

اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده

محبوبه شیروانی سعادت‌آبادی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد کرمان sarvari.m67@gmail.com
 نوشیروان خضری مقدم / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان khezrimoghadam.n@gmail.com
 صدیقه سام‌نژاد / کارشناس ارشد مطالعات زنان و خانواده دانشگاه آزاد تهران مرکز samnezhad_sa@gmail.com
 دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۶ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۲۵

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده شهر کرمان انجام شد. طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را زنان افسرده تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش ۳۰ زن افسرده بود که با استفاده از مقیاس افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. به گروه آزمایشی کارگاه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا در ۱۰ جلسه ارائه شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های آخرت‌نگری و سلامت روان پاسخ دادند. نتایج نشان داد معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان تأثیر داشته است ($P < 0/001$). تلفیق معنادرمانی با امور معنوی به زنان افسرده در معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی و شناخت واقعیت دنیا کمک می‌کند و منجر به افزایش آخرت‌نگری و به دنبال آن سلامت روان آنان می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا، آخرت‌نگری، سلامت روان، زنان افسرده.

زن سرمایه‌های پرپار برای جامعه است و آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود و طبیعت او تحقق می‌یابد (حمید و ویسی، ۱۳۹۱). سازمان بهداشت جهانی، سلامت زنان را از شاخص‌های رشدیافتگی کشورها معرفی کرده است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت، سه بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تأثیر بر ابعاد دیگر می‌شود (فانتین (Fontaine) و همکاران، ۲۰۰۹). افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که در طی پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده است، و از شایع‌ترین علل بستری شدن شمرده می‌شود (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۴). افسردگی، اختلالی است که با کاهش انرژی و انگیزه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌گردد و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و دیگر ریتم‌های بیولوژیک همراه می‌شود و یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی در تمام کشورها و از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به‌عنوان مشکل سلامت جهانی در تمامی فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند. برخی افراد، به‌ویژه زنان به دلیل موقعیت خاص، در برابر این اختلال آسیب‌پذیرند (تقی‌پور و رسولی، ۱۳۸۷).

طبیعی است که هرچه میزان افسردگی در افراد بالاتر باشد، از سلامت روانی کمتری برخوردارند. سلامت روان به‌معنای تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که تعقل و اندیشیدن، آگاهی، هدف‌داری، انصاف، عدالت، امانتداری، حقیقت‌جویی و تسلیم در برابر آن، رشد مستمر و آرامش، از جمله علایم آن است؛ و در مقابل، بیماری روانی خارج شدن از حد اعتدال است که نادانی، عصبانیت، دنیاطلبی، ظلم و تعدی، ضعف اراده و سستی، اضطراب، ترس، خودپسندی، حسد و کینه‌ورزی از نشانه‌های آن می‌باشد. از سوی دیگر، آخرت‌نگری نیز یکی از اعتقادات مذهبی عمیق به‌شمار می‌آید و می‌تواند نقش بسزایی در تعیین سلامت روانی زنان داشته باشد. اعتقاد به آخرت در هر آیینی که پیوندی با آسمان دارد، یک عنصر اساسی و به‌منزله ستون فقرات آن است، و ادیان بدون آن به مکتب‌هایی مادی و ساخته ذهن بشر تبدیل خواهند شد. بنابراین، قوام دین به مبدأ و معاد است و از این رو، هیچ آیین آسمانی و الهی‌ای، هرچند تحریف شده را نمی‌باید که دعوت به زندگی اخروی، برانگیخته شدن انسان پس از مرگ و برپایی حساب و کیفر و پاداش در آن نباشد (ابراهیمی و بهرامی‌احسانی، ۱۳۹۰). پژوهشگران تاریخ بشر تصریح می‌کنند که جامعه انسانی پیوسته با این اصل همراه بوده است؛ گرچه دین و کتاب آن جامعه ناشناخته باشد (لیندستروم (Lindström)، ۲۰۱۴).

تأثیر ارزش‌ها و عقاید مذهبی بر سلامت روانی افراد در پژوهش‌های گوناگونی بررسی شده است. در یک مطالعه نشان داده شد که عقاید مذهبی قوی‌تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقای بهداشت روان مؤثر است (کوئینیگ (Koenig) و همکاران به نقل از: رحیمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین مطالعات دیگری نشان‌دهنده این بود که مذهب و عقاید مذهبی می‌تواند باعث کاهش ترس و نگرانی از مرگ شود (منظری‌توکلی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲). اسپیلکا (Spilca) و همکاران (۲۰۰۹) و تمپلر (Templer) و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که

بین اعتقاد به زندگی پس از مرگ و کم شدن اضطراب، ارتباط وجود دارد. در هر حال، اثر مهم دین در آرامش روانی، بهداشت و سلامت روانی و همچنین نقش آن در کاهش و بهبود بیماری‌های روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی باعث شده است که مطالعات روان‌شناسی دین، در ابعاد مختلف رشد چشمگیری داشته باشد.

قرآن کریم نیز جهالت و عدم کسب دانش را پایه و اساس بیماری‌های دل و روان معرفی می‌کند و درمان آن را نیز بر کسب آگاهی و دانش، به‌ویژه علوم توحیدی، استوار می‌داند. روش‌های درمانی موجود برای درمان مشکلات سلامت روانی و افسردگی، شامل دارودرمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری و خانواده‌درمانی به‌صورت ترکیبی یا به‌تنهایی است (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۴). دارودرمانی یکی از شیوه‌های رایج در درمان اختلال‌های عاطفی، بخصوص افسردگی است؛ اما عوارض جانبی نامطلوب این داروها کاربرد آنها را در بسیاری از موقعیت‌ها محدود می‌کند. همچنین مطالعاتی که در زمینه پیگیری‌های پس از درمان صورت گرفته است، نشان‌دهنده نرخ بالای نشانه‌های افسردگی در بیماران افسرده پس از قطع دارو است. یکی از عواملی که می‌تواند با افسردگی مرتبط باشد، فقدان معنا در زندگی است. معنادرمانی، روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگی‌شان آماده کند. *فرانکل* بر اساس کار بالینی و مطالعه نتیجه گرفت: فقدان معنا منبع اصلی استرس وجودی، افسردگی و اضطراب است. او «نورز وجودی» (existential neurosis) را تجربه بی‌معنایی می‌داند. بر اساس نظر *فرانکل*، درمان به مراجعان کمک می‌کند تا معنایی را در زندگی‌شان پیدا کنند (یاوریان و نیکاکتار (Yavarian & Nikaktar)، ۲۰۱۱). معنادرمانی نوعی درمان مراجع‌محور است که بر روی آینده‌شخص تمرکز می‌کند. در این رویکرد درمانی، درمانگر با هدف آگاه نمودن مراجع از بُعد معنوی خویش، سؤالاتی از وی می‌پرسد. بنا به نظر *فرانکل*، ریشه روان‌رنجوری انسان مدرن، در شکست او در معنادهی به زندگی، نقص در ارزش‌ها و پوچی در زمینه وجودی و ذاتی است. در مداخلات روان‌شناختی، معنادرمانی مظهر دنیایی کوچک از دنیای واقعی است که طی آن، هدف از مشارکت افراد، کشف خویشتن به‌عنوان شخصی دارای مجموعه‌ای از علایق مشترک است (کانگ (Kang) و همکاران، ۲۰۰۴). از سویی دیگر، آنچه در معنادرمانی به‌مثابه رکن و پایه در نظر گرفته می‌شود، بحث معنا و هدفمند بودن در زندگی است که این حوزه در دین نیز وجود دارد. از این‌رو، معنادرمانی را می‌توان برخاسته از دین دانست، چنان‌که ابعاد آن در چارچوب اسلام قرار گرفته و اسلام نیز آن را تأیید کرده است. در این میان، یکی از عواملی که می‌تواند تحت تأثیر معنا و به‌طور کلی معنادرمانی قرار گیرد، آخرت‌نگری است؛ چراکه به اعتقاد *فرانکل*، مرگ پایان زندگی نیست، بلکه به آن جهت می‌بخشد. از سوی دیگر، وجود باورهای مذهبی می‌تواند بر روی عواملی مانند تنش و اضطراب، رفتارهای پرخطری همچون مصرف سیگار و مواد مخدر، فرار از مدرسه، و اعتیاد به الکل، نقص در مهارت‌های اجتماعی، روابط درون‌فردی ضعیف و حرمت نفس پایین، کم‌رویی و بروز افسردگی اثر منفی بگذارد و از میزان آنها بکاهد (استوارت (Stewart)، ۲۰۱۵).

به اعتقاد گروهی از پژوهشگران، مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمام عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳). دین و مذهب به‌عنوان یک کاتالیزور موجب شادمانی، رضایت از زندگی، امید و خوش‌بینی، هدفمندی و معنا در زندگی، و حرمت نفس شده و سبب بهبود در آنها می‌شود؛ همچنین بر روی عواملی نظیر احساس تنهایی، شدت افسردگی، شدت اضطراب، وقوع انواع روان‌پریشی، شدت خودکشی و نوع نگرش به آن و نیز ثبات در زندگی تأثیر مثبت می‌گذارد و موجب کاهش این عوامل نامساعد می‌شود (منظری‌توکلی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲).

دین‌گرایی و بی‌اعتقادی به جهان پس از مرگ و اثر منفی آن بر سلامت روان، یکی از مشکلات مزمن حوزه سلامت است که بالاترین میزان شیوع جهانی را به خود اختصاص داده و یکی از دلایل شایع بیماری‌های مزمن در جامعه عمومی است (لینداستروم و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش‌ها در حوزه معنویت و سلامت روان، از وجود رابطه مثبت میان آنها خبر می‌دهد (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸؛ ریو و همکاران، ۲۰۰۶).

همان‌گونه که بیان شد، وجود برخی از ابعاد نامطلوب که در زندگی امروزه شایع شده است، موجب می‌گردد فرد به نوعی احساس پوچی و بی‌هدفی کند که در واقع ناشی از فراموشی خدا به‌عنوان مبدأ و مقصد زندگی است؛ در نتیجه انسان امروزی هنگامی که به پایان زندگی می‌اندیشد، آینده را تاریک و مبهم می‌بیند و از آن هراسان می‌گردد؛ درحالی که دین اسلام و در رأس آن کتاب آسمانی قرآن، با فراهم نمودن یک نظام فکری و عقیدتی منسجم در چارچوب مبدأ و معاد، واقعیت‌های زندگی را برای انسان قابل فهم می‌کند و باعث می‌شود که فرد احساس هدفمندی و معناداری در این جهان داشته باشد (ناظمی‌اردکانی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که فعالیت‌های معنوی و شهودی، مانند تمرکز و اندیشه معنوی تصویرسازی ذهنی نسبت به شگفتی‌های جهان هستی و عظمت پروردگار که قادر مطلق است، نیایش و ارتباط عمیق با خالق هستی و امید به رحمت بیکران وی، در حل مشکلات زندگی و نجات انسان اثرات شفافبخش و نیرومندی بر مراجعین دارد (مالتابی و دی، ۲۰۰۳). با توجه به همین امر، لزوم وجود مداخلات درمانی که بُعد معنوی را نیز شامل می‌شوند، بارزتر می‌گردد. از آنجایی که درمان‌های شناختی کلاسیک به‌تنهایی نمی‌توانند باعث افزایش بُعد آخرت‌نگری و به دنبال آن بهبود سلامت روان افراد افسرده شوند، لذا تلفیق روان‌درمانی با امور معنوی و معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به پروردگار، راضی و قانع بودن به آنچه فرد دارد و مقدر الهی است، توجه به تدبیرات و حکمت الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه مقدمه آخرت است و اینکه زندگی دنیا همراه با سختی‌هاست (حمید و ویسی، ۱۳۹۱) و توجه به تأثیر مثبت مذهب در پیشگیری و درمان اختلالات روانی و جایگاه خاص مذهب و اعتقادات دینی در کشورمان و شیوع زیاد اختلالات خلقی، ضرورت ایجاد می‌کند که با استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی و با استفاده از آموزه‌های دینی، برای رفع مشکلات زنان افسرده اقدام نمود. همچنین، با توجه به نبود پژوهش کافی در زمینه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و

دعا و جدید بودن این روش درمانی، در پژوهش حاضر این نکته بررسی شده است که آیا معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده تأثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی با روش نیمه‌آزمایشی و با گروه کنترل و آزمایشی است. طرح این پژوهش، طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را زنان افسرده مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره مهر و امید تشکیل می‌دهند. نمونه مورد بررسی عبارت است از سی زن افسرده که پس از اجرای آزمون افسردگی بک (AISS)، افسرده تشخیص داده شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره (کنترل و آزمایشی) قرار گرفتند و کاربست حاضر در ده جلسه نمود دقیقه‌ای و در مدت زمان تقریبی پنجاه روز (هر پنج روز یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از مداخله آزمایشی پژوهشگران به دست آمده است. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های آخرت‌نگری بهرامی/حسان (۱۳۸۱) و سلامت روان (BioPSSI) پاسخ دادند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۲-۴۵ سال بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌های گروه آزمایشی برای اجرای درمان به این شرح بود: الف. عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره پژوهش؛ ب. بعضی از آزمودنی‌ها از داروهای آرام‌بخش و مسکن استفاده می‌کردند که این مصرف داروی آنها، با توجه به شرایطشان و همچنین احتیاط لازم (تحت نظر متخصص مربوطه که به آن مراجعه می‌کردند)، قطع شد. به منظور صحت تشخیص بیماری افسردگی، از آزمودنی‌های گروه نمونه مصاحبه تشخیصی به عمل آمد؛ سپس قوانین و مقررات جلسات گروهی برای آنها توصیف شد و آزمودنی‌ها تعهد دادند که به طور منظم در جلسات شرکت کنند. این جلسات شامل معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بود (حمید و ویسی، ۱۳۹۱). قابل ذکر است که هر جلسه با تلاوت آیاتی چند از قرآن کریم - که مرتبط با محتوای جلسه بود - آغاز می‌گردید؛ سپس به آموزش مباحث معنادرمانی پرداخته و تکالیف ارائه و بررسی می‌شد و در انتها نیز همان آیات تلاوت می‌گردید و جلسه با دعا خاتمه می‌یافت. طرح کلی جلسات به این صورت بود:

جلسات اول و دوم: تعیین اهداف و قوانین گروه؛ تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی برای افراد با ذکر یک مثال؛ ارائه تکلیف به آزمودنی‌ها به منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه؛ دادن بازخورد؛ تعریف آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و بیان این موضوع که انسان کاملاً تحت سلطه شرایط قرار ندارد و این خود اوست که حق انتخاب دارد که با شرایط مقابله کند؛ ارائه تکلیف.

جلسات سوم و چهارم: آگاهی از ارزش‌ها؛ آموزش آگاهی‌های هشیارانه از ابعاد مختلف زندگی خود؛ تمرکز و توجه بر قدرت مطلق هستی؛ آگاهی از داشته‌ها و نعمتهایی که پروردگار در اختیار فرد قرار داده است؛ شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق؛ بررسی اهداف و مشاغلی که دوست داشته‌اند، اما نتوانسته‌اند به آنها برسند؛ معنا دادن به

دشواری‌ها و مشکلاتی که در زندگی با آن مواجه‌اند؛ استعانت الهی و توکل به پروردگار در انجام همه امور و توجه به پیامدهای مثبتی که به دنبال دشواری و مصیبتی رخ می‌دهد: «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (شرح: ۶)؛ استفاده از آیات قرآن، احادیث و سیره نبوی در معنا بخشیدن به زندگی.

جلسات پنجم و ششم: بررسی تکالیف خانگی؛ شفاف‌سازی ارزش‌های تجربی و عینی؛ بررسی تجارب هنری که برای فرد ارزشمند است و از آنها لذت می‌برد یا اشخاصی که برای او جالب و معنادارند؛ تقویت ارزش‌های نگرشی؛ بررسی اشخاص و موقعیت‌ها و مشاغل که برای فرد ارزشمندند، به‌منظور تقویت ارزش‌های معنوی و الهی فرد؛ شفاف‌سازی ارزش‌های نگرشی؛ تهیه سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها؛ بررسی نقل‌قول‌های خردمندانه و گفته‌های حکیمانه مبتنی بر قرآن و احادیث و سیره نبوی جهت تقویت توکل به پروردگار؛ معنا بخشیدن به هر لحظه از زندگی و در نظر گرفتن خود به‌عنوان عنصری از یک نظام هستی.

جلسات هفتم و هشتم: متناسب کردن اهداف با ارزش‌های معنوی و الهی؛ تحلیل اهداف متناسب با ارزش‌ها؛ کمک به افراد برای وصول به اهداف خود با تلاش و معنایی در زندگی؛ دادن تکالیف خانگی؛ تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های ره‌اشده یا نادیده‌گرفته شده؛ استفاده از روش بارش مغزی برای بررسی اهداف معنوی و متعالی که به شکوفایی استعدادها و فرد کمک می‌کنند؛ در میان گذاشتن اهداف جدید هر فرد با دیگران؛ ارائه طرح دستیابی به هدف؛ تعیین چارچوب زمانی معلوم برای اجرای اهداف تعیین‌شده.

جلسات نهم و دهم: بررسی بینش‌های کسب‌شده؛ تعیین نقاط ضعف و قوت به‌وسیله فرد و دریافت بازتاب از دیگران؛ بررسی پیشرفت معناجویی فرد و موانع احتمالی که وجود دارند؛ استفاده از نظرات گروه جهت تقویت معناجویی فرد؛ بررسی تغییرات حاصل از فرد در نتیجه آموزش معناجویی در زندگی در ابعاد مختلف زندگی؛ آماده کردن فرد برای خاتمه جلسات آموزشی؛ دادن تکالیف خانگی و خواندن کتب قرآن و متونی که به معناجویی فرد کمک می‌کند؛ مرور موضوعات جلسه اول تا نهم به‌صورت نظری، اجمالی و عملی؛ اجرای پس‌آزمون (مقیاس آخرت‌نگری و سلامت روان).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کواریانس استفاده شد. داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی بک: این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون در مجموع متشکل از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف است و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن، بین پنج تا ده دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده‌ها، داشتن توانایی خواندن در

سطح کلاس پنجم یا ششم کافی است. دامنه نمره‌ها حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. به‌طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه دوازده تا چهل قرار می‌گیرد. در این پژوهش، آزمودنی‌هایی که نمرات بالای ۴۰ در این مقیاس به دست آورند، شرکت داده می‌شوند. ضریب همبستگی درونی این مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت، در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، هم‌زمان و تمیزی و تحلیل عاملی، به‌طور کلی مطلوب بوده است. محتوای پرسش‌نامه نیز بر اساس نظر متخصصان بالینی درباره نشانه‌های افسردگی روایی و پایایی این پرسش‌نامه، در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۶ به‌ترتیب مورد بررسی مجدد قرار گرفت و ثابت شد. در پژوهش‌های زیادی که درباره افسردگی در داخل کشور ایران انجام گردیده، این پرسش‌نامه در فرم‌های ۱۳ آیتمی و ۲۱ آیتمی به کار گرفته شده است و نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که این آزمون دارای روایی و اعتبار خوبی است. ضریب همبستگی بک با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳ و با مقیاس MMPI، ۰/۷۴ بوده است. در کل می‌توان گفت پایایی و اعتبار این آزمون، به‌ترتیب ۰/۷۵، و ۰/۹۰ بوده است (بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

مقیاس آخرت‌نگری ابراهیمی - بهرامی‌احسان: این پرسش‌نامه با استفاده از آیات و روایات استخراج‌شده از منابع دین مقدس اسلام ساخته شده است که ابتدا شامل ۷۷ سؤال بود؛ سپس با اجرای تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش پرومکس با چهار عامل، برخی از سؤالات حذف شدند. پرسش‌نامه نهایی دارای ۴۴ سؤال است که از پنج خرده‌مقیاس تکلیف‌گریزی، آمادگی، آخرت‌محوری، تعالی و لذت‌جویی تشکیل یافته است. این مقیاس را هم به‌صورت گروهی و هم به‌صورت انفرادی می‌توان اجرا کرد و یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای است که از پنج درجه تشکیل شده است و از «کاملاً موافقم» شروع می‌شود و به پیش می‌رود. برای نمره‌گذاری این آزمون، ابتدا به هر عبارت که نشان‌دهنده درجه فرد درباره خودش هست، یک نمره صفر تا چهار تعلق می‌گیرد. اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل آزمون ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تکلیف‌گریزی ۰/۵۲، آمادگی ۰/۷۲، آخرت‌محوری ۰/۷۹، تعالی ۰/۶۵ و لذت‌جویی ۰/۶۷ به دست آمد. اعتبار آزمون از طریق دونیمه‌سازی، همبستگی بین نیمه اول با نیمه دوم ۰/۸۶ به دست آمد. *منظری توکلی و بهرامی‌احسان (۱۳۹۲)* در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آخرت‌نگری را در نمونه‌ای از دانشجویان معتکف و غیرمعتکف بررسی کرده، روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کردند.

مقیاس سلامت اونارکر/*انگل (۱۹۸۱)* مدل زیستی - روانی - اجتماعی را به‌عنوان یک مدل کلی‌نگر جایگزین مدل‌های زیستی‌پزشکی کاهش‌گرا در دوره خود ارائه داد. این مدل از این بحث می‌کند که بیماری و سلامت نتیجه تعامل بین جنبه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. *انگل* سه سال بعد از طرح این مسئله، درصد اثبات کاربردهای کلینیکی این نظریه برآمد. پژوهش‌های متعددی کارآمدی این نظریه را تأیید کرده‌اند؛ با وجود این و با افزایش شواهد تأثیر دین و معنویت بر رفتار سالم، سازش‌یافتگی، نشانگان جسمانی و هیجانی، و کیفیت زندگی،

اوتارکر و استرلینگ پیشنهاد کردند که مدل انگل نیازمند یک بازنگری است تا جنبه معنوی نیز به آن اضافه شود. این رویکرد، به ساخت پرسش‌نامه سنجش سلامت زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی انجامید. این مقیاس در سال ۱۳۸۹ توسط بهرامی/احسان به فارسی ترجمه شد. در این مقیاس، چهار بُعد بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد سنجش قرار می‌گیرند. البته قسمت پایانی آن، عملکرد فرد را در چهار بُعد قبلی می‌سنجد. برای هر سؤال شش گزینه وجود دارد که فرد بر اساس اینکه چه مقدار آن را تجربه کرده، از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) به آن نمره می‌دهد. در جنبه عملکردی نیز از آزمودنی خواسته می‌شود تا گزارش دهد که فعالیت مذکور چه مقدار با محدودیت مواجه شده است که می‌تواند از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) متغیر باشد. در هر مقیاس، نمره بالا نشان‌دهنده نشانه‌ها و محدودیت‌های منفی یا نبود نشانه‌های مثبت است (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). ده گویه اول پرسش‌نامه، نشانه‌های بدنی‌اند و دربردارنده آیت‌هایی است که نشانگان غیراختصاصی عمومی شده را دربر می‌گیرند (درد، ضعف، ناراحتی در تنفس و...). چهار گویه بعدی پرسش‌نامه، نشانگان روانی است که مرتبط با اضطراب و افسردگی است. هشت گویه پس از آن، نشانگان اجتماعی است که متمرکز بر تعاملات اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است و هفت گویه پایانی، نشانگان معنوی است که دربردارنده صلح، هماهنگی و هدف‌داری است. تمام مقیاس‌های چهارگانه، اعتبار هم‌زمان خوبی دارند و از همسانی درونی بالایی برخوردارند (۰/۹۶۷-۰/۸۶۲/α) (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی، به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر اعتبار مطلوب این مقیاس است.

یافته‌های پژوهش

نتایج عملکرد دو گروه آزمایشی و کنترل بر اساس میانگین و انحراف‌معیار در آخرت‌نگری و مؤلفه‌های آن و سلامت روان و مؤلفه‌های آن، در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف‌معیار در آخرت‌نگری و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها		مراحل		کنترل		آزمایشی	
		SD	M	SD	M	SD	M
تکلیف‌گریزی	پیش‌آزمون	۱۲/۱۰	۴/۴۰	۱۲/۴۵	۳/۷۴		
	پس‌آزمون	۱۲/۱۴	۴/۲۰	۸/۹۵	۲/۸۹		
آمادگی	پیش‌آزمون	۱۸/۳۰	۴/۶۹	۱۸/۵۰	۴/۳۴		
	پس‌آزمون	۱۷/۹۰	۴/۶۱	۲۸/۳۰	۶/۸۸		
آخرت‌محوری	پیش‌آزمون	۲۱/۳۰	۵/۴۳	۲۱/۴۵	۵/۲۳		
	پس‌آزمون	۲۱/۲۰	۵/۴۷	۲۸/۳۵	۶/۹۵		
تعالی	پیش‌آزمون	۷/۴۵	۲/۲۵	۷/۵۰	۲/۱۴		
	پس‌آزمون	۷/۲۵	۲/۴۵	۱۱/۹۵	۴/۳۱		
لذت‌جویی	پیش‌آزمون	۸/۳۳	۲/۴۶	۸/۱۷	۲/۷۱		
	پس‌آزمون	۸/۰۷	۲/۲۹	۶/۲۱	۲/۳۱		
آخرت‌نگری (کل)	پیش‌آزمون	۸۷/۶۰	۸/۵۰	۸۶/۳۰	۸/۳۲		
	پس‌آزمون	۷۶/۳۱	۷/۸۳	۱۱۲/۸۱	۸/۴۵		

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار در سلامت روان و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آزمایشی		کنترل		مراحل	مؤلفه‌ها
SD	M	SD	M		
۳/۹۴	۱۲/۱۹	۴/۲۷	۱۲/۰۶	پیش‌آزمون	بدنی
۴/۲۱	۲۱/۷۳	۴/۳۸	۱۲/۳۳	پس‌آزمون	
۲/۲۴	۶/۳۸	۲/۳۸	۶/۴۲	پیش‌آزمون	روانی
۳/۷۷	۱۱/۸۱	۲/۲۹	۶/۱۸	پس‌آزمون	
۳/۲۷	۷/۲۰	۳/۴۳	۷/۳۰	پیش‌آزمون	اجتماعی
۴/۹۵	۱۳/۳۵	۳/۴۷	۷/۲۰	پس‌آزمون	
۳/۱۱	۸/۰۹	۳/۴۹	۸/۲۴	پیش‌آزمون	معنوی
۴/۰۷	۱۴/۲۶	۳/۲۵	۸/۳۷	پس‌آزمون	
۶/۳۱	۲۳/۲۲	۶/۵۶	۲۳/۶۰	پیش‌آزمون	سلامت روان (کل)
۷/۴۱	۵۴/۸۶	۶/۷۱	۲۴/۱۴	پس‌آزمون	

چنان‌که مشاهده می‌شود، با مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و کنترل، چنین برآورد می‌شود که نمرات مؤلفه‌های آخرت‌نگری و سلامت روان، تغییر و بهبود چشمگیری داشته است. برای تعیین معناداری این تفاوت‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد که مقدار $۰/۵۷۶$ و سطح معناداری $۰/۲۷$ را نشان داد که عدم معناداری آن بیانگر همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنادار نشد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پیش‌آزمون است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در متغیرهای آخرت‌نگری و سلامت روان

معناداری	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	متغیرها	
۰/۲۸	۰/۸۹۳	آخرت‌نگری	پیش‌آزمون
۰/۳۱	۰/۷۴۹	سلامت روان	پیش‌آزمون

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر آخرت‌نگری، در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر آخرت‌نگری

Sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات
۰/۰۱	۵/۸۹	۱۳۲/۴۵	۱	۱۳۲/۴۵	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱۸/۳۱	۴۱۱/۵۱	۱	۴۱۱/۵۱	گروه‌ها
		۲۲/۴۷	۲۷	۶۰۶/۷۳	خطا

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ آخرت‌نگری تفاوت معناداری وجود دارد ($F=18/31$ و $P<0/001$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارائه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا موجب افزایش آخرت‌نگری در زنان گروه آزمایش شده است. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر سلامت روان، در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر سلامت روان

sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات
۰/۰۱۷	۱۰/۳۹	۴۸۷/۵۶	۱	۴۸۷/۵۶	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۳۹/۱۶	۱۸۵۴/۵۳	۱	۱۸۵۴/۵۳	گروه‌ها
		۴۷/۳۵	۲۸	۱۲۷۸/۴۵	خطا

همان‌گونه که در جدول ۵ دیده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۳۹/۱۶$ و $P<۰/۰۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ارائه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا موجب افزایش سلامت روان در زنان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با توجه به اینکه معنادرمانی به‌شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی بودن، با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده شهر کرمان انجام شد. نتایج نشان داد که معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا می‌تواند آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده را بهبود بخشد. با تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مشخص شد که اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده، در سطح معناداری $P<۰/۰۰۱$ تأیید شد و تفاوت معناداری در نتایج نمرات زنان دو گروه در اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های آخرت‌نگری و سلامت روان مشاهده می‌شود.

اولین یافته پژوهش، اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری زنان افسرده است که این فرضیه در سطح $۰/۰۰۱$ تأیید شد. این نتیجه به‌گونه‌ای با یافته‌های زاده‌موش و همکاران (۱۳۹۰) و اکبری و فتحی (۱۳۸۸) همخوانی دارد. در معنادرمانی، تقویت نگرش‌ها و عملکردهای مذهبی و نیز پرداختن به اصول و اعتقادات دینی در افراد به‌عنوان یک رکن مهم مدنظر قرار می‌گیرد؛ در نتیجه، همان‌گونه که از طریق تحلیل کوواریانس در این پژوهش عنوان شد، معنادرمانی سبب جهت‌گیری مذهبی صحیح و بهنجار می‌گردد و در مقایسه با گروه کنترل، دارای بهبودی است و تأثیر عمده‌ای خواهد داشت. پژوهش‌ها حاکی از آن است که با افزایش آخرت‌نگری، فرد اضطراب و افسردگی کمتری دارد و لذا از سازگاری بهتری برخوردار است. آخرت‌نگری یکی از عوامل مهم نگرش مذهبی است که تقویت این عامل می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش علایم افسردگی شود (کیزی، ۲۰۰۵). انسان با توجه به مبانی هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه اسلام می‌تواند با کل هستی، ابدیت و ماورای مادیات پیوند منطقی پیدا کند و برای زندگی خود مفهوم و غایت، و به‌طور خلاصه، معنایی بیابد و از این طریق از آسیب‌های سخت و شدید روانی مصون گردد. یکی از اثرات ارزشمند ایمان و اعتقاد به معاد، نجات انسان از سردرگمی در زندگی دنیا و اعتقاد به جهان بعد از مرگ و معنادار شدن آن است.

مذهب به‌عنوان یک ساختار ارزشی و اخلاقی، در معنا دادن به زندگی افراد نقش انکارناپذیری دارد (رضایپور میرصالح، ۱۳۹۵). مذهب با ترسیم مسیری هموار در مقابل بشر و نشان دادن مقصد و هدف این حرکت، او را از بی‌هدفی رها می‌سازد و از آنجاکه این هدف آن‌قدر برای نوجوان مهم و جذاب است، وی را وادار به حرکت به سمت طرح برنامه، وسیله و ره‌توشه می‌کند و از طریق آموزه‌های معنادرمانی به این نتیجه می‌رسد که همه نیازهای سفر او را مذهب‌گرایی به بهترین شکل ممکن مهیا می‌سازد. تبیین معنای زندگی و مرگ و توجیه و آرام کردن رنج و ارزش‌های اخلاقی، هدایت بشر و رسانیدن او به کمال نهایی از رسالت‌های اصلی مذهب است؛ به‌گونه‌ای که زنان جوان و میان‌سال بتوانند در زندگی فردی و اجتماعی خود موفق باشند و بتوانند به کمک دین و امور مذهبی به سرمنزل مقصود - که همان سعادت ابدی است - برسند. معنادرمانی نیز مانند رویکردهای مذهبی، به‌ویژه رویکرد اسلامی، برای هدف در زندگی، فلسفه زندگی و آزادی اراده، فوق‌العاده ارزش قائل است.

یافته دوم این پژوهش عبارت است از اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر سلامت روان زنان افسرده. بررسی نتایج پس‌آزمون و مقایسه آن با نتایج حاصل از اجرای پیش‌آزمون نشان داد که این فرضیه نیز در سطح ۰/۰۰۱ تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های اکبری و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۸)، اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۹)، و استوارت (۲۰۱۵) همسو است. استفاده از راهبردهای مقابله دینی مثبت، چه راهبردهای مبتنی بر اسلام و چه راهبردهای جهانی دینی - که بیشتر بر رابطه بین فرد و خدای عشق، اعتماد و توکل بر خدا استوار است - پیامدهای مثبت ناشی از چالش‌ها را تسهیل می‌کند و امکان تعالی پس‌ضرب‌ها را در آنان افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنادرمانی بر روی خوش‌بینی به‌عنوان یک مؤلفه مهم روان‌شناسی مثبت نیز تأثیرگذار است که این خود سبب افزایش امید، انگیزه و سلامت روان در فرد می‌شود. همان‌گونه که غلامی و همکاران (۱۳۹۰) عنوان کردند، معنادرمانی امید و انگیزه را بالا می‌برد و در نتیجه سبب سازگاری هرچه بیشتر و بهتر با شرایط موجود و به تبع آن افزایش سلامت روانی افراد می‌گردد. معنویت را می‌توان واقعیتی درونی دانست که به فرد کمک می‌کند تا به اهمیت بُعد وجودی خود پی ببرد (استوارت، ۲۰۱۵). معنادرمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث حتمی زندگی خویش را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آن را تغییر بدهد و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. همچنین شخص به این آگاهی می‌رسد که شرایط متفاوت می‌تواند یافتن معنا در زندگی یا تحقق آن را در موقعیت خاصی آسان یا مشکل نماید و این اصل به قوت خود باقی است که معنا در هر شرایطی، حتی در ناگوارترین حالات قابل تصور، دست‌یافتنی است؛ در نتیجه، افزایش سلامت روان را به دنبال خواهد داشت.

یکی از ویژگی‌های برجسته و قابل توجه در این روش این است که تنها به کاربرد بهنجار اکتفا نمی‌شود؛ بلکه مراجع را به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌کند که این مسیر حتی تا پایان دوره درمان نیز ادامه دارد. بنابراین می‌توان رویکرد معنادرمانی گروهی را به‌عنوان روشی قوی برای اصلاح ساختارهای ذهنی، همچون جهت‌گیری مذهبی صحیح، افزایش ابعاد مختلف سلامت روان و کاهش افسردگی به کار برد و

سبب کاهش نشانگان این اختلال شد و به مراجع در نیل به رشد، تعالی، شکوفایی، یافتن معنا و هدف، و بالندگی در زندگی کمک کرد. از سوی دیگر، در تبیین اثربخشی رویکرد معنادرمانی باید عنوان نمود که این روش با تأکید بر سازه‌هایی چون یافتن معنای شخصی در زندگی و معنای رنج و استفاده از تکنیک‌های منحصر به فردش و نیز تکلیف‌هایی که در آن به مراجع داده می‌شود، گام‌های مؤثری را در راستای اثرگذاری بر فکر و ذهن او برمی‌دارد و از این رو، نه تنها می‌تواند اثر مهمی را بر آنچه ناهنجاری تلقی می‌شود، بگذارد، بلکه در افراد بهنجار نیز توان اثربخشی مناسبی را دارد. در واقع، همان‌طور که در منابع متعددی (برای مثال سلیگمن، ۱۳۹۱) عنوان شده، برخی از فضیلت‌ها و قابلیت‌ها از این کاربست برخاسته است. در اینجا به وضوح مشخص می‌گردد که معنادرمانی تا چه حد نزدیک به رویکرد مورد استفاده در تعالیم اسلامی و همچنین کلام بزرگان دین است. معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا به‌عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع روان‌درمانی وجودی، باعث کاهش افسردگی در زنان شده است. با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ایرانی می‌توان از این رویکرد درمانی به‌طور گسترده در افزایش آخرت‌نگری و به دنبال آن افزایش سلامت روان افراد افسرده استفاده کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در جامعه آماری و داده‌های آن اشاره کرد که بر اساس داده‌های خودگزارش‌دهی است و همین ویژگی زمینه سوگیری را فراهم می‌کند. برای رفع این نقص، بهتر است از صاحب‌های بالینی ساختاریافته، درجه‌بندی به‌وسیله خانواده و همسالان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد این کاربست بر روی سایر جوامع سلامت و نیز بالینی صورت پذیرد تا دیگر ابعاد اثربخشی آن مشخص گردد. همچنین انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به‌منظور ارزیابی بلندمدت اثرات این روش درمانی و تثبیت آموزش‌های جلسات انتهایی و در نهایت انجام جلسات بازآموزی و یادآوری پس از خاتمه دوره درمان به‌منظور بروز از هرگونه افت اثر درمان، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، ابوالفضل و هادی بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰، «رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان دانشگاه تهران و طلاب علوم دینی حوزه علمیه قم»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱۴، ص ۴۵-۶۲.
- اکبری، الله‌رضا و علی فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه دنیاگرایی و سلامت روانی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۱۰۵-۱۴۳.
- بهرامی‌احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۶۹، ص ۴۱-۶۳.
- تقی‌پور، ابراهیم و رویا رسولی، ۱۳۸۷، «تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۸، ص ۳۷۳-۶۸۵.
- حمید، نجمه و شوبو ویسی، ۱۳۹۱، «اثر بخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی»، *پژوهش‌های میان‌رشته‌های قرآن کریم*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۷-۳۸.
- رحیمی‌نژاد، عباس و همکاران، ۱۳۹۴، «رابطه سبک‌های هویت با پهنی‌رستی روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی: نقش واسطه‌ای تعهد و پذیرش هویت دینی»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۴، ص ۹۵-۱۱۲.
- رضاپور میرصالح، یاسر، ۱۳۹۵، «مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی - اسلامی با شناخت‌درمانی رایج مبتنی بر خودگویی بر کاهش تعارضات زناشویی»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال هفتم، ش ۱، ص ۵۷-۷۰.
- زاده‌وش، سمیه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری با جهت‌گیری مذهبی بر رضایت زناشویی بانوان»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۲۱-۲۱، ص ۴۱-۲۱.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۰، ص ۱۱۰-۱۲۳.
- فقیهی، علی‌نقی و همکاران، ۱۳۹۴، «مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی یک درمان افسردگی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۵، ص ۶۹-۸۶.
- منظری توکلی، وحید و هادی بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲، «بررسی پایایی و اعتبار سازه مقیاس آخرت‌نگری»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ششم، ش ۳، ص ۳۰-۴۰.
- ناظمی‌اردکانی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۴، «اثر بخشی مداخله معنوی - مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های ایمنی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۴، ص ۱۱۳-۱۳۱.
- Deneulin, S, & Rakodi, C, 2011, Revisiting religion: development studies thirty years on, *World Development*, 39(1), p. 45-54.
- Doolittle, B.R, & Farrell, M, 2004, The association between spirituality and depression in an urban clinic, *The Primary Care Companion-Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), p. 114-118.
- Erozkan, A, 2009, The predictors of loneliness in adolescents, *Journal of Elementary Education Online*, 8(3), p. 809-819.
- Fontaine, R.G, et al, 2009, Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in women, *Development and Psychopathology*, n. 21, p. 479-491.
- Hamidi, E, et al, 2013, The Impact of logotherapy on marital satisfaction, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n. 84, p. 1815-1819.

- Hills, J, et al, 2005, Spirituality and distress in palliative care consultation, *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), p. 782-788.
- Hutchinson, G.T, & Chapman, B.P, 2005, logotherapy- Enhanced REBT: an integration of discovery and reason, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, n. 35, p. 145-150.
- Jang, S.J, & Johnson, B.R, 2004, Explaining religious effects on distress among African Americans, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), p. 239-260.
- Kang, K.A, et al, 2004, The Effect of logo therapy on the Suffering, Finding Meaning, and spiritual well- being of Adolescents with Terminal cancer, *Journal of Clinical Psychology*, n. 77, p. 71-80.
- Keyes, C.L.M, 2005, Mental illness and mental health? Investigating axioms of the complete state model of health, *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), p. 539-548.
- Koenig, C.L.M, & Reitzes, D.C, 2010, The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults, *Aging & Mental Health*, 11(4), p. 434-443.
- Koenig H G, et al, 2011, Effect of aerobic exercise on women mental health, *Journal of Uremia Nursing & Midwifery factually*, n. 9, p. 49-52.
- Maltby J, & Day L, 2003, Religious Orientation Coping and Appraisals of Stress, *Journal of Personality and Individual Differences*, n. 34, p. 1209- 1224.
- Lindström, M, et al, 2014, Economic stress in childhood 38th adulthood, and poor psychological health: Three life course hypotheses, *Psychiatry Research*, n. 215, p. 386-393.
- Spilca, F, et al, 2009, Effectiveness of logo therapy in hope of life in The women depression, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, n. 159, p. 643-646.
- Omranifard V, et al, 2011, Effect of Religious Cognitive- behavior Therapy Content Obsessive Compulsive Disorder and Marital Satisfaction, *Social and Behavioral Sciences*, n. 31, p. 1630- 1638.
- Rew, L, & Wong, Y.A, 2006, Systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors, *Journal of Adolescent Health*, n. 38, p. 433-442.
- Richards, S.P, & Bergin, A.E, 2005, *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2nd edition. U.S.A, American Psychological Association.
- Stewart, C, 2015, The influence of spirituality on substance use of college students, *Journal of Drug Education: Substance Abuse Research and Prevention*, 31(4), p. 343–351.
- Templer, K. M, et al, 2013, Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings, *AIDS and Behavior*, 14(2), p. 379-389.
- Yavarian R, & Nikaktar M, 2011, Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older Patients, *American Journal of Psychiatry*, n. 155, p. 434- 542.