

اثر بخشی معنویت درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر خشم نوجوانان

محمد عمویی* فلور خیاطان**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر خشم نوجوانان انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی بود و از شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه گروه گواه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهرستان خمینی‌شهر را شامل می‌شد که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مدارس این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. از جامعه مذکور، با روش غیر تصادفی در دسترس ۳۰ دانش‌آموز انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه تحت آموزش معنویت درمانی اسلامی قرار گرفتند. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه خشم کودکان و نوجوانان نلسون (۲۰۰۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر معنویت درمانی اسلامی بر خشم در مؤلفه‌های ناکامی، پر خاشگری، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار است. بنابر نتایج پژوهش می‌توان گفت با توجه به عواقب نامطلوبی که خشم ممکن است در سنین نوجوانی برای فرد ایجاد کند، معنویت درمانی اسلامی می‌تواند در جهت کنترل خشم این افراد مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی اسلامی، خشم، نوجوانی

□ تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

□ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۰۳

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

mohammad.amouie.6868@gmail.com

** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

F.Khayatan@yahoo.com

خشم^۱ که نوعی احساسی منفی شدید است، به‌طور یک واکنش ذهنی در مواجهه با شخص یا چیزی که به‌عنوان منبع تهدیدکننده ادراک می‌شود، ایجاد می‌گردد. به عبارت دیگر، این احساس در موقعیت‌هایی ایجاد می‌شود که اتفاقات درک‌شده، به‌عنوان یک عامل خطرآفرین برای شخص یا افراد وابسته همچون خانواده یا دوستان، قلمداد گردند. اتفاقاتی که فرد آن‌ها را توهین‌آمیز، ناعادلانه و یا جلوگیری‌کننده از رسیدن به خواسته‌ها درک می‌کند، ممکن است این واکنش ذهنی را برانگیزانند (تایلر و نوآکو^۲، ۲۰۱۸).

احساس خشم یک واکنش فطری به موقعیت‌های جنگ و گریز است و افراد در پاسخ به ترس یا تهدید، از آن استفاده می‌کنند (الهای و رزگونجوک، یلدریم، الغریبه و الافنان^۳، ۲۰۱۹). بنابراین خشم، احساس مهم و ارزشمندی است که کارکرد اجتماعی دارد، اما عدم داشتن مهارت لازم در بیان و مدیریت آن می‌تواند برای فرد مشکل‌ساز شود (لیندباوم و گدیس^۴، ۲۰۱۵). لذا نمی‌توان خشم را در همه حال از پدیده‌های زشت و حالات عاطفی ناپسند به حساب آورد. اگر روان‌شناسان و علمای تعلیم و تربیت، خشم را از رذایل برشمرده‌اند، مقصودشان غضبی است که کاربرد نادرستی دارد. چنین غضبی همان است که به دلیل مصالح شخصی به کار می‌رود و انگیزه آن خودخواهی و خودپسندی است و قطعاً به وحدت اجتماعی، محبت، برادری، صفا و صمیمیت لطمه می‌زند (بهشتی، ۱۳۹۲).

در قرآن و روایات اسلامی نیز بر وجود چنین احساس فطری با واژه‌هایی از قبیل «غضب»، «غیظ»، «سخط» و «غلظت» تأکید شده است (معماری و زمردی، ۱۳۹۴). در برخی آیات شریفه قرآن به خشم آمدن در برابر کفار و دشمنان به‌عنوان یک عمل مطلوب اشاره شده است: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قَاتِلُوا الَّذِينَ يَلُونَكُمْ مِنَ الْكُفَّارِ وَلْيَجِدُوا فِيكُمْ غِلْظَةً وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ مَعَ الْمُتَّقِينَ» (توبه، ۱۲۳)؛ «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! با کافرانی که به شما نزدیک‌ترند، پیکار کنید (و دشمن دورتر شما را از دشمنان نزدیک غافل نسازد). آن‌ها باید در شما شدت و خشونت (و قدرت) احساس کنند، و بدانید

1. anger

2. Taylor, & Novaco

3. Elhai, Rozgonjuk, Yildirim, Alghraibeh, & Alafnan

4. Lindebaum, & Geddes

خداوند با پرهیزکاران است». یا امیر مؤمنان حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «مَنْ أَحَدَّ سِنَانِ الْغَضَبِ لِلَّهِ قَوَى عَلَى قَتْلِ أَشِدَّاءِ الْبَاطِلِ» (نهج البلاغه، حکمت ۱۶۵)؛ «هر کس نیزه خشم (خود) را برای (رضا و خوشنودی) خدا تیز کند (در نهی از منکر بکوشد) بر کشتن و از بین بردن سخت‌ترین نادرستی‌ها توانا باشد». پس می‌توان گفت خداوند خشم را - که علما از آن به‌عنوان قوه غضبیه یاد کرده‌اند - در درون انسان به ودیعه نهاده است تا به پشتوانه آن، او را به کمال و تعالی برساند. فایده این قوه این است که زیاده‌روی، تندی قوای شهوی و شیطانی را درهم می‌شکند و در صورتی که در جای خود از آن استفاده گردد و افراط و تفریطی در آن صورت نپذیرد، فضیلت شجاعت از آن پدید می‌آید و اگر به شکل افراط و زیاده‌روی مورد بهره‌برداری قرار گیرد رذیلت تهوّر و درنده‌خویی از آن به‌وجود می‌آید و اگر هیچ کارکردی نداشته باشد و در آن تفریط شود، رذیلت «جبن» از آن پدیدار می‌گردد (مطیعی و رضانی‌شیرازی، ۱۳۹۶).

منظور از خشم در پژوهش حاضر، همان غضب و خشمی است که معمولاً در مراتب شدید و منفی آن با اراده انتقام و صدمه‌زدن به غیر همراه است. بنابراین این‌گونه از خشم سبب پرخاشگری^۱ در نظر گرفته شده و تلاش شده است که افراد بتوانند خشم خود را کنترل کنند؛ زیرا کنترل خشم با کنترل پرخاشگری همراه است. بنابراین، راهکارهای دینی برای کنترل خشم، می‌تواند راهکار خوبی برای کنترل پرخاشگری نیز باشد؛ علاوه بر آن، می‌توان گفت راهکارهای بیان شده در روایات، با برخی از راهکارهای مهار پرخاشگری در دانش روان‌شناسی همخوانی دارد (خاکپور، قربان‌زاده و قادری، ۱۳۹۶).

از طرفی دیگر، دوره نوجوانی^۲ اغلب به‌عنوان دوره‌ای بین کودکی و بزرگسالی تعریف می‌شود و در آن رشد زیستی و نقش‌پذیری‌های اجتماعی دستخوش تغییرات عمده می‌گردد (ساویر، آزوپاردی، ویکرماراتن و پاتون^۳، ۲۰۱۸؛ دیدگاه، شریعتی، بهشتی و ایمانی‌نائینی، ۱۳۹۷). به لحاظ زمانی، این دوره معمولاً بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی قرار داشته و تقریباً به زمان شروع بلوغ جنسی (یعنی تغییرات هورمونی خاص) و احساس مستقل شدن مصادف می‌باشد. در این دوره نه تنها فرد از لحاظ زیستی دچار تغییر می‌شود، بلکه از لحاظ روانی و اجتماعی نیز متفاوت عمل می‌کند. تغییرات هورمونی در نوجوان،

1. aggression

2. adolescence

3. Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton

رفتارهای توأم با ریسک‌پذیری بالا و همچنین واکنش‌های احساسی و هیجانی را در او بالا می‌برد. نوجوان زمان کمتری را با والدین خود می‌گذرانند و بیشتر تمایل دارد در محیط‌های اجتماعی دیگر و یا با همسالان خود باشد (جاورسکا و مک‌کوین^۱، ۲۰۱۵). این تغییرات متعدد و متفاوت اجتماعی، هورمونی و فیزیکی و رفتارهای ریسک‌پذیر، نشان‌دهنده تنش میان ظرفیت‌های کنترل شناختی و تلاش‌های انگیزشی آنان است (لوسیانا و همکاران^۲، ۲۰۱۸). با توجه به افزایش استقلال و خواسته‌های جدید در دوران نوجوانی نسبت به دوران کودکی، نوجوانان ممکن است نیاز خاصی به تنظیم و کنترل احساسات خود در پاسخ به موقعیت‌های مختلف داشته باشند. عدم انجام چنین کاری ممکن است خطر ابتلا به مشکلات روانی را در آنان به همراه داشته باشد (یانگ، ساندمن و کریسک^۳، ۲۰۱۹). یکی از تغییراتی که در دوره نوجوانی می‌تواند در موقعیت‌های متفاوت بر تصمیم‌گیری‌های نوجوانان تأثیر منفی بگذارد، احساس خشم است (گامبتی و گیسبرتی^۴، ۲۰۱۶). نوجوان در مقایسه با دوره‌های قبل، بسیار زودتر خشمگین می‌شود. بسیاری از خانواده‌ها از خشم فرزند نوجوان خود خبر می‌دهند. گاه کوچکترین حرفی، نوجوان را به خشم می‌آورد. اغلب اوقات، بدون این که علت خاصی برای عصبانیت وجود داشته باشد، او خشمگین است. عواملی همچون کمبود محبت، رفتار نادرست والدین و تبعیض بین دیگر اعضای خانواده باعث خشم نوجوان می‌گردد. دخالت ندادن نوجوان در کار، ندادن آزادی و استقلال و رفتار کودکانه با او نیز می‌تواند از دیگر علل خشم نوجوان باشد (روشن، ۱۳۹۲).

در پژوهشی که ایتانی و همکارانش^۵ (۲۰۱۶) با هدف بررسی خشم و تحریک‌پذیری در میان نوجوانان انجام دادند، نتایج نشان داد که میان تجربه شدید احساس خشم و مصرف سیگار و الکل، افسردگی و کاهش احساسات مثبت نسبت به خود رابطه معنی‌داری وجود دارد. پالن و همکارانش^۶ (۲۰۱۵) که به مطالعه سطح خشم در بین نمونه‌های بالینی و غیربالینی نوجوانان ۱۲ تا ۱۹ سال پرداختند، نشان دادند یکی از

1. Jaworska, & MacQueen
2. Luciana, Bjork, Nagel, Barch, Gonzalez, Nixon, & Banich
3. Young, Sandman, & Craske
4. Gambetti, & Giusberti
5. Itani, Kanetia, Munezawa, Ikeda, Osaki, Higuchi, Kanda et al.
6. Pullen, Modrcin, McGuire, Lane, Kearney, & Engle

عوامل رایج قتل یا خودکشی در دوره نوجوانی خشم است. بنابراین داشتن سیاست‌های عمومی برای کنترل خشم در نوجوانان ضروری است. در این مطالعه یکی از عواملی که می‌تواند موجب کاهش خشم در این افراد شود، شرکت در فعالیت‌های مذهبی است. چرا که نتایج پژوهش، همبستگی معنی‌داری را میان مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و کاهش خشم تأیید می‌کند (پالن و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهشی دیگر نیز مشخص شد که بروز خشم، نشانگر مشکلات روانی عمیق در نوجوانان است که رابطه معنی‌داری با افسردگی، تجاوز و خودکشی دارد. همچنین در این پژوهش مشخص شد که میزان آن در نوجوانان مذهبی کمتر است (ادواردس، وان‌دی‌مورتال و استیونس، ۲۰۱۸). بنابراین می‌توان گفت که پژوهش‌های مختلف بر ضرورت کنترل خشم در نوجوانان تأکید داشته‌اند (مون و چو، ۲۰۱۵؛ افشاری و افشاری، ۲۰۱۶؛ ژو، گن، هوو، چانگ و چو، ۲۰۱۸).

از طرفی خشم ممکن است در مؤلفه‌هایی همچون ناکامی^۴، پرخاشگری فیزیکی^۵، روابط با همسالان^۶ و روابط با مراجع قدرت^۷ نمود پیدا کند. از این میان ناکامی عبارت است از یک حالت هیجانی که در هنگام ناامیدی اتفاق می‌افتد (گیلبرت و بوشمن، ۲۰۱۷). به عبارت دیگر، زمانی که افراد به دلیل برخی منابع بیرونی نمی‌توانند به اهداف خود برسند یا پاداشی که انتظار آن را داشته‌اند را نمی‌توانند کسب کنند، دچار ناکامی شده و لذا ممکن است این احساس را با پرخاشگری و توأم با بروز خشم نشان دهند. در این تعریف حضور یک منبع بیرونی الزامی است (گرووز و آندرسون، ۲۰۱۸). پرخاشگری فیزیکی نیز با عنوان انعکاس اجتماعی تکانشگری تعریف می‌شود. به عبارتی در این حالت ممکن است فرد به دیگران آسیب جسمانی برساند یا به تخریب اموال خود و دیگران اقدام کند. در واقع فرد احساس خشم خود را به صورت تهاجمی و بیرونی نشان داده و مرتکب تجاوز فیزیکی یا جرایم خشونت‌آمیز می‌شود

1. Edwards, van de Mortel, & Stevens
2. Moon, & Cho
3. Zhou, Gan, Hoo, Chong, & Chu
4. frustration
5. physical aggression
6. peer relationships
7. authority relations
8. Gilbert, & Bushman
9. Groves, & Anderson

(برنان و باسکین - سامرز^۱، ۲۰۱۹). علاوه بر آن مطالعات نشان داده که ابراز خشم و پرخاشگری بیشتر معطوف به گروه همسالان و مراجع قدرتی همچون والدین و یا خانواده آنان است. در واقع نوجوانان بیشتر ممکن است که خشم خود را در قبال والدین و همسالان خود ابراز کنند؛ چرا که نوجوان بیشتر اوقات خود را با این گروه‌ها سپری می‌کند و در واقع بیشتر با این گروه‌ها رابطه دارد (لینچ، کیستنر، استفنس و داویدفردن^۲، ۲۰۱۵؛ نارایان، چن، مارتینز، گولد و کلیمز - دوگان^۳، ۲۰۱۵).

تاکنون برای کنترل خشم مداخلاتی صورت گرفته است که از میان می‌توان به اثربخشی آموزش گروهی هوش هیجانی اشاره کرد. در این پژوهش که در آن ۶۰ دانش‌آموز دبیرستانی که والدین آنان اعتیاد داشتند، انتخاب شده و به مدت ۸ جلسه تحت آموزش گروهی هوش هیجانی قرار گرفتند که نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های هیجانی در کاهش خشم این افراد مؤثر است (حجت، رضایی، نمودیان، حاتمی و نوروزی‌خلیلی، ۲۰۱۶). علاوه بر آن، بیویی، مک‌کی، هوئانگ و تران^۴ (۲۰۱۸) پژوهشی را با هدف تعیین اثربخشی درمان رفتاردرمانی شناختی بر خشم نوجوانان انجام دادند، نتایج نشان داد که درمان رفتاردرمانی شناختی می‌تواند در کاهش خشم این افراد مفید باشد. از دیگر پژوهش می‌توان به اثربخشی مداخلات رفتاری (سوخودولسکی، اسمیت، مک‌کالی، ابراهیم و پیاسکا^۵، ۲۰۱۶)، تأثیر روایت‌درمانی (واینرایب، پاسوپاتی، بورن و الدروید^۶، ۲۰۱۸)، اثربخشی درمان کوتاه‌مدت تمرکز بر راه حل (پارووکو و فطریه^۷، ۲۰۱۸)، آموزش مدیریت خشم (برغندان، ترخان و قائمی‌خمامی، ۱۳۹۱؛ کرمی، ۱۳۹۳؛ جعفری، نژادکلخوران و طالبی، ۱۳۹۳)، درمان شناختی - رفتاری (قمری‌کیوی، شیخ‌الاسلامی و عادل، ۱۳۹۴) و آموزش برنامه تاب‌آوری (صدری‌دمیرچی، بشرپور، رضانی و کریمیان‌پور، ۱۳۹۶) اشاره نمود.

به نظر می‌رسد در پژوهش‌ها و مداخلاتی که در جهت کاهش و کنترل خشم

1. Brennan, & Baskin-Sommers
2. Lynch, Kistner, Stephens, & David-Ferdon
3. Narayan, Chen, Martinez, Gold, & Klimes-Dougan
4. Bui, Mackie, Hoang, & Tran
5. Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim, & Piasecka
6. Wainryb, Pasupathi, Bourne, & Oldroyd
7. Purwoko, & Fitriyah

نوجوانان صورت گرفته، به مسائل فرهنگی و اسلامی که متناسب با نیازها و فرهنگ ایرانی - اسلامی نوجوانان ایرانی است، توجهی نشده است. از آنجا که میزان رفتارهای منفی ناشی از خشم در میان نوجوانان مذهبی کمتر است (پالن و همکاران، ۲۰۱۵؛ ادواردز و همکاران، ۲۰۱۸) و همچنین علاوه بر نیازهای مطابق با فرهنگ ایرانی - اسلامی نوجوانان ایرانی و با توجه به آموزه‌هایی که دین مبین اسلام در رابطه با کنترل و مدیریت خشم دارد (مدبر و اسلامی اکبر، ۱۳۹۲؛ معماری و زمرد، ۱۳۹۴)، استفاده از رویکردی مداخله‌ای که بتواند در این زمینه مفید واقع شود، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در این زمینه مفید واقع شود، معنویت‌درمانی^۱ مبتنی بر آموزه‌های اسلامی است.

معنویت‌درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرآیند درمانگری و در نظر داشتن بعد متعالی مراجعان بوده و متکی بر باورها و اعمال شخصی که متأثر از ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر در جهان می‌باشد (تقی‌زاده، اسماعیلی و علی‌اکبری‌دهکردی، ۱۳۹۷؛ خیاطان‌مصطفوی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۷). البته باید توجه داشت که در معنویت‌درمانی تنها از اعتقادات مذهبی مراجعان و از منابع مذهبی آنان استفاده نمی‌شود، بلکه مداخلات مبتنی بر معنویت می‌تواند شامل درمان‌های مذهبی و یا تقوا با رویکرد معنوی نیز باشد (حدادی‌کوهسار، مرادی، غباری‌بناب و ایمانی، ۱۳۹۷). معنویت یکی از ابعاد انسانی است و انسان‌ها همواره باورهای معنوی، اعمال و تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را همراه دارند. عقاید و ارزش‌ها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و در حقیقت انسان‌هایی که در فرهنگ‌های مختلف رشد می‌کنند نه تنها درباره اشیا و پدیده‌ها، متفاوت فکر می‌کنند بلکه به نظر می‌رسد نحوه اندیشیدن آنان نیز متفاوت باشد. این موضوع ارتباط مستقیمی با آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات روان‌شناختی دارد. بنابراین متغیرهای فرهنگی و باورهای فردی در تشخیص و درمان اختلالات خلقی مهم تلقی می‌شود (کجباف، حسینی، قمرانی و رزازیان، ۱۳۹۶). از این رو با توجه به این که معنویت در فرهنگ مردم ایران، به عنوان یک کشور اسلامی، نقش مهمی ایفا می‌کند، بایستی این متغیر برای مشاوره و روان‌درمانی مدنظر قرار گیرد (زره‌پوش، زارعی و کجباف، ۱۳۹۲). واژه معنویت و

مشتقات آن، گرچه در منابع اصیل اسلامی (قرآن کریم، سنت پیامبر و ائمه معصومین صلوات الله علیهم اجمعین) به کار نرفته است، ولی در ادبیات مسلمانان، هم در زبان عربی و هم فارسی رواج داشته است. اصطلاح معنویت در اسلام به «روحانیت» یا «معنویت» تعبیر شده که خود از واژه «روح» یا «معنا» مشتق می‌گردد. در این باره، اسلام معنا را در ماده، باطن را در ظاهر، آخرت را در دنیا و بالاخره مغز را در پوست و هسته را در پوسته نگهداری می‌کند. علامه طباطبایی اساس سیر باطنی و حیات معنوی را پذیرش عالم معنا می‌داند؛ عالمی که شامل کمالات باطنی و مقامات معنوی به عنوان واقعیت‌های حقیقی بیرون از واقعیت طبیعت و جهان ماده است (میرزایی، حسین‌نژاد و نورایی، ۱۳۹۶).

برای برخورداری از معنویت و زندگی معنادار، اولین شرط آن است که فرد همه اعمالش در زندگی را در راستای هدفی واحد که مطلوبیت ذاتی دارد، تنظیم کند. در ادبیات قرآنی و دیگر متون دینی اسلام، خداوند متعال به مثابه منبع و سرچشمه وجود و همه کمالات معرفی شده و نزدیک شدن به او هدف اصلی آفرینش انسان شمرده گردیده است. به همین دلیل هدف غایی از فعالیت و سلوک انسانی و عالی‌ترین کمال انسانی بالاترین نقطه ممکن در مراتب قرب به اوست. بنابراین شناخت خدا اولین گام در مسیر چنین زندگی معنادار و نخستین حرکت در جهت حیات معنوی است (مصباح، ۱۳۹۰).

در واقع در چارچوب جهان‌بینی اسلامی، هستی از یک منبع سرچشمه می‌گیرد که همان خداوند است و سرانجام نیز به سوی او باز می‌گردد. آن‌گونه که در حدیث قدسی آمده است: خداوند جهان را به عنوان مقدمه‌ای برای آفرینش و تکامل انسان آفرید و انسان را برای حرکت تکاملی به سوی کمال حقیقی انسانی (که همان قرب به خداوند است) خلق کرده است: *خَلَقْتُ الْأَشْيَاءَ لِأَجْلِكَ، وَ خَلَقْتُكَ لِأَجْلِي*. شناختن خدا اولین گام در مسیر چنین زندگی معنادار و نخستین حرکت در جهت حیات معنوی است. از آنجا که شناخت خداوند تدریجی و دارای مراتب مختلف است، هر چه این معرفت عمیق‌تر شود، معنای زندگی نیز کامل‌تر و روشن‌تر درک می‌گردد. از اینرو، هدفی که فرد در زندگی برای خویش انتخاب می‌کند تنها در صورتی پاینده و واقعی خواهد بود که از یک سو، با موقعیت کنونی انسان در هستی سازگار باشد و از سوی دیگر به همان کمال غایی منجر شود که انسان برای آن آفریده شده است. بنابراین، وقتی از معنویت سخن گفته می‌شود، مراد همین معناست؛ جستجوی چنین معنایی در زندگی، آرامش، لذت و

نشاط به همراه دارد (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۶).

الگوی معنویت‌درمانی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یک‌پارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بر بعد معنوی مراجع نیز تأکید دارد. امتیاز منحصر به فرد معنویت اسلامی، ریشه داشتن در آیات قرآن و کلمات معصومین (ع) است که جامع تمایلات دنیوی و اخروی انسان می‌باشد. معنویت اسلامی به معنای نادیده گرفتن خواسته‌های بشری یا سرکوب آن‌ها نیست؛ بلکه آن‌ها را بر اساس هدف خلقت و فطرت انسانی، اعتدال و جهت می‌بخشد. حرکت بخشی را گسترش داده، رهبانیت و انزوای باطل را نفی می‌کند و حضور در جامعه و احساس مسئولیت درباره شئون مختلف را تقوی می‌نماید (خالقی‌پور، مسجدی و احمدی، ۱۳۹۵). علاوه بر آن، سازمان جهانی بهداشت نیز آموزش بهداشت از طریق مذهب و معنویت را به عنوان راهکار سبک زندگی سالم معرفی کرده است (لوف و والاکی^۱، ۲۰۱۲ به نقل از خالقی‌پور، شهناز؛ مسجدی، محسن و احمدی، زهرا، ۱۳۹۵). یونگ، آلپورت و فرانکل^۲ نیز نگرشی مثبت به مذهب و معنویت داشته و آن‌را در رویکرد درمانی خود وارد کرده‌اند. یونگ تجارب مذهبی و معنویت را از بارزترین تجارب رسیدن به خویشتن می‌داند و روان‌نژندی را به دلیل عدم داشتن یک ارتباط معنوی معرفی می‌کند (پالمر^۳، ۲۰۰۷ به نقل از خالقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). تاکنون مداخلاتی با رویکرد معنویت‌درمانی و معنویت‌درمانی اسلامی صورت گرفته است که از این میان می‌توان به پژوهش کلانتری، نشاط‌دوست و فتاحی (۱۳۹۵) اشاره نمود. در این پژوهش که با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی اسلامی بر علایم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی انجام شد، ۲۰ دانشجوی دختر مبتلا به افسرده‌خویی انتخاب شدند و طی ۷ جلسه تحت گروه‌درمانی معنوی اسلامی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخله معنوی اسلامی می‌تواند به طور معنی‌دار بر کاهش علائم افسرده‌خویی مؤثر باشد. علاوه بر آن، می‌توان به پژوهش اکبری و شفیع‌آبادی (۱۳۹۲) اشاره کرد که در طی آن پژوهشگران به تدوین پروتال درمانی بر اساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پر دازشی - تجربه‌ای / هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی پرداختند. در این پژوهش که ۴۵ نفر از دانشجویان دختر حضور

داشتند، نتایج نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی - اسلامی در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر به طور معنی دار مؤثر است. از دیگر پژوهش ها می توان پژوهش خالدیان و کرمی باغظیفونی (۱۳۹۵) را نام برد که با هدف بررسی کارآمدی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه های اسلامی بر ارتقای سرمایه روان شناختی از قبیل خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی انجام شد و نتایج این پژوهش نیز بر اثربخشی این مداخله تأکید کرد. از دیگر پژوهش ها می توان به کارآمدی آموزش معنویت با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب وجودی (زینی وند، امینی جاوید و کرمی، ۱۳۹۴)؛ اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان (دشت بزرگی، سواری و صفرزاده، ۱۳۹۵)؛ مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶) و اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر تعلل ورزی و اشتیاق تحصیلی دانشجویان پرستاری (عظیمی، امین زاده و شریعتمداری، ۱۳۹۷) اشاره نمود.

از آنجا که به نظر می رسد تاکنون اثربخشی این نوع مداخلات بر کنترل خشم نوجوانان مورد مطالعه قرار نگرفته باشد. علاوه بر آن، با توجه به آنکه این رویکرد با فرهنگ نوجوانان ایرانی منطبق بوده و تلفیقی از آموزه های دین مبین اسلام و روان شناسی نوین است و با در نظر داشتن خلاء پژوهشی که در این زمینه وجود داشت، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی اسلامی بر خشم نوجوانان دختر، انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی بود و به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش آموزان دختر دوره اول متوسطه شهرستان خمینی شهر را شامل می شد که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مدارس این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. از میان این جامعه، ۳۰ دانش آموز از دبیرستان حاج رحیم اشرفی شهرستان خمینی شهر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که با رعایت ملاحظات اخلاقی و موافقت شرکت کنندگان و اولیای مدارس

و بررسی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، پس از اجرای پرسش‌نامه خشم کودکان و نوجوانان نلسون^۱ با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس، ۳۰ دانش‌آموز انتخاب و سپس با توجه به میانگین نمرات آنان در این متغیر، به دو گروه همگن تقسیم شدند و به صورت تصادفی، در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است از آنجا که ممکن بود عامل جنسیت بر نتایج آزمون تأثیرگذار باشد، لذا در پژوهش حاضر این عامل کنترل شده و شرکت‌کنندگان تنها از گروه دختران بودند. سپس، گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و هر هفته ۱ جلسه، تحت آموزش معنویت‌درمانی اسلامی قرار گرفت. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس هر دو گروه پس از اتمام آخرین جلسه مداخله، پرسش‌نامه مذکور را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: به لحاظ جنسیتی دختر بودن، تحصیل در دوره اول متوسطه، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش، عملکرد یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین از پرسش‌نامه خشم نلسون و ملاک‌های خروج نیز مشتمل بر شرکت در کارگاه‌های مهارت‌آموزی مشابه (از قبیل کارگاه‌های خودکنترلی، تاب‌آوری، کنترل هیجانات و...)، داشتن هرگونه اختلال روانی یا ناتوانی‌های ذهنی، بینایی و شنوایی، مصرف هرگونه دارو جهت روان‌درمانی و عدم حضور در بیش از دو جلسه از شروع مداخله- به عبارت دیگر چنانچه آزمودنی گروه آزمایش بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات مداخله‌ای غیبت می‌کرد، از پژوهش حذف می‌شد- بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خشم کودکان و نوجوانان نلسون: یک ابزار خودگزارشی است که به‌منظور بررسی موقعیت‌های مختلفی که موجب بروز خشم می‌شود. همچنین جهت ارزیابی میزان شدت خشم و مهارت‌های اجتماعی در کودکان و نوجوانان، توسط نلسون و فینچ^۲ (۲۰۰۰) ساخته شده است. این آزمون مناسب سنین ۶ تا ۱۶ سال و در ایران، توسط محمد مجدان (۱۳۸۷) ترجمه و تدوین گردیده است. شیوه

نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت می‌باشد که پرسش‌نامه شامل ۳۹ عبارت و چهار زیر مقیاس ناکامی (گویه‌های ۱-۲-۳-۱۳-۱۴-۱۵-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۳۸)، پرخاشگری بدنی (گویه‌های ۱۰-۱۱-۱۲-۲۲-۲۳-۲۴-۳۵-۳۶-۳۷)، روابط با همسالان (گویه‌های ۷-۸-۹-۱۹-۲۰-۲۱-۳۲-۳۳-۳۴) و روابط با مراجع قدرت (گویه‌های ۴-۵-۶-۱۶-۱۷-۱۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۹) است که در قالب چهار گزینه‌ای (۱. توجه نمی‌کنم، ۲. مرا آزار می‌دهد، ۳. واقعاً ناراحت می‌شوم و ۴. عصبانی می‌شوم) نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره‌ای که آزمودنی کسب می‌کند ۳۹ و حداکثر ۱۶ است. این آزمون بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش‌آموزان اجرا شد. نتایج ضریب آلفای این آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۵ و در چهار مقیاس آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ محاسبه گردید. نتایج پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی برای یک نمونه ۸۷ نفری در کل مقیاس ۰/۷۵ و بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ متغیر بود (فلانگان و آلن^۱، ۲۰۰۵). در ایران نیز روایی و پایایی آزمون توسط مجدیان مورد آزمون قرار گرفت که نتایج ضریب بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ و ثبات درونی ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ و روایی چهار زیر مقیاس ۰/۹۳ به دست آمده است (کیمیایی، رفتار و سلطانی‌فر، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۶ می‌باشد.

برنامه آموزشی معنویت‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی: معنویت درمانی اسلامی در این پژوهش بر اساس روان‌درمانی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین^۲ (۲۰۰۵)، با رویکرد اسلامی بنا شده است که شامل شش مؤلفه خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و بخشش می‌باشد. ریچاردز و برگین نوعی راهبرد معنوی برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی طراحی کردند که مداخلات آنان مشتمل بر دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنان به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از فنون تن‌آرامی و تصویرسازی معنوی، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، عبادات و مناسک و کمک کردن به مراجعان برای هماهنگی و همخوان بودن با ارزش‌های معنوی، خودفاش‌سازی عقاید و تجربه‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت روزانه و تمرکز و استفاده از کتاب درمانی مذهبی بود.

1. Flanagan, & Allen
2. Richards, & Bergin

(ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵). از آنجا که اصول معرفی شده توسط ریچاردز و برگین مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی نبود، در پژوهش حاضر سعی بر آن شد تا با رعایت چارچوب و اصول معنویت‌درمانی ریچاردز و برگین، جلسات مداخله‌ای مبتنی بر آموزه‌های اسلامی طراحی و اجرا شود. بدین صورت که با روش داده بنیاد، از منابع اسلامی تعدادی مقالات و کتب مرتبط مورد مطالعه قرار گرفت و پس از شکل‌دهی و تهیه اولیه پروتکل درمانی، جهت روایی محتوایی آن، پروتکل درمانی در اختیار پنج نفر از اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی و علوم دینی قرار گرفت و نظرات آنان اخذ و به شیوه ضریب همبستگی، توافق بین نظرات ارزیابی و محاسبه شد. بنابراین با در نظر ضریب همبستگی توافق بین نظرات این متخصصان، شاخص توافق ۰/۸۲ به دست آمد و در نتیجه روایی محتوایی پروتکل درمانی معنویت‌درمانی اسلامی تأیید شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات آموزشی معنویت‌درمانی اسلامی آمده است:

جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات آموزشی معنویت‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی

جلسات	هدف	محتوا
اول	آشنایی و معارفه اعضا با درمانگر، با قوانین گروه و ارزیابی؛ تعریف معنویت، آموزش تکنیک‌های خودآگاهی	پس از معرفی و آشنایی اعضای گروه با هم، به‌طور اجمالی در مورد قواعد و قوانین شرکت در این جلسات با شرکت‌کنندگان بحث و گفت‌وگو شد. سپس به اختصار موضوعات جلسات معرفی و درباره نقش آن در زندگی صحبت شد؛ بعد در مورد مهارت خودآگاهی بحث و گفت‌وگو گردید؛ بدین صورت که به هر کدام از اعضای گروه برگه‌ای سفید داده و از آنان خواسته شد که هر آنچه را که در مورد خود برداشت و استنباط دارند، بنویسند. به آنان تذکر داده شد آنچه را که می‌نویسند محرمانه است و لازم نیست که آن را ارائه دهند. در واقع باید آن را نزد خود نگه دارند. در ادامه از آنان خواسته شد که در مورد علایق و انگیزه‌های خود بنویسند. در مورد آنچه در گذشته بودند، در حال و آنچه که می‌خواهند در آینده باشند. سپس با بیان احادیثی از ائمه اطهار درباره خودآگاهی و نقش آن در زندگی جلسه ادامه یافت. آنان بایستی در این برگه‌ها نقاط قوت و ضعف خود، علایق، گرایش‌ها یا مواردی که باعث ناراحتی آنان می‌شود که فکر می‌کنند در آنان وجود دارد را می‌نوشتند. در پایان به عنوان تکلیف از آنان خواسته شد که نظرات دوستان، پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده را در مورد خود جویا شده و پس از ثبت آن‌ها، به ارزیابی و مقایسه آنچه که از خود برداشت می‌کنند، بپردازند. لازم به ذکر است در این جلسه در مورد سول و امنیت نیز صحبت گردید.

جلسات	هدف	محتوا
دوم	آشنایی با مفاهیم توکل و توسل به خدا و نیایش و دعا و اثرات آنها در کنار آمدن با فشارها و رویدادهای زندگی	پس از مرور و پرسش و پاسخ در رابطه با جلسه قبل؛ درباره مفاهیمی همچون توکل، توسل و فواید و اثرات دعا کردن صحبت شد. در واقع در مورد اعتماد به خدا و اینکه تمامی امور به حول و قوه او صورت می گیرد بحث و گفت و گو شد. بدین ترتیب که با بیان احادیث و آیاتی در این رابطه، گفته شد که انسانی که سول و امنیه خود را می شناسد و اعتقاد دارد که این اهداف او مطهر و پاک است، با توکل کردن به خدا و پرهیز از سستی و ناامیدی، تمامی امور را به خدا واگذار کرده، سپس در جهت دستیابی به این اهداف گام برمی دارد. در این زمان توضیح داده شد که می توان با برنامه ریزی و تأمین آنچه که خداوند از اسباب و اموری که در اختیار او گذاشته است، بدون هیچ ترس و واهمه ای می توان از خدا کمک خواست. بنابراین با داشتن چنین بینشی می توان کاستی هایی که از وسع فرد خارج است را به خداوند واگذار نمود و از او مدد جست. حال طریقه آن دعا کردن و روش های دعا کردن است که یکی از آنها متوسل شدن به ائمه اطهار علیهم السلام چه از طریق وسیله قرار دادن ایشان و چه از طریق شیوه های دعا و مناجاتی که تعلیم فرموده اند می باشد. لازم به ذکر به آنان تذکر داده شد که دعا و مناجات کردن تمرین توکل کردن و راهبرد عملی واگذاری امور به اوست و انسان در هر حال و هر جایی می توان با معبود خود دست به دعا بردارد. علاوه بر آن، در مورد اطمینان داشتن به خدا و اینکه اگر ناملایماتی پیش آید بر اساس حکمت بوده نیز صحبت شد. در پایان به عنوان تکلیف از آنان خواسته شد که در اینترنت دستان هایی را درباره عاقبت توکل کردن به خدا را مطالعه کرده و نمونه هایی را در جلسه بعد ارائه دهند. علاوه بر آن، کتاب «مشکلات ریز می بینم» نیز معرفی شد.
سوم	تعریف خشم، دلایل خشم و چگونگی کنترل خشم	در این جلسه سعی بر آن شد تا راهبردهای کنترل خشم آموزش داده شود. بدین منظور ابتدا درباره قوه خشم، مزایا و مضرات آن در قرآن و روایات صحبت گردید؛ در ادامه خواسته شد که یک فرد خشمگین را متصور شوند، سپس بایستی در مورد عواملی که ممکن است این فرد را خشمگین کرده باشد بحث و گفت و گو کنند؛ پس از آن به تأثیرات و تغییرات جسمانی که در درون یا ظاهر فرد خشمگین ایجاد می شود، صحبت شد در واقع هیجانات و احساسات همراه با خشم تحلیل گردید؛ سپس راهبردهای کنترل خشم از قبیل ترک محلی که علت و انگیزه خشم است، بیان احساسات خود به طور واضح و بیان دلیل ناراحتی؛ توجه به علایم بدنی در هنگام خشم و سعی در کاهش و تمرین آرمیدگی به خود؛ فکر کردن درباره عواقب احتمالی ناشی از خشم؛ پناه بردن به خدا و خواندن معوذتین؛ توجه نکردن به افکار خود آیند منفی و تغییر آنها به افکار خود آیند مثبت؛ فکر کردن در مورد اینکه الآن عصبی هستم اما بعد از آنکه آرام شدم حتما راهحلی برای این مسئله وجود دارد؛ سپس نمونه هایی از سیره معصومین (ع) و راهبردهایی که این بزرگواران استفاده کرده اند، مطرح شد؛ در پایان نیز تمرین آرمیدگی آموزش داده شد.

جلسات	هدف	محتوا
چهارم	آشنایی با مفاهیم بخشش، پیامدهای بخشش، پیامدهای نگه داشتن کینه در دل و اثرات آن	پس از مرور جلسه قبل، از شرکت کنندگان درخواست گردید که به مقایسه دو مفهوم بخشش و انتقام و فواید و مضرات آنان بحث و گفت‌وگو کنند. سپس روایاتی از معصومین (ع) و احادیث ایشان در رابطه با بخشش مطرح شده و استفاده از آن به عنوان راهبردی در جهت بهبود سلامت روان مورد بحث قرار گرفت. در واقع بیان شد که عفو و بخشش نه تنها دارای اجر معنوی است، بلکه باعث بهبود رابطه بین افراد، بالا بردن مهارت خودکنترلی از طریق چشم‌پوشی از اشتباهات دیگران، به عنوان عاملی برای پیشگیری از عواقب منفی ناشی از خشم و روشی برای کنترل هیجانات و احساسات نیز می‌شود؛ علاوه بر آن در این جلسه نحوه درست بیان احساسات آموزش داده شد. از پرهیز از کینه‌توزی یا نشخوار فکری نیز صحبت به میان آمد؛ بدین صورت که بیان شد که ممکن است دیگران از احساسات و نیازهای آنان خبر نداشته باشند و لذا مرتکب عملی شوند که فکر می‌کنند به آن تمایل دارند. بنابراین هر شخص بایستی توانایی بیان صحیح نیازها و آنچه او را عصبانی کرده و یا می‌کند را به عنوان یک مهارت داشته باشد؛ در پایان در قالب یک ایفای نقش شرکت کنندگان یک موقعیت فرضی را بازی کردند
پنجم	آشنایی با مفاهیم صبر و پذیرش	در این جلسه سعی بر آن شد تا مفهوم ناکامی، استرس و قرار گرفتن در موقعیت‌های تنش‌زا و راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها شرح داده شود؛ بدین صورت که پس از بحث و گفت‌وگو راجع به انواع موقعیت‌های تنش‌زایی مانند شکست خوردن در یک فعالیتی مثل یک مسابقه یا امتحان، نرسیدن به خواسته شخصی و یا قرار گرفتن در یک موقعیت محدود کننده، ممکن است موجب ایجاد خشم در آنان شده و لذا استفاده از راهبردهای مقابله‌ای لازم و ضروری است؛ در این میان صبر داشتن و پذیرش موقعیت استرس‌آور می‌تواند یکی از این راهبردها باشد؛ در واقع در این جلسه تفاوت میان حلم و صبر از نگاه قرآن و منابع اسلامی بررسی شد و سیره ائمه اطهار مطرح گردید؛ پس از آن، راهبردهای عملی مقابله‌ای آموزش داده شد. بدین صورت که ابتدا افراد باید بتوانند تا جایی که ممکن است از موقعیت‌های تنش‌زا اجتناب کنند، این کار با برنامه‌ریزی قبلی و نظم داشتن در کارها قابل دستیابی است، اما در صورت قرار گرفتن در یک موقعیت غیرقابل پیش‌بینی می‌توان با استفاده از حلم و صبر، بر کنترل هیجانات خود اقدام کرد و سپس با کمک راهبردهای حل مسئله به مقابله با آن موقعیت پرداخت. در پایان مراحل راهبرد حل مسئله شرح داده شد و در یک موقعیت ایفای نقش از طریق بارش مغزی راه‌حل‌های ممکن در مورد یک موضوع چالش‌برانگیز ثبت و تحلیل گردید.
ششم	جمع‌بندی و اختتام	پس از مرور جلسات قبلی و بررسی تجربیات شرکت کنندگان راجع به راهبردهایی که در این جلسات آموزش داده شده بود، نقطه‌نظرات و پرسش‌های آنان مورد بحث قرار گرفت.

داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش با نرم‌افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده در کلیه مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها، $\alpha=0/05$ بود.

یافته‌ها

بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید شد. همچنین، با نتایج آزمون لوین و آزمون ام‌باکس ($P=0/103$ و $F=1/590$) پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌های نمرات تأیید شد. علاوه بر آن، به‌منظور بررسی خطی بودن داده‌ها، مقدار منبع تغییرات تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون در کلیه متغیرهای خشم در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، تعامل میان شرایط آزمایشی و پیش‌آزمون معنادار نبوده، بنابراین شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایش در این زیرمقیاس‌ها یکسان است. بنابراین با توجه به تأیید کلیه پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از این آزمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در ادامه، نمرات میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات

پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های خشم

مقیاس	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناکامی	آزمایش	۱۵	۳۰/۸۰	۷/۰۱۲	۱۹/۳۳	۶/۰۴۳
	گواه	۱۵	۲۳/۰۰	۵/۵۶۸	۲۶/۱۳	۴/۷۴۹
پرخاشگری بدنی	آزمایش	۱۵	۲۸/۷۳	۶/۰۵۳	۱۸/۹۳	۶/۲۹۶
	گواه	۱۵	۲۴/۶۰	۴/۵۰۱	۲۶/۷۳	۳/۵۳۵
روابط با همسالان	آزمایش	۱۵	۲۶/۵۳	۵/۹۵۱	۱۹/۱۳	۵/۸۶۶
	گواه	۱۵	۲۱/۵۳	۵/۳۸۳	۲۳/۵۳	۳/۲۹۲

جدول ۲. (ادامه)

مقیاس	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روابط با مراجع قدرت	آزمایش	۱۵	۲۸/۳۳	۲۸/۳۳	۵/۳۶۷	۱۹/۲۷
	گواه	۱۵	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰	۴/۸۵۵	۲۵/۸۷
خشم	آزمایش	۱۵	۱۱۳/۲۷	۱۱۳/۲۷	۱۹/۵۸۳	۷۸/۶۷
	گواه	۱۵	۹۱/۱۳	۹۱/۱۳	۱۷/۷۸۴	۱۰۱/۶۰

همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، ملاحظه می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در زمینه خشم روند کاهشی داشته است. با این حال این یافته‌ها در سطح توصیفی است.

جدول ۳. نتایج پیش‌فرض آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس‌آزمون خشم

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۶۳۷	۹/۲۰۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۹۶
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۲	۱۷/۸۶۱	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۹۶
اثر هتلینگ	۰/۷۷۴	۱۷/۸۶۱	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۹۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۷۴	۱۷/۸۶۱	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۹۶

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در سطح $\alpha=0/05$ تفاوت معنی‌دار است ($P=0/001$ و $F=9/200$). به عبارتی دیگر بین گروه آزمایش و گواه حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۳۷ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون خشم مربوط به تأثیر آموزش معنویت‌درمانی اسلامی می‌باشد.

جدول ۴، نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون
زیرمقیاس‌های خشم

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	ناکامی	۷۲/۳۶۰	۱	۷۲/۳۶۰	۲/۶۹۱	۰/۱۱۴	۰/۱۰۱	۰/۳۵۰
	پرخاشگری	۷۴/۲۱۸	۱	۷۴/۲۱۸	۳/۷۳۰	۰/۰۶۵	۰/۱۳۵	۰/۴۵۸
	روابط با همسالان	۳/۱۴۶	۱	۳/۱۴۶	۰/۱۹۸	۰/۶۶۱	۰/۰۰۸	۰/۰۷۱
	روابط با مراجع قدرت	۱۱۴/۸۷۷	۱	۱۱۴/۸۷۷	۳/۹۷۲	۰/۰۵۸	۰/۱۴۲	۰/۴۸۱
گروه	ناکامی	۵۱۷/۲۳۶	۱	۵۱۷/۲۳۶	۱۹/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۹۸۸
	پرخاشگری	۵۸۳/۹۷۶	۱	۵۸۳/۹۷۶	۲۹/۳۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰	۰/۹۹۹
	روابط با همسالان	۳۶۴/۶۴۳	۱	۳۶۴/۶۴۳	۲۲/۹۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸	۰/۹۹۶
	روابط با مراجع قدرت	۶۶۹/۵۱۷	۱	۶۶۹/۵۱۷	۲۳/۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۰/۹۹۶
خطا	ناکامی	۶۴۵/۴۵۹	۲۴	۲۶/۸۹۴				
	پرخاشگری	۴۷۷/۴۸۴	۲۴	۱۹/۸۹۵				
	روابط با همسالان	۳۸۱/۸۲۰	۲۴	۱۵/۹۰۹				
	روابط با مراجع قدرت	۶۹۴/۱۰۵	۲۴	۲۸/۹۲۱				

همان‌طوری که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین نمرات دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سطح $\alpha = 0/05$ از لحاظ خشم در زمینه‌های ناکامی ($P=0/001$ و $F=19/232$)، پرخاشگری ($P=0/001$ و $F=23/150$)، روابط با همسالان ($P=0/001$ و $F=22/920$)، روابط با مراجع قدرت ($P=0/001$ و $F=23/150$)، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۵. میانگین تعدیل شده و انحراف معیار نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های خشم

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ناکامی	آزمایش	۱۵	۱۷/۴۴۹	۱/۵۳۲
	گواه	۱۵	۲۸/۰۱۸	۱/۵۳۲
پرخاشگری بدنی	آزمایش	۱۵	۱۷/۲۱۸	۱/۳۱۸
	گواه	۱۵	۲۸/۴۴۸	۱/۳۱۸
روابط با همسالان	آزمایش	۱۵	۱۶/۸۹۶	۱/۷۱۹
	گواه	۱۵	۲۵/۷۷۰	۱/۷۱۹
روابط با مراجع قدرت	آزمایش	۱۵	۱۶/۵۵۴	۱/۵۸۹
	گواه	۱۵	۲۸/۵۷۹	۱/۵۸۹

بررسی میانگین تعدیل شده در جدول نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش نسبت به میانگین تعدیل شده در گروه گواه برای مؤلفه‌های ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت، معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر، میانگین تعدیل شده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس آزمون افزایش داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی اسلامی بر خشم دانش‌آموزان بود. نتایج نشان داد که این برنامه آموزشی در کاهش خشم و مؤلفه‌های آن در زمینه ناکامی، پرخاشگری بدنی و بهبود روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش به صورت غیرمستقیم با یافته‌های تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲)، دهقان، پیری کامرانی و کرمی (۱۳۹۴)، زندی کریمی، زندی پور و رضاییان (۱۳۹۵)، حدادی کوهسار، مرادی، و غباری بناب (۱۳۹۶)، کجیاف و همکاران (۱۳۹۶) و رشیدزاده، بدری گرگری و واحدی (۱۳۹۷) که به بررسی تأثیر معنویت درمانی

پرداخته‌اند، مطابقت دارد. در واقع، تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند معنویت‌درمانی می‌تواند تاب‌آوری که عاملی در جهت ایجاد سازگاری و رویارویی با موقعیت‌های سخت و تنش‌زا است را ارتقاء دهد. این نتایج در پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۴)، زندی‌کریمی و همکاران (۱۳۹۵) و رشیدزاده و همکاران (۱۳۹۷) نیز تأیید شد. علاوه بر آن حدادی‌کوهسار و همکاران (۱۳۹۶) و کجباف و همکاران (۱۳۹۶) نیز تأثیر معنویت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلالات هیجانی و ارتقای تحمل پریشانی را تأیید کردند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در رویکرد اسلامی نگرش نسبت به خدا، اعتقاد به توانمندی، لطف و رحمت او بر شخص، راضی بودن به تدبیر الهی، درک واقعیت زندگی دنیا به عنوان مقدمه آخرت، معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی و ذکر و عبادت مطرح می‌باشد (فقیهی، غباری بناب و قاسمی‌پور، ۱۳۸۶) و آموزش روان‌درمانی با محتویات مذهبی و دینی به جوانان باعث کاهش رفتارهای پرخطر و ضداجتماعی می‌شود و ارتباط‌های مثبت‌تری با والدین و همسالان ایجاد می‌کند (بارتکوفسکی، سوولوین^۱، ۲۰۰۸). همچنین می‌توان گفت که اعمال مذهبی-معنوی، مراقبه و تفکر عمیق با افزایش آزادسازی برخی انتقال‌دهنده‌های عصبی در مغز نظیر گابا، ملاتونین و سروتونین باعث ایجاد تجارب عرفانی و خلق مثبت و جلوگیری از ایجاد خلق و هیجانات منفی نظیر خشم می‌گردد (انیسمن^۲، مرالی، وهاییلی، ۲۰۰۸؛ شیانگ^۳، ۲۰۱۰، به نقل از خالقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین دیگر نتایج نیز می‌توان به این نکته اشاره کرد که معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت‌درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت‌درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته

1. Bartkowski, Xu, & Levin
2. Anisman, Merali, & Hayley
3. Xiang

باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶).

با آموزش رضا و توکل به خدا، که در آن سعی می‌شود طرحواره شناختی فرد نسبت به دشواری‌ها تغییر کند، به‌طوری که به‌معنای جدیدی برای دشواری‌ها دست یابد، همچنین خودآگاهی فرد به ضعف‌ها و قوت‌های خویش افزایش یابد و امید به آینده در او تقویت شود، می‌توان به افراد کمک کرد تا نه تنها تسلیم مشکلات نشوند، بلکه در رفع آن بکوشند. در این میان، نوجوانان در مواجهه با بحران‌های زندگی، نیاز بیشتری به شیوه‌های کنار آمدن با مشکلات را دارند، چرا که نوجوانی، از دوره‌های مهم در ساخت و پایه‌ریزی شخصیت فرد و نیز دوره‌ای پرچالش برای اتکای به نفس، کنترل خود، استقلال‌پذیری، پذیرش مسئولیت‌های جدید، انتخاب و تصمیم‌گیری است (سلیمانی‌نسب، غلامرضایی و ویس‌کرمی، ۱۳۹۷). بنابراین، ارتباط با نیروی الهی باعث ارتقای کیفیت زندگی، خوشرویی و به‌دست آوردن دیدی مثبت می‌شود (رستمی‌نسب، علوی و کریمی، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، در آموزه‌ی توکل، باور به خداوند که دارای قدرت بی‌پایان و کنترل‌کننده عالم هستی می‌باشد، درونی‌شده است. این باور سبب می‌شود که افراد، عامل حل‌نشدن مشکل یا نرسیدن به هدف خاصی را، خواست خداوند تلقی کنند. باور به توکل موقعیتی را که در غیراین صورت فرد ممکن است خود را سرزنش کرده و یا به واسطه‌ی عدم کنترل بر رویداد احساس ناتوانی کند، تغییر داده و بازسازی می‌نماید. این افراد تمام توان خود را در راستای رسیدن به مطلوب و مقصود به کار می‌گیرند و بر این باور هستند که اگر نتیجه موافق میل ایشان نباشد، خیر واقعی را خداوند می‌داند و به فرمایش خداوند در قرآن باور دارند: «وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ» (بقره، ۲۱۶)؛ «چه بسا چیزی را ناخوش دارید درحالی که خیر شما در آن باشد و چه بسا از چیزی خوشتان آید در حالی که بدی شما در آن باشد، خدا می‌داند، درحالی که شما نمی‌دانید» (مرزبند، زکوی و حسینی‌کارنامی، ۱۳۹۴). هنگامی که انسان با مشکلات و دشواری‌ها مواجه می‌شود و احساس می‌کند که به‌تنهایی بر حل آن‌ها توانا نیست، فرد توانمند دیگری را وکیل خود قرار می‌دهد. بر این اساس، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، در عین استفاده از عوامل طبیعی و مادی، به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه

کرده و از او استمداد می‌جوید (قدم‌پور، رحیمی‌پور، امیری و خلیلی‌گشنیگانی، ۱۳۹۷).

علامه طباطبایی درباره اهمیت توکل به خدا می‌نویسد: «ما در رویارویی با مسائل زندگی و رسیدن به کامیابی به دو دسته از عوامل نیازمندیم: ۱. فراهم آوردن اسباب طبیعی و ۲. فراهم ساختن وضعیت روانی خاصی که بتوانیم با مسائل بهتر روبرو شویم» (مقیمی، ۱۳۹۶). در این رابطه با استناد به آیه شریفه «الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد/۲۹): «مؤمنین کسانی هستند که ایمان آورده‌اند و دل‌هایشان به یاد خدا مطمئن است؛ آگاه باشید که با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد».

خداوند متعال در سوره شوری آیه سی و هفتم می‌فرماید: «وَالَّذِينَ يَجْتَنِبُونَ كَبَائِرَ الْإِثْمِ وَالْفَوَاحِشَ وَإِذَا مَا غَضِبُوا هُمْ يَغْفِرُونَ»؛ «و کسانی که از گناهان بزرگ و زشتکاری‌ها، خود را به دور می‌دارند و چون به خشم در می‌آیند در می‌گذرند». علامه طباطبایی در تفسیر این آیه می‌نویسد: «وَإِذَا مَا غَضِبُوا هُمْ يَغْفِرُونَ» این جمله اشاره است به فضیلت عفو در هنگام غضب که از بارزترین صفات مومنین است (طباطبایی، ۱۳۷۴؛ ترجمه موسوی‌همدانی، ۱۳۹۶). نه تنها مومنان در موقع غضب زمام اختیار از کفشان ربوده نمی‌شود و دست به اعمال زشت و جنایات نمی‌زنند، بلکه با آب عفو و غفران قلب خود و دیگران را از کینه‌ها شستشو می‌دهند و این صفتی است که جز در پرتو ایمان راستین و توکل بر حق پیدا نمی‌شود. جالب اینکه: نمی‌گوید آنها غضب نمی‌کنند، چرا که این جزو طبیعت انسان است و در بعضی موارد، یعنی در آنجا که برای خدا و در راه احقاق حق مظلومان باشد، ضرورت دارد، بلکه می‌گوید آنها به هنگام غضب آلوده گناه نمی‌شوند، سهل است به سراغ عفو و غفران آن می‌روند و باید همچنین باشد، چگونه انسان می‌تواند در انتظار عفو الهی به سر برد در حالی که خود کینه‌توز و انتقام‌جو است و به هنگام غضب هیچ قانونی را به رسمیت نمی‌شناسد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۹۱). بنابراین، در جلسات معنویت‌درمانی سعی می‌شود با تکیه بر این آموزه دینی، توکل داشتن بر خدا و او را مسبب تمام اتفاقات دانستن و همچنین ایمان به مدد رسانی و دستگیری از او، به نوجوان کمک کرد تا بهتر در برابر ناکامی‌ها بر خویشتن کنترل داشته و خشم خود را فرو ببرد.

در تبیین دیگر نتایج می‌توان بیان داشت که مؤلفه‌های اصلی و محتوای برنامه‌های معنویت‌درمانی اسلامی شامل آشنایی با خشم و پیامدهای آن، محرک‌های خشم و پاسخ‌های

متداول، ادراک پدیدارشناختی محرک‌ها و تجربه خشم، نقش افکار منفی در تجربه خشم، الگوهای شخصی تجربه خشم و رفتار، نظارت بر علائم هشداردهنده، گزارش تجربه‌ها و رویدادهای خشم، آرام‌سازی و کاهش تنش، تغییر افکار منفی و کنترل خشم، آموزش راهبردهای حل مسأله برای کنترل خشم است (مدبر و اسلامی‌اکبر، ۱۳۹۲؛ معماری و زمرد، ۱۳۹۴). بنابراین برای کنترل خشم، اسلام مهارت‌های مختلفی را معرفی نموده است که بعضاً روان‌شناسی نوین نیز بر اهمیت آن‌ها تأکید دارد. مهارت‌هایی همچون صبر و پذیرش دیگران، بررسی مفاسد خشم و فواید بردباری، اعتقاد به قدرت الهی، انتظار گشایش، ارزش بخشش، مهار محرک‌ها از قبیل وسوسه نفس و شیطان و دوستان شیطان‌صفت، تأمل قبل از ابراز خشم، توجه به علایم جسمانی و حالات چهره افراد خشمگین را همگی می‌توان برای آموزش به نوجوانان به‌کار نموده و از آن‌ها بهره برد. در جلسات معنویت‌درمانی اسلامی نیز سعی شد تا با تکیه بر این آموزه‌ها، نوجوان را به سمتی سوق داد که از این راهبردها و مهارت‌ها استفاده کرده و خود را در برابر ناکامی‌ها و ناملازمات زندگی ایمن کرده و بهتر بتواند بر حالات جسمانی و روانی خود از قبیل خشم کنترل یابد.

در پایان می‌توان گفت در معنویت‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام، فرد موظف است از خطاهای مردم درگذرد، با آنها مدارا کند، صبور باشد، نقدپذیر و نصیحت‌شنو باشد، به گفتار مردم گوش کند و به نیکوترین آن‌ها ترتیب اثر دهد، در برخوردهای اجتماعی و دعواها اهل گذشت باشد، از بگو و مگو، مجادله، کینه و برخورد فیزیکی دوری کند و با مردم به شکل پسندیده سخن بگوید. مؤمن در همه شرایط، حضور خداوند را احساس می‌کند، می‌داند طبق وعده الهی فروبردن خشمش باعث عزت، امنیت و آرامش وی می‌گردد و او را محبوب دیگران می‌نماید و برای رسیدن به این منظور دعا می‌کند. امام سجاده (ع) در دعای «مکارم اخلاق» می‌فرماید: «اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ، وَحَلِّنِي بِحِلْيَةِ الصَّالِحِينَ، وَالْبَسْنِي زِيْنَةَ الْمُتَّقِينَ، فِي بَسْطِ الْعَدْلِ، وَكَظْمِ الْغَيْظِ، وَإِطْفَاءِ النَّائِرَةِ، وَصَمِّ أَهْلَ الْفُرْقَةِ، وَاصْلَحْ ذَاتِ الْبَيْنِ» «خداوند! درود فرصت بر محمد (ص) و خاندان گرامی او و من را به زیور صفات خوب نیکوکاران آراسته کن و لباس پرهیزکاران را به من بپوشان تا به گسترش عدل و فرو بردن خشم خود و اصلاح میان مردم پس از آتش غیظ بپردازم (فلسفی، ۱۳۹۰).

از آنجا که در پژوهش حاضر، آموزش برنامه معنویت‌درمانی اسلامی تنها بر

خشم دانش‌آموزان دختر دورهٔ اوّل متوسطه شهرستان خمینی‌شهر مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌ها از نظر منطقهٔ تحصیلی، جنسیت و مقطع تحصیلی، بایستی احتیاط کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم استفاده از آزمون پی‌گیری اشاره نمود. با توجه به اینکه وجود آزمون‌های پی‌گیری شاخص مناسبی در خصوص تداوم تأثیرات درمانی است، لذا استفاده از آن پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به این نکته اشاره کرد که روش نمونه‌گیری این پژوهش به شیوهٔ غیرتصادفی در دسترس از میان دانش‌آموزان دختر انجام شد که پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری از جوامع دانش‌آموزان پسر، دانشجویان، معلمان و دبیران و یا حتی جوامع غیرآموزشی و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گیرد تا قدرت تعمیم آن بالاتر برود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و مسائل مربوط به آن، مفاهیم خشم و کنترل خشم در منابع درسی این دانش‌آموزان گنجانده شود و توسط مشاوران مدرسه، مربیان پرورشی و حتی معلمان، کلاس‌های کنترل خشم را برای دانش‌آموزان، جهت ارتقای هرچه بیشتر سلامت روان آنان، برگزار گردد. علاوه بر آن، با توجه به مزایایی که معنویت‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی که با بافت و فرهنگ ایرانی-اسلامی نوجوانان کشور سازگاری داشته و همچنین با در نظر داشتن این مسأله که آموزه‌های دین مبین اسلام، غنی‌ترین و کامل‌ترین دستورات تربیتی و اخلاقی را در خود دارد، لذا پیشنهاد می‌شود که در مدارس آموزش و پرورش و همچنین در دیگر موقعیت‌های فرهنگی، محتوای جلسات آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی گنجانیده شده و مورد استفاده قرار گیرد، تا حداقل از عواقب ناشی از خشم جلوگیری به عمل آید.

تشکر و قدردانی

با تشکر فراوان از معاونت پژوهشی آموزش و پرورش شهرستان خمینی‌شهر، آقای سوادکوهی و همکاران ایشان در قسمت پژوهشی که بدون همکاری آنان این پژوهش انجام نمی‌شد و با سپاس فراوان از مدیریت و معاونت آموزشگاه متوسطه حاج‌رحیم اشرفی، سرکاران خانم، شمش‌ی و سرافراز که به این جانب اجازهٔ فعالیت و کار را در آموزشگاه دادند.

- قرآن کریم. (۱۳۹۵). ترجمه محمد مهدی فولادوند. چاپ اول، مشهد: انتشارات هاتف.
- نهج البلاغه (۱۳۷۹). گردآورنده شریف الرضی، محمدحسین، مترجم و شارح علی نقی فیض الاسلام اصفهانی.
- اکبری، حبیب اله و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). تدوین پروتال درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی- اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازی- تجربه ای/ هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۴(۱۴)، ۲۲-۱.
- برغندان، سیده؛ ترخان، مرتضی و قائمی خمایی، نیما. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر رشت. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸(۲)، ۱۳۹-۱۶۵.
- بهشتی، احمد. (۱۳۹۲). *اسلام و تربیت کودکان*. چاپ دوم، تهران: پژوهشگاه خوارزمی.
- تقی زاده، محمد احسان و میرعلایی، مرضیه السادات. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکیزوفرنی شهر اصفهان. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۲(۷)، ۸۲-۱۰۲.
- تقی زاده، محمد احسان؛ اسماعیلی، اکرم و علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش معنویت درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکیزوفرنی. *فصلنامه رویش روان شناسی*، ۷(۸)، ۲۱۴-۲۰۳.
- جعفری، سیمین؛ نژادکلخوران، مجتبی و طالبی، روح اله. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش کنترل خشم بر پرخاشگری دختران تکواندوکار نوجوان مبتدی. *مطالعات روان شناسی ورزشی*، ۳(۸)، ۸۸-۷۷.
- حدادی کوهسار، علی اکبر؛ مرادی، علیرضا و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۶). طراحی و تدوین برنامه معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری و مقایسه اثربخشی آن با رویکرد ذهن آگاهی در کاهش نشانه های اختلالات هیجانی، افزایش کیفیت زندگی و حافظه شرح حال بیماران مبتلا به درد مزمن. پایان نامه دکتری تخصصی، تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی.
- حدادی کوهسار، علی اکبر؛ مرادی، علیرضا؛ غباری بناب، باقر و ایمانی، فرناز. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸(۳۱)، ۳۰-۱.
- خاکپور، حسین؛ قربان زاده، عباس و قادری، محدثه. (۱۳۹۶). راهکارهای درمان پرخاشگری از دیدگاه قرآن و روایات، *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۳(۴)، ۱۱۷-۱۲۷.
- خالدیان، محمد و کرمی باغظیفونی، زهرا. (۱۳۹۵). کارآمدی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه های اسلامی بر ارتقای سرمایه روان شناختی و مؤلفه های آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی) در دانشجویان. *فصلنامه سلامت و دین*، ۹(۴)، ۸۶-۷۱.
- خالقی پور، شهناز؛ مسجدی، محسن و احمدی، زهرا. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول های سفید خون محیطی سالمندان افسرده. *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱۰(۳)، ۱۴-۱.
- خیاطان مصطفوی، صدیقه؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی بر شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی. *فصلنامه دین و سلامت*، ۶(۲)، ۱۰-۱.
- دشت بزرگی، زهرا؛ سواری، کریم و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان. *فصلنامه روان شناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۷۷-۱۸۶.
- دهقان، فاطمه؛ پیری کامرانی، مرضیه و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری. *فصلنامه روان شناسی و دین*، ۴(۳۲)، ۹۲-۸۱.
- دیدگاه، زهرا؛ شریعتی، سید صدرالدین؛ بهشتی، سعید و ایمانی نائینی، محسن. (۱۳۹۷). طراحی چارچوب نظری نظارت اجتماعی نوجوانان بر اساس اهداف، مبانی، اصول و روش های منبعث از تفسیر المیزان. *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۳(۳)، ۲۹-۸۵.

رستمی نسب، عباسعلی؛ علوی، سیدحمیدرضا و کریمی، منیره. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش شادی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی و جهت‌گیری مذهبی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر کرمان. *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲(۴)، ۴۷-۶۶.

رشیدزاده، عبدالله؛ بدری‌گرگری، رحیم و واحدی، شهرام. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی اسلامی در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم. *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۳(۲)، ۸۶-۵۹.

روشن، رسول. (۱۳۹۲). *چگونگی رفتار با نوجوانان*. جلد اول، تهران: انتشارات کتاب نشر.

زره‌پوش، اصغر؛ زارعی، مجید و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و امید در زنان متأهل شهر اصفهان. *مجله اخلاق*، ۹(۳۳)، ۱۵۷-۱۷۶.

زندگی‌کریمی، عطیه؛ زندی‌پور، طیبه و رضاییان، حمید. (۱۳۹۵). *مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای همراهان بیماران سرطانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء (س).

زینی‌وند، زهرا؛ امینی‌جاوید، لیلا و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۴). کارآمدی آموزش معنویت با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب وجودی. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۴(۳۳)، ۱۰۶-۹۳.

سلیمانی‌نسب، فریده؛ غلامرضایی، سیمین و ویس‌کرمی، حسن‌علی. (۱۳۹۷). تدوین و اعتباریابی پرسش‌نامه «سنجش میزان گرایش به خطرپذیری در دانش‌آموزان نوجوان ایرانی» در راستای تحقق اهداف تربیت‌دینی. *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۳(۳)، ۵۹-۸۴.

صدری‌دمیرچی، اسماعیل؛ بشرپور، سجاد؛ رضایی، شکوفه و کریمیان‌پور، غفار. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تکانشور. *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۶(۴)، ۱۲۰-۱۳۹.

طباطبایی، سیدمحمدحسین. (۱۳۷۴). *ترجمه تفسیر المیزان*. ترجمه سیدمحمدباقر همدانی. (۱۳۹۶). چاپ دوم، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

عظیمی، داریوش؛ محمدامین‌زاده، دانا و شریعتمدار، آسیه. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت‌درمانی اسلامی بر تعلل‌ورزی و اشتیاق تحصیلی دانشجویان پرستاری. *راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، ۲۵(۲۵)، ۱۰۸-۹۷.

فقیهی، علی‌نقی؛ غباری‌بناب، باقر و قاسمی‌پور، یدالله. (۱۳۸۶). مقایسه ی الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. *دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱(۱)، ۸۱-۶۹.

فلسفی، محمدتقی. (۱۳۹۰). شرح و تفسیر دعای مکارم الاخلاق. جلد اول، چاپ چهاردهم، قم: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

قدم‌پور، عزت‌الله؛ رحیمی‌پور، طاهره؛ امیری، فاطمه و خلیلی‌گشنیگانی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش صبرمبتنی بر آموزه‌های دینی بر تاب‌آوری. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۱۱(۱)، ۴۶-۳۱.

قمری‌کیوی، حسین؛ شیخ‌الاسلامی، علی و عادل، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۴(۵۵)، ۷۲-۵۶.

کجیاف، محمدباقر؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر و رزازیان، نازنین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹(۱)، ۳۸-۲۱.

کرمی، مرتضی. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های کنترل خشم بر اساس آموزه‌های اسلامی بر پرخاشگری دانش‌آموزان. *پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲۲(۲۲)، ۱۱۴-۹۹.

کلانتری، مهرداد؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و فتاحی، راضیه. (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. اصفهان: دانشگاه اصفهان.

کیمیایی، سیدعلی؛ رفتار، محمدرضا و سلطانی‌فر، عاطفه. (۱۳۹۰). آموزش هوش هیجانی و اثربخشی آن بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پرخاشجوی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۱۶۶-۱۵۳.

- مدبر، محمدحسین و اسلامی اکبر، رسول. (۱۳۹۲). کنترل خشم از دیدگاه دین: راهکارهای نظری و عملی رعایت یک ضرورت برای بهداشت روانی و اخلاقی پزشکان و پرستاران. *فصلنامه آموزش و اخلاق در پرستاری*، ۳(۱)، ۴۸-۴۳.
- مرزبند، رحمت‌الله؛ زکوی، علی اصغر و حسینی کارنامی، سیدحسین. (۱۳۹۴). نقش توکل در سلامت روانی با تأکید بر آموزه‌های قرآنی. *فصلنامه دین و سلامت*، ۳(۱)، ۸۲-۷۳.
- مصباح، علی. (۱۳۹۵). در جستجوی عرفان اسلامی. چاپ پنجم، قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
- مطیعی، محمدحسین و رضانیاشیرازی، حمید. (۱۳۹۶). جایگاه مراقبه در اخلاق عقلی، *فصلنامه پژوهش‌های اخلاقی*، ۲۸، ۱۳۷-۱۵۷.
- معماری، داوود و زمردی، رسول. (۱۳۹۴). خشم و مدیریت آن در قرآن کریم. *فصلنامه سراج منیر*، ۶(۱۸)، ۱۱۵-۱۳۶.
- مقیم، سیدمحمد. (۱۳۹۶). تصمیم‌گیری بر مبنای توکل. *فصلنامه مدیریت اسلامی*، ۲۵(۴)، ۵۱.
- مکارم شیرازی، ناصر؛ آشتیانی، محمدرضا؛ جعفرامامی، محمد؛ الهامی، داود؛ ایمانی، اسدالله؛ حسینی، عبدالرسول؛ شجاعی، سیدحسن و... محمدی، محمد. (۱۳۹۱). *تفسیر نمونه (جلد بیستم)*. چاپ شصتم، قم: دارالکتب‌السلامیه.
- میرزایی، رضا؛ حسین‌نژاد، شلاله و نورایی، شراره. (۱۳۹۶). جایگاه مفهوم معنویت در روان‌درمانی، *شخصیت‌شناسی مدرن و مقایسه آن با معنویت اسلامی. مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳(۴/۱)، ۱۸۴-۱۹۶.
- Afshari, M., & Afshari, M. (2016). Effect of training anger-control skills on social adjustment and anger self-regulation skills among high school students of Khash, Iran in academic year of 2010-2009. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(3), 207-215.
- Bartowski, J. P., Xu, X., & Levin, M. L. (2008). Religion and child development: evidence from the early childhood longitudinal study. *Social Science Research*, 37, 18-36.
- Brennan, G. M., & Baskin-Sommers, A. R. (2019). Physical aggression is associated with heightened social reflection impulsivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(5), 404-414. DOI: 10.1037/abn0000448.
- Bui, H. T., Mackie, L., Hoang, P. A., & Tran, T. T. (2018). Exploring the effectiveness of cognitive behavioral therapy for Vietnamese adolescents with anger problems. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 1-5. DOI:10.1016/j.kjss.2018.05.013.
- Edwards, P., van de Mortel, T., & Stevens, J. (2018). Perceptions of anger and aggression in rural adolescent Australian males. *International Journal of Mental Health Nursing*, DOI: 10.1111/inm.12513.
- Elhai, J. D., Rozgonjuk, D., Yildirim, C., Alghraibeh, A. M., & Alafnan, A. A. (2019). Worry and anger are associated with latent classes of problematic smartphone use severity among college students. *Journal of Affective Disorders*, 246, 209-216. DOI:10.1016/j.jad.2018.12.047.
- Flanagan, R., & Allen, K. (2005). A review of the children's inventory of anger (ChIA): A needed measure. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 263-273. DOI:10.1007/s10942-005-0010-1.
- Gambetti, E., & Giusberti, F. (2016). Anger and everyday risk-taking decisions in children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 90, 342-346. DOI:10.1016/j.paid.2015.11.049
- Gilbert, M. A., & Bushman, B. J. (2017). Frustration-Aggression Hypothesis. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1-3. DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_816-1.
- Groves, C. L., & Anderson, C. A. (2018). Aversive events and aggression. *Current Opinion in Psychology*, 19, 144-148. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.03.027.
- Hojjat, S. K., Rezaei, M., Namadian, G., Hatami, S. E., & Norozi Khalili, M. (2016). Effectiveness of emotional intelligence group training on anger in adolescents with substance-abusing fathers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(1), 24-29. DOI:10.1080/1067828x.2016.1178614.
- Itani, O., Kaneita, Y., Munezawa, T., Ikeda, M., Osaki, Y., Higuchi, S.,... & Ohida, T. (2016). Anger and

- impulsivity among japanese adolescents: A nationwide representative survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(7), 860-866.
- Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 40(5), 291-293. DOI: 10.1503/jpn.150268.
- Lindebaum, D., & Geddes, D. (2015). The place and role of (moral) anger in organizational behavior studies. *Journal of Organizational Behavior*, 37, 738-757. DOI: 10.1002/job.2065.
- Luciana, M., Bjork, J. M., Nagel, B. J., Barch, D. M., Gonzalez, R., Nixon, S. J., & Banich, M. T. (2018). Adolescent neurocognitive development and impacts of substance use: Overview of the adolescent brain cognitive development (ABCD) baseline neurocognition battery. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 32, 67-79. DOI:10.1016/j.dcn.2018.02.006.
- Lynch, R. J., Kistner, J. A., Stephens, H. F., & David-Ferdon, C. (2015). Positively biased self-perceptions of peer acceptance and subtypes of aggression in children. *Aggressive Behavior*, 42(1), 82-96. DOI:10.1002/ab.21611.
- Moon, S. H., & Cho, H. H. (2015). Anger, anger expression types, problem behaviors, and suicide probability in adolescent women using cluster analysis. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 21(2), 128-138. DOI:10.4069/kjwhn.2015.21.2.128.
- Narayan, A. J., Chen, M., Martinez, P. P., Gold, P. W., & Klimes-Dougan, B. (2015). Interparental violence and maternal mood disorders as predictors of adolescent physical aggression within the family. *Aggressive Behavior*, 41(3), 253-266. DOI:10.1002/ab.21569.
- Nelson, W. M., & Finch, A. J. (2000). *Children's Inventory of Anger*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pullen, L., Modrcin, M. A., McGuire, S. L., Lane, K., Kearney, M., & Engle, S. (2015). Anger in adolescent communities: How angry are they? *Journal of Pediatric Nursing*, 41(3), 135-140.
- Purwoko, B., & Fitriyah, F. (2018). Anger management in adolescents behind romantic breakup: Implementation of solution-focused brief therapy. *Proceedings of the 1st International Conference on Education Innovation*. DOI: 10.2991/icei17.2018.13.s.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy*, 2nd ed. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *Journal of the Lancet Child and Adolescent Health*, 2(3), 223-228. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58-64. DOI:10.1089/cap.2015.0120.
- Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2018). Treatment for anger, aggression, and violence. *The Wiley handbook on offenders with intellectual and developmental disabilities*, 248-271. DOI:10.1002/9781118752982.ch14.
- Wainryb, C., Pasupathi, M., Bourne, S., & Oldroyd, K. (2018). Stories for all ages: Narrating anger reduces distress across childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 54(6), 1072-1085. DOI: 10.1037/dev0000495.
- Young, K., Sandman, C., & Craske, M. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4), 76. DOI:10.3390/brainsci9040076.
- Zhou, Y. Q., Gan, D. Z. Q., Hoo, E. C. C., Chong, D., & Chu, C. M. (2018). Evaluating the violence prevention program: Group and individual changes in aggression, anger, self-control, and empathy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(2), 265-287. DOI:10.1080/14789949.2017.1375541.