

لذت‌بری سعادت‌نگر براساس منابع اسلامی در کاهش نشانگان افسردگی: ساخت و امکان‌سنجی طرح‌نمای درمانی

مهدی عباسی

استادیار گروه روان‌شناسی اسلامی، پژوهشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

ym.abbasi@gmail.com

مسعود جان‌بزرگی

استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

psychjan@gmail.com

رحیم نارویی نصرتی

استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، قم، ایران.

marooei@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ساخت و امکان‌سنجی طرح‌نمای درمانی مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر براساس منابع اسلامی در کاهش نشانگان افسردگی انجام شده است. بدین منظور، براساس مدل مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر بر مبنای منابع اسلامی، اهداف، تکنیک‌ها و صورت‌بندی طرح‌نمای درمانی طراحی و روایی محتوای آن بررسی و سپس کارآمدی آن در کاهش نشانگان افسردگی بررسی شده است. این طرح با هدف تحقیق و توسعه اهداف عملیاتی طرح‌نمای درمان و تکنیک‌های آن، مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی، طراحی و روایی محتوای آن با پرسش از میزان مناسب بودن اهداف عملیاتی و تکنیک‌ها برای کاهش نشانگان افسردگی براساس نظر کارشناسان بررسی شده است. در بررسی کارآمدی طرح‌نمای درمانی از یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه و نمونه سه‌نفره استفاده شد. یافته‌های این پژوهش، براساس مدل مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر

اسلامی، اهداف عملیاتی، تکنیک‌ها و صورت‌بندی طرح‌نمای درمانی برای کاهش نشانگان افسردگی در ده گام به‌دست آمد. روایی محتوای طرح‌نما نیز برای تمامی راهبردها، اهداف عملیاتی و تکنیک‌ها در اظهارنظر نه کارشناس تأیید شد. در طرح آزمایشی تک‌آزمودنی، یافته‌ها نشان داد هر سه مراجع با شروع مداخله روند کاهشی و روبه‌بهبودی را در مقیاس افسردگی همیلتون (۵۴ درصد) نشان دادند. میزان ۸۳ درصد داده غیرهمپوش مربوط به تحلیل دیداری در مقیاس افسردگی بک برای مراجع سوم و مقدار ۶۶/۶ درصد برای مشارکت‌کننده اول و دوم نشان داد که مداخله طراحی شده از کارآمدی برخوردار است. بخش عمده‌ای از تغییرات به‌وجودآمده در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه ادامه پیدا کرد. نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌نمای درمانی مبتنی بر مدل لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی یک روش درمانی است که در کاهش نشانگان افسردگی تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌نمای درمانی، لذت‌بری، سعادت‌نگری، منابع اسلامی، امکان‌سنجی، افسردگی.

مسئله تحقیق

افسردگی^۱ امروزه یکی از نگرانی‌های عمده در بهداشت و سلامت محسوب می‌شود. برآوردها نشان می‌دهد که شیوع آن در حال افزایش است، به‌گونه‌ای که کلیه جوامع با فراگیری افسردگی مواجه‌اند (مادوکس^۲ و وینستد^۳، ۲۰۰۸). اختلال افسردگی یک سازه تشخیصی^۴ پیچیده با مجموعه‌ای از نشانگان است که به‌طور کلی، فرد مبتلا را به‌ویژه با یک خلق غمگین و کاهش علاقه و انگیزه مواجه می‌کند (ماژ^۵ و سارتوریوس^۶، ۲۰۰۲). براساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و

1. depression
2. Maddux, J. E.
3. Winstead, B. A.
4. diagnostic construct
5. Maj, M.
6. Sartorius, N.

آماري بیماری‌های روانی،^۱ ویژگی مشترک اختلالات افسردگی، غمگینی و کاهش چشمگیر علاقه یا لذت، تقریباً در تمامی فعالیت‌ها در اغلب روزهاست (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳)؛ از این رو، سازمان‌یافتگی این اختلال موجب می‌شود فرد به‌طور معمول از اتفاق‌های زندگی خویش لذت نبرد، در حالی که دیگران از همان اتفاق‌ها لذت می‌برند و شادمان هستند.

در انتخاب روش مشاوره یا روان‌درمانی برای افراد مبتلا به افسردگی می‌توان یکی از این دو رویکرد را در نظر داشت: رویکرد اول اینکه بر مشکلات و نگرانی‌های مشخص و از پیش طبقه‌بندی‌شده فرد تمرکز شود و به نقطه ضعف‌ها و مشکلات مراجع پرداخته شود؛ رویکرد دوم اینکه علاوه بر نقاط منفی و نیروهای تخریبی محیطی فرد، بر نقاط مثبت و فرصت‌های سازنده محیطی او تمرکز شود و از این مسیر، هدف رشد و ارتقای زندگی او به سطح مطلوب پیگیری شود. این رویکرد، نگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲ در مطالعه علمی کارکردهای بهینه و مطلوب انسانی است. با این هدف از عواملی استفاده می‌کند که افراد به رشد و بالندگی برسند (مگیار-موئی،^۳ ۲۰۰۹). از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر، خلاص شدن از ناکامی‌ها مساوی و معادل با شادکامی نیست. رهایی از ترس، خشم و افسردگی خودبه‌خود به آرامش، عشق و لذت منجر نمی‌شود. رهایی از ضعف‌ها نیز خودبه‌خود نقاط قوت فرد را افزایش نمی‌دهد (بن‌نینک،^۴ ۲۰۱۲). سلیگمن^۵ (۱۳۹۲) در کتاب خود با عنوان بالندگی^۶ استدلال می‌کند که اثر بسیاری از داروها و مداخلات روان‌شناختی سطحی هستند؛ به این معنی که در بهترین وضعیت، بیماری را تا حدود ۶۵ درصد تخفیف می‌دهند. مداخلات مثبت‌نگر این ظرفیت را دارند که از این سد ۶۵ درصدی عبور کنند و روان‌درمانی را از تخفیف سطحی و ظاهری به‌سوی درمان واقعی پیش برند. مداخله‌های درمانی مثبت در درمان افسردگی‌های بالینی و غیر بالینی مفید است (ر. ک. : فاوا^۷ و همکاران، ۱۹۹۸). مثبت‌درمانی می‌تواند به‌ویژه در هدایت عواطف مثبت، اشتیاق و معنای زندگی، که افسردگی را

1. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM5)
2. positive psychology
3. Magyar-Moe, J. L.
4. Bannink, F.
5. Seligman, M. E. P.
6. FLOURISHING
7. Fava, G. A.

متمایز می‌کند، مفید باشد (سلیگمن، رشید^۱ و پارک،^۲ ۲۰۰۶). همچنین، از برتری روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت به سایر روش‌ها در درمان افسردگی گزارش شده است. چهارده جلسه روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با روش درمانی معمول و مصرف اثربخش بوده است (سلیگمن، ۲۰۱۱). معینی‌زاده و سالانگام (۲۰۱۰) روش بهباشی‌درمانی را در درمان افسردگی به‌کار برده‌اند که در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری^۳ اثربخشی لازم را داشته است. در زمینه نقش درمانگری لذت‌بری، برایانت و ورف (۲۰۰۷) سه جهت‌گیری، چهار فرایند و ده راهبرد را برای تجربه کامل لذت در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف ارائه کرده‌اند. اما آیا در عرصه عمل این تأثیر وجود دارد؟ تحقیقی که سین^۴ و لیبومیرسکی^۵ (۲۰۰۹) به روش فراتحلیل انجام دادند، نشان داد در نمونه‌ای بالغ بر ۴۰۰۰ نفر شامل افراد بهنجار و افسرده، هر دو گروه از مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر سود بردند؛ به‌علاوه، آن‌هایی که سطح افسردگی بالاتری را گزارش کردند، از تأثیر بیشتری خبر دادند. به‌طور کلی، این مداخلات و مشابه آن‌ها بر سازه بهباشی^۶ تأکید می‌کنند. در تمامی نوشته‌ها واژه‌های متعددی مانند شادکامی،^۷ خودشکوفایی، خشنودی، سازگاری، رفاه اقتصادی و کیفیت زندگی برای توصیف بهباشی آمده است و البته طبق نظر (هفرون^۸ و بونیول^۹، ۲۰۱۱)، «شادکامی» از مهم‌ترین آن‌هاست که تأسیس یک علم تجربی مبتنی بر این مفهوم، راهی طولانی بوده است. به‌طور کلی، درباره آنچه برای مردم شادکامی می‌آورد و یا موجب می‌شود افراد بهباشی را تجربه کنند دو نحله فکری در روان‌شناسی مثبت‌نگر شکل گرفته است؛ نحله‌ای که از لذت‌نگری^{۱۰} و نحله دیگری که از سعادت‌نگری^{۱۱} حمایت می‌کند (هفرون و بونیول، ۲۰۱۱). بر این اساس، بهباشی

1. Rashid, T.
2. Parks, A. C.
3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
4. Sin, N. L.
5. Lyubomirsky, S.
6. well-being
7. happiness
8. Hefferon, K.
9. Boniwell, I.
10. hedonia
11. eudemonia

لذت‌نگر^۱ را می‌توان گونه‌ای از بهباشی دانست که از مسیر رضایتمندی از زندگی،^۲ تجربه عواطف مثبت^۳ و عواطف منفی^۴ پایین به‌دست می‌آید. در مقابل، بهباشی سعادت‌نگر^۵ شامل زندگی بهینه^۶ از طریق شکوفایی^۷ استعدادهاى فرد است که در ابراز فضایل^۸ و انجام‌دادن آنچه واقعاً مطلوب است، به‌دست می‌آید (ر. ک.: دسی و رایان، ۲۰۰۸؛ هفرون و بونیول، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد که بهباشی تنها با تمرکز بر احساس رضایت، بودن عواطف مثبت و نبودن عواطف منفی به‌دست نمی‌آید. پژوهشگران در چهارچوب فکری سعادت‌نگری معتقدند شادکامی و «زندگی خوب»^۹ صرفاً احساس خوب داشتن نیست، بلکه شادکامی حقیقی در ابراز فضیلت و انجام آنچه شایسته انجام است یافت می‌شود (هفرون و بونیول، ۲۰۱۱). به‌علاوه، مداخلات مبتنی بر این‌گونه شادکامی تأثیر درمانی طولانی‌تری دارد (هوتا^{۱۰} و رایان، ۲۰۱۰). بدین صورت، شادکامی می‌تواند در فضیلت‌ها و فعالیت‌های عالی‌تر مفهوم‌سازی شود. نظریه‌های اخیر در روان‌شناسی مثبت‌نگر (مثلاً سلیگمن و چیکسنت‌میهایلی^{۱۱}، ۲۰۰۰) نیز شادکامی اصیل را آمیزه‌ای از بهباشی لذت‌نگر و سعادت‌نگر صورت‌بندی می‌کنند. تا جایی که برایانت^{۱۲} و ورف^{۱۳} (۲۰۰۷) با تمرکز بر لذت‌بری^{۱۴} در قلمروهای مختلف زندگی، از جمله فعالیت‌های عالی‌تر، به تدوین مداخله درمانی پرداختند. با این همه، درباره مؤلفه‌های شادکامی در میان نظریه‌های مثبت‌نگر تفاوت بسیار دیده می‌شود. به‌علاوه، اختلاف همواره بر سر این موضوع باقی است که کدام مدل در بهباشی و سلامت مؤثرتر

1. hedonic well-being
2. satisfaction with life
3. positive affects
4. negative affects
5. eudemonic well-being
6. living well
7. actualizing
8. expression of virtue
9. good life
10. Huta, V.
11. Csikszentmihalyi, M.
12. Bryant, F. B.
13. Veroff, J.
14. savouring

است؛ مدلی که بر لذت‌های حسی تأکید می‌کند، مدلی که به فضیلت‌ها توجه می‌کند یا مدلی که آمیخته از این دو باشد؟ گذشته از این، در میان پژوهش‌های انجام‌شده با رویکرد اسلامی، جای بررسی این موضوع به‌طور جدی خالی است و در حالی که لذت‌جویی از گرایش‌های اساسی انسان است و در منابع اسلامی به آن توجه شده است (مصباح یزدی، ۱۳۸۸ ب)، نمی‌توان نقش سازمان‌یافتگی آن را در سلامت روانی نادیده گرفت.

طبق برخی آیات قرآن (طه: ۱۳۱؛ قصص: ۶۰؛ شوری: ۳۶؛ اعلی: ۱۷)، لذت‌بری برتر که منجر به زندگی بهینه می‌شود دو ویژگی مهم برتری (خیر) و پایداری (بقا) دارد.^۱ این‌گونه لذت‌جویی موجب نشاط پایدار و بهتری است که بخشی از محتوای یک زندگی شادکام محسوب می‌شود. براساس آموزه‌های اسلامی، حالت عمیق «رضایت» و داشتن «نشاط» محتوای یک زندگی شادکام را تشکیل می‌دهد و باورهایی همچون خیرباوری و آخرت‌نگری، مبنای شناختی و اعتقادی الگوی شادکامی را تشکیل می‌دهند (پسندیده، ۱۳۹۲). البته حد‌نهایی دو ویژگی «برتری» و «پایداری» در بهره‌ها و لذت‌های اخروی وجود دارد، اما از آنجاکه زندگی دنیا مقدمه آخرت است^۲ (قصص: ۷۷)، دو ویژگی «برتری» و «پایداری» خصیصه‌های لذت‌جویی بهینه در زندگی را تعیین می‌کنند. براساس این خصیصه‌ها، مدل لذت‌بری سعادت‌نگر (عباسی و دیگران، ۱۳۹۷) توصیف و تبیین مؤلفه‌ها و ساختار مفهومی مربوط به نوعی لذت‌بری است که ضمن ایجاد و گسترش «احساس خوشبختی» در فرد، می‌تواند سازماندهی افسردگی ناشی از تراکم ناکامی‌ها و فشارهای زندگی را به جهت مثبت تغییر دهد.

تحقیقات روان‌شناختی نیز حاکی از نقش دین در سلامت و بهباشی است. تحقیقات بسیاری نشان می‌دهد دین از گذرگاه‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی در بهباشی تأثیر دارد

۱. «وَلَا تَمُدَّنَّ عَيْنَيْكَ إِلَىٰ مَا مَتَّعْنَا بِهِ أَزْوَاجًا مِنْهُمْ زَهْرَةَ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا لِنَفِثَنَّهُمْ فِيهِ وَ رِزْقٌ رَبِّكَ خَيْرٌ وَ أَبْقَىٰ».
 ۲. «وَ اتَّبِعْ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَ لَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا»: «و با آنچه خدایت داده، سرای آخرت را بجوی و سهم خود را از دنیا فراموش مکن».

(کونینگ،^۱ لارسن^۲ و لارسن،^۳ ۲۰۰۱). مثلاً پارگامنت،^۴ تاراکشوار،^۵ الیسون^۶ و ولف^۷ (۲۰۰۱) نشان داده‌اند روش «کنار آمدن مثبت دینی»^۸ با کاهش سطح افسردگی ارتباط دارد و استفاده از یک نظام اعتقادی معنوی درونی شده راهبردهایی را برای ارتقای امیدواری و تاب‌آوری فراهم می‌کند. مرور پژوهش‌های متعددی که در میان مسلمانان انجام شده است نشان می‌دهد که اعتقاد و تدین به دین اسلام با جنبه‌های متعددی از بهباشی، مانند بهباشی درونی، شادکامی و خوش‌بینی، رابطه مثبت دارد؛ در حالی که بین دین‌داری و بیماری‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب و تنیدگی حاد پس از ضربه ارتباط منفی وجود دارد. این نتیجه شامل مسلمانان عرب و غیرعرب می‌شود (عبدالخالق،^۹ ۲۰۱۴). چه اینکه دین اسلام برای بهباشی الگویی شامل فراهم‌بودن امکانات مادی خوشبختی، شرایط شادکامی، روابط مثبت و روش‌های مقابله با تنیدگی را ارائه می‌کند (صالحی و عباسی، ۱۳۸۸).

در این میان، پژوهش‌های بسیاری نیز وجود دارند که نشان می‌دهند ایمان پیش‌بینی‌کننده هیجانات مثبت است. مثلاً تحلیلی در میان ۶۷۶ هزار نفر از مردم امریکا نشان داد کسانی که دین بخش مهمی از زندگی‌شان را فراگرفته است سطوح بالاتری از سلامت هیجانی و احساسات مثبت را تجربه می‌کنند (میلر-پیرین^{۱۰} و منکاسو،^{۱۱} ۲۰۱۴). برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهند دین و عقاید دینی محورهای اصلی و قطعی هستند که مسلمانان به واسطه آن‌ها علت و شکل‌گیری مشکلات روحی روانی خویش را تفسیر می‌کنند (ندا،^{۱۲} ۲۰۰۷)، مثلاً این اعتقاد وجود دارد که بیماری‌های روانی ناشی از شک و تردید درباره آموزه‌های اساسی اسلام است؛ همان‌گونه که

1. Koenig, H.G.
2. Larson, D.B.
3. Larson, S.S.
4. Pargament, K.I.
5. Tarakeshwar, N.
6. Ellison, C.G.
7. Wulff, K.M.
8. religious positive coping
9. Abdel-Khalek, A. M.
10. Miller-Perrin, C.
11. Mancuso, E. K.
12. Nada, E.

می‌تواند پیامدهای شیوه رفتاری در تقابل با آموزه‌های اسلامی باشد (فاروقی،^۱ ۲۰۰۶). این مطلب با یافته‌هایی هماهنگ است که بیان می‌کنند افسردگی ناشی از ضعف معنوی و ناتوانی در باور به خداوند (المتمین^۲ و افضل،^۳ ۲۰۰۴) یا عدم توانمندی برای یک زندگی هماهنگ با ربوبیت جهان‌شمول الهی است (علی،^۴ لیو^۵ و هومجیان،^۶ ۲۰۰۴).

با توجه به: ۱. نوع سازمان‌یافتگی افسردگی و نحوه ارتباط آن با لذت و شادکامی؛ ۲. نقش برجسته هیجانات مثبت به‌ویژه لذت و شادکامی در افسردگی؛ ۳. تفاوت‌های جدی در مدل‌های شادکامی موجود نسبت به نقش مؤلفه‌های لذت‌بری و سعادت‌نگری؛ ۴. نقش دین در سلامت و بهباشی؛ ۵. نقش آموزه‌های دینی در کاهش سطح افسردگی؛ ۶. مشخص بودن مؤلفه‌ها و ساختار مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر براساس منابع اسلامی و ۷. نقش میانجی سبک لذت‌بری عالی و پایدار در تأثیر دین‌داری بر کاهش افسردگی، این فرض قابل طرح است که می‌توان براساس مدل مفهومی «لذت‌بری سعادت‌نگر»^۷ براساس منابع اسلامی (عباسی و دیگران، ۱۳۹۷) یک طرح‌نمای درمانی برای کاهش میزان افسردگی تدوین کرد. بالطبع، مطالعه امکان‌سنجی این طرح‌نما در یک طرح آزمایشی مورد انتظار خواهد بود.

روش تحقیق

پژوهش حاضر در سه مرحله انجام شده است: مرحله اول تدوین پیش‌نویس طرح‌نمای درمانی مبتنی بر مدل لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی (عباسی و دیگران، ۱۳۹۷)؛ مرحله دوم بررسی روایی محتوای مداخله و مرحله سوم بررسی کارآمدی مداخله در کاهش نشانگان افسردگی است. در ادامه، روش کار در هر مرحله توضیح داده شده است.

1. Farooqi, Y.N.
2. Al-Mateen, C.S.
3. Afzal, A.
4. Ali, S.R.
5. Liu, W.M.
6. Humedian, M.
7. eudemonic savouring

مرحله اول: تدوین پیش‌نویس طرح‌نمای مداخله

هدف از این مرحله دستیابی به مجموعه عناصر فعال نظری (اهداف عملیاتی)، تکنیک‌ها و تکالیفی بود که در یک صورت‌بندی مشخص قابل اجرا باشد. برای رسیدن به این هدف، فرایند توصیف‌شده توسط ویت‌مور و گری (۲۰۰۲)، کمپل و همکارانش (۲۰۰۰) و مؤسسه بین‌المللی سلامت (نقل از سیدانی^۱ و برادن^۲، ۲۰۱۱) استفاده شد و اهداف عملیاتی، تکنیک‌ها و تکالیف مداخله براساس مدل مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی (عباسی و دیگران، ۱۳۹۷) تدوین شد. این پیش‌نویس طی اقداماتی شامل: ۱. مفهوم‌شناسی مشکل، ۲. تعیین جنبه‌های آماج در مشکل، ۳. مشخص کردن راهبردهای مداخله، ۴. انتخاب شیوه ارائه و میزان تکنیک‌های مداخله‌ای و ۵. مشخص کردن عناصر مداخله تهیه شد.

مرحله دوم: بررسی روایی محتوای مداخله

روایی محتوایی طرح‌نمای درمانی به‌واسطه اظهارنظر کارشناسان بررسی شد. به این منظور، طرح‌نمای درمانی در یک فرم مشخصات به کارشناسانی ارائه شد که در این باره آگاهی لازم را داشتند. زیرا لازم است نشان داده شود طرح پژوهشگر در مداخله درمانی مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی در سطح نظری معتبر و مفید است.

الف- جامعه و نمونه

جامعه آماری این بخش از پژوهش کارشناسان خبره‌ای بودند که در رشته روان‌شناسی و مرتبط با آن تحصیل کرده بودند، با کار بالینی آشنایی داشتند و از این نظر نسبتاً در یک سطح بودند (ر. ک.: سیف، ۱۳۹۰). طبق نظر لین^۳ (۱۹۸۶) به نقل از: پولیت^۴ و بک^۵ (۲۰۰۶)، از اظهارنظر نه کارشناس^۶ استفاده شد که به‌طور غیر تصادفی انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه

1. Sidani, S.
2. Braden, C. J.
3. Lynn, M. R.
4. Polit, D. F.
5. Beck, C. T.

۶. حجت‌السلام والمسلمین عباس آینه‌چی، حجت‌السلام والمسلمین محمد بنیانی، حجت‌السلام والمسلمین

نمونه در این گام در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در بررسی روایی محتوای طرح‌نمای درمانی مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی (n=۹)

ویژگی	n	%
سطح تحصیلات حوزوی	۸	۸۸
بدون تحصیلات حوزوی	۱	۱۲
سطح تحصیلات دانشگاهی	۴	۴۵
دانشجوی دکتری	۵	۵۵
مهارت‌های خاص	۶	۶۶
آشنا و بدون تجربه	۳	۳۴
رشته تحصیلی	۸	۸۸
روان‌شناسی	۱	۱۲
علوم حدیث	۱	۱۲
رتبه علمی	۳	۳۳
دانشیار	۵	۵۵
استادیار		
مربی		

همان‌گونه که در جدول ۱ مشخص شده است، اکثر کارشناسان یا سابقه کار بالینی (n=۶) داشته‌اند و یا به ساخت پروتکل درمانی (n=۷) آگاهی داشته‌اند.

ب- ابزار

برای جمع‌آوری دیدگاه‌های کارشناسان از فرم مشخصات استفاده شد که طبق نظر سیف (۱۳۹۰: ص ۱۷۱)، محتوای موضوع و ابعاد مختلف در آن به خوبی منعکس می‌شود. در این فرم نظر کارشناسان درباره میزان ضرورت اهداف هر جلسه برای کاهش نشانگان افسردگی، میزان مناسب بودن راهبرد هر جلسه برای کاهش نشانگان افسردگی، میزان مناسب بودن تکنیک‌های ارائه‌شده و میزان قابلیت اجرای هر جلسه سؤال شد.

ج- روش تجزیه و تحلیل

طبق آنچه شولتز و همکارانش (۲۰۱۴) بیان کرده‌اند، برای تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به نظر

دکتر محمدصادق شجاعی، دکتر محمدرضا حسن‌زاده توکلی، حجت‌السلام والمسلمین دکتر حمزه عبیدی، حجت‌السلام والمسلمین دکتر عباس پسندیده، حجت‌السلام والمسلمین رفیعی هنر، حجت‌السلام والمسلمین محمدتقی تیبیک و حجت‌السلام والمسلمین سیدمهدی خطیب.

کارشناسان از دو ضریب نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) (شولتز و دیگران، ۲۰۱۴) و شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) (پولیت و بک، ۲۰۰۶) استفاده شد.

مرحله سوم، بررسی کارآمدی طرح‌نمای درمان

به منظور بررسی احتمال کارآمدی^۳ طرح‌نمای لذت‌بری سعادت‌نگر در کاهش نشانگان افسردگی از یک روش آزمایشی^۴ استفاده شد. در این روش یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۵ مورد استفاده قرار گرفت (بارلو^۶ و هرسن^۷، ۱۹۸۴). از بین طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی نیز طرح خط پایه چندگانه^۸ انتخاب شد که در آن خط پایه بین آزمودنی‌ها در نظر گرفته می‌شود و کارآمدی درمان به واسطه وارد کردن مکرر عامل درمانی در افراد متفاوت در زمان‌های مختلف قابل بررسی است (گالو^۹، کامر^{۱۰} و بارلو^{۱۱}، ۲۰۱۳). طبق نظر چمبلس^{۱۱} و همکارانش (۱۹۹۸) سری کوچکی از طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی با نمونه‌ای شامل سه و بیشتر ضمن رعایت شرایط دیگر می‌تواند برای بررسی کارآمدی نسبی (در برابر کارآمدی کامل) درمان به کار رود و بنابر نظر گالو، کامر و بارلو (۲۰۱۳: ص ۲۵) از دیدگاهی روش‌شناختی طرح‌های آزمایشی تک‌آزمونی و آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی مقدماتی و کوچک برای پژوهش‌های در سطح امکان‌سنجی صلاحیت دارند.

الف- مشارکت‌کنندگان

از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک مشاوره و روان‌درمانی فرحان در شهر قم، سه نفر به شیوه

1. Content Validity Ratio (CVR).
2. Content Validity Index (CVI).
3. Probably efficacy
4. experimental
5. single case experimental design
6. Barlow, D. H.
7. Hersen, M.
8. Multiple-Baseline Designs
9. Gallo, K. P.
10. Comer, J. S.
11. Chambless, D. L.

نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی) برای شرکت در طرح انتخاب شدند (کازبی، ۲۰۱۲). این افراد پس از غربالگری اولیه، بررسی شرایط عمومی شرکت در طرح (مانند انگیزه و امکان حضور در مرکز مشاوره) و اعلام رسمی رضایت، براساس «ملاک‌های ورود و خروج» به‌عنوان «مشارکت‌کننده»^۲ وارد فرایند طرح شدند.

ملاک‌های ورود به طرح: ملاک سنی بالاتر از ۱۶ سال، وجود ضوابط تشخیصی افسردگی مه‌اد براساس DSM-IV، به‌دست آوردن نمره افسردگی بین ۲۰ تا ۴۵ در مقیاس افسردگی بک، موافقت برای شرکت در پژوهش حاضر همراه با درمانگری با رویکرد دینی و رضایت برای مشارکت در درمان و انجام تکالیف براساس طرح پژوهش.

ملاک‌های خروج: سن بیشتر از ۵۰ سال، شواهد صریح برای همبودی^۳ با انواع اختلال‌های شخصیت،^۴ انواع روان‌پریشی،^۵ اختلال وسواس اجباری،^۶ افسرده‌خوبی،^۷ دوقطبی،^۸ چرخه‌ای‌خوبی،^۹ اختلال ناشی از شرایط طبی عمومی، اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد (براساس مصاحبه بالینی)، مصرف داروی روان‌پزشکی در سه ماه گذشته و دریافت درمان‌های عمیق دیگر تا سه ماه قبل از ورود به طرح.

مشارکت‌کننده اول: خانم سی‌وچهارساله، متأهل و ساکن قم است. وی خانه‌دار است و تاکنون شغلی نداشته است. مراجع با احساس غمگینی و ناامیدی، بی‌انگیزه‌گی، عدم لذت و بی‌خوابی در شب، افزایش اشتها، پرخاشگری با فرزند و شوهر به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. همچنین، کنش‌وری پایین در کارهای روزمره از جمله نشانه‌هایی بود که موجب تشخیص وی به افسردگی عمده شد. به‌طور قطعی، بیش از دو هفته این نشانگان را داشته است. کارهای روزمره و پرداختن به پرورش فرزند او را ارضا نمی‌کند و برای مثال، انجام کارهای مربوط به فرزندش تنها

1. Cozby, P. C.
2. participant
3. comorbidity
4. personality disorders
5. psychosis
6. Obsessive Compulsive Disorder
7. dysthymic disorder
8. bipolar disorder
9. cyclothymic disorder

از سر علاقه و اهمیت مادرانه است نه انگیزه همراه با لذت. به‌سختی می‌تواند در موقعیت‌های نشاط‌آور و لذت‌بخش بهره‌برداری کند، بخندد، شاد شود و لذت ببرد. در روابط جنسی رضایت‌پایینی را با همسرش تجربه می‌کند. سه سال پیش پدرش را ازدست داده است و همچنان علائم مربوط به فقدان پدر در وی دیده می‌شود. در تاریخچه خانوادگی مراجع فرد افسرده وجود ندارد. بررسی نشانگان شخصیت و تست میلون حاکی از عدم همبودی اختلال دیگر است. مراجع چهار سال پیش به روان‌پزشک مراجعه کرده و دارو گرفته است. مهم‌ترین داروی او دوکسپین بوده که برخلاف بهبودی نسبی با مصرف دارو پس از ۱۵ ماه ناامیدی از بهبودی کامل به‌طور خودسرانه دارو را قطع کرده است. علت قطع خودسرانه دارو را افزایش وزن ناشی از مصرف دپاکین و بی‌اثر بودن دارو می‌داند. فعلاً داروی روان‌پزشکی مصرف نمی‌کند. وضعیت کلی و ظاهری وی عادی است. از ادراک طبیعی بهره‌مند است. خطاهای شناختی دارد و محتوای فکری وی موضوعات مربوط به مرگ و ناتوانی و شکست در زندگی است. تکانشگری ندارد. در برابر مشکلات خود بینش نسبی به بالا دارد و به مشاور اعتماد کرده است. با توجه به مراجعه دو سال پیش برای زوج‌درمانی، که نتوانسته تغییر چشمگیری در وضعیت ارتباط همسری مراجع ایجاد کند، در این مراجعه انگیزه بالایی برای بهبودی دارد. نگرش وی به مصرف دارو منفی نیست.

مشارکت‌کننده دوم: خانم هفده‌ساله، مجرد و ساکن قم است. وی دانش‌آموز دوره دبیرستان است. گذار وی به بلوغ طبیعی بوده است. رابطه با پدر در دوران گذار به بلوغ رضایت‌بخش نبوده است و معمولاً مشکلاتی را تحمل می‌کند. مراجع با احساس غمگینی شدید، احساس بی‌ارزشی در زندگی، اختلال در خواب، کاهش شدید اشتها و عدم لذت و علاقه به موضوعات مختلف به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. از زمانی که به یکی از دوستانش وابسته شده است و او نیز پاسخ‌گوی مناسبی برای ابراز احساسات مراجع نیست، این علائم بیشتر شده است. ارتباطش با والدین و دیگر خویشان محدود است. به‌طور مکرر افکار خودکشی داشته است. این علائم، به‌علاوه کنش‌وری پایین در کارهای روزمره، از جمله نشانه‌هایی بود که موجب تشخیص وی به افسردگی عمده شد. به‌طور قطعی، بیش از دو هفته این نشانگان را داشته است. تنها اموری که با انگیزه‌پیکیری می‌کند درس و تحصیل در مدرسه است. به‌سختی می‌تواند از موقعیت‌های نشاط‌آور و لذت‌بخش بهره‌برداری کند، بخندد، شاد شود و لذت ببرد. قبل از یک‌سال پیش احساس‌های غمگینی، بی‌معنایی، بی‌هدفی و کاهش رغبت به امور مختلف داشته است. عدم پاسخ‌گویی مناسب افراد مهم زندگی مراجع در روابط صمیمی و عاطفی شدت علائم را در مراجع

بیشتر می‌کند. از ارتباط با والدین خود رضایت کامل ندارد و برخی رفتارهای شدید ازسوی پدر نشانگان را شدت می‌بخشد. ارتباط مراجع با والدین سازنده و آرام‌بخش نیست. مراجع پدر خود را فردی خشک و سخت‌گیر می‌داند که به نیازها و خواسته‌هایش توجه نمی‌کند. مراجع چهار ماه برای روان‌درمانی به روان‌پزشک مراجعه کرده است. فلوکستین دریافت کرده است. بیش از یک ماه است که دارو مصرف نمی‌کند. تجربه روان‌درمانی نداشته است. کندی حرکتی-روانی در مراجع بارز است. از ادراک طبیعی برخوردار است. خطاهای شناختی دارد و محتوای فکری وی بی‌ارزشی زندگی و گاهی خودکشی است. تکانشگری ندارد. درباره مشکلات خود بینش نسبی دارد و به مشاور اعتماد کرده است. در این مراجعه انگیزه بالایی برای بهبودی دارد.

مشارکت‌کننده سوم: آقا و هفده‌ساله و مجرد است و فعلاً به‌علت تحصیل در حوزه علمیه ساکن قم است. آخرین فرزند خانواده است. پنج سال پیش پدرش را ازدست داده است و از همان زمان با برادر بزرگ‌تر خود، که ۶۷ سال دارد، زندگی کرده است. پدر وی دو همسر داشته و از آن‌ها ۱۲ فرزند به‌جا مانده است. مراجع فرزند آخر است که در دوران کودکی عمدتاً در کنار برادر بزرگ‌تر بوده است. سال‌های کودکی و نوجوانی خود را در شلوغی یک خانواده گسترده گذرانده است. مراجع با احساس غمگینی، تنیدگی، عدم لذت و بی‌انگیزگی در درس خواندن به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. وقت خود را عمدتاً به بیکاری می‌گذراند و به ارتباط با دوستان هم‌درس خود رغبتی نداشت. غم غربت از جمله نشانگان در مراجع است و از این‌رو، در دوره‌های تعطیلی درس در قم، بازدید از خانواده‌اش طولانی می‌شود. این علائم، به‌علاوه کنش‌وری پایین در کارهای روزمره از جمله نشانه‌هایی بود که موجب تشخیص وی به افسردگی عمده شد. به‌طور قطعی، بیش از دو هفته این نشانگان را داشته است. زمانی که به شهر خود می‌رود حالش بهتر می‌شود، اما دو سه روز مانده به برگشت نشانگان بیشتر می‌شود. به‌سختی می‌تواند در موقعیت‌های نشاط‌آور و لذت‌بخش بهره‌برداری کند، بخندد، شاد شود و لذت ببرد. شش ماه قبل، زمانی که برادر بزرگ‌تر دچار سکتۀ خفیف می‌شود، او را در مراحل درمان همراهی می‌کند. در آن زمان به‌طور کامل در بیمارستان در کنار برادر بوده است که هنگام تنهایی برخی افکار مانند فکر ازدست‌دادن برادر یا مردن وی را آزار می‌داده است. این افکار همچنان ادامه دارند. دوری از خانواده نشانگان را شدیدتر می‌کند. فرارگرفتن در بین دوستان و گفت‌وگو درباره موضوع‌های درسی و موفقیت در درس حال مراجع را بدتر می‌کند. درباره مشکلات خود بینش نسبی دارد و به مشاور نیز اعتماد نسبی دارد. در این مراجعه انگیزه بالایی برای بهبودی دارد.

ب- ابزار گردآوری داده‌ها

ابزارهای گردآوری داده‌ها در این بخش از مطالعه شامل مقیاس‌ها و پرسش‌نامه‌هایی است که نمرات آن‌ها متغیرهای وابسته پژوهش را مشخص می‌کند.

پرسش‌نامه افسردگی بک و پرایش دوم:^۱ این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده در این پرسش‌نامه چهار گزینه دارد که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را، از خفیف تا شدید، تعیین می‌کند (فتیحی آشتیانی، ۱۳۹۳). نسخه دوم آن (BDI-II) که شکل بازنگری شده این پرسش‌نامه است وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران روان‌پزشکی و جمعیت طبیعی و نیز نوجوانان و بزرگسالان اندازه‌گیری می‌کند. در این فرم، با جایگزینی برخی واژگان بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV روایی محتوایی پرسش‌نامه بهبود یافته است (جکسون-کوکو،^۲ ۲۰۱۶)؛ به طوری که متوسط همبستگی بین میزان افسردگی بالینی و نمرات این پرسش‌نامه در میان گروه‌های بیمار و غیربیمار از ۰/۶۰ تا ۰/۷۲ بوده است (بک، استیر و کاربین، ۱۹۸۸). طبق بیان یعقوبی (۱۳۸۷) نمرات برش BDI-II بنابر تغییراتی که در آن صورت گرفت به این صورت است:

۱۳-۰: غیرافسرده،

۱۹-۱۴: افسردگی خفیف تا متوسط،

۲۸-۲۰: افسردگی متوسط تا شدید،

۶۳-۲۹: افسردگی شدید.

بر اساس پژوهش بک، استیر و براون (۲۰۰۰) همسانی درونی این پرسش‌نامه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ بوده و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند (فتیحی آشتیانی، ۱۳۹۳). به علاوه، طبق بررسی بک، استیر و کاربین (۱۹۸۸) روایی ملاک همگرایی این پرسش‌نامه به واسطه همبستگی ۰/۷۷ با مقیاس‌های دیگری که برای سنجش افسردگی به کار

1. Beck Depression Inventory (BDI-II).

2. Jackson-Koku, G.

می‌روند، مانند پرسش‌نامه چندبعدی شخصیت مینه‌سوتا^۱ (MMPI) مشخص شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد کاربرد پرسش‌نامه افسردگی بک برای تشخیص اختلال افسردگی معتبر است؛ از این رو، به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم و اصلی در این پژوهش به‌کار گرفته شد. مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی^۲: این مقیاس ۱۷ سؤال دارد و نشانه‌های رفتاری، جسمانی و ذهنی افسردگی را می‌سنجد (مخبر، آذرپژوه و اصغری‌پور، ۱۳۹۲). برخی از سؤالات این مقیاس بین ۰ تا ۲ نمره و برخی دیگر بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرند و نمره کلی آن ۰-۵۳ است. نمرات برش در این پرسش‌نامه به این صورت است:

خفیف: ۷-۱۷،

متوسط: ۱۸-۲۲،

شدید: ۲۵ به بالا.

همیلتون (۱۹۶۰)، به نقل از غرابی و همکاران، (۱۳۷۹) اعتبار این مقیاس را از طریق همبستگی بین ارزیاب‌ها از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۹۰ گزارش شده است. غرابی و همکاران (۱۳۷۹) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی بک در ایران ۰/۶۵ گزارش شده است (نوفروستی، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای تعیین وجود علائم و نشانه‌های افسردگی به‌کار گرفته شده است.

مداخله درمانی لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی: این مداخله براساس مدل مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی (عباسی و دیگران، ۱۳۹۷) تدوین شده که مراحل ساخت و امکان‌سنجی آن از اهداف اصلی پژوهش حاضر است. این مداخله شامل تکنیک‌های شناختی، رفتاری و مجموعه‌ای از تکالیف خانگی است که با رویکرد مثبت‌نگر در ده گام صورت‌بندی شده است. این ده گام در چهار مرحله تنظیم شده است. اگرچه جلسات درمانی در این روش باز است و تنها بر گام‌های مشخص شده تأکید شده است، هر گام در یک جلسه مشاوره و روان‌درمانی قابل اجراست؛ از این رو، جلسات مشاوره و روان‌درمانی به تناسب وضعیت روان‌شناختی و عمومی مراجع تنظیم می‌شود. تفصیل مراحل و گام‌های ده‌گانه این شیوه درمان در بخش یافته‌های پژوهش آمده است.

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

2. Hamilton Rating Scale for Depression.

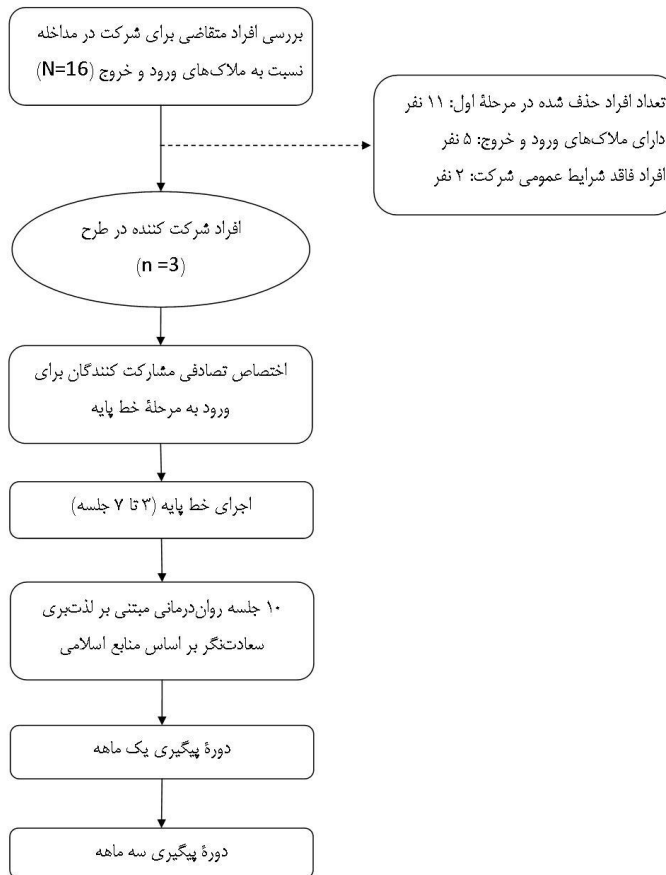
ج- روش تحلیل داده‌ها

از آنجا که پژوهش حاضر شامل یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۱ است، طبق نظر لین و گاست^۲ (۲۰۱۴)، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری نمودارهای داده^۳ استفاده شده است. این تحلیل شامل دو بررسی بود: ۱. بررسی روند،^۴ تغییر سطح^۵ و وضعیت ثبات^۶ داده‌ها در دو مرحله خط پایه و درمان و مقایسه آن‌ها، ۲. بررسی کارآمدی درمان با محاسبه درصد داده غیرهمپوش^۷ (PND) و درصد داده همپوش^۸ (POD). طبق نظر وند^۹ (۲۰۰۷) به نقل از الرشید،^{۱۰} هات^{۱۱} و بنو،^{۱۲} (۲۰۱۳)، اگر مقدار PND کمتر از ۵۰ درصد باشد، مداخله «غیرمعتبر (ناپایا)» است. در صورتی که PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد باشد، نشان‌دهنده «اثربخشی غیر قابل اعتماد» در مداخله است. مقدار ۷۰ تا ۹۰ درصد در PND نشان از «اعتبار نسبی» و بالای ۹۰ درصد نشان از «اثربخشی بالا»ی مداخله دارد. در این نوع تحلیل، مهم‌ترین روش برای ارزیابی تغییرات ناشی از برنامه مداخله، تحلیل مبتنی بر مقایسه بین دو شرایط خط پایه و مداخله است؛ از این رو، گام‌های تحلیل داده به دو بخش درون موقعیتی و بین موقعیتی برمی‌گردند. برای محاسبه درصد بهبودی یا اندازه اثر^{۱۳} در متغیر دیگر (اندازه‌گیری شده با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی) نیز از روش «میانگین کاهش از خط پایه»^{۱۴} (MBLR) استفاده شد (کمپل، ۲۰۰۳ به نقل از الرشید، هات و بنو، ۲۰۱۳).

1. single case experimental design
2. Lane, J. D. & Gast, D. L.
3. Visual analysis of graphic displays of data
4. trend
5. level
6. stability
7. percentage of non-overlapping data
8. percentage of overlapping data
9. Wendt
10. Alresheed, F.
11. Hott, B. L.
12. Bano, C.
13. effect size
14. Mean Baseline Reduction (MBLR)

د شیوه اجرا

اجرای این بخش از پژوهش شامل سه اقدام کلی بود: ۱. پذیرش مشارکت‌کنندگان؛ ۲. ارزیابی‌ها در طرح و ۳. گذراندن خط پایه و مداخله. مراحل انجام این سه اقدام در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱. نمایش شیوه اجرای طرح پژوهش

به‌طور کلی، اجرای این مطالعه از پذیرش مشارکت‌کنندگان تا پایان اجرای مداخله پنج ماه طول کشید. بازه زمانی این عملیات از تاریخ ۱۳۹۶/۱۰/۳ تا ۱۳۹۶/۳/۹ بود. بازه زمانی مربوط به مرحله پیگیری از تاریخ ۱۳۹۷/۳/۱۰ تا ۱۳۹۷/۶/۱۰ در نظر گرفته شد. با محاسبه سه ماه مرحله پیگیری، زمان کلی این مطالعه هشت ماه بود.

هر سه مشارکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مقیاس‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (HRSD) در جلسه اول خط پایه، جلسه اول و آخر مداخله، و در جلسات پیگیری به‌عنوان متغیر وابسته و برآیند اجرا شد. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) در تمام جلسات خط پایه، در جلسات مداخله به‌صورت یک هفته در میان و در جلسات پیگیری به‌عنوان متغیر وابسته و برآیند اجرا شد.

هر سه مشارکت‌کننده به‌طور هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین مشارکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود که این تفاوت در آن‌ها به شکل تصادفی تعیین شد. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه تشخیصی انجام گرفت. سنجش‌های بعدی مرحله خط پایه به‌صورت هفتگی انجام شد. مراجع اول سه جلسه خط پایه، مراجع دوم پنج جلسه و مراجع سوم هفت جلسه خط پایه را گذراندند. مداخله به‌صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از مشارکت‌کنندگان توسط پژوهشگر اجرا شد. پژوهشگر به‌عنوان درمانگر اصول مشاوره و روان‌درمانگری را گذرانده و در شیوه‌درمانگری مثبت‌نگر مهارت کافی دارد. مشارکت‌کنندگان به‌ترتیب وارد مداخله شدند. هر سه مشارکت‌کننده دوره مداخله را به‌پایان رساندند. در یک مراجع، مداخله ۱۲ جلسه طول کشید. علت افزایش دو جلسه‌ای مداخله برای این مراجع نیاز به تمرین اضافه در تکالیف خانگی بود. بعد از شروع مداخله، هم‌زمان با جلسه سوم مراجع اول، مراجع دوم وارد مداخله شد و هم‌زمان با جلسه پنجم مراجع اول و جلسه سوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد مرحله مداخله شد.

یافته‌های تحقیق

مرحله اول: طرح‌نمای درمانی مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی

این مرحله شامل شش عنصر فعال نظری است که از شش مؤلفه مفهومی و اصلی لذت‌بری سعادت‌نگر در منابع اسلامی استخراج شده است. این عناصر که اصول عملیاتی طرح‌نمای موردنظر را تعیین می‌کنند، عبارت‌اند از:

۱. اختصاص بخشی از زمان در زندگی برای لذت‌بردن از موضوع‌های حلال و سالم؛ براساس مؤلفه تجربه لذت.
۲. آگاهی عمیق و مداوم از بهره‌مندی‌ها و لذت‌های سالم و در دسترس؛ براساس مؤلفه هشیاری به لذت‌بری.

۳. افزایش دامنه لذت‌ها به لذت‌های عالی و پایدار در زندگی؛ براساس مؤلفه جهت‌گیری‌های سعادت‌نگر در لذت‌بری.

۴. نیرومندسازی، جهت‌دهی و تداوم‌بخشی در قصد و انگیزه‌اموری که به بهجت و سرور در زندگی منجر می‌شود؛ براساس مؤلفه فرایندی انگیزه‌سازی.

۵. توانمندسازی عقلانی برای تحقق سه هدف اول؛ براساس مؤلفه توانمندسازی.

۶. فراهم‌کردن شرایط طبیعی و معنوی برای اموری که دستیابی به بهجت و سرور سعادتمندانه را تسهیل می‌کند؛ براساس مؤلفه سازواری عمل.

تکنیک‌های مداخله موردنظر، در ده گام طراحی شده است. هر گام بر محور یک «راهبرد» مشخص و هر راهبرد در جهت تحقق یک یا چند هدف درمانی تنظیم شده‌اند که مانند نخ تسبیح، یکپارچگی یک گام یا انسجام میان تکنیک‌های آن را موجب می‌شود. آنچه در جدول ۲ آمده است، ده راهبرد مداخله موردنظر در ده گام به همراه تکنیک‌های مرتبط با آن‌هاست.

جدول ۲. راهبردها و گام‌های مداخله لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی

گام‌ها	راهبردها	تکنیک‌ها
اول	مواجه‌کردن فرد با وضعیت‌های بی‌لذتی خود با هدف الف) افزایش بینش به اینکه برای کاهش رنج روانی لازم است موانع لذت‌بری را شناسایی و برطرف کند و ب) افزایش بینش مراجع به اینکه میزان لذت‌بری (دفعات و سطح) او برای احساس شادکامی و نشاط در حد مطلوب نیست.	۱. تبیین نقش بی‌لذتی در رکود انرژی و افسردگی ۲. پایش موضوع‌های لذت‌بخشی که از دیدگاه مراجع لذت‌بخش است، اما در لذت‌بری از آن‌ها مشکل دارد. ۳. مشخص‌کردن کنش‌های افسرده‌ساز در فرایند لذت‌بری
	مواجه‌کردن فرد با نشاط و انرژی ناشی از لذت‌بری با هدف افزایش بینش مراجع به اینکه هیجانات مثبت و تجربه لذت‌ها به‌عنوان منبع انرژی برای انگیزه‌مندی، نشاط و تحرک در زندگی است.	۱. پایش موضوع‌های لذت‌بخشی که مراجع تجربه لذت از آن‌ها را داشته است. ۲. مقایسه موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش در تجربه مراجع، نسبت به تأثیر آن‌ها در انگیزه‌مندی و نشاط ۳. تبیین رابطه لذت‌بری با میزان انگیزه و نشاط
	مقابله با کنش‌های افسرده‌ساز همگام با فعال‌سازی لذت‌بری با هدف افزایش انگیزه مراجع در مقابله با کنش‌های شناختی- رفتاری افسرده‌ساز به‌وسیله رفتارها و موضوع‌های لذت‌بخش	۱. توصیف چرخه معیوب افسردگی و رابطه آن با کاهش محرک‌های لذت‌بخش در زندگی ۲. مشخص‌کردن کنش‌های افسرده‌ساز در چرخه معیوب افسردگی ۳. تصویرسازی برای تغییر کنش‌های افسرده‌ساز و تأثیر آن در کاهش علاقه و لذت

چهارم	فعال‌سازی فرد برای لذت‌بری از موضوع‌ها و فعالیت‌های عادی روزمره با هدف بهره‌مندی هیجانی مراجع از زندگی عادی خود از مسیر لذت‌بری از موضوع‌ها و کارهای روزانه شخصی	۱. پایش موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش در زندگی روزمره ۲. پایش موضوع‌ها و کارهای افسرده‌ساز ۳. مقایسه نتیجه عینی لذت‌بری از موضوع‌ها و کارهای روزمره در برابر رفتارهای افسرده‌ساز
پنجم	گسترش دامنه لذت‌بری به موضوع‌ها و کارهای متفاوت و افزایش زمان لذت‌بری به هدف الف) توانمندسازی مراجع برای بهره‌وری هیجانی از گستره موضوعات و کارهای لذت‌بخش در زندگی و ب) انگیزه‌سازی برای فعالیت هدفمند و خلاق در این باره.	۱. پایش فعالیت‌ها و کارهای لذت‌بخش متفاوت ۲. برنامه‌ریزی برای لذت‌بری از موضوع‌ها و کارهای متفاوت
ششم	فعال‌سازی لذت‌بری در همه محورهای زندگی با هدف الف) توانمندسازی مراجع در شناخت محورهای زندگی و قلمروهای مختلف آن و ب) فعال‌شدن برای تجربه لذت در محورهای مختلف زندگی و قلمروهایی که خالی از لذت‌بری است.	۱. تبیین اهمیت «توزیع لذت‌بری» در محورهای سبک زندگی و قلمروهای مختلف آن ۲. پایش لذت‌بری مراجع در محورهای سبک زندگی و در قلمروهای مختلف ۳. برنامه‌ریزی برای لذت‌بری در محورها و قلمروهای خالی از لذت‌بری
هفتم	متعادل کردن لذت‌بری در گستره زندگی با هدف الف) توانمندسازی مراجع برای لذت‌بری در محورهای سبک زندگی و قلمروهای خالی از لذت‌بری و ب) تعدیل انتظارات برای لذت‌بری در محورها و قلمروهایی که در معرض کنش‌های افسرده‌ساز هستند.	۱. درجه‌بندی محورها و قلمروهای سبک زندگی از نظر میزان علاقه و سرمایه‌گذاری روانی ۲. برنامه‌ریزی به منظور حفظ شرایط برای لذت‌بری در محورها و قلمروهای خالی از لذت‌بری ۳. برنامه‌ریزی برای تعدیل لذت‌بری در محورها و قلمروهایی که در معرض بیش‌سرمايه‌گذاری قرار دارند.
هشتم	معنادهی متعالی به موضوع‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش با هدف الف) کشف و ب) اسناد معانی اصیل و متعالی برای موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش زندگی.	۱. تبیین تفاوت احساس لذت و احساس سعادت‌مندی ۲. صورت‌بندی افسردگی و درمان آن براساس تجربه ناکامی‌ها و کامیابی‌ها ۳. کشف معنای جدید برای موضوع‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش ممکن
نهم	فعال کردن و گسترش لذت‌بری در موضوع‌ها و فعالیت‌های با معنای الهی با هدف برنامه‌ریزی برای تجربه لذت در موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش عالی و همچنین با معنای جدید.	۱. بررسی فهرست موضوع‌ها و کارهایی که در مقایسه با لذت‌بری متفاوت از موارد معمولی است و یا معنای جدیدی دارد. ۲. ارزیابی فرد درباره وضعیتش نسبت به سطح تکالیف و اهداف انجام آن‌ها ۳. برنامه‌ریزی برای انجام دادن تکالیف ۴. بررسی میزان رضایت و تجربه لذت از انجام تکالیف
دهم	نگهداشت لذت‌بری در معنای الهی به هدف پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرایندهای افسرده‌ساز	۱. توصیف و ارزیابی کنش‌های جدید افسرده‌ساز ۲. اجرای روش‌های کنترل کنش‌های افسرده‌ساز ۳. برنامه‌های خودارزیابی به منظور نگهداشت تجربه‌های معنوی لذت‌بخش

همان‌گونه که در جدول ۲ آمده است، راهبردهای مداخله به ترتیب قرار گرفته‌اند و عملیاتی شدن هر راهبرد نقطه شروع عملیات راهبرد بعدی را تعیین می‌کند.

مرحله دوم: روایی سنجی محتوای طرح‌نمای درمانی

در روایی سنجی محتوایی طرح‌نمای درمان افسردگی براساس لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی مسائل زیر بررسی شد:

۱. میزان ضرورت اهداف هر جلسه برای کاهش نشانگان افسردگی با محاسبه و تحلیل نسبت روایی محتوا (CVR) که این نسبت برای هدف/اهداف عملیاتی همه گام‌های مداخله برابر یا بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی $0/78$ بود. این نشان می‌دهد هدف/اهداف تعیین‌شده برای گام‌های مداخله مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر، براساس داوری کارشناسان ضرورت دارد.

۲. میزان مناسب بودن راهبرد هر گام برای کاهش نشانگان افسردگی با محاسبه و تحلیل نسبت روایی محتوا (CVR) که این نسبت برای راهبرد همه گام‌های مداخله برابر یا بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی $0/78$ است. این نشان می‌دهد راهبردهای تعیین‌شده برای مداخله مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر، براساس داوری کارشناسان مناسب است.

۳. میزان مناسب بودن تکنیک‌های ارائه‌شده با محاسبه و تحلیل نسبت روایی محتوا (CVR) که این نسبت برای تمامی تکنیک‌های مداخله به استثنای تکنیک سوم در گام اول بالاتر از حداقل میزان لازم یا مساوی با آن، یعنی $0/78$ بود. طبق نظر کارشناسان محتوای تکنیک سوم در گام اول تغییر کرد. این نشان می‌دهد تکنیک‌های طراحی‌شده برای مداخله براساس داوری کارشناسان مناسب‌اند.

۴. میزان قابلیت اجرای هر گام با محاسبه و تحلیل شاخص روایی محتوا (CVI) که این شاخص برای همه گام‌های مداخله یک و بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی $0/78$ است. این نشان می‌دهد از نظر داوران کارشناس، صورت‌بندی مداخله براساس تکنیک‌ها و اهداف گام‌های مداخله مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر مناسب است و در نتیجه، همه گام‌های مداخله قابلیت اجرا دارند.

مرحله سوم: کارآمدی طرح‌نمای درمانی

نمره هر یک از مراجعان در مقیاس افسردگی همیلتون (HRSD-17)، مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و دوره پیگیری بررسی شد. یافته‌های پژوهش براساس تغییرات مشارکت‌کنندگان در هر یک از این مقیاس‌ها در ادامه آمده است.

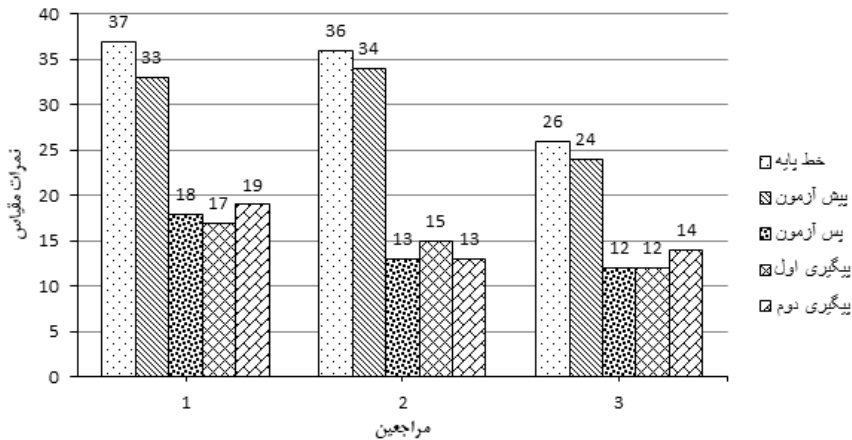
یافته‌های جدول ۳ و نمودار ۲ نشان می‌دهد که هر سه مشارکت‌کننده در مرحله خط پایه در مقیاس افسردگی همیلتون نمره‌ای بالاتر از ۲۵ دارند که بیانگر افسردگی شدید در آن‌هاست. روند نمرات هر سه مراجع در این مقیاس در دو مرحله خط پایه و پیش‌آزمون اندکی کاهش داشته است، اما بعد از جلسات مداخله در پس‌آزمون نمره هر سه مشارکت‌کننده در این مقیاس کاهش چشمگیری را نشان داده است. بخش زیادی از تغییرات به‌دست‌آمده در جلسات مداخله، در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

جدول ۳. نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی همیلتون در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل سنجش	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه	۳۷	۳۶	۲۶
پیش‌آزمون	۳۳	۳۴	۲۴
پس‌آزمون	۱۸	۱۳	۱۲
درصد بهبودی	۴۸	۶۲	۵۲
بهبود کلی (n=۳)	۵۴		
پیگیری یک‌ماهه	۱۷	۱۵	۱۲
پیگیری سه‌ماهه	۱۹	۱۳	۱۴
درصد بهبودی	۴۸	۶۰	۴۸
بهبود کلی (n=۳)	۵۲		

طبق شاخص بهبودی گزارش شده در جدول ۳، درصد بهبودی مراجع اول در پایان جلسات مداخله بنابر نمرات مقیاس افسردگی همیلتون، ۴۸ درصد و برای مراجع دوم ۶۲ درصد و برای مراجع سوم ۵۲ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده ۵۴ درصد است. این میزان از درصد بهبودی، که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از کارآمدی مداخله در کاهش نشانگان افسردگی براساس مقیاس افسردگی همیلتون دارد. درصد بهبودی مراجع اول در دوره پیگیری نیز ۴۸ درصد و برای مراجع دوم ۶۰ درصد و برای مراجع سوم ۴۸ درصد بوده است. میزان بهبود کلی

برای هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری ۵۲ درصد است. این میزان از درصد بهبودی پس از دوره پیگیری نیز که بالاتر از ۵۰ درصد است نشان از پایداری اثر مداخله دارد.



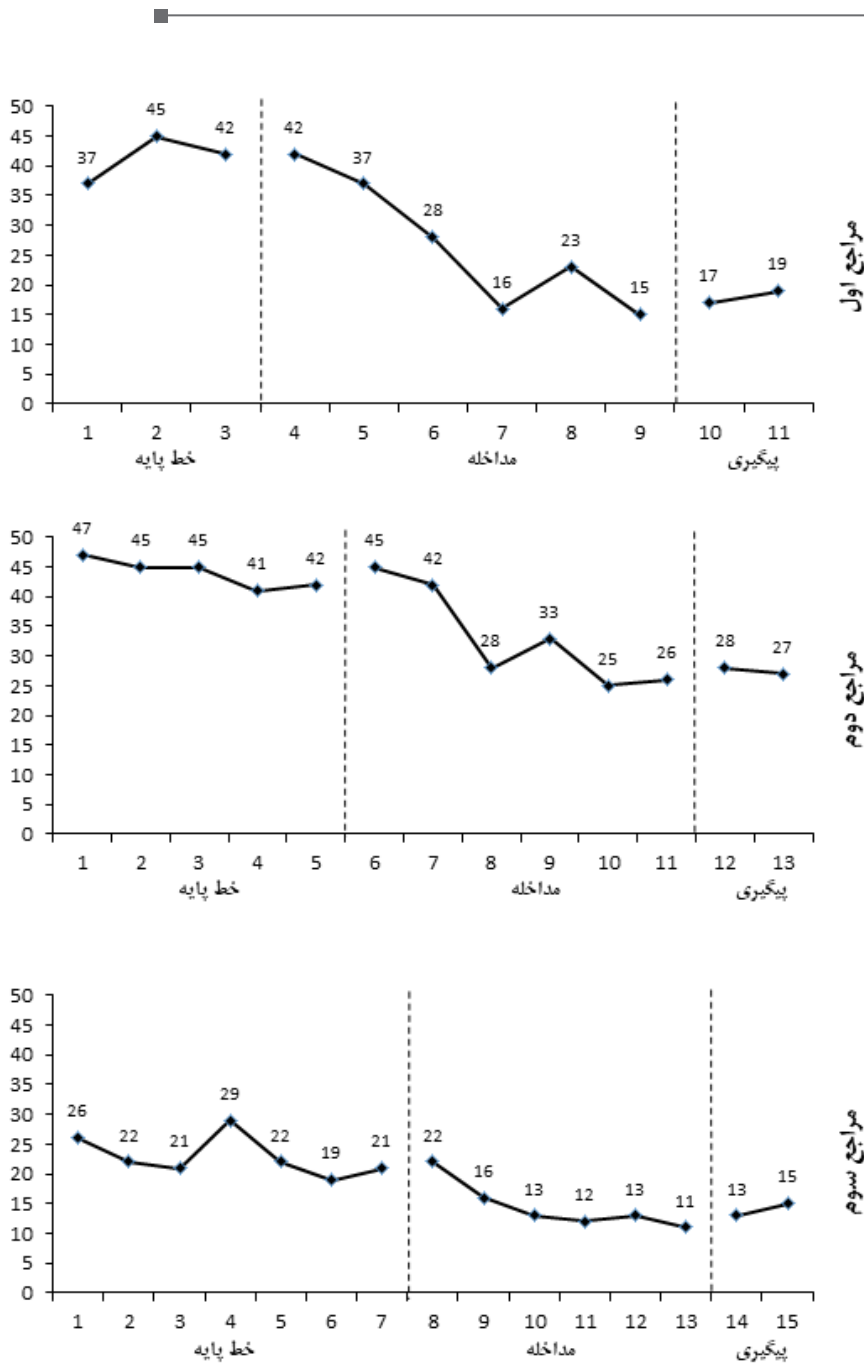
نمودار ۲. نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی همیلتون در مراحل خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در مقیاس افسردگی همیلتون در نمودار ستونی ۲ مشخص است. این نمودار نشان می‌دهد که چگونه نمرات مشارکت‌کنندگان از خط پایه و پیش‌آزمون تا پس از جلسات مداخله کاهش پیدا کرده است. یافته‌های جدول ۴ و نمودار ۳ نشان می‌دهد که مشارکت‌کننده سوم در مرحله خط پایه نمره‌ای بالاتر از ۱۹ را در مقیاس افسردگی دارد که بیانگر افسردگی متوسط در اوست. کمترین نمره افسردگی برای مشارکت‌کننده اول ۳۷ و برای مشارکت‌کننده دوم ۴۱ بوده است که نشان از افسردگی شدید در این دو مشارکت‌کننده است.

جدول ۴. نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراجعه سوم	مراجعه دوم	مراجعه اول	مراحل سنجش	
۲۶	۴۷	۳۷	اول	مرحله خط پایه
۲۲	۴۵	۴۵	دوم	
۲۱	۴۵	۴۲	سوم	
۲۹	۴۱	-	چهارم	
۲۲	۴۲	-	پنجم	
۱۹	-	-	ششم	
۲۱	-	-	هفتم	
۱۹-۲۹	۴۱-۴۷	۳۷-۴۵	دامنه تغییرات	
۲۲	۴۵	۴۲	جلسه اول	مرحله مداخله
۱۶	۴۲	۳۷	جلسه سوم	
۱۳	۲۸	۲۸	جلسه پنجم	
۱۲	۳۳	۱۶	جلسه هفتم	
۱۳	۲۵	۲۳	جلسه نهم	
۱۱	۲۶	۱۵	جلسه دهم	
۱۱-۲۲	۲۵-۴۵	۱۵-۴۲	دامنه تغییرات	
۳۶	۲۴	۳۵	درصد بهبودی	
۳۱		بهبود کلی (n=۳)		
۱۳	۲۸	۱۷	پیگیری یک‌ماهه	
۱۵	۲۷	۱۹	پیگیری سه‌ماهه	
۳۸	۳۷	۵۶	درصد بهبودی	
۴۳		بهبود کلی (n=۳)		

طبق جدول ۴، درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۳۵، در مراجع دوم ۰/۲۴ و در مشارکت‌کننده سوم ۰/۳۶ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحله مداخله برابر با ۰/۳۱ (n=۳) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به‌گونه‌ای که پس از دوره پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۵۶، در مراجع دوم ۰/۳۷ و در مراجع سوم ۰/۳۸ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دوره پیگیری سه‌ماهه برابر با ۰/۴۳ بوده است که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است.



نمودار ۳. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه افسردگی بک در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۵ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی را برای مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد. نمودار ۴ خط میانه داده‌ها و محفظه ثبات مربوط و نمودار ۵ خط روند و محفظه ثبات خط روند برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه افسردگی بک را در مراحل خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

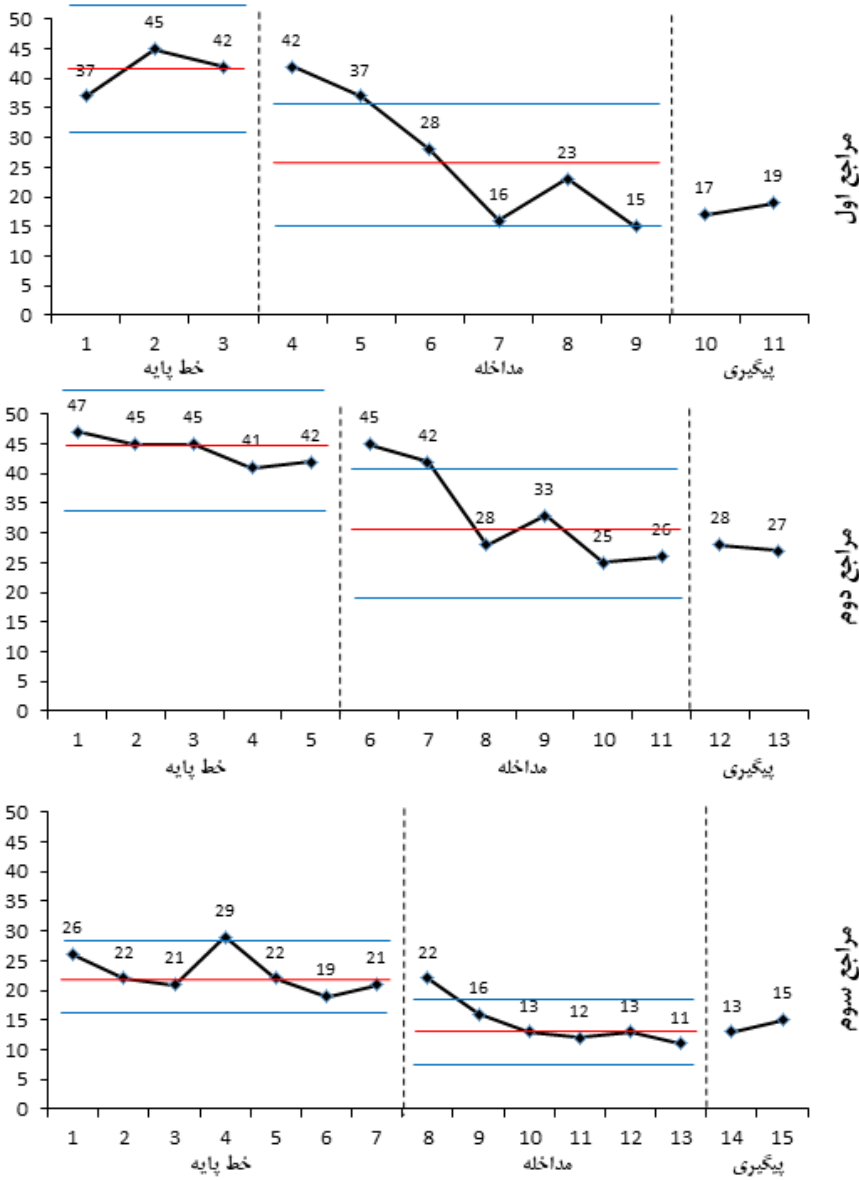
جدول ۵. شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک

مرحله مداخله		مرحله خط پایه			شاخص‌ها	
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	مراجعات
۶	۶	۶	۷	۵	۳	تعداد مشاهده
۱۳	۳۰/۵	۲۵/۵	۲۲	۴۵	۴۲	میانه
-	-	-	۵/۵	۱۱/۲۵	۱۰/۵	۲۵ درصد میانه خط پایه
۱۴/۵۰	۳۳/۱۶	۲۶/۸۳	۲۲/۸۵	۴۴	۴۱/۴۳	میانگین
۱۱-۲۲	۲۵-۴۵	۱۵-۴۲	۱۹-۲۹	۴۱-۴۷	۳۷-۴۵	دامنه تغییرات
۷/۵-۱۸/۵	۱۹/۲-۴۱/۷	۱۵-۳۶	۱۶/۵-۲۷/۵	۳۳/۷-۵۶/۲	۳۱/۵-۵۲/۵	محفظة ثبات
۸۳	۶۶	۶۶	۸۵	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
بائثبات	متغیر	متغیر	بائثبات	بائثبات	بائثبات	وضعیت تغییرات محفظه ثبات
۱۶	۴۲	۳۷	۲۲	۴۶	۳۷	میانه نیمه اول داده‌ها
۱۲	۲۶	۱۶	۲۱	۴۱/۵	۴۲	میانه نیمه دوم داده‌ها
-۴	-۱۶	-۲۱	-۱	-۴/۵	+۵	تغییر سطح نسبی
-۱۱	-۱۹	-۲۷	-۵	-۵	+۵	تغییر سطح مطلق
نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	صعودی	جهت روند
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۵	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات روند
بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	وضعیت تغییرات محفظه ثبات روند

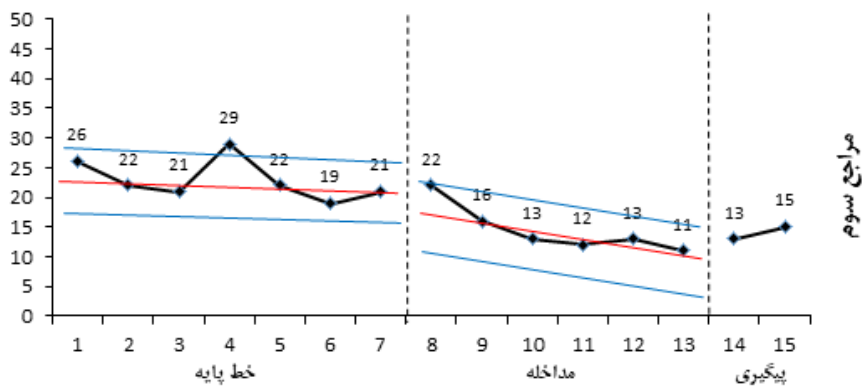
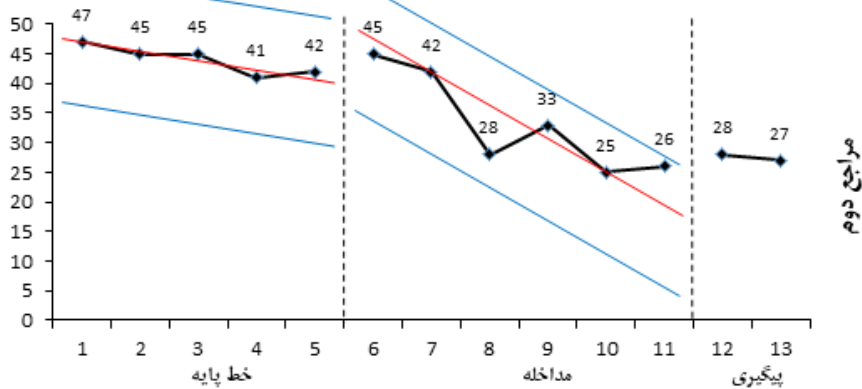
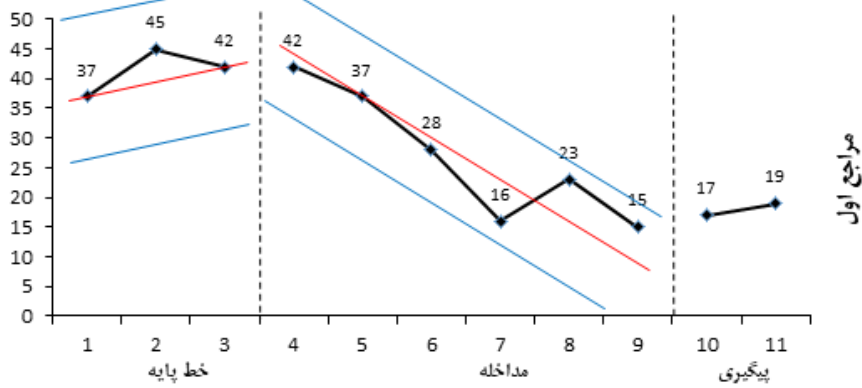
نمودار ۴ و میزان درصد داده‌های محفظه ثبات در جدول ۵ نشان می‌دهد که براساس قاعده ۸۰-۲۰ (ر. ک.: والر و هریس، ۱۹۸۲^۱)، نمرات هر سه آزمودنی در مرحله خط پایه از ثبات برخوردار است و در مرحله مداخله نمرات مشارکت‌کننده اول و دوم متغیر و نمرات مشارکت‌کننده سوم باثبات است. این نشان می‌دهد وضعیت هر سه مشارکت‌کننده قبل از مداخله باثبات بوده و در مقابل، در مرحله مداخله برای دو مشارکت‌کننده تغییر کرده است؛ به عبارت دیگر، مداخله توانسته است در میزان نشانگان افسردگی مشارکت‌کنندگان اول و

1. Wolery, M., & Harris, S. R.

دوم براساس مقیاس افسردگی بک تغییر ایجاد کند. این تغییر برای مشارکت‌کننده سوم نیز وجود دارد، اما طبق قاعده ۸۰-۲۰ باثبات محسوب می‌شود.



نمودار ۴. خط میانه و محفظه ثبات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه افسردگی بک در مراحل خط پایه و مداخله



نمودار ۵. خط روند و محفظه ثبات مربوطه برای نمرات مشارکت کنندگان در پرسش نامه افسردگی بک، در مراحل خط پایه و مداخله

طبق نمودار ۴ و جدول ۵، براساس تغییر سطح نسبی و مطلق داده‌ها، مشارکت‌کننده اول در مرحله خط پایه در نمره مقیاس افسردگی بک افزایش داشته و دو مشارکت‌کننده دیگر در مراحل خط پایه و مداخله کاهش داشته‌اند. مقادیر تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد جهت روند مربوط به نمرات مقیاس افسردگی برای مشارکت‌کننده اول در خط پایه صعودی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کننده رو به بدتر شدن داشته است؛ درحالی‌که جهت روند نمرات مقیاس افسردگی برای همین مشارکت‌کننده در مرحله مداخله نزولی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کننده در مرحله مداخله رو به بهبودی بوده است. روند مربوط به نمرات افسردگی مشارکت‌کننده دوم و سوم در مراحل خط پایه و مداخله، نزولی است که نشان از بهبودی مشارکت‌کننده دوم و سوم در هر دو مرحله خط پایه و مداخله دارد؛ اما طبق جدول ۵ و نمودار ۴، مشخص است که میزان تغییر سطح نسبی نمرات این دو مشارکت‌کننده در مرحله مداخله بیشتر از مرحله خط پایه بوده است که نشان می‌دهد مداخله در روند تغییر، سرعت بیشتری ایجاد کرده است. به‌ویژه، فاصله تغییر سطح نسبی میان مرحله خط پایه (۴/۵-) و مداخله (۱۶-) برای مشارکت‌کننده دوم قابل توجه است.

طبق جدول ۵ و با توجه به نمودار ۵، یافته‌های مربوط به محفظه ثبات روند نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک در مرحله مداخله نشان می‌دهد روند نزولی نمرات از ثبات برخوردار است که نشان از روند باثبات تغییر ناشی از مداخله دارد. حال آنکه داده‌های محفظه ثبات مربوط به نمرات مرحله خط پایه در مشارکت‌کننده اول باثبات، اما با جهت صعودی (وخامت) بوده است؛ در مشارکت‌کننده دوم و سوم باثبات و با جهت نزولی (بهبودی) اما با تغییر سطح نسبی پایین‌تر از مرحله مداخله بوده است.

جدول ۶ شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی مشارکت‌کنندگان را در مقیاس افسردگی بک در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۶. شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک

نتایج		شاخص‌ها	
سوم	دوم	اول	مراجعان
نزولی-نزولی	نزولی-نزولی	صعودی-نزولی	تغییر جهت روند
ثبات-ثبات	ثبات-ثبات	ثبات-ثبات	وضعیت ثبات-تغییر
۲۱	۴۱/۵	۴۲	میانۀ نیمه دوم داده‌های خط پایه
۱۶	۴۲	۳۷	میانۀ نیمه اول داده‌های مداخله

تغییر سطح نسبی	-۵	+۰/۵	-۵
آخرین نمره خط پایه	۴۲	۴۲	۴۲
اولین نمره مرحله مداخله	۴۲	۴۵	۴۲
تغییر سطح مطلق	۰	+۳	+۱
تغییر میانه	-۱۶/۵	-۱۴/۵	-۹
تغییر میانگین	-۱۴/۶	-۱۰/۸۴	-۸/۳۵
نوع روند	نزولی	نزولی	نزولی
PND	٪۶۶/۶	٪۶۶/۶	٪۸۳
POD	٪۳۳/۳	٪۳۳/۳	٪۱۷

بر اساس جدول ۶ تغییر سطح نسبی و مطلق مراجع اول و سوم (-۵) نشان می‌دهد که آن‌ها تغییر چشمگیری از مرحله خط پایه به مرحله مداخله داشته‌اند؛ در حالی که در مراجع دوم تغییر کمی با تأخیر روی داده است. چه اینکه تغییر سطح نسبی در نمرات مشارکت‌کننده دوم در مقیاس افسردگی بک (+۰/۵) مثبت بوده است. تغییر میانه و میانگین نیز حاکی از کاهش نمرات افسردگی هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله است. میزان PND و POD در جدول ۶ نشان می‌دهد که مداخله بیشترین اثربخشی را برای مراجع سوم داشته است. این یافته (PND=٪۸۳) نشان می‌دهد که مداخله مورد بررسی برای مراجع سوم از اثربخشی نسبی برخوردار است؛ در حالی که مقدار ۶۶/۶ درصد برای PND مشارکت‌کننده اول و دوم نشان می‌دهد مداخله مورد نظر برای این دو از اثربخشی غیرقابل اعتماد برخوردار است. این موضوع حاکی از آن است که مداخله مورد نظر از اثربخشی برخوردار است، اما از بررسی‌های بیشتر بی‌نیاز نیست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش درباره تداوم مداخله‌ای مبتنی بر مدل لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی نشان داد این مداخله امکان اجرا دارد؛ چراکه نظر داوران کارشناس در مرحله‌ی روایی‌سنجی محتوا نشان می‌دهد راهبردها، تکنیک‌ها و صورت‌بندی مداخله برای کاهش نشانگان افسردگی مناسب‌اند. در مواجهه کردن فرد با وضعیت‌های بی‌لذتی خود، در گام اول مداخله، فرد به این موضوع هشیار می‌شود که وضعیت بی‌لذتی با لذت‌بری متفاوت است و وی در وضعیت بی‌لذتی به سر می‌برد. برای کاهش رنج روانی لازم است موانع لذت‌بری را شناسایی و برطرف کند. در دومین گام

درمان، فرد افسرده با نشاط و انرژی ناشی از لذت‌بری مواجه می‌شود. این موضوع با گروهی از روایات در منابع اسلامی مطابق است که بهره‌مندی‌های لذت‌بخش از حلال را عامل نشاط قلب، تفریح و آسودگی خاطر از مشغله‌های روانی و نیروبخشی برای کارهای مهم دیگر معرفی می‌کنند (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵: ص ۸۷؛ صدوق، ۱۴۰۳: ص ۳۳۴؛ همو، ۱۳۶۲، ج ۲: ص ۵۲۵؛ طوسی، ۱۴۱۴: ص ۵۴۰؛ حرانی، ۱۴۰۴: صص ۴۱۱-۴۱۰). در گام سوم با کنش‌های افسرده‌ساز مقابله می‌شود. کنش‌های افسرده‌ساز رفتارهایی هستند که از هیجان‌های مثبت جلوگیری می‌کنند؛ حال آنکه هیجان‌ها و عواطف مثبت در درمان افسردگی نقش مهمی دارند. تحقیقات (برای مثال سلیگمن و دیگران، ۲۰۰۶؛ لوبومیرسکی و دیگران، ۲۰۰۵؛ فردریکسون و لوینسون، ۱۹۹۸) نشان می‌دهد نبودن هیجان‌های مثبت در فرد خطری عمده برای افسردگی محسوب می‌شود.

گام چهارم تثبیت هدف عملیاتی گام سوم است. زیرا انسداد موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش توسط کنش‌های شناختی-رفتاری افسرده‌ساز از جمله ناهشیاری به نعمت و بهره‌مندی‌های در دسترس است؛ از این رو، اهمیت دارد که فرد برای لذت‌بری از موضوع‌ها و فعالیت‌های عادی روزمره فعال شود. این امر مستلزم توجه به بهره‌مندی‌ها و لذت‌هایی است که افراد در زندگی خود در اختیار دارند؛ از این رو، گروهی از متون اسلامی به اهمیت یادآوری نعمت و توجه به پیامدهای مثبت هشیاری بدان‌ها اشاره دارند (برای نمونه بقره: ۴۰؛ فاطر: ۳؛ قصص: ۷۷؛ کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵: ۸۵؛ دیلمی، ۱۴۱۲، ج ۱: ص ۲۰۴). یافته‌های بریانت و وِزف (۲۰۰۷) نیز نشان می‌دهد توجه‌کردن به تجربه‌های مثبت در زندگی، درک و بهترکردن این تجربه‌ها مداخله‌ای مؤثر برای پیشگیری و درمان آسیب روانی است. گسترش دامنه لذت‌بری به موضوع‌ها و کارهای متفاوت و افزایش زمان لذت‌بری در **گام پنجم** می‌تواند موجب توانمندسازی مراجع برای بهره‌وری هیجانی از گستره متفاوتی از موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش در زندگی شود و انگیزه‌وی را برای فعالیت هدفمند و خلاق در این‌باره افزایش دهد. یافته‌های فوردایس (۱۹۷۷، ۱۹۸۳)، فاوا (۱۹۹۹)، لوبومیرسکی (۲۰۰۱)، فاوا و روئینی (۲۰۰۳)، لوبومیرسکی و همکارانش (۲۰۰۵)، فردریکسون و برنیگان (۲۰۰۵) و سین و همکارانش (۲۰۱۱) نیز به این موضوع اشاره دارد. در **گام ششم** فعال‌سازی لذت‌بری در همه محوره‌های زندگی مورد توجه قرار گرفته است. در این گام به مراجع کمک می‌شود تا تجربه اشتیاق و مجذوب‌شدن در کارهای مختلف زندگی را داشته باشد. طبق نظر سلیگمن (۲۰۰۲)، خشنودی از مجذوب‌شدن در کاری، رسیدن به رشد روان‌شناختی محسوب می‌شود. از دیدگاه چکسنت‌میهایلی (۱۹۹۰) غرقگی (اشتیاق در کار) عامل مهمی برای رفع

خستگی، اضطراب و افسردگی است و با هشیاری و انرژی روانی رابطه‌ی نزدیکی دارد.

در گام هفتم تلاش می‌شود تا فرد برای لذت‌بری در محورهای سبک زندگی و قلمروهای خالی از لذت‌بری توانمند شود و انتظارات فرد برای لذت‌بری در محورها و قلمروهایی که در معرض کنش‌های افسرده‌ساز هستند، تعدیل شوند. در این جهت فوردایس (۱۹۸۳، ۱۹۷۷) نیز در شیوه‌ی روان‌درمانی خود به پایین آوردن انتظارات مراجع، که موجب کنش افسرده می‌شود، توجه کرده است. در گام هشتم مراجع موضوع‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش خویش را با معنا و کیفیتی متعالی و متفاوت در هم می‌آمیزد. این فرایند همان جهت‌گیری سعادت‌نگر به سوی مطلوب‌عالی و پایدار (خیر و اُقبی) است که از مسیر معنویت الهی (براساس قصص: ۶۰؛ شوری: ۳۶؛ یونس: ۶۲؛ حرانی، ۱۴۰۴؛ ص: ۳۹۹؛ برقی، ۱۳۷۱: ۱، ۱۷؛ کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲: ص ۵۷)، آخرت‌نگری (براساس اعلی: ۱۷؛ اسرا: ۱۹؛ کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲: ص ۳۱۹؛ صدوق، ۱۴۰۶؛ ص: ۱۶۸؛ دیلمی، ۱۴۰۸؛ ص: ۳۴۵) و فضیلت‌مداری (براساس نحل: ۹۷؛ صدوق، ۱۴۰۳؛ صص: ۳۸۹-۳۸۸) قابل دستیابی است. فوردایس (۱۹۸۳، ۱۹۷۷) نیز در روان‌درمانگری مثبت‌نگر خویش اشتیاق به کارهای معنادار را مورد توجه قرار داده است. البته در روان‌درمانگری مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی این معنا جنبه‌ی الهی، توحیدی و آخرت‌نگرانه دارد. طبق بیان سلیگمن (۲۰۰۲)، زندگی معنادار شامل استفاده از توانمندی‌های عالی فرد به منظور تعلق و خدمت به چیزی فراتر از خود است. از نظر سلیگمن (۲۰۱۱)، معنا سومین عنصر بهباشی است و چیزی است که فکر می‌کنیم از «خود» ما مهم‌تر است. بی‌انگیزگی و ناتوانی برای توسعه و افزایش فعالیت‌های مثبت و لذت‌بخش، فقدان انگیزه برای تجربه‌ی موضوع‌ها و کارهای جدید، حتی با معنای جدید، همچنان مشکل همیشگی در زندگی فرد افسرده است. فعال کردن و گسترش لذت‌بری در موضوع‌ها و فعالیت‌های با معنای معنوی و الهی راهبردی کلیدی در گام نهم است که به هدف برنامه‌ریزی برای تجربه‌ی لذت در موضوع‌ها و کارهای لذت‌بخش عالی و همچنین با معنای جدید در تکنیک‌های این گام عملیاتی شده است. آمادگی احتمالی برای بازگشت به خلق افسرده و بی‌انگیزگی در افسردگی مشکل فراگیری است که به‌ویژه در اختلال افسردگی وجود دارد؛ از این رو، در گام دهم راهبردی مبتنی بر نگهداشت لذت‌بری، به‌ویژه در معانی الهی، طراحی شد که به منظور پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرایندهای افسرده‌ساز در پیگیری تکالیف عملیاتی شده است.

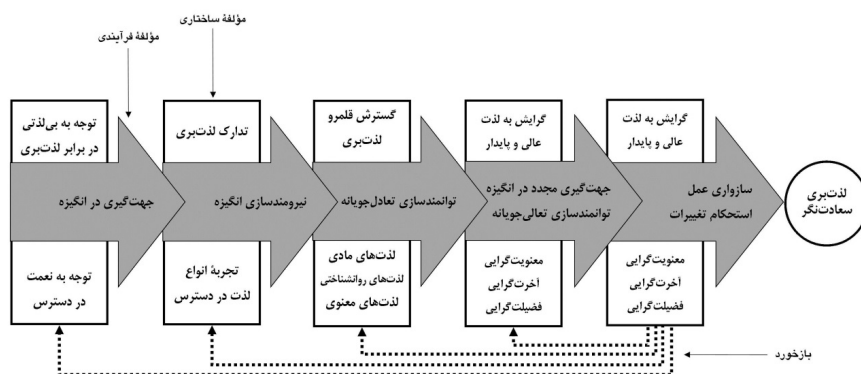
یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله‌ی مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی توانسته است نشانگان افسردگی را کاهش دهد، این یافته‌ها عبارت‌اند از: ۱. نشانگان افسردگی براساس مقیاس

افسردگی همیلتون در هر سه مشارکت‌کننده کاهش چشمگیر داشت. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده ۵۴ درصد بود (نک.: جدول ۳ و نمودار ۲)؛ ۲. نمرات هر سه مشارکت‌کننده در مرحله مداخله براساس مقیاس افسردگی یک روند نزولی با ثبات را نشان داده است (نک.: جدول ۵ و نمودار ۴ و ۵)؛ ۳. نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی یک روند نزولی بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) داشت (نک.: جدول ۶ و نمودار ۴) و ۴. میزان PND در مقیاس افسردگی یک بالاتر از ۶۶ درصد بود (نک.: جدول ۶). این یافته‌ها در میان مراجعانی بود که به افسردگی عمده مبتلا بودند و براساس مقیاس افسردگی یک، دو نفر افسردگی شدید و یک نفر افسردگی متوسط داشتند.

بنابراین، یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش بیانگر کارآمدی مداخله تدوین‌شده در کاهش نشانگان افسردگی دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های متعددی درباره تأثیر مداخله‌های درمانی مثبت‌نگر در درمان افسردگی‌های بالینی و غیربالینی هماهنگ است (ر. ک.: فاوا و همکاران، ۱۹۹۸؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر بر عواطف مثبت و افزایش میزان لذت‌بری با جهت‌گیری سعادت‌نگر تأکید دارد. در این صورت، نتایج پژوهش با یافته‌های متعددی از محققان که بر نقش هیجان‌ات مثبت در کاهش نشانگان افسردگی تأکید دارند، هماهنگ است. از جمله دیمیدجیان و همکارانش (۲۰۰۶) در استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری در میان بیماران شدیداً افسرده، چهارده جلسه روان‌درمانی مثبت‌نگر در درمان افسردگی (سلیگمن، ۲۰۱۱)، روش بهباشی درمانی در درمان افسردگی (معینی‌زاده و سالانگام، ۲۰۱۰) و یافته‌های سین و دلاپورتا و لوبومیرسکی (۲۰۱۱) که نشان می‌دهد افراد افسرده‌ای که عواطف مثبت را تجربه می‌کنند بیشتر احتمال دارد از زندگی رضایت داشته باشند و از روابط بین‌فردی پاداش‌دهنده‌ای برخوردار باشند؛ همچنین، یافته‌های توگیید و فردریکسون (۲۰۰۴) نشان می‌دهد ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد افسرده باعث می‌شود زودتر از هیجان‌های منفی رهایی یابند. نتایج بررسی فردریکسون و جوینر (۲۰۰۲) نیز نشان می‌دهد هیجان‌های مثبت باعث می‌شوند مهارت‌های مقابله‌ای افراد افسرده بهبود یابند؛ بنابراین، روان‌درمانگری مبتنی بر لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی می‌تواند با استفاده از راهبردها و تکنیک‌های افزایش‌دهنده هیجان‌ات مثبت نشانگان افسردگی را کاهش دهد.

شیوه‌ای که به‌واسطه آن مداخله لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی در سازمان‌یافتگی افسردگی تأثیر می‌کند براساس مؤلفه‌های فرایندی در مدل مفهومی لذت‌بری سعادت‌نگر اسلامی

است (شکل ۱). در این مدل، سه مؤلفه انگیزه‌سازی (جهت‌گیری در انگیزه، نیرومندسازی و تثبیت آن)، توانمندسازی (در جهت تعادل جویی و تعالی جویی) و سازواری عمل (تثبیت تغییر) فرایندهای تغییر را تبیین می‌کنند.



شکل ۱. مدل مفهومی تحقق لذت‌بری سعادتمندانه برای کاهش نشانگان افسردگی

تبیین تغییر در مداخله مبتنی بر لذت‌بری سعادتمندانه در پاسخ به این پرسش است که این مداخله چگونه نشانگان افسردگی را کاهش می‌دهد؟ پاسخ به این پرسش به‌واسطه تبیین مؤلفه‌های فرآیندی مدل لذت‌بری سعادتمندانه است.

مرحله اول، جهت‌گیری در انگیزه: این مرحله، جهت انگیزه حضور در فرآیند تغییر را تعیین می‌کند. بدین منظور به انگیزه مراجع برای حضور در روان‌درمانی مبتنی بر یک موضوع مهم جهت داده می‌شود. موضوع جهت‌گیری در انگیزه، لذت‌بری در برابر تجربه بی‌لذتی است (شکل ۱). جهت‌گیری در انگیزه فرمان اتومبیل زندگی را توسط خود مراجع به‌سوی لذت‌بری می‌چرخاند؛ چراکه فرد افسرده به اندازه کافی انگیزه برای بی‌لذتی دارد. جهت‌گیری انگیزه بر پایه تجربه لذت و ادراک نعمت محقق می‌شود.

مرحله دوم، نیرومندسازی انگیزه: در این مرحله، مراجع برای تجربه لذت در موضوع‌ها و امور طبیعی زندگی فعال می‌شود. بدین منظور انگیزه اولیه وی به‌واسطه تجربه لذت در امور عادی و متعدد زندگی نیرومند می‌شود و از طریق گسترش دادن دامنه لذت‌بری به موضوع‌ها و کارهای متفاوت و افزایش زمان لذت‌بری برای بهره‌وری هیجانی در گستره زندگی توانمند می‌شود (شکل ۱). تکنیک‌ها در این دو گام بر زمینه‌سازی برای لذت‌بری متمرکز است و تلاش می‌شود تا مراجع

در انواع نعمت‌های در دسترس لذت را تجربه کند و بدان توجه عمیق داشته باشد.

مرحله سوم، توانمندسازی تعادل‌جویانه: در مرحله سوم، مراجع برای حرکت از تجربه لذت‌هایی که فکر می‌کرده همین است به تجربه لذت در موضوع‌هایی که در سراسر زندگی پنهان‌اند، توانمند می‌شود و انتظار می‌رود انگیزه وی برای این تجربه جدید نیرومند شود (شکل ۱). موضوع توانمندسازی برای تغییر و نیرومندسازی در انگیزه در این دو گام، بر تجربه انواع لذت‌ها شامل مادی، روان‌شناختی و معنوی متمرکز است. روان‌درمانگر در این مرحله نقش هدایتگری بیشتری پیدا می‌کند.

مرحله چهارم، توانمندسازی تعالی‌جویانه (جهت‌گیری مجدد): در این مرحله، انگیزه مراجع برای لذت‌بری جهت متفاوت پیدا می‌کند و آن ناشی از معنای جدیدی است که به موضوع‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش می‌دهد؛ از سوی دیگر، به واسطه توانمندی‌های عقلانی (شامل انتخاب و روی‌آوری) و فضیلت‌محور برای تغییر آماده می‌شود. موضوع این تغییر گرایش به لذت‌هایی با اثر پایدار، امور معنوی، آخرت‌گرا و فضیلت‌گراست (شکل ۱). جهت‌گیری نو براساس مفهوم سعادت و سعادت‌نگری است.

مرحله پنجم، تثبیت تغییرات (سازوارکردن عمل): این مرحله شامل یک گام است که آن «گام دهم» است و به مرور روند تغییر و تثبیت انگیزه برای نگهداشت معنا و لذت در موضوع‌ها و امور زندگی اختصاص دارد. این موضوع‌ها و امور، همچنان لذت‌هایی با اثر پایدار، امور معنوی، آخرت‌گرا و فضیلت‌ها هستند. در این گام میزان شرایط موفقیت طبیعی و الهی فرد نسبت به تکالیف سعادت‌نگری بررسی می‌شود؛ از این رو، گامی برای سازوارکردن رفتار و عمل برای دستیابی به سعادت نامیده شده است.

به‌عنوان محدودیت‌هایی که در اجرای روش پژوهش حاضر وجود داشت این موارد قابل ذکر است: ۱. در بررسی روایی طرح‌نمای درمانی لذت‌بری سعادت‌نگر از فرم اطلاعات و نظرسنجی کارشناسان خبره استفاده شد. نظر کارشناسان درباره‌ی روایی و کارآمدی مداخله محدود به چیزی است که در فرم ثبت شده است و امکان بحث و گفت‌وگو وجود ندارد؛ ۲. شرح حال سه مشارکت‌کننده طرح پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از جهت نشانگان تشخیصی، شروع مشکل و مدت آن، عوامل تسریع‌کننده، مشکلات روانی و محیطی، وضعیت طبی عمومی، روان‌پزشکی و مصرف دارو و مسئله همبودی اختلالات دیگر همگونی ندارند. این محدودیت از جمله مواردی نیست که بتوان به‌سادگی و راحتی آن را کنترل و برطرف کرد؛ ۳. در مطالعات تک‌آزمودنی سنجش

مکرر ممکن است باعث ایجاد یادگیری شود و در نتیجه، کاهش نمرات مراجعان به غیر از تأثیر مداخله را به دنبال داشته باشد. می توان این موضوع را به عنوان محدودیت طرح آزمایشی به کاررفته در این پژوهش دانست.

پیشنهاد می شود: ۱. در مطالعات مدل یابی ساختاری نقش لذت بری سعادت نگر در کاهش نشانگان افسردگی و همچنین افزایش بهباشی روان شناختی بررسی شود تا شواهد بیشتری برای متغیرهای مرتبط با این سازه معلوم شود؛ ۲. کارآمدی مداخله لذت بری سعادت نگر اسلامی در آزمایش های کنترل شده تصادفی نیز انجام شود تا طبق الگوی مرحله ای کارآمدی کامل و اثربخشی آن بررسی شود؛ ۳. اثربخشی مداخله لذت بری سعادت نگر اسلامی در مقایسه با پروتکل های درمانی مثبت نگر به ویژه روان درمانی مبتنی بر لذت بری بریانت و ورف (۲۰۰۷) بررسی شود. از آنجا که مداخله لذت بری سعادت نگر بر اساس یک مدل ابداعی تدوین شده است، مقایسه آن با پروتکل های مثبت نگر قوت و ضعف کار را نشان خواهد داد؛ ۴. کارآمدی این مداخله در طرح های مقابله به مشکلات معیشت، کاهش نشانگان افسرده خویی، افزایش بهباشی روان شناختی و همچنین، با اجرای مداخله در گروه درمانی بررسی شود.

کتابنامه

۱. قرآن کریم. ۱۳۸۰. ترجمه ناصر مکارم شیرازی. قم: مدرسه الامام علی بن ابیطالب علیه السلام.
۲. برقی، احمدبن محمدبن خالد. ۱۳۷۱. المحاسن. قم: دارالکتب الإسلامیة.
۳. پسندیده، عباس. ۱۳۹۲. الگوی اسلامی شادکامی. قم: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحديث.
۴. حرانی، ابن شعبه حسن بن علی. ۱۴۰۴. تحف العقول. تحقیق و تصحیح علی اکبر غفاری. قم: جامعه مدرسین.
۵. دیلمی، حسن بن محمد. ۱۴۰۸. أعلام الدین فی صفات المؤمنین. تحقیق/ تصحیح مؤسسه آل البيت عليهم السلام. قم: مؤسسه آل البيت عليهم السلام.
۶. _____ ۱۴۱۲. إرشاد القلوب إلى الصواب (للدیلمی). قم: الشریف الرضی.
۷. سلیگمن، مارتین ای. پی. ۱۳۹۲. شکوفایی روان شناسی مثبت گرا، درک جدیدی از نظریه شادکامی و بهزیستی. ترجمه امیر کامکار و سکینه هژبریان. تهران: روان.
۸. سیف، علی اکبر. ۱۳۹۰. ساختن ابزارهای اندازه گیری متغیرهای پژوهشی در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر دیدار.

۹. صالحی، مبین؛ عباسی، مهدی. ۱۳۸۸. «بهبودی از دیدگاه دین و روان‌شناسی (نقد و بررسی)». مجله روان‌شناسی و دین. شماره ۶. صص ۲۴۶-۱۸۹.
۱۰. الصدوق، محمدبن علی بن بابویه. ۱۳۶۲. الخصال. تحقیق/ تصحیح علی اکبر غفاری. قم: جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۱. _____ ۱۴۰۳. معانی الأخبار. تحقیق/ تصحیح علی اکبر غفاری. قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۲. _____ ۱۴۰۶. ثواب الأعمال و عقاب الأعمال. قم: دارالشریف الرضی للنشر.
۱۳. طوسی، محمدبن الحسن. ۱۴۱۴. الأمالی (للطوسی). تحقیق و تصحیح مؤسسة البعثة. قم: دار الثقافة.
۱۴. عباسی، مهدی؛ نارویی، رحیم؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ قریشی، سید کامران. ۱۳۹۷. «مؤلفه‌های لذت‌بری سعادت‌نگر بر اساس منابع اسلامی؛ تدوین یک مدل مفهومی». پژوهشنامه سبک زندگی. شماره ۲. صص ۱۶۱-۱۲۷.
۱۵. غرای، بنفشه؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ مهرابی، فریدون. ۱۳۷۹. «سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی». مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی. شماره ۲۰. صص ۴۲-۳۷.
۱۶. فتحی آشتیانی، علی. ۱۳۹۳. آزمون‌های روان‌شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی. تهران: بعثت.
۱۷. کلینی، محمدبن یعقوب بن اسحاق. ۱۴۰۷. الکافی. تحقیق و تصحیح علی اکبر غفاری و محمد آخوندی. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۱۸. مخبر، نغمه؛ آذرپژوه، محمودرضا؛ اصغری‌پور، نگار. ۱۳۹۲. «تأثیر درمان با سیتالوپرام بر افسردگی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا به سکتۀ مغزی». مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. شماره ۲۰. صص ۶۱۶-۶۱۴.
۱۹. مصباح یزدی، محمدتقی. ۱۳۸۸. اخلاق در قرآن ۲ (مشکات: مجموعه آثار حضرت آیه الله مصباح)، قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی رحمه الله.
۲۰. نوفرستی، اعظم. ۱۳۹۴. «توسعه، امکان‌پذیری و نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افراد دارای افسردگی غیر بالینی؛ مطالعه تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه». پایان‌نامه دکتری تخصصی. تهران: دانشگاه شاهد.

۲۱. یعقوبی، حمید. ۱۳۸۷. «غریبالگری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی». فصلنامه سلامت روان. شماره ۱. صص. ۳۹-۵۱.
22. Abdel-Khalek, A. M. 2014. "**Religiosity and Well-Being in a Muslim Context**". In: Kim-Prieto, C. (Ed.). Religion and Spirituality Across Cultures. New Jersey. Springer.
23. Ali, S. R., Liu, W. M. and Humedian, M. 2004. "**Islam 101: Understanding the religion and therapy implications**". Journal of Professional Psychology: Research and Practice. 35. PP. 635- 642.
24. Al-Mateen, C. S. and Afzal, A. 2004. "**The Muslim child, adolescent, and family**". Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 13. pp. 183-200.
25. Alresheed, F., Hott, B. L., & Bano, C. 2013. "**Single Subject Research: A Synthesis of Analytic Methods**". Journal of Special Education Apprenticeship. Vol. 2. No. 1.
26. American Psychiatric Association. 2013. **Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders**. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
27. Bannink, F. 2012. **Practicing Positive CBT, From Reducing Distress to Building Success**. London: Wiley Blackwell.
28. Barlow, D. H. & Hersen, M. 1984. **Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change**. Boston: Allyn And Bacon.
29. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. 1988. "**Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation**". Clinical psychology review. Vol. 8. No. 1. PP. 77-100.
30. Bryant, F. B. and Veroff, J. 2007. **Savoring: A New Model of Positive Experience**. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
31. Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., & Woody, S. R. 1998. "**Update on empirically validated therapies, II**". The Clinical Psychologist. 51. Pp. 3-16.
32. Cozby, P. C. 2012. **Methods in behavioral research**. Mc Graw- Hill

- Primis.
33. Csikszentmihalyi, M. 1990. **Flow, The Psychology of Optimal Experience**. New York: Harper Collins.
 34. Deci, E. L. & Ryan, R. M. 2008. "**Hedonia, Eudaimonia, And Well-Being: An Introduction**". Journal of Happiness Studies. 9. PP. 1-11.
 35. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. 2006. "**Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression**". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 74 (4). PP. 658-670.
 36. Farooqi, Y. N. 2006. "**Understanding Islamic perspective of mental health and psychotherapy**". Journal of Psychology in Africa. 1. PP. 101-111.
 37. Fava, G. 1999. "**Well-being therapy: Conceptual and technical issues**". Psychotherapy and Psychosomatics. 68. PP. 171-179.
 38. Fava, G. A. & Ruini, C. 2003. "**Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy**". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 34. PP. 45-63.
 39. Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. 1998. "**Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings**". Arch Gen Psychiatry. 55(9). PP. 816-820.
 40. Fordyce, M. W. 1977. "**Development of a program to increase personal happiness**". Journal of Counseling Psychology. 24. PP. 511-520.
 41. Fordyce, M. W. 1983. **A program to increase happiness: Further studies**. Journal of Counseling Psychology, 30: pp. 483-498.
 42. Fredrickson, B. L., Joiner T. 2002. "**Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being**". Psychol Sci. 13. PP. 172-175.
 43. Fredrickson, B. L., & Branigan, C. 2005. "**Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires**". Cognition & emotion. 19(3). PP. 313-332.

44. Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. 1998. "**Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions**". *Cognition & emotion*. 12(2). PP. 191- 220.
45. Gallo, K.P., Comer, J.S. & Barlow, D.H. 2013. "**Single-Case Experimental Designs and Small Pilot Trial Designs**". In: Jonathan S. C. & Philip C. K. (Eds.). *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology*. (Pp. 24-39). Oxford University.
46. Hefferon, K. & Boniwell, I. 2011. "**Positive Psychology, Theory, Research and Application, London**": Open University Press.
47. Huta, V. & Ryan, R. M. 2010. "**Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives**". *Journal of Happiness Studies*. 11. PP. 735-762.
48. Jackson-Koku, G. 2016. "**Beck Depression Inventory**". *Occupational Medicine*. 66 (2). PP. 174-175.
49. Koenig, H. G., Larson, D. B. and Larson, S. S. 2001. "**Religion and coping with serious medical illness**". *The Annals of pharmacotherapy*. 35. PP. 352-359.
50. Lane, J. D., Gast, D. L. 2014. "**Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines**". *Neuropsychological Rehabilitation*. 24 (3-4). PP. 445-463.
51. Lyubomirsky, S. 2001. "**Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being**". *American psychologist*. 56 (3). PP. 239-249.
52. Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. 2005. "**Pursuing happiness: The architecture of sustainable change**". *Review of general psychology*. 9 (2). PP.111-131
53. Maddux, J. E. & Winstead, B. A. 2008. **Psychopathology, Foundations for a Contemporary Understanding**. New York: Taylor & Francis Group.
54. Magyar-Moe, J. L. 2009. **Therapist's Guide to Positive Psychological Intervention**. New York: Elsevier.
55. Maj, M. & Sartorius, N. 2002. **Depressive Disorders**. London: John Wiley & Sons Ltd.

56. Miller-Perrin, C. and Mancuso, E. K. 2014. **Faith from a Positive Psychology Perspective**. New York: Springer.
57. Moeenizadeh, M. and Salagame, K. K. K. 2010. **Well-being therapy (WBT) for depression**. International Journal of Psychological Studies. 2(1). 107.
58. Nada, E. 2007. "**Perceptions of mental health problems in Islam: A textual and experimental analysis**". PhD thesis, University of Western Australia, Perth.
59. Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. and Wulff, K. M. 2001. "**Religious Coping Among The Religious: The Relationship Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members**". J Scientific Study of Religion. 40. PP. 497-513.
60. Polit, D. F.; Beck, C. T. 2006. "**The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations**". in: Research in Nursing & Health. Vol. 29. PP. 489-497.
61. Seligman M. E. P., Rashid T. & Parks A. C. 2006. "**Positive Psychotherapy**", In: N. B. Anderson (ed.). American Psychologist. 61 (8). PP. 774-788.
62. Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. 2000. "**Positive psychology, an introduction**". American Psychologist. 55 (1). PP. 5-14.
63. Seligman, M. 2002. "**Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize your Potential for Lasting Fulfilling**". New York: Free Press.
64. Seligman, M. E. 2011. **Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being**. Simon and Schuster.
65. Shultz, K. S.; Whitney, D. J. & Zickar, M. J. 2014. **Measurement Theory in Action, Case Studies and Exercises**. New York: Routledge.
66. Sidani, S., & Braden, C. J. 2011. **Design, evaluation, and translation of nursing intervention**. John Wiley & Sons.
67. Sin, N. L. and Lyubomirsky, S. 2009. "**Enhancing wellbeing and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis**". Journal of Clinical Psychology. 65

(5). PP. 467-87.

68. Sin, N. L., Della Porta, M. D., & Lyubomirsky, S. O. N. J. A. 2011. **“Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals”**. Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society. PP. 79-96.
69. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. 2004. **“Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences”**. Journal of personality and social psychology. 86 (2). Pp. 320-333.
70. Wolery, M., & Harris, S. R. 1982. **Interpreting results of single-subject research designs**. Physical Therapy, 62: pp. 445-452.

