

## اثربخشی دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع)

مهدی داداشی حاجی<sup>۱</sup>

### چکیده


هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع) است. سؤال اصلی پژوهش عبارت است از اینکه تأثیر دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان چگونه است؟ جامعه آماری برای انجام این پژوهش عبارت است از ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه افسری است که به صورت داوطلب خواهان شرکت در جلسات دعا درمانی بوده‌اند. ابتدا به روش تصادفی، ۴۰ نفر از این تعداد انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. در شرایط برابر، از دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. آنگاه برای گروه آزمایش، هشت جلسه دعا درمانی گروهی یک و نیم ساعته برگزار شد. در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای در گروه کنترل صورت نگرفت. در پایان از دو گروه در شرایطی برابر، پس از آزمون به عمل آمد.

روش تحقیق در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون<sup>۱</sup> پس‌آزمون با گروه کنترل است. ابزار مورد استفاده برای سنجش، پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۲</sup> می‌باشد و داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که در سطح آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند نمودارها، میانگین، انحراف استاندارد، میانه و نما استفاده شد. در سطح آمار استنباطی

۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی مشاوره، مدرس دانشگاه افسری امام علی (ع)

نیز شاخص‌های آماری مانند ضریب همبستگی پیرسون، آزمون  $t$  مستقل و آزمون همگنی واریانس‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی رابطه معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد (  $\text{sig} = ۰/۰۰۱$  و  $t = ۲۹/۶۵$  ). بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که دعا درمانی بر سلامت عمومی اثر داشته و باعث افزایش آن شده است. در مورد مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های «نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی» تفاوت معناداری مشاهده شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دعا درمانی بر «نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، عدم تعامل با محیط و افسردگی» اثر دارد.

واژگان کلیدی: دعا، درمان، سلامت.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

از دیرباز تاکنون پیوسته نام خدا و زمزمه «خدایا» بر ذهن و دل آدمی ساری و بر زبان او جاری بوده است. هر کس به زبان و فهم و فراخور حال خویش در این باب سخن گفته، حاجت طلبیده و مطلب نوشته است. فیلسوف، عارف، شاعر، عالم و عامی هر یک، به زبان خاص خویش به این مهم پرداخته‌اند. به گفته شیخ بهایی:

«هر کس به زبانی سخن از حمد تو گوید بلبل به غزل‌خوانی و قمری به ترانه»

اثر مذهب در زندگی انسان، موجب گشته تا عده‌ای از محققان و متخصصان روان‌شناسی دین به این نتیجه برسند که برای دستیابی به تشخیص و ارزیابی بهتر و در نتیجه، درمان کاملتر بیماران، بهتر است یک طبقه تشخیصی جدید به فهرست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> اضافه گردد.

در این طبقه جدید مسائلی از قبیل استرس ناشی از فقدان ایمان، تغییر فرقه مذهبی، افراط در باورها و اعمال مذهبی، پیوستن به یک جریان مذهبی جدید و یا ترک یک جریان مذهبی و همچنین مجموعه‌ای از مسائل معنوی مثل تجربه‌های سحرآمیز، تجربه اضطراب مرگ و مراقبه قابل طرح می‌باشند (لاکف و همکاران، ۱۹۹۵).

تجارب شخصی نشان می‌دهد که در ایران نیز بسیاری از اختلالات روانی-عاطفی و حتی بین شخصی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون حساسیت نسبت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود. برای مثال اختلال‌هایی نظیر وسواس، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، تعارضات درونی و بین فردی در تعامل با باورها و نگرش‌های مذهبی قرار دارد، بنابراین می‌توان از راهبرد معنوی به عنوان نوعی ابزار مکمل در کنار سایر رویکردها با دقت و حساسیت خاص استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

1-Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder

در مورد رابطه بین معنویت و جنبه‌های مختلف آن از جمله دعا درمانی<sup>۱</sup> و سلامت روان، اخیراً مجلات پزشکی در آمریکا تفسیرهایی را بیان کرده‌اند. بیشتر پژوهش‌های بنیادی روابط مثبتی بین افزایش معنویت، دعا و نیایش و میزان بالای سلامتی پیدا کردند و بسیاری از بیماران دوست دارند که پزشکان در مورد معنویت و دعا‌های شخصی از آنها پرس و جو کنند (پیچ، ۲۰۰۳). در یک نظرسنجی از بیماران بستری در بیمارستان که بیش از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند، دریافتند که ۷۷ درصد آنها اظهار داشته‌اند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران را در نظر بگیرند. ۳۷ درصد از بیماران تمایل داشتند که پزشکان به دفعات بیشتری درباره عقاید معنوی با آنها صحبت کنند و ۴۸ درصد می‌خواستند که پزشکان به همراه آنها دعا کنند (کینگ و بوشویک، ۱۹۹۴، به نقل از پاچالسکی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

دعا و معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و تحمل<sup>۴</sup> هر دو مؤلفه‌های دعا درمانی هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی - سلامت جسمی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (اکستین و کزن، ۲۰۰۲).

آثار روانی، اجتماعی، تربیتی و معنوی دعا، نیایش و عبادت کم و بیش بر اهل علم و منطق آشکار است.

1-Prayer Therapy  
2- D.King & B.Bushwick  
3- C.M.Puchalski  
4- Hardiness

## بیان مسئله

«الا بذكر الله تطمئن القلوب»؛ آگاه باشید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد (سوره فجر/۲۶). فشارهای روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع زندگی اجتماعی که تحت تأثیر دستاوردهای جدید فناوری تشدید می‌شوند، تأثیرات عمده‌ای بر بهداشت روانی و کیفیت زندگی مردم می‌گذارند. عوامل روانی - اجتماعی در میزان موفقیت کوشش‌ها برای بهبود توسعه اقتصادی و ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی به مردم نقش تعیین کننده‌ای دارند. بدین ترتیب بشر هر روز بیشتر از روز پیش به تأثیر عوامل روانی در سعادت خود واقف می‌گردد. احساس ناراحتی و تردید و تشویش در مورد اینکه آیا می‌توان در کوره راه‌های زندگی کنونی، راهی به سرمنزل مقصود یافت یا نه، جای قحطی و بیماری‌های جسمی واگیردار عصر گذشته را گرفته است. حتی بررسی‌ها نشان می‌دهند که ناراحتی‌های روانی بشر، بیشتر از جمیع اختلالات جسمی دیگر سلامت وی را مورد تهدید قرار داده و وی را در بیمارستان بستری می‌سازد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶).

از آنجایی که انسان موجودی چهار بُعدی و شگفت‌انگیز بوده و از پیچیدگی‌های فراوانی برخوردار است و علاوه بر ابعاد جسمانی، اجتماعی و معنوی، واجد بُعد روانی نیز می‌باشد، بنابراین سلامت روان از مقوله‌هایی است که از بدو زندگی انسان با وی همراه بوده است (طهماسبی‌پور، ۱۳۷۵).

سن ابتلای به اختلالات روانی در شمار فعالترین و خلاقترین سالیان زندگی است که ابتلای به آن علاوه بر زیان‌های اقتصادی بر توانایی‌های عاطفی، فکری و جسمی افراد صدمه می‌زند (بوله‌ری، ۱۳۷۳). روانشناسی اسلامی راه علاج و درمان اساسی اختلالات روانی از جمله نگرانی و تشویش را یاد خدا می‌داند و معتقد است انسان با ایجاد ارتباط روحی و معنوی با مبدأ وجود و سرچشمه همه پاکی‌ها و نیکی‌ها به آرامش خاطر دست پیدا می‌کند و از دلهره و اضطراب رهایی می‌یابد. او به هنگام

مشکلات و گرفتاری‌ها و آنگاه که در فراز و نشیب‌های زندگی دنیا با آرام، رنج‌ها و نگرانی‌ها مواجه می‌شود، از طریق ذکر خدا و ایجاد رابطه روحی با منشأ همه قدرت‌ها و توانایی‌ها از ضعف و سستی فاصله می‌گیرد و از تشویش، بیم و هراس می‌گریزد و به اطمینان و آرامش روحی می‌رسد. به یاد خدا بودن، راه و رسم خوشایند و جالبی در جهت تأمین سلامت نفسانی و روانی است؛ زیرا یاد خدا انسان را با ریسمان و پیوند استواری به پروردگارش مربوط می‌سازد و او را به سوی خیر و فضیلت در دنیا و آخرت سوق می‌دهد و روان انسان را بر اساس ایثار و فداکاری تربیت می‌کند و قلب آدمی را صیقل می‌دهد و زیر سایه آرامش و اطمینان قرار می‌دهد (بهرامی، ۱۳۷۳).

مذهب و ارتباط با خالق هستی راهی است که بشر پس از قرن‌ها جدایی از آن، دوباره به سوی بازگشته و به توانایی‌های عمیق و کارساز آن در مبارزه با مشکلات زندگی پی برده است. از این رو دیگر نمی‌توان منکر تعامل مذهب از یک سو و سلامت روان و زندگی بشریت شد (واعظی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر سعی می‌شود به این سؤال پاسخ داده شود که آیا دعا درمانی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی کاری موثر است؟

#### اهمیت و ضرورت تحقیق

این پژوهش با توجه به فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه ما، دارای اهمیت و ارزش خاصی است. به کارگیری روش‌های درمانی در هر جامعه‌ای باید با ارزش‌های فرهنگی مردم آن جامعه همخوانی داشته باشد تا مؤثر واقع شود. این مطلب در زمینه‌های مشاوره و روان درمانی حائز اهمیت است. جهت‌گیری در جامعه ما جهت‌گیری خداگرایی است. این جهت‌گیری، اعتقاد و ایمان به خداوند را اساس زندگی می‌داند و معتقد است که مذهب باید به صورت برنامه زندگی درآید و عامل مهمی در رفع مشکلات مربوط به هستی و بودن قلمداد گردد (احمدی، ۱۳۷۱).

امروزه ثابت شده است بسیاری از اختلالات و بیماری‌های روانی با آموزش و گسترش بهداشت قابل پیشگیری می‌باشد و چون با حفظ ذخائر انسان‌های سالم، می‌توان با سرعت بیشتری به پیشرفت‌های قابل توجه دست یافت، روان‌های سالم بهترین و موثرترین ابزار اجرای پیشرفت هر جامعه‌ای هستند. عدم جوابگویی معیارهای مادی به نیازهای معنوی حتی در کشورهای به اصطلاح پیشرفته، لزوم تغییرات بنیادی در این نظام‌ها را مطرح می‌کند. سیستم ماشینی موجب از بین رفتن خلوت زندگی انسان‌ها شده و علی‌رغم تثبیت ظاهری این وضع، اشتیاق انسان به یک زندگی لذت‌بخش و پرمعنی غیرقابل انکار می‌باشد. در طی سال‌های اخیر، دین‌پژوهی پیشرفت عظیمی داشته است؛ موردی که طی دهه‌های ۱۹۳۰-۱۹۴۰ م. رو به افول نهاده بود.

طی دهه‌های اخیر تغییری که به سرعت وارد بررسی‌های آزمایشی در حوزه مسائل روانی شده است، دین می‌باشد. مسئله اساسی در این حیطه رابطه‌ای است که می‌تواند بین مذهب و سلامت روانی وجود داشته باشد و مسئله دیگر این است که آیا می‌توان به مذهب به عنوان یک متغیر پیشگیری کننده سلامت روانی نظر داشت (حسینی، ۱۳۷۷).

هر گونه دعا و نماز نشانه این است که ارتباط با خدا - نیروی ملکوتی - که غذای روح می‌باشد، برقرار شده و جهان جلوه دیگری می‌یابد. دعا قویترین نیرویی است که مانند نیروی جاذبه، وجود حقیقی و خارجی دارد. بسیاری از بیماران روانی پس از آنکه تمامی معالجات آنان مؤثر واقع نشده بود، از طریق نیروی دعا و عبادت از بیماری و اختلال‌های روحی رهایی می‌یافتند (جیمز، ۱۳۸۲).

اگر خدا به عنوان علت نهایی دنیا و تمامی مخلوقات پذیرفته شود، دعا هم ابزار متقاعد کننده‌ای فرض می‌شود که خداوند به واسطه آن وقایع را در جهت خاصی تحت تأثیر قرار می‌دهد. توسعه قابلیت‌های انسانی از طریق آموزش به عنوان فرآیندی برای بهبود و اعتلای قابلیت و توانایی‌ها، افزایش دانش و آگاهی، تغییر گرایش و نگرش

انسان‌ها اهمیت اساسی یافته است و نقش تعیین کننده‌ای در آینده سازمان ایفا می‌نماید و شاید بتوان گفت بهره‌وری یک مؤسسه به توانایی و کامیابی آن در شناسایی و تأمین نیازهای آموزشی اعضایش بستگی دارد (سید جوادین، ۱۳۸۱).

زندگی کاری با کیفیت برتر می‌کوشد تا کارکنان با مهارت‌های بالاتر را به کار گمارد و پیرامونی فراهم آورد که آنان را برانگیزد تا مهارت‌های خود را بهبود بخشند و هدف، آن است که کارکنان به عنوان منابع انسانی، باید پرورده گردند و نه آنکه به کارگرفته شوند. افزون بر آن، شرایط کار نباید بیش از حد نامساعد باشد. کار نباید کارکنان را خوار شمارد، کار نباید هراس انگیز و بی‌دلیل خطرناک باشد. سرانجام کار باید توانایی‌های کارکنان را ارتقا دهد و یا دست کم آسیب نرساند (دیویس و نیو استرم، ۱۳۷۷).

بنابراین نتایج و دستاوردهای حاصل از این پژوهش هم برای جامعه خودمان و هم برای کسانی که حرف‌های ما را می‌شنوند و از دور دستی در آتش دارند، می‌تواند جالب و کارساز باشد.

### اهداف پژوهش

**هدف اصلی:** بررسی اثربخشی دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup>.

اهداف بعدی پژوهش حاضر عبارتند از:

- ۱- بررسی تأثیر دعا درمانی بر مؤلفه‌های نشانه‌های بدن سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup>؛
- ۲- بررسی تأثیر دعا درمانی بر مؤلفه‌های اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup>؛



- ۳- بررسی تأثیر دعا درمانی بر مؤلفه عدم تعامل با محیط دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع)؛
- ۴- بررسی تأثیر دعا درمانی بر مؤلفه افسردگی وخیم سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع).

### فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی: دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع) تأثیر مثبت دارد.

### فرضیه‌های فرعی

- ۱- دعا درمانی بر مؤلفه نشانه‌های بدنی سلامت عمومی تأثیر دارد؛
- ۲- دعا درمانی بر مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی تأثیر دارد؛
- ۳- دعا درمانی بر مؤلفه نارسا کنش‌وری اجتماعی سلامت عمومی تأثیر دارد؛
- ۴- دعا درمانی بر مؤلفه افسردگی وخیم سلامت عمومی تأثیر دارد.

### روش تحقیق

جامعه آماری: جامعه آماری در این پژوهش دانشجویان دانشگاه افسری در سال ۱۳۸۷ می‌باشند که تعداد آنها ۷۰۰ نفر است و از طریق یک فراخوان برای شرکت در جلسات گروهی دعا درمانی دعوت شده‌اند. علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

حجم نمونه: در این پژوهش از دانشجویانی که به فراخوان شرکت در جلسات دعا درمانی پاسخ دادند، ۴۰ نفر صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شده‌اند.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ: از آنجا که این پژوهش به منظور بررسی میزان سلامت عمومی انجام شده است، از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 استفاده شده است که معرفی می‌گردد:

پرسشنامه سلامت عمومی یک «پرسشنامه سرندی<sup>۱</sup>» مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲، به نقل از: زهراکار، ۱۳۸۳).

در این پرسشنامه، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری «سالم» و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در حال حاضر این امر آشکار شده است که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان از طریق مصاحبه‌های استاندارد شده روانپزشکی تشخیص داد، اما پایین‌تر از سطح استاندارد معینی، احتمال قرار گرفتن اختلال در سطح زیر آستانه و عدم تشخیص آن وجود دارد (گلدبرگ و بلاک ول<sup>۲</sup>، ۱۹۷۰؛ وینگ و همکاران، ۱۹۷۷).

## روش تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های آماری مانند درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نمودارها استفاده شد. در سطح آمار استنباطی نیز شاخص‌های آماری مانند ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و آزمون همگنی واریانس‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

1-Screening Questionnaire

2-Blackwell.b.

### تحلیل‌های استنباطی داده‌ها

در این بخش به آزمون فرضیه‌های پژوهش که شامل فرضیه اصلی و فرضیه‌های فرعی است، پرداخته می‌شود.

#### فرضیه‌های اصلی

**فرضیه ۱:** دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع) تأثیر مثبت دارد که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه می‌شود:

جدول شماره ۱: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	t	df	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی گروه آزمایش	۲۰	۲۸٫۹	۳٫۴۵	۱٫۰۵	۲۹٫۶۵	۳۸	۰٫۰۰۱
سلامت عمومی گروه کنترل	۲۰	-۳	۱٫۷۹	۰٫۶۳۴			

در جدول شماره ۱ نتایج آزمون t مستقل بین میانگین نمره کل سلامت عمومی دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۱، چون قدر مطلق t محاسبه شده ( $t=29/65$ ) در درجه آزادی ۳۸ از مقدار  $t / 2$  جدول ( $t=3/556$ ) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر (نقیض فرضیه اصلی) رد می‌شود و با ۹۹/۹ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه آزمایش و کنترل در سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی میزان سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل

با یکدیگر تفاوت دارد و سطح سلامت عمومی گروه آزمایش که مورد دعا درمانی قرار گرفته‌اند، از گروه کنترل که درمان نشده‌اند، بالاتر است.

**فرضیه دوم:** دعا درمانی بر مؤلفه نشانه‌های بدنی سلامت عمومی (A) دانشجویان دانشگاه افسری امام<sup>(ع)</sup> تأثیر مثبت دارد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه می‌شود:

جدول شماره ۲: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل نشانه‌های بدنی

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	t	df	سطح معنی داری
نشانه‌های بدنی سلامت عمومی گروه آزمایش	۲۰	۶/۸۴	۴/۶۸	۱/۳۶	۸/۸۶۴	۳۸	۰/۰۰۱
نشانه‌های بدنی سلامت عمومی گروه کنترل	۲۰	-۱/۵۶	۳/۵۸	۰/۹۸			

در جدول شماره ۲، نتایج آزمون t مستقل بین میانگین‌های نشانه‌های بدنی دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۲، چون قدر مطلق t محاسبه شده ( $t = ۸/۸۶۴$ ) در درجه آزادی ۳۸ از مقدار  $t / ۲$  جدول ( $t = ۳/۵۵۶$ ) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با ۹۹/۹ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل نشانه‌های بدنی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی دعا درمانی بر مؤلفه نشانه‌های بدنی تأثیر مثبت داشته است.

**فرضیه سوم:** دعا درمانی بر مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی (B) تأثیر دارد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:

جدول شماره ۳: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل اضطراب و بی‌خوابی

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	t	df	سطح معنی‌داری
عامل اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی گروه آزمایش	۲۰	۸/۴۵	۴/۹۱	۱/۱۵	۹/۱۷	۳۸	۰/۰۰۱
عامل اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی	۲۰	-۱/۸۷	۴/۳۷	۰/۹۸۷			

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۳، از آنجا که قدر مطلق t محاسبه شده ( $t=9/17$ ) در درجه آزادی ۳۸ از مقدار  $t/2$  جدول ( $t=3/556$ ) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با  $99/9$  اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی بر اثر دعا درمانی میزان اضطراب و بی‌خوابی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

**فرضیه چهارم:** دعا درمانی بر مؤلفه نارساکنش‌وری اجتماعی سلامت عمومی (C) تأثیر دارد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:

جدول شماره ۴: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل نارساکنش‌وری اجتماعی

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	t	df	سطح معنی‌داری
عمل نارساکنش‌وری اجتماعی عمومی گروه آزمایش	۲۰	۸/۱	۳/۶۹	۱/۲۶	۸/۹۳	۳۸	۰/۰۰۱
	عمل نارساکنش‌وری	۲۰	-۱/۵۳	۴/۸۹	۱/۴۷		

بر اساس نتایج آزمون t مندرج در جدول شماره ۲، قدر مطلق t محاسبه شده ( $t = ۸/۹۳$ ) در درجه آزادی ۳۸ از مقدار  $\alpha/۲$  جدول ( $t = ۳/۵۵۶$ ) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با ۹۹/۹ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی دعا درمانی توانایی افراد گروه آزمایش را در کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی و مشکلات و انتظارات حرفه‌ای افزایش داده است.

**فرضیه پنجم:** دعا درمانی بر مؤلفه افسردگی سلامت عمومی (D) تأثیر دارد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:

جدول شماره ۵: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل افسردگی

شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	t	df	سطح معنی‌داری
عامل افسردگی وخیم سلامت عمومی گروه آزمایش	۳۰	۸/۱۹	۵/۳۵	۱/۶۸	۶/۴۷	۳۸	۰/۰۰۱
	۳۰	۰/۶۴۱	۴/۳۱	۱/۳۸			

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۵، از آنجا که قدر مطلق t محاسبه شده در درجه آزادی ۳۸ از مقدار  $\alpha/2$  جدول (  $t=۳/۵۵۶$  ) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با ۹۹/۹ اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت: از آنجا که از لحاظ آماری بین میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در سلامت عمومی کل و زیرمقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد، دادرمانی بر سلامت عمومی افراد گروه آزمایش تأثیر مثبت داشته است؛ از این رو، فرضیات این پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرند.

### خلاصه یافته‌های پژوهش

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup> است. سؤال اصلی پژوهش عبارت است از این که: آیا دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان تأثیر دارد؟

جامعه آماری برای انجام این پژوهش، ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup> است که به صورت داوطلب خواهان شرکت در جلسات دعا درمانی بودند. ابتدا به روش تصادفی، ۴۰ نفر از این تعداد انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. در شرایط برابر از دو گروه پیش‌آزمون به عمل آورده شد. آنگاه برای گروه آزمایش، هشت جلسه مشاوره شغلی گروهی یک و نیم ساعته برگزار گردید. در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای در گروه کنترل به عمل نیامد. در پایان از دو گروه در شرایطی برابر، پس‌آزمون به عمل آمد. روش تحقیق در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

ابزار مورد استفاده برای سنجش پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 می‌باشد و داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش یک فرضیه اصلی و پنج فرضیه فرعی مطرح شد. هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین تأثیر مثبت دعا درمانی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه افسری امام علی<sup>(ع)</sup> می‌باشد که تجزیه و تحلیل نتایج آماری داده‌های به دست آمده، این فرضیه را مورد تأیید قرار داده است.

چنانچه که در فصل چهار و در جدول‌های ارائه شده مشاهده نمودیم، مقایسه میانگین سلامت عمومی گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان می‌دهند (جدول شماره ۳).



به عبارتی دیگر می‌توان گفت که دعا درمانی باعث افزایش سلامت عمومی می‌شود. پارک و کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مذهبی بودن درونی که فرد در آن با انگیزه درونی به ارزش‌های والایی اعتقاد دارد، ارتباط بیشتری با رویارویی مسئله محور و در نتیجه سلامت روانی دارد. گارتنر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی، شش مقاله را مورد بررسی قرار دادند و در تمام این مقالات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبتی دیده شده است (غباری بناب، ۱۳۷۴). همچنین این نتیجه با یافته‌های باتسون<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۲) که یافته‌های حاصل از ۱۱۵ تحقیق را با استفاده از مقیاس خودسنجی سلامت روان و سه بُعد دینداری (دینداری درونی، برونی و جستجوگر) که در زمینه رابطه دین و سلامت روان انجام شده بود، تجزیه تحلیل کردند، همخوانی دارد.

لويس و مالت بی<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که دینداری با نمره‌های پایین‌تر روان پریشی<sup>۵</sup> همبسته است (لويس و مالت بی، ۱۹۹۵، به نقل از: خدا رحیمی و همکاران، ۱۳۸۷). لو و هاندال<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) نیز با انجام پژوهشی بر روی ۵۰۰ نفر نشان دادند که بین مذهب و سازگاری در دانشگاه رابطه مثبت معناداری وجود دارد (حسینی، ۱۳۸۱).

تأیید این فرضیه با پژوهش‌های براون<sup>۷</sup> و همکاران (۱۹۹۵) و ویلیتز<sup>۸</sup> (۱۹۹۸) که رابطه بین دعا و انجام مناسک مذهبی را با سلامت مورد بررسی قرار دادند، هماهنگی دارد. غالب این پژوهش‌ها که در آمریکا انجام شده است، نشان می‌دهند که سلامت روانی با دینداری درونی، همبستگی مثبت و با دینداری بیرونی، همبستگی منفی دارد. این

1-Park.A & cohen,SH

2-Gartner

3-Batson.A

4-Lewis & Malt.B

5-Psychoticism.T

6-Low & Handal.K

7-Brown.J

8-Vilitz.F

یافته‌ها بعدها در تحقیقی که به وسیله جنیا<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) انجام شد، تأیید شدند (به نقل از: حسینی، ۱۳۸۱).

پژوهش بهرامی مشعوف (۱۳۷۳) نیز نشان داد که بین عبادت و عدم گرایش به سوی اختلالات رابطه معناداری وجود دارد.

#### فرضیه فرعی ۱: دعا درمانی بر نشانه‌های بدنی سلامت روانی تأثیر دارد.

همان طوری که در فصل چهارم مطرح شد، بین میانگین تفاضل نمره مؤلفه نشانه‌های بدنی سلامت عمومی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. با این حال، می‌توان گفت دعا درمانی بر نشانه‌های بدنی سلامت روانی اثر داشته است. این داده‌ها با نتایج یافته‌های قبلی نیز همخوانی دارد.

گریفیث<sup>۲</sup> و همکارانش در دو پژوهش گسترده، دستاوردهای درمان‌جویی مذهبی را را در کسانی که مدت‌ها از رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب و افسردگی و دردهای مزمن جسمانی شکایت داشتند، بسیار چشمگیر گزارش کرده‌اند. در پیگیری‌های بعدی، درمان‌جویان احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و از میان رفتن دردهای مزمن بدنی را از جمله دستاوردهای درمان دانسته‌اند (گریفیث و ماهی، ۱۹۸۶؛ پتسیون و پتسیون، ۱۹۸۰؛ به نقل از: احمد ابهری، ۱۳۷۵). کوئینگ، هایس<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۷) نیز الگوهای روابط بین فعالیت‌های مذهبی، سلامت جسمانی، جسمانی، حمایت‌های اجتماعی و نشانه‌های افسردگی را در یک گروه نمونه متشکل از ۴۰۰۰ تن از افراد ۶۵ ساله و بزرگتر مورد بررسی قرار دادند.

آنها فعالیت مذهبی را نخست به عنوان یک «مفهوم»<sup>۴</sup> منفرد مورد بررسی قرار دادند دادند و سپس آن را به سه متغیر تقسیم کردند و این متغیرها را در هر یک از افراد

1-Genia.R

2-Griffith.B

3-Koeing &Haise.W

4-Construct.L

بررسی کردند و متوجه شدند فعالیت مذهبی به عنوان یک سازه منفرد هم با حمایت اجتماعی و هم با سلامت جسمانی متناسب همبستگی دارد، اما با افسردگی ارتباطی ندارد. آنها دریافتند فراوانی شرکت در مراسم کلیسا با سلامت جسمانی، همبستگی مثبت و با افسردگی، همبستگی منفی داشت، احتمال بروز افسردگی در بین کسانی که مرتباً به کلیسا می‌رفتند، تقریباً ۵۰٪ کمتر از دیگران بود (به نقل از: حسینی، ۱۳۸۱).

این یافته‌ها با یافته پژوهش کوئینگ و همکاران (۱۹۹۷) نیز که حاکی از قویتر بودن سیستم ایمنی افراد مذهبی است، هماهنگ است (همان). آمونس و چارلز شلتون<sup>۱</sup> نیز در پژوهش خود گزارش کردند که دعا کنندگان گروهی در مجموع از زندگی خود راضی‌تر بودند و با امید و نشاط بیشتری به هفته آینده خویش نظر می‌دوختند. همچنین آنها کمتر از امراض جسمانی گله‌مند بودند و وقت بیشتری در مقایسه با گروه تحت فشار به حرکات بدنی و ورزش اختصاص داده بودند (اورزولانوبر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از ولدان، ۱۳۸۳).

**فرضیه فرعی ۲:** دعا درمانی بر نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی تأثیر دارد.

مشخص شد که بین میانگین تفاضل نمره مؤلفه «اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی» گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که دعا درمانی بر مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی اثر داشته است. این یافته با یافته‌های اظهار<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۴) مطابقت دارد که با به کارگیری روان درمانی مذهبی در جهت بهبود بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی تعمیم یافته، گزارش دادند اعضای گروه آزمایش که علاوه بر روان درمانی حمایتی و داروهای ضد اضطراب

1-Shelton.CH

2-Aurzolanober.Q

3-Azhar.L

(بنزودیازپین)<sup>۱</sup>، روان درمانی مذهبی نیز دریافت کردند، به بهبودی سریعتری نسبت به گروه کنترل که فقط روان درمانی حمایتی و داروهای ضد اضطراب دریافت کرده بودند، داشتند (به نقل از: یزدان پناه، ۱۳۸۱).

براون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۰) نیز بین نگرش مذهبی و عوامل استرس‌زا و آشفتگی‌های روانشناختی رابطه منفی معناداری به دست آوردند (به نقل از: ابولقاسمی، ۱۳۸۳).

موسوی (۱۳۷۶) نیز با بررسی تأثیر باورها و اعتقادات مذهبی بر مقابله با استرس دانشجویان دختر نشان داد که دانشجویان دارای باورهای مذهبی، مقابله‌های مؤثرتری را در مواجهه با استرس به کار می‌برند.

**فرضیه فرعی ۳:** دعا درمانی بر مؤلفه نارسا کنش‌وری اجتماعی سلامت عمومی تأثیر دارد.

بین میانگین تفاضل نمره مؤلفه «نارسا کنش‌وری اجتماعی سلامت عمومی» گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که دعا درمانی بر مؤلفه نارسا کنش‌وری اجتماعی سلامت عمومی اثر دارد. این داده‌ها دلیلی بر تأیید فرضیه سوم پژوهش است و با نتیجه یافته‌های قبلی نیز همخوانی دارد. آمونس، شلتون و همکارانشان دریافتند که آن دسته از شرکت‌کنندگانی که در آزمایش آنها آگاهانه موظف بودند به رویدادها و تجارب حاکمی از قدردانی توجه کنند، آرامش و رضایت روحی مسرت‌بخش فراوانی را گزارش می‌دادند و رفتارهای آنها اجتماعی‌تر و قابل قبول‌تر از رفتارهای دیگر گروه‌ها بود.

آنها به هنگام وجود مشکلات شخصی، به یاری یکدیگر می‌شتافتند و بیشتر از دیگران حمایت احساسی و معنوی خودشان را نسبت به یکدیگر ابراز می‌کردند. همچنین در

1-Benzodiazpine

2-Brown.J

فعالیت‌های اجتماعی و عام المنفعه و خیریه بدون چشمداشت مالی شرکت می‌جستند. آنها در پژوهش‌هایشان دریافتند که انجام مناسک مذهبی از جمله دعا، روابط اجتماعی را قویتر کرده و دوستی‌ها را تقویت می‌کند. همین امر به نوبه خود، سلامت جسمی و روانی را افزایش می‌دهد (اورزولانور، ۲۰۰۳؛ به نقل از والدان، ۱۳۸۳).

اسپیلکا<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) نیز به اختصار الگویی از سلامت خوب روانی و کنش اجتماعی را در میان کسانی که جهت‌گیری مذهبی درونی داشتند، گزارش کرد (به نقل از: خدا رحیمی و همکاران، ۱۳۷۸).

#### فرضیه فرعی ۴: دعا درمانی بر مؤلفه افسردگی سلامت عمومی تأثیر دارد.

بین میانگین تفاضل نمره مؤلفه «افسردگی سلامت عمومی» گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که دعا درمانی بر مؤلفه افسردگی سلامت عمومی اثر دارد.

پارگامنت<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) نیز با تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از ۱۳۰ پژوهش که در این زمینه به انجام رسیده‌اند، نشان داد که نتایج حاصل از ۳۴ درصد از این پژوهش‌ها، حاکی از این است که کنار آمدن مذهبی تأثیرات مثبت چشمگیری بر افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات دارد (به نقل از: حسینی، ۱۳۸۱). یافته این پژوهش با یافته‌های رازالی<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۸) که با مطالعه طول مدت درمان مبتلا به افسردگی و اضطراب که دارای زمینه مذهبی قوی بودند و به این نتیجه رسیدند که این گروه سریعتر بهبود می‌یابند، هماهنگی دارد (خسروی پور و سادویی، ۱۳۸۰). اکسلاین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۰) نیز با انجام پژوهش بر روی گروهی از دانشجویان به این نتیجه رسیدند که آنها مذهب را

1-Spilka.A

2-Pargament.D

3-Rasaly.F

4-Axline.Z

منبع آرامش می‌دانند و این افسردگی با احساس دوری از خداوند همراه است (یزدان پناه، ۱۳۸۱).

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه رابطه معکوس بین دعا درمانی و افسردگی با یافته‌های پژوهش صولتی، نجفی و نوری قاسم‌آبادی (۱۳۸۷) که نتیجه گرفتند بین نگرش مذهبی و زیر مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) همبستگی بالا و منفی وجود دارد، همچنین نتایج پژوهش البرزی (۱۳۷۷) که دریافت با افزایش میزان نگرش مذهبی، میزان افسردگی در نوجوانان کاهش می‌یابد و یافته‌های سلیمانی‌زاده و ملایی (۱۳۷۵) مبنی بر این که بین افسردگی دانشجویان و نگرش مذهبی آنها همبستگی معکوس وجود دارد و با بالا رفتن نگرش مذهبی، میزان افسردگی در آنان کاهش می‌یابد و بالاخره با یافته‌های پژوهش ابراهیمی و نصیری (۱۳۷۶) که دریافتند بین میزان نگرش و عملکرد دینی سالمندان با میزان افسردگی آنها ضریب همبستگی معنادار و معکوس وجود دارد، همخوانی نشان می‌دهد.

## نتیجه گیری

در مجموع نتایج به دست آمده از تحلیل آماری داده‌ها حاکی از این است که بین دعا درمانی و سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و نیز دعا درمانی با هر چهار زیر مقیاس سلامت عمومی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) رابطه معکوس دارد و اینکه آموزش دعا درمانی توانسته است تأثیر مثبتی بر روی سلامت عمومی داشته باشد.

## پیشنهادها

پیشنهادهای این پژوهش شامل دو قسمت است:

الف) پیشنهادهای کاربردی؛ ب) پیشنهادهای پژوهشی.

### الف) پیشنهادهای کاربردی

- ۱- با توجه به اینکه آموزش دعادرمانی یک برنامه مناسب، کم‌هزینه و اثربخش است، در مدارس از سال‌های اولیه تحصیلی افراد به این مقوله پرداخته شود و دعا فقط در مسجد و دیگر مکان‌های خاص محدود نشود تا زمینه مقابله مؤثر در برابر مسائل روزانه و استرس‌های مکرر دانش آموزان و تأمین سلامت عمومی آنان را فراهم سازد. در این روند به رابطه انسان با خداوند توجه شده و فرآیند کار به گونه‌ای طراحی می‌شود که با سطح رشد افراد شرکت کننده منطبق باشد؛
- ۲- تنظیم برنامه‌های دعا در برنامه مراکز نظامی مانند صبحگاه‌ها و عصرگاه‌ها می‌تواند سطح سلامت عمومی و کارایی افراد را بیشتر سازد؛
- ۳- برگزاری دعا و نیایش مانند جلسات مربوط به این پژوهش، می‌تواند در ایجاد انگیزه بیشتر و نشان دادن توجه لازم به کارکنان مؤثر باشد؛
- ۴- مشاوران می‌توانند به این مقوله توجه کرده و از آن در کارشان استفاده کنند.

### ب) پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- انجام پژوهش‌هایی مشابه در سطحی گسترده‌تر و با نمونه‌هایی بزرگتر؛

- ۲- تکرار پژوهش در سایر مناطق کشور؛
- ۳- اثربخشی دعا درمانی بر متغیرهای دیگری غیر از سلامت عمومی مورد بررسی قرار گیرد؛
- ۴- این شیوه در سایر سازمان‌ها مورد مطالعه قرار گیرد؛
- ۵- پیشنهاد می‌شود جلسات گروهی با فاصله طولانی‌تری تشکیل گردد، اما جلسات تداوم بیشتری داشته باشند؛
- ۶- نیاز به تدوین یک پرسشنامه جامع برای سنجش سلامت روان متناسب با فرهنگ سازمانی کشور ما، احساس می‌شود؛
- ۷- پژوهش‌های آتی، یک گروه نمونه از زنان را مورد مطالعه قرار دهند؛
- ۸- تهیه منابع مکتوب به صورت بروشور و ... برای اطلاع‌رسانی به افراد.



## منابع و مأخذ

- ۱- آزاد، حسین، آسیب‌شناسی روانی با ضمیمه طبقه‌بندی (DSM-IV)، بعثت، تهران، ۱۳۸۷.
- ۲- آهنگر، مرتضی، دعا و نیایش و تأثیر آن بر بهداشت روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۷۲
- ۳- الهی، بهرام، معنویت یک علم است، مبانی معنویت فطری، جیحون، تهران، ۱۳۸۲
- ۴- اسکات پیک، مورگان (۱۹۹۸)، هنر عاشقی، ترجمه زهره ادهمی، دایره سبز، تهران، ۱۳۸۱.
- ۵- اعتمادی، عذرا، ایمان و معنویت در مشاوره و روان درمانی، فصلنامه تازه‌های روان درمانی، تهران، ۱۳۸۴
- ۶- باهنر، ناصر، آموزش مفاهیم دینی، همگام با روانشناسی رشد، چاپ چهارم، امیرکبیر، تهران، ۱۳۸۳
- ۷- برداشو، جان (۱۹۹۲)، آفرینش عشق، ترجمه جواد شافعی مقدم و نیره ایجادی، نشر پیکان، تهران، ۱۳۸۱.
- ۸- بوربور، مرضیه، نقش جهت‌گیری دینی و مقابله‌های مذهبی در استرس شغلی دبیران زن شهرستان همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۷۸
- ۹- پارگامنت، کنت. آی و ماهونی، آنت (۲۰۰۲)، معنویت کشف و حفظ امر مقدس، ترجمه محمدرضا جهانگیرزاده، مجله علمی تخصصی معرفت، شماره ۱۰، تهران، ۱۳۸۴
- ۱۰- پهلوانی، هاجر، رابطه به کارگیری مقابله‌ای مذهبی و سلامت روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، تهران، ۱۳۷۶
- ۱۱- جمشیدی، اسدا...، نگاهی قرآنی به حیات معنوی، کانون اندیشه جوان، چاپ اول، تهران، ۱۳۸۳
- ۱۲- حقدار، علی اصغر، بحران معنویت سنتی، کویر، تهران، ۱۳۸۲

- ۱۳- خداحیم، سیامک و جعفری، سیدغلامعلی، روان‌درمانی و مذهب (نقش مذهب بر فرآیندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی در روانشناسی بالینی)، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، انجمن روانشناسی ایران، تهران، ۱۳۷۷
- ۱۴- دانش، حسین، روانشناسی معنوی: دیدگاه‌های تازه در روانشناسی، نسل نواندیش، تهران، ۱۳۸۰
- ۱۵- دلاور، علی، روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، نشر ویرایش، تهران، ۱۳۸۴
- ۱۶- دوستدار، وحید، بررسی درمان تکنیک‌های شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۷۶
- ۱۷- زمانی، شهریار، ماجرای معنویت در دوران جدید از گالیه تا فروید، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، تهران، ۱۳۸۱
- ۱۸- شریعتی، علی، نیایش، انتشارات یادآور، تهران، ۱۳۵۴
- ۱۹- شفیق آبادی، عبد... و ناصری، غلامرضا، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، چاپ هفتم، مرکز نشر دانشگاهی، تهران، ۱۳۸۷
- ۲۰- شهبازی آناهیتا، بررسی جهت‌گیری مذهبی (درونی- بیرونی) با سلامت روان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ۱۳۷۶
- ۲۱- شهبازی، علی، بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۷۵
- ۲۲- شولتز، دوآن (۱۹۹۷)، روانشناسی کمال، الگوی شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل، چاپ نهم، پیکان، تهران، ۱۳۸۰
- ۲۳- شولتز، دوآن و شولتز سیدنی، آلن (۱۹۹۸)، نظریه‌های شخصیت، ویرایش سوم، ترجمه سیدمحمدی، یحیی، (چاپ هفتم، مؤسسه نشر ویرایش، تهران، ۱۳۸۴

- ۲۴- صادقی، منصوره‌السادات و مظاهری، محمد علی، اثر روزه‌داری بر سلامت روان، مجله روانشناسی، انجمن روانشناسی ایران، ۱۳۸۰
- ۲۵- طباطبایی، سیدمحمدحسین، تفسیر المیزان، کانون انتشارات محمد، تهران، ۱۳۷۰
- ۲۶- غباری بناب، باقر، معنویت؛ راهی برای رشد و شکوفایی شخصی، معاونت دانشجویی فرهنگی، دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۸۵
- ۲۷- غباری، محمد، روش‌های مقابله مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روانی آنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۷۹
- 28- Bergin, A.E & Payne, IR.(1993).Proposed Agenda for a spiritual strategy In Personality and Psychotherapy and religious valus (pp.243 \_ 260) grand Rapids ,MI:baker.
- 29- Bergin.A.E.(1991).Volyes and Religion I issues in Psychotherapy and mineral health. American psychologis, 46,394-403.
- 30- Caplis, Reyind.(1993).Cathic Social Serice and Transcental Valuese .AJA Abstract-of-jurnal-Article.
- 31- Clary, R.A.(1996) Religion and Psychology save Ideals and Belifs .A.P.A. Monitor.vol27,no 18,p47.
- 32- Ellison .C.G.(19947).Religion involvement and Subjective Well-beng .Jurnal of Health and social Behavior.
- 33- James, W (1985) the Variation of Religious Experience Mentor Books. New York. Jurnal of the Religions.
- 34- Loese ,J .B and Eric.D.Miller.(2001) .the development and validation of a new measure of spirituality .North American Jornal of psychology,vol 6 ,No.3, 423- 430.
- 35- Mamual of the General Health Questionnaire ,website address: <http://>
- 36- Mccollough , M. E , Hoyt, W.T , Larson, D.B,Koeng,H.G , & Thoresen , c(2006).
- 37- Miller ,William. R; Thoresen, Carl.E (2003). Spirituality,religion, and Health ,an emerging research fieled.Journal of American Psychologist, 58(1), 24-35.

- 38- Miller, Geri (2003). *Incorporating Spirituality in counseling and Psychotherapy (Theory and Technique)*. Hoboken & New Jersey: John Wiley & sons/Inc.
- 39- Miller, William.R; Thoresen.(2004). Spirituality , Health, and discipline of psychology . *Journal of American Psychologist* ,59(1) ,54-55.
- 40- Pargament .K.L.(1990). *God Help Me: Toward a theoretical Framwork of coping for psychology of Religion*.
- 41- Pargament k.I, Echemendia ,R.J, Johnson ,S, cook ,P, MC Gath ,C, Mayers ,J, & Brannick ,m (1987). *The Conservative church: Psychosocial Advantages and Disadvantages* . *American Journal of community Psychology* ,15, 269-286.
- 42- Park .c , Cohen , k.H, and Herb , L (1990) *Intrinsic Religious coping as life stress Moderators For catholics Versus protestants* , *Journal of personality and social Psychology* ,59(3) :562-574.
- 43- Puchalaski, Christina.M, Droff, Rabbi.E; Hendi, Imam.Yahya (2004). *Spirituality, religion, and healing in Palliative care*. *Journal of clin Geriatr Med*, 20, 689-714.
- 44- *Religious Involvement and Mortality: A metaanalytic review* *Health Psychology*, 19(3), 211-222.
- 45- [http:// www. Mamualhealth.com](http://www.Mamualhealth.com)