

بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

عضو هیئت علمی و دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

راضیه فتاحی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

حمیدطاهر نشاط‌دوست

عضو هیئت علمی و استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

چکیده

اختلال افسرده‌خویی یکی از اختلالات شایع روانی است که هزینه‌های هنگفتی را به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. از درمان‌های رایج آن، درمان‌های دارویی و شناختی رفتاری است. با توجه به مزمن بودن اختلال، اخیراً گرایش روزافزونی به ادغام‌سازی روان‌درمانی با معنویت به‌وجود آمده است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی بود. طرح پژوهش مطالعه نیمه‌تجربی با استفاده از گروه کنترل و ارزیابی به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. بدین منظور ۲۰ نفر دانشجوی دختر مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بر مبنای ملاک‌های متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مقیاس همیلتون، در دانشگاه اصفهان

انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه درمانی معنوی-اسلامی طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. نتایج نشان داد که گروه درمانی معنوی-اسلامی بر کاهش علائم افسرده‌خویی نسبت به گروه کنترل، در پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه به طور معنی‌داری مؤثر بوده است ($P < 0/001$). همچنین، گروه درمانی معنوی-اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان نیز به طور معنادار مؤثر بوده است ($P < 0/001$). یافته‌های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان‌درمانی با ظرفیت‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی حمایت می‌کند که بیانگر نقش مؤثر گروه درمانی معنوی-اسلامی بر کاهش علائم افسرده‌خویی و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر بوده است.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی معنوی-اسلامی، کیفیت زندگی، اختلال افسرده‌خویی، دانشجویان دختر.

مقدمه

اختلال افسرده‌خویی اختلالی مزمن است و مشخصه آن خلق افسرده است که در قسمت عمده روز تداوم و در اکثر روزها وجود دارد، اگرچه شدت نشانه‌ها به اندازه دوره‌های افسردگی اساسی نیست (وو و کیتینگ، ۲۰۰۸).

در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)^۲ اختلال افسرده‌خویی یکی از اختلال‌های خلقی مزمن شمرده شده که با خلق افسرده (یا تحریک‌پذیر در کودکان و نوجوانان) در بیشتر ساعت‌های روز مشخص می‌شود.

در یک بررسی جامع ری آلو، نگوین، گریدر و کینگ^۳ (۲۰۰۵)، شیوع اختلال افسرده‌خویی را در مردان ۷/۷ درصد و در زنان ۴/۵ درصد گزارش کرده‌اند، همچنین

1. Woo & Keating
2. American Psychiatric Association
3. Rialo, Neguyen, Greader & King

گزارش داده‌اند که این اختلال در طبقه پایین اجتماعی-اقتصادی در مقایسه با طبقه بالا ۱۲/۲ درصد، در افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل ۵/۶ درصد و در افراد طلاق‌گرفته و جداشده ۱۴/۵ درصد است. تفاوت جنسی در میزان بروز وجود ندارد (کاپلان و سادوک،^۱ ۲۰۰۵).

برخی مطالعات همه‌گیرشناسی در شهرستان‌های اصفهان و یزد شیوع افسرده‌خویی را به ترتیب ۵/۸ درصد و ۵/۴ درصد گزارش کرده‌اند (امیدی و طباطبایی، سازور و عکاشه، ۱۳۸۲؛ باقری یزدی، بولهری و شاه‌محمدی، ۱۳۷۳).

براساس نتایج آخرین مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران که به‌عنوان طرح ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است، اختلال افسرده‌خویی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی و شیوع آن ۴/۵ درصد در جمعیت عمومی است (محمدی، داویدیان، نوربالا، ملک‌افضلی، نقوی و همکاران، ۱۳۸۲). مطالعات انجام‌شده در گروه‌های دانشجویی نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد، به‌نظر می‌رسد حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰؛ به نقل از کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴).

یکی از نکات مهم این است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی به تدریج کاهش می‌یابد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ کیفیت زندگی ادراک افراد از وضعیتی است که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند و این ادراک براساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آنها است (نجات، وکیلان و نجات، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی بازتابی از اثرات فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماری بر زندگی روزمره فرد و شاخصی از میزان رضایت فرد از زندگی روزمره او است (دوامی، ۱۳۷۹).

1. Kaplan & Saduk

2. World Health Organization

رویکرد کلی به درمان افسرده‌خویی شامل درمان دارویی یا روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت (شامل روان‌درمانی بین فردی، درمان شناختی و رفتاری) یا ترکیب درمان‌های دارویی و روان‌درمانی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵).

شیوع بالای اختلال افسرده‌خویی در ایران و سایر کشورهای جهان (ری آلو و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و احمدی ابهری، ۱۳۸۱) و مطرح‌شدن آن به‌عنوان معضل عمده بهداشت روان، تحمیل هزینه‌های سنگین بر جامعه و خانواده (بل، چاکلین و میلز، ۲۰۰۴) از یک‌سو و فقدان کفایت درمان‌های دارویی یا مناقشه بر سر کارایی آن در درمان افسردگی‌های مزمن نظیر افسرده‌خویی (مارکویتز، ۱۹۹۶^۲؛ آلمیدا و لتوفو، ۲۰۰۳^۳) لزوم کاربرد درمان‌های غیردارویی این بیماران را مطرح کرده است (مارکویتز، ۱۹۹۶).

با توجه به اینکه روان‌درمانی متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی است و کارایی آن بسته به میزان هماهنگی آن با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی مردمی است که درمان برای آنها به‌کار می‌رود (هافمن، ۲۰۰۶^۴؛ پرپست، ۱۹۹۸^۵) و با در نظر گرفتن این موضوع که شواهد برای کفایت روان‌درمانی‌های رایج برای این بیماران ناکافی است (ویلیامز، بارت، اکمن و فرانک، ۲۰۰۰^۶)، نوگرایی علمی و کنار نهادن تضاد روان‌درمانی و دین در عصر فرامدرن، افق جدیدی از ادغام آموزه‌های دینی در قالب نظریه‌های روان‌درمانی و استفاده از حداکثر توان اعتقادی و مذهبی جوامع برای افزایش کارایی درمان گشوده، که منجر به طرح انواع روان‌درمانی‌های جدید مبتنی بر معنویت شده است (پارگامنت، ۲۰۰۷^۷).

1. Bell, Chalklin & Mills
2. Markowitz
3. Almedia & Lotufo
4. Hofman
5. Propst
6. Wiliams, Barrett, Oxman & Franke
7. Pargament

اهمیت معنویت^۱ و رشد معنوی انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است، تاجایی که سازمان جهانی بهداشت، در تعریف ابعاد وجودی انسان، بعد چهارم، یعنی بعد معنوی^۲ را در رشد و تکامل انسان مطرح می‌کند (وست،^۳ ۲۰۰۰). با توجه به اثرپذیری روش‌های درمانی اختلالات روانی به ویژه اختلالات خلقی از زمینه‌های فرهنگی و ارزش‌های دینی و معنوی بیماران، در دهه‌های اخیر توجه درمانگران به متغیرهای فرهنگی، معنوی و دینی در فرایند درمان افزایش روزافزونی یافته است (برامر، لاونس و آبرگو،^۴ ۱۹۹۳؛ اسپيرو،^۵ ۱۹۹۶).

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی «معنویت تحت چهار عنوان قابل بحث است: کمال، ارتباط شخصی، رموز زندگی و باورهای اختصاصی. کمال با مفاهیم اتصال به یک موجود یا قدرت معنوی، معنی زندگی، تکریم، عشق الهی، آرامش و هارمونی درونی، قدرت درونی، یکپارچه‌سازی تولد و مرگ و دلبستگی و جدایی، امید و خوشبختی، کنترل بر زندگی مرتبط است؛ ارتباط شخص با مهربانی به دیگران، فروتنی، پذیرش دیگران و بخشش رابطه دارد؛ برخی از ارزش‌های معنوی به مثابه رموز زندگی عمل می‌کنند و عبارت‌اند از: روراستی، تشویق، تحمل، صبر، رحمت، مهربانی، لذت، امید و عشق؛ باورهای شخصی نیز شامل همه تصورات فرد در مورد خود، دنیا و دیگران است». پروفیسور سلینگمن و پترسون^۶ (۲۰۰۴) معنویت را ارتباط خصوصی و صمیمی بین انسان‌ها و خدا می‌دانند و معتقدند که دامنه‌ای از فضیلت‌ها نشانه معنویت است.

مفاهیم مذهب و معنویت، دارای همپوشی‌های زیادی هستند. به لحاظ وجوه مشترک بسیار زیاد، در ادبیات پژوهشی این دو اصطلاح در بسیاری از موارد به جای یکدیگر

1. Spirituality
2. bio-psycho- socio- spiritual
3. West
4. Brammer, Lawence & Abrego
5. Spero
6. Seligman & Peterson

استفاده می‌شوند.

علاقه پزشکان و درمانگران به معنویت به‌لحاظ افزایش مطالعاتی که همبستگی بین التزامات دینی و نتایج بهتر سلامتی را نشان می‌دهد، به‌طور روزافزونی در حال افزایش است (گاندرسن،^۱ ۲۰۰۰).

در پژوهشی کارآمدی درمان معنوی-مذهبی بر اضطراب، افسردگی، اختلال خوردن، الکسسیم، اسکیزوفرنیا و ناتوانی در بخشش بررسی شد و نتیجه اینکه این نوع درمان در بهبود بیماران ثمربخش بوده است (هاک، ورثیتگتون و جنینگ،^۲ ۲۰۱۰).

به اعتقاد مک کولو و ویلبو^۳ (۲۰۰۹)، تأثیر نقش مذهب در سلامت روانی و جسمی و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند از طریق تأثیرگذاری آن بر خودکنترلی^۴ و خودنظم‌بخشی^۵ باشد.

مایر و لابو^۶ (۲۰۰۳) گزارش داده‌اند که مذهب با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت و با افسردگی و اضطراب رابطه منفی دارد. مذهب و متغیرهای روان‌شناختی در بحران‌های اقتصادی با شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر رابطه دارد.

در پژوهشی بر روی بیش از ۴۰۰ نفر با بیماری‌های روانی جدی، حدود ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند که از گونه‌ای اعتقاد یا رفتار مذهبی استفاده کرده‌اند تا توانسته‌اند بر نشانه‌های بیماری خود و مشکلات زندگی‌شان غلبه کنند (به نقل از پارگامنت، ۲۰۰۷).

در یک مطالعه مروری از ۱۲۰۰ مطالعه در حوزه معنویت و سلامتی، در ۳۵۰ مطالعه سلامت جسمانی و در ۸۵۰ مطالعه سلامت روانی، متغیرهای معنوی بررسی شدند، نتایج مطالعات نشان داد که التزامات معنوی دینی با پیامدهای بهتر سلامتی همبستگی داشته

1. Gunderson
2. Hook, Worthington & Jennings
3. McCullough & Willoughby
4. Self-control
5. Self-regulation
6. Meyer & Labao

است (کوئینگ،^۱ ۲۰۰۰).

استفاده از روش‌های مبتنی بر آموزش‌های دینی و توانمندی‌های فرهنگی در درمان اختلال روان‌شناختی در دو دهه اخیر نظر پژوهشگران و روان‌درمانگران را به خود جلب کرده و گزارش‌های روبه‌رشدی درباره اثربخشی این روش‌ها انتشار یافته است (اظهر و وارما،^۲ ۱۹۹۴؛ اظهر و وارما، ۱۹۹۵ و دی‌سوزا و رودریگو،^۳ ۲۰۰۴).

طبق نتیجه‌ای که در پژوهش پارگامنت (۲۰۰۲) و با تمرکز بر بحث گروهی درباره معنویت، در یک مرکز سلامت روان روی بیمارانی انجام شد که مشکلات روانی داشتند، بیمارانی که فرصتی برای بیان نقش مذهب و معنویت در زندگی خود پیدا کردند، به‌طور مؤثری درمان شدند (به نقل از پارگامنت، ۲۰۰۷).

براساس یافته‌های پژوهش‌های ذکرشده، به‌نظر می‌رسد که آموزش معنوی اسلامی با بهره‌گیری از راهکارهای روان‌شناختی و دینی، توانمندی چشمگیری در تغییر نگرش افراد و کمک به بهبودی آنها دارد (شرقاوی، ترجمه حجتی، ۱۳۶۸؛ دی سوزا و همکاران، ۲۰۰۴).

از این رو، در دین مبین اسلام به‌منظور درمان مشکلات عاطفی و هیجانی انسان معاصر، دیدگاه‌ها و الگوهایی ارائه شده است که باید تبیین شود. قرآن برای پرورش شخصیت مردم و ایجاد تغییر در رفتار آنان، روش کار و ممارست عملی در زمینه افکار و عادات جدید رفتاری را توصیه می‌کند تا با تکرار رفتار در انسان نهادینه شود و خداوند متعال به همین منظور عبادات مختلفی همچون نماز، روزه، زکات و حج را واجب کرده است و انسان را به دعا، صبر، تشکر، توکل و ... سفارش کرده است. همه اینها خصلت‌های پسندیده‌ای است که یک شخصیت بهنجار و رشدیافته و متکامل را از دیگران جدا می‌کند و در اسلام برای اینکه این خصلت‌ها در وجود انسانی تثبیت شود، به تکرار آنها توصیه شده است. از نظر روانی عبادت و دعا به درگاه خداوند، در انسان‌ها تغییراتی را ایجاد

1. Koenig
2. Azhar & Varma
3. D'Souza, R.F. & Rodrigo, A

می‌کند که در شخصیت آنان ویژگی‌های شاخصی چون شجاعت، شهامت و جسارت را در برخورد با مسائل و مشکلات ایجاد می‌کند، از این جهت دعا و عبادت امیدواری و قدرت بسیاری را در مقابله با سختی‌ها به انسان می‌دهد (نجاتی، ۱۳۶۷).

با توجه به راهنمایی‌های راهگشای دین اسلام و فرهنگ غنی مردم ایران، پژوهش‌هایی در زمینه معنویت با رویکرد اسلامی انجام شده است که در ادامه به چند نمونه از آنها اشاره می‌شود.

ابراهیمی در سال ۱۳۸۶ به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی، درمان شناختی-رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی پرداخته است. در پایان دوره مداخله، روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی در درمان دارویی براساس هر سه شاخص اندازه‌گیری، اثربخشی بیشتری را نشان داد ($P < 0/01$)، یافته‌های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان‌درمانی با ظرفیت‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی حمایت می‌کند.

در پژوهش دیگر وحیدی مطلق (۱۳۸۴)، به بررسی تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری مذهبی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهر تهران پرداخته است. نتایج بیانگر آن است که آموزش‌های شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری مذهبی اضطراب آزمودنی‌ها را کاهش داده است و این کاهش معنادار است ($P \leq 0/01$).

مرادی نیز در سال ۱۳۸۲ به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-مذهبی بر نیم‌رخ روانی معلولین جسمی زن شهر اصفهان پرداخته است. این پژوهش به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-مذهبی بر میزان کل علائم مرضی و میزان شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی معلولین جسمی زن پرداخته است. تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-مذهبی در مرحله پس‌آزمون، باعث کاهش معنی‌دار وسواس-اجبار و حساسیت

بین فردی شده است ($P < 0/05$).

فقیهی (۱۳۸۲) نیز الگویی از درمانگری شناختی-رفتاری بر مبنای برداشت‌ها و آموزه‌های دینی معرفی کرده است.

بنابراین، تدوین و اجرای برنامه‌های روان‌درمانی مبتنی بر معنویت و آموزه‌های اسلامی در حیطه بهداشت روان یک ضرورت است. روان‌درمانی توحیدی برای مجرمین زندان‌ها (جلالی طهرانی، ۲۰۰۱)، که در کتاب مرجع روان‌درمانی‌های جدید (به نقل از کرسینی، ۲۰۰۱) به چاپ رسیده است، زوج‌درمانی اسلامی (دانش، ۱۳۸۲)، مدل مشاوره مذهبی بیماران مبتلا به وسواس-اجبار (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۵) نمونه‌های دیگری از رویکرد درمانگران ایران به تدوین و کاربرد شیوه‌های نوین درمانگری با زمینه‌های معنوی اسلامی است.

با توجه به نقش مذهب و معنویت در سلامت روان و مداخلات درمانی، در این پژوهش اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا بررسی می‌شود.

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. متغیر مستقل گروه‌درمانی معنوی-اسلامی است که طی هفت جلسه به صورت هفتگی انجام شد و علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها شامل کلیه دانشجویان دختر مبتلا به افسرده‌خویی دانشگاه اصفهان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۸۹-۸۸ بوده است. با روش نمونه‌گیری داوطلبانه (اطلاع‌رسانی

در سطح دانشگاه) ۲۰ نفر از افراد داوطلب که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند و سپس با توجه به اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه واگذار شدند ($n_1 = n_2 = 10$). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، تحصیلات دانشجو، تشخیص افسرده‌خویی و نداشتن بیماری جسمی یا بیماری روانی دیگری به جز افسرده‌خویی.

ابزار

۱. تشخیص علائم افسرده‌خویی: علائم افسرده‌خویی در این پژوهش با مصاحبه بالینی روان‌پزشک براساس ملاک‌های متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تشخیص داده می‌شود و این تشخیص مجدداً با مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور I (فرست اشپیزر، گیون و ویلیامز، ۱۳۸۴) تأیید می‌شود. بیمار افسرده‌خو در این پژوهش، بیماری است که با فرایند مذکور تشخیص افسرده‌خویی داشته باشد.

۲. مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون: این مقیاس را هامیلتون (۱۹۶۰ و ۱۹۶۷)، اساساً برای سنجش شدت علائم افسردگی در قالب مصاحبه بالینی تهیه کرده است (بالستروز، بوبز، بولبنا، ۲۰۰۷) و یک شاخص نامگذاری‌بالینی‌گر است که به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری وجود افسردگی و تعیین شدت علائم آن با ارزیابی روان‌سنج استفاده می‌شود. این مقیاس به تغییرات درمانی مشاهده‌شده در افسردگی حساس است (آبن، ورهی، لوزبرگ و لادر، ۲۰۰۲). مقیاس اندازه‌گیری هامیلتون امروزه دارای نسخه‌های گوناگونی است. یکی از نسخه‌های رایج و اولیه آن نسخه ۲۴ گویه‌ای است که در آن ۲۴ علائم

1. DSM-IV-TR
2. First, Shpizer, Gibon & Wiliams
3. Ballesteros, Bobes & Bulbena
4. Aben., Verhey, Lousberg & Lodder

اصلی و مرکزی افسردگی برای این مقیاس ارزیابی می‌شود. دیمیدجین، دابسون، کلنبرگ، گالوپ، هالون و جاکوبسن^۱ (۲۰۰۶) جهت کاربرد مقیاس هامیلتون در کارآزمایی بالینی درمان شناختی، فعال‌سازی رفتاری و دارویی، ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی کردند. پایایی بین ارزیابان (پایایی نمره‌گذار) ۰/۹۹ همبستگی درون‌طبقه‌ای برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

روایی هم‌زمان و سازه‌ای از طریق توافق بین ارزیابی کنندگان و با استفاده از مقیاس هامیلتون و مصاحبه ساختاریافته بالینی به دست آمد (بالستروز و همکاران، ۲۰۰۷). حساسیت در تشخیص موارد مثبت افسردگی، در جمعیت بالینی نیز ۰/۸۷ به دست آمد. راموس^۲ (۱۹۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی HRSD را در نمونه‌هایی از بیماران افسرده سرپایی بررسی کرد. نتایج مطالعه وی ضریب روایی هم‌زمان مقیاس را ۰/۸۲ و روایی محتوایی آن را از طریق فراوانی پاسخ ارزیابان ۰/۶۲ گزارش کرد. در این مطالعه پایایی بین ارزیابان ۰/۹۹، پایایی از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ و آلفا ۰/۷۲ به دست آمده است.

۳. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، رابطه اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است). دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند؛ بنابراین، این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به دست می‌آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین‌فرهنگی می‌داند به همین دلیل، از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲). در ایران نیز نصیری، هاشمی و حسینی (۱۳۸۵)

1. Dimidjian, Dobson, Kolenberg, Gallop, Hollon & Jacobson

2. Romos

این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است؛ از طرف دیگر، تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این پرسش‌نامه چهار زیرمقیاس (یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، رابطه اجتماعی و سلامت محیط که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام نمونه‌گیری، در یک جلسه تمامی بیماران به صورت گروهی پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایشی به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه به مدت ۱/۵ ساعت تحت مداخله آموزشی معنویت با رویکرد اسلامی قرار گرفتند. اما گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. پس از هفت جلسه مداخله، مجدداً در یک جلسه عمومی، پیش‌آزمون اجرا شد و کل آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه پاسخ دادند و میزان علایم افسرده‌خویی آنها اندازه‌گیری شد. یک‌ماه پس از پس‌آزمون، آزمون پیگیری درمورد هر دو گروه اجرا شد.

گروه درمانی معنوی-اسلامی، محقق ساخته است که براساس منابع معتبر و از طریق مشورت با اندیشمندان حوزوی و دانشگاهی و با استفاده از نظریه زمینه‌ای در روش‌های کیفی تنظیم شد که در این قسمت به اختصار به عناوین و ساختار کلی جلسات اشاره می‌شود. شایان ذکر است در تمامی این جلسات سعی شد، باورهای منطقی براساس آموزه‌های اسلامی به فراخور موضوع هر جلسه، به مراجعان القا شود و باورهای اسلامی جایگزین شود، ولی آموزش به‌طور عمده بر جنبه معنوی مراجعان و بیدارکردن آن متمرکز بود.

جلسه اول: معارفه و آشنایی، ارزیابی علائم افسرده‌خویی، آگاهی از اهداف آموزشی جلسه‌ها و ایجاد انگیزه برای شرکت مستمر در جلسه‌ها، بیان قواعد گروهی و وظایف مراجعان.

جلسه دوم: مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل، ارائه اطلاعات به مراجعین برای توضیح درباره معنویت و مذهب و تفاوت آن دو، آشنایی با نقش معنویت در زندگی و ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی، مشخص کردن مصداق‌هایی از کاربرد معنویت در زندگی.

جلسه سوم: مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل، نقش توکل و اعتماد به خداوند در زندگی و آگاه کردن مراجعان از آن، بحث درباره نقش توکل در آرامش روان و مواجه شدن با مشکلات، ارائه آیات و روایات و بیان مصداق در زندگی خود مراجعان.

جلسه چهارم: مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل، بحث در مورد نقش شکر، تعریف شکر و شکرگزاری، بیان احادیث و روایات، آثار شکرگزاری در زندگی و نقش آن در جلوگیری از بیماری‌های روانی.

جلسه پنجم: مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل، نقش بخشش و عفو و گذشت، تعریف بخشش و مجزا کردن آن از چشم‌پوشی و معذرت‌خواهی کردن، بحث در مورد این موضوع که بخشش، عفو و گذشت نقش مهمی در کاهش احساس غم دارد، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت بخشش و اشاره در مورد نقش بخشش و آثار مفید آن.

جلسه ششم: مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل، نقش ذکر، دعا و نماز در آرامش روان و بهبود خلق، تعریف مفهومی و تحلیلی ذکر الله، بیان نقش عبادت در آرامش روان و تأثیر آن بر زندگی فردی، تمرین کردن مستمر آن.

جلسه هفتم: اختتام. بیان خلاصه‌ای از کل جلسات، جمع‌بندی از کل جلسات، پاسخ‌گویی به سؤالات ممکن، دریافت بازخورد از آنها، ارائه یک پروتکل خوددرمانی به آنها که روزمره تکالیف منظمی را برای آنها تدارک دیده و به بهبود خلق آنها کمک می‌کند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی بیماران در

دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب در جدول ۱ و ۲ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه در جدول ۱ کاهش داشته است. این کاهش در مرحله پیگیری گروه آزمایش نیز دیده می‌شود.

همچنین، در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش معناداری داشته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات علائم افسرده‌خویی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل مختلف سنجش

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۸/۲	۱/۴۷
	پس‌آزمون	۴/۷	۱/۴۹
	پیگیری	۴/۵	۱/۴۳
گواه	پیش‌آزمون	۱۸/۶	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۱/۵۱
	پیگیری	۱۹/۱۰	۱/۷۳

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل مختلف سنجش

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۵۷/۷	۹
	پس‌آزمون	۶۵/۶	۹/۴۵
	پیگیری	۶۵/۱	۹/۶

۹/۴۵	۶۰/۱	پیش‌آزمون	گواه
۹/۱	۵۹	پس‌آزمون	
۹/۱	۵۹/۲	پیگیری	

نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی (گروه درمانی معنوی-اسلامی) بر میزان علائم افسرده‌خویی در دو گروه گواه و آزمایشی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر گروه درمانی معنوی-اسلامی بر میزان علائم افسرده‌خویی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
علائم افسرده‌خویی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۱/۳۳۶	۶/۵۳۷	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۶۷
		عضویت گروهی	۱	۸۹/۱۸	۵۱۸/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱۰۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۵/۹۳	۲/۵۵	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۳۳
		عضویت گروهی	۱	۱۰۲۲/۹۷	۴۴۰/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱۰۰

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون (به‌عنوان متغیر مداخله‌گر) بین میانگین نمرات علائم افسرده‌خویی دانشجویان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود

دارد ($P < 0/001$). میزان تأثیر درمان (عضویت گروهی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ است با این معنا که ۹۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات علائم افسرده‌خویی (در مرحله پس‌آزمون) و ۹۶ درصد (در مرحله پیگیری) به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر درمان) است. توان آماری ۱۰۰ درصد بیانگر کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است. در مجموع، این نتایج بیانگر تأثیر گروه‌درمانی معنوی-اسلامی بر میزان علائم افسرده‌خویی است.

نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی (گروه‌درمانی معنوی-اسلامی) بر کیفیت زندگی در دو گروه گواه و آزمایشی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	مجدورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۳۳۳/۶۷	۱۰۲/۷۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱۰۰
		عضویت گروهی	۱	۳۸۳/۲۸	۲۹/۵۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱۵۹۳/۷۵	۱۸۹/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱۰۰
		عضویت گروهی	۱	۳۴۱/۸۲۳	۴۰/۷۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱۰۰

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون (به‌عنوان متغیر مداخله‌گر) بین میانگین نمرات کیفیت زندگی دانشجویان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). میزان تأثیر درمان (عضویت گروهی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۰ است. به این معنا که ۶۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات کیفیت زندگی (در مرحله پس‌آزمون) و ۷۰ درصد (در مرحله پیگیری) به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر درمان) است. توان آماری ۹۹ و ۱۰۰ درصد بیانگر کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری است. در مجموع، این نتایج بیانگر تأثیر آموزش معنوی-اسلامی بر میزان کیفیت زندگی است. بنابراین، گروه درمانی معنوی-اسلامی در کاهش علائم افسرده‌خویی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنوی-اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی بود. نتایج نشان داد که آموزش گروهی معنوی-اسلامی بر کاهش علائم افسرده‌خویی به گروه کنترل، در پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه به‌طور معنی‌داری مؤثر بوده است ($p < 0/001$)، و این اثربخشی تا یک‌ماه بعد از درمان نیز حفظ شده بود ($p < 0/001$). همچنین، آموزش گروهی معنوی-اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان نیز به‌طور معنادار مؤثر بوده است ($p < 0/001$). یافته‌های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان‌درمانی با ظرفیت‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی حمایت می‌کند.

براساس یافته‌های این پژوهش به‌نظر می‌رسد که گروه درمانی معنوی-اسلامی به دلیل توجه به بعد معنوی انسان می‌تواند به تغییر نگرش افراد و بهبودی روحی آنها کمک کند، این شیوه به‌لحاظ اینکه مبتنی بر باورهای دینی و پشتوانه استدلال‌های عقلانی، فرهنگی و

دینی است و راهکارهای آن با الگوی بیمار سازگارتر است؛ از این رو، در جوامع اسلامی پذیرش بیشتری دارد (هافمن، ۲۰۰۶؛ دی سوزا و همکاران، ۲۰۰۴).

یافته‌های این پژوهش دربارهٔ اثربخشی روان‌درمانی معنوی-اسلامی بر کاهش علائم افسردگی از یافته‌های پروپست (۱۹۹۸) حمایت می‌کند. در پژوهش وی نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری دینی، شناختی-رفتاری استاندارد و سه نوع روان‌درمانی دیگر در درمان بیماران مبتلا به افسرده‌خویی آزمایش شده بود. در مطالعهٔ مذکور بیماران تحت درمان شناختی-رفتاری دینی، میزان بهبودی بیشتری را در پایان دورهٔ مداخله نشان دادند (۸۴/۰ بهبودی) و سازگاری کلی و اجتماعی بهتری نسبت به گروه‌های دیگر داشتند. به‌ویژه سرعت پاسخ به درمان شناختی-رفتاری دینی بیشتر بوده است.

همچنین، یافته‌ها از دیدگاه دی سوزا و رودریگو (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایی خود نقش عمده‌ای در درمان یأس و ناامیدی دارد، حمایت می‌کند. شاید بتوان گفت، همان‌طور که دی سوزا و رودریگو (۲۰۰۴) و وکورو^۱ (۲۰۰۷) هم اشاره کرده‌اند، درمان‌های معنویت‌گرا با تمرکز بر مؤلفه‌های کنترل، معنی‌یابی، هویت و ارتباط می‌تواند به‌صورت مجزا یا تلفیق با روان‌درمانی‌های رایج، اثربخشی درمان را در کاهش علائم افسردگی به‌ویژه افسردگی مزمن تقویت کند.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش اظهر و وارما (۱۹۹۵) که در آن مدل روان‌درمانی دینی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بر افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی در کشور مالزی بررسی شد، هماهنگ است. در مطالعهٔ نامبردگان نیز روان‌درمانی با رویکرد دینی نسبت به گروه لیست انتظار و گروه دارویی در پایان مداخله مؤثر بوده است، ولی در پیگیری با گروه دارویی تفاوتی دیده نشده است.

همچنین، این نتایج با یافته‌های احمدی ابهری (۱۳۷۶) و فقیهی (۱۳۸۲)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد دینی و یافته‌های ابراهیمی (۱۳۸۶) مبنی بر

اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی بر علائم افسرده‌خویی در بیماران مبتلا به افسردگی، همسو است.

در توجیه و تبیین نتایج مربوط به اثربخشی روان‌درمانی‌های مبتنی بر معنویت، می‌توان گفت شاید توانمندی اثربخشی مداخلات معنویت‌گرا، بنابر نظریه پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) مربوط به این موضوع باشد که آموزه‌های دینی به افراد کمک می‌کند تا معنایی برای زندگی خود به دست آورند و برای حیات خود احساس هدفمندی ایجاد کنند. معنویت‌گرایی موجب احساس حمایت الهی و افزایش خوش‌بینی می‌شود؛ از طرف دیگر، بنابر نظر کل^۱ و پارگامنت (۱۹۹۹) وقتی درمان با ساختارهای فرهنگی، نیازهای معنوی و محتوای تفکر دینی بیماران هماهنگ شود، پذیرش درمان و پاسخ به درمان بهبود می‌یابد. یافته‌های این پژوهش از یافته‌ها و تبیین نظری کل و پارگامنت نیز حمایت می‌کند.

بنابراین، با به‌کاربردن راهکارهای درمانی استخراج‌شده از منابع دینی، نظیر آموزش بخشش، عفو و گذشت، آموزش اعتماد به خدا و توکل داشتن در زندگی، نقش شکر و فایده آن بر کاهش غمگینی، ذکر و به یاد خدا بودن، نماز و نیایش، معنای الهی دادن به حوادث زندگی، جست‌وجوی معنی در سختی‌ها، ایجاد و تمرین نگرش مثبت به آینده و به‌کارگیری سایر مهارت‌های معنوی، موجب ارتقای خلق و اصلاح نگرش‌ها و رفتار می‌شود.

شکی نیست که انجام منحصانه و منظم عبادت‌های ذکرشده، باعث می‌شود که مؤمن بتواند چنین خصوصیتی را تحصیل کند، خصوصیتی که پایه‌های درست سلامت روانی او را تشکیل می‌دهد و او را از ابتلا به بیماری‌های روانی حفظ می‌کند (نجاتی، ۱۳۶۷).

آموزش گروهی معنوی-اسلامی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی نیز مؤثر باشد. نتایج این یافته از پژوهش، با نتایج پژوهش دی سوزا و دیاموند^۲ (۲۰۰۲) همسو است. در یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده اثربخشی، کارایی و کفایت درمان شناختی-رفتاری

1. Cole
2. Diamond

تقویت‌شده با معنویت و روان‌درمانی حمایتی را در بیماران مبتلا به افسردگی مقایسه کردند. یافته‌ها بهبودی معنی‌داری را برای گروه درمان شناختی- رفتاری تقویت‌شده با معنویت در هفته دوم و سوم درمان نشان داد. هر دو روش در کاهش علائم مؤثر بود ولی درمان شناختی- رفتاری تقویت‌شده با معنویت کارایی بیشتری در افزایش نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی داشت.

همچنین، یافته‌های کائو،^۱ تساو و ووی^۲ (۲۰۰۳) که اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزه‌های دینی را بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی بررسی کرده‌اند، هماهنگ است.

دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی به‌ویژه کیفیت زندگی خانوادگی داشته است. باورهای دینی با سطوح پایین تعارضات زناشویی، حمایت معنوی بالاتر، ثبات و تداوم نقش‌های مثبت والدینی، افزایش روابط حمایتی بین والدین و کودکان همبستگی داشته است (به نقل از پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴).

اعتقاد و ایمان به خدا و انجام اعمال مذهبی افراد، نقش مؤثری در سلامت روان و جسمانی آنها دارد. معنویت و رابطه با خداوند، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌آید، که می‌تواند معنای زندگی را در لحظه‌لحظه‌های عمر فراهم کند و در شرایط خاص فرد را از پوچی نجات دهد (به نقل از انصاری و میرشاه جعفری، ۱۳۸۹)؛ از این رو، حضرت علی (ع) می‌فرماید:

«هر کس اطمینان داشته باشد که آنچه خداوند برایش تقدیر کرده است به او می‌رسد، دلش آرام می‌گیرد.»

به عبارت دیگر، یک مهارت معنوی در تقابل حوادث افسردگی‌زا توکل است. توکل و اعتماد به خداوند غمگینی را از بین می‌برد (آمدی، ۱۳۸۲؛ ص ۱۰۴).

از سوی دیگر، برقراری ارتباط با خداوند در قالب دعا و نیایش، نماز، ذکر عزت نفس

1. Kao

2. Tsai & Wu

والایی را به انسان می‌دهد. در آیات قرآنی توصیه‌های فراوانی به یاد خداوند شده است (مانند: رعد: ۲۸؛ عنکبوت: ۴۵؛ طه: ۱۴، ۲۴، ۱۴۲؛ احزاب: ۴۳-۴۱ و...). همان‌طور که در سوره رعد، آیه ۲۸ بیان شده است:

«آگاه باشید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد».

حضرت علی (ع) نیز می‌فرماید:

«یاد خدا داروی بیماری‌های جان‌ها است» (آمدی، ۱۳۸۲: ص ۴۲۱).

ذکر خدا مانند دانه‌های حیات‌بخش باران است که بر سرزمین روح و قلب انسان می‌بارد و انواع بذره‌های فضیلت و تقوا را شکوفا و بارور می‌کند. ذکر و یاد خدا به آدمی قوت قلب و آرامش روانی می‌بخشد.

دین و معنویت و ارتباط با منبع لایتناهی قدرت خداوند، علاوه بر اینکه در آرامش روان نقش عمده‌ای دارد، به افزایش رضایت از زندگی منجر می‌شود که این امر خود سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. یکی از عوامل رضایت از خویشتن و رضایت از زندگی و به تبع آن افزایش خلق، توجه به داشته‌های خود و مقایسه کردن با افراد پایین‌تر است. پیامد این موضوع، تشکر و سپاسگزاری و به تبع آن رضایت از زندگی است (سید رضی، ۱۳۸۶: نامه ۶۹).

در همین راستا آذربایجانی و موسوی اصل (۱۳۸۵)، آثار داشتن ایمان و معنویت و تأثیر آن در زندگی را در دو سطح فردی و اجتماعی مطرح می‌کنند. در سطح فردی، شامل چهار تأثیر آرامش روان، خشنودی و رضایت از زندگی، تفسیر خوش‌بینانه از مرگ و سلامت جسمانی است و در سطح اجتماعی باعث انسجام اجتماعی، کاهش جرم و انحراف و نوع‌دوستی و کمک به دیگران می‌شود.

بنابراین، از نظر روانی، معنویت در انسان‌ها تغییراتی را ایجاد می‌کند که در شخصیت افراد ویژگی‌های شاخصی چون بخشش، تشکر، توکل، عبادت خداوند، شجاعت، شهامت و جسارت در برخورد با مسائل و مشکلات ایجاد می‌کند؛ از این جهت، در جامعه امروز یکی از ضروری‌ترین نیازهای بشر به‌شمار می‌رود.

این پژوهش در راستای جنبش روان‌شناسی مثبت در دانشگاه‌های معتبر جهان است که به تضاد دین و روان‌شناسی خاتمه داده و درصدد است از توان بالقوه دین برای تسکین آلام روانی انسان‌ها بهره‌برد (اشنایدر و لپز،^۱ ۲۰۰۵).

در پایان لازم است به محدودیت‌های پژوهش اشاره‌ای شود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش پیگیری کوتاه‌مدت آن بوده است که توصیه می‌شود پژوهشگران بعدی پیگیری شش‌ماهه انجام دهند.

همچنین، متغیرهای وابسته به آزمودنی، اعتقادات اولیه آنها از جمله سطح مذهبی بودن، جنسیت، انگیزه و عوامل بیرونی مثل حوادث زندگی و... بررسی شود و تعامل آن با درمان مشخص شود که این موضوع از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و بهتر است تحقیقات آینده این موضوع را مدنظر بگیرند.

گروه‌درمانی معنوی-اسلامی در این پژوهش، بیشترین تمرکز را بر جنبه معنوی و بیدار کردن این جنبه وجودی انسان داشت. پیشنهاد می‌شود، مداخلات دیگری، با تمرکز روی سایر ابعاد وجودی انسان تبیین و با این جنبه ادغام شود. این نکته را نیز باید مدنظر داشت که این آموزش فقط روی دختران دانشجوی دانشگاه اصفهان انجام شده است و در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

کتابنامه

۱. آذربایجانی، محمود و سید مهدی موسوی اصل. ۱۳۸۵. درآمدی بر روان‌شناسی دین. قم. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۲. آکوچکیان، شهلا و اسداللهی، قربانعلی و نوروزی، علی و یعقوبی و محمد و تذهیبی، محمد. ۱۳۸۵. «درمان شناختی و مشاوره مذهبی اختلال وسواس اجبار با محتوای مذهبی». ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی روان‌درمانی با رویکرد دینی. ۲۲-۲۰ آذرماه. اصفهان.
۳. آمدی، عبدالواحد. ۱۳۸۲. غررالحکم و دررالکلم. ترجمه محمد علی انصاری. قم. انتشارات امام عصر.
۴. احمدی ابهری، سید علی. ۱۳۷۶. «نقش ایمان و اعتقاد دینی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان‌درمانی مذهبی». فصلنامه اندیشه و رفتار. سال دوم. شماره ۵. ص ۱۱-۴.
۵. ابراهیمی، امرالله. ۱۳۸۶. «مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی، درمان شناختی-رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی». پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی. اصفهان. دانشگاه اصفهان.
۶. امیدی، عبدالله و طباطبایی، اعظم و سازور، سید علی و عکاشه، گودرز. ۱۳۸۲. «همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان نطنز اصفهان». فصلنامه اندیشه و رفتار. دوره ۸، شماره ۳۳. ص ۳۳-۳۸.
۷. انصاری، مریم و ابراهیم میرشاه جعفری. ۱۳۸۹. «تأملی بر سازوکار ایمان و امید در زندگی و تأثیر آن بر سلامت روان». مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی. سال چهارم. شماره ۶. ص ۱۴۲-۱۲۳.
۸. باقری یزدی، عباس و بوالهری، جعفر و شاه محمدی، داود. ۱۳۷۳. «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد». فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول. شماره ۱. ص ۴۱-۳۲.
۹. دانش، عصمت. ۱۳۸۲. «زوج درمانگری اسلامی». مجموعه مقالات جوان و آرامش روان. قم. انتشارات پژوهشکده و حوزه دانشگاه.
۱۰. دوامی، مسعود. ۱۳۷۹. «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان در منزل و آسایشگاه شهر اصفهان در سال ۱۳۷۹». پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. اصفهان. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۱۱. سید رضی. ۱۳۸۶. نهج البلاغه. ترجمه محمد دشتی. قم. انتشارات تا ظهور.
۱۲. شرفاوی، حسن محمد. ۱۳۶۸. گامی فراسوی روان‌شناسی اسلامی یا اخلاق و بهداشت روان در

- اسلام. ترجمه سید محمد باقر حجتی. تهران. دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۱۳. فرست، مایکل و اشپیزر، رابرت و گیون، میریام و ویلیامز، جنت. ۱۳۸۴. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در (SCId-I DSM-IV). ترجمه ونداد شریفی، سید محمد اسلامی، محمد رضا محمدی و حسین کاویانی. تهران. مهر کاویان.
۱۴. فقیهی، علی نقی. ۱۳۸۲. «شناخت‌رفتار درمانگری در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلالات افسردگی: مقایسه رویکرد اسلامی با رویکرد سنتی». مجموعه مقالات جوان و آرامش روان. قم. انتشارات پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
۱۵. کاویانی، حسین و احمدی ابهری، سید علی. ۱۳۸۱. «شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران». مجله دانشکده پزشکی. شماره ۵. ص ۳۹۹-۳۹۳.
۱۶. کاویانی، حسین و جواهری، فروزان و بحیرایی، هادی. ۱۳۸۴. «اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب». مجله تازه‌های علوم شناختی. سال هفتم. شماره ۱. ص ۵۹-۴۹.
۱۷. مرادی، اعظم. ۱۳۸۲. «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-مذهبی بر نیم‌رخ روانی معلولین جسمی زن شهر اصفهان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. اصفهان. دانشگاه اصفهان.
۱۸. محمدی، محمد رضا و داویدیان، هاراطون و نور بالا، احمد علی و ملک افضل، حسین و نقوی، حمید رضا و پور اعتماد، حمید رضا و باقری یزدی، عباس و رهگذر، مهدی و علاقبند راد، جواد و امینی، همایون و رزاقی، عمران محمد. ۱۳۸۲. «همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران (۱۳۸۰)». مجله پژوهشی حکیم. دوره ۶. شماره اول. ص ۶۵-۵۵.
۱۹. نجات، حمی و وکیلیان، حدیث و نجات، منصوره. ۱۳۸۵. «مقایسه تأثیر دعا و نماز با تکنیک تن‌آرامی در کاهش اضطراب». نخستین همایش بین‌المللی گفت‌وگوی علم و دین. تهران.
۲۰. نجاتی، محمد عثمان. ۱۳۶۷. قرآن و روان‌شناسی. ترجمه عباس عرب. مشهد. نشر بنیاد پژوهش‌های آستان قدس رضوی.
۲۱. نصیری، ح. ا. و هاشمی، ل. و حسینی، س. م. ۱۳۸۵. «بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)». سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ص ۳۶۵-۳۶۸.
۲۲. وحیدی مطلق، لیدا. ۱۳۸۴. «تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری و شناختی-رفتاری مذهبی بر کاهش

اضطراب دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. اصفهان. دانشگاه اصفهان.

23. Aben, i., Verhey, F., Lousberg, R., & Lodder, J. 2002. "Validity of The Beck Deoression Inventory, hospital Anxiety and Depression scale, SCL-90 and Hamilton Scale as screening instruments for depression". *Psychosomatic*. 43. P 386-93.
24. Almedia, A.M., & Lotufo, N.F. 2003. "Cognitive-behavior therapy in Prevention of depression relapses and recurrences". *Rreview Bras psychiatry*. 25. P 4 239-44.
25. American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4Text Revised . Washington DC:APA.
26. Azhar, M.z., &Varma, S.L. 1995. "Religion psychotherapy in depressive patient". *Psychotherapy Psychosoma*.p 63-165-8.
27. Azhar, M.z., &Varma, S.L. 1994. «Religion psychotherapy in anxiety disorder patients». *Acta psychiatrica scanddinavia*. 90. P 1-3.
28. Ballesteros, j., Bobes, J., & Bulbena, A. 2007. "Sensitive to change, discriminative performance and cut off criteria to define remission for embedded short scale of the Hamilton depression rating scale:.". *Journal of Affective Disorder*. 102. p 93-99.
29. Bell, b., Chalklin, L., & Mills, M. 2004. "Burden of dysthymia and comorbide illness in Canadian primary care setting". *Journal of Affective disorder*. 78. P 73-80.
30. Brammer, L. M., Lawence, J., & Abrego, P. 1993. *Therapeutic counseling and psychotherapy*. prentice Hall.
31. Cognitive-behavior therapy in Prevention of depression relapses and recurrences, American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4Text Revised. Washington DC: APA.
32. Cole, B., & Pargament, K. 1999. "Re-creating your life: a spiritual / Psychotherapeutic intervention for people dignosed with cancer". *Psychology*. 5. 5. P 407-495.
33. Corsini, R. 2001. *Innovative Psychotherapy*. New York. John Willey & Sons.
34. Dimidjian, s., Dobson, K.S., Kolenberg, R. J., Gallop, K., Hollon, S. D., & Jacobson, N. S., & et al. 2006. "Randomized trail of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression". *Journal of Consoling and Clinical Psychology*. 74 P 658-670.
35. D' Souza, Rich, D., & Diamond, I. 2002. "A open randomized control study using a

- spiritually augmented cognitive behavioral therapy for demoralization and improving treatment adherence in patients with schizophrenia". Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 36. P 9-15
36. D' Souza, R. F., & Rodrigo, A. 2004. "Spiritually augmented cognitive behavioral therapy". Australian Psychiatry. 12. p148-152.
 37. Gunderson, L. 2000. "Faith and healing". International Medicine. 132. p169-172.
 38. Hofmann, S. G. 2006. "The importance of culture in cognitive and behavioral practice". Cognitive and behavioral practice. 13. p243-254.
 39. Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings. D. J., & et al 2010. "Empirically supported religious and spiritual therapies". Journal of Clinical Psychology. 1. p 46-66.
 40. Kao, T.W., Tsai, D.M., & Wu, K. D. 2003. "Impact of religious activity and depression and quality of life of chronic dialysis patients". Journal of Fprmas Medical Association. 102. P 127-130.
 41. Kaplan, H. J., & Sadock, B. Y. 2005. Comprehensive textbook of Psychiatry. Philadelphia. William & Wilkins.
 42. Koenig, H.G. 2000. Religion, spirituality and medicine: Application to clinical practice. Oxford University Press.
 43. Markowitz, J.C. 1996. "Psychotherapy for dysthymic disorder". Psychiatric Clinics of North America. 19. p 133-149.
 44. McCullough, m. E., & Willoughby, L. B. 2009. "Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications". Journal of Psychological Bulletin. 135. P 69-93.
 45. Meyer, K., & Lobao, L. 2003. "Economic hardship, religion and mental Health during the Midwestern fram crisis". Journal of Rural Studies. 19. P 139-155.
 46. Pargament, K.I. 2007. Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and Addressinh the Sacred. New York. Guilfird Publications.
 47. Peterson. C., & Seligman, M. E. P. 2004. Character strengths and virtues. Oxford University Press.
 48. Propst, L.R. 1998. Psychotherapy in religious framework human sciences. Roudledg press.
 49. Rialo, S. A., Nguyen, t. A., Greaden, J. F., & King, C. A. 2005. "Prevalence of depression by race/ ethnicity: finding from the national Health and nutrition Examination Survey III". American Journal of Public Health. 95. P 998-1002.
 50. Snyder, C. N., & Lopez, S. T. 2005. A handbook of positive psychology. Oxford.

Oxford University Press.

51. Spero, M. H. 1996. Psychotherapy of the religious patients. Jason Aronson Inc.
52. Vaccuro, B. 2007. "Spirituality in the treatment of men with anxiety and depression". Southern Medical Journal. 100. P 626-7.
53. Wiliams, J.W., Barrett, J., Oxman, T., & franke, E. 2000. "Treatment of dysthymic and minor deoreession in primary care". Journal of the American Medical Association. 27. P 1519-26.
54. West, Willam. 2000. Psychotherapy & Spirituality, Crossing the line between therapy and religion. First Published. London. Sage Publications.
55. -Woo, S.M., & Keatinge, C. 2008. Diagnostic and treatment of mental disorders across the lifespan. New York: John Willey & Sons.
56. World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guideline. Geneva. Switzerland. Author.

