اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته

احسان رضائی *[1]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۸   تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۵

فصلنامه مطالعات راهبردی بسیج، سال بیست پنجم، شماره ۹۵، تابستان ۱۴۰۱

20.1001.1.1735501.1401.25.95.4.1

چکیده

پژوهش حاضر اثربخشی معنویت درمانی اسلامی را بر شادکامی دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته بررسی می‌نماید. این پژوهش به شیوه شبه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل صورت می‌گیرد. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان اسلامشهر در سال ۹۹-۹۸ هستند که از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب‌شده‌اند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه شادکامی آرگیل و کروسلند (۱۹۸۷) است. پس از اعمال مداخله پس‌آزمون و بعد از ۴ ماه، آزمون پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک متغیره (آنکوا) و کوواریانس چند متغیره (مانکووا) و با نرم‌افزار Spss تجزیه‌وتحلیل شدند.

نتایج آماری حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی در دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته اثربخشی معنادار دارد. همچنین میانگین نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر از گروه کنترل و به لحاظ آماری معنی‌دار است و به ترتیب امتیازات مقیاس‌های رضایت خاطر، رضایت از زندگی، بهزیستی فاعلی، حرمت خود و خلق مثبت شرکت‌کنندگان ازنظر عضویت در گروه (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارند ($P<۰/۰۱$)؛ بنابراین روش معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی به‌طور معناداری مؤثر و این روش جهت بالا بردن میزان شادکامی نوجوانان دختر خانواده‌های ازهم‌گسیخته کاربردی است.

کلیدواژگان:

اثربخشی، معنویت درمانی اسلامی، شادکامی، دختران نوجوان، خانواده‌های ازهم‌گسیخته.

---

[1] دانشجوی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد نطنز، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول) ehsan1394@chmail.ir

۱ -مقدمه و بیان مسئله

۱-۱-مقدمه موضوع

خانواده پایه‌ی اصلی در جامعه است، سلول اصلی در جامعه است. نه اینکه اگر این سلول سالم شد، سلامت به دیگرها سرایت می‌کند؛ یا اگر ناسالم شد، عدم سلامت به دیگرها سرایت می‌کند؛ بلکه به این معناست که اگر سالم شد، یعنی بدن سالم است. بدن که غیر از سلول‌ها چیز دیگری نیست. هر جهازی، مجموعه‌ی سلول‌هاست. اگر ما توانستیم سلول‌ها را سالم کنیم، پس سلامت آن جهاز رادارایم. مسئله این‌قدر اهمیت دارد. خانواده به‌عنوان هسته و اساس جامعه نقش مهمی در سلامت روان کودکان و اعضای جامعه دارد. تحولات گسترده کشور ما در سال‌های اخیر به‌طور طبیعی می‌تواند خانواده یعنی عنصر پایه‌ای فرهنگ را متحول سازد. با نادیده گرفتن ساختارهای تأثیرگذار در تضعیف نهاد خانواده، بنیادهای آن روزبه‌روز متزلزل می‌شود، چنان‌که در برخی از جوامع غربی که فرهنگ فردگرایی و آزادی بی‌قیدوشرط و لذت طلبی جایگزین خانواده شده، ازدواج حالت ارزشی خود را به‌تدریج ازدست‌داده است. ازاین‌رو، در سال‌های اخیر، طلاق و همزیستی آزاد و تبعات منفی ناشی از آن‌ها رواج یافته است (طهماسیان و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۶۳۰). یکی از مهم‌ترین بحران‌هایی که ممکن است خانواده‌ها با آن روبرو شوند، طلاق و ازهم‌گسیختگی خانواده است که یک رویداد استرس‌زا برای زندگی والدین و فرزندان است (حسینی یزدی و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۴۸). فرزندان طلاق به‌ویژه در سنین نوجوانی که با بحران‌های شدید جسمانی، احساسی و تحولات اجتماعی روبرو هستند، نسبت به همسالان خود آسیب‌پذیرترند و ممکن است با نوسان‌های شدید روحی مواجه شوند (یونسی و همکاران، ۱۳۹۸، ص ۸۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد فرزندان خانواده‌های طلاق در زمینه‌های جسمی، شخصیتی، عاطفی، خانوادگی، تحصیلی و اقتصادی شرایط نامناسب‌تری را تجربه می‌کنند. جدایی والدین بر ویژگی‌های عاطفی- شخصیتی آن‌ها چنان اثر می‌گذارد که از سویی منجر به افزایش اضطراب، گوشه‌گیری، پرخاشگری، بهانه‌جویی، انتقام‌جویی، بی‌رحمی، غمگین بودن (کاهش شادکامی)، زودرنج بودن، نزاع و درگیری، اختلال در خواب (بدخوابی و کابوس، بی‌خوابی)، ناخن جویدن، بیزاری از زندگی، فرار از منزل، شک و دو دلی، تمایل به ازدواج زودهنگام و احساس بیماری، می‌شود؛ و از سوی دیگر منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس، کنجکاوی و شاد و سرزنده بودن می‌شود. سازگاری این فرزندان (نوجوان) با خانواده به‌ویژه اعضای ناتنی کاهش می‌یابد. به‌طوری‌که این افراد در مقایسه با فرزندان خانواده‌های عادی

مشکلات خود را کم‌تر با اعضای خانواده به‌ویژه پدر مطرح می‌کنند و بیشتر با فامیل در میان می‌گذارند. (یحیی زاده و حامد، ۱۳۹۴، ص ۹۷).

درآیات قرآن کریم نیز (آیه ۱۵۹ سوره نساء یا آیه ۱۶۰ سوره تحریم) بر اهمیت زنان تأکید شده است (میرهاشمی، ۱۳۹۶). اهمیت زن و نقش کلیدی او در ساختار جوامع مختلف و به‌طور خاص جامعه اسلامی لزوم پرداختن به روحیات وی و بحران‌های روحی احتمالی در او را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر بازخوردهای طلاق در میان اعضای خانواده و به‌طور خاص نوجوانان بسیار چشمگیر و تعیین‌کننده است. نوجوانان و به‌ویژه دختران نوجوان به علت شرایط روحی و شخصیتی خاص خود تحت تأثیر تبعات طلاق والدینشان دچار تحولات درونی عظیمی می‌شوند که ممکن است بسیار ناخوشایند و بعضاً جبران‌ناپذیر باشد. در ساختار تربیتی اسلام هویت‌بخشی به شخصیت دختر با پسر متفاوت است. دختران در زمینه علاقه به مذهب، اخلاق و رعایت دستورات الهی موفق‌تر هستند. تربیت مذهبی در دختران نافذتر است. از طرفی به دلیل حساسیت و اثرپذیری بالایی که در دختران وجود دارد می‌توان گفت آن‌ها ازنظر امور عاطفی و تربیتی شایسته اهتمام بیشتری هستند؛ زیرا انتقال معنویات، خلقیات و روحیات به سبب آن‌هاست. (سمانچوه، ۱۳۹۸، ص ۲۳) از جهت دیگر پرواضح است که دختران امروز مادران نسل بعد هستند و نظر به سازندگی نقش مادران در پرورش انسان‌ها و جوامع، لذا پرداختن به ابعاد تربیتی، روانی و معنوی دختران حائز اهمیت بسیار و نقش آن‌ها در نسل‌های آتی پررنگ‌تر از نقش پسران است. لذا هزینه کردن هرگونه اقدامات مادی و معنوی و انجام پژوهش‌ها و مطالعات بنیادی در حوزه معنویت دختران بسیار نتیجه‌بخش و کلیدی خواهد بود. از همین رو این پژوهش دختران را کانون توجه، بررسی و مطالعه خود قرار داده است.

۱-۲- ضرورت موضوع

آمارها نشان می‌دهد روند طلاق در کشور روبه افزایش است به‌طوری‌که از ۱۳۷۲۰۰ مورد در سال ۱۳۸۹ به ۱۸۳۱۹۳ مورد در سال ۱۳۹۹ افزایش‌یافته است.[1] در حال حاضر به علت شیوع این امر مکروه و نظر به اسلامی بودن جامعه ما بررسی اثرات معنویت اسلامی بر جبران خسارت‌های ناشی از طلاق در دختران نوجوانی که فرزند طلاق هستند مهم می‌نماید. در صورت امکان، دسترسی به نتایجی مطلوب در این بررسی و پژوهش‌های مشابه آتی در گروه‌های سنی دیگر و سپس کاربرد آن‌ها در ارتقای کیفیت زندگی فرزندان طلاق

1- https://www.amar.org.ir

حائز اهمیت است و کارآمدی آن بر کسی پوشیده نیست. ترمیم عواطف و احساسات و البته تفکرات این قشر آسیب‌دیده از امر طلاق به کمک آموزه‌های دینی و معنویت، ارتقای سلامت روانی خانواده‌های نسل بعد و جامعه آیندگان را به دنبال خواهد داشت.

۱-۳- اهمیت موضوع

ازآنجاکه طلاق والدین آثاری چون افسردگی، دل‌زدگی، ناامیدی و پیامدهایی ازاین‌دست را در فرزندان به بار می‌آورد (یحیی زاده و حامد، ۱۳۹۴، ص ۹۷)، یافتن روش‌هایی جهت خنثی‌سازی این حالات روانی در آن‌ها و به‌طور خاص در فرزندان دختر به علت حساسیت روحی آن‌ها حائز اهمیت است. ایجاد حس نشاط و شادکامی و امید به یک زندگی شاد و سعادتمندانه دارای پیامدهای مثبتی است که تا سال‌ها خود را نشان می‌دهد. لذا پرداختن به این مبحث امری مهم و بسیار کاربردی است.

۱-۴- مسئله اصلی

بدون شک طلاق و جدایی والدین صدمات پیچیده و بعضاً جبران‌ناپذیری بر روح و روان فرزندان به همراه دارد. درواقع طلاق در همه مراحل زندگی فرزندان تأثیرات منفی و زیانباری بر جا می‌گذارد (امانی و همکاران، ۱۳۹۷). بررسی‌ها نشان می‌دهند که اضطراب در دختران طلاق بیش از پسران طلاق وجود دارد (یحیی زاده و حامد، ۱۳۹۴، ص ۹۷). اثرات این جدایی بر دختران می‌تواند در آینده بعد مادرانه شخصیت آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و به‌تبع آن وظیفه پرورش و تربیت نسل را در آن‌ها دستخوش تغییرات سازد. لذا تدارک راهکارهایی جهت رفع یا کاهش صدمات مذکور مهم و اساسی است. ارائه آموزش‌ها و مراقبت‌های معنوی، روشی برای افزایش شادی و افزایش امید به آینده است. در این زمینه، به نظر می‌رسد که معنویت با ارائه مجموعه‌ای از اصول و چارچوب‌ها، می‌تواند به افراد کمک کند تا زندگی خود را بهتر درک کنند (جعفری و حسام پور، ۱۳۹۶، ص ۹۴). این پژوهش به دنبال بررسی آثار و پیامدهای معنویت درمانی اسلامی در زندگی دختران نوجوانی است که والدین آن‌ها از هم جداشده‌اند یا جدا از هم زندگی می‌کنند. فرض تحقیق بر آن است که دستاوردهای معنویات اسلامی در زندگی این افراد می‌توانند نقایص و کمبودهای حاصل‌شده از بحران طلاق والدین را برطرف کرده یا از آن‌ها بکاهند. ازاین‌رو هدف زیر در دستور کار این تحقیق قرارگرفته:

تعیین اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته.

همچنین تعیین اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر زیر مؤلفه‌های شادکامی (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت) دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته.

۱-۵- نحوه سازمان‌دهی مقاله

به‌منظور دستیابی به اهداف تحقیق شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل داده‌ها به‌کاررفته و داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک متغیره (آنکوا) و کوواریانس چند متغیره (مانکووا) و با نرم‌افزار Spss تجزیه‌وتحلیل شدند. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان اسلامشهر در سال ۹۹-۹۸ هستند که از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب‌شده‌اند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه شادکامی آرگیل و کروسلند (۱۹۸۷) است.

۲-ادبیات موضوع و پیشینه

۲-۱- ادبیات نظری:

طلاق و فرزندان

خانواده گسسته یا ازهم‌گسیخته از اقسام خانواده ناقص و به معنا خانواده‌ای است که به علت مرگ‌ومیر یکی از زوجین یا طلاق یا ترک و یا طرد خانواده و مهاجرت و غیره، زن یا شوهر را نداشته باشد (مهدی‌پور، ۱۳۹۳، ۷). در این پژوهش منظور از خانواده ازهم‌گسیخته به‌طور خاص خانواده‌ای است که با مسئله طلاق مواجه شده است. عدم انطباق فرزندان با طلاق والدین می‌تواند تأثیرات مخربی بر عملکرد روانی آن‌ها بگذارد (عبدی و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۳۴۵). در این راستا، رفاه فرزندان یکی از مهم‌ترین عوامل روانی است که می‌تواند تحت تأثیر جو روانی خانواده و والدین قرار گیرد (صفآرا و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۱۲۱). همچنین طلاق موجب افزایش اضطراب و افسردگی در فرزندان شده و به‌طورکلی سلامت روان آن‌ها و شاخصه‌های سلامت روان را در آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد (یحیی‌زاده و حامد، ۱۳۹۴، ۱۱۰ و ۱۱۳). پرواضح است که شادی و شادکامی در مقابل افسردگی و از ممیزات سلامت روان محسوب می‌گردد. لذا می‌توان قائل بود طلاق والدین غالباً موجب افسردگی و کاهش شادکامی فرزندان خواهد بود. در این میان، نوجوانی یکی از مهم‌ترین و ارزشمندترین دوره‌های زندگی هر فرد و آغازگر تغییرات و تحولات جسمی، روانی و اجتماعی است و به همین دلیل اهمیت خاصی در زندگی انسان دارد و روان‌شناسان این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند. خانواده به‌عنوان یکی از این

عوامل، در تربیت فرزندان در سنین مختلف به‌ویژه در کودکی و نوجوانی نقش به سزایی دارد. (کاملی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۸۴)

طبق نظریه توسعه اجتماعی-عاطفی اریک اریکسون، در مرحله نوجوانی است که فرد به‌فوریت نیاز به جستجوی یک الگوی مناسب دارد تا به این سؤال بزرگ بپردازد که کیست و جنبه‌های اخلاقی و معنوی او چیست. این شکل‌گیری هویت یک رویداد مهم در رشد شخصیت است و با نتایجی مثبت در زندگی همراه است (سوکول[1]، ۲۰۱۸). به‌علاوه در این دوره فرد تولنایی درک و درونی‌سازی دین، اعتقادات، ارزش‌ها و عملکردهای آن را ایجاد می‌کند (الکیند[2]، ۱۹۷۰) و این امر می‌تواند منجر به تغییر در الگوی مشارکت مذهبی شود (رجنروس و اوکر[3]،۲۰۰۶). اشتراکات تربیت فرزند دختر و پسر قابل‌انکار نیست؛ اما از دیدگاه اسلام تفاوت‌هایی نیز در تربیت آن‌ها وجود دارد که البته این تفاوت‌ها به معنای برتری یکی بر دیگری نیست، بلکه از تفاوت‌های موجود در ساختارهای جسمی و روحی این دو جنس و همچنین مسئولیت‌ها و نقش‌هایی ناشی است که در بزرگ‌سالی بر عهده می‌گیرند. سلامت دختران نوجوان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی جهت دهنده برای دوره‌های بعدی زندگی آن‌ها خواهد بود و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آن‌ها خواهد گذاشت. ازنظر صندوق جمعیت ملل متحد، سلامت دختران، کلید شکسته شدن چرخه فقر بین نسل‌ها و دسترسی به اهداف توسعه هزاره است (شاه‌حسینی و همکاران، ۱۳۹۱).

در دوره نوجوانی، دختران سازگاری هیجانی کمتری نسبت به پسران نشان داده و اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (زابریک[4] و همکاران، ۲۰۱۷). دختران ازجمله گروه-هایی می‌باشند که نقش مهم و کلیدی در سلامت جامعه دارند و با سرمایه‌گذاری بر روی این گروه و نیز ارتقاء سطح سلامت و سطح زندگی آن‌ها می‌توان یکی از مهم‌ترین راهکارها برای تحقق اهداف سازمان‌های بهداشتی را خلق نمود (رافرتی[5]،۲۰۱۴). در فرهنگ اهل‌بیت (ع) نیز که ریشه در وحی و کلام الهی دارد، زنان و دختران از جایگاه خاصّی برخوردارند و تعابیر زیبا و بلندی که برای دختران به کار گرفته‌شده است، حاکی از این موضوع است. در سخنان معصومان (ع) از دختران با واژه‌هایی چون ریحانه (گل)، قواریر (بلورها) و حسنه (نیکی) یادشده است؛ که هر یک، نشان از امتیاز و ویژگی خاصّ طبیعی و روحی دختران

---

[1]- Sokol
[2]- Elkind
[3]- Regnerus & Uecker
[4]- Zubrick
[5]- Rafferty

دارد. این تعابیر معرف روحیات و شخصیت آنان است. پیامبر خدا از زنان به‌عنوان قواریر یادکرده است. قواریر جام‌های بلورینی هستند که باید با احتیاط و مدارا با آنان برخورد نمود، چرا که در معرض شکستن هستند. پیامبر (ص) در این تعبیر فرمودند: «رفقاً بالقواریر» یعنی با جام‌های بلورین ـ زنان ـ بارفق و مدارا رفتار کنید. در برخی دیگر از روایات آمده است: «لا تکسر القواریر» یعنی مواظب باشید آن‌ها را نشکنید (فرحزاد، ۱۳۹۸). در مطالعات علمی نیز به اهمیت توجه به‌سلامت جسمی و روانی دختران در دوره نوجوانی اشاره‌شده است. در یک پژوهش میدانی که توسط شاه‌حسینی و همکاران (۱۳۸۹، ص ۳۵۴) صورت گرفته مشارکت‌کنندگان (دختران نوجوان) در مطالعه به‌طور مکرر بر نقش مؤثر خانواده در ابعاد مختلف سلامت نوجوانان تأکید داشتند، به‌طوری‌که نخستین درون‌مایه اصلی پژوهش با عنوان نیاز به حمایت عاطفی خانواده استخراج گردید (شاه‌حسینی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۳۵۱).

- **شادکامی**

در این میان، یکی از مهم‌ترین نیازهای ذهنی انسان، دستیابی به شادکامی[1] است. شادکامی و خوشبختی یک تجربه درونی مثبت و یکی از شاخص‌های سلامت روان درنتیجه ارزیابی شناختی و عاطفی قلمداد می‌شود (دالوندی[2] و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عبارت‌دیگر، شادی و نشاط ازجمله ملزومات اولیه و طبیعی انسان است و می‌تواند از مهم‌ترین عوامل برای سلامت خانواده و جامعه محسوب شود .شادکامی به‌عنوان ارزیابی افراد از زندگی خود، به این معناست که فرد چقدر از زندگی خود لذت می‌برد (افشاری و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۴۰) یا به تعبیر دیگر نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش به عمل می‌آورد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود (داینر[3] و همکاران، ۲۰۰۵).

شادکامی دارای جنبه‌های مختلفی مانند رضایت از زندگی و رضایت خاطر (وصالی و توکل، ۱۳۹۱، ص ۲۰۵)، حرمت خود (شریفی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۵۰)، بهزیستی فاعلی (تقوی و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۲۳۰) و خلق مثبت (زارع و قربانی،۱۳۹۶، ص ۸۱) است. شادکامی یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی در جامعه (بحری نجفی و میرشاه جعفری، ۱۳۹۴، ص ۱۰۷) و از مفاهیم اساسی زندگی افراد، به‌ویژه کودکان به شمار می‌رود و بسیاری از رشته‌ها ازجمله شاخه‌های روانشناسی سعی در فهم و تسهیل آن در زندگی افراد دارند (علی

[1]-Happiness
[2]- Dalvandi
[3]- Diener

پور و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۰۰). ازنظر آرگیل[۱] (۲۰۰۱)، شادکامی از سه عنصر اساسی عواطف مثبت، رضایت از زندگی و فقدان احساسات منفی تشکیل‌شده است. در تعریف ارائه‌شده، آرگیل معتقد است که شادی جنبه عاطفی شادی و رضایت جنبه شناختی آن است.

- **معنویت در زندگی انسان**

معنویت یک مفهوم گسترده است که به خرد و شفقت (میلر و ناکاگاوا[۲]، ۲۰۰۲)، شادی در زندگی (بون[۳] و همکاران، ۲۰۰۷)، حساسیت‌های اخلاقی و ایده (هی و نای[۴]، ۱۹۹۸) مربوط می‌شود. بعلاوه، معنویت به‌عنوان «ظرفیت ذاتی انسان برای تعالی خود که در آن فرد در امر مقدس شرکت می‌کند»، توصیف‌شده است (مایکلسون[۵] و همکاران، ۲۰۱۶). معنویت و دین‌داری ویژگی‌های درونی هستند که باسعادت و شادکامی پیوند خورده‌اند. معنویت به یک سیستم اعتقادی درونی و دین‌داری به آیین‌ها، اعمال و اعتقادات مذهبی نهادی اشاره دارد (هاوسکمپ[۶] و همکاران، ۲۰۰۴).

دین و تأثیر آن بر سلامتی و رفاه موضوع بسیاری از مطالعات قبلی بوده است. اگرچه تعاریف مربوط به دین‌داری و معنویت همچنان محل بحث بین محققان است، اما این دو مفهوم در ارتباط با یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند (وونگ[۷] و همکاران، ۲۰۱۸) و شامل چندین بعد مانند اعتقادات، نگرش‌ها و رفتارها می‌شوند. دین بر شکوفاسازی و مزیت بخشی و ارجحیت گذاری هویت فطری، معنوی و اخلاقی اصرار ورزیده است. ادیان این توصیه را برای بشر به ارمغان آورده‌اند که متعالی‌ترین عنصر هویت و شخصیت عبارت است از سرشت معنوی آدمی و آن را در مقایسه با سایر اجزای هویت باید بر سر صدر نشاند (جلیلی، ۱۳۹۴)؛ بنابراین اعتقادات معنوی و مذهبی که به‌عنوان راهکارهای بسیار مؤثر در زندگی موردتوجه قرارگرفته‌اند، می‌توانند در بهزیستی جسمی، روحی و اجتماعی انسان نقش مؤثری داشته باشند (کوزیکی[۸] و همکاران، ۲۰۱۰). به‌عنوان مثال، اسلام اهمیت بهداشت فردی، مدیریت استرس و تغذیه سالم را آموزش می‌دهد (اسد[۹] و همکاران، ۲۰۱۳). آیین بودا پرهیز از

---

[1]-Argil
[2]-Miller & Nakagawa
[3]-Bone
[4]-Hay & Nye
[5]-Michaelson
[6]-Houskamp
[7]-Wong
[8]-Koszycki
[9]-Assad

هرگونه نوشیدنی یا دارویی را که می‌تواند ذهن را از بین برد، می‌آموزد (هاروی[1]، ۲۰۱۸). دیدگاه معنوی مسیحیان کاتولیک بر تسکین گناهان برای بخشش توسط خدا تأکید می‌کند تا بتواند ذهن آشفته را تسکین دهد و اعتقادات یهودیان تأکید می‌کند که بدن آن‌ها به خدا تعلق دارد و بنابراین باید با حفظ رژیم غذایی مناسب، ورزش و خواب کافی، رعایت بهداشت و داشتن ذهن سالم از آن مراقبت کنند (دورف[2]، ۲۰۱۸).

افراد مذهبی و دین‌دار با حوادث آسیب‌زای زندگی که پذیرفتنی نیست راحت‌تر سازگار می‌شوند. بنابراین دین در سلامت و آرامش روان انسان اثرگذار است. (الوین ۲۰۰۱)[3] در تبیین رابطه دین‌داری با سلامت روانی معتقد است مذهب ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده و تأثیر بسزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روحی دارد. (الوین، ۲۰۰۱، ص ۷۸)

بر اساس آنچه ذکر گردید و با بررسی‌های صورت گرفته مشخص شد اهمیت آموزش دینی در ارتقاء سلامت جسمی و روانی در خانواده‌های ازهم‌گسیخته و مشکل‌دار مورد تأکید قرار نگرفته است، علی‌رغم اینکه در چندین پژوهش، تأثیر دین بر سلامتی و رفاه عمومی انجام‌شده است.

معنویت درمانی نوعی مشاوره است که با دسترسی به سیستم‌های اعتقادی فردی و استفاده از این ایمان در قدرت بالاتر برای کشف زمینه‌های درگیری در زندگی، سعی در درمان روح و روان و بدن فرد است. معنویت درمانی می‌تواند افرادی که به هدایت یک قدرت بالاتر اعتقاددارند کمک کند تا ارتباط عمیق‌تری با این قدرت پیدا کنند. معنویت درمانی یکی از راهکارهای اساسی و پراهمیت و یک روش درمانی است که بشر می‌تواند با کمک آن از ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری نماید و با تکیه بر معنویت و مذهب احساسات مثبت همچون امید و آرامش را تقویت نماید (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۹). این روش، یکی از روش‌های مؤثر برای سلامت افراد است. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. در این پژوهش از معنویت درمانی ریچاردز و برگین[4] (۲۰۰۵)، با توجه به رویکرد اسلامی استفاده‌شده است و شامل شش مؤلفه خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و بخشش است. ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) نوعی راهبرد

[1]-Harvey
[10]- Dorff
[3]-Elvin
[4]-Richards & Bergin

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 تن آرامی و تصویرسازی معنوی، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، عبادات و مناسک و کمک کردن به مراجعان برای هماهنگ و همخوان بودن با ارزش‌های معنوی، خود فاش‌سازی عقاید و تجربه‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت روزانه و تمرکز و استفاده از کتاب‌درمانی مذهبی بود. آموزش رویکرد معنویت درمانی اسلامی به معنای نادیده گرفتن یا سرکوب خواسته‌های انسانی نیست، بلکه میانه‌روی و هدایت را بر اساس هدف خلقت و سرشت انسان ارائه می‌دهد. رویکرد معنویت-درمانی اسلامی بر مواردی مانند نگرش به خدا، اعتقاد به توانایی، لطف خداوند به شخص، راضی بودن به عنایت الهی، درک واقعیت زندگی در دنیا به‌عنوان مقدمه‌ای برای آخرت، تبدیل خواسته‌ها به زندگی پس از مرگ و ذکر و عبادت تأکید می‌نماید (پارگمنت[1] و همکاران، ۱۹۸۷).

فرضیه اول: معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته تأثیر دارد.

فرضیه دوم: معنویت درمانی اسلامی بر زیر مؤلفه‌های شادکامی (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت‌خاطر و خلق مثبت) دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته تأثیر دارد.

۲ـ ۲ـ پیشینه پژوهش

جدول ۱ ـ پژوهش‌های گذشته

نویسندگان (سال پژوهش)، روش استفاده‌شده	اهداف و یا سؤالات پژوهش	مهم‌ترین یافته‌ها
محمد ثوابی، محمدرضا صفاریان، غلامرضا خوی نژاد ۱۳۹۹	اثربخشی مداخله معنوی مبتنی بر بخشش و امید بر افزایش رضایت‌مندی و کاهش تعارضات زوجین	مداخله مبتنی بر بخشش و امید اثر معنی‌داری در افزایش رضایت‌مندی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین در معرض طلاق داشته است.
سعیده قشلاقی، مرضیه علیوندی،	اثرات گروه‌درمانی معنوی-مذهبی اسلام محور بر	گروه‌درمانی معنوی–مذهبی میزان شادی زناشویی و کیفیت رابطه ادراک‌شده

[1]-Pargament

خلیل اسماعیل پور، ۱۳۹۸	شادمانی زناشویی و کیفیت رابطه زناشویی	زناشویی زنان را به‌طور معناداری افزایش داده است.
آرزو امینی، مریم قاسملو، آسیا شریعتمدار، ۱۳۹۸	آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر امید کودکان چه تأثیری دارد؟	نتایج حاصل از درصد بهبودی شرکت‌کنندگان پس از مداخلات، حاکی از افزایش معنادار نمرات امید آن‌ها بود. لذا آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب تأثیر مثبت معناداری برافزایش امید کودکان داشته است.
اسماعیل صدری دمیرچی، نسیم محمدی، شکوفه رمضانی، زهرا امان‌زاد، ۱۳۹۷، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس آزمون	معنویت درمانی گروهی بر شادکامی و سرسختی روان‌شناختی زنان سالمند شهر رشت چه اثراتی دارد؟	یافته‌ها نشان داد که اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر شادکامی و سرسختی روان‌شناختی سالمندان تأیید شد و سالمندان گروه آزمایش نسبت به سالمندان گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور معناداری، شادکامی و سرسختی روان‌شناختی بیشتری داشتند.
زهرا شفیعی، رضوان السادات جزایری، ۱۳۹۵	بررسی اثربخشی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر شکوفایی زنان متأهل شهر اصفهان	آموزش معنویت با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر شکوفایی زنان متأهل در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است و می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر در جهت ارتقا شکوفایی و بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل مورداستفاده قرار گیرد.
منیژه گلچین، ۱۳۹۶	اثربخشی آموزش معنویت و شناختی رفتاری درمانی به شیوه گروهی بر شادکامی دانشجویان دختر دانشگاه تربیت‌معلم (تهران-کرج) در کشور ایران در سال تحصیلی (۹۰-۸۹)	آموزش معنویت موجب افزایش میزان شادکامی می‌گردد و همچنین پس از یک ماه اثر درمان در افزایش میزان شادکامی ماندگار است. به‌علاوه معنویت درمانی در بعد شادکامی از درمان شناختی رفتاری اثربخش‌تر است.
Taha, Asma A & Eisen, Aaron M & Abdul-Rahman, Hana	نقش تعدیل‌کننده معنویت در کیفیت زندگی و افسردگی در نوجوانان	علائم افسردگی به‌طور کامل واسطه رابطه پریشانی علائم و سطح معنویت بالاتر رابطه بین علائم افسردگی و کیفیت زندگی را تعدیل می‌کند. معنویت برای

Q & Zouros, Alexander, 2020		نوجوانان با شدت علائم بیشتر بود. نوجوانانی که سطح بیشتری از علائم داشتند، سطح علائم افسردگی و کیفیت زندگی کمتری را تجربه کردند. برخلاف انتظارات، نوجوانان با سطح معنویت بیشتری وجود داشتند، اما علائم افسردگی شدید تفاوت معنی‌داری نداشت.
Villani, Daniela & Sorgente, Angela & Iannello, Paola & Antonietti, Alessandro, 2019	بررسی رابطه معنویت و دین‌داری با بهزیستی ذهنی (عملیاتی شده ازنظر رضایت از زندگی و تعادل بین تأثیر مثبت و منفی) و بررسی اختلافات با توجه به وضعیت مذهبی افراد (مذهبی، غیردینی و نامشخص)	مدل‌های مربوط به معنویت در کل نمونه مورد آزمایش قرار گرفتند و دریافتند که معنویت تأثیر مثبتی در بهزیستی ذهنی (به‌جز بعد ارتباط) دارد و این ارتباط ازنظر مذهبی فرد بی‌تأثیر نیست. در عوض، مدل‌های مربوط به دین‌داری فقط بر اساس مذهبی و نامشخص مورد آزمایش قرار گرفتند و دریافتند که رابطه دین‌داری و بهزیستی ذهنی در وضعیت مذهبی تغییر می‌کند. تفاوت اصلی در این بود که تعهد هویت دینی، رضایت از زندگی در بین افراد مذهبی را پیش‌بینی می‌کند، اما در بین افراد دیگر نامشخص است.
Counted, Victor & Possamai, Adam & Meade, Tanya, 2018	رابطه بین معنویت و کیفیت زندگی ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷: یک بررسی تحقیق یکپارچه	درمجموع ۲۰ مطالعه موردبررسی قرار گرفت. از این تعداد، دوازده مورد ارتباط مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی گزارش دادند، سه مطالعه گزارش انجمن معکوس را نشان دادند، درحالی‌که پنج مطالعه شواهد عدم ارتباط را نشان دادند. شواهد تأثیرات مستقیم و/ یا غیرمستقیم معنویت بر کیفیت زندگی را به‌عنوان یک الگوی مقابله معنوی ممکن برای درمان درمانی جایگزین مکمل، نشان می‌دهد.

وجه نوآوری مقاله حاضر نسبت به مطالعات پیشین

ضمن ارزشمندی پژوهش‌های صورت گرفته پژوهش حاضر از این منظر با آن‌ها متفاوت است که تأثیر معنویت درمانی اسلامی را ضمن تأکید بر مؤلفه اسلامی بودن بر شادکامی

دختران نوجوان با خانواده‌های ازهم‌گسیخته بررسی می‌کند. این در حالی است که پژوهش‌های صورت گرفته این مقیاس را در شادکامی گروه مذکور در نظر نداشته‌اند.

۳ ـ روش تحقیق

نوع تحقیق در این پژوهش از نوع توسعه‌ای است. طرح پژوهش حاضر، کمی، شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است و داده‌ها به روش پیمایشی جمع‌آوری گردیده است.

۳-۱-تعریف مفاهیم یا متغیرها (نظری و عملیاتی)

۳-۱-۱-روش‌های تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری Spss 22 در سطح توصیفی (جداول و نمودارهای توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مثل میانگین و ...) و در سطح استنباطی جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره استفاده شد و برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون لوین برای بررسی فرض برابری واریانس‌های هر دو گروه و پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون استفاده گردید.

۳-۱-۲-جامعه و نمونه

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهرستان اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ می‌باشد. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای در میان مدارس متوسطه اول اسلامشهر انجام پذیرفت و درنهایت یک مدرسه با ۴۶۰ دانش‌آموز انتخاب شد. از میان این ۴۶۰ دانش‌آموز، ۵۰ نفر از خانواده‌های ازهم‌گسیخته شناسایی و سپس به‌طور داوطلبانه ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش، جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، مجرد و فاقد زندگی مستقل، وضعیت خانوادگی ازهم‌گسیخته (طلاق)، رضایت آزمودنی‌ها و رضایت یکی از والدین از مشارکت در برنامه و عدم شرکت در سایر دوره‌های درمان روان‌شناختی و ملاک خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات روان‌شناختی، شرکت در دیگر جلسات درمانی روان‌شناختی و مصرف داروهای روان‌پزشکی است. پیش از اجرای متغیر مستقل (معنویت درمانی اسلامی)، آزمودنی‌های انتخاب‌شده در هر دو گروه پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و نیز اخذ رضایت‌نامه در پیش‌آزمون، اقدام

به پر نمودن ابزار پژوهش کردند که پرسشنامه شادکامی آکسفورد[1] آرگیل و کروسلند[2] (۱۹۸۷) است.

۳-۱-۳-روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات

این پرسشنامه با هدف سنجش میزان فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطوح رضایتمندی در طول یک دوره و فقدان احساسات منفی همانند افسردگی ساخته‌شده است و دارای ۲۹ گویه است. این پرسش‌نامه شامل ۵ عامل (رضایت از زندگی، عزت‌نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت) است و فرد مورد آزمون از بین چهار گزینه یکی را که بیشترین تطابق با وضعیت او دارد را انتخاب می‌کند. عبارت اول نمره صفر، عبارت دوم نمره ۱، عبارت سوم نمره ۲ و عبارت چهارم نمره ۳ می‌گیرد. آرجیل و لو[3] (۱۹۹۰) ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهایم و بروین[4] (۱۹۹۰) ضریب آلفای ۸۷ درصد را با ۱۰۱ آزمودنی و در ایران، علی پور و نوربالا (۱۳۸۷، ۶۳) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۹۳ درصد را به دست آورده‌اند. سپس گروه آزمایش در جلسات معنویت درمانی اسلامی (۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) شرکت نمودند و پس‌آزمون روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید.

آموزش معنویت درمانی اسلامی در این پژوهش بر اساس روان‌درمانی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح‌شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۵)، با رویکرد اسلامی بنا شده است و شامل شش مؤلفه خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و بخشش است.

۳-۱-۴-مراحل انجام و به‌کارگیری روش

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهرستان اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ هستند. جلسات معنویت درمانی توسط پژوهشگر (نویسنده اول) منطبق با محتوای ارائه‌شده در جدول زیر که بسته استفاده‌شده توسط عظیمی و همکاران در بررسی اثربخشی معنویت درمانی طی پژوهشی در سال ۷۹ (عظیمی و همکاران، ۱۳۷۹، ص ۸۹) می‌باشد طی پنج هفته به‌صورت هر هفته دو جلسه و درمجموع ده جلسه با یک فاصله زمانی دو الی سه‌روزه برای اعضا اجرا گردید. لازم به ذکر است محتوای هر جلسه شامل موارد زیر بوده است:

۱. مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل

---

[1]-Oxford Happiness Inventory
[2]-Crossland
[3]-Lu
[4]-Furnham & Berwin

۲. گفتگوی مباحث جدید
۳. معرفی بعضی نمونه‌های الگو
۴. معرفی کتب مرتبط
۵. دادن تکالیف برای جلسه آینده

جدول ۲: محتوای جلسات آموزش معنویت درمانی اسلامی

جلسه اول	آشنایی آزمودنی‌ها با یکدیگر؛ اجرای پیش‌آزمون؛ گفتگو در مورد چیستی دین و دین‌داری.
جلسه دوم	گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی افراد؛ آشنا کردن آزمودنی‌ها با ویژگی‌ها و آثار امید و ناامیدی از منظر اسلام، قرآن و بزرگان دین
جلسه سوم	توجه دادن آزمودنی‌ها به نقاط قوت خود، با نظر به تأکید خداوند بر توانایی‌های انسان در قرآن کریم.
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط باخدا و یا هر قدرت برتری که فرد به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو باخدا
جلسه پنجم	نوع‌دوستی و انجام کارهای معنوی به‌صورت گروهی
جلسه ششم	خودآگاهی و ارتباط با خود
جلسه هفتم	بحث درباره بخشش و عدم بخشش؛ احساس گناه و بخشش خود
جلسه هشتم	ایمان به خداوند؛ توکل به خداوند
جلسه نهم	بحث درباره معنی استقلال بر اساس آیات و احادیث؛ صراحت هدف زندگی انسان از دیدگاه قرآن.
جلسه دهم	قدردانی و شکرگزاری؛ جمع‌بندی تمام جلسات و اجرای پس‌آزمون.

۴- یافته‌های تحقیق

جدول ۳: داده توصیفی مربوط به والد سرپرست شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه		فراوانی	درصد معتبر
والد سرپرست نوجوان	آزمایش	پدر	۴	۲۶.۷
		مادر	۱۱	۷۳.۳
	گواه	پدر	۵	۳۳.۳
		مادر	۱۰	۶۶.۷

مطابق جدول فوق و بر اساس یافته‌های تحقیق، به لحاظ والدِ سرپرست زندگی نفرات نمونه موردبررسی در دو گروه (آزمایش و گواه) اکثریت نفرات با مادر خود زندگی می‌کنند بدین تفصیل که در گروه آزمایش ۴ نفر معادل ۲۶.۷ درصد با پدر و ۱۱ نفر معادل ۷۳.۳ با مادر

خود زندگی کرده و تحت سرپرستی ایشان‌اند. همچنین در گروه گواه نیز ۵ نفر معادل ۳۳.۳ درصد با پدر و ۱۰ نفر معادل ۶۶.۷ درصد با مادر خود زندگی می‌کنند.

جدول ۴: داده توصیفی مربوط به وضعیت اشتغال والد سرپرست شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه		فراوانی	درصد معتبر
اشتغال والد نوجوان	آزمایش	بیکار و خانه‌دار	۵	۳۳.۳
		دولتی	۳	۲۰
		آزاد	۷	۴۶.۷
	گواه	بیکار و خانه‌دار	۶	۴۰
		دولتی	۱	۶.۷
		آزاد	۸	۵۳.۳

مطابق جدول فوق و بر اساس یافته‌های تحقیق، به لحاظ وضعیت اشتغال والد سرپرست زندگی نفرات نمونه موردبررسی در دو گروه (آزمایش و گواه) اکثریت شغل آزاد داشته و یا خانه‌دار می‌باشند. بدین تفصیل که در گروه آزمایش ۵ نفر معادل ۳۳.۳ درصد بیکار یا خانه‌دار هستند و ۳ نفر معادل ۲۰ درصد شغل دولتی داشته و ۷ نفر معادل ۴۶.۷ درصد شغل آزاد دارند. همچنین در گروه گواه نیز ۶ نفر معادل ۴۰ درصد بیکار یا خانه‌دار هستند و ۱ نفر معادل ۶.۷ درصد شغل دولتی داشته و ۸ نفر معادل ۵۳.۳ درصد شغل آزاد دارند.

جدول ۵: داده توصیفی مربوط به وضعیت تحصیلات والد سرپرست شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه		فراوانی	درصد معتبر
تحصیلات والد نوجوان	آزمایش	بی‌سواد	۱	۶.۷
		سیکل و دیپلم	۹	۶۰
		کاردانی و کارشناسی	۴	۲۶.۶
		کارشناسی ارشد و بالاتر	۱	۶.۷
	گواه	بی‌سواد	۰	۰
		سیکل و دیپلم	۹	۶۰
		کاردانی و کارشناسی	۶	۴۰
		کارشناسی ارشد و بالاتر	۰	۰

مطابق جدول فوق و بر اساس یافته‌های تحقیق، به لحاظ وضعیت تحصیلات والد سرپرست زندگی نفرات نمونه موردبررسی در دو گروه (آزمایش و گواه) اکثریت باسواد و تا سطح کارشناسی می‌باشند. بدین تفصیل که در گروه آزمایش والد ۹ نفر معادل ۶۰ درصد سیکل و دیپلم هستند و والد ۴ نفر معادل ۲۶.۶ درصد دارای سطح تحصیلات کاردانی و کارشناسی هستند. همچنین در گروه گواه والد ۹ نفر (۶۰ درصد) سیکل و دیپلم و والد ۶ نفر (۴۰ درصد) در سطح تحصیلی کاردانی و کارشناسی قرار دارند.

جدول ۶: میانگین و انحراف استاندارد متغیر شادکامی و زیر مقیاس آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش				گروه گواه			
		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
شادکامی	پیش‌آزمون	۴۱.۶۷	۵.۲۰	۳۱	۴۹	۴۱.۲۷	۴.۷۲	۳۵	۴۹
	پس‌آزمون	۴۶.۹۳	۶.۵۳۰	۳۴	۵۷	۴۱.۹۳	۵.۸۳	۳۲	۵۰
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱۱.۲۰	۲.۲۱	۸	۱۵	۱۲.۴۷	۲.۵۰	۹	۱۹
	پس‌آزمون	۱۳	۲.۶۷	۶	۱۷	۱۱.۴۷	۳.۰۹	۷	۱۶
حرمت خود	پیش‌آزمون	۱۰.۵۳	۲.۵۳	۵	۱۳	۱۰.۶۰	۱.۶۸	۷	۱۴
	پس‌آزمون	۱۱.۴۷	۲.۶۴	۸	۱۸	۹.۹۳	۲.۰۱	۷	۱۳
بهزیستی فاعلی	پیش‌آزمون	۷	۲.۲۹	۲	۱۱	۶.۳۳	۲.۳۵	۳	۱۰
	پس‌آزمون	۸	۲.۲۱	۵	۱۲	۷	۱.۷۷	۵	۱۱
رضایت خاطر	پیش‌آزمون	۶.۳۳	۱.۳۴	۴	۸	۵.۹۳	۱.۵۳	۳	۸
	پس‌آزمون	۶.۸۰	۱.۲۶	۵	۹	۶.۰۷	۱.۱۰	۴	۸
خلق مثبت	پیش‌آزمون	۳.۶۰	۰.۷۳	۳	۵	۳.۶۷	۱.۴۹	۱	۶
	پس‌آزمون	۳.۸۷	۱.۵۵	۱	۶	۴.۶۷	۱.۱۷	۲	۶

طبق جدول ۶ میانگین مؤلفه شادکامی و همه زیر مؤلفه‌های (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت) گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به‌پیش آزمون افزایش‌یافته و با لحاظ انحراف معیار در هریک از مؤلفه‌ها خصوصاً در مقایسه با تغییرات گروه گواه نشان از تأثیرگذاری بسته آموزشی دارد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های نمونه در جامعه از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، پیش‌فرض برابری واریانس‌های هر دو گروه و پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون استفاده گردید که نتایج در جدول ۷ ارائه‌شده است:

جدول ۷: آزمون‌های فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف				
متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
شادکامی	آزمایش	۰.۱۴۰	۱۵	۰.۲۰
	گواه	۰.۱۷۵	۱۵	۰.۲۰

آزمون لوین				
متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
شادکامی	**۰.۰۸۲**	**۱**	**۲۸**	**۰.۷۷۷**

پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون						
تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	خطا	معناداری
گروه*پیش-آزمون	شادکامی	۱۷.۱۵۸	۱	۰.۸۱۲	۵٪	۰.۳۷۶

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که طبق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، مفروضه نرمال بودن شادکامی در دو گروه با سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۵ درصد (P<۰.۰۵) است، لذا فرض نرمال بودن نمرات در پیش‌آزمون هر دو گروه آزمایش و گواه مورد تأیید است. بر اساس نتایج آزمون لوین، سطح معناداری برای شادکامی ۰.۷۷۷ می‌باشد. بدین معنا که پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تائید گردید. بر اساس نتایج پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون که در سطح معناداری ۹۵ درصد انجام گرفت، آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون شادکامی تائید گردیده است (P<۰/۰۵)؛ بنابراین اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیره برای آزمون تأثیرات متغیر اصلی پس‌آزمون شادکامی جایز است. برای بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته اثربخشی دارد، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه متغیر شادکامی بین دو گروه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۶۰.۸۵۰	۱	۳۶۰.۸۵۰	۱۷.۱۹۹	۰.۰۰۰۱	۰.۳۸۹	۰.۹۷۹
گروه	۲۰۴.۱۰۸	۱	۲۰۴.۱۰۸	۹.۷۲۸	۰.۰۰۴	۰.۲۶۵	۰.۸۵
خطا	۵۶۶.۴۸۴	۲۷	۲۰.۹۸۱				
کل	۵۸۹۳۸.۰۰۰	۳۰					

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که تأثیر متغیر مستقل، معنی‌دار است. با توجه به نتایج این جدول (P<۰/۰۱) (F=۹.۷۲)، مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات شادکامی شرکت‌کنندگان برحسب گروه‌ها (آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. پس فرض صفر رد می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی اسلامی برافزایش شادکامی دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تأثیر ۲۶ درصد بوده است. در ادامه برای بررسی تأثیر معنویت-درمانی اسلامی بر مقیاس‌های شادکامی (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت) دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته، از تحلیل کوواریانس چند متغیره در دو گروه آزمایش و گواه استفاده شد.

جدول ۹: نتایج تحلیل مانکوا (کوواریانس چند متغیره) بر روی میانگین نمرات مؤلفه‌های شادکامی

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری (P)	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۱.۰۸	۵.۴۰	۱۰	۴۶	۰.۰۰۱	۰.۵۴۰	۰.۹۴۷
لامبدای ویکلز	۰.۱۱۲	۸.۷۵۴	۱۰	۴۴	۰.۰۰۱	۰.۶۶۵	۰.۹۸۹
اثر هتلینگ	۶.۲۱	۱۳.۰۵	۱۰	۴۲	۰.۰۰۱	۰.۷۵۷	۰.۹۸۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵.۹۲۶	۲۷.۲۵	۵	۲۳	۰.۰۰۱	۸۵۶	۰.۹۸۵

با توجه به نتایج جدول ۱۰، سطوح معنی‌داری آزمون بیانگر آن است که معنویت درمانی اسلامی در مرحله پس‌آزمون حداقل در یکی از مؤلفه‌های رضایت از زندگی، حرمت خود،

بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت، میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه افزایش داده است (P=۰.۰۰۱). میزان تأثیر یا تفاوت در آزمون لامبدای ویکلز برابر با ۰.۶۶۵ می‌باشد؛ یعنی ۶۶.۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مؤلفه‌های رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری ۰.۹۸۹ نشانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل مانکوا (کوواریانس چند متغیره) تأثیر گروهی بر میزان نمرات زیر مؤلفه‌های شادکامی

متغیرها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
رضایت از زندگی	گروه	۴۲.۳۶	۱	۴۲.۳۶	۲۵.۱۴	۰.۰۰۱	۰.۴۸۲	۰.۹۹۸
	خطا	۴۵.۴۸۰	۲۷	۱.۶۸				
حرمت خود	گروه	۲۸.۳۸	۱	۲۸.۳۸	۸.۵۸	۰.۰۰۷	۰.۲۴۱	۰.۸۰۶
	خطا	۸۹.۳۱	۲۷	۳.۳۰				
بهزیستی فاعلی	گروه	۲۵.۳۴	۱	۲۵.۳۴	۱۴.۶۹	۰.۰۰۱	۰.۳۵	۰.۹۵۹
	خطا	۶۴.۷۵	۲۷	۱.۷۲				
رضایت خاطر	گروه	۲۶.۵۳	۱	۲۶.۵۳	۴۱.۱۰	۰.۰۰۱	۰.۶۰۴	۰.۹۹۸
	خطا	۱۷.۴۲	۲۷	۰.۶۴۵				
خلق مثبت	گروه	۵.۳۵	۱	۵.۳۵	۶.۰۱	۰.۰۰۲	۰.۱۸۲	۶.۰۱۹
	خطا	۲۴.۰۱	۲۷	۰.۸۹۰				

طبق جدول ۱۰، پس از حذف تأثیر متغیرهای هم‌زمان بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، مشاهده‌شده است که در میان میانگین‌های تنظیم‌شده، به ترتیب امتیازات رضایت خاطر، رضایت از زندگی، بهزیستی فاعلی، حرمت خود و خلق مثبت شرکت‌کنندگان ازنظر عضویت در گروه (آزمایش و کنترل) در مرحله بعد از آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشته است (P<۰/۰۱) و آموزش معنویت-درمانی اسلامی در افزایش نمره زیرمقیاس‌های شادکامی آزمودنی‌ها، پس از آزمون گروه آزمایش تأثیر دارد. میزان این تأثیر در مرحله پس از آزمون برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برای رضایت خاطر (۶۰.۴ درصد)، برای رضایت از زندگی (۴۸.۲ درصد)، برای بهزیستی فاعلی (۳۵ درصد)، برای حرمت خود (۲۴.۱ درصد) و برای خلق مثبت (۱۸.۲ درصد) بوده است.

۵- بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها

۵-۱- بحث

فرزندان خانواده‌های مطلقه معمولاً سطح بالاتری از استرس را در محیط زندگی خود تجربه می‌کنند که باعث ایجاد اختلالات سازگاری می‌شود. در خانواده‌های مطلقه، اضطراب فرزندان افزایش می‌یابد، زیرا طلاق باعث می‌شود ترس از تنهایی، تغییر در اوضاع زندگی، خجالت، احساس گناه، جدایی بعدی و همچنین ترس پایدار از مشکلات ناشناخته بعدی ایجاد شود. با توجه به آسیب‌پذیری کودکان، مطالعات نشان داده است که کودکان، به‌ویژه دختران، در برخورد با جدایی والدین خود عصبانی می‌شوند. آن‌ها اغلب سعی می‌کنند مانند بزرگ‌سالان جوان رفتار کنند و حتی دیگران را نصیحت و سرزنش می‌کنند (یونسی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۸۲) و به‌طورکلی، در مقایسه با کودکان عادی، سطح پایین‌تری از سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در این افراد وجود دارد (کریمی و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین معنویت به‌عنوان زیربنای باورها و جنبه‌ای مهم از زندگی افراد جامعه که نقشی اساسی در تأمین و ارتقای شادکامی و سرسختی روان‌شناختی آنان دارد، می‌تواند بر حس شادی این افراد تأثیرگذار باشد. چنان‌که الیسون[1] (۱۹۹۱) اظهار داشت که ایمان محکم باعث خوشحالی و شادکامی شده است؛ بنابراین خوب است بااطلاع از آموزه‌ها و الگوهای آموزشی گامی در جهت بهبود رابطه نوجوانان با معنویت برداشته شود به این دلیل که در روح و فطرت همه انسان‌ها به‌ویژه نوجوانان، گرایش به معنویت وجود دارد؛ بنابراین توصیه می‌شود با آموزش‌های علمی و دور از افراط، به آموزش معنوی مبتنی بر اسلام به نوجوانان پرداخته شود چراکه سلامت روحی و روانی نوجوانان، سلامت خانواده و درنهایت سلامت و پیشرفت جامعه را در پی دارد.

اعتقادات مذهبی بر چگونگی برخورد افراد با موقعیت‌های استرس‌زا، رنج‌ها و مشکلات زندگی تأثیر می‌گذارد، زیرا باعث افزایش پذیرش و توانایی عملکرد صحیح فرد در مواجهه با استرس و مشکلات می‌شود (جوشی[2] و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش دینی مقابله مذهبی را تقویت می‌کند که استفاده از تکنیک‌های رفتاری شناختی برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا با توجه به معنویت یا اعتقادات دینی است (پارگمنت[3]، ۲۰۰۱). اعتقادات و اعمال دینی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در رشد اخلاق شخصی و قضاوت سالم تأثیر می‌گذارد که بر تصمیماتی تأثیر می‌گذارد که زندگی فرد را شکل می‌دهد. تربیت دینی از طریق درونی

---

[1]- Ellison
[2]-Joshi
[3]-Pargament

سازی اخلاق دینی، شکل‌گیری آگاهی اخلاقی را تقویت می‌کند. درونی سازی، فرایندی است که در آن فرد مقرراتی را که یک دین برای خود تعیین کرده است، تصویب می‌کند (رایان[1] و همکاران، ۲۰۱۸). جلسات معنویت درمانی بر این امور تأکید داشت که شناخت و باور کردن حضور خدا و همراهی او در تمام لحظه‌های زندگی، خودآگاهی جسمی و روحی، اجتماعی و معنوی، معنای زندگی و کارکردهای دین و معنویت در زندگی، پاسخ به احساس تنهایی، کاهش‌دادن ترس از مرگ و کاهش رنج و تعب و معنادادن به زندگی آدمی موجب شده است تا ابعاد شادکامی همچون رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته به‌طور مؤثری افزایش و ارتقا پیدا نماید.

۵ـ ۲ـ نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از فرضیه اول پژوهش، حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیر برای مقایسه متغیر شادکامی بین دو گروه ($P<۰/۰۱$) ($F=۹.۷۲$) نشان داد که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات شادکامی شرکت‌کنندگان برحسب گروه‌ها (آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و بنابراین معنویت درمانی اسلامی بر شادکامی دختران نوجوان از خانواده‌های ازهم‌گسیخته اثربخشی دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قشلاقی و همکاران (۱۳۹۸) و شفیعی و جزایری (۱۳۹۵) مبنی بر نقش و تأثیر معنی‌دار معنویت درمانی بر شادکامی، هم سو و در یک راستا است. درواقع اکثر پژوهش‌ها با نتایج این فرضیه همسو می‌باشند که به معنای اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر بهبود شادکامی و حس شادی است. علاوه بر این، آنالیزها قبلاً تأثیرات مثبت مقابله مذهبی با سلامتی را نشان داده‌اند (پارگمنت و همکاران؛ ۱۹۹۸؛ هریسون[2] و همکاران، ۲۰۰۹)؛ بنابراین معنویت درمانی اسلامی می‌تواند به‌عنوان مکانیسم انعطاف‌پذیری عمل کند، چراکه اقدامات ثبات و رفاه را افزایش می‌دهد. استفاده از معنویت درمانی اسلامی می‌تواند رضایت از زندگی فرد را افزایش دهد.

نتایج حاصل از فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر تأثیر معنویت درمانی اسلامی بر زیر مؤلفه‌های شادکامی (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت) دختران نوجوان خانواده‌های ازهم‌گسیخته، حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیر (مانکوا) برای مقایسه متغیرهای رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و

1-Ryan
2-Harrison

خلق مثبت بین دو گروه را نشان داد که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات شرکت‌کنندگان برحسب گروه‌ها (آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و معنویت درمانی اسلامی در مرحله پس‌آزمون حداقل دریکی از مؤلفه‌های شادکامی، میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه افزایش داده است (P=۰.۰۰۱)؛ بنابراین، آموزش معنویت-درمانی اسلامی در افزایش نمرات ابعاد شادی شرکت‌کنندگان پس از آزمون گروه آزمایش تأثیر دارد. این نتیجه نیز با نتایج پژوهش‌های گلچین (۱۳۹۶) صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر مؤلفه‌های شادکامی، هم سو و در یک راستا است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که در مورد آمادگی روان‌شناختی گروه‌های آسیب‌پذیر و نوجوانان خانواده‌های ازهم‌گسیخته، مطالعات نشان داده است که معنویت درمانی می‌تواند بر افزایش سلامت روان در نوجوانان این خانواده‌های مطلقه و ازهم‌گسیخته تأثیر بگذارد (رئیسی و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۳۴) که این مسئله، اهمیت معنویت درمانی را برجسته می‌کند. معنویت درمانی گروهی مهارت‌های ارتباطی افراد را بهبود می‌بخشد و یک سیستم پشتیبانی مفید برای آن‌ها فراهم می‌کند. معنویت درمانی اسلامی به افراد کمک می‌کند درک بهتری از احساسات خود و اختلالات سازگاری کمتری داشته باشند (صف‌آرا و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۱۲۰). با استفاده از معنویت و دین می‌توان سطح تحمل افراد در به اشتراک گذاشتن دیدگاه‌ها یا عقاید مختلف معنوی آن‌ها را افزایش داد (پارگمنت[1]، ۲۰۰۷). به همین ترتیب، معنویت فرد را در مقابله با مشکلات زندگی تقویت می‌کند و از این رو افراد احساس رضایت خاطر و رضایت از زندگی بیشتری می‌کنند (هایلی[2] و همکاران، ۲۰۰۸). معنویت درمانی به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از اصول خاص و روش‌های معنوی-مذهبی، خود، جهان، وقایع و پدیده‌ها را درک کنند، درنتیجه ارتباط بین این عوامل می‌تواند منجر به‌سلامتی و شادکامی آن‌ها گردد (رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۱۰۳).

در نتیجه‌گیری نهایی باید گفت که ارائه مداخلات مفید در حل مشکلات عاطفی و روانی چنین کودکانی و بهبود شادکامی، ضروری به نظر می‌رسد. اجرای دستورات مذهبی و شرکت در مناسک مذهبی (به‌طور مثال مراسمات مربوط به شهادت یا میلاد معصومین (ع)،

1-Pargament
2- Hayley

مراسمات شب‌های ماه مبارک رمضان و شب‌های قدر و مراسمات مربوط به ماه محرم) و دعا و مناجات در مساجد و حرم‌ها می‌تواند به‌طور مؤثر از مشکلات روحی در افراد جلوگیری کرده و آن‌ها را درمان کند و درنتیجه بهزیستی آن‌ها را بهبود بخشد. چراکه باورهای مذهبی به جنبه‌های مختلف زندگی ازجمله جنبه‌های اجتماعی، جسمی و روانی مربوط می‌شوند؛ بنابراین فنون معنویت درمانی اسلامی می‌تواند به افراد کمک کند تا بین ذهن، جسم و روح خود ارتباط برقرار کنند، این ارتباط به آن‌ها امکان می‌دهد انسان‌های یکپارچه‌تری باشند؛ بنابراین مشاوران باید به‌دقت، تکنیک‌هایی را برای کمک به این افراد در ایجاد هویت معنوی و افزایش شادکامی کمک نمایند؛ بنابراین اعتقاد و ارتباط به خداوند از دریچه معنویت می‌تواند عاملی در کاهش تنش‌های زندگی و نگاه مثبت به زندگی و وقایع پیرامونی باشد، به‌گونه‌ای که موجب برداشت بهتر از خود، دیگران، محیط و آینده گردد. آموزش افراد در جهت افزایش شادکامی باعث می‌شود اهداف واقع‌گرایانه‌ای در زندگی خود برگزینند و به سطحی از تعادل در خواسته‌های خود برسند. این مسئله درنهایت باعث می‌شود افراد در امور زندگی روزمره و آینده خود و چالش‌های آن انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند.

۵ـ ۳ ـ پیشنهادها

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنس و محدوده سنی مخاطبین پژوهش اشاره نمود، چراکه بسیار متأثر از عوامل انسانی پیرامون قرار می‌گیرند و احتمال می‌رود که نتایج تحت تأثیر ویژگی‌های سنی مخاطبین باشد. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آینده از رده‌های سنی مختلف و هر دو جنس مرد و زن استفاده گردد. مقایسه این بسته درمانی با بسته‌های مشابه می‌تواند نتایج به‌کارگیری این روش و تأثیرات آن را عمیق‌تر آشکار نماید. پیشنهاد می‌گردد معنویت افزایی و زمینه‌های مؤثر در آن جزو برنامه‌های اصلی بخش پرورشی دانش آموزان در مدارس و آموزشگاه‌ها قرار گیرد و نهادهای مسئول برای توانمندسازی خانواده‌ها در تربیت فرزندان از عناصر معنویت در کلاس‌های آموزشی استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مراکز بازپروری و همچنین مراکز مشاوره در ارتقاء شادکامی مخاطبین از این روش بهره‌گیری شود. تولید و بهره‌گیری از محتواهای معنویت افزا شامل ادبیات داستانی، فیلم، انیمیشن و مسابقات و همچنین شرکت دادن نوجوانان در برنامه‌های معنوی مثل اعتکاف، اربعین، لیالی قدر در کنار جنبه‌های آموزشی و تحصیلی می‌تواند مؤثر و راهگشا باشد.

۶ـ منابع

۶ـ۱ـ منابع فارسی

مقالات

۱. افشاری، الناز؛ زارعی، احمد؛ محمود علیلو، مجید؛ نعمتی، فاطمه، (۱۳۹۷). **مقایسه راهبردهای مقابله‌ای، شادکامی و امید به آینده در نوجوانان بازمانده از زلزله بم با نوجوانان عادی**، روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵ (۳)، ۵۲ ـ ۳۸.

۲. بحری‌نجفی، فاطمه؛ میرشاه‌جعفری، سیدابراهیم، (۱۳۹۴). **تأثیر ابعاد باورهای مذهبی بر شادی معلمان ابتدایی در محیط کار**، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۶ (۴)، بهار، ۱۱۳ ـ ۱۰۶.

۳. تقوی، نغمه؛ فلاح، پرویز؛ موتابی، فرشته؛ طلایی، ابراهیم، (۱۳۹۴). **تحلیل کیفی بهزیستی فاعلی از دیدگاه دختران نوجوان**، روانشناسی تحولی، ۱۱ (۴۳)، ۲۴۶ ـ ۲۲۹.

۴. جعفری، اصغر؛ حسامپور، فاطمه، (۱۳۹۶). **پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس ابعاد هوش معنوی و سرمایه روان‌شناختی در سالمندان**، سالمند، ۱۲ (۱)، ۱۰۳ ـ ۹۰.

۵. جلیلی، عباس. ارجمندی، مونس. (۱۳۹۴) **بررسی نقش دین در هویت انسان**. دومین کنگره بین‌المللی تفکر و پژوهش دینی، ۱۶ دوره دوم

۶. حسینی یزدی، سیده عاطفه؛ مشهدی، علی؛ عاصمی، زهرا؛ کیمیایی، سید علی، (۱۳۹۴). **اثربخشی برنامه مداخله‌ای کودکان طلاق بر بهبود خود پنداره و افزایش تاب‌آوری کودکان**، فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن،۶ (۲) پیاپی ۲۲، ۵۸ ـ ۴۸.

۷. رئیسی، رؤیا؛ گنجی، فروزان؛ شاهمرادی، رضوان؛ مردان‌پور شهرکردی، الهام، شمیان، آلبرت؛ نکویی، افسانه؛ فانیان، نسرین؛ نیک‌فرجام، مسعود، (۱۳۹۱). **تأثیر جلسات مشاوره حضوری آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان فرزندان خانواده‌های طلاق**، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۴ (۴)، ۳۷ ـ ۳۰.

۸. رحمانیان، مهدیه؛ معین صمدانی، مهدیه؛ اورکی، محمد، (۱۳۹۶). **تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلابه سرطان**، دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۷ (۱)، ۱۱۴ ـ ۱۰۱.

۹. زارع، حسین؛ قربانی، طاهره، (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثر القای خلق مثبت و منفی بر حافظه‌ی کاذب و حافظه‌ی صحیح افراد دارای نشانه‌های اضطراب-افسردگی و افراد عادی، تازه‌های علوم شناختی، دوره ۱۸، شماره ۳، تابستان، صفحات ۸۹ ـ ۸۰.

۱۰. سمانچوه، پاناپا، (۱۳۹۸)، **جایگاه و نقش زن در آرامش خانواده**، دو فصلنامه تخصصی پژوهش‌های اسلامی جنسیت و خانواده/ سال دوم/ ۳، ۲۳-۳۷

۱۱. شاه‌حسینی، زهره؛ سیمبر، معصومه؛ رمضانخانی، علی. **نیازهای سلامت دختران نوجوان**: تبیین نقش و اهمیت خانواده. ۱۳۹۱. فصلنامه پایش. سال ۱۱، شماره ۳. صص ۳۵۱ – ۳۵۹

۱۲. شریفی درآمدی، پرویز؛ پناه‌علی، امیر، (۱۳۹۰). **مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان**، سالمند، 6 (۲۱)، ۵۵ ـ ۴۹.

۱۳. شفیعی، زهرا؛ جزایری، رضوان السادات، (۱۳۹۵). **روانشناسی مثبت گرا، معنویت و بهداشت روان**، پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، .https://civilica.com/doc/526699

۱۴. صدری دمیرچی، اسماعیل؛ منصوری، بهمن؛ خدائی خیاوی، سیامک، (۱۳۹۶). **مقایسه خودشناسی انسجامی و ناگویی خلقی در بین دانش آموزان پسر عادی و طلاق**، مطالعات روان‌شناختی، ۱۳ (۴)، ۹۲ ـ ۷.

۱۵. صف‌آرا، مریم؛ خانبابایی، مینو، (۱۳۹۸). **نقش تعدیل کنندگی جنسیت در رابطه سبک زندگی اسلامی با خلق مثبت و سلامت روان دانشجویان**، رویش روانشناسی، ۸ (۹)، پیاپی ۴۲، ۱۲۸ ـ ۱۱۹.

۱۶. طهماسیان، کارینه؛ موتایی، فرشته؛ چیمه، نرگس؛ اناری، آسیه؛ اناری، رضوان؛ طاهری‌فر، زهرا، (۱۳۹۶). **تحلیل وضعیت سلامت خانواده‌های ایرانی: مفهوم خانواده سالم، شناخت ویژگی‌های خانواده سالم ایرانی و عوامل آسیب‌زا از دیدگاه متخصصان**، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ۱۵، ش ۸، پی‌درپی ۹۷، آبان ۱۳۹۶، ص ۶۳۰-۶۴۱

۱۷. عبدی، محمدرضا؛ تقی‌پور، ابراهیم؛ نظری، علی محمد، (۱۳۹۲). **تأثیر برنامه مداخله‌ای کودکان طلاق بر میزان سازگاری آن‌ها با طلاق والدینشان**، فصلنامه خانواده پژوهی، ۹ (۳۵)، ۳۵۸ ـ ۳۴۳.

۱۸. علی پور، احمد؛ هاشمی، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و طوسی، فهیمه، (۱۳۸۹). **رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان**، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۵ (۱۸)، ۱۱۶ ـ ۹۹.

۱۹. علی‌پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی، (۱۳۸۵). **بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران**، فصلنامه پژوهشی اندیشه و رفتار، ۵ (۱ و ۲)، ۴۶ ـ ۲۵.

۲۰. قشلاقی، سعیده؛ علیوندی، مرضیه؛ اسماعیل‌پور، خلیل، (۱۳۹۸). **اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-مذهبی اسلام محور بر شادمانی زناشویی و کیفیت رابطه ادراک‌شده زناشویی**، پژوهشنامه زنان و خانواده، ۷ (۳)، ۹۴ ـ ۷۱.

۲۱. کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا، (۱۳۹۰). **بررسی اثربخش گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگاری**

اولیه در دختران نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، پژوهش روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۱)، ۸۳-۹۸.
۲۲. گلچین، منیژه، (۱۳۹۶). **اثربخشی آموزش معنویت و شناختی رفتاری درمانی به شیوه گروهی بر شادکامی دختران افسرده ایرانی**، فصلنامه توسعه آموزش جندی‌شاپور، ۸ (۲)، ۹۳ ـ ۸۷.
۲۳. مهدی‌پور، صمصام. (۱۳۹۳). **بررسی سیر تحول نظام خانواده در ایران**، کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی. www.sid.ir
۲۴. میرهاشمی، زهرا سادات، (۱۳۹۶)، **نقش زن عفیف در سلامت معنوی جامعه از دیدگاه قرآن**، کنگره بین‌المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، فروردین ۱۳۹۶، تهران، دانشگاه الزهرا https://www.sid.ir
۲۵. وصالی، سعید؛ توکل، محمدمهدی، (۱۳۹۱). **بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در شهر تهران**، مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۲ (۲)، ۲۲۰ ـ ۱۹۷.
۲۶. یحیی زاده، حسین؛ حامد، محبوبه، (۱۳۹۴). **مسائل فرزندان طلاق در ایران و مداخلات مربوطه: فرا تحلیل مقالات موجود**، مطالعات زن و خانواده، ۳ (۲)، ۱۲۰ ـ ۹۱.
۲۷. یونسی، فلورا؛ معین، لادن؛ شمشیری‌نیا، ترلان، (۱۳۸۹). **مقایسه سلامت روان، عزت نفس و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی خانواده‌های طلاق و عادی شهرستان فیروزآباد سال تحصیلی ۸۷-۸۸**، فصلنامه زن و جامعه، ۱ (۲)، ۹۶ ـ ۷۹.
۲۸. **کتاب‌ها**
۲۹. فرحزاد، حبیب الله، **محبت زنان و کودکان در سیره پیامبر (ص)**، ناشر: طوبای محبت، ۱۳۹۸

۶ـ ۲ـ منابع لاتین

Articles

1. Argyle, Michael & Crossland, Jill. (1987). Dimensions of positive emotions.**British Journal of Social Psychology**, 26 (2), 127-137.
2. Argyle, Michael & Lu, Lou (1990). The happiness of extraverts.**Personality and Individual Differences**, 11 (10), 1011-1017.
3. Assad, Salman & Niazi, Asfandyar & Assad, Shuja. (2013). Health and Islam.**J Midlife Health**, 4 (1), 65-82.
4. Bone, J & Cullen, J & Loveridge, J. (2007). Everyday spirituality: An aspect of the holistic curriculum in action.**Contemporary Issues in Early Childhood**, 8 (4), 344-354.

5. Dalvandi A, Memari A, Mohammadi F, Bastami A, Bastami M. (2017). Impact of instilling hope and active listening program on mental health of elderly residents of Kahrizak nursing home, during year 2015. **Iran J Rehabilit Res**, 3(3), 16-23. (Persian)
6. Diener, E & Lucas, R & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, Handbook of positive psychology (63–73).**New York: Oxford University Press**.
7. Elkind, David. (1970). The origins of religion in the child**. Rev Relig Res**, 1(5), 35–42.
8. Ellison, Christopher. (1991). Religious involvement and subjective well-being.**Journal of Health and Social Behavior**, 32 (1), 80-99.
9. Elvin, J. (2001). Religion role in healing confirmed. **Journal of insight**, 3, 78-83.
10. Furnham, A & Berwin, C. (1990).Personality and happiness.**PersonalitY and Individual Differences**, 11 (15), 1093-1096.
11. Harvey, Conrad. (2018). A Buddhist perspective on Health and Spirituality. **Health and Social Care Chaplaincy**, 9 (1), 33–35.
12. Hayley Harriet. (2008). Hope and Ways of coping after breast cancer.PhD dissertation of Arts in clinical psychology.**Johann Esburg University**. Available at:
13. Houskamp, B. M. Fisher, L. A. & Stuber, M. L. (2004). Spirituality in children and adolescents: Research findings and implications for clinicians and researchers. **Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 13, 221–230.
14. Joshi, S & Kumari, S. (2019), Jain M. Religious belief and its relation to psychological well-being. J Indian Acad Appl Psychol. http://medind.nic.in/jak/t08/i2/jakt08i2p345.pdf. Accessed 05 Nov 2019
15. Koszycki, D & Raab, K & Aldosary, F & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder. **A pilot randomized trial. J Clinical Psychology**, 66(4):430-41
16. Michaelson, Valerie & Brooks, Fiona & Jirásek, Ivo & Whitehead, Ross. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. **SSM - Population Health**, 2, 294-303.
17. Miller, John & Nakagawa, Yoshihary. (2002). Nurturing our wholeness: Perspectives on spirituality in education, The Foundation for Educational Renewal, Brandon, VT.

18. Pargament, Kenneth & Smith, Bruce & Koenig, Harold & Perez, Lisa. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors, **J Sci Study Relig**, 37 (4), 710–724.
19. Pargament, Kenneth & Echemendia, Ruben & Johnson, Steven & Cook, Paul & McGat, Cheryl & Mayer, Jennifer. (1987). The conservative church: Psychologicaladvantages avd disadvantages, **Am J CommunityPsychol**, 15 (3), 269-286.
20. Rafferty, Jason. (2014). Where are the Boys Using Peer Leadership to Address Barriers to Male Adolescent Utilization of an Urban School-Based Health Center, **J Adolesc Health**, 54(2), 73-108.
21. Regnerus, Marion & Uecker, Jeremy. (2006). Finding faith, losing faith: the prevalence and context of religious transformations during adolescence. **Rev Relig Res**, 1 (7): 217–237.
22. Sokol, Justin. (2009). Identity Development Throughout the Lifetime: An Examination of Eriksonian Theory, **Graduate Journal of Counseling Psychology**, 1 (2), 14-34.
23. Wong, Joel & Rew, Lynn & Slaikeu, Kristina. (2018). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health, **Issues in mental health nursing**, https://www.researchgate.net/profile/Y_Joel_Wong/publication/7354505_A_systematic_review_of_recent_research_on_adolescent_religiosityspirituality_and_mental_health/links/54bd4b680cf27c8f2814b51a.pdf. Accessed 09 Nov 2018.
24. Zubrick, Stephen & Hafekost, Jennifer & Johnson, Sarah & Sawyer, Michael & Patton, George & Lawrence, Dawson. (2017). The continuity and duration of depression and its relationship to nonsuicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents. **Journal of Affective Disorders**, 220 (31) 49–56.
25. **Books**
26. Hay, D & Nye, R. (1998). **The spirit of the child Fount Paperbacks**, London.
27. Pargament, Kenneth. (2001). **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press.
28. Pargament, Kenneth. (2007). **Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred**. New York: The Guilford Press.
29. Richards, Scott & Bergin, Allen. (2005**). A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy,nd Washington, D.C**, American Psychological Association. 2nd ed
30. Ryan, Richard & Rigby, Scott & King, Kristi. (2018). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health,