مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای ، شماره ۱۵، بهار ۱۳۹۸جلد۲، ص۱۱۷-۱۰۵
http://www.jase.ir

مشاوره معنوی؛ ظرفیتی برای بهبود کیفیت زندگی

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال پنجم)
شماره ۱۵ / بهار ۱۳۹۸ / ص ۱۱۷-۱۰۵

مصطفی کوچکزائی[۱]، مجیدرضا فیضیان[۲]

[۱]کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۲] پژوهشگر تربیت و رسانه، اندیشکده تمدن، رسانه و تربیت ، پژوهشگاه شهید صدر، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:
مصطفی کوچکزائی

چکیده

مقدمه و هدف: معنویت کانون اعتقاد فرد به موجودی الهی و پذیرفتن تاثیر مثبت این کمال مطلق بر زندگی است که بازتابی از عقاید جامع شناختی، فلسفی و روان‌شناختی او و یکی از ابعاد جدانشدنی مراجعین و مشاوران است.مطالعه حاضر با هدف توجه هرچه بیشتر به مشاوره معنوی به عنوان عاملی اثربخش در بهبود کیفیت زندگی مراجعان و گسترش ابعاد علمی آن انجام شده است.

روش: در این پژوهش به شیوه مرور روایتی خلاصه‌ای از مطالعات حوزه معنویت که مرتبط با عنوان پژوهش هستند ارائه شده، نقاط قوت و ضعف آنها بیان شد و با روش ترکیب کیفی نتیجه‌گیری و نقدی در مورد جایگاه مشاوره معنوی در جامعه علمی و کیفیت زندگی مردم ارائه گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مرور مطالعات موجود در این حوزه رسیدن به اهمیت پرداختن به موضوع مشاوره با رویکرد معنوی و ضرورت تدوین پروتکل‌هایی برای ارائه خدمت بود. با توجه به نقش معنویت در کلیه حوزههای سلامت به خصوص حوزه روان و اهمیت پرداختن به این مهم در مشاوره، همچنین اثربخشی بالای مشاوره معنوی در ارتقای کیفیت زندگی لازم دیدیم پژوهشی در این راستا انجام داده و به جمع‌آوری شواهد گذشته، نقد و بررسی آنها و ارائه راهکارهایی برای جهت‌دهی به مطالعات آینده بپردازیم.

مقدمه

معنویت بعد جدا نشدنی انسان است که به زندگی رونق، معنا و حیات واقعی می‌بخشد. بدون معنویت زندگی سراب، پوچ و خالی از لطف است. معنویت بعدی از وجود انسان است که فرارونده است و انسان را با افراد دیگر، طبیعت و هستی متصل می‌کند. پیامبران برای احیای این بعد بسیار مهم مأموریت داشته‌اند و اگر پیروانی وفادار علی‌رغم فشارها و موانع بسیار زیاد، پیرامون خود گردآورده‌اند به خاطر وجود اصیل معنویت در سویدای دل پیروان آنان بوده است. انسان در جستجوی خود معنوی[۳] است چون پاره‌ای از اصیل‌ترین قسمت خود است و تا این قسمت را نیابد، آرام و قرار نمی‌گیرد، زندگی‌اش بی‌هدف و مرگش خالی از معنا و مفهوم می‌گردد، ابهام در زندگی برایش اتفاق می‌افتد، پوچی، بی‌هدفی و خلأ وجودی به‌تدریج در زندگی‌اش رسوخ پیدا می‌کند و افسرده و مضطرب می‌شود (غباری بناب و راقبیان، ۱۳۸۷).

معنویت سازه گسترده‌ای است که به طور کلی به باورها، اعتقادها و اعمال متعالی که کلی و فراگیرترند، اشاره دارد (والش[۴]، ۲۰۱۰). ممکن است فردی معنوی به خداوند متعال یا دنیای آخرت که همه ما برای آن تلاش می‌کنیم، معتقد باشد یا نباشد. منابع معنوی ممکن است دامنه‌ای از پیوندهای عبادی و مراسم عبادی گروهی تا اعمال بسیار شخصی مانند مراقبه داشته باشد؛ همچنین احتمال دارد شامل استفاده از اعتقادها و افکار شفادهنده سنتی و همچنین تجارب مقدس مذهبی که به سختی می‌توان آن را تعریف کرد و با زبان معمولی شرح داد، باشد. نظام باورهای معنوی و مذهبی، سوابق قبلی و تجارب کنونی فرد را تبیین می‌کنند و حتی برای بسیاری از افراد، پیش‌بینی کننده آینده‌اند و مسیری برای درک معنای غایی و نهایی زندگی و هستی، پیش روی فرد قرار می‌دهند (کریسپ[۵]، ۲۰۱۶).

خیلی از پژوهشگران خانواده، کیفیت زناشویی را با رضایت از آن همسان دانسته و اصطلاح‌های رضایت زناشویی و کیفیت زناشویی را به‌صورت مترادف استفاده می‌کنند، درصورتی‌که بین این دو اصطلاح تفاوت وجود دارد (نیلسون[۶]، ۲۰۰۵).

با توجه به اینکه ارتباط متغیرهای پژوهش حاضر در چندین پژوهش، مورد بررسی قرار گرفته است؛ مثلاً اثربخشی رویکرد معنوی مذهبی را بر کیفیت و رضایتمندی افراد دچار سرطان بررسی کرده‌اند و اثربخشی آن ثابت شده‌است، ما در این پژوهش بر آن شدیم تا اثربخشی این رویکرد را بر کیفیت زندگی زوجین و رضایت زناشویی زوجین ناسازگار بررسی کنیم. تا ببینیم که آیا اگر نمونه ما با شرایطی بحرانی همچون سرطان مواجه نباشند، اثربخشی این رویکرد، معنی‌دار می‌شود یا نه؟ چون در ذهن پژوهشگر این می‌گذشت که شرایطی که خیلی خطرناک و استرس‌آور باشد، نیاز معنوی افراد را برای مقابله افزایش می‌دهد؛ بنابراین با توجه به دلایل ذکرشده و با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی درزمینهٔ اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین ناسازگار انجام نشده‌است، هدف این پژوهش، بررسی این موضوع است.

روش

از آنجایی که تکثر آراء در حوزه معنویت بسیار زیاد است و فرضیه واحدی وجود ندارد، در این مقاله تلاش پژوهشگران بر این بود تا به شیوه مرور روایتی خلاصه ای از مطالعات موجود و اصیل حوزه معنویت که مرتبط با عنوان پژوهش هستند را ارائه کرده، به بیان نقاط قوت و ضعف پژوهش های موجود این حوزه بپردازند و در نهایت دانش و تجربیات خود را با مدل ها و فرضیه های استخراج شده ادغام کرده و با روش ترکیب کیفی یک نتیجه گیری کلی و نقد در مورد مشاوره گروهی با رویکرد معنوی ارائه دهند. همچنین در پایان پیشنهاداتی برای جهت دهی به پژوهش های آینده مطرح شده است. در ابتدا لیستی از کلیدواژه های مرتبط با عنوان کار برای جستجو در پایگاه های علمی تهیه شد که شامل معنویت، تعریف معنویت، مشاوره، تعریف مشاوره، اصول مشاوره، مشاوره گروهی، مشاوره گروهی با رویکرد معنوی، اصول مشاوره گروهی با رویکرد معنوی در پایگاه های فارسی و Spirituality، Definition of spirituality، consultation، Spiritual counseling، Principles of Consultation، consultation، counseling with a spiritual approach) بود. سپس این کلید واژه ها در پایگاه های مرجع علمی در ایران (SID، Irandoc، Ensani، Noormags، ISC) و در بین الملل (PubMed، SCOPUS، Google Scholar،

[3].spiritual Self
[4].Walsh, F.
[5] .Crisp, B. R.
[6]. Nielson, J. D.

ProQuest، Elsevier، Springer) جستجو شدند. به علاوه از کتب دینی نظیر قرآن ، نهج البلاغه، غرر الحکم و درر الکلام و تفاسیر قرآن نظیر تفسیر المیزان و نمونه برای استناد به آیات آورده شده و به عنوان منبع اشاره شده است. محدوده زمانی در نظر گرفته شده برای جستجوی مقالات از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۷ بود. بعد از تکمیل جستجو و یافتن مقالات، تعدادی از آنها به علت مرتبط نبودن با محتوا و اهداف پژوهش کنار گذاشته شدند. همچنین در حین انجام پژوهش از روانشناسان نظر خواهی گردیده است و در انتها با ایجاد اتاق فکر به شیوه بارش ذهنی با کمک چند تن از متخصصین رشته های مشاوره و روانشناسی و علوم دینی به بررسی مشاوره معنوی به عنوان ظرفیتی برای بهبود کیفیت زندگی پرداخته شد و در آخر به بررسی ورود جامعه نخبگانی ایران در حیطه مشاوره معنوی به بحث و بررسی منتهی شد.

مفهوم معنویت

مذهب در طول تاریخ با ارایه جهان بینی نظام فکری افراد را تحت تاثیر قرار داده است به گونه ای آن ها را بر آن داشته تا تجربه شخصی خود را با دیگران به اشتراک گذاشته و آن را منبعی برای تنظیم جامعه قرار دهند. موافقت یا مخالفت با حضور مذهب در اجتماع هر دو نشان از توان تاثیرگذاری آن بر شکل دادن مناسبات میان فردی و نظام های اجرایی است.

اما به طور مشخص در بعد فردی معنویت از قوی‌ترین نیروها در انسان در ابعاد فکری و احساسی است. اگرچه مفاهیمی ذهنی و دشوار در انتقال کلامی هستند، اما تجارب و شیوه‌هایی که در آن‌ها مذهب و معنویت به کیستی ما شکل می‌دهند، می‌توانند بسیار جالب‌توجه باشند. مذهب الهام‌بخش تهییج‌پذیری چشمگیری هم در افراد مذهبی و هم در افراد غیرمذهبی است. مذهب با فراهم آوردن اجتماعی از افراد برای معاشرت با یکدیگر و همچنین اساسی برای تعمق و رشد شخصی به مقدار زیادی بر زندگی عمومی و خصوصی افراد تأثیر می‌گذارد. همچنین نقش مذهب در روابط خانوادگی قابل‌توجه است، به‌عبارتی‌دیگر، چارچوبی برای زندگی اعضای خانواده فراهم می‌کند. به‌ویژه، مذهب بعد مهمی در مقابله‌های هیجان مدار است.

روانشناسان مشهوری مانند ویلیام جیمز[۷] (۱۹۰۲)، کارل یونک[۸] (۱۹۶۹) و گوردن آلپورت[۹] (۱۹۵۰)، از تجربه‌ای دینی[۱۰] و مطالعه این تجربه‌ها سخن گفته‌اند. بااین‌حال برای مدت‌های طولانی مطالعه دین و معنویت[۱۱] در روانشناسی مورد توجه چندانی قرار نگرفته است پارگامنت و ساندرز[۱۲] (۲۰۰۷)، دلیل این مسئله را این‌چنین مطرح می‌کنند، اول این‌که بعضی از روانشناسان معتقدند که روانشناسی یک علم است و از روش‌های علمی دقیق استفاده می‌کند، اما علوم دینی بیشتر جنبه فلسفی دارند. دوم این‌که موضوعات دینی گاهی با روح‌گرایی، مسمریسم[۱۳] و امور خرافی همراه است. درنهایت به دلیل اینکه در قرن بیستم روانکاوی و رفتارگرایی دو رویکرد قالب در روانشناسی بودند و این دو دیدگاه نیز تجربه دینی را نادیده می‌گرفتند، بنابراین مطالعات دین و معنویت کمتر موردتوجه روانشناسی قرار گرفت اما در دو دهه اخیر روانشناسی دین و مطالعات موضوعات معنوی به‌طور فزاینده‌ای موردتوجه روانشناسان قرارگرفته است. بیشترین مطالعات صورت گرفته در حوزه روانشناسی دین تحقیقات مربوط به رابطه دین و معنویت با سلامت روان است در اکثر این مطالعات یک رابطه مثبت بین باورهای دینی و معنویت با سلامت روان افراد یافت شده‌است (برای مثال رجایی، بیاضی و حبیبی پور، ۱۳۸۷؛ پارگامنت و ساندرز، ۲۰۰۷؛ پارگامنت، ؛ مارتیز، اسمیت و بارلو[۱۴]، ۲۰۰۷؛ هاج[۱۵]، ۲۰۰۶؛ کول[۱۶]، ۲۰۰۵).

تعریف معنویت

محققان از رشته‌های مختلف معنویت را به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی کرده و سعی کرده‌اند با توجه به اهدافی که در مطالعه خود دنبال می‌کنند از معنویت تعریفی هر چه دقیق‌تر ارائه دهند. معنویت کانون اعتقاد فرد به موجودی الهی و منشا اثر بودن این کمال مطلق است که

7.James, W
8.Jung, C.
9.Allport, G.
10.religious experience
11.spirituality
12.pargament, K. I. & Saunders, S. M.
13.mesmerism
14.Martinez, J. S. Smith, T. B. & Barlow, S. H.
15.Hage, S. M.
16.Cole, B. S.

بازتابی از عقاید جامع شناختی، فلسفی و روان‌شناختی او هست. گلیمبین[17] (۱۹۹۷)، بیان کرد که معنویت تجربه جستجوی معنا در زندگی و احساس پیوستگی در طول زندگی با موجود الهی است. معنویت همچنین به‌عنوان طرح معنادار و متجانس در زندگی و اعتقاد به خودکار آمدی بالا تعریف شده‌است (فری، دالمن، پیتون[18]، ۲۰۰۵).

معنویت به ارتباط متعالی بین فرد و موجود برتر اشاره دارد که فراتر از یک وابستگی مذهبی صرف است. برخی تعاریف از قابل قبول‌ترین تعریف‌های معنویت هستند، بااین‌حال، توافق کلی بر تعریف معنویت در روانشناسی بسیار کم است که می‌توان به علت تولد تازه معنویت در این رشته باشد که متمایز از مفاهیم مرسوم این سازه بوده و فرهنگ‌های وسیع‌تری را در برمی‌گیرد (امونز و پالوتزیان[19]، ۲۰۰۳).

ارثی بودن معنویت

اما مطالعاتی هم در خصوص وراثتی بودن توانایی‌ها و ظرفیت‌های معنوی انجام‌گرفته است که نشان می دهد انکار معنویت از سوی درمانگر لااقل در بعضی از موارد انکار ویژگی ذاتی مراجع و غیر منطقی است مثلا هامر[20] (۲۰۰۴) در مطالعاتی بر روی برادران و خواهران هم‌جنس که در آن گزارش از احساس تعالی خویشتن می‌دادند یک سهم ژنتیکی را مشاهده کرد. البته مسلماً یافتن شواهد مبنی بر ارثی بودن معنویت شاید کار آسانی نباشد. همان‌طوری که ایمونز[21] (۲۰۰۰) اشاره می‌کند به‌جای آن می‌توان به رابطه بعضی از ویژگی‌های شخصیتی که به نظر می‌رسد اساس وراثتی دارند با معنویت این اساس بیولوژیکی دین و معنویت را بهتر روشن کرد.

عصب‌شناسی تجربه‌های معنوی

بعضی از محققین مطالعاتی را انجام دادند تا مکان‌هایی را که در مغز مربوط به تجربه‌های معنوی است را مشخص سازند. برای مثال (دیوید سون و همکارانش، ۲۰۰۳؛ نقل از آرام و درایر[22]، ۲۰۰۷)، دریافتند کسانی که مراقبه عمیق به آموزش داده‌شده بود فعالیت کرتکس پیش پیشانی آن‌ها فعالیت بیشتری نسبت به سایر افراد داشت. بعضی از تحقیقات نشان دادند که ممکن است بخش‌های متفاوتی از سیستم عصبی مربوط به معنویت وجود داشته باشد. مثلاً سیستم لیمبیک برای تجربه‌های معنوی به‌ویژه تجربه‌های عرفانی از یگانگی و وحدت است (دی آکویلی و نیوبرگ، ۱۹۹۸؛ نقل از ایمونز، ۲۰۰۰).

دیدگاه روانشناسان در مورد دین و معنویت

اندیشه دینی و دین‌پژوهی در قرن نوزدهم و مخصوصا در قرن بیستم، ترقی و حتی تعالی شگرفی یافته است. یکی از اتفاقات حسنه قرن بیستم این بود که دانشمندان بزرگی چون پوانکاره[23]، ادینگتون[24] ماکس پلانک[25]، انیشتین[26]، هیزنبرگ[27] و دیگران در عین آنکه مجذوب پوزیتیویسم نشدند، شخصا دین‌دار یا به‌نوعی معتقد به حقایق دینی بودند و این امر برای عامه مردم که پیشرفت علمی را با دین و دیانت مخالف می‌دانستند، مایه تأمل و عبرت بود. پس از شلایر ماخر[28] (۱۸۳۱-۱۷۶۸) و امثال ویلیام جیمز (۱۸۲۴-۱۹۱۰)، دین‌پژوهانی چون رودلف اوتو[29]، فاندر لئو[30]، میرچاالیاده (۱۹۸۶-۱۹۰۷) و متکلمان و کلام‌شناسانی چون برونر[31] (۱۹۶۶ ـ ۱۹۱۰)، بارت[32] (۱۹۶۸- ۱۸۸۶)، بولتمان[33] (۱۹۶۷ ـ ۱۸۸۴)

17.Giblin, P. R.
18.Frey, B. B. Daaleman, T. P. & Peyton, V.
19.Emmons, R. A. & Paloutzian, R. F.
20.Hamer, D. H.
21.Emmons, R. A.
22.Amram, Y. & Dryer, C.
23.Poincare, H.
24.Eddington, A.S.
25.Plank, M.
26.Einstein, A.
27.Heisenberg, W.
28.Scheleiermacher, F.
29.Otto, R.
30.Leiv, F.
31.Brunner, E.
32.Barth, F.
33.Bultmann, R.

تیلیخ[۳۴] (۱۹۶۵ ـ ۱۸۸۶)، به عرصه آمده‌اند که آثار و آرائشان تأثیری دراز دامنه و دراز آهنگ بر فکر دینی و دین‌پژوهی قرن حاضر به‌جای گذارده است. حجم و تنوع و عمق آثار دینی که در غرب به سه زبان عمده منتشر می‌شود سالانه بیش از ۲۰۰۰ کتاب هست (میرچالیاده، ۱۳۷۴).

در اینجا به نظر برخی از روانشناسان و دانشمندان در مورد دین و معنویت اشاره می‌شود:

کارل یونگ

درحالی‌که فروید، دین را اساسا ناشی از روان آزردگی و نوعی عجز از جانب انسان دین‌دار در حل مشکلات خود دانست، یونگ[۳۵] می‌گوید که او برای تمام ادیان، ارزش واقعی قائل است. شیوه نگرش او از عبارت زیر روشن می‌شود: «در میان همه بیماران من که در نیمه حیات خود بودند. بیش از ۳۵ سال حتی یک مورد وجود نداشت که مشکل او در تحلیل نهایی، یافتن نوعی نگرش دینی نسبت به حیات نبوده‌است. با اطمینان می‌توان گفت که هر یک از آنان بیمار شده بودند زیرا چیزی را از دست داده بودند که ادیان زنده هر عصر به پیروان خود آمیخته بودند و هیچ‌یک از آنان تا هنگامی‌که دیدگاه دینی خود را از نو بازنیافتند، واقعا شفا پیدا نکردند»(یونگ، ۱۹۳۳، نقل از آذربایجانی، ۱۳۸۶).

یونگ بر وجود ارزش والای عامل مذهبی در روح یا جان آدمی تأکید دارد: روح یا جان آدمی فطرتا دارای کارکرد دینی است ... اما اگر این واقعیت تجربی وجود نداشت که در روح آدمی ارزش‌های والایی نهفته است، به روانشناسی کوچک‌ترین علاقه‌ای نمی‌داشتم، چراکه در آن حال روح و جان آدمی جز بخاری ناچیز و بی‌اهمیت نبود حال آنکه از صدها آزمون و تجربه عملی دریافته‌ام که اصلا چنین نیست و به عکس جان آدمی حاوی همه آن چیزهایی است که در احکام و دگم‌های دینی آمده است (مورنو[۳۶]، 1392).

یونگ دربیانی دیگر نسبت به تأثیر دین در سلامت روان و شخصیت حرف آخر را می‌زند: روان آزردگی در عصر ما به دلیل عدم ارتباط معنوی است. درنهایت یونگ امیدوار است که روزی دیگر روانشناسان نیز به یافته‌های او برسند: به‌راستی وقت آن رسیده‌است که روانشناسی دانشگاهی چشمانش را در برابر واقعیت بگشاید و در کنار تجربه‌های آزمایشگاهی به روح واقعی انسان بپردازد ... امیدوارم باشیم که به‌زودی دانشمندان ما خود را از این باقیمانده مادی‌گرایی توخالی و کهنه، رهایی خواهند داد (یونگ، 1392).

گوردون آلپورت

آلپورت دو نوع جهت‌گیری در مذهب را بررسی کرد، افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی که ضمن درونی سازی ارزش‌های دینی، مذهب را به‌مثابه هدف در نظر می‌گیرند. درحالی‌که افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی، دین را صرفا وسیله‌ای برای نیل به اهداف دیگر در نظر می‌گیرند (آلپورت و راس[۳۷] ۱۹۶۷، نقل از رحیمی نژاد ۱۳۸۹).

آلپورت متذکر می‌شود که دین و درمان روان‌شناختی در پافشاری بر نیاز به وحدت و انسجام شخصیت با هم متشابه‌اند. ازنظر روان‌درمانی، احساساتی نیز که با خانواده، هنر، ورزش و شغل سروکار دارند اگر در هدایت انرژی و انسجام‌بخشی به حیات موفق باشند به همان میزان مطلوب‌اند؛ اما دین لزوما این نکته را نپذیرفته و می‌پرسد آیا چنین احساساتی به درد حفظ شخصیت می‌خورد؟ آیا امکان این هست که هرگز شخصی قبل از اینکه بیانیه صلح با جهان هستی امضا کند و به آن گردن نهد واقعا به تمامیت شخصیت دست یابد (توکلی ۱۳۷۶، نقل از آذربایجانی، ۱۳۸۶)

ویلیام جیمز

جیمز از اهمیت توجه به عوامل تصعیدی و ناهشیار، آگاه بود. اگرچه در آن موقع تماس گسترده‌ای با روانشناسی عمقی اروپایی نیافته بود و چنانکه در خاطرات مربوط به زمان آماده شدنش برای سخنرانی نوشته‌است، به این نتیجه رسیده بود که: دین انسان، عمیقترین و خردمندانه‌ترین چیز در حیات اوست. رهیافت او کمتر تجربی و بیشتر بالینی بود. او هرچند از داده‌هایی که بسیاری از معاصرانش گردآورده بودند، بسیار استفاده می‌کرد، کانون توجهش را از تحلیل آماری و جست‌وجوی انگاره‌های کلی، به بی‌همتایی تجربه‌های دینی و اخلاقی

[34].Tillich, P.
[35].Jong, C.
[36].Jacob L. Moreno
[37].Raas. F.

معطوف داشته بود. جیمز مانند کو[38] (۱۹۵۱-۱۸۶۲) مهم‌ترین ثمره عمرش را تدوین آزمون‌های انتقادی عملی‌نگرانه (پراگماتیسم) برای سنجش اعتبار تجربه دینی می‌دانست (میر چالیاده، ۱۳۷۴).

خلاصه جیمز صریحاً خود را فردی معتقد و دین‌دار معرفی می‌کرد: «اگرچه نمی‌توانم عقیده مردم عادی مسیحی را بپذیرم و یا طریقتی که دانشمندان اسکولاستیک در قرون‌وسطی از آن دفاع می‌کردند قبول کنم، اما خود را جزو فلاسفه ماوراءالطبیعه میدانم. پس من بدون تردید گفته‌های آنان را که مذهب را پس‌مانده افکار قدیمی می‌دانند رد می‌کنم، زیرا آن گفته‌ها از روی اشتباه گفته شده‌اند. منشأ این اشتباه چیزی است که پدران ما نفهمیده مذهب خود را با آن مخلوط کرده بودند و به خطا از طبیعت اخذ کرده بودند، این بود که مذهب آن‌ها با بسیاری از چیزهای غلط همراه بود.» بنابراین ما نمی‌توانیم دربست از هر عقیده و ایمان مذهبی صرف‌نظر کنیم. (جیمز ۱۹۸۲، نقل از آذربایجانی ۱۳۸۳).

اریک فروم[39]

فروم در کتاب «روان‌تحلیل‌گری و دین» می‌گوید: «هیچ‌کس نیست که نسبت به دینی نیازمند نباشد و حدودی برای جهت‌یابی موضوعی برای دلبستگی خویش نخواهد. او خود ممکن است از مجموعه معتقداتش به‌عنوان دین ممتاز از عقاید غیردینی آگاه نباشد و ممکن است برعکس، فکر کند که هیچ دینی ندارد و معنای دلبستگی خود را به غایاتی ظاهرا غیردینی مانند قدرت و پول یا کامیابی را فقط، نشانه علاقه به امور عملی و موافق مصلحت، بداند. مسئله بر سر این نیست که انسان دین دارد یا ندارد بلکه این است که کدام دین را دارد»(فروم، ۱۳۸۸).

فروم، ضمن اظهار نارضایتی از اوضاع نابسامان و مادی غرب و نیز به‌عنوان یک روانشناس اجتماعی، ضمن اشاره به علل به وجود آمدن مشکلات روحی و گم‌گشتگی‌ها، تنها راه نجات غرب را در ایمان خالص به خدای یکتا و عمل بر اساس آن می‌داند: «ما معرفت و علاقه به مسائل اساسی هستیِ انسان کنار گذاشته‌ایم. معنای زندگی موردتوجه ما نیست، معتقدیم که هدف و منظوری جز سرمایه‌گذاری سودآور زندگی و به سر آوردن آن بدون پیش‌آمدهای نامطلوب عمده وجود ندارد. اکثریت ما به خداوند اعتقاد داریم و وجود او را مسلم می‌دانیم. می‌دانیم که هست، نمایش زندگی را اداره می‌کند، هرگز او را نمی‌بینیم، ولی به رهبری وی ایمان داریم»(فروم، ۱۳۸۸).

توجه به مذهب و معنویت در فرآیند مشاوره و روان‌درمانی

کار روان‌درمانگری معنوی این است که اولا مراجع خود را روشن کند که گم‌کرده‌اش چیست؟ و در ثانی در فرایند درمان به او کمک کند که گم‌کرده‌اش را دریابد و اما چنین روان درمانگری ویژگی‌های مشخصی باید داشته باشد که از عهده این کار برآید. یکی از مهم‌ترین این ویژگی‌ها عدم شتاب در فرایند درمانگری است، او نباید معنویت را تلقین کند. او فقط می‌تواند به‌عنوان کاتالیزور عمل کند که مراجع خود این راه معنوی را پیدا کند. چون هرگونه عمل عجولانه، تلقینات خیرخواهانه فرایند درمان را به تاخیر می‌اندازد. فرد باید خودش این راه را برود، به‌تنهایی، با آزادی، با آگاهی، درمانگری می‌تواند فقط تسهیل‌کننده باشد. علاوه بر این درمانگر بایستی فرد متوکلی باشد و از افت‌وخیزهای معنوی مراجع خود بیم نداشته باشد. توکل به خدا در اینجا این معنی را می‌دهد که درمانگر معنوی کار خودش را انجام می‌دهد و با تمام خلوص از خداوند توفیق می‌خواهد و به خداوند امید واقعی دارد که در فرایند درمانگری او را مدد نماید.

ویژگی سوم که برای چنین درمانگری لازم است صبور بودن است. مدت‌ها طول می‌کشد که پختگی درونی در مراجع ایجاد شود و زمان رشد و کمال و انسجام مراجع برسد. البته حرکت به‌سوی خویشتن یابی، به قول مولوی پیوستن دوباره به نیستان وجود و یا رسیدن به فردیت متعالی که دربرگیرنده تمامیت وجود فرد است می‌باشد. صبر و بردباری در راه وصول به هدف هم برای مراجع و هم برای مشاور از ضرورت‌های اساسی گام برداشتن در این راه می‌باشد.

چهارم اینکه کار را با نظارت بر وضعیت روانی و معنوی مراجع خود شروع کند. درمانگران معنوی قبل از اینکه درمان را شروع کنند وضعیت مراجع را دقیقا ازنظر وضعیت معنوی، تاریخچه اعتقادات و باورها و تاریخچه پایبندی به تمرینات معنوی و مذهبی می‌سنجند و بعدازآن متناسب با ویژگی خاص او برنامه درمانی را شروع می‌کنند (غباری بناب، ۱۳۸۸).

دلایل استفاده از معنویت درمانگری

دلایل زیادی برای استفاده از روان‌درمانگری معنوی ذکر شده است. ریچاردز و برگین[40] (۱۹۹۱)، دلایل زیر را برای استفاده از درمان معنوی بیان داشته‌اند:

- مذهب یکی از ابعاد جدانشدنی مراجعین و مشاوران می‌باشد که در فرهنگ‌های مختلف به انحاء گوناگون دیده شده است.

[38].Coe
[39].Fromm, E.
[40].Richards, P. S. & Bergin, A. E.

- در صورت پیدا کردن مهارت در درمان معنوی و مذهبی روان‌درمانگران اعتماد مراجعین مذهبی خود را بهتر کسب می‌کنند و راحت‌تر با ایشان همدلی ایجاد می‌کنند.
- ازنظر اخلاقی وظیفه مشاوران و روان‌درمانگران است که در مورد مراجعین مذهبی بتوانند شایستگی و توانمندی خود را در نمایش معنوی و مذهبی بالا ببرند.
- احراز شایستگی در ابعاد معنوی و مذهبی به مشاوران و روان‌درمانگران کمک می‌کند که منابع موجود در رشد معنویت را در جامعه تشخیص داده و از آن‌ها برای درمان و شکوفایی مراجعین خود کمک گیرند. این منابع در فرهنگ‌های مذهبی شامل رفتن به زیارتگاه‌ها، عبادتگاه‌ها، انجام مراسم مذهبی جمعی و پیوند دادن فرد بی‌پناه به خدا با توسل به ذکر و دعا به‌وفور یافت می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۸).

بحث از دین و معنویت، اغلب حتی برای متخصصین بالینی متدین دشوار است. بااین‌حال، این درمانگر است که تا حدود زیادی چگونگی نزدیک شدن و بررسی علائق و مسائل دینی و معنوی را مشخص می‌کند و در حقیقت، مشخص می‌کند که آیا به‌طورکلی باید به آن‌ها نزدیک شد یا نه. ازاین‌رو، خواه مشکلات بیمار بر مسائل دینی متمرکز باشد و خواه دین، صرفا به‌منزله ابزار درک خصوصیات روحی بیمار مورد استفاده قرار گیرد، درمان‌گر باید این تصمیم حساس را بگیرد که آیا به دین بپردازد یا نه و اگر بلی چگونه. تغییرات اساسی در نگرش‌ها، پیرامون کاربرد و نقش دین و معنویت در روان‌شناسی، به همراه فقدان آموزش متخصصان بالینی برای پرداختن به این موضوعات، سؤالات جدی را پیش روی قرار می‌دهند:

- آیا ترتیب اثر دادن به علائق دینی یا معنوی، با دیدگاه نظری و موضع درمانی متخصصان بالینی سازگار است؟
- پاسخ متخصصان بالینی به این مسائل تا چه حد درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟
- رویکرد مناسب برای پرداختن به علائق دینی و معنوی چیست؟

مفهوم کیفیت زندگی[41]

ریشه‌های تاریخی استفاده از مفهوم کیفیت زندگی را می‌توان در آثار کلاسیک ارسطو که مربوط به سال ۳۳۰ قبل از میلاد مسیح هستند، یافت. وی در اصول اخلاقی کلاسیک از رابطه بین کیفیت زندگی هنگام شادی و ارزش‌های ذهنی افراد، سخن می‌گوید. «هنگامی‌که در مورد مؤلفه‌های خوشبختی سخن به میان می‌آید عقاید متنوع بوده و نظرات افراد مختلف با نظر افراد خبره کاملا متفاوت است. دسته اول خوشبختی را در مؤلفه‌های آشنا و ناآشنا چون: شادی، پول یا شهرت می‌بینند و اغلب نظرات خود در این زمینه را تغییر می‌دهند. هنگام بیماری، دستیابی به تندرستی را خوشبختی می‌دانند و زمانی که دچار مشکلات مالی هستند به دست آوردن پول را سعادت تلقی می‌کنند (مختاری و نظری،۱۳۸۹).

اگرچه در ۲۰۰۰ سال قبل واژه کیفیت زندگی در یونان وجود نداشته ولی ارسطو به‌وضوح بیان کرده که کیفیت زندگی نه‌فقط به معنی مفاهیم مختلف برای مردم مختلف است، بلکه بر اساس شرایط مختلف برای مردم متفاوت است (عابدین ثمری، ۱۳۹۱)

عبارت کیفیت زندگی دوره‌های تاریخی زیادی را پشت سر گذاشته و تغییرات مختلفی در مورد آن صورت گرفته است. این عبارت علایق شخصی، تجارب، احساسات، دیدگاه‌ها و عقاید راجع به ابعاد فلسفی، فرهنگی، معنوی، روانشناسی، مالی، سیاسی و اجتماعی زندگی روزمره را شامل می‌شود. اغلب جنبه‌های چندبعدی کیفیت زندگی با استفاده از ابزارهای پژوهشی چند رشته‌ای تحلیل می‌شوند. در آثار تجربی، محققان اجتماعی، سیاستمداران، مدیران، اقتصاددانان، امراض شناسان و دیگر محققان حوزه پزشکی به‌منظور سنجش و ارزیابی کیفیت زندگی، شیوه‌های مختلفی ارائه داده‌اند (بنتام[42]،۱۷۹۸ به نقل از مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

کلمه کیفیت زندگی از لغت لاتین qual به معنی چیزی و چه و quality به مفهوم چگونگی، استخراج شده است و qol از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت‌های آن است که برای هر فرد، منحصربه‌فرد بوده و یا دیگران متفاوت است (مولدون[43]، ۱۹۹۸ به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱).

41.Quality of life
42.Bentham
43.Moldoun, J. E.

ابعاد و شاخص‌های کیفیت زندگی

به اعتقاد برخی از محققان تعداد ابعاد موردبررسی کیفیت زندگی خیلی مهم نیست، بلکه آنچه اهمیت حیاتی دارد توجه به این مطلب است که هر مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی باید بتواند نیاز به یک چارچوب چندبعدی را تشخیص دهد و به اینکه چه چیزهایی برای مردم در تعیین کیفیت زندگی‌شان مهم است، توجه کند. مدل مزبور همچنین باید شاخص‌های اساسی هر بعد را در کنار سایر ابعاد در کل نمایند. کاملی از کیفیت زندگی بداند. علیرغم اختلافات نظری فراوان، تحلیل اخیری که توسط شالوک صورت گرفته، حاکی از آن است که توافق قابل‌توجهی در خصوص هشت بعد مرکزی در سنجش کیفیت زندگی در میان محققان وجود دارد. او این نتیجه را با توجه به تحلیل ۱۶ مطالعه چاپ‌شده درباره کیفیت زندگی به دست آورده است. در مطالعات موردبررسی شالوک ابعاد هشتگانه مذکور از طریق ۱۲۵ شاخص مورد سنجش قرارگرفته‌اند. این ابعاد به ترتیب عبارت‌اند از:

روابط شخصی، پذیرش و ادخال اجتماعی، رشد فردی، احساس بهزیستی فیزیکی، حق تعیین سرنوشت خود، احساس بهزیستی مادی، حقوق

در مطالعات اخیر، کیفیت زندگی (در قالب چارچوب رفاه اجتماعی) به دو روش اندازه‌گیری می‌شود: در روش اول، شاخص‌های عینی برای سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص‌های عینی، شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی قابل‌سنجش برای انعکاس میزان تأمین نیازهای انسانی هستند که با استفاده از گزارش‌ها و آمارهای رسمی بررسی می‌شوند. این شاخص‌ها وضعیت ظاهری و ملموس زندگی را نشان می‌دهند. در این روش از شاخص‌هایی مانند تولید ناخالص داخلی، شاخص پیشرفت اصلی، شاخص سلامت اجتماعی و شاخص توسعه انسانی برای مقایسه ملی و بین‌المللی استفاده می‌شود. در روش دوم، شاخص‌های ذهنی قرار دارند که سطح رضایت افراد و گروه‌ها را که اصطلاحا عوامل زیستی-ذهنی نامیده می‌شود، ارزیابی می‌کنند. این شاخص‌ها مبتنی بر گزارش شخصی افراد از ادراکشان در مورد جنبه‌های مختلف زندگی است. این شاخص‌ها که مکمل متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و محیطی‌اند ادراکات و ارزشیابی‌های افراد را از وضعیت عینی زندگی‌شان نمایش می‌دهد. درواقع کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد. این ابعاد شامل سلامت فردی و اجتماعی می‌شود اما تنها محدود به آن نمی‌شود (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱).

شاخص‌های ترکیبی عینی و ذهنی کیفیت زندگی

رومانس[۴۴] بیان می‌کند که کیفیت زندگی مفهوم پیچیده‌ای است؛ بنابراین به‌راحتی قابل‌شناسایی و اندازه‌گیری نیست. اغلب اوقات نتایج آن به‌وسیله عوامل تأثیرگذار بر آن مشخص می‌شود و از دو جنبه عینی و ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. اندازه‌گیری عینی کیفیت زندگی، بررسی وضعیت عملکرد فرد است، درحالی‌که احساس و ذهنیت فرد از تجربیات زندگی جنبه ذهنی آن است (رومانس،۱۹۹۸ به نقل از عابدین ثمری،۱۳۹۱)

متغیرهای عینی

معیارهای عینی قابل‌لمس‌اند و جنبه‌های قابل تایید زندگی چون شرایط اقتصادی و اجتماعی را در برمی‌گیرد. این سنجه‌ها که بیشتر متمرکز بر امکانات مادی است، عمدتا متکی بر ترازهای درآمد ملی، میزان ارضاء و پاسخگویی به نیازهای جامعه و نظایر آن است (رومانس،۱۹۹۸ به نقل از عابدین ثمری،۱۳۹۱).

در زیر دو بعد فردی و اجتماعی متغیر عینی مورد بحث قرار می‌گیرد:

الف: بعد فردی

مهم‌ترین این ابعاد به شرح زیرند:

رفاه مادی، داشتن شغل و درآمد مناسب، تغذیه مناسب، مسکن مناسب، هوای سالم، آب سالم، زیبای دسترسی به طبیعت، وجود امنیت فیزیکی، دسترسی به خدمات باکیفیت، آموزش و بهداشت و درمان و خدمات عمومی ازجمله حمل‌ونقل عمومی و تلفن و آب و برق و خدمات فرهنگی و امکانات تفریحی و به‌تازگی؛ دسترسی به اینترنت پرسرعت و وسایل ارتباطی مدرن و دسترسی به امکانات ورزشی

[44].Romans

ب: بعد اجتماعی

متغیرهای ذهنی

معیارهای ذهنی سنجش کیفیت زندگی عمدتا به سنجش احساسات در خصوص زندگی و اینکه مردم چگونه تصوری از زندگی خود دارند، می‌پردازند (رومانس، ۱۹۹۸ به نقل از عابدین ثمری، ۱۳۹۱).

برخی از تحقیقات مرتبط با کیفیت زندگی نشان داده‌اند که رفاه ذهنی به‌شدت به تعداد انتخاب‌ها و فرصت‌هایی که افراد در زندگی داشته‌اند و نیز توانایی آن‌ها برای استفاده از این فرصت‌ها ارتباط دارد. رفاه ذهنی مفهوم اصلی رویکرد روان‌شناختی به کیفیت زندگی است، این احساس که زندگی از معنا برخوردار است، نگرش مثبت، به زندگی خوشبختی استقلال و توانایی کنترل محیط از سطح بالایی از رفاه ذهنی در سطح فردی حکایت می‌کند (فرخی،۱۳۸۶)

ازجمله مهم‌ترین متغیرهای ذهنی به این شرح است:

نگاه فرد به زندگی، توجه به حقوق فردی، برطرف شدن نیاز، گسترش نیازها، مقایسه اجتماعی یا رقابت:

با توجه به قابلیت شگفت‌انگیز ذهن انسان در تعریف و بازسازی واقعیت و توانایی دستکاری در جهان‌بینی، می‌توان گفت نیازهای معنوی نقشی اساسی در کیفیت زندگی انسان دارند. مهم‌ترین این نیازها به این شرح‌اند:

کنجکاوی، میل به شناخت جهان، تخیل و تجسم، میل به رشد، جستجوی معنا، نیاز به خودشکوفایی (مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

بحث

رفتاردرمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معناداری دارد. باقری، چگنی و مه نگار (۱۳۹۴)، تحقیقی در مورد بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی/مذهبی، بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام انجام دادند. بدین منظور، در یک پژوهش در یک پژوهش آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ نفر از زنان دارای همسر معتاد را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کردند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند و متغیر مستقل را روی گروه آزمایش مورد بررسی قرار دادند جلسات روان‌درمانی معنوی ۸ جلسه طول کشید که در هفته سه جلسه برگزار می‌گردید. مقیاس‌های افسردگی و استرس در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جلسه پیگیری یک ماه بعد از پایان جلسه روان درمانی برگزار شد.

بیگی، رضایی، محمدی فر و نجفی (۱۳۹۵)، پژوهشی را با هدف بررسی رابطه صمیمیت زوجین و باورهای معنوی و اعمال مذهبی افراد با انسجام و سازگاری خانوادگی انجام دادند. در این مطالعه توصیفی همبستگی، تعداد ۲۳۴ زن و مرد متأهل از بین کارمندان و دانشجویان شهرستان‌های شاهرود و میامی به‌صورت خوشه‌ای تصادفی وارد مطالعه شدند. در این پژوهش افراد با تجربه معنوی بالا که روابط صمیمانه‌ای را در زندگی زناشویی تجربه کرده‌اند، انسجام و سازگاری خانوادگی بالایی را گزارش می‌کنند.

پیدرمن و همکاران[۴۵] (۲۰۱۴)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی رویکرد معنوی مذهبی بر کیفیت زندگی افرادی که دچار سرطان بودند و پرتودرمانی دریافت می‌کردند، پرداختند. گروه آزمایش ۴ هفته تحت درمان رویکرد معنوی مذهبی قرار گرفتند و مطالعات پیگیری هم دو بار (در هفته‌های ۲۶ و ۵۲) انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رویکرد معنوی مذهبی بر سلامت روان، سلامت محیط و مخصوصا روابط اجتماعی بیماران تأثیر معناداری داشته است. پس می‌توان نتیجه گرفت که در کنار درمان‌های پزشکی باید از درمان معنوی مذهبی نیز برای این بیماران استفاده کرد.

صمیمیت یک بخش اساسی از رابطه‌های زناشویی، رابطه‌های معنوی و فاکتوری مهم در شادکامی است اما هالند، لی، مارشاک و مارتین[۴۶] (۲۰۱۶)، پژوهشی تحت عنوان «رابطه بین صمیمیت معنوی، صمیمیت زناشویی و شادکامی فیزیکی و روانی: نقش واسطه‌ای معنای معنوی» انجام دادند که در آن رابطه هم‌زمان این متغیرها بررسی شد. آن‌ها از مدل مطالعات ساختاری در یک مطالعه مقطعی استفاده کردند. نمونه این پژوهش متشکل از ۵۷۲۰ بزرگ‌سال متأهل ۲۹ تا ۱۰۰ (میانگین ۵۸.۸) ساله بود. نتایج این پژوهش نشان داد که معنای معنوی دارای نقش واسطه‌ای بین متغیرهای ذکر شده است و باعث می‌شود تا زوجین به تعاریف مشترک نزدیک‌تری از صمیمت دست یابند.

45.Piderman, Katherine M. et al.
46.Holland, K. J. Lee, J. W. Marshak, H. H. & Martin, L. R.

مذهب و معنویت، از مهم‌ترین عوامل در زندگی بسیاری از افراد هستند که در بخش سلامت روان نیاز به آن‌ها اهمیت زیادی داده می‌شود. به صورتی که در بسیاری از کارگاه‌های آموزش تعلیم درمانگر نیز به آن‌ها توجه می‌شود. کارلسون و گنزالز[47] (۲۰۱۶)، در پژوهشی تکنیک‌های رویکرد شناختی رفتاری را با رویکرد معنوی مذهبی ادغام کردند تا به‌وسیله دیدگاهی انتقادی و تحلیلی، اثربخشی آن را بسنجند. در این پژوهش مشخص شد که تکنیک ذهن‌آگاهی اگر با مفاهیم معنوی و مذهبی ادغام شود تأثیر بهتر و سریعتری در تغییر رفتار ناکارآمد دارد و این اثربخشی در افراد مذهبی، بسیار بیشتر است؛ و در بسیاری از مواقع اگر ما تکنیک‌های رویکرد شناختی رفتاری را بدون در نظر گرفتن فاکتورهای معنوی و مذهبی به کار ببریم، مراجع حس درک نشدن و عدم همدلی از جانب درمانگر می‌کند و ازآنجایی‌که ارتباط حسنه مهم‌ترین عامل پیشرفت درمان است، باعث می‌شود تا تکنیک‌ها از اثربخشی خوبی برخوردار نباشد و نشانه‌ها پس از مدتی عود کنند.

پیرس و کونیگ[48] (۲۰۱۶)، به مقایسه اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد شناختی رفتاری مذهبی معنوی بر کاهش نشانه افسردگی اساسی پرداختند. شرکت‌کننده‌های این پژوهش به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. بعدازآن، هر دو گروه ۲۴ جلسه درمان را دریافت کردند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که هر دو رویکرد به یک اندازه در کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی مؤثر بوده‌اند اما در دوره پیگیری ۶ ماهه مشخص شد که برگشت نشانه‌ها در گروهی که مداخلات معنوی نیز دریافت کرده‌اند بسیار کمتر بوده‌است. در تبیین یافته‌های این پژوهش گفته شد که معنویت و مذهبی بودن، به انسان این بینش را می‌دهد که قدرتی ماورای قدرت انسان به او کمک خواهد کرد که به‌سوی بهبود و داشتن زندگی بهتر گام بردارد و درنتیجه فرد این اعتقاد را در خود می‌پروراند که می‌تواند از برگشت نشانه‌های افسردگی، جلوگیری کند.

جدول ۲-۱. مقایسه پژوهش‌های انجام‌شده با موضوع رویکرد معنوی مذهبی

پژوهشگران	هدف	روش	نتیجه‌گیری
پیدرمن و همکاران (۲۰۱۴)	بررسی اثربخشی رویکرد معنوی مذهبی بر کیفیت زندگی افراد سرطانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل	رویکرد معنوی مذهبی بر سلامت روان، سلامت محیط و مخصوصا روابط اجتماعی بیماران تأثیر معناداری داشته است.
مارشاک و مارتین (۲۰۱۶)	تعیین نقش واسطه‌ای معنای معنوی در رابطه بین صمیمیت معنوی، صمیمیت زناشویی و شادکامی فیزیکی و روانی	رابطه‌ای: مدل‌های علّی	معنای معنوی دارای نقش واسطه‌ای بین متغیرهای ذکرشده است و باعث می‌شود تا زوجین به تعاریف مشترک نزدیک‌تری از صمیمت دست یابند.
کارلسون و گنزالز (۲۰۱۶)	بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری ادغام‌شده با تکنیک‌های معنوی مذهبی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه	تکنیک ذهن‌آگاهی اگر با مفاهیم معنوی و مذهبی ادغام شود تأثیر بهتر و سریع‌تری در تغییر رفتار ناکارآمد دارد و این اثربخشی در افراد مذهبی، بسیار بیشتر است.
پیرس و کونیگ (۲۰۱۶)	بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد شناختی رفتاری مذهبی معنوی بر کاهش نشانه افسردگی اساسی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه	هر دو رویکرد به یک اندازه در کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی مؤثر بوده‌اند اما در دوره پیگیری ۶ ماهه مشخص شد که برگشت نشانه‌ها در گروهی که مداخلات معنوی نیز دریافت کرده‌اند بسیار کمتر بوده است.
باقری، چگنی و مه‌نگار (۱۳۹۴)	بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان همسر معتاد	پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه	رفتاردرمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معناداری دارد.
بیگی، رضایی، محمدی فر و نجفی (۱۳۹۵)	بررسی رابطه صمیمیت زوجین و باورهای معنوی و اعمال مذهبی افراد با انسجام و سازگاری خانوادگی	توصیفی - همبستگی	در این پژوهش افراد با تجربه معنوی بالا که روابط صمیمانه‌ای را در زندگی زناشویی تجربه کرده‌اند، انسجام و سازگاری خانوادگی بالایی را گزارش می‌کنند.

[47].Carlson, K. M. & González-Prendes, A. A.
[48].Pearce, M. J. & Koenig, H. G.

نتیجه‌گیری

نگاه مبتنی بر معنویت در روانشناسی از جمیز تا یونگ و فروم وجود داشته است و سخن گفتن از تاثیر معنویت بر انسان از بعد روانشناسی بدعتی نو نیست مراجعان امروز به دلایل مختلفی که در پژوهش از آن یاد شد به نیازهای معنوی خود توجه دارند و روانشاس می بایست بتواند به گونه ای علمی و آگاهانه به دور از آسیب و کند شدن روند بهبود در این راستا به او کمک کند. چیزی که این پژوهش بیان می کند توجه به کارگیری و استفاده از معنویت در روانشاسی و مشاوره برای بهبود کیفیت زندگی مراجع است که تحقیقات انجام شده در این حیطه نشان می دهد مشاوره معنوی اثرات مطلوبی در بهبود کیفیت زندگی افراد داشته به نحوی که رضایت از زندگی را افزایش داده است و وجود ظرفیت معنویت درمانی را نایید می کند. در همین راستا پیشنهاد محققین بر تهیه پروتکل های معنوی مبتنی بر زیست بوم، برای بهبود سلامت روانی مراجعان است تا یاری گر روانشناسان و مشاوران برای مداخله هر جه موثرتر باشد. در همین راستا ورود هر چه بیشتر جامعه نخبگان به موضوع برای ارتقاع علمی مباحث مرتبط با معنویت درمانی ضروری می نماید تا ابعاد مختلف مساله روشن تر شود. به بیانی دیگر سوال اصلی این است آیا امروز حجم تولید علم در گستره معنوبت درمانی با میزان نیاز و گرایش عموم مردم به این مساله متناسب است؟

منابع

آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۳). توجیه ایمان از دیدگاه ویلیام جیمز. مجله پژوهش‌های فلسفی کلامی، ۱۹، ۱۶-۳.
آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۶). آثار دین‌داری از دیدگاه ویلیام جیمز، دو فصلنامه اسلام و روانشناسی، ۱(۱)، ۱۴۸-۱۱۷.
باقری، مرضیه؛ اسماعیل چگنی، مهری و مه نگار، فرشاد. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی ـ مذهبی بر کاهش استرس، اضطراب افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۱ (۳)، ۲۴-۱۹.
بیگی، علی؛ رضایی، علی‌محمد؛ محمدی‌فر، محمدعلی و نجفی، محمود. (۱۳۹۵). نقش صمیمیت زوجین و باورهای معنوی و اعمال مذهبی در پیش‌بینی انسجام و سازگاری خانوادگی. فصلنامه علمی ـ پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰ (۱)، ۶۰-۵۲.
فروم، اریک. (۱۳۸۸). روانکاوی و دین (ترجمه آرسن نظریان). تهران: مروارید. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۶۷)
فروم، اریک. (۱۳۸۸). داشتن یا بودن (ترجمه اکبر تبریزی). ویرایش اول، چاپ دهم. تهران: مروارید. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۸)
فرخی، جواد. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
رحیمی نژاد، عباس. (۱۳۸۹). مروری بر دیدگاه‌های چند تن از روانشناسان غربی در روانشناسی دین. مجله قبسات، ۸، ۵۱-۴۶.
رجایی، علی‌رضا؛ بیاضی، محمدحسین و حبیبی‌پور؛ حمید. (۱۳۸۷). باورهای اساسی دینی و بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۶، ۱۰۷-۹۷.
عابدین ثمری، ربابه. (۱۳۹۱). رابطه میزان دین‌داری و کیفیت زندگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
غباری بناب، باقر و راقبیان، رویا. (۱۳۸۷). کودک، نوجوان و معنویت. تهران: یسطرون
غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). مشاوره و رواندرمانگری با رویکرد معنویت. تهران: آرون.
میرچالیاده. (۱۳۷۴). دین‌پژوهی (ترجمه بهاءالدین خرمشاهی). تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۷)
مورنو، آنتونو. (۱۳۹۲). یونگ، خدایان و انسان مدرن (ترجمه داریوش مهرجویی). چاپ هفتم. تهران: مرکز. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۸).
مختاری، مرضیه و نظری، جواد. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا. (۱۳۹۱). آناتومی رفاه اجتماعی. تهران: انتشارت جامعه و فرهنگ.
یونگ، کارل گوستاو. (۱۳۹۲). روح و زندگی (ترجمه دکتر لطیف صدفیانی). چاپ هفتم. تهران: جامی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۴۷).

Walsh, F. (2010). Spiritual diversity: Multifaith perspectives in family therapy. Family Process, 49(3), 330-348.
Crisp, B. R. (2016). Spirituality and social work: Routledge.
Nielson, J. D. (2005). The Relationship between attachment, love styles, and marital quality in a sample of married members of the church of Jesus Christ of Latter-day Saints.
Pargament, K. I., & Saunders, S. M. (2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 63(10), 903-907.
Martinez, J. S., Smith, T. B., & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. Journal of Clinical Psychology, 63(10), 943-960.
Hage, S. M. (2006). A closer look at the role of spirituality in psychology training programs. Professional Psychology: Research and Practice, 37(3), 303.
Cole, B. S. (2005). Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. Mental Health, Religion & Culture, 8(3), 217-226.
Frey, B. B., Daaleman, T. P., & Peyton, V. (2005). Measuring a Dimension of Spirituality for Health Research Validity of the Spirituality Index of Well-Being. Research on Aging, 27(5), 556-577.
Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. Annual review of psychology, 54(1), 377-402.
Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. The International Journal for the psychology of Religion, 10(1), 3-26.
Hamer, D. H. (2004). {The god gene}.
Amram, Y., & Dryer, C. (2007). The development and preliminary validation of the integrated spiritual intelligence scale (ISIS). Institute of Transpersonal Psychology Working Paper. Retrieved January, 1, 2013.
Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. The International Journal for the psychology of Religion, 10(1), 3-26.
Piderman, K. M., Johnson, M. E., Frost, M. H., Atherton, P. J., Satele, D. V., Clark, M. M., . . . Rummans, T. A. (2014). Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. Psycho-Oncology, 23(2), 216-221.
Holland, K. J., Lee, J. W., Marshak, H. H., & Martin, L. R. (2016). Spiritual Intimacy, Marital Intimacy, and Physical/Psychological Well-Being: Spiritual Meaning as a Mediator.
Carlson, K. M., & González-Prendes, A. A. (2016). Cognitive Behavioral Therapy With Religious and Spiritual Clients: A Critical Perspective. Journal of Spirituality in Mental Health, 1-30.
Pearce, M. J., & Koenig, H. G. (2016). Spiritual Struggles and Religious Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Clinical Trial in Those with Depression and Chronic Medical Illness. Journal of Psychology & Theology, 44(1).