

## بررسی تأثیر درمان چند وجهی اسلامی

### بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان

کچھ مہناز مہرابی زادہ ہنرمند\* / سید اسماعیل ہاشمی\*\* / سوداہ بساک نژاد\*\*\*

#### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان چند وجهی اسلامی به شیوہ گروہی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان انجام شدہ است. بانصد دانشجو بہ پرسش نامہ افسردگی بک و پرسش نامہ عزت نفس آیزنک پاسخ دادہ اند. سپس شصت نفر کہ افسردگی بالا و عزت نفس پایینی داشتند، بہ طور تصادفی بہ دو گروہ آزمایش و کنترل (در ہر گروہ سی نفر) تقسیم شدند. دادہ ہا با شاخص ہای آماری، چون روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تحلیل شدہ است. نتایج نشان می دہد کہ درمان با رویکرد چند وجهی اسلامی بہ شیوہ گروہی می تواند در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان مؤثر باشد. دادہ ہای حاصل از پژوهش بہ روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تحلیل و بررسی شد. یافتہ ہا بیانگر این است کہ درمان چند وجهی اسلامی بہ شیوہ گروہی توانستہ در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس گروہ آزمایش در مقایسہ با گروہ کنترل، مؤثر واقع شود. کلید واژہ ہا: درمان چند وجهی اسلامی، افسردگی، عزت نفس.

m\_mehrabizadeh@yahoo.com

\* استاد گروہ روانشناسی دانشگاه شہید چمران اہواز.

\*\* کارشناس ارشد بالینی.

\*\*\* استادیار گروہ روانشناسی دانشگاه شہید چمران اہواز.

دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲ - پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۱۷

**مقدمه**

بر اساس آموزه‌های دینی، به‌ویژه آموزه‌های دین مبین اسلام، انسان موجودی خداجوست، همچنین هیچ چیزی نمی‌تواند به عزم و اراده او خللی وارد کند و هیچ‌وقت احساس دلتنگی و غم و اندوه نمی‌کند. وقتی کسی دچار افسردگی می‌شود، احساس غمگینی می‌کند و اغلب به گریه می‌افتد. همین‌طور احساس گناه، عذابش می‌دهد و احساس می‌کند که در حق دیگران کوتاهی می‌کند. زمانی که افسردگی شدید باشد، ممکن است فرد افسرده، توانایی واکنش هیجانی را از دست دهد و به جایی برسد که احساس خوب و بد چندان تفاوتی برایش نمی‌کند و لذت بردن از زندگی و علاقمندی به انجام کارهای روزمره برای آنها دشوار می‌شود و حتی بهداشت جسمی به حداقل می‌رسد و با گذشت زمان بدون رویکرد به درمان، تغییری در آنها به‌وجود نمی‌آید. با افزایش نومی‌دی ممکن است آرزوی مرگ نموده و به فکر خودکشی باشد.<sup>۱</sup>

برخی محققان معتقدند که اعتقادات دینی نگرشی جدید در باره جهان به انسان افسرده می‌دهد و نوعی دلبستگی معنوی برای انسان ایجاد می‌کند.<sup>۲</sup> آیاتی و روایات متعددی درباره خوف، غم و اندوه آمده است. در «ذکر یونسیه» آمده است: «یونس را از غم و اندوه نجات دادیم و این گونه ما مؤمنان را نجات می‌بخشیم.»<sup>۳</sup> همچنین در آیه‌ای دیگر آمده است: «سست و زبون نشوید و غمگین نگردید و شما برترید اگر به راستی مؤمنید.»<sup>۴</sup>

سلیگمن<sup>۵</sup> افسردگی را به عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسد. این تشبیه به سبب شیوع فراوانی این اختلال است. در هر مقطع معینی از زمان ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و دست‌کم ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند. حدس زده می‌شود که ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را موارد افسردگی تشکیل می‌دهند.<sup>۶</sup> یافته‌های محققان مختلف نشان می‌دهد که گرایش‌های مذهبی می‌تواند نوعی حفاظت و ایمنی فردی در برابر افسردگی ایجاد کند<sup>۷</sup> و افراد متاهلی که در مراسم‌های مذهبی شرکت می‌کنند از سلامت روان بهتر و افسردگی کمتری رنج می‌برند.<sup>۸</sup> از سوی دیگر، نگرش دین‌مدار به زندگی به نگرشی خوش‌بینانه، منجر می‌شود و تمایل به بخشش را افزایش می‌دهد.<sup>۹</sup>

درمان چند وجهی اسلامی، یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کاهش افسردگی است. افکار غیر منطقی و انواع نگرش‌های منفی، مهم‌ترین عامل افسردگی شمرده شده‌اند.

تردید به الطاف خداوندی، و ناخشنودی از زندگی و نعمت‌های آن، عدم پذیرش واقعیت و خیال پردازی، داشتن نگرش منفی به اطرافیان و تأسف شدید به سبب فقدان، امری مهم است.<sup>۱۱</sup> درمان چند وجهی اسلامی متشکل از دو مرحله کلی است که عبارت‌اند از: شناخت خود و تغییر خود. در مرحله شناخت خود، اولین گام، شامل آماده‌سازی ذهنی و عقلی درمان‌جو در جهت بررسی باورها و بازمینی آن‌هاست و با استفاده از فنون شناختی، مانند توجه، تمرکز و تأمل بر افکار خود، ارزیابی این افکار و بررسی عمقی علل و عوامل بروز حادثه و شکست‌ها صورت می‌گیرد. در مرحله دوم (تغییر خود) به درمان‌جو کمک می‌شود تا به افکار درست، منطقی و صحیح دست یابد و آنها را جایگزین افکار غیر منطقی کند و بدین منظور از فوننی، چون تقویت اراده، پرورش نیروی مقاومت و صبر و رشد معرفت‌های یقینی در درمان‌جو استفاده می‌شود.

روش درمان چند وجهی اسلامی به این علت به این نام خوانده شده است که علاوه بر نقش عوامل شناختی، نظیر باورها، و نگرش‌های منفی و غیر منطقی در باره خود، دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمان‌جوست، بر نقش عوامل مختلف اجتماعی- عاطفی، نظیر افراط یا تفریط در تمایلات، وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکالیف، حسادت، چشم داشت بیجا به مال و کمک دیگری، آرزوهای دور و دراز داشتن، تأسف خوردن نابجا توجه شده است. افکار مذهبی صحیح در این درمان، باعث اعتلای فکری فرد شده و رابطه عاطفی با خدا در درمان تأثیر بسزایی دارد.

وقتی کسی دچار افسردگی می‌شود، احساس غمگینی می‌کند و اغلب به گریه می‌افتد، احساس گناه عذابش می‌دهد و معتقد می‌شود که در حق دیگران کوتاهی کرده است. زمانی که افسردگی به سطح شدید برسد ممکن است توانایی واکنش هیجانی را از دست دهد و به جایی برسد که احساس خوب و بد برایش چندان تفاوتی نمی‌کند. لذت بردن از زندگی و علاقمند شدن به انجام کارهای روزمره برای این عده، دشوار می‌شده و حتی کارکردهای اولیه جسمی ممکن است در آنها دچار اشکال شود و خطرناک‌تر از همه این‌ها که به نظر می‌رسد با گذشت زمان هیچ سرانجامی برای این حالت وجود نداشته باشد و نمی‌توان برای تغییر این وضع، کاری انجام داد. در نتیجه، ناامیدی زیاد می‌شود و ممکن است به آرزوی مرگ و افکار خودکشی منجر شود. بین افسردگان شدید ۱۵ درصد خود را می‌کشند.<sup>۱۱</sup>

بسیاری از نظریه‌پردازان شخصیت، مانند آدلر و راجرز اهمیت پذیرش باز خورد مثبت خود را مورد نظر قرار داده، همچنان که روان‌شناسان بالینی و اجتماعی نیز بر اهمیت عزت نفس خود تأکید کرده‌اند. مای لی<sup>۱۲</sup> در این خصوص معتقد است که درجه رضایت از خود یا ارزشی که انسان برای خود قائل است، برای رفتار و برای پویایی درونی یک شخص اهمیت بسزایی دارد.

از نظر براندن<sup>۱۳</sup> ارزشیابی فرد از خویشتن، به اندازه مسئله مرگ و حیات برای وی اهمیت دارد، چون ارزشیابی شخص از خویشتن، آثار برجسته‌ای در جریان فکری، احساس‌ها، گرایش‌ها، ارزش‌ها و هدف‌های وی دارد و کلید فهم تمام رفتارهای اوست و به منظور شناخت حالات روانی انسانی و پی‌بردن به روحیات او باید به طبیعت و میزان «عزت نفس» و معیارهای داوری وی در باره خویشتن، آگاهی یافت. ارزش و اهمیت «عزت نفس»، صرفاً در این نیست که به ما امکان می‌دهد احساس بهتری داشته باشیم، بلکه فرصتی فراهم می‌کند تا بهتر زندگی کرده و ما را قادر می‌سازد با چالش‌های زندگی، بهتر رو به رو شده و از فرصت‌های مطلوب، بهره بیشتری ببریم. عزت نفس، مانند عایق ضخیمی عمل می‌کند تا افراد در اوضاع سخت و چالش‌های زندگی مصون بمانند.<sup>۱۴</sup>

دین‌داری، سازه‌ای پیچیده است که می‌تواند آثار چندگانه‌ای بر سلامت روانی داشته باشد. محققان مختلف گزارش می‌کنند که از مشاوره و روان‌درمانی دین‌مدار می‌توان برای کاهش مشکلات روانی و افزایش سلامت روان استفاده کرد.<sup>۱۵</sup> در تحقیقی جامع روی جمعیت دانشجویی تأثیر احساس معنویت و روزه‌داری بر کاهش اضطراب<sup>۱۶</sup> بررسی شده، همچنین درمان‌های شناختی-رفتاری با محوریت فرهنگ و مذهب<sup>۱۷</sup> روری بیماران وسواسی - جبری نشان می‌دهد که شکل دهی یک نگرش مذهبی می‌تواند نقش موثری در کاهش مشکلات روانی داشته باشد. بنابر این، می‌توان دریافت که روان‌درمانی با تأکید بر دیدگاه‌های اسلامی، نگرشی مثبت‌گرایانه از طریق ارتباط با خدا و احساس معنوی در افراد ایجاد می‌کند.<sup>۱۸</sup> در بخشی از صحیفه سجادیه آمده است که خداوند زداینده غم و اندوه از درون انسان است.<sup>۱۹</sup> و در دعای دیگری آمده است که اگر غم به سوی شما لشکر انگیزد قوی باشید که خداوند سبحان و مقتدر، ساز و سلاح شما در مقابله با لشکر غم است.<sup>۲۰</sup>

کوئینگ، جورج و پترسون<sup>۲۱</sup> در مطالعه‌ای دریافته‌اند کسانی که شرکت بیشتری در فعالیت‌های مذهبی داشته، کمتر افسرده بودند. گارج، الیسون ولارسون،<sup>۲۲</sup> نیز دریافته‌اند که

حضور در کلیسا با افسردگی کمتر در میان سفید پوستان و سیاه پوستان همبستگی دارد. اسپیلکا<sup>۳۳</sup> و همکاران، مذهب را موجب ایجاد معنا در زندگی انسان‌ها می‌دانند. یافته‌های تحقیقی پرسمن<sup>۲۴</sup> و دیگران نیز نشان می‌دهد بیمارانی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشته و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند، در مقایسه با گروه دیگر، کمتر افسردگی داشته و پس از ترخیص از بیمارستان راه طولانی‌تری را پیاده طی کردند. چانگ<sup>۲۵</sup> و همکاران ارتباط بین افسردگی و سلامت روانی و دین‌داری را در میان سربازان مرد قدیمی بررسی کرده است. نتایج رگرسیون نشان می‌دهد که در میان این افراد، آنهایی که در جلسات دینی بیشتر حضور داشته، در مقایسه با افرادی که هرگز در جلسات دینی حضور نداشته‌اند، از افسردگی کمتر و سلامت روانی بالاتری بهره‌مند بودند. همچنین این موضوع نشان می‌دهد که دین می‌تواند نقش مهمی در کنار آمدن با رویدادهای پر دغدغه زندگی داشته باشد.

برخی از محققان<sup>۳۶</sup> نیز عنوان کرده‌اند که افسردگی به‌طور متقاعد کننده‌ای با دین‌داری ارتباط معکوس - هر چند محدود - دارد. برخی دیگر از پژوهش‌ها ارتباطی پیدا نکرده و برخی نیز افسردگی بیشتری را در میان افراد متدین یافته‌اند. نتایج متعارض انعکاس یافته می‌تواند بیانگر طبیعت چند بعدی دین‌داری و سلامت روانی و ابزار جست‌وجو برای اندازه‌گیری دین‌داری، شامل عقاید، تجربیات عمومی و خصوصی و فعالیت بدنی باشد. ابعاد فردی از این قبیل نشان دهنده ارتباط متفاوت دین با سلامت روان و در تعامل با سن، جنس، نژاد و طبقه اجتماعی است. کامر<sup>۳۷</sup> بیان می‌دارد که افراد دین‌دار در مقایسه با افراد غیر دین‌دار و کسانی که خدا را سرد و بی‌توجه به خود می‌پندارند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. در دیویس<sup>۳۸</sup> نیز در تحقیقی بر تأثیر معنویات بر پیشگیری از افسردگی در افراد تأکید کرده است. در پژوهشی که ابرنتی<sup>۲۹</sup> انجام داده، نشان می‌دهد که آن دسته از همسران بیماران مبتلا به سرطان ریه که به‌طور متوسطی از تطابق دینی استفاده می‌کنند، کمتر افسرده هستند تا آنهایی که به میزان کم یا به میزان زیاد تطابق دینی به کار می‌برند. در بررسی که توسط بال<sup>۳۰</sup> و همکاران انجام شده، تمرکز روی تداعی بین دین‌داری و فعالیت جنسی، عزت نفس و کارکرد روان‌شناختی عمومی صورت گرفته و همه جا دین‌داری بزرگ‌ترین همبستگی را با عزت نفس بیشتر و کارکردهای روان‌شناختی بهتر داشته است. روی هم رفته، نتایج نشان دهنده همبستگی معناداری بین دین‌داری و عزت نفس و کارکردهای روان‌شناختی است، در حالی

که بین دین‌داری و رفتار جنسی همبستگی معناداری مشاهده نشده است. هاریسون<sup>۳۱</sup> گزارش کرده است که دینی بودن با عزت‌نفس بالا همبستگی دارد.

به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شاخص‌های مقابله دینی با گستره‌ای از نتایج، نظیر کاهش میزان افسردگی، وضعیت سلامت روانی بهتر، سلامت جسمانی بهتر، کاهش استرس، رشد معنوی و نرخ مرگ و میر پایین‌تر ارتباط دارد. این آثار پس از کنترل متغیرهای اجتماعی و جمعیت‌شناختی و اندازه‌های کلی دینی بودن، ثابت و معنادار باقی مانده است.<sup>۳۲</sup>

با توجه به اینکه افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که در ضمن پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده، و به سبب اینکه از شایع‌ترین علل بستری شدن شمرده می‌شود<sup>۳۳</sup> و از آنجا که افراد افسرده دچار خود کم‌بینی و نا‌ارزنده‌سازی خویش‌تن شده، و به بیان دیگر، عزت‌نفس پایینی دارند و با توجه به تأثیر مثبت مذهب در پیش‌گیری و درمان اختلالات روانی،<sup>۳۴</sup> ضروری است که پژوهش‌هایی با استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر اسلام و استفاده از درمان‌های جدید اسلامی برای رفع علائم افسردگی صورت گیرد. بنابراین، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این سؤال است: آیا درمان چند وجهی اسلامی بر کاهش افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان تأثیر مثبت دارد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۸، به تحصیل اشتغال داشتند. در پژوهش حاضر برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شده است؛ به این صورت که از لیست درس‌های معارف ارائه شده در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۸، (درس‌های انقلاب اسلامی، انسان در اسلام، اندیشه اسلامی ۲، آیین زندگی، تاریخ تحلیلی و تفسیر موضوعی قرآن) به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از بین کلاس‌ها، پنج کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. آنگاه به نیمی از دانشجویان دختر و پسر هر کلاس، به‌طور تصادفی پرسش‌نامه داده شد. با این روش، از میان کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۸، تعداد پانصد نفر به‌عنوان نمونه

اولیه، انتخاب گردید. از این پانصد نفر، ۷۹ نفر که نمره انحراف معیار آنها در پرسش‌نامه افسردگی بک یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین، و در پرسش‌نامه عزت نفس آیزنک یک و نیم انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، شصت نفر (۳۶ دختر و ۲۴ پسر) به‌طور تصادفی به عنوان نمونه نهایی و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌های هر دو جنس به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

## ابزار

### پرسش‌نامه افسردگی بک، فرم سیزده ماده‌ای

این پرسش‌نامه، نسخه خلاصه شده فرم ۲۱ ماده‌ای می‌باشد که در سال ۱۹۷۲م ارائه شده است.<sup>۳۵</sup> محتوای پرسش‌ها شامل غمگینی، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، بی‌زاری از خود، خود تخریبی، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، خودانگاره، مشکل در کار، خستگی و اشتهاست. هر پرسش چهارگزینه برای پاسخ دادن دارد که نمره‌های آن، ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌باشد. رینولدز و گلد<sup>۳۶</sup> پایایی درونی پرسش‌نامه سیزده ماده‌ای افسردگی بک را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه با آزمایی، از ۰/۴۸ - ۰/۸۶ گزارش شده است.<sup>۳۷</sup> فتحی<sup>۳۸</sup> با اجرای این پرسش‌نامه روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان شهر اهواز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۸۹ و از روش تصنیف، ضریب پایایی ۰/۸۷ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به‌دست آمده است. شریف‌نیا<sup>۳۹</sup> برای مشخص کردن روایی این آزمون از پرسش‌نامه ناامیدی بک استفاده کرده و ضریب روایی ۰/۹۲ را به‌دست آورده است. ضریب همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با «مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون»<sup>۴۰</sup> برای افسردگی برابر ۰/۷۳ است.<sup>۴۱</sup>

### پرسش‌نامه عزت نفس

پرسش‌نامه عزت نفس آیزنک، ۳۰ گویه دارد. آزمودنی در مقابل هر سؤال باید تا حد امکان بکوشد با جواب آری یا خیر، پاسخ دهد. در صورتی که واقعاً برایش امکان نداشته باشد، باید گزینه میانه را برگزیند و علامت سؤال (؟) را انتخاب کند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این شرح است: به موضع پاسخی که سنجش عزت نفس را در مقابل احساس حقارت در بردارند، یک نمره تعلق می‌گیرد، در حالی که به موضع‌های مقابل آن

هیچ نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد، و به گزینه‌هایی که علامت سؤال را دربردارد، ۱/۵ نمره داده می‌شود.<sup>۴۲</sup> هرمزی نژاد<sup>۴۳</sup> در پژوهشی که بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران انجام داده، ضرایب پایایی پرسش‌نامه عزت نفس را به سه روش تنصیف، آلفای کرونباخ و گاتمن محاسبه کرده است. ضرایب پایایی آزمون عزت نفس، کاملاً رضایتبخش و در حد مطلوب می‌باشند. بساک نژاد<sup>۴۴</sup> نیز پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷، برای دانشجویان دختر ۰/۸۸ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است. هرمزی نژاد برای بررسی روایی آزمون از روش روایی سازه استفاده کرده است. وی ضریب روایی محاسبه شده را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش می‌کند. همچنین وی آزمون عزت نفس آیزنک و مقیاس عزت نفس اهواز<sup>۴۵</sup> را به‌طور هم‌زمان روی دو نمونه دختر و پسر دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا کرده و ضرایب روایی محاسبه شده برای نمونه دختر  $I=0/79$  و برای نمونه پسر  $I=0/74$  را گزارش می‌کند که هر دو در سطح  $p<0/001$  معنادار هستند. نتایج یافته‌های وی نشان می‌دهد که این آزمون از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب و رضایت‌بخشی بهره‌مند است.

#### جلسات مداخله

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 به‌طور منظم در جلسات شرکت کنند. این جلسات شامل درمان چند وجهی اسلامی فقیهی، غباری بناب و قاسمی‌پور (۱۳۸۶) بود. در هر جلسه ابتدا درباره هدف از تشکیل جلسه صحبت شده و سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌گردید و اعضای گروه با هم به بحث و تبادل نظر می‌پرداختند. مطالب در پایان هر جلسه، جمع‌بندی شده و تکلیف‌هایی برای جلسه بعد به آنان داده می‌شد. در ادامه، خلاصه‌ای از جلسات بیان شده است:

شناخت و تشخیص (آشنایی با خود و خودشناسی که سودمندترین شناخت‌هاست)، ایجاد آمادگی روانی به منظور بررسی تفکرات باورها و عواطف (پذیرفتن هواهای نفسانی



برقراری رابطه با افکار خویش و تردید در باره احساس ناخشنودی از زندگی و نگرش منفی به اطرافیان)،

تمیز افکار و عواطف صواب از ناصواب و پذیرش آن (تشخیص افکار ناصواب و درک افکار ناصواب و عواطف خطا)،

تغییر افکار و عواطف ناصواب در خویش و جایگزین کردن آنها به صواب (تقویت اراده پرورش صبر رشد معرفت یقینی ذکر «لا حول ولا قوه الا بالله» و درونی کردن مفهوم آن در خویش در درمان و بهبودی)،

پیشگیری از بازگشت افکار و احساسات ناصواب.

این مباحث طی ده جلسه دو ساعته و هفته‌ای دو بار اجرا شد.

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص‌های آماری			مرحله
انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۶	۱۳/۲۵	افسردگی	پیش‌آزمون
۳/۵۱	۱۲/۶۵	عزت نفس	
۸/۸۹	۱۵/۸۳	افسردگی	
۳/۵	۱۳/۷۸	عزت نفس	
۲/۹۳	۵/۱۷	افسردگی	پس‌آزمون
۵/۱۱	۲۱/۴۵	عزت نفس	
۸/۶۱	۱۶/۱۹	افسردگی	
۲/۵۳	۱۲/۵۷	عزت نفس	

با توجه به ارقام مندرج در جدول ۱ ملاحظه می‌شود که میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۳/۲۵ و ۵/۱۷ است. این شاخص آماری برای گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵/۸۳ و ۱۶/۱۹ است. علاوه بر این، آمار و ارقامی که در جدول شماره ۲ آمده، نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های عزت نفس گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۲/۶۵ و ۱۳/۷۸، و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲۱/۴۵ و ۱۲/۵۷ است.

در راستای هدف تحقیق و پاسخ به سؤال پژوهش از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. این امر به علت وجود دو متغیر وابسته بوده که لزوم استفاده از روش‌های چند متغیری را ایجاب می‌کند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثریلای	۰/۷۹۲	۱۰۴/۷۴۶	۲	۵۵	۰/۰۰۱
لامیدای ویلکر	۰/۲۰۸	۱۰۴/۷۴۶	۲	۵۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۸۰۹	۱۰۴/۷۴۶	۲	۵۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۸۰۹	۱۰۴/۷۴۶	۲	۵۵	۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای واسطه در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و عزت نفس) بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن تحلیل کواریانس چند متغیری انجام گرفته که نتایج به دست آمده از آنها در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳: نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین‌های افسردگی و عزت نفس پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری (p)
افسردگی	۱۲۸۹/۸۱۲	۱	۱۲۸۹/۸۱۲	۱۶۶/۵۳۰	۰/۰۰۱
عزت نفس	۱۲۲۳/۰۹۰	۱	۱۲۲۳/۰۹۰	۸۰/۳۶۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، F حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی دو گروه برابر با ۱۶۶/۵۳۰ است و در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار است. همچنین مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که F مربوط به مقایسه میانگین نمره‌های عزت - نفس دو گروه برابر با ۸۰/۳۶ است و در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار است.

### نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان داشت که درمان

چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج با تحقیقات انجام شده همسو و هماهنگ است.<sup>۴۶</sup> چانگ و همکاران بیان کرده‌اند افرادی که در جلسات دینی بیشتر حضور داشته در مقایسه با افرادی که در جلسات دینی هرگز حضور نداشته از افسردگی کمتر و سلامت روانی بالاتری بهره‌مند هستند. دین می‌تواند نقش مهمی در کنار آمدن با رویدادهای پردغدغه زندگی داشته باشد. او باورها و اعتقادات دینی را در سلامت روانی و کاهش افسردگی مفید می‌داند. کرک پاتریک بیان می‌کند کسانی که خدا را دوست واقعی، مراقبت کننده و قابل اتکا و اعتماد می‌شناسند، هنگام برخورد با حوادث رنج‌آور و مشکلات زندگی، به خدا روی آورده و به او توکل می‌کنند، اما کسانی که خدا را نامهربان، انتقام‌جو و غیر پاسخ‌گو می‌دانند، و نیز کسانی که در قبول وجود خدا یا ضرورت اعتقاد به او تردید داشته، در برابر مشکلات زندگی و سختی‌ها تحمل کمتری دارند و بیشتر دچار افسردگی و اضطراب شده، احساس تنهایی بیشتری می‌کنند. از نظر کامر افراد متدین در مقایسه با افراد غیر دینی و کسانی که خدا را سرد و بی‌توجه به خود می‌پندارند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. همچنین افرادی که اعتقاد درونی به خدا و باورهای دینی دارند، از این اعتقادات در زندگی روزانه بهره برده، در سختی‌ها به خداوند پناه می‌برند.

فقیهی و همکاران (۱۳۸۶م) در خصوص اثربخشی درمان چند وجهی اسلامی معتقدند که این درمان علاوه بر نقش عوامل شناختی، نظیر باورها و نگرش‌های منفی و غیر منطقی در باره خود، دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمان‌جو می‌باشد، بر نقش عوامل مختلف اجتماعی-عاطفی، نظیر افراط یا تفریط در تمایلات، وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکالیف، حسادت، چشم داشت نابجا به مال و کمک دیگری، آرزوهای طولانی داشتن، تأسف خوردن نابجا و ... در شکل‌گیری و تداوم این اختلال توجه شده است. به همین علت، این درمان، چند وجهی نام‌گذاری شده است، زیرا غیر از عوامل شناختی، عوامل دیگری را نیز در شکل‌گیری افسردگی مؤثر می‌داند و بر جنبه‌های مهم دیگری نیز توجه دارد. همچنین نقش عوامل شناختی در رویکرد اسلامی بسیار بارزتر و برجسته‌تر از رویکرد سنتی مطرح شده است، به‌طوری که نگرش‌ها،

باورهای وهمی خطایی و غیر منطقی در باره خود، خدا، جهان و دیگران عامل اصلی و اساسی ایجاد کننده افسردگی قلمداد شده است و نیز در زمینه سبب‌شناسی افسردگی، شناخت‌های نادرست مراجع به امور معنوی، از عوامل ایجاد یا ادامه افسردگی تلقی گردیده است. بنابر این، در درمان، هم به امور معنوی، مانند توکل به خداوند و رضایت از آنچه فرد دارد و مقدر پروردگار است، و هم به تدبیرهای الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه مقدمه آخرت است و زندگی دنیا همراه با سختی‌هاست و امور دیگر، تأکید شده است. شیوه‌های درمانی برگرفته از آیات و احادیث اسلامی، از آنجا که عموماً با فطرت انسانی افراد منطبق است، صحت و درستی و میزان تأثیرگذاری آنها بر افراد و ماندگاری آثار آنها بیشتر می‌باشد. برای اجرای فرایند درمان در مدل چند وجهی اسلامی سه مرحله کلی انجام شد:

۱. شناخت و تشخیص: در این مرحله به فرد افسرده کمک می‌شود تا از نیازها و خواش‌های خود آگاه شود و خود را بشناسد و به واقعیت‌های مربوط به خود و آنچه در ارتباط با اوست، از جمله وجود پروردگار و آثار آن در زندگی افراد، شناخت پیدا کند.<sup>۴۷</sup>
۲. تشخیص افکار مثبت از غیر مثبت و پذیرش آن: در این مرحله، از طریق رهنمودهای عقلانی و ارزیابی، به درمان‌جو کمک می‌شود تا افکار و عواطف منفی را از افکار و عواطف مثبت تشخیص دهد و وجود افکار و عواطف منفی را در خود بپذیرد، مانند نپذیرفتن واقعیت، تردید به الطاف خداوندی و ناخشنودی از زندگی و برآورده نشدن انتظارات.
۳. تغییر افکار و عواطف منفی و جایگزین کردن افکار مثبت به جای آنها: در این مرحله، از طریق تقویت اراده، نیروی مقاومت و صبر، شناخت درمانی و رشد معرفت یقینی، به درمان‌جو کمک می‌شود تا افکار و عواطف درست و منطقی را بیابد و آنها را جایگزین افکار و عواطف غیر منطقی خود کند. در این مرحله با افزایش آگاهی‌های مراجع به قدرت خدا و پذیرش این حقیقت که هر مشکلی با تکیه بر قدرت پروردگار حل می‌شود و با گفتن ذکر لا حول ولا قوه الا بالله و درونی کردن مفاهیم آن در خویش، به بهبودی منجر می‌شود.<sup>۴۸</sup>

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله اینکه پژوهش حاضر، روی جمعیت دانشجویی انجام گرفته که تعمیم پذیری آن را در جمعیت‌های غیر دانشجویی محدود می‌کند. از سوی دیگر، این روش برای گروه‌های افسرده انجام شده و هنوز موفقیت آن در درمان سایر گروه‌های اختلالات روان‌پزشکی مشخص نشده است و همین امر، جامعیت این روش را محدود می‌کند. این روش برای درمان بیماران افسرده غیر مسلمان نیز مناسب نیست. همچنین این تحقیق با پیگیری همراه نبود، از این رو مشخص نیست که آیا با تداوم درمانی همراه است، یا نه.

پیشنهاد می‌شود تا سایر محققان این روش را با سایر روش‌های درمانی در جمعیت‌ها و سنین مختلف اجرا کنند. به بالینگران توصیه می‌شود که از این روش برای درمان سایر مشکلات روان‌پزشکی نیز استفاده کرده و کارایی آن را به صورت روش آموزشی و درمان، تحلیل و بررسی کنند. نتایج یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که روش‌های روان‌درمانی با رویکرد اسلامی و بومی شده می‌تواند در کاهش مشکلات افسردگی و افزایش عزت نفس مؤثر باشد.



پی‌نوشت‌ها

۱. مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، بررسی تاثیر شناخت درمانی در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه‌های خود پنداشت، ص ۸۶.
2. D.A. Carone. & D. F. Barone, "A social cognitive perspective on religious believes: Their functions and impact on coping and psychotherapy", *Journal of Adolescence*, v 26, p 431-446.
۳. انبیاء: ۸۷.
۴. آل عمران: ۱۳۹.
5. Seligman
6. Allen-mares
7. J. Ball et al., "The relationship between religiosity and adjustment among African- American, Female, urbanadolescents", *Journal of Adolescence*, v 26, p 431-446.
8. H. G. Koing & C. Thoresen, "Spirituality, religion and health: Emerging research field", *Journal of American Psychologist*, v 58, p 24-35; L. J. Wait & E. L. Lehrer, "The benefits from marriage and religion: In the United States", *Population & Development Review*, v 29, p 255-275.
9. J. Maltby & L. Day, "Religious orientation coping and appraisals of stress", *Journal of Personality and Individual Differences*, v 34, p 1209-1224.
۱۰. علی نقی فقیهی و همکاران، «مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی»، *اسلام و روانشناسی*، ش ۱، ص ۷۵.
۱۱. گیت هاوتون، رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، ص ۲۶۳.
۱۲. ر. مای لی، ساخت، پدیدایی و تحول شخصیت، ترجمه محمود منصور، ص ۸۵.
۱۳. ناتانیل براندن، روان‌شناسی عزت نفس، ترجمه مهدی قراچه داغی، ص ۴۲.
۱۴. ال سبیرت، رازکامیابی در بحران‌های زندگی، ترجمه امین برجسته.
15. A. Somayya, *Islamic Counselling and Psychotherapy Trends in Theory Development*, New York, Plenum press, 2005; A. E. Reppentrop et al., "The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population", *Journal of Pain*, v 119(1), p 311-321.
۱۶. مهناز امین رنجبر، «بررسی تاثیر روزه داری بر کاهش اضطراب دانشجویان دانشگاه پیام نور»، *مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ص ۵۱۶.
۱۷. اکبر بیان زاده و همکاران، «بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مذهبی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری»، *مجله علوم پزشکی رازی*، ش ۴۴، ص ۹۱۳.
۱۸. محمد خدایاری فرد، «کاربرد مثبت نگری در روان درمانی با تاکید بر دیدگاه اسلامی»، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ش ۵، ص ۱۴۵.
۱۹. بخشی از دعای شماره ۵۴ از صحیفه سجادیه
۲۰. بخشی از دعای شماره ۲۰ از صحیفه سجادیه
21. Koenig, Gorge & Peterson
22. Gorj, Elison & Larson
23. Spilka
24. Pressman
25. Chang
26. Mosher
27. Comer
28. Davis
۲۹. سیدعلی مرعشی، بهداشت روان و نقش دین، ص ۱۵۷.
30. Ball

31. Harrison

32. K. Siegel et al., "Religion and coping with health related stress", *Psychology and Health*, v 16, p 631-653.

۳۳. تیموتی کاستلو و همکاران، روانشناسی ناپهنجاری، ترجمه نصرت‌اله پور افکاری، ص ۲۷۰.

۳۴. باقر ثنایی ذاکرو همکاران، «بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مرکز پزشکی نور شهر اصفهان»، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ش ۸، ص ۹۱.

35. A. T. Beck et al., "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, v 4, p 561-574.

36. W. M. Reynold & J. W. Gould, "A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 49, p 306-307.

37. A. T. Beck et al., "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, v 8, p 77-100.

۳۸. کیهان فتحی، بررسی افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلستگی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی به عنوان پیش بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز، ص ۱۲۳.

۳۹. فریده شریف نیا، رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی-اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر آنان در شهرستان اهواز، ص ۱۰۴.

40. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

۴۱. اسماعیل بیابانگرد، روان‌شناسی نوجوانان، ص ۱۱۴.

۴۲. معصومه هرمزی نژاد، رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی با ابزار وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، ص ۸۹ و ۹۰.

۴۳. سودابه، بساک نژاد، بررسی روابط ساده و چندگانه عزت‌نفس، کمال‌گرایی، خود‌ابرازی دفاعی، ترس از موفقیت و از ارزیابی منفی با نشانگان وانمود‌گرایی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه شهید چمران اهواز، ص ۱۵۰.

۴۴. سیداکبر بیان‌زاده و همکاران، «بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری»، مجله علوم پزشکی رازی، ش ۴۴، ص ۹۱۳.

45. Ahvaz Self-esteem Scale

۴۶. صدیقه ترقی‌جاه، و دیگران، «مقایسه تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران»، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ش ۲۱، ص ۱۱۲.

۴۷. سیدجلال الدین محدث، فهرست موضوعی شرح فارسی غرر و در‌الکلم، ص ۱۴۸.

۴۸. محمد باقر مجلسی، بحار الانوار، ص ۱۸۶.

## منابع

- امین رنجبر، مهناز، «بررسی تاثیر روزه داری بر کاهش اضطراب دانشجویان دانشگاه پیام نور»، *مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، اردیبهشت ۱۳۸۷.
- براندن، ناتانیل، *روانشناسی عزت نفس*، ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران، نشرنخستین، ۱۳۷۹.
- بساک نژاد، سودابه، بررسی روابط ساده و چند گانه عزت نفس، کمال گرایی، خود ابرازی دفاعی، ترس از موفقیت و از ارزیابی منفی با نشانگان وانمود گرایی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان نامه دکتری، روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۵.
- بیابانگرد، اسماعیل، روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، ۱۳۷۶.
- بیانزاده، سیداکبر و همکاران، «بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری»، *مجله علوم پزشکی رازی*، ش ۴۴، ۱۳۸۳، ص ۹۲۴-۹۱۳.
- ترقی جاه، صدیقه و همکاران، «مقایسه تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه های تهران»، *تازه ها و پژوهش های مشاوره*، ش ۲۱، ۱۳۸۶، ص ۱۲۵-۱۱۱.
- ثنایی ذاکر، باقر و حمید نصیری، «بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مرکز پزشکی نور شهر اصفهان»، *تازه ها و پژوهش های مشاوره*، ش ۸، ۱۳۷۹، ص ۹۶-۸۹.
- خدایاری فرد، محمد، «کاربرد مثبت نگری در روان درمانی با تاکید بر دیدگاه اسلامی»، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ش ۱۵(۱)، ۱۳۷۹، ص ۱۶۱-۱۴۰.
- سیبیرت، ال، *رازکامیابی در بحران های زندگی*، ترجمه امین برجسته، کرمان، انتشارات خدمات فرهنگی کرمان، ۱۳۸۰.
- شریف نیا، فریده، *رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی- اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر آنان در شهرستان اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۷۹.
- فتحی، کیهان، *بررسی افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک های دل بستگی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی به عنوان پیش بین های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۵.
- فقیهی، علی نقی و همکاران، «مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی»، *اسلام و روانشناسی*، ش ۱(۱)، ۱۳۸۶، ص ۸۶-۶۹.
- کاستلو، تیموتی و همکاران، *روانشناسی ناپهنجاری*، ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران، انتشارات آزاده، ۱۳۷۳.
- مای لی، ر، *ساخت، پدیدایی و تحول شخصیت*، ترجمه محمود منصور، تهران، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۳.



- مجلسی، محمداقبر، *بحار الانوار*، بیروت، دارالاحیاء التراث العربی، ۱۴۰۳ق.
- محدث، سیدجلال الدین، *فهرست موضوعی شرح فارسی غرر و در الکلم*، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۳.
- مرعشی، سیدعلی، *بهداشت روان و نقش دین*، تهران، انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۷.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز، *بررسی تأثیر شناخت درمانی در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه های خود پنداشت*، پایان نامه دکترا، روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۷۵.
- هاوتون، گیت و کلارک سالکووس کیس، *رفتار درمانی شناختی*، ج اول، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۶.
- هرمزی نژاد، معصومه، *رابطه ساده و چند گانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب اجتماعی و کمال گرایی با ابراز وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۰.
- Allen-mares, P., *Children: Mental Health*, In R. L. (Ed) Encyclopedia of social work, Washington DC, National Association of Social Worker, 1995, p 460-464.
- Allport, G. W., Ross, J. M., "Personal religious orientation and prejudice religious", *Journal of Personality and Social Psychology*, v 5, 1967, p 432-443.
- Ball, J. et al., "The relationship between religiosity and adjustment among African- American, Female, urbanadolescents", *Journal of Adolescence*, v 26, 2003, p 431-446.
- Beck, A. T. et al., "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, v 4, 1961, p 561-574.
- \_\_\_\_\_, "Psychometric properties of the Beck DepressionInventory:Twenty- five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, 1988, v 8, p 77-100.
- Bergin, A. E., "Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta- analysis", *Professional Psychology Research and Practice*, v 142, 1983, p 170-184.
- Chang, B. H. et al., "The relationship between sexual assault, religiosity, and mental health among male veterans", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v 33, 2003, p 223-239.
- Comer, R. C., *Fundamentals of Abnormal Psychology*, New York, Worth Publication, 2005.
- Gorj, M. et al., "Are religious people happier? A study among undergraduates", *Journal of Personality and Individual Defferencess*, v 23, 1995, p 199-204.
- Kirkpatrick, L. A., *Attachment and religious representation and behavior in handbook of attachment theory and research*, Edited by J. Cassidy and P. R. Shaver, New York, Guilford, 1999, p 803-822.
- Koenig, H. G. et al., "Religiosity and remission of depression in medically ill older patients", *American Journal of Psychiatry*, v 155, 2001, p 434-542.
- Maltby, J. & L. Day, Religious orientation coping and appraisals of stress, *Journal of Personality and Individual Differences*, v 34, 2003, p 1209-1224.
- Mosher, J. P. & P. L. Handel, "The relationship between religion and psychological distress in adolescents", *Journal of Psychology and Theology*, v 254, 1997, p 449-457.
- Pargament, K. I., "Of means and ends: Religion and the search for significance", *The International Journal for the Psychology of Religion*, v 1, 1992, p 202-229.
- Pilipski, M. J. J. et al., "Spirituality among young women at risk eating disorder", *Journal of Eating Behaviors*, v 6, 2005, p 293-300.
- Pressman, P. et al., "Religion belief depression, and ambulation status in elderly women with broken hips", *Journal of Americal Psychiatry*, v 147, 1990, p 758-766.
- Reppentrop, A. E. et al., "The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population", *Journal of Pain*, v 119(1), p 311-321.
- Reynold, W. M. & J. W. Gould, "A psychometric invetigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 49, 1981, p 306-307.

- Siegel, K. et al., "Religion and coping with health related stress", *Psychology and Health*, v 16, 2001, p 631-653.
- Somayya A., *Islamic Counselling and Psychotherapy Trends in Theory Development*, New York, Plenum press, 2005
- Spilka, B., *Psychology of religion: On empirical approach*, 3th. Edition, New York, Guilford Press, 2003.
- Spilka, B. et al., "A general attribution theory for the psychology of religion", *Journal of Scientific Study of Religion*, v 24, 1985, p 1-20.

