

تأثیر شرکت در پیاده روی اربعین بر
بهزیستی روانشناختی دانشجویان

ستاره موسوی

دانش آموخته دکتری علوم تربیتی، استاد مدعوف فرهنگیان

setarehmousavi@gmail.com

چكیده

هدف اصلي پژوهش حاضر بررسی تاثیر شرکت در مراسم اربعین بر بهزیستی روانشناختی بود. ۶۰ دانشجو در این پژوهش شرکت کردند و در گروه مداخله، و گروه کنترل گمارده شدند. نتایج نشان داد که اربعین درمانی در افزایش بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، موثر بود. همچنین در زیر مقیاسهای بهزیستی روانشناختی، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط در مرحله پس‌آزمون بهبود نشان دادند.

واژه‌های کلیدی: اربعیندرمانی، بهزیستی روانشناختی، دانشجویان اثر المشاركة في مسيرة الأربعين على الحالة النفسية للطلبة

ملخص

كان الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو التحقق من تأثير المشاركة في مراسم الأربعين على الرفاه النفسي. شارك ٦٠ طالباً في هذا البحث وتم تعيينهم في مجموعة التدخل والمجموعة الضابطة. أظهرت النتائج أن العلاج بالأربعين كان فعالاً في زيادة الرفاهية النفسية في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. أيضاً، في المقاييس الفرعية للرفاهية النفسية، وقبول الذات، والعلاقة الإيجابية مع الآخرين، والاستقلالية، والنمو الشخصي والسيطرة على البيئة، أظهروا تحسناً في مرحلة ما بعد الاختبار.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالأربعين، الرفاه النفسي، الطلاب.

The effect of participation in the Arbaeen walk on students' psychological well-being

Abstract

The main purpose of the present study was to investigate the effect of participation in the Arbaeen ceremony on psychological well-being. 60 students participated in this research and were assigned to the intervention group and the control group. The results showed that Arbaeen therapy was effective in increasing psychological well-being in the experimental group, compared to the control group. Also, in the sub-scales of psychological well-being, self-acceptance, positive relationship with others, autonomy, personal growth and control over the environment, they showed improvement in the post-test stage.

Key words: Arbaeen therapy, psychological well-being, students

مقدمه

در سال های اخیر گروهی از محققان حوزه سلامت روانی از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و علمی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این موضوع برگزیده‌اند. آنان سلامت روان را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب واژه (بهزیستی روانشناختی) تصویر سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامتی کافی نمی دانند (تروی و ماس، ۲۰۱۱). این گروه بر این باور هستند که این واژه جنبه های مثبت را به ذهن متبادر می کند (ریف، ۱۹۹۸). بهزیستی روانشناختی دارای شش زیر مجموعه است که در این تحقیق به دو مولفه پذیرش خود و رشد شخصی پرداخته شده است. پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی خود، استعدادها، توانایی ها و فعالیت های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس رضایت کند، عملکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان ها تلاش می کنند علی رغم محدودیت هایی که در خود سراغ دارند، نگاه مثبتی به خویش داشته باشند. این نگرش پذیرش خود است (گروتز و گاردسون، ۲۰۰۶). مولفه دیگر بهزیستی روانشناختی در این پژوهش رشد شخصی است که به معنای استعدادها و توانایی های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد (میکائیلی منیع، ۱۳۸۹). رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید از طریق تجربه گفته می شود (ریف، کی یس، ۱۹۹۵، لیندفورس و همکاران، ۲۰۰۶). برخی از محققان، بهزیستی روانشناختی را از نظر مولفه ها و فرایندهایی نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم سازی می کنند و برخی دیگر بر فرایندهای جسمانی تاکید کرده اند و خاطر نشان می سازند که بین سلامت جسمانی بالا و کیفیت زندگی بالا رابطه

وجود دارد، برخی دیگر از محققان بهزیستی روانشناختی را بیشتر به صورت یک فرآیند شناختی در زندگی توصیف می کنند. عده ای نیز در توصیف بهزیستی روانشناختی بر نقش فرایندهای معنوی تأکید دارند، بنابراین به نظر می رسد از جمله عواملی که می تواند بر بهزیستی روانشناختی به ویژه مولفه رشد شخصی و پذیرش خود موثر باشد معنویت است. معنویت بخش مهمی از زندگی افراد را تشکیل می دهد و تأثیر بسزایی بر سلامت و بهزیستی آن ها دارد(چراغی و مولوی، ۱۳۸۵). محققان پس از نظریه پردازان و آزمون های بسیار، به این نظریه دست یافته اند که علایق مذهبی و باورهای دینی در کاهش یا حتی رفع بیماری های مختلف روحی و جسمی نقش به سزایی دارد. آنان بر این باورند که ایمان به خدا یا هر قدرت معنوی دیگر، به انسان مومن انگیزه های می بخشد که در تحمل سختی های عمیق زندگی به کمک او می آید. این نیرو می تواند نگرانی و اضطراب را کاهش دهد، انسان را که تحت فشارهای مختلف روحی روانی است یآوری کند(بزرگبرویی، ۱۳۹۳). اهمیت رشد معنوی انسان تا حدی است که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می کند، بعد چهارم یعنی بعد معنوی را نیز در تکامل انسان مطرح می سازد(غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۲). روان درمانی مبتنی بر معنویت به این معناست که بشر می تواند فراتر از خودش و بدنش فکر کرده و به عمق شخصیتش بیندیشد. سعی کند والاتر از گذران عادی زندگی بیندیشد و با شیوه معنویت به درمان افراد کمک کند و به این مرحله برسد که بتواند دنیا و خود را فراتر از مادیات و خودش ببینند(بابایی، لطیفی، اسماعیلی، ۱۳۹۳). اهمیت رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزون توجه متخصصان را به خود جلب کرده است(حبیب وند، علی مراد، ۱۳۸۶) و باعث به وجود آمدن رویکردی به نام معنویت درمانی در درمان بیماری های ذهنی

شده است (زره پوش و همکاران، ۱۳۹۲). اژدری فرد، قاضی و نورانی پور (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که آموزش معنویت باعث افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان شده است. همتی مسلک پاک، احمدی و انوشه (۱۳۸۹) نشان دادند که باورهای معنوی یک مولفه مهمی است که کیفیت زندگی دختران مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار می دهد و یکی از عوامل مهم سازگاری دختران نوجوان مبتلا به دیابت در موقعیت های ملتهب معنویت بوده و ضروری است. همچنین نتایج تحقیقات نشان می دهد که میان مذهب و سلامت روانی (تبرایی و همکاران، ۱۳۸۷ و غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰) عزت نفس زیاد (قمری گیوی، ۱۳۸۷) و کاهش افسردگی (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵)، حمایت اجتماعی (فایریکتور و هندال، ۲۰۰۴) نوعی همبستگی مثبت وجود دارد. پژوهش ها نشان داده اند که ایمان به خدا و انجام دستورات آن موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی فرد شود (نقل از بزرگر بفرویی، ۱۳۹۳) همچنین بزرگر بفرویی (۱۳۹۳) این نتیجه رسید که معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان موثر واقع شده است. دسر و سیرس و میلر (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند کسانی که از باورهای مذهبی برخوردارند، در مقابله با فشارهای تحصیلی از سلامت روان بیشتری برخوردارند، همچنین مک گر گوری، ۲۰۰۸ و کزدی و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که آموزش مسائل دینی در کودکی باعث تمایل آن ها در نوجوانی و جوانی به دین و مذهب شده، روی سلامت روانی آن ها تأثیر مثبت به جای می گذارد. در بیان اهمیت و ضرورت این پژوهش شایان ذکر است که در جامعه اسلامی ایرانی که بسیاری از رفتارهای ما متأثر از آموخته های دینی ماست، این موضوع به ویژه برای نوجوانان حائز اهمیت است که شالوده ی شخصیتی آنان در حال رشد و شکل گیری است. با ادامه روند کنونی و کم رنگ

شدن ارزش های دینی و معنوی در جامعه از سویی و رویکرد جوانان به الگوهای به ظاهر معنوی و عرفانی از سوس دیگر، سبب خواهد شد این شور و میل جوانان و باورهای دینی و معنوی آن ها به انحراف و نهایتاً به نها سقوط کشیده شود. نوجوانان و جوانان از سرمایه های ارزشمند هر جامعه ای به حساب می آیند و نیازمند حمایت آموزش و پرورش صحیح هستند. عدم توجه به بعد معنوی و خودشناسی در زندگی، طبق نظر نظریه پردازان و تحقیقات انجام شده، مانع رشد و شکوفایی می باشد. پیشگیری از به شکل دادن چنین موردی که بی گمان هم سلامت و بهداشت روانی فرد را تخریب کرده و هم باعث فروپاشی اجتماعی و زوال باورهای معنوی و دینی می شود (اژدری فرد و همکاران، ۱۳۸۹). محقق را بر آن داشت که به بررسی شرکت در مراسم اربعین با رویکرد بومی بر بهزیستی دانشجویان بپردازد.

مطالعه نیک فرجام و همکاران (۱۳۸۰) در تاج و اللهی (۱۳۹۴) نصیری و همکاران (۱۳۹۵) بر اهمیت این موضوع تاکید کردند.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل همراه با ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان شهر اصفهان بودند. نمونه شامل ۶۰ نفر بود. برای نمونه گیری از روش انتخاب تصادفی خوشه‌ای استفاده شد.

هدف پژوهش حاضر بررسی شرکت در مراسم اربعین بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان است، جامعه آماری شامل همه دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بوده است تعداد افراد نمونه ۶۰ نفر بوده است که ۳۰ نفر دانشجویانی بودند که در اربعین شرکت کردند و ۳۰ نفر دانشجویانی بودند

که در مراسم اربعین شرکت داشتند. پس از توافق با آنان درباره شرکت در اجرای پژوهش پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها درخواست شد تا آن را تکمیل کنند. سپس آزمودنی‌ها با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. برای گروه آزمایش یک دوره اربعین درمانی شرکت کرده بودند. در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای (در اعتکاف شرکت نکردند) دریافت نکردند. پس از پایان جلسات، از آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: مقیاس بهزیستی روانشناختی را ریف در سال ۱۹۹۵ طراحی نمود، فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش است ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴، ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد شده است. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف (۱۹۹۵) به پژوهشگران فرم ۸۴ سوالی آن به کار برده شد. مقیاس بهزیستی روانشناختی دارای ۶ خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است و طی اجرا از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق علامت بزند. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش اختصاص داده می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، این مقیاس را هنجاریابی نمودند. همسانی درونی مقیاس بر حسب روش تصنیف، برابر با ۰/۸۹

و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش گردید.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها، برگ اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن سن، جنس، تحصیلات پدر و مادر، معدل تحصیلی و سایر اطلاعات فردی جهت ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده گردید.

یافته ها

جدول (۱) داده‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در بهزیستی روانشناختی و زیرمقیاس‌های آن

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۶/۱۱	۵۲/۳۰	۷/۶۸	۴۸/۴۵	اربعین درمانی	پذیرش خود
۵/۹۵	۵۰/۱۴	۵/۸۶	۵۰/۲۵	کنترل	
۱۱/۲۲	۶۰/۸۵	۱۱/۹۱	۵۷/۶۰	اربعین درمانی	رابطه مثبت با
۹/۶۴	۶۰/۵۵	۹/۶۴	۶۰/۵۵	کنترل	دیگران
۶/۰۴	۵۵/۴۰	۸/۷۵	۵۲/۱۰	اربعین درمانی	خودمختاری
۵/۰۵	۵۶/۲۰	۵/۰۲	۵۵/۲۵	کنترل	
۶/۱۸	۶۳/۳۰	۶/۷۷	۶۱/۰۰	اربعین درمانی	زندگی هدفمند
۷/۰۴	۵۸/۹۵	۶/۷۱	۵۹/۴۰	کنترل	

۷/۰۹	۶۰/۰۵	۹/۵۸	۵۷/۷۵	اربعین درمانی	رشد شخصی
۵/۳۲	۵۷/۵۰	۵/۴۶	۵۸/۷۰	کنترل	
۶/۱۸	۶۰/۳۵	۸/۷۶	۵۷/۸۰	اربعین درمانی	تسلط بر محیط
۵/۷۶	۵۷/۸۰	۵/۷۶	۵۷/۸۰	کنترل	
۲۷/۰۰	۳۴۴/۲۵	۳۵/۸۰	۳۲۵/۷۰	اربعین درمانی	بهزیستی
۱۶/۳۶	۳۴۲/۱۵	۱۶/۳۰	۳۴۲/۸۵	کنترل	روانشناختی (کل)

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روانشناختی و زیر مقیاس های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که میانگین نمره کل بهزیستی روانشناختی در گروه اربعین درمانی از پیش آزمون (۳۳۵/۷۰) به پس آزمون (۳۵۴/۲۵) افزایش یافته است، اما در گروه کنترل میانگین آن تغییر معناداری پیدا نکرده است (۳۴۲/۸۵ در برابر ۳۴۲/۱۵).

همچنین نتایج جدول ۱ نشان می دهد که نمرات پس آزمون دانشجویانی که در اربعین شرکت کردند، در زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی تفاوت زیادی با پیش آزمون دارد.

علاوه براین، نتایج نشان می دهد که نمرات پس آزمون دانشجویانی که در اربعین شرکت نکردند (گروه کنترل) در زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی تفاوت زیادی با پیش آزمون ندارد. با استفاده از روش تحلیل کواریانس و با حذف تاثیر پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل، بهزیستی روانشناختی گروه ها با یکدیگر مقایسه می شود. نتایج در جدول ۲ ارائه

جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی برنمرات کل بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون با کنترل نمرات پیش آزمون

توان آزمون	میزان تاثیر	معناداری	Fنسبت	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
۱/۰۰۰	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۲۲۳/۷۰	۵۲۳۶۸/۶۵	۱	۵۲۳۶۸/۶۵	پیش آزمون
۱/۰۰۰	۰/۶۰	۰/۰۰۱	۴۰/۸۷	۹۴۶۲/۰۴	۲	۱۹۲۲۴/۰۸	عضویت گروهی

بر اساس نتایج جدول ۲ تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.001$). در واقع مداخله اربعین‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون موثر بوده است. میزان این تاثیر ۰/۶۰ است. یعنی ۶۰ درصد واریانس تفاوت‌های فردی در مرحله پس‌آزمون مربوط به تاثیر عضویت گروهی است. چنانچه مشاهده می‌شود توان آزمون ۱۰۰ می‌باشد که بیانگر این است که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار صد در صد بوده است و توان آماری یک نمایانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، مقایسه تاثیر مداخلات اربعین‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی بود. نتایج پژوهش نشان داد که به طور کلی عضویت گروهی بر مجموعه متغیرهای وابسته موثر بوده است و گروه‌ها از نظر تاثیر

متفاوت بوده اند. میزان این تاثیر نیز ۶۰ درصد است. بدین معنی که ۶۰ درصد مجموع تفاوت نمرات پس آزمون روی هم رفته ناشی از عضویت گروهی و شرکت در جلسات آموزشی اربعین درمانی بوده است. نتایج بدست آمده به طور غیر مستقیم با نتایج پژوهش مورفی و همکاران (۲۰۱۶)، ماکسیمینیو و همکاران (۲۰۱۰)، کونالسکی و همکاران (۲۰۱۰)، (یوسفی و همکاران (۱۳۹۴)، (نوپ و فی (۲۰۱۲)، (احمدی و همکاران (۲۰۱۳)؛ وبل و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین این مسئله می توان گفت در هر پژوهشی در حوزه علوم انسانی، توجه به موقعیتهای اجتماعی امری لازم و قابل توجه است. امروزه یکی از موضوعات مهم در این راستا مبحث سلامت می باشد و از طریق آن، می توان راهبردهای موفقیت انسان را به کار گرفت. همین امر سبب شده که برخی سازمان های جهانی بهداشت به بازنگری تعاریف موجود درباره انسان و ابعاد وجودی او بپردازند. سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره می کند و بعد چهارم یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد. هیچ شکی وجود ندارد که معنویت یکی از موضوعات اساسی است و افراد در جستجوی معنا در کارشان هستند، آنها به دنبال مسیری هستند که زندگی شان را با معنویت ارتباط دهند و همین پیوند با معنویت به آنها اجازه می دهد که با نیرویی لایتنهایی در همه جوانب زندگی شان مرتبط شوند. در واقع افراد شرکت کننده در اربعین، به آرامش خاطر و رضایت باطن و یک شادی طولانی دست می یابند و بستری را فراهم می آورند تا دیگران هم از این رضایت درونی برخوردار شوند. افرادی که دارای معنویت درونی شده و فعال می باشند و همچنین از حس اخلاقی و نوع دوستی قوی و حاکمیت بر نفس خود برخوردارند، انگیزه اصلی خود را در انسان و حفظ کرامت او به منظور تقرب به درگاه خداوند جستجو می کنند و با روی آوردن

به معنویات سلامت خود و دیگران را حفظ می نمایند. از دلایل دیگر اثربخشی اربعین، می توان به این نکته اذعان داشت که ما در اجتماعی بسر می بریم که بیش از ۹۸ درصد افراد آن معتقد به دین اسلام هستند، لذا غفلت از ارزش های معنوی در شیوه های درمانگری، از دست دادن حوزه مفیدی از راهبردهای مقابله ای برای تعمیق و تداوم نتایج درمانگری است. از دیدگاه وست (۱۳۸۷)، درمان های غیرمذهبی محدودیت دارند و توجه به نقش عوامل معنوی در روان درمانی ضرورتی اجتناب نا پذیراست. از سوی دیگر به دلیل آنکه فرهنگ، ظرفی است که گنجایش بسیاری از باورهای دینی را دارد، حتی افرادی که یک دین خاص را رسماً نپذیرفته اند اغلب در معرض نظام های ارزشی آن قرار دارند. آنان احتمالاً ویژگی های فضیلت پرورانه هماهنگ با آن نظامهای ارزشی مذهبی را درخود پرورش می دهند، علی رغم آن که آن دین را فی نفسه مورد تأیید قرار ندهند. هر چند عوامل تعیین کننده در بومی شدن روانشناسی در میان جوامع و ملیت های مختلف می تواند بسیار گوناگون باشد ولی با این حال می توان عواملی همچون: تصوراتی که نسبت به شخصیت انسان وجود دارد، بافت اکولوژیک، گرایشات و ارزشهای اخلاقی- مذهبی، بستر فرهنگ، مناسبات سیاسی و پیشینه ی تاریخی را در نظر گرفت. بنابراین اربعین، از مهمترین عوامل فرهنگی هستند که به تجارب، رفتار و ارزش های انسان ها معنی می بخشد.

مراسم اربعین بر شناخت و باورکردن حضور خدا، خود آگاهی جسمی و روحی، اجتماعی و معنوی، معنای زندگی و نقش دین و معنویت در زندگی، پاسخ به احساس تنهایی، کاهش دادن ترس از مرگ و کاهش رنج و معنا دادن به زندگی آدمی تأکید داشت. باور به حضور خدا بر رشد شخصی نوجوانان دختر اثرگذار است به این دلیل که سنین بلوغ سرشار از بحران های روحی است که

احساس حضور خداوند و اطمینان قلبی حاصل از آن به این نوجوانان آرامش بیشتری در برخورد با سختی ها می دهد. جوانانی که از خودآگاهی برخوردارند و آن را به تمام ابعاد زندگی خود جاری می کند احساس پذیرش خود بالاتری گزارش می کنند و سازگاری بهتری با تغییرات سریعی که در این سن با آن مواجه هستند دارند و راحت تر با آن کنار می آیند چرا که با توجه به نظر نظریه پردازان عدم توجه به بعد معنوی مانع شکوفایی می شود و سلامت روانی را به خطر می اندازد. از طرفی توجه به معنای زندگی برای نوجوانان دختر که در آستانه ی انتخاب های مهمی در زندگی خویش هستند به ایشان کمک می کند تا هدفمند بیندیشند و تصمیم بگیرند. خداوند سرچشمه آرامش روحی است و در سختی های زندگی تکیه گاه انسان می باشد. پس چه خوب است با آگاهی و آموزش این حقیقت به جوانان آنان را در برابر دشواریهای زندگی واکسینه کنیم. توضیح پدیده مرگ، اربعین در این جلسات به جوانان کمک کرد تا با ترس ناشی از ناآگاهی از واقعیت مرگ کنار آمده و تلاش کنند با خودآگاهی به گونه ای زندگی کنند که بتوانند هم توشه ای برای آخرت خود بیندوزند و هم از لحظات زندگی خود بهره ببرند. از مهم ترین علل دین ریزی نوجوانان ایران اسلامی آموزش های غلطی است که توسط والدین یا در محیط آموزشی به این نوجوانان داده می شود بنابراین خوب است با اطلاع الگوهای آموزشی گامی در جهت بهبود رابطه نوجوانان با مقوله اربعین برداشته شود به این دلیل که در روح و فطرت همه ی انسان ها اعم از جوانان گرایش به اربعین وجود دارد. بنابراین توصیه می شود با آموزش های درست و دوری از افراط به آموزش معنوی نوجوانان پرداخته شود چرا که سلامت روانی جوانان، سلامت خانواده و در نهایت پیشرفت جامعه را در پی دارد.

- قرآن کریم

۱. اژدری فرد، پ؛ قاضی، ق؛ نورایی پور، ر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان. اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، دوره (۲): ۱۰۵-۱۲۷.
۲. بابایی، ز؛ لطیفی، ز؛ اسماعیلی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی، سلامت روان زنان مبتلا به دیابت. روانشناسی ودین، (۲): ۳۷-۵۰.
۳. برزگر بفرویی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناسی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر. اخلاق، (۳): ۱۲۶-۱۵۲.
۴. بیانی، ع؛ عاشور، محمد؛ بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم: ۱۴۶-۱۵۱.
۵. تیرایی، ر؛ فتحی آشتیانی، ع؛ رسول‌زاده، ک (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی. روانشناسی و دین، دوره یک (۳): ۳۷-۶۲.
۶. چراغی، م؛ مولوی، ح. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دین‌داری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی، سال دوم (۲): ۱-۲۲.
۷. چراغی، مونا و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، سال

- دوم، شماره ۲، شماره پیاپی ۶، صص ۲۲-۱.
۸. حبیب وند، ع. (۱۳۸۶). رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی. روانشناسی و دین، دوره ۱(۳): ۱۰۷-۷۹.
۹. درتاج، فریبا؛ الهی، ذبیح. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مراسم اعتکاف در سلامت روان و شادکامی دانشجویان. علوم تربیتی از دیدگاه اسلام، دوره ۳، شماره ۴، صص ۷۵-۸۸.
۱۰. دلاور، ع؛ کوشکی، ش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی با سلامت عمومی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی. تحقیقات روانشناسی، (۱۹): ۱۱۵-۱۲۶.
۱۱. زره پوش، الف؛ زارعی، م؛ کجاف، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و امید در زنان متأهل شهر اصفهان. حوزه علمیه، سال سوم، (۱۱)، ۱۵۷-۱۷۶.
۱۲. شریف، مرتضی، موسوی، علی بن حسین. (۱۴۱۷ق). المسائل الناصریات. تهران: رابطه الثقافة و العلاقات الإسلامية
۱۳. طباطبایی، محمد حسین. (۱۳۷۴). تفسیر المیزان. قم: دفتر انتشارات اسلامی
۱۴. علامه حلی حسن بن یوسف. (۱۴۰۰). تذکره الفقهاء. بیروت: موسسه آل لیبیت.
۱۵. غباری بناب، ب (۱۳۸۷) کودک و نوجوان، معنویت، تهران: نشر یسپرون.
۱۶. غلامی، ع؛ بشلیده، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۳): ۳۴۸-۳۳۳.
۱۷. قمری گیوی، ح. (۱۳۸۶). معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی. روانشناسی و دین، ۱(۴): ۴۳-۲۱.

۱۸. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۵۳). تفسیر نمونه. قم: دارلکتاب الاسلامی.
۱۹. میکائیلی منیع، ف. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه. افق دانش، دوره شانزده (۴): ۶۵-۷۲.
۲۰. نصیری، کبری؛ زارع، مهدی؛ بوکانی، سلیمان، ولیزاده، سمیه. (۱۳۹۵). بررسی نقش اعتکاف در بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ششم، شماره ۲ (پیاپی ۱۹)، صص ۱۲-۲۰.
۲۱. نیک فرجام، مسعود؛ الاهنگ، حسن؛ دریس، فاطمه؛ صولیتی، سیدکمال. (۱۳۸۰). بررسی تاثیر اعتکاف در سلامت روان معتکفین شهر شهرکرد. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. دوره ۳، صص ۶۰-۶۵.
۲۲. یوسفی ایل ذوله، زینب و افشاری نیا، کریم، ۱۳۹۴، تأثیر معنویت درمانی گروهی در افزایش بهزیستی روانی زنان مبتلا به فشارخون اساسی شهرکنگاور، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، کرمان، <https://civilica.com/doc/438602>،،،
23. Ahmadi SH, Asadi E, Amini Z, Kazerooni N, Kazemi H. (2013). The causal model of relation between religious attitude, hopelessness, and depression in students. Presented at 13th European Congress of Psychology.
24. Beatz, M,& Toews,j (2009) clinical implication of reseach on religion, spirituality, and mental health concolin journal of psychology,v,54(5), p.293-501.
25. Cohen, d, & et al (2009) differentiating them pact of spiritual experiences, religious practices and on gregational support on the mental health of individuals whit heterogeneous medical disorder international journal for

the psychology of religion, v-19(1).121- 138.

26. Gratz KL, Gunderson JG. (2006) . Preliminary data onan acceptance-based emotion regulation groupintervention for deliberate self-harm among womenwith borderline personality disorder. Behav Ther.; (37): 25-35.
27. Kampel, & et al (2011) General quality of life whit type 1 diabetes: relationship to patient management and diabetes- specific family.Confilict, Diabetes care, v. 26, p.3067-3073.
28. Knoop HH, Fave AD. (2012). Well-being and cultures. New York: Springer
29. Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Kohler T, et al. Burnout in nurses-the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19(11-12):1654-63.
30. Krause, N, & Bastida, E (2009) Religoin. Suffering and health among older Mexican, Americans. Journal of Agilg Studies.(23): 114-123.
31. Lindfors, P. Berntsson, L. & Lundberg, U(2006) Factor Structure of Ryff's Psychological Well-being Scales in Swedish Female and Male Whitecollar Workers, Personality and Individual Differences, 40: 1213–1222.
32. Maximino C, de Brito TM, Batista AW, Herculano AM, Morato S, Gouveia A. Measuring anxiety in zebrafish: a critical review. Behavioural Brain Research. 2010; 214(2):157-71
33. Murphy NM, McCarthy FP, Khashan AS, Myers JE, Simpson NA, Kearney PM, et al. Compliance with national institute of health and care excellence risk-based screening for gestational diabetes mellitus in nulliparous women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and

- Reproductive Biology. 2016; 199:60-5.
34. Ryan RM, Deci EL(2001) On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Ann Rev Psych*; 52: 141–166.
 35. Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M (1995) “The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
 36. Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M (1995) “The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
 37. Ryff, C.D(1995) Psychological well-being in adult life. *Cur Dir Psych Sci*; 4: 99–104.
 38. Ryff, C.D(1995) Psychological well-being in adult life. *Cur Dir Psych Sci*; 4: 99–104.
 39. Ryff, C.D, Singer B(1998) The contours of positive human health. *Psych Inqu*; 9: 1–28.
 40. Ryff, C.D, Singer B(1998) The contours of positive human health. *Psych Inqu*; 9: 1–28.
 41. Troy, A.S., & Mauss, I.B. (2011). Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In S.M, Southwick, & B.T, Litz, & D, Charney, & M.J, Friedman. (Eds.), *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan* ((pp. 30-44). London: Cambridge University Press.
 42. Webel AR, Sattar A, Schreiner N, Phillips JC. Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Applied Nursing Research*. 2016; 30:204-9.