MEJDS. 2024; 14:82.

Published online 2024 Sep. **Original Article**

The Effectiveness of Group Spiritual Therapy in Reducing the Violence of Aggressive Students in Secondary Boys' Schools

Amirian ME[1], *Mehdinezhad V[2], Shirazi M[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran;
3. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
***Corresponding Author Email:** valmeh@ped.usb.ac.ir

Received: 2019 May 23; **Accepted:** 2019 August 6

Abstract

Background & Objectives: Aggression is a quite apparent physical behavior, and its purpose is to harm the person or system that avoids others or confronts them like them. Aggression is considered one of the most critical issues in adolescence, while bullying and aggression have many negative consequences. One of the treatments suggested in recent years is spiritual healing. It seems that nowadays, the people of the world are more and more inclined to spirituality and spiritual issues, and psychologists are also increasingly seeing that the use of current methods that focus more on psychological, social, and physical aspects of humans is not enough to cure psychiatric disorders. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group spirituality therapy in reducing the violence of aggressive students in secondary boy schools in Iranshahr City, Iran.

Methods: The current research was quasi-experimental and employed a pretest-posttest design with a control group. The research community was formed by all the aggressive students of secondary boys' schools in Iranshahr who were studying in the academic year 2017-2018. The samples included 40 students who had a higher level of aggression based on the scores of the aggression questionnaire. Then, they were randomly replaced in two groups of 20 students (20 in the control group and 20 in the experimental group). The experimental group participated in spiritual therapy sessions for 4 weeks, two days a week, and each session lasted 60 minutes, but the control group did not receive any treatment. After the end of the treatment period, a posttest was taken from both groups. The tools used in this research included the Aggression Questionnaire (Bass and Perry, 1992) and the Conflict Resolution Tactics (Strauss et al., 1996). Analysis of covariance (ANCOA) test was used to analyze the data in SPSS23.

Results: The findings of the research showed that group spiritual therapy had a significant effect on reducing the violence (p=0.021) and various types of verbal violence (p=0.014), mild physical violence (p=0.031), and severe physical violence (p=0.039) in aggressive students of the experimental group.

Conclusion: According to the findings of this research on the effectiveness of group spiritual therapy in reducing the aggression of aggressive teenagers, the use of this treatment method is recommended to experts in this field.

Keywords: Spirituality therapy, Violent, Aggressive, Student.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۸۲.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطه

محمد الیاس امیریان[۱]، *ولی مهدی‌نژاد[۲]، محمود شیرازی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱.گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران؛

۲.گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛

۳.گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

***رایانامه نویسندهٔ مسئول:** valmeh@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲خرداد۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵مرداد۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: پرخاشگری، رفتار فیزیکی کاملاً آشکاری بوده و هدف آن صدمه‌زدن به شخص یا سیستم است که باعث اجتناب دیگران یا مقابله به مثل آنان می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم در شهر ایرانشهر بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق حاضر نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پرخاشگر مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم در شهر ایرانشهر تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۷_۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ها شامل ۴۰ نفر از این دانش‌آموزان بود که دارای سطح بیشتر پرخاشگری، براساس نمرات پرسشنامهٔ پرخاشگری بودند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰نفری (۲۰ نفر گروه گواه، ۲۰ نفر گروه آزمایش) جایگزین شدند. گروه آزمایش به‌مدت چهار هفته، دو روز در هفته و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه در جلسه‌های معنویت‌درمانی شرکت کرد؛ اما گروه گواه هیچ نوع درمانی را دریافت نکرد. بعد از پایان دورهٔ درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسشنامهٔ پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) و تاکتیک‌های حل تعارض (استراوس و همکاران، ۱۹۹۶) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت (p=۰/۰۲۱) و انواع خشونت لفظی (p=۰/۰۱۴) و خشونت فیزیکی ملایم (p=۰/۰۳۱) و خشونت فیزیکی شدید (p=۰/۰۳۹) در دانش‌آموزان پرخاشگر گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت (p=۰/۰۲۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش مبنی‌بر اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت نوجوانان پرخاشگر، استفاده از این روش درمانی به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، خشونت، پرخاشگر، دانش‌آموز.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

پرخاشگری و تهاجم مسئله‌ای بوده که طی حیات انسان در طول تاریخ وجود داشته است. پرخاشگری، رفتار فیزیکی کاملاً آشکاری است و هدف آن صدمه‌زدن به شخص یا سیستم می‌باشد که باعث اجتناب دیگران یا مقابله به مثل آنان می‌شود. در انسان‌ها، پرخاشگری زمانی رخ می‌دهد که تعادل بین دو تکانه و کنترل درونی بر هم بخورد (۱). پرخاشگری، در میان واکنش‌های هیجانی، به‌دلیل پیامدهای فردی و اجتماعی‌اش توجه بسیاری از روان‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است. باوجود بروز برخی رفتارهای پرخاشگرانه در سال‌های اولیهٔ تولد، کودک در طی فرایند رشد خود فرصت‌هایی برای یادگیری مهارت‌های نظارت بر هیجان و رفتار خواهد داشت که منجربه کنترل مناسب خشم و پرخاشگری می‌شود. بااین‌حال، بعضی از کودکان در کسب این مهارت‌ها موفق نیستند؛ درنتیجه سطوحی از پرخاشگری را در روابط میان‌فردی بروز می‌دهند (۲). پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، معرف جنبهٔ شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهندهٔ جنبهٔ هیجانی آن است. جنبهٔ رفتاری پرخاشگری نیز به‌شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند. گزارش شده که پرخاشگری در دوران کودکی عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ بزهکاری، افسردگی، افت تحصیلی و سوءمصرف مواد در سنین بیشتر است (۳).

خشونت حالتی از رفتار است که با استفاده از زور فیزیکی یا غیرفیزیکی، فرد خشن خواستهٔ خود را به دیگران تحمیل می‌کند. خشونت ممکن است در اثر خشم اتفاق بیفتد. شواهد بیانگر شیوع زیاد اختلالات روانی ازجمله پرخاشگری در دوران کودکی و نوجوانی است؛ به‌طوری‌که گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد، درصد ابتلا به آن در کشورهای مختلف در جمعیت کمتر از ۱۶ سال از ۱۲تا۲۹درصد متغیر بوده است (۴). بروز و ظهور بیشتر پرخاشگری در سنین نوجوانی است. در زمینه‌یابی در دانش‌آموزان دبیرستانی آمریکا معلوم شد که ۲۸درصد از پسرها و ۷درصد از دخترها در طول یک‌ماه مطالعه در نزاع فیزیکی درگیر بوده‌اند. تقریباً ۳۵درصد از افراد بررسی‌شده گزارش کردند که حداقل در یکی از نزاع‌های فیزیکی، جراحات واردشده نیازمند معالجهٔ طبی بوده است (۵).

روان‌درمانگران شیوه‌های مختلفی را برای بهبود سلامت روانی، اصلاح و تغییر رفتارهای پرخطر همچون خشونت و پرخاشگری به‌کار می‌برند تا به‌نوعی انسان را یاری دهند بر این مشکلات فایق آید. در حال حاضر، تنوع این شیوه‌ها به‌حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را مشکل می‌کند. یکی از روش‌های درمانی مطرح‌شده در سال‌های اخیر، معنویت‌درمانی است. معنویت و رشد معنوی در انسان و نقش آن در بخش‌های مختلف زندگی او، در چند دههٔ اخیر به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. این چنین به‌نظر می‌رسد که امروزه مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی، گرایش پیدا کرده‌اند. روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون در می‌یابند، استفاده از روش‌های کنونی که بیشتر بر جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی و جسمانی انسان‌ها تأکید داشته، برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (۶). این توجه و میل جهانی به موضوعات معنوی باعث شده است که برخی سازمان‌های بهداشتی، مانند سازمان جهانی بهداشت به بازنگری تعاریف موجود دربارهٔ انسان و ماهیت بشر بپردازند. این سازمان، در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم، یعنی بُعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مطرح می‌کند (۷). پارگامنت بیان می‌کند که به‌طور خلاصه، معنویت یکی از ابعاد زندگی انسان است و هنگامی‌که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بُعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند؛ بلکه باورهای معنوی، اعمال و تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات، و چالش‌های معنوی‌شان را نیز به‌همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند (۸).

اغلب روان‌درمانگران بر این نکته اذعان دارند که وقتی فرد در قلب بحرانی عاطفی دارد، عواملی آن را به‌وجود آورده است که باید به بررسی آن‌ها پرداخت. اگر با فرد شدیداً مضطرب روبه‌رو شویم، به‌نظر می‌رسد اثربخشی این فنون کم باشد؛ درحالی‌که در چنین وضعیتی هنوز مذهب می‌تواند کارآمدی خود را حفظ کند. همچنین برخی از مراجعان مسائل خود را مذهبی تلقی می‌کنند و در راه جست‌وجوی راه‌حل‌های مبتنی‌بر مذهب هستند. این دسته از مراجعان درمان‌های روان‌شناختی را کافی نمی‌دانند و علاقه دارند درمان‌هایی مبتنی‌بر منابع مذهبی به آن‌ها ارائه شود (۹). علاوه‌بر آن دیگر سلامتی به‌معنای وجودنداشتن بیماری تلقی نمی‌شود؛ بلکه پویایی، بالندگی و دارابودن معنا و هدف در زندگی از ملاک‌های مهم سلامت روان به‌شمار می‌آید؛ بر این اساس در تعریف روان‌درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان‌درمانی تنها به‌معنای حذف نشانه‌های اختلال نیست؛ بلکه اعتقاد بر این است که روان‌درمانی باید علاوه‌بر حذف نشانه‌های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون کند (۱۰).

دانش‌آموزان ذخایر ارزش‌مند این کشور هستند و سرنوشت آیندهٔ این جامعه در دست آنان است؛ بنابراین بررسی‌های دقیق امور عاطفی و رفتاری و روانی آن‌ها موجب می‌شود مکانیزم‌های ارتباط اجتماعی ارزیابی شده و شیوهٔ خوشبختی و سلامتی آن‌ها مورد بحث قرار گیرد. باتوجه به اینکه از اهداف اصلی آموزش‌وپرورش شکوفاکردن استعداد دانش‌آموزان و افزایش سلامت روانی آن‌ها و نیز کاهش خشونت، پرخاشگری و دیگر مشکلات رفتاری آنان بوده و باوجود تأثیر چشگیر معنویت بر کاهش این مشکلات و افزایش سلامت عمومی و نیز باتوجه به بررسی پیشینه، تاکنون پژوهشی مدون در رابطه با تأثیر معنویت‌درمانی بر کاهش خشونت دانش‌آموزان پرخاشگر در ایران انجام نشده است، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم در شهر ایرانشهر انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش این تحقیق از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پرخاشگر مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم در شهر ایرانشهر تشکیل دادند که در

سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ها شامل ۴۰ نفر از این دانش‌آموزان بود که دارای سطح بیشتر پرخاشگری، براساس نمرات پرسشنامهٔ پرخاشگری[1] (۱۱) بودند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰نفری (۲۰ نفر گروه گواه، ۲۰ نفر گروه آزمایش) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: نمرهٔ بیشتر در پرسشنامهٔ پرخاشگری؛ نداشتن مشکل روانی خاص؛ داشتن پرونده به‌علت پرخاشگری در مدرسه. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ شرکت در جلسات بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا)[2] استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ پرخاشگری: این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ طراحی شد که ابزاری خودگزارش‌دهی است (۱۱). پرسشنامه ۲۹ عبارت و چهار خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از: پرخاشگری بدنی؛ پرخاشگری کلامی؛ خشم؛ خصومت. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرتی ۱تا۵ است. سؤالات ۹ و ۱۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۱). این پرسشنامه دارای روایی و پایایی پذیرفتنی است. نتایج آزمون آلفای کرونباخ برای چهار خرده‌مقیاس بین ۰/۷۲تا۰/۸۰ گزارش شده و همبستگی بین چهار خرده‌مقیاس از ۰/۳۸تا۰/۴۲ محاسبه شده است (۱۱). شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط محمدی به‌دست آمد که در پژوهش او آلفای کرونباخ برای پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۰، خشم ۰/۸۱ و خصومت ۰/۸۰ گزارش شد (۱۲).

ـ پرسشنامهٔ تاکتیک‌های حل تعارض[3]: این پرسشنامه ابزاری ۵۲سؤالی است که توسط استراوس و همکاران در سال ۱۹۹۶ به‌منظور سنجش میزان خشونت معرفی شد (۱۳). این پرسشنامه در مطالعات متعددی که شامل ۷۰هزار آزمودنی از زمینه‌های مختلف فرهنگی، همچون آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار بوده، به‌کار رفته است. همچنین، اعتباریابی این پرسشنامه حداقل در ۲۰ کشور جهان ازجمله هنگ‌کنگ، هندوستان، ژاپن و اسپانیا با موفقیت انجام شده است (۱۳). در ایران پناغی و همکاران این پرسشنامه را استانداردسازی و روایی و پایایی آن را مناسب گزارش کردند. پایایی کل پرسشنامه را نیز ۰/۹۴ بیان نمودند. گزینه‌های این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵درجه‌ای از اصلاً تا اغلب اوقات است. در این مقیاس خشونت به سه بعد خشونت لفظی (پرخاشگری لفظی) و خشونت فیزیکی ملایم و خشونت فیزیکی شدید تقسیم شده است (۱۴).

برای گردآوری داده‌های تحقیق به‌صورت میدانی با مراجعه به مدارس و با مشورت با مشاوران مدارس و نیز بررسی پروندهٔ دانش‌آموزان، دانش‌آموزان مشکوک به پرخاشگری شناسایی شده و پرسشنامهٔ پرخاشگری باس و پری روی آن‌ها اجرا شد. سپس بعد از تجزیه‌وتحلیل این پرسشنامه ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای نمرهٔ بیشتر پرخاشگری بوده و یادداشت‌های پروندهٔ مشاوران، آن سطح از پرخاشگری را تأیید کرد و همچنین حاضر به همکاری با محقق بودند، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامهٔ پرخاشگری روی آنان اجرا شد و آن‌ها به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش به‌مدت چهار هفته، دو روز در هفته و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه معنویت‌درمانی ارائه شد. گروه کنترل هیچ نوع مشاوره یا درمانی در این مدت نداشت. بعد از تمام‌شدن دورهٔ درمانی برای گروه آزمایش از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

پروتکل استفاده‌شده در این پژوهش براساس دستورالعمل پیشنهادی درچر و همکاران (۱۵) که مربوط به معنویت‌درمانی در گروه بوده، اتخاذ شد. خلاصه‌ای از برنامهٔ دورهٔ معنویت‌درمانی به‌شرح زیر است.

جدول ۱. دستورالعمل استفاده‌شده در پژوهش

جلسات	خلاصه محتوای جلسه
اول	معرفی درمانگر، برقراری رابطهٔ درمانی، ایجاد امید، ایجاد شکایت همدلانه و توجه به شکایت مراجعان، عقد قرارداد درمانی، صورت‌بندی و مفهوم‌سازی مشکل مراجعان با تکیه بر الگوهای روان‌شناختی و معنوی، بحث دربارهٔ پیش‌فرض‌های انسان.
دوم	ایجاد ارتباط با جلسهٔ قبل، توجه به مشکلات عمده و دارای اولویت، بحث دربارهٔ افسردگی و نقش آن در زندگی انسان معنوی، تبیین ارتباط بین افسردگی و گناه، تمرین درک در محضر خدا بودن، تمرین تصویرسازی ذهنی مثبت به خداوند.
سوم	دریافت بازخورد از مراجعان، بحث دربارهٔ برخی از پیش‌فرض‌های انسان معنوی، ازجمله نگاه مبتنی به رحمت خداوند بر انسان، تسلیم به قضای الهی، بحث دربارهٔ جایگاه نظم و جایگاه آن در زندگی انسان معنوی و تمرین نظم در زندگی.
چهارم	بحث دربارهٔ ذکر و یاد قلبی خدا، بحث دربارهٔ معاد و مبدأ انسان و اهمیت آن در مبارزه با افسردگی، بحث دربارهٔ شناخت جایگاه دعا و فواید آن، آموزش و تمرین دعا.
پنجم	بحث دربارهٔ توکل، تمرین فنون توکل، بحث دربارهٔ عقل و اهمیت آن در زندگی انسان معنوی، بحث دربارهٔ طبیعت زندگی دنیا و بلندی‌ها و پستی‌های آن.
ششم	ارائهٔ بازخورد به مراجعان، بحث دربارهٔ ماندگاربودن کمالات نفسانی در دنیا، بحث دربارهٔ شناخت خداوند و ارتباط مخلوقات با خدا، شناخت و بحث دربارهٔ صبر و نقش آن در افسردگی.
هفتم	ارائهٔ تجارب و نگرش‌های حمایتگر از طرف مراجعان، بحث دربارهٔ صبر و نقش آن در زندگی پیامبران و معصومان، توجه به نقش گذشت و محبت در زندگی معنوی و آموزش محبت، بحث دربارهٔ خشنودی و رضای خداوند، ارائهٔ داستان‌های کوتاه معنوی مربوط به مباحث.
هشتم	بازبینی تکالیف و ارائهٔ بازخورد مثبت، بررسی تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی، جست‌وجوی معنای رنج و سختی و تفسیر صبر بر سختی‌ها، آموزش مسئولیت‌پذیری، مروری بر جلسات قبل و جمع‌بندی کلی، اعلام ختم جلسات و تعیین زمان برای انجام پس‌آزمون.

[1]. Aggression Questionnaire
[2]. ANCOVA
[1]. Conflict Tactics Scale (CTS)

۳ یافته‌ها

جهت تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد؛ زیرا هدف، کنترل اثر پیش‌آزمون بود. نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مربوط به خشونت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
خشونت	آزمایش	۴۶/۵۵۱	۸/۷۵۲	۳۴/۸۷۱	۹/۷۱۸	۱۸/۳۴۲	۰/۰۲۱
	گواه	۴۳/۶۷۳	۱۰/۶۵۵	۴۵/۹۳۳	۸/۸۹۵		

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آمون، بین گروه آزمایش که معنویت‌درمانی گروهی را دریافت کرد و گروه گواه که هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد، در میانگین نمرات متغیر خشونت در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (p=۰/۰۲۱)؛ یعنی معنویت‌درمانی گروهی باعث کاهش خشونت در کودکان پرخاشگر شد. نتایج مربوط به خشونت لفظی و خشونت فیزیکی ملایم و خشونت فیزیکی شدید در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مربوط به خشونت لفظی و خشونت فیزیکی ملایم و خشونت فیزیکی شدید در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
خشونت لفظی	آزمایش	۱۶/۹۵۳	۳/۲۸۳	۱۱/۸۵۲	۲/۹۲۹	۱۹/۷۴۱	۰/۰۱۴
	گواه	۱۵/۴۰۱	۳/۴۴۱	۱۵/۵۰	۲/۶۸۱		
خشونت فیزیکی ملایم	آزمایش	۱۵/۳۵۴	۳/۳۰۱	۱۱/۶۲۱	۲/۷۶۲	۱۲/۴۳۱	۰/۰۳۱
	گواه	۱۵/۰۵۲	۲/۵۲۴	۱۴/۹۵	۲/۲۱۳		
خشونت فیزیکی شدید	آزمایش	۱۵/۵۵۱	۲/۱۷۳	۱۱/۲۱۱	۲/۶۵۲	۱۲/۱۱۲	۰/۰۳۹
	گواه	۱۴/۴۴۲	۳/۲۹۹	۱۴/۳۱۲	۳/۴۱۲		

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش که معنویت‌درمانی گروهی را دریافت کرد و گروه گواه که هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد، در میانگین خشونت لفظی (p=۰/۰۱۴) و خشونت فیزیکی ملایم (p=۰/۰۳۱) و خشونت فیزیکی شدید (p=۰/۰۳۹) در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت.

۴ بحث

براساس نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق حاضر معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش خشونت دانش‌آموزان تأثیر معناداری داشته است. این نتایج با یافته‌های لتیک که نشان داد معنویت نقش مؤثری در کاهش خشونت نوجوانان دارد (۱۶) و تقی‌زاده و همکاران که دریافتند معنویت‌درمانی دارای تأثیر بسزایی بر افزایش سازگاری اجتماعی افراد بوده (۱۷)، همخوان است. همسو با این یافته‌ها پژوهش فریمن نشان داد، در خانواده‌هایی که معنویت بیشتری وجود دارد، خشونت فرزندان نیز کمتر مشاهده می‌شود (۱۸).

بر این اساس در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانهٔ سلامت در انسان بوده که در کنار ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی قرار گرفته است؛ همچنین باعث ارتقای سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را هماهنگ می‌کند. این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود. سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی‌داشتن معنا و هدف در زندگی مشخص می‌شود. ازآنجاکه معنویت‌گرایان به نیروی بیکران، خرد برتر، عقل مطلق، ناظم هستی و انرژی بیکران باور دارند، این چنین باوری به انسان کمک می‌کند تا جهان هستی را دارای ناظم و ناظری بداند که بر تمامی موجودات آن اشراف دارد. چنین ایمان و اعتقادی به انسان کمک می‌کند تا مسئولیت خارج از توان خود را به خدا واگذار کند و بداند که خداوند قادر مطلق و گردانندهٔ جهان خلقت است (۱۹). از نظر بسیاری از معنویت‌گرایان و ازجمله دینداران و به‌ویژه در نگرش مسلمانان، ایمان به خداوند متعال چنان احساس امنیتی به فرد می‌دهد که در صورت رویارویی با بحران‌ها و مصیبت‌ها، خدا را در کنار خود حس می‌کند و به این ترتیب دلگرم و امیدوار می‌شود (۲۰). اهمیت عامل فشارآور ازطریق ارزیابی‌های شناختی، تحت‌تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی تعیین می‌شود و افراد برمبنای منابع دردسترس و از راه‌های گوناگون خشم خود را کنترل می‌کنند. بر این اساس وقتی‌که روان‌درمانگران بتوانند ازطریق آموزش ظرفیت‌های وجودی، از

گرایش‌ها و انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در بهبود و درمان بیماری استفاده کنند و معناگرایی را در قالب اصول و عادات دین و مذهب تجلی دهند و ازطریق رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش و مراقبه فرد را به آرامش برسانند، این رفتارها می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت روان و ترک رفتارهای مضر برای سلامت روحی و روانی، قادر سازد؛ زیرا افراد دارای اعتقادات معنوی قوی، موانع را به‌وسیلهٔ بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار بر می‌دارند، دربرابر مشکلات ایستادگی می‌کنند، بر امور کنترل بیشتری دارند و در هنگام مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و خشمگین‌کننده، می‌توانند خشم را کنترل کنند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارشی، استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، انجام پژوهش در پسران و همچنین نبود کنترل متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی این روش درمانی بر خشونت دختران نیز بررسی شود. همچنین به مقایسهٔ تأثیر روش معنویت‌درمانی با سایر مداخلات روان‌شناختی در این زمینه پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش، معنویت‌درمانی گروهی باعث کاهش خشونت در دانش‌آموزان پرخاشگر می‌شود؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود این درمان می‌تواند خشونت لفظی و فیزیکی را در نوجوانان پرخاشگر کاهش دهد؛ لذا استفاده از روش درمانی مذکور به سایر متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند و همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان با کد ۱۰۹۲۰۷۰۲۹۵۲۰۰۹ است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه شده از ادارهٔ آموزش وپرورش شهر زاهدان با شمارهٔ ۲۱۰/۶۰۲۵۷ اخذ شد. از شرکت کنندگان در پژوهش رضایت‌نامهٔ اختیاری و آگاهانه دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچگونه تضاد منافعی ندارند.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول اجرای پژوهش، جمع آوری و آنالیز اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش را برعهده داشت. نویسندهٔ دوم نظارت بر اجرای صحیح مراحل، آنالیز داده‌ها و همکاری در نوشتن مقاله را عهده‌دار بود و نویسندهٔ سوم در تدوین و نگارش مقاله و کارهای آماری همکاری کرد.

References

1. Hershcovis MS, Turner N, Barling J, Arnold KA, Dupré KE, Inness M, et al. Predicting workplace aggression: a meta-analysis. J Appl Psychol. 2007;92(1):228–38. doi: 10.1037/0021-9010.92.1.228
2. Hedayati M. Philosophy for Children and Aggression Control. Thinking and Children. 2012;2(3):109–34. [Persian] http://fabak.ihcs.ac.ir/article_354_83d14e1a8c52225db966d29410799030.pdf
3. Sherry JL. The effects of violent video games on aggression: A meta-analysis. Human Communication Research. 2001;27(3):409–31. doi: 10.1093/hcr/27.3.409
4. Slaby RG, Guerra NG. Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: I. Assessment. Developmental Psychology. 1988;24(4):580–8. doi: 10.1037/0012-1649.24.4.580
5. Raine A, Dodge K, Loeber R, Gatzke-Kopp L, Lynam D, Reynolds C, et al. The reactive-proactive aggression questionnaire: differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. Aggress Behav. 2006;32(2):159–71. doi: 10.1002/ab.20115
6. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. J Am Geriatr Soc. 1989;37(7):599–606. doi: 10.1111/j.1532-5415.1989.tb01249.x
7. Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Li M, Rodin G. Sources of spiritual well-being in advanced cancer. BMJ Support Palliat Care. 2011;1(2):149–53. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000005
8. Pargament Ki. Spiritually Integrated Pschotherapy: Understanding and addressign the sacred. New york: Guilford; 2011.
9. Yang K-P, Mao X-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2007;44(6):999–1010. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.004
10. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. 2001;76(12):1225–35. doi: 10.4065/76.12.1225
11. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452-9. doi: 10.1037//0022-3514.63.3.452
12. Mohammadi N. A preliminary study of the psychometric properties of buss and perry's aggression questionnaire. Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University. 2007;25(4):135–51. [Persian]

13. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Journal of Family Issues. 1996; 17(3):283–316. doi: 10.1177/019251396017003001
14. Panaghi L, Dehghani M, Abbasi M, Mohammadi S. Investigating reliability, validity and factor structure of the revised conflict tactics scale. Journal of Family Research. 2011;7(1):103–17. [Persian] http://jfr.sbu.ac.ir/article/download/130/130
15. Drescher KD, Ramirez G, Leoni JJ, Romesser JM, Sornborger J, Foy DW. Spirituality and Trauma: Development of a Group Therapy Module. Group. 2004;28(4):71–87.
16. Letiecq BL. African American fathering in violent neighborhoods: What role does spirituality play? Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers. 2007;5(2):111–28. doi: 10.3149/fth.0502.111
17. Taghizade ME, Esmaili A, Aliakbari Dehkordi M. on the effect of group spiritual therapy on improving social adjustment and social acceptance. Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal. 2018;7(8):203–14. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-417-en.pdf
18. Freeman DR. Spirituality in violent and sub stance-abusing african american men: an untapped resource for healing. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 2006;25(1):3–22.
19. Salas-Wrigh CP, Olate R, Vaughn MG, Tran TV. Direct and mediated associations between religious coping, spirituality, and youth violence in El Salvador. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(3):183–9.
20. Lotfikashani F, Mofid B, Sarafrazmehr S. Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2013;7(27):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_12_1b04a7a37bb64b6ce5b5e050ff57e5d5.pdf