MEJDS. 2021; 11:133.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

Effects of Spirituality Therapy on General Health in Aggressive Male High School Students

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

Author Address
1. Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. Department of Education, Faculty of Education 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's email:** valmeh@ped.usb.ac.ir

Received: 2019 September 12**; Accepted:** 2019 October 19

Abstract

Background & Objectives: Psychological problems significantly impact individual health in communities, especially teenagers and young adults. One of the most common behavioral disorders among teenagers is aggressive behavior. Compared with the healthy population, numerous studies reported decreased general health in aggressive individuals. Various psychological domains were developed to enhance mental and general health. Spirituality therapy is among the prominent methods to enhance mental and general health. In spirituality therapy, the objective is to use the available capabilities, spiritual motivations, and ethical principles for improving and treating various diseases. Violence and aggression are associated with biopsychological problems and general health. The present study aimed to investigate the effects of group spirituality therapy on general health among aggressive male high school students.

Methods: This quasi–experimental research used a pretest–posttest and a control group design. The study population included all aggressive students with a record of aggressive behavior in the school counseling centers during 2017–2018 (N=136). To obtain the required data for the study, we visited and discussed with school counselors and reviewed the historical records of aggressive students. From this population, 40 subjects with the highest scores of aggression (according to Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) were selected as the samples and randomly assigned to two groups of experimental and control (n=20/group). Before starting the spirituality therapy course, a pretest was conducted for experimental and control groups by General Health Questionnaire (GHQ–28) (Goldberg & Hillier, 1979). The experimental group participated in 60–min group spiritual therapy sessions for 4 weeks (two days a week); however, the control group received no intervention. After the end of the course, a posttest was conducted for both groups. For analysis data, descriptive statistics (including mean & standard deviation) and inferential statistics, including Analysis of Covariance (ANCOVA) in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: According to the obtained results, in 20 aggressive students in the control group, the mean±SD general health was measured to be 29.95±14.92 in the pretest and 28.35±15.22 in the posttest. Furthermore, in the 20 aggressive students in the experimental group, the mean±SD general health equaled 29.55±12.08 in the pretest and 31.35±14 in the posttest. The results also indicated that after adjusting the pretest scores, group spirituality therapy significantly increased the general health of aggressive students ($p<0.001$). Moreover, the effect of group spirituality therapy on improving the general health of aggressive students was computed as 60.8%. Additionally, the experimental group's mean modified posttest scores were 14.19 and less than the control group, i.e., 28.15.

Conclusion: According to the current study findings, group spirituality therapy is an appropriate method for improving the general health of aggressive students. Spirituality therapy can be considered a complementary therapeutic method to prevent students' psychological problems related to aggressive behavior.

Keywords: Spirituality therapy, General health, Aggression, Student.

Copyright © 2016, 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۳۳.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطه

محمدالیاس امیریان[۱]، *ولی مهدی‌نژاد[۲]، محمود شیرازی[۳]

توضیحات نویسندگان

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

۲. 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.

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

تاریخ دریافت: ۲۱ شهریور ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ مهر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: خشونت و پرخاشگری با طیف وسیعی از مشکلات جسمی و روانی و به‌طورکلی سلامت عمومی در ارتباط است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطه بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پرخاشگر دورهٔ متوسطهٔ دوم شهر ایرانشهر به تعداد ۱۳۶ نفر تشکیل دادند که به‌علت پرخاشگری دارای پرونده در مراکز مشاوره در مدارس پسرانه بودند. چهل نفر که دارای سطح بیشتر پرخاشگری براساس نمرات پرسشنامهٔ پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰نفری (گواه و آزمایش) قرار گرفتند. سپس با استفاده از پرسشنامهٔ سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) نمرهٔ سلامت عمومی در مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌دست آمد. گروه آزمایش در جلسه‌های معنویت‌درمانی گروهی به‌مدت هشت جلسه (دو روز در هفته و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه) شرکت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای ارائه نشد. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) به‌کار رفت و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$) و میزان تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر ۶۰/۸درصد بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، معنویت‌درمانی گروهی روشی مناسب به‌منظور ارتقای سلامت عمومی برای دانش‌آموزان پرخاشگر است.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، سلامت عمومی، پرخاشگر، دانش‌آموز.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

۱ مقدمه

در قرون گذشته انسان بیش از هر خطر دیگری درمعرض بیماری‌های واگیردار قرار داشت؛ اما امروز به مناسبت تحولاتی که در شرایط بهداشتی اکثر نقاط دنیا روی داده است، کمتر با مخاطراتی از این نوع مواجه است. آنچه امروز چشمگیرتر است، وجود بیش از پیش اختلالات روانی است. مشکلات روان‌شناختی تأثیر بسیار محسوسی بر کل افراد جامعه به‌ویژه نوجوانان و جوانان می‌گذارد. یکی از اختلالات رفتاری شایع در بین نوجوانان، پرخاشگری است (۱). پرخاشگری، رفتار فیزیکی کاملاً آشکاری است و هدف آن صدمه‌زدن به شخص یا گروهی می‌باشد که باعث اجتناب دیگران یا مقابله به مثل آنان می‌شود. پرخاشگری درواقع حالتی از ناتوانی در کنترل خشم در انسان است و زمانی رخ می‌دهد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی بر هم بخورد (۲). پرخاشگری از مسائل بسیار بااهمیت دورهٔ نوجوانی است. این در حالی است که قلدری و پرخاشگری می‌تواند پیامدهای منفی زیادی برای آنان داشته باشد (۳). 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 است که پرخاشگری دوران کودکی عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ بزهکاری، افسردگی، افت تحصیلی و سوءمصرف مواد در سنین بیشتر است (۴). این اختلال در کودکی و نوجوانی نسبتاً شایع است؛ اما در پسران بیش از دختران مشاهده می‌شود. در طبقه‌بندی جدیدتر تشخیص آماری اختلالات روانی[1] از آن به‌عنوان اختلال سلوک یاد می‌گردد (۵). خشونت و پرخاشگری را از این منظر که در محدودهٔ روابط متقابل اجتماعی تجلی و بروز می‌یابند، می‌توان پدیده‌های روانی_ اجتماعی تلقی کرد (۶).

در پژوهش مگوئر و همکارانش به گزارش سازمان بهداشت جهانی اشاره شده است که نشان می‌دهد درصد ابتلا به خشونت در کشورهای مختلف در جمعیت کمتر از ۱۶ سال از ۱۲تا۲۹درصد متغیر است (۱). تغییرات روانی_ اجتماعی، شناختی و بیولوژیک در دورهٔ نوجوانی و جوانی، فرصت‌های تحولی بی‌شماری را برای نوجوانان و جوانان فراهم می‌کند تا در رفتارهایی درگیر شوند که به‌طور ضمنی در اتخاذ سبک زندگی همراه با سلامتی یا به‌خطرانداختن سلامتی اهمیت دارد. ازطرفی نوجوانان به کشف موقعیت‌های مخاطره‌ای تمایل دارند و این امر ظرفیت آن‌ها را برای نداشتن زندگی طولانی و حتی مرگ افزایش داده است. روان‌شناسان این‌گونه مطرح می‌کنند که نوجوانی، دورهٔ رفتارهای پرخطر و افزایش اکتشاف است (۷). پرخاشگری معمولاً در سنین کودکی شروع می‌شود و در سن ۱۵تا۱۹سالگی به اوج خود می‌رسد (۸).

پژوهش‌های محققان در سال‌های اخیر، ارتباط عوامل گوناگونی را با خشونت و پرخاشگری در زندگی روشن می‌کند؛ ازجمله مشکلات عاطفی در کودکی، طردشدن از سوی والدین، تبعیض‌قائل‌شدن بین فرزندان، رقابت‌های ناسالم در خانواده، هوش کم، تکانشی‌بودن، فقدان همدلی، فقدان مهارت‌های شناختی و اجتماعی، درد و بدرفتاری جسمانی و مصارف دارویی نظیر متافتامین است (۹). استفاده از رویکردهای معنوی در درمان بیماری‌های روانی اولین‌بار توسط ویلیام جیمز[2]، فیلسوف و روان‌شناس آمریکایی، مطرح شد. به گفتهٔ او، ایمان بدون شک درمان مؤثرتر اضطراب است. او اضافه می‌کند ایمان نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و فقدان ایمان زنگ خطری است که ناتوانی انسان را دربرابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد (به نقل از ۱۰). درواقع در پژوهش‌های بسیاری از معنویت به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت روان و داشتن امید یاد شده است (۱۱). این پژوهش‌ها با تأکید بر اینکه معنویت یکی از ابعاد چهارگانهٔ وجودی انسان است، پروتکل‌های درمانی مبتنی‌بر معنویت را دارای خاصیت درمانی می‌دانند (۱۰). استفاده از روش‌های معنویت‌درمانی در پژوهش‌های پیشین برای کمک به زنان مبتلا به سرطان سینه نتایج موفقی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران نشان داد؛ به‌طوری‌که اثر معنویت‌درمانی با روش‌هایی همچون رفتاردرمانی شناختی مقایسه‌شدنی بود (۱۲). همچنین در مطالعه‌ای که امیریان فضیلت‌پور انجام دادند، رابطهٔ مستقیم و معناداری بین هوش معنوی با سلامت عمومی و شعف در ۳۸۴ دانش‌آموز مشاهده شد (۸). ساجد و همکاران به بررسی اثر معنویت‌درمانی با قرآن بر ۱۲۱ بیمار مبتلا به اختلال روانی پرداختند و نتایج مطالعه بهبود معناداری را در مؤلفه‌های سلامت روان آن‌ها نشان داد (۱۳).

روان‌درمانگران شیوه‌های مختلفی را برای ارتقای هوش معنوی، بهبود سلامت روانی و اصلاح و تغییر رفتارهای پرخطر همچون خشونت و پرخاشگری به‌کار می‌برند تا به‌نوعی انسان را یاری دهند که بر این مشکلات فایق آید (۱۴). در حال حاضر، تنوع این شیوه‌ها به‌حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را مشکل می‌کند. کارآمدی این شیوه‌ها به‌تدریج به یکی از مسائل مهم روان‌درمانگران تبدیل شده است؛ بنابراین، توجه خاصی به این نکته معطوف شده است که کدام شیوهٔ درمانی مؤثرتر است. یکی از روش‌های درمانی مطرح‌شده در سال‌های اخیر برای اصلاح رفتارهای خشونت‌بار و افزایش سلامت عمومی، معنویت‌درمانی است (۱۵). معنویت و رشد معنوی در انسان و نقش آن در بخش‌های مختلف زندگی، در چند دههٔ اخیر به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۱۱). این توجه و میل جهانی به موضوعات معنوی باعث شده است که برخی سازمان‌های بهداشتی مانند سازمان بهداشت جهانی به بازنگری تعاریف موجود دربارهٔ انسان و ماهیت بشر بپردازند. این سازمان در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی وی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مطرح می‌کند (۱۰). گسترش دامنهٔ بروز خشونت و پرخاشگری در جامعهٔ ایران، به‌ویژه در سال‌های اخیر از آسیب‌های بسیار جدی اجتماعی به‌شمار می‌رود (۸).

با درنظرگرفتن اینکه جامعهٔ کنونی ما در مرحلهٔ خودسازی و سازندگی به سر می‌برد، شایسته است که به نقاط مثبت و قابلیت‌های نوجوانان و جوانان که قشر چشمگیری از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند، توجهی خاص شود؛ بنابراین در مرحلهٔ نخست باید به شناخت دقیق استعدادها

[1]. Statistical diagnosis of mental disorders

[2]. William James

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

و ظرفیت‌های آن‌ها مبادرت ورزید و باتوجه به ظرفیت‌ها از واکنش روانی، شناختی و شخصیتی آنان به‌صورت علمی اطلاع یافت. این امر ضرورت انجام برخی از پژوهش‌های بنیادی و کابردی را روشن می‌کند. خلاصه اینکه انجام پژوهش‌هایی از این نوع موجب آگاهی مسئولان، متخصصان، اساتید و به‌خصوص خانواده‌ها دربارهٔ مسائل نوجوانان می‌شود و توجه به این قشر از جامعه را افزایش می‌دهد. دانش‌آموزان ذخایر ارزشمند این کشور هستند و سرنوشت آیندهٔ این جامعه در دست آنان است؛ بنابراین بررسی‌های دقیق امور عاطفی، رفتاری و روانی آن‌ها موجب می‌شود مکانیزم‌های ارتباط اجتماعی ارزیابی شود و دربارهٔ شیوهٔ خوشبختی و سلامتی آن‌ها بحث شود.

نظر به اینکه یکی از اهداف اصلی آموزش‌وپرورش شکوفاکردن استعداد دانش‌آموزان و افزایش سلامت آنان و کاهش خشونت، پرخاشگری و دیگر مشکلات رفتاری آن‌ها است و باوجود تأثیر درخورتوجه معنویت بر کاهش این مشکلات و افزایش سلامت عمومی و باتوجه به بررسی پیشینه، تاکنون پژوهشی مدون دربارهٔ تأثیر معنویت‌درمانی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در ایران انجام نشده است. این مطالعه برای اولین بار در مناطق محروم کشور که درگیر مسائل اجتماعی و فرهنگی خاص خود می‌باشد، ضمن بررسی مؤلفه‌های سلامت عمومی در نوجوانان پرخاشگر، با به‌کارگرفتن شیوه‌های معنویت‌درمانی گروهی، اثربخشی این روش درمانی را بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم شهر ایرانشهر بررسی کرد؛ بنابراین هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطه بود.

۲ روش‌بررسی

این تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان پرخاشگر دورهٔ متوسطهٔ دوم شهر ایرانشهر در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ به تعداد ۱۳۶ نفر تشکیل دادند. این دانش‌آموزان به‌علت پرخاشگری دارای پرونده در مراکز مشاوره در مدارس پسرانه بودند. برای گردآوری داده‌های تحقیق به‌صورت میدانی، با مراجعه به مدارس و با مشورت با مشاوران مدارس و بررسی پروندهٔ دانش‌آموزان، دانش‌آموزان مشکوک به پرخاشگری شناسایی شدند. سپس پرسشنامهٔ پرخاشگری[1] (۱۶) بر آن‌ها اجرا شد. پس از تجزیه‌وتحلیل این پرسشنامه ۴۰ نفر از دانش‌آموزان واجد شرایط که دارای نمرهٔ بیشتر پرخاشگری بودند و یادداشت‌های پروندهٔ مشاوران نیز آن سطح از پرخاشگری را تأیید می‌کرد و همچنین حاضر به همکاری با محقق بودند، مطابق با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند و پرسشنامهٔ سلامت عمومی[2] (۱۷) بر آن‌ها اجرا شد. پس از برگزاری پیش‌آزمون گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه به‌صورت چهار هفته، دو روز در هفته و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه در دورهٔ معنویت‌درمانی گروهی شرکت کرد و گروه گواه هیچ نوع مشاوره یا درمانی در این مدت دریافت نکرد. بعد از تمام‌شدن دوره برای گروه آزمایش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان پرخاشگر به مطالعه شامل دریافت نمرهٔ بیشتر در پرسشنامهٔ پرخاشگری (۱۶)، تمایل به همکاری با محقق، دریافت رضایت‌نامهٔ اختیاری و آگاهانه، نداشتن مشکل روانی خاص و داشتن پرونده به‌علت پرخاشگری در مرکز مشاورهٔ مدرسه بود. ملاک‌های خروج آن‌ها از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله و نداشتن تمایل به ادامهٔ شرکت در مطالعه بود. لازم به ذکر است که مطالعه با آگاهی از اصول بیانیهٔ هلسینکی ویرایش سال ۲۰۰۰ و طبق اصول مذکور انجام شد (به نقل از ۱۲).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه به‌شرح زیر بود.

ـ پرسشنامهٔ پرخاشگری: این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ ساخته شد که دارای ۲۹ سؤال است (۱۶). در این پرسشنامه به‌جز سؤالات ۲۴ و ۲۹ که نمره‌گذاری آن‌ها برعکس می‌شود، در بقیهٔ سؤالات گزینهٔ «بسیار زیاد» نمرهٔ ۵ و گزینهٔ «اصلاً» نمرهٔ ۱ می‌گیرد. پرسشنامه چهار جنبه از پرخاشگری را ارزیابی می‌کند که شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت است (۱۶). سامانی به‌شیوهٔ بازآزمایی و محاسبهٔ ضریب همبستگی گشتاوری، ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه را برابر با ۰/۷۸ گزارش کرد و در مطالعهٔ خود نشان داد که این پرسشنامه دارای پایایی و روایی مناسب برای کاربرد در جمعیت ایرانی است (۱۸). همچنین پایایی نسخهٔ اصلی پرسشنامه ۰/۸۰ عنوان شد (۱۹). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامهٔ پرخاشگری ۰/۹۰۳ به‌دست آمد.

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی: در این پژوهش برای سنجش سلامت عمومی آزمون‌شوندگان از پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر حاوی ۲۸ سؤال استفاده شد که در سال ۱۹۷۹ ساخته شد (۱۷). سؤال‌های پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد، مشتمل بر چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است و هر کدام از آن‌ها هفت سؤال دارد. سؤال‌های هر مقیاس به‌ترتیب و پشت سر هم آمده است. این پرسشنامه اطلاعات را با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (۳، ۲، ۱، ۰) می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به گزینهٔ اصلاً نمرهٔ صفر، در حد معمول نمرهٔ یک، بیش از حد معمول نمرهٔ دو و خیلی بیشتر از حد معمول نمرهٔ سه، تعلق می‌گیرد. نمرهٔ ۱۴ یا بیشتر در خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ وخامت وضع آزمودنی در آن عامل است. با جمع نمرات فرد در مقیاس‌های چهارگانه نیز نمرهٔ کلی فرد در پرسشنامهٔ سلامت عمومی به‌دست می‌آید (۱۷). تقوی در ایران این پرسشنامه را هنجاریابی کرد که اعتبار آن در جمعیت بومی ایران از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شد و به‌ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد (۲۰).

خلاصه‌ای از برنامهٔ دورهٔ معنویت‌درمانی در جدول ۱ شرح داده شده است. این دوره به‌طور کامل توسط محقق اول اجرا شد. پروتکل مذکور از پژوهش زمانیان و همکاران (۲۱) اقتباس‌شد.

[1]. Aggression Questionnaire

[2]. General Health Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

جدول ۱. شرح جلسات معنویت‌درمانی

جلسه	محتوای جلسه	تکالیف هر جلسه
اول	معرفی درمانگر، برقراری رابطهٔ درمانی، ایجاد امید، ایجاد شکایت همدلانه و توجه به شکایت دانش‌آموزان، عقد قرارداد درمانی، صورت‌بندی و مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان با تکیه بر الگوهای روان‌شناختی و معنوی، بحث دربارهٔ پیش‌فرض‌های انسان معنوی.	بحث و جست‌وجو در رابطه با تعاریف و مزایای معنویت و تحقیق دربارهٔ بیوگرافی افراد مشهور معنوی و همچنین فراهم‌کردن بیوگرافی معنوی دانش‌آموزان.
دوم	ایجاد ارتباط با جلسهٔ قبل، توجه به مشکلات عمده و دارای اولویت، بحث دربارهٔ پرخاشگری و نقش آن در زندگی انسان معنوی، تبیین ارتباط بین افسردگی و گناه.	تمرین درک در محضر خدا بودن، تمرین تصویرسازی ذهنی مثبت دربارهٔ خداوند، به اشتراک‌گذاشتن تجربه‌های یکدیگر از تمرین وقوف (ذهن‌آگاهی).
سوم	دریافت بازخورد از مراجعان، بحث دربارهٔ برخی از پیش‌فرض‌های انسان معنوی ازجمله نگاه مبتنی به رحمت خداوند بر انسان و تسلیم به قضای الهی، بحث دربارهٔ جایگاه نظم و جایگاه آن در زندگی انسان معنوی و تمرین نظم در زندگی.	انجام مدیتیشن، تمرین منظم‌بودن در زندگی روزمره.
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.	انتخاب یک دعا و تکرار آن در طول روز.
پنجم	بحث دربارهٔ توکل، نکات عملکردی مربوط به توکل، بحث دربارهٔ عقل و اهمیت آن در زندگی انسان معنوی، بحث دربارهٔ طبیعت زندگی دنیا و بلندی‌ها و پستی‌های آن.	تمرین عفو و بخشش، مراقبهٔ شفقت، تمرین فنون توکل.
ششم	ارائهٔ بازخورد به مراجعان، بحث دربارهٔ ماندگاربودن کمالات نفسانی در دنیا، شناخت خداوند و ارتباط مخلوقات با خدا، شناخت و بحث دربارهٔ صبر و نقش آن در افسردگی.	انجام مراقبهٔ بخشش، تکرار دعای سنت فرانسیس آسیسی (این دعا توسط طراحان پروتکل انتخاب شده است).
هفتم	ارائهٔ تجارب و نگرش‌های حمایتگر از طرف دانش‌آموزان، 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).	سعی در یافتن جهت‌گیری‌های شخصی خود درقبال مسائل تنش‌زای روزمره و آماده‌کردن گزارش آن برای بحث در جلسهٔ بعد (پاسخ‌دادن به این پرسش که آیا واقعاً آنچه انجام می‌دهید، با آنچه باید انجام دهید فرق می‌کند).
هشتم	بازبینی تکالیف و ارائهٔ بازخورد مثبت، بررسی تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی، جست‌وجوی معنا از 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.	تمرین ساختن معنا براساس دستورعمل‌های پروتکل، مروری بر جلسات قبل و جمع‌بندی کلی.

برای تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) به‌کار رفت که پیش‌فرض‌های آن شامل فرض نرمال‌بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌ها به‌ترتیب توسط آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنوف و آزمون لون بررسی شد. لازم به ذکر است که سطح معناداری تمامی آزمون‌های ذکرشده ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، در ۲۰ دانش‌آموز پرخاشگر گروه گواه، میانگین سلامت عمومی در پیش‌آزمون ۱۴/۹۲±۲۹/۹۵ و در پس‌آزمون ۱۵/۲۲±۲۸/۳۵ به‌دست آمد. همچنین در ۲۰ دانش‌آموز پرخاشگر گروه آزمایش، میانگین سلامت عمومی در پیش‌آزمون ۱۲/۰۸±۲۹/۵۵ و در پس‌آزمون ۱۴±۳۱/۳۵ بود.

برای کنترل اثر پیش‌آزمون به‌منظور تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس حاکی‌از برقراری پیش‌فرض نرمال‌بودن متغیرها بود؛ بنابراین داده‌ها دارای توزیعی نرمال بودند (p>۰/۰۵). نتایج آزمون لون در متغیر سلامت عمومی معنادار نبود که رعایت پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها را نشان داد (p=۰/۰۵۱). باتوجه به برقراربودن مفروضه‌ها برای بررسی اثر مداخله در متغیر بررسی‌شده، آزمون تحلیل کوواریانس روی نمرات پس‌آزمون انجام گرفت. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

جدول ۲. تحلیل کوواریانس تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب تأثیر ($\eta 2$)
پیش‌آزمون	۶۶۲۷/۷۸۹	۱	۶۶۲۷/۸۷۹	۱۹۵/۱۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
گروه	۱۹۴۸/۵۷۸	۱	۱۹۴۸/۵۸۷	۵۷/۳۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
خطا	۱۲۵۶/۶۷۱	۳۷	۳۳/۹۶۴	-	-	-

طبق نتایج جدول ۲ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر تأثیر معناداری دارد (p<۰/۰۰۱) و میزان تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر ۶۰/۸درصد است.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش برابر با ۱۴/۱۹ است و کمتر از گروه گواه (۲۸/۱۵) است.

جدول ۳. میانگین نمرات تعدیل‌شدهٔ پس‌آزمون سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر در گروه‌های گواه و آزمایش

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصلهٔ اطمینان ۰/۹۵	
			سطح کم	سطح زیاد
گواه	۲۸/۱۵	۱/۳۰۳	۲۵/۵۱	۳۰/۹
آزمایش	۱۴/۱۹	۱/۳۰۳	۱۱/۵۵	۱۶/۸۳

۴ بحث

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر پرخاشگر در دورهٔ متوسطه بود. نتایج تحقیق نشان داد که معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر تأثیر معناداری داشته است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ساجد و همکاران (۱۳)، دِو و همکاران (۱۴)، ثقةالاسلام و همکاران (۱۵) و زمانیان و همکاران (۲۱) همسوست. مطالعات فراوانی مبین اثربخشی معنویت‌درمانی بر طیف وسیعی از مشکلات روحی و روانی است؛ اما جست‌وجوی منابع اینترنتی، پژوهش علمی و معتبری را نشان نداد که بیانگر اثربخش‌نبودن این روش درمانی باشد. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که بر این فرض استوار هستند: ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار می‌دهند و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهند. با معنویت‌درمانی می‌توان از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان مشکلات رفتاری همچون خشونت استفاده کرد (۸). آنچه در معنویت‌درمانی اهمیت دارد، جنبهٔ معناگرایانهٔ آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت‌درمانی می‌توانند جنبهٔ رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند (۸).

یافتهٔ به‌دست‌آمده مبنی‌بر افزایش سلامت عمومی با استفاده از معنویت‌درمانی گروهی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که استفاده از رویکردهای معنوی در زندگی روزانه منجربه به‌کارگیری رفتارهای صحیح و مبتنی‌بر معنویت و اخلاق می‌شود و تداوم این روند باعث بهبود کیفیت سلامت خواهد شد (۱۴). همچنین ترمبلای و ایوارت در پژوهش خود نشان دادند، ارزش‌های انسانی با AQ[1] که به‌عنوان شاخص مبین «هوش نحوهٔ مقابله با سختی‌ها و مشکلات و تولید خروجی مثبت از ورودی‌های منفی و نهایتاً دستیابی به شکوفایی» است، ارتباط معنادار و مستقیمی دارد. آن‌ها دریافتند که درک معنویت‌درمانی و تأثیر آن بر بهبود سلامت روان و به‌تبع آن کنترل رفتارهای خشونت‌آمیز، می‌تواند موجب ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت روان شود (۱۹). همسوبودن نتیجهٔ مطالعهٔ آن‌ها در ارتباط با نتایج مطالعهٔ حاضر این‌گونه توجیه می‌شود که رویکرد انسان معنوی به زندگی به‌گونه‌ای است که منطبق بر بهبود پنج بعد تعیین‌کنندهٔ AQ یعنی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، پذیرابودن، توافق و وجدانی‌بودن است. ازطرفی ارتقایافتن در درجهٔ AQ از مؤلفه‌های سلامت است. محققان به این نتیجه رسیده‌اند که در خانواده‌های دارای معنویت زیاد، خشونت فرزندان کمتر مشاهده می‌شود (۴). بر این اساس می‌توان گفت، سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانهٔ سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و باعث ارتقای سلامت عمومی می‌شود؛ همچنین سایر ابعاد سلامت را هماهنگ می‌کند که این کار سبب افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود (۱۴). سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی و داشتن 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 (۱۵). این چنین ایمان و اعتقادی به انسان کمک می‌کند

[1]. Adversity Quotient

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

تا مسئولیت خارج از توان خود را به خدا واگذار کند و بداند که خداوند قادر مطلق و گردانندهٔ جهان خلقت است. از نظر بسیاری از معنویت‌گرایان و ازجمله دینداران و به‌ویژه در نگرش مسلمانان، ایمان به خداوند متعال به فرد احساس امنیت می‌دهد. انسان معنوی در صورت رویارویی با بحران‌ها و مصیبت‌ها خدا را در کنار خود حس می‌کند و به این ترتیب دلگرم و امیدوار می‌شود. عامل نخست و مهم‌تر مربوط به تأثیر ویژهٔ معنویت‌درمانی بر بهبود، نگرش و تفسیر فرد دربارهٔ زندگی است (۱۰). بر این اساس روان‌درمانگران می‌توانند ازطریق آموزش ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها و انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی برای بهبود و درمان بیماری استفاده کنند و معناگرایی را در قالب اصول و عادات دین و مذهب تجلی دهند و به‌وسیلهٔ رفتارهای معنوی فرد را به آرامش برسانند (۱۵). این رفتار می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت روان و ترک رفتارهای مضر برای سلامت روحی و روانی قادر سازد؛ چراکه افراد دارای اعتقادات معنوی قوی، موانع را با بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار از سر راه خود برمی‌دارند و دربرابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند؛ همچنین در هنگام مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و خشمگین‌کننده می‌توانند خشم خود را کنترل کنند (۱۵)؛ بنابراین معنویت‌درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها به‌ویژه اختلال‌های روان‌شناختی همچون خشونت مطرح است (۱۱).

سلامتی به‌معنای وجودنداشتن بیماری تلقی نمی‌شود؛ بلکه پویایی، بالندگی و دارابودن معنا و هدف در زندگی از ملاک‌های مهم سلامت عمومی 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 رهنمون کند (۱۰). معنویت از جنبه‌های مهم‌تری است که فرد را به این سطح راهنمایی می‌کند؛ زیرا معنویت از نیازهای بسیار مهم انسان امروزی است؛ بنابراین زمان آن رسیده است که راهکارهای معنوی با نظریه و روش علمی روان‌درمانی ترکیب شوند (۱۲).

در طول تاریخ، مکاتب گوناگون انسانی و روان‌شناسی به‌دنبال ارائهٔ راه‌حل‌هایی بوده‌اند و به انسان و نیازهای او توجه کرده‌اند. مطالعات معنوی در روان‌شناسی موضوعی اساسی است و توجه به آن‌ها در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. معنویت شامل ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین، درخصوص بودن و داشتن معنا در زندگی است که این باورها با جنبه‌های گوناگون زندگی ازجمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی در ارتباط هستند (۸).

در این مطالعه با استفاده از روش‌های مبتنی‌بر معنویت‌درمانی برای افزایش سلامت عمومی در نوجوانان به‌عنوان گروهی از جامعه با شیوع بیشتر پرخاشگری سعی شد؛ همان‌طورکه نتایج این مطالعه نشان داد، معنویت‌درمانی به‌طور معناداری باعث افزایش سلامت عمومی در گروه آزمایش شد؛ درحالی‌که در گروه گواه که معنویت‌درمانی را دریافت نکرد، تغییرات معنادار نبود.

از محدودیت‌های تحقیق که باید برای بسط و عمومیت‌دادن این روش درمانی در مطالعات آتی در نظر گرفته شود، می‌توان به محدودیت روش جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. ابزار به‌کاررفته در این تحقیق پرسشنامه بود که افراد ممکن است به دلایل مختلف واقعیت‌ها را منعکس نکرده باشند. برای رفع این کمبود بهتر بود از مصاحبه و مشاهده یا سایر روش‌ها در صورت امکان استفاده می‌شد که به‌دلیل محدودیت‌های زمانی، منابع و امکانات این امر میسر نشد. همهٔ عوامل مداخله‌گر مثل پایگاه اجتماعی و اقتصادی، سلامت روان‌شناختی و تیپ شخصیتی در این مطالعه کنترل نشدند. این تحقیق در بین دانش‌آموزان پرخاشگر در مدارس پسرانهٔ دورهٔ متوسطهٔ دوم شهر ایرانشهر انجام پذیرفت؛ بنابراین تعمیم‌پذیری یافته‌ها به دانش‌آموزان دختر و سایر دانش‌آموزان پسر در مقاطع تحصیلی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

نتایج این مطالعه می‌تواند مدنظر مشاوران مدارس برای افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر قرار گیرد و در صورت امکان برای آن‌ها دوره‌های معنویت‌درمانی با اجرای فرد متخصص در این زمینه برگزار کنند. توصیه می‌شود روان‌شناسان برای درمان خشونت و مشکلات روانی همراه با خشونت از روش معنویت‌درمانی بیشتر استفاده کنند؛ چراکه براساس نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات گذشته این روش می‌تواند بسیار مؤثر واقع شود؛ همچنین خانواده‌های دارای کودک پرخاشگر باید سطح معنویت را در محیط خانواده تقویت کنند و فضای معنوی را در خانواده به‌وجود آورند؛ به‌علاوه مقایسهٔ اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت عمومی نوجوانان پرخاشگر با سایر روش‌های درمانی انجام پذیرد و همچنین در دختران نوجوان پرخاشگر بررسی شود و یافته‌های آن با نتایج تحقیق حاضر مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان پرخاشگر به‌عنوان قشر مهمی از جامعه که سلامت عمومی در آن‌ها اهمیت بسزایی در سلامت جامعه دارد، می‌توان از این روش به‌منزلهٔ روشی کاربردی برای افزایش سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن استفاده کرد؛ همچنین به‌عنوان انتخابی مؤثر مدنظر کارکنان و تصمیم‌گیرندگان بخش سلامت و آموزش قرار گیرد.

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 مطالعه‌شده از ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهر زاهدان با شمارهٔ ۲۱۰/۶۰۲۵۷ اخذ شده است. از شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامهٔ اختیاری و آگاهانه دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول اجرای پژوهش، جمع‌آوری 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. Maguire BJ, Browne M, O'Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O'Meara P. International survey of violence against ems personnel: physical violence report. Prehosp Disaster Med. 2018;33(5):526–31. doi: 10.1017/S1049023X18000870
2. Yanagida T, Strohmeier D, Spiel C. Dynamic change of aggressive behavior and victimization among adolescents: effectiveness of the ViSC program. J Clin Child Adolesc Psychol. 2019;48(sup1):S90–104. doi: 10.1080/15374416.2016.1233498
3. Hong JS, Ryou B, Wei H-S, Allen-Meares P, Espelage DL. Identifying protective factors that potentially buffer the association between peer victimization and weapon-carrying behavior among US adolescents. School Psychology International. 2019;40(4):381–402. doi: 10.1177/0143034319843964
4. Pouwels JL, Hanish LHD, Smeekens S, Cillessen AHN, van den Berg YHM. Predicting the development of victimization from early childhood internalizing and externalizing behavior. Journal of Applied Developmental Psychology. 2019;62:294–305. doi: 10.1016/j.appdev.2019.02.012
5. Lorber MF. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. Psychol Bull. 2004;130(4):531–52. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.531
6. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. J Adv Nurs. 2000;31(2):452–60. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x
7. Spilková J. Leisure time preferences and health-risk behavior of teenagers in the post-communist Central European countries. Children's Geographies. 2015;13(4):435–50. doi: 10.1080/14733285.2013.848742
8. Amirian M-E, Fazilat-Pour M. Simple and multivariate relationships between spiritual intelligence with general health and happiness. J Relig Health. 2016;55(4):1275–88. doi: 10.1007/s10943-015-0004-y
9. Duggins SD, Kuperminc GP, Henrich CC, Smalls-Glover C, Perilla JL. Aggression among adolescent victims of school bullying: Protective roles of family and school connectedness. Psychology of Violence. 2016;6(2):205–12. doi: 10.1037/a0039439
10. Miner M, Dowson M. Spirituality: perspectives from psychology. In: de Souza M, Bone J, Watson J. Spirituality Across Disciplines: research and practice. Cham: Springer International Publishing; 2016. pp: 165–78. doi: 10.1007/978-3-319-31380-1_13
11. Alorani OI, Alradaydeh MF. Depression, aggression and spiritual well-being among the university students in Jordan. European Scientific Journal. 2017;13(3):269–80.
12. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Mousavi M, Akbari ME. Effect of cognitive-behavioral therapy and spiritual-religious intervention on improving coping responses and quality of life among women surviving from breast cancer. European Psychiatry. 2017;41:S775. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1467
13. Saged AAG, Mohd Yusoff MYZ, Abdul Latif F, Hilmi SM, Al-Rahmi WM, Al-Samman A, et al. Impact of Quran in treatment of the psychological disorder and spiritual illness. J Relig Health. 2020;59(4):1824–37. doi: 10.1007/s10943-018-0572-8
14. Dev RDO, Kamalden TFT, Geok SK, Abdullah MC, Ayub AFM, Ismail IA. Emotional intelligence, spiritual intelligence, self-efficacy and health behaviors: implications for quality health. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences. 2018;8(7):794–809. doi: 10.6007/IJARBSS/v8-i7/4420
15. Seghatoleslam T, Habil H, Hatim A, Rashid R, Ardakan A, Esmaeili Motlaq F. Achieving a spiritual therapy standard for drug dependency in Malaysia, from an Islamic perspective: brief review article. Iran J Public Health. 2015;44(1):22–7.
16. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452–9. doi: 10.1037//0022-3514.63.3.452
17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–45. doi: 10.1017/s0033291700021644
18. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;13(4):359–65. [Persain] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-356-en.pdf
19. Tremblay PF, Ewart LA. The Buss and Perry Aggression Questionnaire and its relations to values, the Big Five, provoking hypothetical situations, alcohol consumption patterns, and alcohol expectancies. Personality and Individual Differences. 2005;38(2):337–46. doi: 10.1016/j.paid.2004.04.012
20. Taghavi S. Validity and reliability of the General Health Questionnaire (ghq-28) in college students of Shiraz Universi1y. Journal of Psychology. 2002;5(4):381–98. [Persian]
21. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. Iranian Journal of Medical Sciences. 2016;41(2):140–4.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.32.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.31]