

بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان

پری سیما اژدری فرد*

دکتر قاسم قاضی**

دکتر رحمت اله نورانی پور***

چکیده: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روانی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۶ است. حجم نمونه طبق اصول علمی و فرمول تعیین حجم ۱۲۰ نفر، با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شد. از بین آنان کسانی که در پرسش‌نامه‌ی سلامت روان نمره‌ی بالاتری کسب کرده بودند، ۶۰ نفر به صورت تصادفی از هر مدرسه انتخاب شدند. دانش آموزان یک مدرسه به قید قرعه به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه گواه منظور شدند. برای گروه آزمایش به مدت ده جلسه کلاس‌های آموزشی با رویکرد عرفانی و معنوی که اساس آموزش، شناخت «خطاهای شناختی» با استفاده از قصه‌های مثنوی مولوی بود، برگزار شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی سلامت روان گلدبرگ (GHQ28) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، شاخص‌های (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و...) و به منظور آزمون سؤال‌های پژوهش از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس و آزمون پیگردی LSD) استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: معنویت^۱، عرفان^۲، سلامت روان^۳

* کارشناس ارشد مشاوره و روانشناسی ps.azhdarifard@yahoo.com

** استاد دانشگاه تهران

*** دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

1- spirituality

2- gnostic

3- mental health

مقدمه

در دهه‌های اخیر، مباحث عرفانی و معنوی و تعالیم اشرافی بیش از پیش جایگاه خود را باز یافته است و اهل نظر در حوزه‌های عرفان، حکمت، هنر، ادبیات و روان‌شناسی به نقش معجزه آسای عرفان و ارزش‌های معنوی در پاسخ به نیازهای تکاملی انسان و درمان ناملازمات و بیماری‌های روحی و روانی او و رسیدن به سلامت روان او تأکید فراوان دارند (کریمی، ۱۳۸۳).

ویلیام جیمز می‌نویسد، مرادش از دین، آداب و رسوم، روایات، منقولات، احکام و عقاید نیست چرا که آنها تنها ظاهر دیانت است. جیمز معتقد است، انسان با رجوع به باطن دین (معنویت) آرامش و سرور خاصی پیدا می‌کند وی معتقد است باور به وجود ارزش‌های بالاتر و یک قدرت برتر برای بهداشت روانی انسان ضروری است (به نقل از وینستون^۱، ۲۰۰۱). ویلبر و هرون معتقد اند که رشد ما به عنوان انسان شامل رشد در قلمروهای معنوی است (به نقل از وست^۲، ۱۹۹۹، ص ۱۴۸، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن). یونگ^۳ که به نهضت اول روانشناسی مربوط می‌شود به شدت تحت تأثیر معنویت شرق بود و می‌گفت در بخش دوم زندگی بهتر است به سراغ آموزه‌های معنویت یا عرفان بودیسم برویم (آزاد، ۱۳۸۴). اریک فروم^۴ روان‌شناس قرن معاصر به اهمیت فلسفه‌ی شرق و جای خالی آن بر ساختار جامعه‌ی صنعتی غرب تأکید کرده و بیان داشته که فردیت انسان‌ها به بازی گرفته شده است و آنچه فضایل و آداب جهان صنعتی نامیده می‌شود، ابزاری برای دور کردن انسان از نفس خویش است (دایر، ترجمه ی هاشمی، ۱۳۸۴). مزلو^۵ تلفیقی ساخته از روان‌شناسی و معنویت و از آن به عنوان روان‌شناسی کمال یاد کرده است. مفهوم خودشکوفایی که مزلو به آن اشاره کرده و آن را تحقق بخشیدن به خود در بالاترین سطح می‌داند، چیزی است که از معنویت شرق گرفته شده است (آزاد، ۱۳۸۴). یکی از اجزاء زندگی سالم، توجه به نیازهای معنوی است. از آنجا که انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است بنابراین در برنامه‌ی زندگی، همه‌ی نیازهای انسان باید در نظر گرفته شود. معنویت مبتنی بر جهان بینی توحیدی، سبک زندگی انسان را اعتلاء می‌بخشد. در این سبک زندگی رفتارهای آسیب زا به تدریج کاهش یافته و رفتارهای سالم افزایش می‌یابد (کلانتری، ۱۳۸۶). ناتانیل براندن عقیده دارد، اینکه چگونه انسانی هستیم و چه شخصیتی داریم بسته به انسجام و یکپارچگی و

1- Winston
3- Yung
5- Maslow

2- Vest
4- Fromm

درجه‌ی معنویت و خرد ما است (براندن^۱، ترجمه‌ی جمال هاشمی، ۱۳۷۹، ص ۱۳). هی و موریس^۲ (۱۹۸۷) اعتقاد دارند ریشه‌ی معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. تأثیر معنویت شرق بر گشتالت‌درمانی به وضوح شناخته شده است (کلارکسون، ۱۹۹۸). یونگ با تأیید واقعیت روانی نیاز به معنویت در نوع انسان، تجربه‌ی معنوی و روحی را به عنوان جنبه‌های بالقوه‌ی سالم و سلامت هستی انسان در نظر می‌گیرد (به نقل از وست ۱۹۹۹).

پرگمانت^۳ (۱۹۹۷) می‌گوید: افراد متوجه شده‌اند که معنویت به آنها کمک می‌کند سلامت خود را حفظ کنند وقتی افراد با یک بحران روبرو می‌شوند، اغلب معنویت خود را به عنوان یک روش سازگاری بکار می‌گیرند. الکینز^۴ (۱۹۹۹) معتقد است که، معنویت برای شادی و سلامت روان انسان ضروری است. فیشر^۵ (۲۰۰۰) عنوان کرده است که، توجه به بعد معنوی تأثیر زیادی در دوست داشتن یک زندگی کامل دارد. اصولاً فرض بهداشت روانی، منهای معنویت دینی و فرزاندگی عرفانی، ناممکن است و ناشی از انسان‌شناسی کژتابانه است. خانه‌ی بهداشت روانی در سطوح متافیزیولوژیک، بی‌عرفان توحیدی دین، سست و شکننده است (طاهری پور، ۱۳۸۶).

تأثیر تمدن و تکنولوژی جدید بر دگرگونی و بهتر شدن وضع زندگی مادی بشر را هرگز نمی‌توان از نظر دور داشت اما این واقعیت تلخ را نیز نمی‌توان کتمان کرد که تمدن مدرن یکی از عوامل مهم غفلت آدمیان از اصلی‌ترین ساحت وجودی خود یعنی روح ملکوتی و در نتیجه فروپاشی بنیادهای اخلاقی و معنویت در جهان معاصر بوده است. با گسترش فرهنگ مادی‌گری، شاخص‌های معنوی در جوامع انسانی به خصوص جوانان کم‌رنگ شده است. ارزش‌های معنوی و دینی رایج، مورد قبول جوانان نیست. روز به روز از گرایش آنان به ارزش‌های معنوی و دینی کاسته می‌شود و گرایش آنان به دین و معنویات در جامعه، سمت و سوی تازه‌ای پیدا کرده است. از طرفی در روزگار ما مذهب سنتی در برآوردن نیازهای بسیاری از مردم با شکست مواجه شده است به نظر می‌رسد که تعداد فزاینده‌ای از انسان‌ها در تلاش برای رسیدن به یک زندگی عمیق و معنادار در جستجوی راه‌های معنوی متفاوتی هستند (الکینز، به نقل از وست، ترجمه‌ی شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳).

با ادامه‌ی روند کنونی و کم‌رنگ شدن ارزش‌های دینی و معنوی در جامعه از سویی و رویکرد جوانان به الگوهای به ظاهر معنوی و عرفانی از سوی دیگر، سبب خواهد شد این شور و شوق

1- Beranden
3- Pargament
5- Fisher

2- Hey & Moris
4-Elkins

جوانان و باورهای دینی و معنوی آنها به انحراف و نهایتاً به ورطه‌ی سقوط کشیده شود. نوجوانان و جوانان از سرمایه‌های ارزشمند هر جامعه به حساب می‌آیند و نیازمند حمایت آموزش و پرورش صحیح هستند. عدم توجه به بعد معنوی و خودشناسی در زندگی، طبق نظر نظریه پردازان و تحقیقات انجام شده، مانع رشد و شکوفایی می‌باشد پیشگیری از بوجود آمدن چنین موردی که بی‌گمان هم سلامت و بهداشت روانی فرد را تخریب کرده و هم باعث فروپاشی اجتماعی و زوال ارزش‌های معنوی و دینی می‌شود، محقق را بر آن داشت که به مطالعه و پژوهش در مورد نقش معنویت و عرفان بر بهداشت روانی افراد و جستجوی راهکارهای گسترش و تعمق معرفت دینی و معنوی در جوانان ایرانی پردازد. شکی نیست که روان‌شناسی به عنوان یکی از علوم انسانی که با فرهنگ جامعه رابطه‌ی نزدیکی دارد، باید با ذخایر فرهنگی جوامع نیز آشنا باشد و از آنها در جهت پیشرفت حیطه‌ی کاری خود استفاده کند. بدین منظور محقق به دنبال الگویی بود که متناسب با ساختار فرهنگی جامعه‌ی ایرانی باشد، بنابراین نکته‌های عالمانه و عارفانه‌ی کسی چون مولانا ارزش تأمل جدی و به تجربه و آزمایش درآوردن را داشت، که آیا آموزه‌های عرفانی مولوی می‌تواند راهکارهای جدید برای روشنگری جوانان و دیدگاهی نو در مورد مذهب و معنویت و عرفان برای جذب بیشتر آنان باشد. مولانا این درمانگر عارف و پیر خردمند با سرکشیدن به همه‌ی زوایای آشکار و پنهان روان آدمی و شناخت درست علل ناراحتی‌ها و مشکلات روانی انسان، شیوه‌ای مفید و ارزشمند برای حل آن پیشنهاد کرده است که برای انسان عصر حاضر که شاهد زوال معنویت حقیقی و معنای زندگی است و با نوعی «از خود بیگانگی»^۱ و احساس پوچی و بیهودگی دست به گریبان است، بسیار راهگشا و کارساز است (کریمی، ۱۳۸۳).

تعریف معنویت و روحانیت مشکل است. می‌توان آن را یک رابطه‌ی متعالی بین تجارب عادی زندگی و یک اصل یا محور سامان بخش احاطه کننده تعریف کرد (پربرام، ۲۰۰۰).

الکینز معنویت را یک پدیده‌ی انسانی می‌داند که به صورت قابلیت و ظرفیت در همه‌ی مردم وجود دارد. معنویت مترادف با مذهبی بودن نیست پدیده‌ی معنویت یک ساختار نه بعدی است:

- ۱- بعد فرامادی ۲- معنا و هدف در زندگی ۳- داشتن سلامت در زندگی ۴- تقدس زندگی ۵-
- اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی ۶- نوع دوستی ۷- آگاهی از تراژدی ۸- آرمان‌گرایی ۹-
- ثمرات معنویت. معنویت اصیل از نظر الکینز عشق، محبت و مهرورزی به همه‌ی موجودات است (الکینز و دیگران، ۱۹۹۸).

1- self-alienation

2-Pribram

معنویت با القاء و دمیدن روح در زندگی فرد معنا می شود. معنویت ظرفیت و تأملی است که برای همه‌ی افراد یک نیروی ذاتی و منحصر به فرد است. این تمایل معنوی فرد را به سوی دانستن، دوست داشتن، معنا دادن، امید، ماورای دنیای مادی، صلح، دلسوزی، رابطه، خوشی، و کلی گرایی می کشاند. معنویت شامل ظرفیت فرد برای خلاقیت رشد و توسعه‌ی یک سیستم ارزشی است (کربیت^۱، ۱۹۹۵).

معنویت حقیقی در واقع علم زندگی است و به انسان می آموزد چگونه سلامت ارگانیزم روحی - روانی اش را حفظ کند و چگونه با داشتن زندگی اجتماعی فعال و مفید، رشد طبیعی روح خود را تضمین کند. معنویت علم سلامت و پرورش روح ملکوتی است (الهی، ۱۳۸۲).

وون اصرار دارد که معنویت سالم به طور بالقوه در هر شخصی وجود دارد و به دین و مذهب خاصی منحصر نمی شود معنویت سالم ریشه در تجربه دارد. خصوصیات معنویت سالم شامل: اصالت، رها کردن گذشته، مواجه شدن با هراس‌ها، بینش و بخشش، عشق و همدردی، جامعه پذیری، آگاه بودن و صلح و آزادی می باشد. (وون^۲، ۱۹۹۱)، به نقل از وست، ترجمه‌ی شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳).

لکومب و مک گرا^۳ (۲۰۰۶) معتقدند که، فکر و جسم مکمل حس معنوی بودن هستند. ترکیب قلب، عقل و جسم به صورت طبیعی منجر به تماس با خود معنوی و در نهایت، منجر به خوشی و سلامت طولانی می شود. وجود معنویت، حیاتی است. زندگی معنوی با عدم وابستگی، حس سیالی، پذیرش همه‌ی آن چیزی که اتفاق افتاده است و همه‌ی آن چیزی که ممکن است اتفاق بیافتد تعریف می شود.

فیل هنری^۴ (۲۰۰۳) معتقد است که، معنویت ما چیزی نیست که فقط به فردیت درونی محدود باشد. در عوض معنویت راهی است که ما به آن طریق به زندگی مان پاسخ می دهیم. معنویت، ترمیم، دلسوزی، هدف و اتحاد با دنیای فرا مادی است. سفر به درون برای تغییر شکل یافتن و آن چیزی که فرد می شود، بسیار حیاتی است. معنویت یک بعد قدرتمند از تجربه‌ی انسان است که ماهیت و تنوع آن در دنیای در حال تغییر امروزی رو به رشد است.

1- Corbit

3- Lacombe & McGraw

2-Vaughn

4-Henry

تاسی^۱ (۲۰۰۳) بر این باور است که، معنویت در حال حاضر به هر کسی، مذهبی یا سکولار، پیر یا جوان، بی اعتقاد یا معتقد، آموزش دیده یا بی سواد مربوط می‌شود، زیرا ما در یک دنیای متفاوت زندگی می‌کنیم که در آن معنویت تقاضاهای جدید و کاملاً فوق العاده ای دارد.

مالینسکی معنویت را به عنوان حضور و تجربه‌ی رابطه‌ی بینایی انسان و محیط شرح داد و به صورت خاصی بیان داشت که تمامیت، معنویت است و به همین دلیل با عرفان همراه است (مالینسکی^۲، ۱۹۹۱، ص ۵۵). آلپورت می‌گوید: معنویت حالت درونی شدن دین است (آلپورت، ۱۹۶۷، به نقل از وست، ۱۹۹۹).

بیرام کاراسو^۳ نظریه‌ی معنویت درمانی را ارائه داده و معتقد است که روان درمانی معنوی بر پایه‌ی شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارت است از: ۱- عشق به دیگران ۲- عشق به کار ۳- عشق به تعلقات و سه اصل معنویت که شامل: ۱- اعتقاد به معنویت ۲- اعتقاد به یگانگی و وحدانیت ۳- اعتقاد به دگرگونیمی باشد (کاراسو، ۱۹۹۹).

معنویت با مذاهب یکی نیست. مذهب راهی برای بیان تجربه‌ی معنویت می‌باشد، ولی خود معنویت نیست (کلی^۴، ۱۹۹۵). مذهب همیشه یک بستر مشترک به سوی معنویت است، هم چنین جزئی از آن می‌باشد (کاراسو، ۱۹۹۹). اسمیت^۵ (۱۹۹۲)، معتقد است که معنویت مذهب را رد نمی‌کند، بلکه یک پدیده‌ی کلی چنین مذهبی بیان می‌شود (ساندرز^۶، به نقل از اسمیت ۱۹۹۲).

فیشر معنویت و مذهب را از همدیگر جدا کرده است. به بیان ساده تری فیشر می‌گوید: «مذهب روی ایدئولوژی ایمان و سیستم‌های اعتقادی توجه دارد. از سوی دیگر، معنویت روی تجربه و روابط متمرکز است». معمولاً معنویت فردی است ولی مذهب سازمانی است. برخی معتقدند که مذهب سنتی می‌تواند معنویت را آگاهانه تر کند و آن را تغذیه کند (فیشر، ۲۰۰۰).
به تعبیر مولوی کسی که از مراحل بلوغ فکری، روانی و معنوی گذشته باشد به «آگاهی برتر» می‌رسد و پا بر آسمان می‌گذارد و راه معنویت را که نوعی اتحاد درونی است تجربه می‌کند (آزاد، ۱۳۸۲).

شناخت انسان از معنویت در چند قرن اخیر چندان پیشرفتی نداشته حال آنکه توانایی ذهنی بشر رشد قابل ملاحظه‌ای کرده است. حاصل آنکه میان سطح فکری انسان و اصول معنوی- به صورتی

1-Tacey
3-Karasu
5-Smith

2- Malinski
4-Kelly
6-Saunders

که امروزه ارائه می شود - فاصله ای روزافزون به وجود آمده و همین فاصله است که علاوه بر عوامل دیگر سبب سردرگمی در معنویت گردیده است (الهی، ۱۳۸۰، ص ۱۸).
قطع فاصله ها با شناخت و آگاهی عمیق ممکن است. خودشناسی کمک می کند که این فاصله ها را بشناسیم.

عرفان شناخت خود و یافتن نیروها و استعدادها و ابعاد پنهان شده ی وجود برای رسیدن به اوج خودشکوفایی و تحقق «خود» که همان درون مایه های خویشتن واقعی است، می باشد (کریمی، ۱۳۸۳).

حضرت علی (ع) می فرماید: «العارف من عرف نفسه فاعتقها و نزهها عن کل ما یبعدها و یوقهها» عارف کسی است که خود را بشناسد و آزاد کند و از هرچه او را از این معرفت دور می کند و یا بازمی دارد، پاک گرداند (خوانساری، ۱۳۶۴، ج ۲، ص ۴۸). معنویت خالص، جستجوی حقیقت، حیات در عالم بعد، معرفت به نفس خویش و شناخت خداوند است (الهی، ۱۳۸۲).

د- ملو^۱ (۱۹۹۰) عنوان می کند که، معنویت به معنای بیداری است و گاهی اوقات بیداری ناخواسته است. اولین قدم در بیداری نزدیک شدن به خود است (به نقل از هنری ۲۰۰۳).
برخلاف یاد گرفتن از کتاب که از خارج می آید، دانش معنوی از درون می آید (لی کومب و مک گرا، ۲۰۰۶).

به نظر یونگ، پرورش خود و شناخت آن (عرفان)، هدف زندگی است (شارف، ترجمه ی فیروز بخت، ۱۳۸۱). به نظر یونگ، فردیت یافتگان به مراحل عالی از خودشناسی رسیده اند و خویشتن را هم در سطح هشیار و هم در سطح ناهشیار می شناسند. پذیرش خود همراه با خودشناسی می آید (شولتس، ترجمه ی خوشدل، ۱۳۸۶، ص ۱۴). کیرکگارد^۲ فیلسوف دانمارکی که قریب صد سال پیش می زیسته عبارت معروفی دارد که: «خودت باش». برای اینکه شخص خودش باشد باید خودش را بشناسد و خودشناسی نه تنها پایه ی خود بودن است که به فرموده ی پیامبر گرامی اسلام، به تحقیق منجر به خداشناسی نیز می گردد (راجرز^۳، ترجمه ی قاضی، ۱۳۶۹ ص ۸). والت واتیمن متفکر غربی، به خدای درون اشاره می کند و می گوید: «تو را در خود می بینم و چون خود را شناختم تو را شناختم» (دایر^۴، ترجمه ی هاشمی، ۱۳۸۴، ص ۱۲۴).

1-De-mello
3-Rogers

2-Kierkegard
4-Dayer

استور^۱ فرضیه‌ی « بازگشت به خویشتن از طریق تنهایی» را ارائه نموده است. این که فرد را در تماس با عمیق‌ترین احساساتش قرار دهد. هر چه فرد با دنیای درونی خویش بیشتر در تماس باشد، می‌تواند با روحانیت دنیای بیرون بیشتر ارتباط برقرار نماید (به نقل از کاراسو، ۱۹۹۹).

آدلر اعتقاد دارد در دیدگاه عرفانی، موانع و تهدیدها به منزله‌ی فرصت‌های سازنده و عوامل رشد دهنده تلقی می‌شوند. به گونه‌ای که رنج، ناکامی، نقص و کاستمندی، بهانه و زمینه‌ای برای عروج به مدار کمال و طریق جبران این کمبودها است (به نقل از کریمی، ۱۳۸۳).

مولانا عقیده دارد که اگر قرار است بین اصول فقه و کلام، از یک سو، و اصل و گوهر وجود از سوی دیگر، یکی را بشناسیم بهتر است ابتدا خود را بشناسیم.

خطاهای شناختی، موانع شناخت سالم: عدم توجه به بعد معنوی و خودشناسی در زندگی، مانع رشد و شکوفایی می‌باشد و سلامت روان را به خطر می‌اندازد. راه پیشرفت انسان در شناخت آشنایی با «خطاهای شناختی» است. وسیله‌ی شناخت، ذهن است. پس وقتی ذهن از جزئیات خارج شود توجه به راه‌های گوناگون شناخت و در نتیجه راه‌های گوناگون کشف حقیقت خواهیم داشت. در سایه‌ی شفافیت ذهنی می‌توان به حقیقت رسید.

امروز مکتب شناخت درمانی به عنوان یکی از مکاتب روان‌شناسی مطرح است این مکتب با ما از تحریفات و خطاهای شناختی می‌گوید در صورتی که این حقیقت را قرن‌ها پیش مولوی با جامعیتی بیشتر و ژرفایی افزون‌تر یافته و کتاب مثنوی را برای رفع این شبهات سروده است. مولوی آمده تا ذهن تاریک انسان را با بینشی وسیع در همه‌ی اعصار چراغان کند.

خطاهای شناختی از دیدگاه مولوی:

- خطای شناختی ناشی از تقلید: یکی از عوامل مؤثر در شناخت آدمی است. ذهن آلوده به تقلید مانع ابتکار، در شناخت است. تقلید مانع دیدن خود واقعی می‌شود. علم تقلیدی یعنی تسلیم ذهنیت متافیزیکی گذشتگان بودن.

- خطای شناختی ناشی از تلقین: بر اثر مصرف انرژی در مسیر غلط و درگیری با جهان اطراف، انسان از شناخت درست باز می‌ماند.

- خطای شناختی ناشی از جهل و نادانی (محدود بینی): انسان در اثر محدودیت دید و شناخت محدود از واقعیت‌های اطراف دور می‌ماند. انسان باید نسبت به دانستگی‌های شرطی و ارزشی. محدود خود بمیرد تا بتواند حقیقت را ببیند.

- خطای شناختی ناشی از استدلال: انسان‌هایی که جزئی از حقیقت را شناخته و بر آن جزء اصرار می‌ورزند. افرادی که می‌خواهند ناکامی‌های خود را با «اگر» توجیه کنند.
 - خطای شناختی ناشی از تعصب و تحجر: داشتن پیش‌فرض ذهنی، مجال‌نودیدن جهان را از انسان می‌گیرد. اساساً اطلاعات کم و نسنجیده سبب تحجر انسان می‌شود.
 - خطای شناختی ناشی از شرطی بودن آدمی (عادت): انسان هرکجا پرورده شود به همان جا عادت می‌کند، انسان فرزند عادت است. انسان جهان را از دید معیارهایی می‌بیند و می‌سنجد که پیشینیان در ذهن و حافظه‌ی او جا انداخته‌اند. انسان شرطی در قالبی بسته زندگی می‌کند و نقد نظرهایش را بر نمی‌تابد. انسان شرطی متعصب هم می‌شود. عادت همیشه با سنت رابطه دارد.
 - خطای شناختی ناشی از طمع و آزمندی: خواستن بنا بر ضرورت حیات، لازمه‌ی زندگی است. ولی طمع از مرکز وجود و هویت ساختگی نشأت می‌گیرد. تنها با بینش است که انسان از طمع چشم می‌پوشد.
 - خطای شناختی ناشی از خودبینی: وقتی انسان سرگرم نیازهای خود است، از دیدن واقعیت‌ها عاجز می‌شود خودبینی مانع می‌شود که ما وضع واقعی خود را ببینیم، پس راه را بر تحول و دگرگونی می‌بندد.
 - خطای شناختی ناشی از هم‌زبان نبودن در معنی: عامل وحدت و یگانگی، درک درست و صادق از پدیده است مولوی علت همه‌ی خطاهای شناختی را، اسیر نفس بودن می‌داند. شناخت نفس، خود و هویت که همه یکی هستند، راه جلوگیری از خطاهای شناختی و ذهنی است.
 - خطای شناختی ناشی از قضاوت و پیش‌داوری: قضاوت بر اساس داشته‌های ذهنی و پیش‌داوری یعنی هم‌هویت شدن با موضوع، از شناخت درست و سالم جلوگیری می‌کند. انسان در قضاوت و پیش‌داوری از خطاهای شناختی محفوظ نمی‌ماند. پس در اثر روشنایی ذهنی، کیفیت داوری و شناخت ما انسانی می‌شود (آزاد، ۱۳۷۸).
- البته لازم به ذکر است که خطاهای شناختی محدود به موارد فوق نبوده و می‌توان به موارد دیگری چون خطاهای شناختی ناشی از ظاهر بینی، حسادت، عدم تشخیص درست و به موقع و... اشاره کرد.
- از دیدگاه مولوی گام اول در شناخت حقیقت، شناخت خطاهای ذهنی است، این ادراک و آگاهی، سبب تصفیه و پالایش درونی ما می‌شود تا از خطای شناختی بپرهیزیم، اینجا راه شناخت

حقیقی آغاز می‌شد. وقتی به واقعیت‌ها نزدیک می‌شویم و ذهنمان از غبار دور می‌شود، می‌توان حقیقت را کشف کرد و در این کشف نوعی انبساط و گشادگی و روشنایی هست، در حقیقت به این طریق به سلامت روان دست یازیده ایم، که این هدف در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است.

هدف کلی پژوهش: تعیین میزان تأثیر آموزش عرفان و معنویت - با رویکرد عرفانی و معنوی که اساس آموزش، شناخت «خطاهای شناختی» با استفاده از قصه‌های مثنوی مولوی می‌باشد - بر سلامت روان دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان.

اهداف ویژه پژوهش:

- ۱- بررسی میزان تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر کارکرد جسمانی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران
- ۲- بررسی میزان تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر اضطراب دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران
- ۳- بررسی میزان تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر افسردگی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران
- ۴- بررسی میزان تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر کارکرد اجتماعی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران

سؤال‌های پژوهش: پژوهش حاضر با ۵ سؤال اساسی روبرو است که عبارتند از:

- ۱- آیا آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان دانش آموزان دختر دوره‌ی دبیرستان شهر تهران مؤثر است؟
- ۲- آیا آموزش عرفان و معنویت در بهبود کارکرد جسمانی دانش آموزان دختر دوره‌ی دبیرستان شهر تهران مؤثر است؟
- ۳- آیا آموزش عرفان و معنویت در بهبود کارکرد اجتماعی دانش آموزان دختر دوره‌ی دبیرستان شهر تهران مؤثر است؟
- ۴- آیا آموزش عرفان و معنویت در کاهش اضطراب دانش آموزان دختر دوره‌ی دبیرستان شهر تهران مؤثر است؟
- ۵- آیا آموزش عرفان و معنویت در کاهش افسردگی دانش آموزان دختر دوره‌ی دبیرستان شهر تهران مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و با آرایش تصادفی است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی پژوهش حاضر، دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان منطقه‌ی ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶-۸۷ هستند. که تعداد آنها نفر ۱۳۱۰ می باشد، که در ۵۶ کلاس و ۱۶ مدرسه سازمان یافته اند. حجم نمونه طبق اصول علمی و فرمول تعیین حجم ۱۲۰ نفر، با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله ای انتخاب شد. به این ترتیب که از بین دبیرستانهای دخترانه‌ی منطقه‌ی ۱۳ آموزش و پرورش (۱۶مدرسه)، دو دبیرستان، از هر مدرسه، سه کلاس پایه‌ی سوم به صورت تصادفی انتخاب شد و برای این افراد پرسش نامه‌ی سلامت روان گلدبرگ اجرا شد و از بین آنان، دانش آموزانی که از سلامت روان پایین تری برخوردار بودند، از هر مدرسه ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. دانش آموزان یک مدرسه به قید قرعه به عنوان گروه آزمایش ($n_1=60$) و مدرسه دیگر به عنوان گروه گواه ($n_2=60$) منظور شدند. آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه (آزمایش و کنترل)، به وسیله‌ی پیش آزمون (آزمون سلامت روان گلدبرگ)، مورد اندازه گیری قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایش به مدت ده جلسه کلاس‌های آموزشی با رویکرد عرفانی و معنوی که اساس آموزش، شناخت «خطاهای شناختی» با استفاده از قصه‌های مثنوی مولوی بود، برگزار شد. و گروه کنترل در معرض هیچ آموزشی قرار نگرفت. دو هفته بعد از پایان کلاس پس آزمون سلامت روان گلدبرگ برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار پژوهش

برای گردآوری یافته‌ها از پرسشنامه‌ی سلامت روان^۱ گلدبرگ^۲ فرم ۲۸ سؤالی (GHQ28) استفاده گردید. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۳ Hiller (۱۹۷۹) ارائه شده است. این پرسش نامه، ۲۸ سؤال و هر سؤال چهار گزینه دارد. و دارای چهار مؤلفه‌ی فرعی است و هر مؤلفه ۷ سؤال دارد. مؤلفه‌ی «علائم جسمانی»^۴ سؤالات (۱-۷)، مؤلفه‌ی «اضطراب و بی خوابی»^۴ سؤالات

1-general health questionnaire
3-somatic

2-Goldberg
4- anxiety

(۸-۱۴)، مؤلفه‌ی «عملکرد اجتماعی»^۱ سؤالات (۲۱-۱۴)، مؤلفه‌ی «علائم افسردگی»^۲ سؤالات (۲۸-۲۲) آزمون می باشد. در مجموع یک نمره کلی و ۴ نمره مربوط به هر مؤلفه به طور جداگانه بدست آمد. افزایش نمره نشانه‌ی کاهش سلامت روان می باشد. نمره‌گزارای با روش لیکرت انجام شده (۳-۲-۱-۰).

تقوی (۱۳۸۰) در پژوهشی - با استفاده از سه روش «روایی همزمان»، «همبستگی خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌ی کل» و «تحلیل از عوامل» توانسته است به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۵۵، ۰/۷۷ تا ۰/۸۷ و ۰/۵۰ را به دست آورد (به نقل از رشیدی، ۱۳۸۶).

رابیسن و پرایس (۱۹۸۳) با استفاده از روش بازآزمایی، ۱۰۳ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به ضریب اعتبار ۹۰ درصد دست یافتند (به نقل از رشیدی، ۱۳۸۶).

در تحقیق دیگر که توسط رشیدی (۱۳۸۶) بر روی یک گروه ۱۰۰ نفری از دانش آموزان شهر تهران صورت گرفت، از طریق محاسبه‌ی آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۹۳ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی در محیط نرم افزار SPSS استفاده شد. برای توصیف داده‌ها شاخص‌های آماری میانگین، خطای استاندارد میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، حداقل و حداکثر و مجموع نمره‌ها به همراه هیستوگرام هر گروه به تفکیک گروه‌ها (آزمایش و کنترل) و متغیرهای سلامت روان، علائم جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی محاسبه و تنظیم شد (هیستوگرام هر گروه در انتهای مقاله به پیوست است). نظر به اینکه مقیاس‌های اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از نوع فاصله‌ای و در نتیجه داده‌های جمع‌آوری شده از نوع کمی هستند و در عین حال، بر پایه‌ی قضیه‌ی حد مرکزی می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها به توزیع نرمال میل دارد. بنابراین به منظور پرسش‌های تحقیق از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. در بخش استنباطی داده‌ها که در این قسمت برای محاسبه و آزمون سوال‌های پژوهش با توجه به مفروضه‌هایی از قبیل: - هنجار بودن توزیع نمره‌ها - نمونه‌گیری و آرایش تصادفی - فاصله‌ای بودن متغیر وابسته - وجود دو گروه آزمایش و گواه - اجرای پیش آزمون و پس آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون پیگردی - LSD استفاده شده است.

یافته ها

بررسی سؤال اول پژوهش: آیا آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روانی مؤثر است؟

جدول ۱: خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته‌ی سلامت روانی: نمره‌ی کل)

گروه ها	F	درجه ی آزادی	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	۲۵۰/۱۲۷	۱/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱

با توجه به مقدار F محاسبه شده و سطح معنی داری آن ($p < 0/01$)، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه در متغیر سلامت روان تفاوت معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، مجذور ضریب اتا (ضریب تبیین) به مقدار (۰/۶۸۱) نشان می‌دهد که ۶۸ درصد از واریانس متغیر سلامت روان توسط متغیر مستقل یعنی آموزش عرفان و معنویت تبیین می‌شود. از این رو، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان مؤثر است.

جدول ۲: خلاصه‌ی نتایج آزمون مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه با آزمون LSD (متغیر وابسته‌ی سلامت روانی: نمره‌ی کل)

گروه ها	تفاوت میانگین ها	سطح معنی داری
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	-۱۶/۳۴۳	۰/۰۰۰

نتایج آزمون LSD برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین پس آزمون گروه آزمایش (۲۲/۰۹۵) در مقایسه با میانگین پس آزمون گروه کنترل (۳۸/۴۳۸) کمتر است. بنابراین، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که روش آموزش عرفان و معنویت در نمره‌ی سلامت روان آزمودنی‌هایی که تحت این روش قرار داشتند مؤثر بوده است.

بررسی سؤال دوم پژوهش: آیا آموزش عرفان و معنویت در افزایش عملکرد جسمانی مؤثر است؟

جدول ۳: خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (مولفه‌ی عملکرد جسمانی)

گروه‌ها	F	درجه‌ی آزادی	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	۱۱۵/۵۶۰	۱/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۹۷

با توجه به مقدار F محاسبه شده و سطح معنی داری آن ($p < 0/01$)، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه در متغیر عملکرد جسمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، مجذور ضریب اتا (ضریب تبیین) به مقدار (۰/۴۹۷) نشان می‌دهد که ۴۹/۷ درصد از واریانس متغیر سلامت روان توسط متغیر مستقل یعنی آموزش عرفان و معنویت تبیین می‌شود. از این رو، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت آموزش عرفان و معنویت در افزایش عملکرد جسمانی مؤثر است.

جدول ۴: خلاصه‌ی نتایج آزمون مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه با آزمون LSD (مولفه‌ی عملکرد جسمانی)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	-۲/۶۴۶	۰/۰۰۰

نتایج آزمون LSD برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین پس آزمون گروه آزمایش (۶/۰۱۹) در مقایسه با میانگین پس آزمون گروه کنترل (۸/۶۶۵) کمتر است. بنابراین، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که روش آموزش عرفان و معنویت در نمره‌ی عملکرد جسمانی آزمودنی‌هایی که تحت این روش قرار داشتند مؤثر بوده است.

بررسی سؤال سوم پژوهش: آیا آموزش عرفان و معنویت در افزایش عملکرد اجتماعی مؤثر است؟

جدول ۵: خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (مولفه‌ی عملکرد اجتماعی)

گروه‌ها	F	درجه‌ی آزادی	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	۹۴/۲۶۷	۱/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۶

با توجه به مقدار F محاسبه شده سطح معنی داری آن ($p < 0/01$)، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه در متغیر عملکرد اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. علاوه بر این، مجذور ضریب اتا (ضریب تبیین) به مقدار (۰/۴۴۶) نشان می‌دهد که ۴۴/۶ درصد از واریانس متغیر عملکرد اجتماعی توسط متغیر مستقل یعنی آموزش عرفان و معنویت تبیین می‌شود. از این رو، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت آموزش عرفان و معنویت در افزایش عملکرد اجتماعی مؤثر است.

جدول ۶: خلاصه‌ی نتایج آزمون مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه با آزمون LSD (مولفه‌ی

عملکرد اجتماعی)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	-۳/۲۳۰	۰/۰۰۰

نتایج آزمون LSD برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین پس آزمون گروه آزمایش (۶/۷۰۱) در مقایسه با میانگین پس آزمون گروه کنترل (۹/۹۳۲) کمتر است. بنابراین، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که روش آموزش عرفان و معنویت در نمره‌ی آزمودنی‌هایی که تحت این روش قرار داشتند مؤثر بوده است.

بررسی سؤال چهارم پژوهش: آیا آموزش عرفان و معنویت در کاهش اضطراب مؤثر است؟

جدول ۷: خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (مؤلفه‌ی اضطراب)

گروه‌ها	F	درجه‌ی آزادی	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	۱۵۵/۸۷۰	۱/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱

با توجه به مقدار F محاسبه شده و سطح معنی داری آن ($p < 0/01$)، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه در متغیر اضطراب تفاوت معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، مجذور ضریب اتا (ضریب تبیین) به مقدار (۰/۵۷۱) نشان می‌دهد که ۵۷/۱ درصد از واریانس متغیر توسط متغیر مستقل یعنی آموزش عرفان و معنویت تبیین می‌شود. از این رو، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت آموزش عرفان و معنویت کاهش اضطراب مؤثر است.

جدول ۸: خلاصه‌ی نتایج آزمون مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه با آزمون LSD (مؤلفه‌ی اضطراب)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
پس آزمون گروه آزمایش و کنترل	-۵/۰۳۹	۰/۰۰۰

نتایج آزمون LSD برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین پس آزمون گروه آزمایش (۵/۸۶۴) در مقایسه با میانگین پس آزمون گروه کنترل (۱۰/۹۰۳) کمتر است. بنابراین، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که روش آموزش عرفان و معنویت در نمره‌ی آزمودنی‌هایی که تحت این روش قرار داشتند مؤثر بوده است.

بررسی سؤال پنجم پژوهش: آیا آموزش عرفان و معنویت در کاهش افسردگی مؤثر است؟

جدول ۹: خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (مولفه‌ی افسردگی)

گروه‌ها	F	درجه‌ی آزادی	سطح معنی داری	مجذور ضریب اتا
پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل	۱۴۷/۷۰۵	۱/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵۸

با توجه به مقدار F محاسبه شده و سطح معنی داری آن ($p < 0/01$) با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین‌های پس‌آزمون دو گروه در متغیر افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، مجذور ضریب اتا (ضریب تبیین) به مقدار (۰/۵۵۸) نشان می‌دهد که ۵۵/۸ درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط متغیر مستقل یعنی آموزش عرفان و معنویت تبیین می‌شود. از این رو، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت آموزش عرفان و معنویت در کاهش افسردگی مؤثر است.

جدول ۱۰: خلاصه‌ی نتایج آزمون مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه با آزمون LSD (مولفه‌ی

افسردگی)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل	-۵/۰۲۸	۰/۰۰۰

نتایج آزمون LSD برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس‌آزمون دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش (۳/۵۵۳) در مقایسه با میانگین پس‌آزمون گروه کنترل (۸/۵۸۱) کمتر است. بنابراین، در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که روش آموزش عرفان و معنویت در نمره‌ی آزمودنی‌هایی که تحت این روش قرار داشتند مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به جدول ۱ بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج سؤال اول نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش در موقعیت پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل (آموزش عرفان و معنویت) در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت بر افزایش سلامت روانی دانش آموزان مؤثر بوده است. با توجه به جدول ۲ نتایج آزمون LSD نیز این یافته را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش لطیفی (۱۳۸۵) هی (۱۹۸۲) و هی و موریس (۱۹۸۷)، کارسون و آرنولد (۱۹۹۶) نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند.

با توجه به جدول ۳ بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج سؤال دوم نشان می‌دهد که میانگین نمرات عملکرد جسمانی آزمودنی‌های گروه آزمایش در موقعیت پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل (آموزش عرفان و معنویت) در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت بر افزایش عملکرد جسمانی دانش آموزان مؤثر بوده است. با توجه به جدول ۴ نتایج آزمون LSD نیز این یافته را تأیید می‌کند. نتایج یک پژوهش در آمریکا (۱۹۹۷)، بارت (۱۹۸۳)، لاکین (۱۹۹۳)، کارسون و آرنولد (۱۹۹۶) نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند.

با توجه به جدول ۵ بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج سؤال سوم نشان می‌دهد که میانگین نمرات عملکرد اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش در موقعیت پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل (آموزش عرفان و معنویت) در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت بر بهبود عملکرد اجتماعی دانش آموزان مؤثر بوده است. با توجه به جدول ۶ نتایج آزمون LSD نیز این یافته را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش علم مهر جردی (۱۳۸۱)، کارسون و آرنولد (۱۹۹۶)، پرگمنت (۱۹۹۷)، هسوی و پارگمنت (۱۹۹۲) نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند.

با توجه به جدول ۷ بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج سؤال چهارم نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب آزمودنی‌های گروه آزمایش در موقعیت پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل (آموزش عرفان و معنویت) در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت بر کاهش اضطراب دانش آموزان مؤثر بوده است. با توجه به جدول ۸ نتایج آزمون LSD نیز این یافته را

تأیید می‌کند. نتایج پژوهش سرگلزایی و همکاران (۱۳۸۰)، لطیفی (۱۳۸۵)، لاتکین (۱۹۹۳) نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند.

با توجه به جدول ۹ بررسی و تجزیه و تحلیل نتایج سؤال پنجم نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در موقعیت پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل (آموزش عرفان و معنویت) در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت بر کاهش افسردگی دانش آموزان مؤثر بوده است. با توجه به جدول ۱۰ نتایج آزمون LSD نیز این یافته را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش نوغانی و محتشمی (۱۳۸۰)، لطیفی (۱۳۸۵)، لاتکین (۱۹۹۳) نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند.

با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی تأثیر عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان در دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان، با توجه به نتایج آماری و پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با آن‌ها، می‌توان گفت که آموزش عرفان و معنویت توانسته است تا حد قابل توجهی سبب افزایش سلامت روان و عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی و اضطراب گردد. بررسی نتایج کیفی جلسات آموزش نیز نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهد. رضایت آزمودنی‌های گروه آزمایش از شرکت در جلسات آموزش، رغبت آن‌ها نسبت به انجام تکالیف و رقابت بین افراد برای بیان نظرات و ارائه‌ی تکالیف در ابتدای هر جلسه و فعالیت آموزشی آنان گواه این مطلب است. (نمونه‌هایی از جلسات آموزشی در انتهای مقاله به پیوست آمده است)

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌های مشابه دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. به نظر می‌رسد مهمترین محدودیت آن در دسترس نبودن ابزارهای استاندارد جهت سنجش عرفان و معنویت می‌باشد و نیز پژوهش حاضر به دانش آموزان دختر محدود شده است. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر را بر روی گروه دختران و پسران انجام دهند و تغییرات دو گروه را با هم مقایسه کنند. و نیز به بررسی مقایسه‌ای تأثیر شناخت درمانی و شناخت درمانی معنوی (بر اساس آموزه‌های عرفانی) در محیط‌های آموزشی و مشاوره‌ای بپردازند. همچنین انجام تحقیقی فراگیر در سطحی وسیعتر (کشوری) با این موضوع پیشنهاد می‌شود.

در پایان لازم به ذکر است که همه‌ی این مطالعات و نتیجه‌ی پژوهش اخیر نشان می‌دهد، بعد معنوی، نقش مهمی در سلامت و سازگاری انسان دارد. عدم توجه به بعد معنوی و خودشناسی در زندگی، طبق نظر نظریه پردازان و تحقیقات انجام شده، مانع رشد و شکوفایی می‌باشد و سلامت روان را به خطر می‌اندازد. در صورت عدم رشد و شکوفایی قشر جوان، خسارت‌های جبران ناپذیر به خانواده‌ها، آموزش و پرورش و جامعه وارد می‌شود.

توجه به بعد معنوی نیرویی به انسان می‌بخشد و او را در تحمل سختی‌های زندگی کمک می‌کند و از اضطراب و نگرانی و در نتیجه پیامدهای زیانباری مثل افسردگی و خودکشی باز می‌دارد. یکی از علل اصلی در گریز جوانان از دین و معنویات تعلیمات غلطی است که به نام دین به آنان داده می‌شود و نا آگاهی جوانان از حقیقت دین (عرفان و معنویت) است. چنانچه نوجوانان و جوانان در مراحل اولیه‌ی زندگی خود تحت آموزش صحیح معنوی و عرفانی و شناخت درست از باطن دین قرار گیرند و بیاموزند که معنویت حقیقی در واقع علم زندگی است و به انسان می‌آموزد چگونه سلامت روحی و روانی‌اش را حفظ کند و با داشتن زندگی اجتماعی فعال و مفید، رشد طبیعی روح خود را تضمین کند، بی‌تردید به سوی ارزش‌های معنوی و دینی گرایش پیدا می‌کنند. بی‌شک این تعلیمات سبب سلامت فردی و سلامت خانواده و در نهایت سلامت جامعه خواهد بود. امید عنایت دست اندرکاران نظام تعلیم و تربیت به نقش تربیت عرفانی و معنوی نوجوانان جلب شود تا از راه فرهنگ‌سازی و آموزش نسل جوان تحولات مثبت در جامعه را پدید آورند.

منابع فارسی

- آزاد، پ. (۱۳۸۲). الفبای آگاهی. نشر بیدگل. چاپ: اول.
- آزاد، پ. (۱۳۷۸). خودشناسی برای همه. تهران. انتشارات روشنایی
- آزاد، پ. (۱۳۸۴). روانشناسی شرق و غرب. برگرفته از سایت روانشناسی جامعه .
- الهی، ب. (۱۳۸۲). مبانی معنویت فطری. انتشارات جیحون. چاپ: چهارم.
- الهی، ب. (۱۳۸۰). معنویت یک علم است. ترجمه‌ی فرزاد یمینی. انتشارات جیحون. چاپ: اول.
- براندن، ن. (۱۳۷۹). رمز خویشتن‌یابی. ترجمه‌ی جمال هاشمی. شرکت سهامی انتشار.
- خوانساری، م. ت. (۱۳۶۴). شرح غررالحکم و دررالکلم. انتشارات دانشگاه تهران. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. سال ۱۳۸۰. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دایر، و. (۱۳۸۴). درمان با عرفان. ترجمه‌ی جمال هاشمی. شرکت سهامی انتشار. چاپ: نهم

- راجرز، ک. (۱۳۶۹). در آمدی بر انسان شدن. ترجمه‌ی قاسم قاضی. تهران. انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.
- رشیدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی باورهای غیر منطقی و کمرویی با سلامت روان دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دوره‌ی دبیرستان شهر تهران. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- سرگلزایی، م.ر. (۱۳۸۰). همبستگی بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت روانی. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. سال ۱۳۸۰. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- شارف، ر. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان درمانی و مشاوره. ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت. تهران. انتشارات ساوالان. چاپ اول.
- شولتس، د. (۱۳۸۶). روان‌شناسی کمال. ترجمه‌ی گیتی خوشدل. تهران. انتشارات پیکان. چاپ: چهاردهم.
- طاهری پور، ا.ر. (۱۳۸۶). روان‌شناسی دین و نوستالژیک جهانی. ۱۶ آبان ۱۳۸۶. برگرفته از سایت آفتاب.
- علم مهر جردی، ز. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، نعدوستی و سازگاری اجتماعی دانشجویان دانشگاه الزهرا. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی.
- کریمی، ع. (۱۳۸۳). روان درمانی عارفانه. نشر دانش. چاپ: اول.
- کلانتری، م. (۱۳۸۶). رابطه‌ی سبک زندگی و سلامت. برگرفته از سایت نهاد رهبری.
- لطیفی، ز. (۱۳۸۵). کمبود شادی عامل گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی. برگرفته از سایت خبرگزاری جمهوری اسلامی. خرداد ۱۳۸۵.
- نوغانی، ف؛ محتشمی، ج. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش فرهنگ عرفانی بر میزان افسردگی در دو گروه از آموزگاران مدارس راهنمایی دختران شهر تهران. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. سال ۱۳۸۰. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- وست، و. (۱۳۸۳). روان درمانی و معنویت. ترجمه‌ی شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. انتشارات رشد.

منابع انگلیسی

- Barrett, E. A. M. (1983). *An empirical investigation of Martha E. Rogers' principle of helicy: The relationship between human field motion and power*. Unpublished PhD dissertation, New York: New York University.
- Carson, V. B., & Arnold, E. N. (1996). *Mental health nursing. The Nurse-Patient Journey*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Clarkson, P. (1998). *Gestalt counseling in action*. London: Sage.
- Corbett, J. M. (1995). *Religion in America*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Elkins, D. N. (1998). *Beyond religion: A personal program for building a spiritual life outside the walls of traditional religion*. Wheaton, IL: The Theosophical Publishing House.
- Elkins, D. N. (1999, September/October). Spirituality: It's what's missing in mental health. *Psychology Today*, 45-48.
- 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.
- Hay, D. & Morisy, A. (1987). Reports of ecstatic paranormal, or religious experiences in Great Britain and the United states: A comparison of trends. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 17(3), 255-68.
- Henry, P. (2003). *Psychotherapy and spirituality – Practical issues*. A paper presented at the PACFA Inaugural Conference.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226–238.
- 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.
- LaCombe, S., & McGraw, T. (2006). *Psychotherapy and your spiritual growth*. Retrieved on Jan. 24, 2010 from <http://www.myshrink.com/myspirit-connection.php>
- Latkin, C. A. (1993). The mental of former members after Rajneeshpuran commune. *Internal Journal for the Psychology of Rechology*, 3(2), 97-109.

- Malinski, V. M. (1991). Spirituality as integrality: A Rogerian perspective on the path of healing. *Journal of Holistic Nursing*, 9(1), 54-64.
- Paragant, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford press.
- Pribram, K. H. (2000): Brain models of mind. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., 447-446), Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.
- Smith, D. W. (1992). *A study of power and spirituality in polio survivors using the nursing model of Martha E. Rogers*. Unpublished dissertation for the Ph.D., New York: New York University.
- Tacey, D. (2003). *The spirituality revolution: The emergence of contemporary spirituality*. Sydney, Australia: Harper Collins Publishers.
- West, W. S. (1999). *Counseling as a spiritual space in counseling and space creation*. Proceedings of The 6th Annual International Counseling Conference, School Of Education, Durham University.

