

اثربخشی آموزش کسب امید با تأکید بر

آموزه‌های قرآنی بر سلامت معنوی زنان

عبدالرحیم صالحی زاده^۱

منصور سودانی^۲

رضا خجسته‌مهر^۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۱

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۴/۰۳

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی بر سلامت معنوی زنان تحت پوشش بهزیستی شهرستان اهواز بود. طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه با آزمون پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمام زنان تحت پوشش درمانگاه‌های مددکاری بهزیستی شهر اهواز بود. نمونه مورد نظر به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه اختصاص یافتند. گروه آزمایش در هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت مداخله آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS) و مقیاس امید اسلامی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی به شیوه گروهی باعث افزایش سلامت معنوی زنان تحت پوشش بهزیستی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد و این اثر تا مرحله پیگیری همچنان ادامه داشته است. در جمع‌بندی می‌توان گفت یافته‌ها، لزوم گنجانیدن برنامه آموزش کسب امید را در برنامه‌های آموزش خانواده و زنان یادآور می‌سازد. **کلیدواژه‌ها:** آموزش امید در زندگی، قرآن و زندگی، سلامت معنوی زنان، زنان تحت پوشش بهزیستی.

ar.salehizadeh@gmail.com

sodani_m@scu.ac.ir

khojasteh-r@scu.ac.ir

۱ - دانش آموخته کارشناس ارشد مشاوره خانواده

۲ - نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

۳ - استاد گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

خانواده، کوچکترین و در عین حال منسجم‌ترین گروه جامعه به‌شمار می‌رود. ویرانی و آبادانی فردای جامعه در خانواده امروز رقم می‌خورد. خانواده کانونی است که اکثریت قریب به اتفاق آسیبها و مسائل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابان، کودک‌آزاری و فرار از خانه از آن نشأت می‌گیرد (شادی‌طلب و کمالی، ۱۳۸۶)؛ از این رو جامعه‌ای پویا، توانمند، سازنده، مستقل و مترقی در گرو ساختن ساختمان خانواده است. به‌طور کلی خانواده از جمله نهادهای اجتماعی مقدم و ضامن سلامت جامعه است (حسینی، فروزان و امیر فریار، ۱۳۸۸). تردیدی نیست که زنان در خانواده نقش مهمی دارند و سلامت آنان زیر بنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است (بیات و بیات، ۱۳۹۱)؛ این قشر عظیم جامعه به دلیل داشتن موقعیت حیاتی در ساختار خانواده و جامعه و تأثیر بر زندگی دیگر افراد از دیرباز در جامعه بشری مورد توجه اندیشمندان بوده و هم‌اکنون از مباحث اصلی بسیاری از دانشمندان است (شایگان و جبلی، ۱۳۸۹). مشکلات زنان بر سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسلهای بعدی تأثیرگذار است. در این پژوهش به بررسی زنان تحت پوشش بهزیستی پرداخته می‌شود. زنان تحت پوشش بهزیستی شامل زنان سرپرست خانوار، زنان بیوه، زنان مطلقه، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بیکار، زنان و دختران خودسرپرست، همسران مردان ازکارافتاده و سالمند هستند که این گروه از زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی بویژه در اداره اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند به‌طوری که عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل، و زمینه ابتلا به افسردگی و دیگر اختلالات را فراهم می‌سازد (لانگولیس و فورتین^۱، ۱۹۹۴). این گروه به علت اینکه توان اداره اقتصادی خود و خانواده خود را ندارند به سازمانهای حمایتی روی می‌آورند و به کمکهای موردی و مستمریهای ناچیز این نهادها بسنده، و با مسائل زندگی در چارچوب خانه دست و پنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر گروه دیگری از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال می‌شوند و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد مجبور می‌گردند (چانت^۲، ۱۹۹۷). یکی از عمده‌ترین منابع فشار روانی برای زنان بویژه زنان سرپرست خانواده، ایفای نقشهای متعدد در زمان واحد است. آدامز^۳ اختلالات روانشناختی زنان سرپرست خانوار را بررسی، و اظهار می‌کند مادران سرپرست

1 - Langlois & Fortin
2 - Chant
3 - Adaaz

خانواده در برابر برخی از مشکلات مانند تأمین مراقبت از کودک، یافتن سرپناهی مناسب و تأمین معیشت خانواده و دشواریهای ناشی از اینکه او تنها بزرگسال خانواده است، قرار می‌گیرند و باید نقش پدر و نقش مادر را هم زمان به عهده بگیرند؛ به همین دلیل باید به ایفای نقشهای چندگانه بپردازند که در برخی موارد ایفای این نقشها باهم در تعارض است؛ در نتیجه زن هم از حیث مادی و هم از حیث روانی-عاطفی دچار مشکل می‌شود و تنش و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند (تاتینا بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰). با وجود این آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در این قشر عظیم از زنان باید به دنبال ارائه راه‌حلهایی بود و به آنها و نیازهایشان توجه کرد. امروزه بسیاری از روانشناسان ایمان و معنویت را به‌عنوان منبع مهم سلامت روان افراد می‌شناسند به‌گونه‌ای که اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان، مسائل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (ریچاردز، هاردمن و بیر،^۱ ۲۰۰۷). در واقع دین و معنویت می‌تواند منابع مهم قدرت و حمایت به منظور خروج از وضعیت بحرانی و تنش‌زا در تمام دوران زندگی باشد (دالمن، پیرا و استیودنسکی،^۲ ۲۰۰۴). پژوهشها نشان می‌دهد ایمان، اجرای رفتار دینی و شرکت در مراسم دینی می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن داشته باشد و موجب ارتقا سطح سلامت و بهزیستی افراد شود (هیلز و فرانسیس،^۳ ۲۰۰۵). این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم دینی مراجعان از آن به عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم دینی بتوانند آنها را به آرامش روانی سوق دهند (سولان،^۴ ۲۰۰۵). تأثیر سلامت معنوی بر زندگی فردی بدین شکل است که فرد با افزایش گرایش دینی به نوعی خود کنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثر بخشی وضعیت بیرونی می‌شود و در نتیجه کمتر تحت تأثیر موقعیت نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (تبرائی و همکاران، ۱۳۸۷). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ بین نیروهای داخلی را فراهم می‌کند و با ویژگیهایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا و محیط مشخص می‌شود

1 - Richards, Hardman & Bere
 2 - Daaleman, Perera S & Studenski
 3 - Hills & Francis
 4 - Sloan

(کرون و هرمله^۱، ۲۰۰۳). سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف) چشم‌انداز سلامت دینی که بر چگونگی درک افراد از سلامت در زندگی معنوی آنان متمرکز است هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند. ب) چشم‌انداز سلامت معنوی وجودی که بر نگرانیهای اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (بوین و کربی^۲، ۲۰۱۳).

معنویت در درازمدت منبع اصلی معنی در زندگی شناخته شده است؛ به باورها، انتظارات و اهداف اصلی جهت می‌دهد و آنها را در جایگاهی برتر و بافت غایی و هدفمند قرار می‌دهد (هیگز و کینگ^۳، ۲۰۰۸) به طوری که افراد دینی با حوادث تنش‌زایی زندگی، که قابل پذیرش نیست، راحت‌تر سازگار می‌شوند؛ از این رو دین باعث ایجاد امید در فرد می‌شود؛ باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند (بوین^۴، ۲۰۰۹). مفهوم امید در قرآن کریم از راه کلیدواژه «رجا» (انتظار امری محبوب و پسندیده که بیشتر اسباب و موجباتش محقق باشد) قابل پیگیری است. بررسی آیات شامل واژگان امید در قرآن کریم، بیانگر این است که امید به اموری مربوط است که در جهت رضای الهی و هماهنگی با واقعیت وجودی انسان، و به دوگونه در قرآن مطرح شده است: یکی امید به آخرت و برخورداری از رحمت الهی که عموم مؤمنان به آن امیدوارند (توبه/۱۰۶) و دیگری امید به لقای خدا که مؤمنان خاص و انسانهای کامل به آن امیدوارند (کهف/۱۱۰)؛ به نقل از پرچم و همکاران، ۱۳۹۰. یکی از این مفاهیم در روانشناسی مثبت، امید^۵ است که روانشناسان امید را عنوان کلی انتظارات مثبت برای دستیابی به اهداف تعریف می‌کنند (استوت لند^۶، ۱۹۶۹، به نقل از کوپر^۷، ۲۰۰۸).

هم‌چنین افراد دینی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند و این مسئله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر در آنها می‌شود. از سویی افراد دینی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند و این الگو، فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیریهای مفید برای اطرافیان، خود و کاهش تصمیم‌گیری‌های زیان‌آور سوق می‌دهد و این امر تا حدی از شدت فشارهای روانی زندگی می‌کاهد. معنویت تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است بویژه

1 - Craven & Hirnle
2 - Boivin & Kirby
3 - Hicks & King
4 - Bull
5 - Hope
6 - Stotland
7 - Cooper

در موارد اضطراری که علم قادر به پاسخگویی نیست (بویل، ۲۰۰۹). تردیدی نیست درمانهای روانشناختی متفاوتی برای بهبود و ارتقای سلامت معنوی بشر وجود دارد که در این پژوهش سعی بر این است که از طریق آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی به بهبود و ارتقای سلامت معنوی زنان تحت پوشش بهزیستی پردازیم؛ چرا که رابطه بین امید و دین، متقابل است و با توجه به اینکه امید با تعیین معنا از طریق هدفگذاری سبب برخورد مناسب با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی می‌شود، می‌توان با تقویت امید به زندگی این افراد به‌طور مؤثری باعث کاهش تنش آنها در رویارویی با وضعیت مشکلزای زندگی شد که با احساس تعلق به منبع والا فشار کمتری را متحمل شوند (دولیتل و فارل^۱، ۲۰۰۴). در پژوهش بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داده شد که سلامت معنوی و امید با هم رابطه زیادی دارد و فرد امیدوار از سلامت معنوی بیشتری برخوردار است. هم‌چنین در پژوهش قهرمانی و نادری (۱۳۹۱) نشان داده شد که یک عامل مهم در افزایش سلامت معنوی افراد امیدواری و زیاد بودن امید فرد در موقعیت‌های سخت زندگی است.

از آنجاکه افزایش امید یکی از راهبردهای ارتقای سطح سلامت معنوی است و زنان تحت پوشش خدمات حمایتی با مشکلات گوناگونی در زندگی روبه‌رو می‌شوند و آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی می‌تواند آنها را در موقعیت‌های دشوار به آینده خوش بین نگه دارد و با تلاش مبتنی بر هدف و برنامه‌ریزی از توان وجودی خود استفاده، و بر مشکلات غلبه، و کارافرینی کنند در نتیجه در پی پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی بر سلامت معنوی زنان تحت پوشش بهزیستی تأثیر می‌گذارد یا خیر.

روش پژوهش

طرح پژوهش این تحقیق، تمام آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان تحت پوشش بهزیستی شهرستان اهواز هستند. فراخوان عمومی به منظور شرکت در دوره‌های آموزشی با فرستادن پیامک و نصب اعلامیه در درمانگاه‌های مددکاری انجام شد. نمونه‌گیری با روش تصادفی چند مرحله‌ای صورت گرفت. از بین داوطلبان، زنانی که نمره آنها در هر دو آزمون پرسشنامه امید اسلامی و سلامت معنوی یک انحراف معیار کمتر از میانگین باشد، انتخاب شدند. از میان آنها به‌طور تصادفی ۵۰ زن انتخاب شدند. در نهایت این ۵۰ زن به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم، و

گروه آزمایش و گواه نیز به طور تصادفی مشخص شد. لازم به ذکر است که مراحل مداخله با تأکید بر آیات قرآن برنامه‌ریزی شد که مولفه‌های این طرح آموزش شامل سه بخش تفکر هدف، تفکر عامل و تفکر گذرگاه است. لازم به ذکر است به علت اینکه طرح مداخله با تأکید بر آیات قرآن تدوین شده بود برای انتخاب افراد داوطلب از مقیاس امید اسلامی استفاده گردید تا حیطه مشکل افراد براساس این مقیاس مشخص، و طرح آموزش کسب امید با این دیدگاه سازماندهی، و پس‌آزمون مقیاس امید اسلامی انجام شود تا از نتایج این مقیاس در تدوین دوباره و بهتر طرح آموزش در پژوهشهای آینده استفاده گردد. شرح مختصر جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: جلسات آموزشی کسب امید بر اساس طرح پرچم، فاتحی زاده و محققیان (۱۳۹۲) با تأکید بر سلامت معنوی

جلسات	عناوین
اول	هدف: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، تبیین هدف، قوانین و چارچوب گروه روش: معارفه، سپس توضیحاتی در مورد هدف اجرای برنامه، انتظارات، چگونگی مشارکت اعضای گروه در برنامه‌ها و اجرای تکالیف و اهمیت آن برای اعضا ارائه شد، هم‌چنین در انتهای جلسه انتظارات آنان از شرکت در جلسات روشن و سعی شد که به ابهامات و سؤالهای اعضا در مورد برنامه پاسخ داده شود. در نهایت نیز پیش‌آزمون اجرا گردید.
دوم	هدف: آشنا شدن اعضا با مفهوم امید. تعریف امید، بیان عناصر تشکیل‌دهنده امید، تفاوت امید با دیگر سازه‌های مشابه روش: معرفی امید، تمایز بین امید با آرزو، انواع آرزو، آرزوگرایی، علت‌های آرزوهای طولانی و پیامد آرزوهای طولانی با استناد به آیات قرآن از جمله اینکه آرزوی طولانی موجب عدم درک امید و نرسیدن به آن می‌شود؛ شیطان نیز از طریق وسوسه، آراستن و تقویت این تصورات واهی، یعنی آرزوهایی همچون طولانی بودن عمر، جاوید زیستن در دنیا، فرمانروایی دائم، ثروت بسیار و (نمل/۲۴؛ اعراف/۲۰) انسان را به فساد و انحراف می‌کشاند؛ تبیین واژه طمع و تفاوت آن با امید راستین و بررسی تعریف امید از دیدگاه قرآن با استناد به آیات قرآن از جمله آنجا که می‌فرماید: مال و فرزند زینت زندگی دنیاست و باقیات صالحات (ارزشهای پایدار و شایسته) ثوابش نزد پروردگار بهتر و امید بخشتر است (کهف/۴۶) و اهمیت امید با استناد به آیات قرآن کریم از جمله: آشنا کردن افراد با ممنوع بودن ناامیدی از رحمت الهی (زمر/۵۳)، بازبودن راه توبه (هود/۹۰)، تبدیل سینات به حسنات (غافر/۳)، پاداش چند برابری از جانب خداوند جبران گناهان با ابتلا به گرفتاری‌ها (حجرات/۱۳). تکلیف: از اعضای گروه خواسته شد داستان یا روایتی از زندگی خود را که در بردارنده موفقیت‌ها و شکست‌هایشان است به طور خلاصه و در چند صفحه (حداکثر تا چهار صفحه) بنویسند و در جلسه بعدی به همراه خود بیاورند.
سوم	هدف: کمک به اعضا برای یافتن امید. ترسیم الگوی کامل امید با توجه به داستان زندگی افراد، بیان ویژگی افراد با امید زیاد و کم روش: بررسی تکالیف جلسه قبل از هر یک از مراجعان خواسته شد داوطلبانه داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند. تبیین داستان زندگی افراد بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید یعنی هدف، عامل و گذرگاه و قالب‌بندی دوباره داستانها و مرور قصه‌های قرآنی مربوط به پیامبران از جمله یوسف، یونس، ابراهیم و تبیین آنها با استناد به خرده مقیاسهای امید. تکلیف: قالب‌بندی دوباره داستانهای خود با توجه به عناصر امید

جدول ۱: جلسات آموزشی کسب امید بر اساس طرح پرچم، فاتحی زاده و محققیان (۱۳۹۲) با تأکید بر سلامت معنوی

جلسات	عناوین
چهارم	<p>هدف: تمرکز بر اهداف، انواع اهداف، چگونگی تعیین هدف در زندگی، بیان ویژگیهای هدف صحیح</p> <p>روش: بررسی تکالیف جلسه قبل، جایگاه تفکر هدف و انواع هدف در قرآن برای رسیدن به امید از جمله: تمام موجودات به سوی کمال مطلق حرکت می‌کنند (حدید/۱). بنابراین، هدف همه آفریدگان، خداوند قادر و داناست (یس/۸۳). به همین دلیل، خداوند متعال، امید به خالق یکتا و ایمان به او، لقاءالله، رحمت الهی و... را مطرح کرده و در حد لزوم از آنها سخن گفته است تا آدمی بداند که بیهوده آفریده نشده (مؤمنون/۱۵) و موظف است در راستای تحقق این هدف اصیل، خدای یگانه را عبادت کند. تعریف هدف مطلوب از دیدگاه قرآن با استناد به آیات قرآن: هدفهای مطلوب، آنهایی است که همواره آدمی را به سوی معنویت و خداوند متعال سوق می‌دهد و از قبل از سوی خدا تعیین شده است (هود/۱۱۸ و ۱۱۹). هدفهای نامطلوب، آنهایی است که حاصل القای شیطان است؛ سبب گمراهی انسان می‌شود (نساء/۱۱۹).</p> <p>تکلیف: تهیه فهرست اهداف، اولویت‌بندی آنها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه</p>
پنجم	<p>هدف: تهیه فهرست مسیرها و شناسایی گذرگاه‌های مناسب برای رسیدن به اهداف. معرفی تفکر گذرگاه، آموزش بارش مغزی، راه‌های جایگزین</p> <p>روش: بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی راهکارهایی برای تقویت توانایی مسیر نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست برداری از آنها، آشنایی با ویژگیهای بارش مغزی، تجسم مراحل رسیدن به هدف و جاری کردن آن بر زبان. با استناد به آیات قرآن از جمله: مسیر صحیح شامل همه تلاشهای آدمی برای دست یافتن به هدفهای دنیوی و اخروی خویش. البته با فرض رعایت تقوا و اخلاص در کارها (کهف/۱۱۰) و به طور کلی، انجام دادن همه کارهایی که موجب خشنودی خدا و پیامبرش می‌شود؛ هم‌چنین پرهیز از ارتکاب معاصی و هر چه موجب خشم خدا و رسولش می‌شود (توبه/۷۱).</p> <p>تکلیف: از اعضای گروه خواسته شد تمام راه‌های ممکن و کارآمد برای رسیدن به اهدافشان را بنویسند و در جلسه بعد در گروه عنوان کنند.</p>
ششم	<p>هدف: تقویت تفکر مثبت و مثبت‌اندیشی. معرفی تفکر کارگزار یا عامل، راه‌های تقویت تفکر مثبت و اراده، ثبت توانمندیها، ذکر نعمت‌ها</p> <p>روش: کار بر روی افزایش نیروی اراده با استناد به آیات قرآن، انرژی روانی لازم برای رسیدن به هدف، یکی دیگر از ابعاد امید است؛ این انرژی روانی، یعنی این باور که «من می‌توانم با توکل به خداوند متعال، کاری را انجام دهم» (کهف، ۱۳). بر اساس آیات قرآن، نکته مهم این است که آدمی هیچ‌گاه نباید از رحمت الهی و امدادهای غیبی او ناامید شود «وَلَا تَأْسُؤْا مِنْ رَوْحِ اللّٰهِ» عنی و از رحمت خدا نومید مباشید (یوسف/۸۷)؛ به دیگر سخن، طبق آیات قرآن کریم، راه‌ها و گذرگاه‌ها همواره باز و متعدد است و بسته انگاشتن آنها از بزرگترین گناهان است که نوعی ناامیدی از رحمت الهی به شمار می‌رود «وَمَنْ يَّقْنُطْ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ اِلَّا الضَّالُّونَ» یعنی جز گمراهان، کسی از رحمت الهی ناامید نمی‌شود (حجر/۵۶).</p> <p>تکلیف: یافتن جملات قصار انگیزشی درباره امید؛ هم‌چنین از اعضا خواسته شد که در زندگی روزمره خود از این هنر بهره گیرند و در تعاملات روزانه سعی کنند جملات مثبت و تفکر مثبت را به کار گیرند.</p>

جدول ۱: جلسات آموزشی کسب امید بر اساس طرح پرچم، فاتحی زاده و محققیان (۱۳۹۲) با تأکید بر سلامت معنوی

جلسات	عناوین
هفتم	<p>هدف: نقش موانع از دیدگاه قرآن و راه‌های غلبه بر آنها. تعریف هیجانات، ارتباط هیجانات منفی و بروز ناامیدی، بیان موانع تنش‌زا در زندگی که تفکر امیدوارانه را در معرض خطر قرار می‌دهد.</p> <p>روش: بیان این نکته که بشر به طور طبیعی ممکن است در راه رسیدن به هدفهایش به دلیل فقر و نیازمندی (فاطر/۱۵) با موانع و بن‌بست‌هایی گوناگون در سطح جامعه روبه‌رو شود که ناامید کننده است؛ اما این واکنشها در همه افراد، یکسان نیست و امیدواران حقیقی، افرادی هستند که هنگام رویارویی با موانع از راهکارهایی مختلف همچون راه‌های جایگزین، هدفهای جانشین و در نهایت واگذاری امر به خالق یکتا و اعتقاد به حکمت و مصلحت الهی (بقره/۱۵۵)، بهره می‌گیرند؛ پس موانع، لزوماً از زندگی حذف نمی‌شود و حتی می‌تواند باعث ارزشمندتر شدن هدف شود. از دیدگاه قرآن کریم، اصلیترین موانع و مهمترین دشمنان آدمی برای دست یافتن به هدفهایش، هوای نفس و شیطان است. به‌طور کلی، آدمی همواره از سوی دو مهاجم توانفرسا محصور شده است: یکی مهاجم بیرونی که همان شیطان است (انعام/۱۱۲)، (نساء/۱۰۹؛ حدید/۱۴). مهاجم دیگر از درون آدمی حمله می‌کند و با زیبا جلوه دادن تمایلات نفسانی و آرزوهای طولانی، انسان را به خود مشغول می‌کند. مهاجم درونی، همان هوای نفس یا نفس اماره است که پیوسته آدمی را از مسیر درست منحرف می‌کند و به بدیها می‌کشاند (یوسف/۵۳).</p> <p>تکلیف: از اعضای گروه خواسته شد فهرستی از موانع و خودگوییهای منفی را فراهم کنند که در تعقیب هدف مورد نظرشان ایجاد شده است.</p>
هشتم	<p>هدف: بررسی جایگاه صبر و آثار آن در کسب امید. نقش صبر در پیشگیری از ناامیدی افراد، تبیین فرایند شکل‌گیری صبر در قرآن</p> <p>روش: تعریف صبر از دیدگاه قرآن (نگهداری و کنترل نفس در حالتی که سبب پایداری در کارهای سخت، تحمل سختیها و مشکلات و کنترل تکانه‌های شهوت و پرخاشگری) و جایگاه صبر در قرآن به عنوان عاملی تعیین‌کننده در رسیدن به هدف، انواع صبر در قرآن با استناد به آیات قرآن از جمله: "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ" یعنی ای کسانی که ایمان آورده اید! مددجویید به صبر کردن در مصائب و خواندن نماز در اوقات آن؛ البته خدا با صبرکنندگان است (بقره/۱۵۳). "وَلَمَنْ صَبَرَ وَغَفَرَ إِنَّ ذَلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ" و هر که شکیبایی ورزید و درگذشت، البته این در گذشتن از بدی بدکاران از کارهایی است که با اراده قوی در کارها واقع شود و اراده قوی از ویژگیهای پسندیده است (شوری/۴۳). در واقع وقتی سینه انسان تنگ شد، حوصله و صبر انسان تمام می‌شود؛ ولی وقتی سینه مانند دریا وسیع باشد، مشکلات را در خود هضم می‌کند (نحل/۱۲۷). مرور راهکارهای افزایش امید از دیدگاه اسلام: توکل بر خدا، انجام دادن عمل صالح، مثبت‌نگری به آینده، اعتقاد به شفاعت، رشد و شکوفایی استعدادها و گرایش به خوبیها و پرهیز از بدیها. بحث درباره ویژگیهای انسان امیدوار و تطبیق با وضعیت کنونی خود، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از کل جلسات گروه و اجرای پس‌آزمون.</p>

مقیاس امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی: مقیاس امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی توسط محمود خلیلیان شلمزاری، غلامرضا جندقی و عباس پسندیده (۱۳۹۲) تهیه شده که ۳۳ سؤالی است و شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است.

در این مقیاس حداقل نمره (۳۳)، نشانگر امید کم و حداکثر نمره (۱۳۲) نشاندهنده امید زیاد است. در مقیاس امید سؤالات ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۲ نمره معکوس می‌گیرد. خلیلیان شلمزاری، جندقی و پسندیده (۱۳۹۲) در این پژوهش روایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند.

مقیاس سلامت معنوی: مقیاس سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) تهیه شده که ۲۰ سؤالی است که ده سؤال آن سلامت دینی و ده سؤال دیگر سلامت وجودی را می‌سنجد. پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت، ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. دامنه نمره سلامت دینی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰ - ۵۰ است. هر چه نمره بیشتر باشد نشانه سلامت دینی و وجودی بالاتر است. دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) در پژوهش خود در مورد دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاسهای سلامت دینی و سلامت وجودی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۲ و ۰/۸۱ و با روش بازمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. این پژوهش، با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس سلامت معنوی ۰/۷۵، حیطه سلامت وجودی، ۰/۶۹ و سلامت دینی ۰/۷۸ به دست آمد که نشان از پایایی زیاد این مقیاس دارد.

یافته‌ها

جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	سلامت معنوی	۶۶/۴۴	۱۰/۴۰	۷۱/۲۴	۹/۳۸	۷۳/۴۴	۹/۳۰
	سلامت دینی	۳۴/۸۴	۵/۷۰	۳۶/۵۶	۴/۷۱	۳۶/۶۸	۵/۱۲
	سلامت وجودی	۳۱/۶۰	۶/۱۳	۳۶/۷۶	۵/۱۶	۳۶/۷۶	۵/۱۶
کنترل	سلامت معنوی	۶۵/۲۴	۷/۵۱	۶۳/۲۰	۶/۹۵	۶۱/۶۰	۸/۸۳
	سلامت دینی	۳۲/۶۸	۴/۴۶	۳۰	۳/۹۷	۳۰/۲۰	۵/۱۸
	سلامت وجودی	۳۲/۵۶	۵/۴۲	۳۲/۳۶	۵/۱۲	۳۱/۴۰	۴/۸۹

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سلامت معنوی در دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به طور قابل توجهی گسترش یافته است و از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چندانی دیده نمی‌شود و حتی گسترش یافته است در حالی که در گروه گواه از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود و از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چندانی دیده نمی‌شود.

با توجه به طرح پژوهش، که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون لون به منظور همگنی واریانسها بین متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	F	df1	df2	سطح معناداری
سلامت معنوی	۰/۵۰۳	۱	۴۸	۰/۴۸
سلامت دینی	۲/۵۱۸	۱	۴۸	۰/۱۱
سلامت وجودی	۰/۰۱۳	۱	۴۸	۰/۹۰

نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که پیش‌فرض تساوی واریانسها در دو گروه جامعه در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است.

فرض مهم دیگر تحلیل کواریانس چندمتغیری، همگنی رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴: نتایج آزمون شیب رگرسیونها در گروه آزمایشی و گواه در تعامل با گروه

تعامل متغیر با گروه	مجموع/مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت معنوی	۲/۸۳۴	۲	۱/۴۱۷	۰/۰۶۹	۰/۹۳۴
سلامت دینی	۳۸/۱۵۵	۲	۱۹/۰۷۷	۲/۵۲۸	۰/۰۹۱
سلامت وجودی	۱۲/۴۲	۲	۶/۲۱۳	۱/۲۱۵	۰/۳۰۶

جدول ۴ تأثیرات بین آزمودنیها عدم معناداری هر دو متغیر در تعامل با گروه را نشان می‌دهد. بنابراین، فرض همگنی رگرسیونها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت معنوی و زیر مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه تأیید می‌شود.

با توجه به برقراری فرضها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون از تحلیل آنکوا و مانکوا استفاده می‌شود که نتایج تحلیل مانکوا نشان داد تفاوت بین ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت معنوی در دو گروه با وجود همراه کردن نمره‌های پیش‌آزمون وجود دارد ($P < 0/0001$, $F = 9/77$, $\lambda = 0/589$ لامبدای ویکلز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون آنکوا به شرح ذیل استفاده شد:

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی نمره‌های پس‌آزمون سلامت معنوی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اتا	توان آزمون
سلامت معنوی	۶۵۴/۹۵۸	۱	۶۵۴/۹۵۸	۳۳/۰۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
سلامت دینی	۳۳۴/۶۸۵	۱	۳۳۴/۶۸۵	۴۱/۵۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
سلامت وجودی	۱۰۳/۶۰۱	۱	۱۰۳/۶۰۱	۲۰/۰۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سلامت معنوی با ($F=۳۳/۰۸۱$, $p<۰/۰۰۰۱$)، سلامت دینی با ($F=۴۱/۵۸۳$, $p<۰/۰۰۰۱$)، سلامت وجودی با ($F=۲۰/۰۷۸$, $p<۰/۰۰۰۱$) حاکی از آن است که آموزش امید درمانی بر اساس منابع اسلامی مؤثر بوده است؛ به بیان دیگر، آموزش امید درمانی بر اساس منابع اسلامی باعث افزایش نمره سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن می‌شود. هم‌چنین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در مرحله پیگیری از تحلیل آنکوا و مانکوا استفاده شد که نتایج تحلیل مانکوا نشان داد تفاوت بین ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت معنوی در دو گروه با وجود همراه کردن نمره‌های پیش‌آزمون وجود دارد ($F=۰/۵۰۴$, $p<۰/۰۰۰۱$)، $F=۰/۸۱۰$ لامبدای ویکلز).

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه و پیگیری سلامت معنوی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اتا	توان آزمون
سلامت معنوی	۱۲۱۵/۱۳۹	۱	۱۲۱۵/۱۳۹	۳۰/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۱
سلامت دینی	۲۷۲/۳۶۸	۱	۲۷۲/۳۶۸	۲۱/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
سلامت وجودی	۳۳۶/۹۱۶	۱	۳۳۶/۹۱۶	۲۶/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود در سلامت معنوی ($F=۳۰/۲۵$, $p<۰/۰۰۰۱$)، سلامت دینی ($F=۲۱/۲۰$, $p<۰/۰۰۰۱$)، سلامت وجودی ($F=۲۶/۲۱$, $p<۰/۰۰۰۱$)، آموزش امید درمانی بر منابع اسلامی مؤثر بوده است؛ به بیان دیگر، آموزش امید درمانی بر منابع اسلامی باعث افزایش نمره‌های سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی بر

سلامت معنوی زنان تحت پوشش بهزیستی شهرستان اهواز بود. نتایج مطالعه نشان داد افرادی که در دوره آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی شرکت کردند نسبت به گروه گواه در سلامت معنوی حتی در دوره پیگیری نمره بیشتری کسب کردند. نتایج این پژوهش با یافته‌های کامیان و همکاران (۱۳۹۳)، ضیغمی محمدی و همکاران (۱۳۸۹)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، سلمانی و همکاران (۱۳۸۷)، دهباشی و همکاران (۱۳۹۳)، مقیمیان و همکاران (۱۳۹۱)، سلیگمن و سکیزینت میهالی (۲۰۰۰)، آمی و پارک^۱ (۲۰۰۷) و فلدر^۲ (۲۰۰۴) همسو است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت امید و اعتقاد دینی از طریق آرامش، ایمان درونی و خوش‌بینی همراه با فراهم آوردن اعتماد به نفس زیاد، زمینه‌ساز و عامل مؤثر در سلامت معنوی انسان است؛ پس آدمی با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود می‌رسد و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود است و در نهایت به معنا و هدف در زندگی و سلامت معنوی دست می‌یابد. مفهوم سلامت معنوی از مفاهیم پیچیده وابسته به معنویت و دین است. سلامت معنوی بعد مهم و برجسته زندگی سالم است که به هدفدار و معنادار شدن زندگی منجر می‌شود. این مفهوم از تأکید زندگی بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا منشأ گرفته است و ساختاری چند بعدی دارد. الیسون بیان می‌کند که معنویت این امکان را به انسان می‌دهد که همراه با رنجهای زندگی به سمت سلامت معنوی حرکت کند که این خود تأییدی بر یافته فرضیه مبنی بر رابطه بین امید به علاوه باورهای دینی بر سلامت معنوی و بهداشت درونی است (عسکری و همکاران، ۱۳۹۲).

هم‌چنین از دیگر نتایج پژوهش این بود که آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی موجب بهبود سلامت وجودی در زنان تحت پوشش بهزیستی می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های عسکری و شرف‌الدین (۱۳۸۷)، دهباشی و همکاران (۱۳۹۳)، مقیمیان و همکاران (۱۳۹۱)، الله‌بخشیان و همکاران (۱۳۸۹)؛ برونک، هیل، لپسلی، تالیب و فینچ^۳ (۲۰۰۹)؛ هو، چنگ و چنگ^۴ (۲۰۰۹)، وانگ و لیم^۵ (۲۰۰۹) و فرینگ، میلر و شاو^۶ (۱۹۹۷) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت امید و رفتار دینی سازمان‌یافته

1 - Amy & Park
 2 - Felder
 3 - Bronk, Hill, Lapsley, Talib & Finch
 4 - Ho, Cheung, & Cheung
 5 - Wong & Lim
 6 - Fehring, Miller & Shaw

علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تأمین می‌کند. در واقع دین به نوعی هر راهبرد حفظ امید را می‌تواند پوشش دهد. سلامت وجودی غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را مورد چالش قرار می‌دهد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که امید و دین دیدگاه وسیعی را برای درک و قبول رنج کشیدن و زندگی بعد از مرگ فراهم می‌کند. امید به عنوان منبع درونی تجربه شده به زنان کمک می‌کند که بتوانند مشکلات و تغییرات را کنترل کنند و در موقعیتی که امید زنان حفظ شود به رشد خودآگاهی آنها کمک کند (الله‌بخشیان، ۱۳۸۹). زنان تحت پوشش خدمات حمایتی با مشکلات گوناگونی در زندگی روبه‌رو می‌شوند و آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی می‌تواند آنها را در وضعیت دشوار به آینده خوش بین نگه دارد به گونه‌ای که با تلاش مبتنی بر هدف و برنامه‌ریزی از توان وجودی خود استفاده، و بر مشکلات غلبه، و کارآفرینی کنند.

هم‌چنین مشخص شد که آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی موجب بهبود سلامت دینی در زنان تحت پوشش بهزیستی می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های کامیان و همکاران (۱۳۹۳)، بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳)، قهرمانی و نادری (۱۳۹۱)، فرهادی و همکاران (۱۳۸۸)، روستن، کوپر و میاسکوسکی^۱ (۲۰۱۰)، هرث^۲ (۲۰۰۰)، تاراکشور^۳ و همکاران (۲۰۰۶) و لیونه، الکس، جوزف و استفان^۴ (۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت رابطه بین امید و دین، متقابل است. با توجه به اینکه امید با تعیین معنا از طریق هدفگذاری سبب برخورد مناسب با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی می‌شود، می‌توان با تقویت امید به زندگی این افراد از طریق تأکیدات قرآنی به‌طور مؤثری باعث کاهش تنش آنها در رویارویی با موقعیت‌های مشکلزای زندگی گردید که با احساس تعلق به منبع والا فشار کمتری را متحمل شوند (دولیتل و فارل، ۲۰۰۴). در جامعه ما مردم به سلامت معنوی از طریق رفتار دینی دست می‌یابند و اعتقاد به خداوند به‌عنوان قدرت بی‌نهایت است که یاد آن باعث آرامش دلها می‌شود و کتاب مقدس قرآن وجود زندگی جاویدان بعد از مرگ را بشارت داده است و این آرامش درونی سبب افزایش سلامت دینی زنان می‌شود.

با توجه به اثربخشی آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی بر سلامت معنوی در این

1 - Rustoen, Cooper & Miaskowski

2 - Herth

3 - Tarakeshwar

4 - Linley, Alex, Joseph & Stephen

پژوهش و کاربرد این رویکرد به‌عنوان روش آموزشی مختصر و سودمند در بیشتر مشکلات، پیشنهاد می‌شود که آموزش کسب امید توسط مشاوران خانواده نه تنها به منظور بهبود وضعیت افسار آسب پذیر و تحت حمایت، بلکه برای بهبود دیگر مشکلات نیز مورد استفاده قرار گیرد. لازم به ذکر است این مطالعه با محدودیتهایی روبه‌رو بوده است که از جمله آنها می‌توان به این مورد اشاره کرد که جامعه مورد بررسی به مراکز بهزیستی محدود بود؛ پس در تعمیم یافته‌های پژوهش نسبت به جوامع دیگر، احتیاط لازم صورت پذیرد.

منابع

- قرآن کریم. ترجمه محمد مهدی فولادوند. قم: چاپخانه بزرگ قرآن کریم.
- الله‌بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور؛ حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. *طبیب شرق*. شماره ۳: ۲۹ تا ۳۳.
- بالجانی، اسفندیار؛ خشایبی، جواد؛ امانپور، الهام؛ عظیمی، ندا (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه حیات*. شماره ۳: ۲۷ تا ۳۷.
- بیات، معصومه؛ بیات، محبوبه (۱۳۹۱). *اندیشه‌های راهبردی، زن و خانواده*. تهران: پیام عدالت.
- پرچم، اعظم؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ محققیان، زهرا (۱۳۹۲). ابعاد سه‌گانه‌ی نظریه امید اسنایدر و تطبیق آن با دیدگاه قرآن کریم. *تحقیقات علوم قرآن و حدیث*. شماره ۱: ۱ تا ۳۰.
- تاتینا بلداجی، ام لیلا؛ فروزان، آمنه؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. شماره ۴۰: ۹ تا ۲۸.
- تیرائی، رامین؛ فتحی آشتیانی، علی؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهتگیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی. *فصلنامه روانشناسی و دین*. شماره ۳: ۳۷ تا ۶۲.
- حسینی، احمد؛ فروزان، ستاره؛ امیر فریار، معصومه (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*. شماره ۳: ۱۱۷ تا ۱۳۷.
- خلیلیان شلمزاری، محمود؛ جندقی، غلامرضا؛ پسندیده، عباس (۱۳۹۲). ساخت و روایی سنجی مقیاس امید بر اساس منابع اسلامی. *فصلنامه روانشناسی و دین*. شماره ۱: ۵۹ تا ۶۶.
- دهباشی، فاطمه؛ سزواری، سکینه؛ تیرگری، بتول (۱۳۹۳). بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر زاهدان. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. شماره ۳۰: ۷۷ تا ۹۸.
- دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی؛ نجفی، محمود (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*. شماره ۳: ۱۲۹ تا ۱۴۵.
- سلمانی، فاطمه؛ آذر برزین، مهرداد؛ محمدی، محبوبه (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. شماره ۱۲: ۴ تا ۱۲.

شادی طلب، ژاله؛ کمالی، افسانه (۱۳۸۶). فقر زنان سرپرست خانوار. زن در توسعه و سیاست. شماره ۸: ۴۹ تا ۷۰.

شایگان، فریبا؛ جبلی، معصومه (۱۳۸۹). بررسی عوامل فردی مؤثر بر گرایش بزهکاری زنان. فصلنامه پلیس زن. شماره ۱۳: ۶۳ تا ۱۰۰.

ضیغمی محمدی، شراره؛ تجویدی، منصوره (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور. فصلنامه مراقبت‌های نوین. شماره ۳: ۱۱۶ تا ۱۲۴.

عسگری، پرویز؛ شرف‌الدین، هدا (۱۳۸۷). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان. یافته‌های نو در روانشناسی. شماره ۹: ۲۵ تا ۳۶.

عسگری، پرویز؛ صفرزاده، سحر؛ مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۲). رابطه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی. فصلنامه مطالعات میان فرهنگی. شماره ۱۸: ۱۳۵ تا ۱۵۷.

فرهادی، مهران؛ احمدی طهورسلطانی، محسن؛ رضانی، ولی‌الله؛ قره‌خانی، احمد (۱۳۸۸). سلامت روان سالمندان: نقش بهزیستی معنوی و امیدواری. پژوهش در سلامت روانشناختی. شماره ۱۰: ۴۳ تا ۵۰.

قهرمانی، نسرین؛ نادى، محمدعلی (۱۳۹۱). رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز. نشریه پرستاری ایران. شماره ۷۹: ۱ تا ۱۱.

کامیان، شقایق؛ تقدیسی، محمد حسین؛ اعظم، کمال؛ استبصاری، فاطمه؛ رنجبران، سهیلا؛ گراوند، افسانه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. شماره ۳: ۲۰۸ تا ۲۱۴.

مقیمیان، مریم؛ سلمانی، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی قم. شماره ۳: ۴۰ تا ۴۵.

یعقوبی، ابوالقاسم؛ محققى، حسین؛ منظمى تبار، فریبا (۱۳۹۳). رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان. فصلنامه روان‌شناسی و دین. شماره ۳: ۱۰۹ تا ۱۲۱.

Amy, AI., Park, CL. (2007.). **Psychosocial Mediation of Religious Copying Styles**. Pers Soc Psychol Bull,33(6):867-882.

Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H (2013). Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations. Available from: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas07/Brown.htm>. Accessed 18 Jan.

Bronk, k. c., Hill, P.L., Lapsley, D.k. Talib, T.L & Finch, H. (2009). Purpose, hope, and Life Satisfaction in three age groups. **Journal of positive psychology**, 500- 510. Vol 4(b).

Bull, H, (2009). In uences of spiritual well-being and coping on mental health of family caregivers for elders. **Research in Deontological Nursing**, 2, 173-181.

Chant,S,(1997). **Women-headed households: Diversity & dynamics in the developing world**. Houndmills, Basingtoke;Mcmillan.

Cooper, L. S. (2008). **A content analysis of client hope in psychotherapy sessions**. Doctoral Dissertation, Pepperdin University.

- Craven , R.F.,& Hirnle, C.J .(2003). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed. Philadelphia. **Lippincott, Williams and Wilkins**; 1383-92.
- Daaleman, T. P., Perera ,S .& Studenski, S.A. (2004). **Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients**. *Ann Fam Med*. Jan-Feb.2(1):49-53.
- Doolittle, B.R.& Farrell, M. (2004). The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion Journal Clin Psychiatr*.6(3):114
- Doolittle, B.R.& Farrell, M. (2004). The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion Journal Clin Psychiatr*.6(3):114
- Fehring, R.J., Miller, J.F,& Shaw,C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. **Marquette University in Milwaukee, WI, USA. available from**.
- Felder, B.E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. **Cancer Nursing**. . 27 (4):320-4.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. **Journal Adv Nurs**. Dec. 32(6):1431-41.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R,& Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. **Journal Palliat Med**. 8(4):782-8.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2009).The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. **The Chinese University of Hong Kong: Shatin, University of Macau, China**.
- Langlois, J., & Fortin, D. (1994). Single- parnt mothers, poverty& mental health: **AliteraturReviw'.Sante-Mental** , 157-173.
- Linley, p. Alex, Joseph, Stephen(2004). *Positive Psychology in Practice*, **John Wiley & Sons, Inc. Hoboken**, New Jersey.3(9):239-41
- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. **Psychosomatics**.43(3):213-20.
- paloutzion, F. R. & Ellison, c. W. (1982). Loneliness, spiritual well- being and quality of life. **The Journal Pastoral care and counseling**, 53, 305-318.
- Richards, P. S. Hardman, r. K. & Bere, M. (2007). Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorder. **Journal psychiatric rehabilitation**, 30, 307-310.
- Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. **Cancer Nurs. Jul-Aug**; 33(4): 258-67.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: **An introduction. American Psychologist**, 55, 5-14.
- Sloan, E, (2005). Effects Of religiosity on Mental Health, **Journal of psychology and theology**, v.16, p. 14-18.
- Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. **Journal Palliat Med. Jun**; 9(3): 646-57.
- Wong, S. & Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. Psychological Studies Academic Group, **National Institute of Education, Nan yang Technological University**, 1 Nan yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.