس‌های آن در معلمان (کیا نژاد، قمری و فتحی اقدم، ۱۳۹۱) و تأثیر دین و معنویت بر سلامت جسمانی و روانی در مطالعه دباغی (۱۳۸۸)، از جمله تحقیقاتی هستند که بر وجود رابطه بین معنویت/ مذهب و کیفیت زندگی و ابعاد آن در جمعیت غیر بالینی اشاره دارند.

معنویت/ مذهب به عنوان عاملی مرتبط با کیفیت زندگی سلامت محور همواره مورد توجه محققان بوده و به نتایج متعددی منجر شده است. قهرمانی و نادى (۱۳۹۱) در تحقیق خود نشان دادند انگیزه پرستش همراه با بهزیستی وجودی به ترتیب مهمترین ابعاد مذهبی- معنوی هستند که به همراه سلامت روان بر امید به آینده موثرند. هم چنین هارلود و کونیک^۴ (۲۰۰۴) نشان دادند معنویت بر سلامت جسمانی و نتایج پزشکی تأثیر می‌گذارد. تصمیم‌ها و مراقبت‌های پزشکی، رابطه بیمار و پزشک، افزایش توان مقابله بیماران با استرس‌های بیماری، ظاهر شدن آثار اولیه بهبودی و افزایش پذیرش درمان‌های دارویی از جمله دلایل توجه به اعتقادات معنوی در بحث بهداشت و سلامت است. کنداسمی، چجرود و دسامی^۵ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای روی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته نشان دادند بین بهزیستی معنوی با افسردگی و اضطراب، خستگی، خواب آلودگی، خشکی دهان، اختلال حافظه، درد ناشی از بیماری، از دست دادن اشتها و غم و اندوه در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته رابطه منفی وجود دارد. هم چنین پوک و یونگ^۶ (۲۰۱۲) براساس نتایج فراتحلیل ۲۱ مطالعه که با

-
1. Krageloh CU & et al
 2. Finocchiaro, Roth & Connelly
 3. Lucchetti & et al
 4. Harold & Koenig
 5. Kandasamy, Chaturvedi, Desai G
 6. Pok & Young Hyun Kim

شرکت ۱۴۱۱ آزمودنی انجام شده بود، دریافتند مداخله معنوی بر نتایج روان شناختی اثر گذاشته و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. ولی برای تعیین اثر این مداخلات بر نتایج زیست شناختی به آزمایش‌های کنترل شده تصادفی بیشتری نیاز است. مطالعات مختلفی معنویت و برخورداری از سلامت معنوی را عاملی در افزایش طول عمر افراد می‌دانند. ماتیوز (به نقل از حشمتی فر، ۱۳۹۲) ۳۵۰ تا ۴۰۰ مطالعه را در بررسی طولانی خویش پیدا کرد که نشان می‌دهد افراد دارای اعتقادات مذهبی و محکم نسبت به کسانی که اعتقادات ضعیف‌تری دارند از سلامت و طول عمر بیشتر و کیفیت زندگی بالاتری بهره‌مند بوده‌اند. هم چنین نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان جهانی بهداشت در ۱۸ کشور و بر روی ۵۰۸۷ نفر در مورد ارتباط معنویت و مذهب با کیفیت زندگی انجام شد، نشان داد معنویت و مذهب با تمام قلمروهای کیفیت زندگی همانند قلمروهای فیزیکی، اجتماعی، روان شناسی و محیط پیوستگی بالایی دارد. (علیجان زاده، ۱۳۹۰، به نقل از حشمتی فر، محسن پور و موسی زاده، ۱۳۹۲).

با وجود علاقه فزاینده‌ای که به موضوع معنویت وجود دارد و تحقیقات زیادی که در مورد معنویت / مذهب و رابطه آن با جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی انجام شده، ولی در حوزه مداخله معنوی / مذهبی تحقیقات کمی انجام شده و داده‌های تجربی محدودی در تأیید اثر بخشی این مداخلات بر کیفیت زندگی در دسترس است. لذا با توجه به رابطه معنویت / مذهب با کیفیت زندگی می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که مداخله معنوی / مذهبی باعث ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود. از آن جا که معلمان عهده‌دار مسئولیت تعلیم و تربیت و تأمین کننده بخشی از سلامت روان دانش‌آموزان و به تبع آن سلامت جامعه هستند، شناخت مسائلی که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر گذاشته و بتواند سطح سلامتشان را ارتقاء بخشد، امری ضروری است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف فراهم سازی شواهدی برای بررسی فرضیه‌های زیر انجام شد.

۱- مداخله معنوی / مذهبی بر کیفیت کلی زندگی معلمان تأثیر دارد.

۲- مداخله معنوی / مذهبی بر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روانی،

روابط اجتماعی و محیط) در معلمان تأثیر دارد.

روش

این تحقیق برای بررسی تأثیرمداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجوی معلمان انجام شد. طرح تحقیق نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل است و برای اجرا تعداد ۳۰ نفر از معلمان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه فرهنگیان با میانگین سنی ۴۰/۲ در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از اجرای پیش آزمون در هر دو گروه، جلسات آموزشی برگرفته از آموزش مهارت‌های معنوی مطرح شده توسط بواله‌پری و همکاران (۱۳۹۱) با رویکرد اسلامی و محوریت مباحثی شامل خودآگاهی معنوی، مقابله با مشکلات با رویکرد معنوی، امیدواری و توکل، معنای زندگی و بخشش و گذشت در روابط بین فردی، برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته به شرح زیر ارائه شد.

جلسه اول: معرفی؛ بیان ساختار و قوانین گروه؛ توضیح مفاهیم کلیدی مذهب، معنویت، رابطه مذهب و معنویت، ارتقاء مذهبی- معنوی؛ بحث گروهی در مورد رابطه مذهب و معنویت؛ پرسش و پاسخ؛ جمع بندی؛ ارائه تکلیف؛ دریافت بازخورد.

جلسه دوم: مرور مباحث جلسه قبل؛ بررسی تکلیف؛ تکمیل جملات ناتمام در مورد نیازهای ابعاد چهارگانه وجود آدمی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)؛ فهرست کردن رفتارهای یک روز و دسته‌بندی آنها براساس ابعاد چهارگانه و امتیازبندی؛ بحث گروهی در مورد شناخت و ضرورت توجه به نیازها در ابعاد چهارگانه.

جلسه سوم: بیان تجارب معنوی توسط اعضا؛ بارش مغزی در مورد شرایط لازم برای ایجاد یک تجربه معنوی؛ بحث گروهی در مورد ویژگی‌های یک انسان معنوی؛ بحث و توضیح در مورد تأثیر نگاه معنوی و مذهبی بر سلامت و کیفیت زندگی.

جلسه چهارم: بیان تجارب اعضا از اجتناب‌ناپذیری مشکلات و روش‌های مقابله آنها؛ جمع‌بندی روش‌های مقابله‌ای اعضا؛ توضیح سه رویکرد کلی (هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و مسئله‌مدار معنوی-مذهبی)/ پرسش و پاسخ و توضیح حالات احساسی، رفتاری و شناختی مرتبط با هر رویکرد؛ ایفای نقش رویکردهای مقابله‌ای با ترسیم موقعیت فرضی در جلسه.

جلسه پنجم: بیان یک موقعیت فرضی جهت وارد شدن به بحث صبر؛ دسته‌بندی پاسخ-های احتمالی و برجسته کردن صبر و شکیبایی در بین پاسخ‌ها؛ بحث گروهی در مورد مفهوم صبر و رابطه آن با توکل؛ تکمیل برگه من چقدر صبور هستم و خود ارزیابی؛ آموزش تکنیک چراغ قرمز برای تمرین صبر کردن؛ بحث در مورد ویژگی‌های افراد صبور و رابطه صبوری و معنویت.

جلسه ششم: تکمیل برگه سؤال‌های مربوط به امیدواری توسط اعضاء؛ بحث گروهی در مورد امید و امیدواری؛ پرسش و پاسخ در مورد ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری امید؛ توضیح توکل و رابطه آن با امید؛ بحث گروهی در مورد تأثیر امید و توکل بر زندگی یک فرد معنوی و مذهبی.

جلسه هفتم: بارش مغزی در مورد هدفمندی زندگی و انواع هدف؛ بحث گروهی در مورد آثار روانی و رفتاری اهداف؛ تکمیل برگه جملات ناتمام مربوط به اولویت‌بندی اهداف زندگی؛ بحث و توضیح در مورد رابطه هدف و معنابخشی به زندگی.

جلسه هشتم: بحث گروهی در مورد تجارب افراد از رنجش‌های بین فردی؛ پرسش و پاسخ در مورد احساسات همراه با رنجش و دسته‌بندی آنها؛ بیان تجارب اعضاء از بخشش؛ بحث در مورد مراحل بخشش و توضیح این مراحل؛ بحث در مورد اثرات عفو بر آرامش فردی، روابط اجتماعی و رشد معنوی.

جلسات با ساختار بوده و هر جلسه با مروری بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکلیف و بازخورد آغاز شده و بحث و تبادل نظر و انجام فعالیت تمرینی در مورد موضوع جلسه ادامه می‌یافت و سپس جمع‌بندی، تعیین تکلیف، بازخورد در مورد مباحث جلسه و تعیین موضوع جلسه بعد انجام می‌شد. در طول دوره از آموزش‌های سنتی و یک طرفه پرهیز و آزمودنی‌ها در بحث‌ها و انجام تمرین‌ها مشارکت فعال داشتند. هیچ کدام از اعضای نمونه تاکنون در چنین کلاس‌هایی شرکت نکرده بودند. یک هفته پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

ابزار: در این تحقیق از فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۳۸۹ توسط یوسفی و همکاران در مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، استاندارد و به صورت فرم کوتاه ۲۶ سؤالی درآمده است، استفاده شد. این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در چهارحیطه مرتبط باسلامت یعنی الف) حیطه سلامت جسمانی، ب) حیطه سلامت روانی، ج) حیطه روابط اجتماعی و د) حیطه محیط زندگی، مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤال اول این پرسشنامه، کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دوم، وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهارحیطه ذکر شده می‌پردازد.

ضریب پایایی این پرسشنامه درحیطه سلامت جسمانی (درگروه بیمار و غیر بیمار) ۰/۸۰ و درحیطه روان شناختی ۰/۷۶ و درحیطه روابط اجتماعی ۰/۶۱ و در حیطه محیط زندگی ۰/۷۷ می‌باشد.

ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی (α) مقیاس توسط نصیری (۱۳۸۵) به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ اعلام شده است.

یافته‌ها

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجوی معلمان بود. برای این منظور، ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف نمره حاصل از اجرای آزمون کیفیت زندگی بر روی اعضای نمونه تحقیق در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه که نتایج در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات کلی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
سلامت جسمانی	۲۶/۵۳	۴/۵۱	۲۷/۵۳	۵/۷۴
سلامت روانی	۲۱/۲۰	۲/۳۳	۲۰/۴۶	۴/۵۰
روابط اجتماعی	۱۱/۴۶	۱/۷۲	۱۰/۶۰	۱/۹۱
محیط زندگی	۲۸/۸۶	۴/۱۳	۲۵/۶۶	۵/۷۶
نمره کل کیفیت زندگی	۹۴/۹۳	۱۰/۷۶	۹۲	۱۵/۰۹

همان‌طور که ملاحظه می‌شود در پیش‌آزمون، میانگین گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی ندارد اما در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش در تمامی متغیرها از گروه کنترل بیشتر است.

سؤال اول پژوهش: آیا مداخله‌ی معنوی/مذهبی برافزایش کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر دارد؟

به منظور مقایسه نمرات کلی کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده شد و نمرات پیش‌آزمون کنترل شد. فرض نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کالموگروف-اسمیرنف تأیید شد ($P > 0/05$). بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون نشان داد که از این مفروضه تخطی صورت نگرفته است و فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). هم‌چنین بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون نشان داد که بین گروه‌ها و نمره پیش‌آزمون تعامل معنی‌داری وجود ندارد و این مفروضه رعایت شده است ($F = 0/50, p > 0/05$). نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه مقایسه میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور سهمی اتا
نمره پیش‌آزمون	۳۴۰۰/۸۹	۱	۳۴۰۰/۸۹	۳۴/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۶۳
گروه	۱۱۰۱/۵۹	۱	۱۱۰۱/۵۹	۱۱/۲۶	**۰/۰۰۲	۰/۲۹۴
خطا	۲۶۴۰/۹۷	۲۷	۹۷/۸۱			
کل	۳۱۱۲۶۶	۳۰				

** $P < 0/01$

نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان می‌دهد با کنترل نمره پیش‌آزمون، بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($F = 11/26, P < 0/01$). بنابراین مداخله‌ی معنوی/مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجویان اثربخش بوده است و با توجه به جدول (۱) از آنجا که

میانگین پس آزمون گروه آزمایش در نمره کلی کیفیت زندگی ($M=107/93$) بیشتر از میانگین گروه کنترل ($M=93/26$) است، پس نتیجه می‌گیریم مداخله‌ی معنوی/ مذهبی باعث افزایش کیفیت زندگی دانشجوی معلمان شده است، هم چنین ضریب تأثیر برابر با $0/294$ است، یعنی $0/29$ از تغییرات نمرات پس آزمون دانشجوی معلمان ناشی از شرکت در گروه مداخله‌ی معنوی/ مذهبی است.

سوال دوم پژوهش: آیا مداخله‌ی معنوی/ مذهبی بر افزایش چهار حیطه کیفیت زندگی

دانشجویان تأثیر دارد؟

از آن‌جا که کیفیت زندگی دارای چهار زیر حیطه است، برای بررسی میزان تأثیر مداخله‌ی معنوی/ مذهبی بر افزایش این ۴ حیطه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که هر چهار متغیر مورد بررسی توزیع نرمال دارند ($P>0/05$). بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لاون نشان داد که از این مفروضه تخطی صورت نگرفته است و فرض همگنی واریانس‌ها در هر چهار متغیر سلامت جسمانی ($F(28,1)=0/94, p>0/05$)، سلامت روانی ($F(28,1)=0/004, p>0/05$)، روابط اجتماعی ($F(28,1)=0/76, p>0/05$) و محیط زندگی ($F(28,1)=0/64, p>0/05$) رعایت شده است. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای هر سه متغیر انجام شد و نتایج نشان داد که بین نمره گروه و پیش آزمون نمره سلامت جسمانی ($F=1/11, p>0/05$)، پیش آزمون نمره سلامت روانی ($F=0/64, p>0/05$)، پیش آزمون نمره روابط اجتماعی ($F=0/49, p>0/05$) و پیش آزمون نمره محیط زندگی ($F=1/32, P>0/05$) تعامل معنی داری وجود ندارد و این مفروضه رعایت شده است. آزمون M باکس نشان داد که فرض برابری ماتریس کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته رعایت نشده است ($p<0/01$)، نتایج مربوط به آزمون پیلای تریس ۱ نشان داد که بین ترکیب خطی چهار متغیر پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود ندارد ($F=2/57, p>0/05$). نتایج مربوط به آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در مورد زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مقایسه میانگین‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه

آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور سهمی اتا
سلامت جسمانی	پیش آزمون گروه	۲/۵۷	۱	۲/۵۷	۰/۲۱	۰/۶۴۵	۰/۰۰۹
سلامت روانی	پیش آزمون گروه	۸۳/۰۶	۱	۸۳/۰۶	۷/۰۲	*۰/۰۱۴	۰/۲۲۷
روابط اجتماعی	پیش آزمون گروه	۹۹/۸۶	۱	۹۹/۸۶	۶/۴۷	*۰/۰۱۸	۰/۲۱۲
محیط زندگی	پیش آزمون گروه	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۰/۱۹	۰/۶۶۷	۰/۰۰۸
	گروه	۶/۴۵	۱	۶/۴۵	۳/۷۳	۰/۰۶۵	۰/۱۳۵
	پیش آزمون گروه	۹۲/۳۰	۱	۹۲/۳۰	۱/۵۸	۰/۲۲۰	۰/۰۶۰
	گروه	۸۸/۶۴	۱	۸۸/۶۴	۱/۵۲	۰/۲۲۹	۰/۰۶۰

* $P < 0.05$

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد با کنترل نمره پیش آزمون، بین نمرات سلامت جسمانی ($M=0.227$) مجذور سهمی اتا، ($F=7.02, p < 0.05$) و سلامت روانی ($M=0.212$) مجذور سهمی اتا، ($F=6.47, p < 0.05$) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به نتایج مربوط به جدول (۱) که میانگین نمره گروه آزمایش ($M=30.40$) در متغیر سلامت جسمانی از میانگین گروه کنترل ($M=26.60$) بیشتر است، بنابراین نتیجه می‌گیریم که مداخله‌ی معنوی/ مذهبی بر افزایش سلامت جسمانی دانشجومعلم‌ان اثر بخش بوده است. هم‌چنین با توجه به اینکه میانگین نمره گروه آزمایش ($M=23.46$) در متغیر سلامت روان از میانگین گروه کنترل ($M=21$) بیشتر است، بنابراین نتیجه می‌گیریم که مداخله معنوی/ مذهبی بر افزایش سلامت روانی دانشجومعلم‌ان اثر بخش بوده است. اما بین نمرات روابط اجتماعی ($F=3.73, p > 0.05$) و محیط زندگی ($F=1.52, p > 0.05$) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف بررسی تأثیر مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجومعلم‌ان انجام شد. یافته‌ها حاکی از تأثیر مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت کلی زندگی و سلامت جسمی و روانی در جامعه مورد بررسی است. علی‌رغم اهمیت نقش معلمان در تعلیم و تربیت و تأثیر سلامت آن‌ها در سلامت روانی دانش‌آموزان و به تبع آن جامعه، و با وجود حضور پررنگ باورهای مذهبی در جامعه ما در مورد موضوع تحقیق پیشینه پژوهشی کافی یافت نشد. لذا یافته‌ها با توجه به یافته‌های تحقیقات انجام شده در سایر جامعه‌های آماری مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. فرضیه اصلی این تحقیق در مورد تأثیر مثبت مداخله معنوی/ مذهبی بر ارتقاء کیفیت زندگی دانشجومعلم‌ان بود که با توجه به یافته‌های جدول شماره یک مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت کلی زندگی معلمان تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن شده است. این یافته با نتایج تحقیق حسینیان، قاسم زاده و نیکنام، (۱۳۹۰) مبنی بر وجود رابطه مثبت تجربه معنوی و شناخت خود با کیفیت کلی زندگی معلمان، نتایج تحقیق (کیانزاد، قمری و فتحی اقدم، ۱۳۹۱) که نشان دادند هوش معنوی با کیفیت کلی زندگی و تمام زیر مقیاس‌های آن رابطه دارد و یافته هادی‌تبار، نوابی‌نژاد و احقر (۱۳۹۰) که نشان دادند آموزش هوش معنوی بر ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) همسران جانباز تأثیر دارد، یافته‌های لیم و یوجی (۲۰۰۹) مبنی بر تأثیر مثبت مذهب و معنویت بر کیفیت کلی زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، و یافته یونگ (۲۰۱۲) در مورد تأثیر تجارب روزانه معنوی بر کیفیت کلی زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، نتیجه‌ای که یوسفی و صفری (۱۳۸۸) در مورد توانایی هوش معنوی برای پیش‌بینی کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن در دانشجویان به دست آوردند و هم چنین یافته‌های (حشمتی فر، ۱۳۹۲)، (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱)، (تریوینو و مک کنل، ۲۰۱۴)، (مکسین دیگلا، ۲۰۱۱)، (سالیما و همکاران، ۲۰۱۲)، (کراگلو و همکاران، ۲۰۱۴)، (استروپا، موری-المدیا، ۲۰۱۳)، (اندرزیج و

همکاران، ۲۰۱۳) مبنی بر وجود رابطه بین معنویت / مذهب و کیفیت کلی زندگی، همسو است.

از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که معنویت / مذهب با ارتقاء کیفیت کلی زندگی ارتباط داشته و مداخله معنوی باعث افزایش کیفیت کلی زندگی می‌شود. در تبیین چنین تأثیری شاید بتوان گفت انسان با نگرش معنوی / مذهبی جهان هستی را دارای نظم و ناظمی می‌بیند که بر همه مخلوقات آن اشراف دارد، پس مسئولیت‌های خارج از توان خود را به او واگذار می‌کند و این باعث آرامش و امنیت و بالا رفتن توان مقابله در سختی‌ها و امید و دلگرمی در رویارویی با بحران‌ها می‌شود. چنین انسانی اگر با شکست مواجه شود در پس آن حکمتی می‌بیند هر چند که آشکار نباشد، پس احساسات منفی هم چون ناکامی، احساس شکست، تحقیر شدن و ... در او بروز نکرده و یا توسعه نمی‌یابد. زندگی انسان با نگرش معنوی / مذهبی با مرگ پایان نمی‌پذیرد و هدفمند است. چنین انسانی خود را بخشی از کل نظام هستی و هدفمند می‌داند که با خود، خدا، طبیعت و دیگر انسان‌ها مرتبط است. با این اتصال و با علاقه و محبت به دیگران نیازهای روانی - اجتماعی خود را تأمین می‌کند. به طور کلی می‌توان گفت معنویت / مذهب با افزایش رضایت از زندگی، شادی، عواطف مثبت، اخلاق و مهارت مقابله‌ای به طور مثبت بر کیفیت کلی زندگی انسان تأثیر می‌گذارد.

فرضیه دوم این تحقیق در مورد تأثیر مداخله معنوی / مذهبی بر هر یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بود. با توجه به یافته‌های جدول شماره یک میانگین پس از آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار داشته که حاکی از تأثیر مداخله معنوی / مذهبی در افزایش کیفیت زندگی دانشجومعلم‌ان در حیطه سلامت جسمانی است. این یافته با یافته‌های حاتمی و دیگران (۱۳۸۹) مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار بین ابعاد معنویت و سلامت جسمی، یافته هارولد و کوئینگ (۲۰۰۴) در مورد تأثیر باورهای معنوی بر سلامت جسمانی و نتایج پزشکی و استفاده از باورهای مذهبی برای مقابله با بیماری‌های جسمانی، تمایل به احساس بهتر بودن و میزان پایین افسردگی، اضطراب و خودکشی، هم چنین نتایج مطالعه (کیم و سید لیتز، ۲۰۰۲ به نقل از دباغی، ۱۳۸۸) که نشان می‌دهد مذهبی بودن و معنویت با افزایش وضعیت سلامت عمومی، افزایش طول عمر، افزایش مهارت‌های

مقابله‌ای و کاهش و کنترل استرس رابطه دارند، هم چنین یافته‌های کنداسمی، چجرود و دسامی (۲۰۱۱)، مون و کیم (۲۰۱۳) و لاکچیتی و همکاران (۲۰۱۳)، همسو است. هارولد و کوئینگ (۲۰۰۴) در تبیین ارتباط بین معنویت و سلامت جسمانی معتقدند که معنویت، هیجان‌ات و کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار داده و این امر نیز به نوبه خود سیستم ایمنی و غدد درون‌ریز وی را متأثر می‌سازد. بنابراین، باورها و اعمال معنوی با رفتارهای سالم، ایمنی قویتر و شرایط قلبی-عروقی بهتر و عمر طولانی‌تر همراه است. معنویت و رفتارهای مذهبی با ایجاد خلق مثبت حاصل از ارتباط با خداوند و شرکت در مراسم و مناسک مذهبی و عبادت، افزایش حمایت اجتماعی حاصله باعث امید، دلگرمی و تنها نبودن، آرامش ذهنی و کاهش استرس و فشار روانی و در نتیجه بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌شود. انسان مذهبی به علت اطمینان قلبی که به خداوند دارد همه چیز را در گرو رضایت خداوند می‌داند و دچار تنش‌های روانی و روحی نیست، به جسم خود آرامش می‌بخشد و این آرامش فعالیت ارگان‌های مختلف بدن را منظم می‌کند و به نوعی با آرامش روح خود، سلامت جسم را نیز تأمین می‌کند. افکار مثبت و تاب آوری که هر دو از مؤلفه‌های معنویت هستند، می‌توانند مقاومت فرد در برابر استرس را افزایش داده و سلامت فرد را حفظ کنند.

حیطه دوم از کیفیت زندگی، حیطه سلامت روان است. تفاوت معنی‌دار میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در این تحقیق حاکی از تأثیرگذاری مداخله معنوی/مذهبی بر ارتقاء این حیطه از کیفیت زندگی معلمان است. این یافته با یافته‌هایی از جمله تأثیر مؤلفه‌های مذهبی-معنوی بر سلامت روان و امید به آینده (قهرمانی و نادی، ۱۳۹۱)، تأثیر مداخله معنوی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سرطان (لطفی کاشانی و دیگران، ۱۳۹۱)، رابطه مثبت و معنا دار متغیر تجربه معنوی با همه زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی و نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن برای سلامت روان و کیفیت زندگی (حسینیان، قاسم‌زاده و نیک‌نام، ۱۳۹۰)، افزایش امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان در اثر مداخله معنوی (فلاح و دیگران، ۱۳۹۰)، هم‌چنین همبستگی مثبت قوی بین معنویت و سلامت روانی در هنرمندان (حاتمی و دیگران، ۱۳۸۹)، رابطه جنبه‌های مختلفی از ایمان مذهبی با

کاهش افسردگی، خودکشی، کاهش مرگ و میر، افزایش طول زندگی، رضایت زناشویی، بهزیستی، شادی و بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن (دباغی، ۱۳۸۸) و هم چنین ارتباط مثبت معنویت با کیفیت زندگی و ارتباط منفی آن با افسردگی (فینکچیار، رث و کونلی، ۲۰۱۴)، رابطه منفی باورهای مذهبی و احتمال خودکشی در زنان خشونت دیده (کنگرموس، تنریوردی و گاندوگان، ۲۰۱۴)، تأثیر مداخله معنوی بر کاهش اضطراب و افسردگی (پوک و یونگ، ۲۰۱۲) و یافته‌های دلانی، بارر وهلمینگ (۲۰۱۲)، کنداسمی، چجرود و دسامی (۲۰۱۱)، (مون و کیم، ۲۰۱۳) (استروپا، موری-المدا، ۲۰۱۳) هماهنگ است.

در تبیین این موضوع شاید بتوان گفت، افراد با عقاید معنوی و مذهبی و اعتماد کامل به خداوند، از آنجا که ایمان به خدا را سرچشمه آرامش و عامل رفع نگرانی و اضطراب می‌دانند، رویدادها را کمتر فشار انگیز ارزیابی کرده یا بعد از بروز استرس، آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت روحی و معنوی خود می‌دانند و یا آن را برنامه و تقدیرگرینا پذیر الهی تعبیر و تفسیر می‌کنند، لذا قادرند از هر وضعیتی یک نتیجه خوب به دست آورده و چنین اعتقادی احتمالاً می‌تواند نتایج روان شناختی قدرتمندی به دنبال داشته باشد.

هر قدر توانایی انسان در کنترل وقایع استرس‌زا بیشتر باشد، توانایی او برای سازگاری با محیط بیشتر بوده و عوارض ناشی از استرس مانند اضطراب و افسردگی کمتر ظاهر خواهد شد. تحقیقات نشان می‌دهد که معنویت از جنبه جسمی و روانی افراد جدا نیست و نیروی یکپارچه کننده فراهم می‌کند. اگر انسان‌ها از نظر معنوی سالم باشند، در محدوده سلامتی روانی‌شان احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت خاطر خواهند کرد (حسینی واجاری، ۱۳۸۲ به نقل از لطفی کاشانی و دیگران، ۱۳۹۱).

حیطه سوم کیفیت زندگی مربوط به روابط اجتماعی و حیطه چهارم مربوط به محیط زندگی است. در این تحقیق بین گروه آزمایشی و کنترل از نظر تأثیر مداخله معنوی / مذهبی بر حیطه روابط اجتماعی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. این یافته با نتایج تحقیق حسینیان، قاسم زاده و نیکنام (۱۳۹۰) که نشان داد هیچ کدام از مؤلفه‌های هوش معنوی نقش پیش بینی کننده‌ای در روابط اجتماعی نداشتند و تحقیق حاتمی و دیگران (۱۳۸۹) مبنی بر معنادار

نبودن رابطه مسائل اجتماعی و محیط زندگی با ابعاد معنویت، همسو بوده ولی با یافته تحقیق لطفی کاشانی و دیگران (۱۳۹۱) که نشان دادند مداخله معنوی به طور معنی‌داری موجب افزایش روابط اجتماعی می‌شود، و تحقیق لاکچیتی و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر ارتباط دینداری درونی با سلامت روان و کیفیت زندگی بهتر و عملکرد بهتر اجتماعی و علائم اضطرابی کمتر، هماهنگ نیست. در این تحقیق تأثیر مداخله معنوی/ مذهبی بر حیطه چهارم کیفیت زندگی یعنی محیط زندگی دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد که این یافته با یافته تحقیق لطفی کاشانی، و دیگران (۱۳۹۱) در عدم مشاهده تأثیر معنی‌دار مداخله معنوی بر محیط زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان و یافته حاتمی و دیگران (۱۳۸۹) همسو است. در مورد بعد سوم و چهارم کیفیت زندگی یعنی روابط اجتماعی و محیط زندگی پیشنهاد پژوهشی کافی یافت نشد.

اگرچه در معنویت بر جستجوی امر قدسی و ادراک شخصی از این تجربه تأکید شده ولی رابطه داشتن و وصل بودن به خداوند که در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنوان نوعی رابطه اجتماعی، حمایت و ایجاد امنیت و آرامش برای افراد عمل می‌کند و آموزه‌های دینی فراوان در مورد عفو و گذشت، نوع دوستی، روابط دوستانه با دیگران، مهربانی و فراهم کردن حمایت‌های عاطفی و اجتماعی که همگی در روابط اجتماعی جلوه‌گر می‌شوند، در مذهب یافت می‌شود و شرکت در مراسم و مناسک معنوی و مذهبی باعث احساس اتحاد و همبستگی، دوستی و توسعه روابط اجتماعی می‌شود. بنابراین نتایج ناهماهنگ در ارتباط معنویت و روابط اجتماعی همین طور محیط زندگی به تحقیقات تکمیلی نیاز دارد.

یکی از عوامل مهمی که احتمال دارد پژوهش حاضر را تحت تأثیر قرار داده باشد اثر سن و جنس است. معنویت با افزایش سن رشد می‌کند. یونگ معتقد است که در بسیاری از افراد پس از ۳۵ سالگی تغییرات عمده‌ای در ناخودآگاه صورت می‌گیرد که ممکن است در روند معنویت و هوش معنوی اثرگذار باشند. هم چنین این تحول در زنان متفاوت از مردان صورت می‌گیرد (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶، به نقل از حسینیان، قاسم زاده و نیکنام، ۱۳۹۰). از آنجایی که نمونه پژوهش حاضر معلمان زن با میانگین سنی ۴۰/۲ می‌باشند.

احتمال دارد این دو متغیر در نتیجه پژوهش اثر گذاشته باشد. لذا، انجام پژوهش‌های تکمیلی با معلمان هر دو جنس در سنین مختلف پیشنهاد شده و هم چنین با توجه به یافته‌های این تحقیق در تأثیرگذاری مثبت مداخله معنوی / مذهبی بر کیفیت کلی زندگی و سلامت جسمانی و روانی معلمان زن، جهت رشد و تقویت معنویت و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی معلمان (بویژه دانشجویان معلمی)، تشکیل کارگاه‌های آموزشی و فراهم کردن محیط‌های غنی که سؤال‌های معنوی را برانگیزاند، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- بوالهری، جعفر، دوس‌علی‌وند، هدی و میرزایی، مصلح. (۱۳۹۱). رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی. *آموزش مهارت‌های معنوی ویژه مربیان*. انتشارات دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و تحقیقات و فناوری و مرکز مشاوره دانشگاه تهران.
- بوالهری، جعفر، نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان استرس و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه‌ی علمی پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، شماره یک.
- جعفری، عیسی، دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز و نجفی، محمود (۱۳۸۸). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، دوره ۳، شماره ۹.
- جوادی عاملی، عبدالله. (۱۳۸۳). *ادب فنای مهربان*، قم: اسرا.
- حاتمی، حسین، بحرینیان، عبدالمجید، جوانبخت، مریم و غفاری، سمیه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی در هنرمندان انجمن خوشنویسان ایران. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، سال چهارم، شماره چهاردهم.
- حسینیان، سیمین، قاسم زاده، سوگند و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۰). پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن براساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی، *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، دوره ۳، شماره ۹.
- حشمتی فر، نرجس، محسن پور، محدثه و موسی‌زاده، اسماعیل. (۱۳۹۲). نقش معنویت و سلامت معنوی بر کیفیت زندگی. *فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، سال هیجدهم، شماره ۳ و ۴.
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۸). بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت. *مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، سال چهارم شماره ۱، شماره مسلسل ۶.
- دماری، بهزاد. (۱۳۸۸). *سلامت معنوی*. تهران: طب و جامعه.
- ساغروانی، سیما. (۱۳۸۸). *هوش معنوی بعد ناشناخته بشر*. تهران: آهنگ قلم.
- سهرابی، فرامرز و ناصری، اسماعیل. (۱۳۹۱). *هوش معنوی و مقیاس‌های سنجش آن*. تهران: آوای نور.
- سیفی، محسن، اعتمادی، احمد و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). تأثیر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی بر کاهش علائم افسردگی دانشجویان. *نشریه روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، شماره سوم.
- طباطبایی، محمدحسین. (۱۳۸۵). *معنویت تشیع*. قم: تشیع.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنوی. *آموزش مهارت‌های معنوی ویژه مربیان*. انتشارات دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و تحقیقات و فناوری و مرکز مشاوره دانشگاه تهران.

فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیر الدین، علیرضا؛ موسوی، سید مهدی و اکبری، محمد اسماعیل. (۱۳۹۰). اثر بخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، دوره پنجم، شماره ۱۹.

قران مجید.

قهاری، شهربانو. (۱۳۹۱). معنویت چیست. *آموزش مهارت‌های معنوی ویژه مربیان*. انتشارات دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و تحقیقات و فناوری و مرکز مشاوره دانشگاه تهران.

قهرمانی، نسرین و نادى، محمد علی. (۱۳۹۱). رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز. *نشریه پرستاری ایران (نشریه مرکز تحقیقات مراقبت-های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران)*، دوره ۲۵، شماره ۷۹.

کیانزاد، نسرین، قمری، محمد و فتحی اقدم، قربان. (۱۳۹۱). *رابطه هوش معنوی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی معلمان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد ابهر.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سید مهدی و هاشمیه، مژگان. (۱۳۹۱). اثر بخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه فقه پزشکی*، سال چهارم، شماره ۱۱.

مطهری، مرتضی. (۱۳۸۳). *مجموعه آثار*، ج ۲۲، تهران: صدرا.

نصیری، حبیب الله. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه‌ی ایرانی آن. *سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، تهران: دانشگاه علم و صنعت.

هادی تبار، حمیده؛ نوایی نژاد، شکوه و احقر، قدسی. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش هوش معنوی روی کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران سال تحصیلی ۹۰-۸۹. *طب جانباز*، دوره ۴، شماره ۲.

یوسفی، علیرضا؛ قاسمی، غلامرضا؛ صراف‌زادگان، نضال؛ مالک، شیکا؛ ربیعی، کتابیون و بقایی، عبدالمهدی. (۱۳۸۹). *هنجاریابی مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه در ایران. معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان* چاپ شده در *Community Health Journal*.

یوسفی، فریده و صفری، هاجر. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی و ابعاد آن در دانشجویان. *مجله مطالعات روان شناختی*، دوره پنجم، شماره ۴.

Andrzej Basinski, Tomasz Stefaniak, Magdalena Stadnyk, Arfan Sheikh, and Ad J. J. M. Vingerhoets(2013). Influence of Religiosity on the Quality of Life and on Pain

- Intensity in Chronic Pancreatitis Patients After Neurolytic Celiac Plexus Block: Case-Controlled Study. *Journal Relig Health*. V:52(1), P: 276–284.
- Delaney CI, Barrere C, Helming M.(2012). The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: a pilot study. *Indian Journal Psychol Med*. Oct :34 (4) p:399-402.
- Finocchiaro DN, Roth PA, Connelly CD(2014).Spiritual Well-Being as Predictor of Quality of Life for Adults with Paraplegia.*Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses:2014 May 19pg.*
- Gungormuş Z, Tanrıverdi D, Gundogan T(2014). The Effect of Religious Belief on the Mental Health Status and Suicide Probability of Women Exposed to Violence. *Journal of religion and health* : 2014 May 15 pg.
- Hagerty, M. R , Cummins, R. A, Ferriss, A. L, Land, K, Michalos, A. C, Peterson, M, Sharpe, A, Sirgy, J & Vogel, J, (2001), Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research, *Social Indicators, Research*,v:55,p:1-96.
- Harold G. Koenig, M.D(2004). Spirituality, wellness, and quality of life.*Sexuality, Reproduction and Menopause*,V: 2, P:76-82.
- Kandasamy,Chaturvedi S K ,Desai G(2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer *Indian Journal of Cancer*.V : 48(1), P: 55-59.
- Krageloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ.(2014).The Relationship between Quality of Life and Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs of Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2014 Jul 18.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumped>.
- Lehto, s. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*.V: 16, P: 805-816.
- Lim JW,yij(2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *US National Library of MedicineNational Institutes ofHealth*, Nov;36(6)p: 699-708.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in china.A Qualitative Study, *Socia Indicators Research*, V:75, p. 217-240.
- Lucchetti G, Lucchetti AL, Oliveira GR, Crispim D, Pires SL, Gorzoni ML, Panicio CR, Koenig HG . (2014). Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Jun;21(5):403-13.
- Maxine Adegbola. (2011). Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease South Online .*J Nurs Res*. 2011 Apr; 11(1): 5.
- Moon YS, Kim do H. (2013). Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia Pac Psychiatry*. V: 5(4),P:293-300.
- Pok, Ja oh,Young, Hyun Kim. (2012). Meta-Analysis of Spiritual Intervention Studies on Biological, Psychological, and Spiritual Outcomes.*Journal of Korean Academy Nursing*. V: 42(6),p: 833-842.
- Robinson, P. F. (2008). Measurement of quality of life.*Journal of Association Nurses in AIDS Care*. V: 15, p:1-14.
- Salomea Popoviciu, Delia Birel, Serban Olah, Ioan Popoviciu(2012). The role of religious beliefs and spirituality on thequality of life of rare diseases patients. *Revista de cercetare [i interven]ie social*, 2012, v. 36, p: 144-161.

- Stroppa A, Moreira-Almeida A.(2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* Jun;15(4), p:385-93.
- Trevino KM, Mc Connell TR.(2014). Religiosity and Religious Coping in Patients with Cardiovascular Disease: Change over Time and Associations with Illness Adjustment. *J Relig Health.* Jun 8.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumped>.
- Young, KW (2012).Positive effects of Spirituality on Quality of life for People with Severe Mental Illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation.* V: 16 (2) P:62-77.