

تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان

ناصر یوسفی^۱

تاریخ وصول: ۹۱/۸/۶

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۷

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی دو روی آورد شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری در کاهش نشانگان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان صورت گرفت. روش: جامعه تحقیق شامل کلیه دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان بود که از این جامعه ۹۰ دانشجو به شیوه تصادفی انتخاب شدند. با استفاده از فهرست تجدید نظر شده نشانه های مرضی (SCL-90-R دروگاتیس، ۱۹۷۵) و مصاحبه تشخیصی تکمیلی بر مبنای DSM IV- R میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب آزمودنی ها تعیین شدند و به تصادف در سه گروه ۳۰ نفری (گروه شناخت درمانی مذهب محور، معنادرمانگری و گواه) قرار گرفتند. با استفاده از مقیاس SCL-90-R میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب آزمودنی ها، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اندازه گیری شد. یافته: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که روی آورد شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی مؤثرند و اثر آنها در مرحله پیگیری ماندگار است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بین دو روی آورد شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری در کاهش اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری وجود ندارد، اما روی آورد شناخت درمانی مذهب محور در کاهش افسردگی مؤثرتر از معنادرمانگری بود.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، معنادرمانگری، شناخت درمانی مذهب

محور.

مقدمه

پیشرفت علم و تکنولوژی و گسترش روز افزون اطلاعات در عصر جدید از یک سو شرایط زندگی را تسهیل کرده است و از سوی دیگر تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می‌کند. مشکلات زندگی آسیب‌پذیری انسان‌ها را افزایش می‌دهد (کوتلر^۱، ۲۰۰۳/۱۳۸۵)، به همین دلیل افراد اغلب از اضطراب، افسردگی، رنجش بی دلیل یا بی‌کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می‌برند (پالمر^۲، ۲۰۰۱/۱۳۸۳). خشنود زیستن در دورانی که تغییرات سریع اجتماعی و تکنولوژی به وقوع می‌پیوندد کار آسانی نیست. افزایش داروهای آرام‌بخش، قرص‌های خواب آور، الکل، جنایت‌های خشونت بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعاست (فرانکل^۳، ۱۹۶۷/۱۳۸۶، ایوی، ۲۰۰۰). برخی از درمانگران معتقدند که زندگی روزمره شامل حوادث تکراری، ادراک تهدیدشدگی و در نظر گرفتن شیوه‌های مقابله با آن و سرانجام سازگاری کم و بیش موفقیت آمیز با تهدید است (پالمر، ۲۰۰۱/۱۳۸۳). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگی‌شان مبتنی بر مدار خود-ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار سود می‌جویند (یونگ و ژاکوپس، ۲۰۰۵). بنابراین افراد نیازمند کمک هستند. این کمک‌ها با به کارگیری روش‌های درمانگری، امکان پذیراست. معنا درمانگری و شناخت درمانی مذهب محور از جمله روش‌های درمانگری‌اند که از دیرباز سهم به‌سزایی در کاهش رنج انسان ایفا کرده‌اند (تایمس، گوریکزنی، ۲۰۰۲).

معنادرمانگری: معنادرمانگری معادل واژه لوگو تراپی^۵ یونانی است. واژه لوگوس^۶، معادل

-
1. Kottler, A.
 2. Palmer, E.
 3. Frankl, V.
 4. Timms, S., & Goreczny, A.
 5. logo therapy
 6. logos

معنا، و تراپی^۱ به معنای درمانگری است. این شیوه درمانگری کمتر به گذشته توجه دارد و بیشتر بر آینده و معنای زندگی تأکید می‌کند (پاول و سومو، ۲۰۰۷). معنادرمانگری توسط فرانکل (۱۹۶۷/۱۳۸۶) مطرح شد. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می‌کرد که مراجع را به سوی هدفی که به زندگی معنا دهد، هدایت کند (پاول و سومو، ۲۰۰۷). این روی آورد بر مفاهیمی مانند معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان آزرده‌گی اندیشه زاد^۲، تکاپوی اندیشه ای^۳، تهی زندگی، قصد متضاد^۴، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد. به اعتقاد معنادرمانگران ناکامی علت اصلی روان-آزرده‌گی است، که در اصطلاح به آن روان آزرده‌گی اندیشه زاد گویند؛ تلاش فرد برای یافتن معنا در زندگی به معنای تکاپوی اندیشه است و قصد متضاد که به آن قصد قوی یا وافر هم می‌گویند، تمایل به وقوع آن چیزی است که با رخ دادن آن مخالفیم. در این روی آورد از روش‌های مشاوره‌ای قبول مسئولیت، تحقق خود، زندگی گذران، معنویت و ایمان، استفاده می‌شود (شولنبرگ، ۲۰۰۲).

شناخت درمانگری مذهب محور: در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود، امید به زندگانی افزایش یابد (لامبرت، دولاهات^۵، ۲۰۰۸). در جلسات روان درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن

1. therapy
2. Noogenic
3. Noo-Dynamics
4. paradoxical intention
5. Lambert, N. M. & Dollahite, D.

کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز شد. برخی از بیماران که علاوه بر افسردگی، دچار اضطراب و حملات هراس بودند، همواره تصور می‌کردند که ممکن است هر لحظه تعادل خود را از دست داده و دچار غش و مرگ ناگهانی شوند (برنن،^۱ ۲۰۰۴). در رویکرد مذهبی این باور داشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شد. از سوی دیگر در روش آرامش عضلانی برای مهار اضطراب، به بیمار کمک می‌شود تا با تلقینات مثبت و تمرکز بر نیروی عظیم الهی که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی رسیده و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود. این شیوه همراه با تکالیف خانگی به طور گام به گام اجرا می‌شد (احمری، هدی؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۸).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افزایش آگاهی (یکی از روش‌های شناختی) با کاهش پرخاشگری همراه است (بریکنستون، جیانت و دورتی، ۲۰۰۶). از سوی دیگر کاهش آگاهی موجب نوعی تجزیه شخصیت و بی‌هویتی می‌شود که مغایر کل‌گرایی شناختی است (سلاگرت، جونجسما، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به کارگیری روش‌های شناخت درمانی، افسردگی، پرخاشگری و اضطراب را کاهش می‌دهد (موریس، ۱۹۹۱؛ آکاجی، کلایمز و باس، ۲۰۰۱). در پژوهش دیگری که به وسیله ساندرز (۱۹۹۶) با به کارگیری فنون شناختی ایمنی و رابطه مشاور-مراجع انجام شد، داده‌ها نشان دادند که استفاده از رابطه گرم و معنادار می‌تواند به کاهش افسردگی، تنیدگی^۲، اضطراب و پرخاشگری منجر شود. پژوهش‌های مختلفی نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان می‌دهند (تورسن و هریس^۳، ۲۰۰۲؛ برنان^۴، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، کچویی و ایرانی، ۱۳۸۸).

-
1. Brennan, M.
 2. Stress
 3. Thoresen, & Harris
 4. Brennan

اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (آکس لاین^۱، ۲۰۰۸). بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است، پژوهش‌های پیشین نشان داده است که مداخلات معنوی بر افزایش سلامت روان دختران دانشجو مؤثر بوده است (سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸). یوسفی (۱۳۸۳) با استفاده از روش گشتالت درمانگری و به ویژه معنادرمانگری اضطراب مرگ، ناامیدی، افسردگی، عصبانیت را در بیماران سرطانی کاهش داد. شولنبرگ (۲۰۰۳) با استفاده از روش معنا درمانگری معطوف کردن توجه مراجعان به اهداف بالا در مقابل اهداف پایین روان آزرده‌گی را به شدت در مراجعان کاهش داد و امکان زندگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در پژوهش دیگری که به وسیله آلفرد و بریت و سیک (۲۰۰۶) انجام شد مراجعانی که به تهی بودن زندگی و نوعی عصبانیت نسبت به خود و دیگران رسیده بودند و اضطراب داشتند، با روش معنا درمانگری به ویژه روش قصد متضاد به نتایج رضایت بخشی رسیدند. جاکوباس و ریلی (۲۰۰۸) در بررسی موردی ارزیابی اثر شناخت درمانی در کاهش اضطراب و پرخاشگری نشان دادند که این روش در کاهش این نشانه‌ها اثر معنادار داشته است. دانا (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که درمانگریهای کامل و متناوب افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهند. متأسفانه در ایران تا به حال در زمینه روی آوردهای معنادرمانگری و شناخت درمانگری مذهب محور در کاهش مشکلات مراجعان پژوهش‌های بسیار نادری انجام شده است. از آنجا که اغلب اختلال‌های شخصیتی در دوره نوجوانی و دانشجویی ناشی از مشکلات روانی و گاهی سردرگمی مذهبی است و این مشکلات به طور عمده به صورت افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بروز می‌کنند (ویت و دیاک، ۲۰۰۷).

در بررسی دیگری مشاهده کردند افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند

نسبت به افرادی که کم‌تر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کنند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روان‌شناختی نمرات بالاتری کسب کردند (وولف دیوید، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۶). «موریس» اثر زیارت مذهبی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سالمند بررسی کرد. او دریافت که علائم آنها بعد از زیارت رفتن کاهش زیادی داشته و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این اثر ادامه داد (به نقل از پروپست، استروم، واتکینس و همکاران، ۱۹۹۲). در مطالعه دیگری «مکین توش» نقش مذهب را در سازگاری افراد با یک رویداد معنی‌دار زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرد و دریافت که مذهبی بودن با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارد. به علاوه مذهبی بودن با افزایش صلاحیت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان ارتباط داشت (به نقل از مجاهد، کلانتری، مولوی و همکاران، ۱۳۸۸).

کونینگ (۱۹۹۸) در تحقیقی بر روی بیماران بستری در دو بیمارستان نشان دادند که ۶۰ درصد (۵۹/۱) نمونه تحقیق که عامل به مذهب بودند انعطاف بیشتری برای کنار آمدن بامشکل خود داشتند و ۱۲ درصد این افراد در پاسخنامه (گزارش فردی) قبل از اینکه از آنها پرسش مستقیم شود اظهار داشتند که مذهب مهم‌ترین عامل برای مقابله و کنار آمدن با مشکلات می‌باشد. در این بررسی تجزیه و تحلیل فاکتورهای «دموگرافیک» نشان داد که تأثیر مثبت رویارویی مذهبی با بیماری‌های بسیار جدی، همبستگی مثبت داشته و همراه با اعمال شناختی بهتر می‌باشد. در تحقیق دیگری گروه تحقیق کونینگ و دیگر محققین افسردگی بسیار پایین را در بین سالمندان عامل به مذهب نشان دادند.

برگین با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و مذهب با بهداشت روانی پرداختند. آنها در سال ۱۹۹۱ نتایج این پژوهش را ارائه کردند (برگین^۱، ۱۹۹۱)، پژوهش‌های انجام شده در این مورد، به طور کلی نشان داده‌اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی

ندارد. در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت هست. با این وجود افرادی که دارای مذهب درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی دارند یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزی دیگر می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (برگین، ۱۹۹۱).

ضرورت پژوهش این است، رابطه ایمان، معنویت، ایمان و احساس امنیت و آرامش روانی را اکثر دانشمندان صراحتاً و یا به صورت ضمنی پذیرفته‌اند، از جمله ویلیام جیمز، امانوئل کانت، کارل گوستاو یونگ، اریک اریکسون و ... (ازهر و وارما، ۱۹۹۵). البته نیاز به دین، منحصر به دوره خاص یا به دین خاصی نیست، بلکه بشر در تمام اعصار این احتیاج را به سادگی حس می‌کرده است. در عصر ما ضرورت دین و ایمان بیش از هر عصر دیگری احساس می‌شود. تنها دین است که می‌تواند انسانیت را حفظ کرده او را از انحطاط نجات دهد. این نیاز فطری که از درون منشأ می‌گیرد بخصوص از آن نظر که نیاز انسان را به تکیه گاهی نیرومند و قوی ارضا می‌کند قابل توجه است. تکیه گاهی که در همه حوادث به آن پناه ببرد و به اتکای آن آرام و مطمئن باشد (الا بذکرالله تطمئن القلوب، سوره رعد آیه ۲۸)، بی پناهی و احساس بی کسی و پوچی که در اکثر عدم تعادل‌های روانی به چشم می‌خورد، در اعتقاد به یک وجود و حامی مقتدر و پناه دهنده‌ای که مصدر نیکی‌ها، سازندگی‌ها و کارهای خیر است به انسان آرامش روانی می‌بخشد و در بهداشت روانی او مؤثر است.

علیرغم این که اکثر تحقیقات ذکر شده در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی ارائه دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه‌های وسیع اخلاقی فردی بهداشتی و اجتماعی را در برمی‌گیرد لذا مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد.

هدف پژوهش حاضر به بررسی میزان تأثیر شیوه‌های معنادرمانگری و شناخت درمانگری مذهب محور بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان دانشگاه کردستان اختصاص یافته است.

روش

طرح تحقیق این پژوهش آزمایشی است. جامعه تحقیق متشکل از دانشجویانی (اعم از خوابگاهی و غیرخوابگاهی و بومی و غیربومی) بود که به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان مراجعه می‌کردند و ملاک ورد با استفاده از مقیاس SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی تکمیلی تشخیص پرخاشگری، افسردگی و اضطراب بود و ملاک خروج داشتن بیماری شدید روانی و مصرف دارو بود. از این جامعه به شیوه تصادفی ساده ۹۰ دانشجو که برای حل مشکلات روانی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. با استفاده از مقیاس SCL-90-R (دروگاتیس، ۱۹۷۵) و مصاحبه تشخیصی تکمیلی میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان اندازه‌گیری شد و به تصادف، افراد در سه گروه ۳۰ نفری (گروه شناخت درمانگری مذهب محور، معنادرمانگری و گواه) قرار گرفتند.

دانشجویان گروه اول با روش شناخت درمانگری مذهب محور به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه یک ساعته با هفته‌ای یک بار مورد درمان قرار گرفتند. پروتکل شناخت درمانی محتوای جلسات اول شامل: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی، محتوای جلسات دوم: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره‌ی حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، محتوای جلسات سوم تا چهارم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از

خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیر منطقی، محتوای جلسات پنجم تا ششم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی با افکار غیرمنطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، محتوای جلسات هفتم تا هشتم: بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده اند، ادامه تکالیف منزل، اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به اینکه با بکارگیری آنچه را که یاد گرفته اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

دانشجویان گروه دوم با روش معنادرمانگری به صورت انفرادی بر اساس مدل فرانکل (۱۹۶۷/۱۳۸۶) مورد درمان قرار گرفتند. فرایند درمان شامل، جلسه اول: برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه و آموزش مفهوم عشق، برقراری رابطه با مراجع، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسه درمان، مصاحبه ارزیابی، اجرای پیش آزمون ۷- آموزش مفهوم عشق، ۸- ارائه تکلیف، ۹- بازخورد. جلسه دوم شوخی: شوخی یکی دیگر از اسلحه های روح است که می تواند ذهن را به خود مشغول داشته و انسان را از شرایط سخت موجود جدا سازد و به او توانی بخشد تا در برابر سختیها و زشتیها برخیزد ولو اینکه برای چند ثانیه باشد.

جلسه سوم ترسیم روشن و دقیق از عواطف خود: به محض آنکه تصویر روشنی از عواطف خود رسم می کنیم، عواطف در حال رنج، از رنج کشیدن باز می مانند. به جای آنکه مرتب خواسته های خود را از زندگی به نظر آوریم، به این بیندیشیم که زندگی از ما چه خواسته و انتظاری دارد. برای هر مشکلی پاسخی خاص موجود می باشد و معنای زندگی نزد افراد مختلف، لحظه به لحظه به شکل متفاوتی بروز می کند. جلسه چهارم تجربه ارزشی والا: یافتن معنای زندگی از راه تجربیات ارزشمند مثل برخورد با شگفتی های طبیعت، فرهنگ و یا با درک و یافتن فردی دیگر به وسیله عشق، به دست می آید. جلسه پنجم معنای رنج: در

این صورت رنج می تواند بهترین جلوه گاه ارزش وجودی انسان شود، چرا که وقتی معنا یافت واژه ای همچون «فداکاری» معنا می یابد. اگر رنج معنا نداشته باشد، بقا نیز معنایی نخواهد داشت. جلسه ششم اضطراب پیش بین: هرآنچه که بیمار از آن وحشت دارد، به سرش می آید. به عبارت دیگر ترس خود عامل پدیدار شدن چیزی می شود که بیمار به شدت از وقوع آن وحشت داشته است. مثل سرخ شدن چهره در حضور دیگران. جلسه هفتم قصد متضاد: هر قدر فرد بخواهد سعی کند ترسش را نشان ندهد، بیشتر می ترسد و کمتر موفق می شود. انجام هر کاری که با قصد و توجه مفرط پیگیری شود، ناممکن است (مثل بی خوابی، هرچه بیشتر سعی کنیم با بی خوابی مبارزه نماییم کمتر موفق خواهیم بود). جلسه هشتم تبدیل تراژدی به پیروزی و جمع بندی: این شیوه درمانگری در ۸ جلسه یک ساعتی، هفته ای یک بار ارایه شد.

گروه سوم: گروه کنترل دانشجویانی بودند، هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند و گروه گواه محسوب شدند، بلکه فقط مقیاس Scl-90 را در سه مرحله پیش، پس و پیگیری (۶ ماه بعد) تکمیل کردند. بعد از ۶ ماه اثر درمانگری ها پیگیری شد.

ابزار

داده ها با استفاده از فهرست تجدیدنظر شده نشانه های مرضی (SCL-90-R)، دروگاتیس، (۱۹۷۵) و مصاحبه تشخیصی بالینی، در سه مرحله قبل، بعد و پیگیری به دست آمدند. میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان با استفاده از فهرست SCL-90-R (هنجاریایی شده توسط نجاریان و داودی، ۱۳۸۰) اندازه گیری شد. این آزمون دارای ۹۰ سؤال است و ۹ مقیاس مختلف را اندازه گیری می کند که شامل شکایت های جسمانی^۱، وسواس بی اختیاری^۲، حساسیت در روابط متقابل^۳، افسردگی^۴، اضطراب^۵، پرخاشگری^۶، اضطراب هراسی^۷، افکار

- 1 . hypochondriac
- 2 . obsessive - compulsiveness
- 3 . interpersonal sensitivity
- 4 . depression
- 5 . anxiety
- 6 . hostility
- 7 . phobic anxiety

پارانوئید^۱ و روان گسسته واری^۲ است. مواد آزمون بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای (۰=هیچ، ۱= کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=به شدت) ارزیابی می‌شوند. در این بررسی از ماده‌های مربوط به سه مقیاس پرخاشگری، افسردگی و اضطراب استفاده شد. از لحاظ ویژگی‌های روانسجی، SCL-90-R با مقیاس‌های MMPI ($r = 0/78$)، پرسشنامه پرخاشگری اهواز (AAI) ($r = 0/84$) و مقیاس بک (BDI) ($r = 0/79$) همبستگی بالایی دارد و از روایی سازه بالایی برخوردار است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). پایایی SCL-90-R با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و بازآزمایی، به ویژه در سه مقیاس پرخاشگری، افسردگی و اضطراب، ۰/۷۶ گزارش شده است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های سه گروه را در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و همسانی واریانس‌ها را با استفاده از آزمون لوین نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۴/۲۳	۱/۲۳	۴/۵۴	۱/۲۳	۴/۶۲	۰/۹۸
افسردگی	۴/۱۲	۱/۳۲	۴/۳۴	۰/۹۸	۴/۷۸	۱/۰۲
پرخاشگری	۴/۳۵	۱/۱۲	۴/۲۳	۰/۸۹	۴/۸۹	۰/۸۷
مذهب محور اضطراب	۴/۴۶	۱/۴۱	۱/۰۷	۱/۳۴	۱/۳۳	۰/۹۲

1. paranoid ideation
2. psychoticism

فرهنگ مشاوره و روان درمانی

۰/۹۵	۱/۲۳	۱/۴۵	۰/۹۳	۰/۸۹	۴/۲۷	افسردگی
۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۸۷	۰/۸۷	۱/۱۲	۴/۶۳	پرخاشگری
۱/۵۴	۰/۸۲	۰/۹۱	۰/۷۶	۱/۵۶	۴/۳۳	اضطراب
۱/۳۴	۰/۴۹	۰/۸۹	۰/۴۳	۱/۴۳	۴/۲۵	افسردگی
۱/۲۳	۰/۷۵	۱/۲۳	۰/۶۷	۱/۳۲	۴/۴۲	پرخاشگری

جدول ۱ یافته توصیفی را نشان می دهد، جهت بررسی همگنی واریانس ها سطح معناداری مقدار F، بالاتر از ۰/۰۵ است که مبین همسانی و همگنی واریانس های سه گروه در هر سه متغیر است.

برای اطمینان از برابری میانگین های دو گروه در مرحله پیش آزمون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه مرحله پیش آزمون

متغیرها	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب	۰/۴۲۳	۲	۰/۲۱۱	۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۱۳۲	۰/۱۴
افسردگی	۰/۶۷۱	۲	۰/۳۳۵	۰/۷۴	۰/۳۲	۰/۱۴۳	۰/۷۸
پرخاشگری	۰/۶۵۲	۲	۰/۳۲۶	۰/۷۶	۰/۴۳	۰/۱۲۳	۰/۷۶

تحلیل واریانس یافته ها نشان داد که بین سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

میزان تأثیر پیش آزمون و گروه های درمانگری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی میزان تأثیر پیش آزمون و درمانگری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
متغیر وابسته	اضطراب	۰/۱۲	۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۷۶	۰/۰۲	۰/۱۶
پیش آزمون	اضطراب	۰/۳۲	۲	۰/۳۲	۰/۸۹	۰/۷۸	۰/۰۴	۰/۲۱
پیش آزمون	پرخاشگری	۰/۱۵	۲	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۸۷	۰/۰۲	۰/۳۲
گروه‌ها	اضطراب پس آزمون	۱۷۸/۱۴	۲	۸۹/۰۷	۲۶۵/۲۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
پس آزمون	اضطراب پس آزمون	۲۰۶/۳۴	۲	۱۰۳/۱۷	۴۸۷/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰
پس آزمون	پرخاشگری پس آزمون	۲۱۱/۲۱	۲	۱۰۵/۱۱	۴۰۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکس برابر با ۰/۱۷ ($p = ۰/۰۰۱$) است.

بر مبنای تحلیل کوواریانس مشخص شد که نمره‌های پیش آزمون تأثیر معناداری بر نمره‌های پس آزمون ندارند ($p > ۰/۰۵$)، اما گروه‌های درمانگری نمره‌های پس آزمون را تحت تأثیر قرار دادند ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۴. نتایج آزمون پیگیری توکی در سه متغیر وابسته برای مقایسه تفاوت های بین گروهی

گشتالت درمانگری، معنا درمانگری و کنترل در پس آزمون

متغیر وابسته	گروه J	گروه A	تفاضل میانگین ها-i	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب	کنترل (۴/۵۴)	مذهب محور (۱/۰۷)	۳/۴۷	۰/۲۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل (۴/۵۴)	معنی درمانی (۰/۷۶)	۳/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۰۰۱
افسردگی	مذهب محور (۱/۰۷)	معنی درمانی (۰/۷۶)	۰/۳۱	۰/۲۷	۰/۸۷۴
	کنترل (۴/۳۴)	مذهب محور (۰/۹۳)	۳/۴۱	۰/۱۸	۰/۰۰۰۱
پرخاشگری	کنترل (۴/۳۴)	معنی درمانی (۰/۴۳)	۳/۹۱	۰/۱۸	۰/۰۰۰۱
	مذهب محور (۰/۹۳)	معنی درمانی (۰/۴۳)	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	کنترل (۴/۲۳)	مذهب محور (۰/۸۷)	۳/۳۶	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱
	کنترل (۴/۲۳)	معنی درمانی (۰/۶۷)	۲/۵۵	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱
	مذهب محور (۰/۸۷)	معنی درمانی (۰/۶۷)	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۷۶۱

همچنان که جدول (۴) نشان می دهد، نمره اضطراب گروه کنترل از گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری بزرگتر است و این تفاوت در سطح ($p < 0/0001$) معنادار است، ولی تفاوت بین گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری معنادار نیست ($p < 0/874$). بین نمره افسردگی گروه کنترل با گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری تفاوت معنا داری وجود دارد. ($p < 0/0001$)، همچنین بین نمره افسردگی گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری

تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری... ۱۵۱

در سطح ($p < 0/001$)، تفاوت معنادار است، میانگین نمرات افسردگی از بیشترین مقدار به کمترین مقدار به ترتیب مربوط به گروه کنترل، درمان مذهب محور و معنادرمانگری است. نمره ی پرخاشگری گروه کنترل نیز از گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری بزرگتر است و این تفاوت معنادار است ($p < 0/0001$)، ولی تفاوت بین گروه درمان مذهب محور و معنادرمانگری در نمره پرخاشگری معنادار نیست ($p < 0/761$).

برای بررسی تداوم تأثیر روش‌های درمانگری بر روی نشانگان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مرحله پیگیری از آزمون t زوجی استفاده شد و نمره های مرحله پیگیری ۳ گروه با نمره‌های مرحله پس آزمون مقایسه شدند.

جدول ۵. نتایج آزمون t برای مقایسه های زوجی بین نمره های پس آزمون و پیگیری در ۳ گروه

گروه‌ها	متغیر وابسته	گروه پس آزمون (j)	گروه پیگیری (i)	تفاضل میانگین‌های استاندارد	خطای استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
اضطراب	(۴/۵۴)	(۴/۶۲)	۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۰۶۱	۲۹	۰/۱۴۱	
افسردگی	(۴/۳۴)	(۴/۷۸)	۰/۴۴	۰/۱۳	-۰/۰۳۳	۲۹	۰/۲۳۵	
پرخاشگری	(۴/۲۳)	(۴/۸۹)	-۰/۶۶	۰/۱۳	۰/۰۵۱	۲۹	۰/۴۳۵	
اضطراب	(۱/۰۷)	(۱/۳۳)	-۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۰۱۴	۲۹	۰/۵۴۷	
افسردگی	(۰/۹۳)	(۱/۲۳)	-۰/۳۰	۰/۲۵	۰/۱۳۴	۲۹	۰/۶۳۲	
پرخاشگری	(۰/۸۷)	(۰/۸۵)	۰/۰۲	۰/۲۵	۰/۰۱۲	۲۹	۰/۴۳۷	
اضطراب	(۰/۷۶)	(۰/۸۲)	-۰/۰۶	۰/۲۲	۰/۰۳۴	۲۹	۰/۴۶۲	
افسردگی	(۰/۴۳)	(۰/۴۹)	-۰/۰۶	۰/۲۲	۰/۰۳۴	۲۹	۰/۴۶۲	
پرخاشگری	(۰/۶۷)	(۰/۷۵)	-۰/۰۸	۰/۲۲	۰/۰۳۶	۲۹	۰/۵۶۱	

بررسی نتایج آزمون t نیز مبین عدم وجود تفاوت معنادار بین نمره‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری سه گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری بود ($p > 0/05$).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد درمان مذهب محور در کاهش اضطراب، پرخاشگری و افسردگی دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۳). یافته‌های به دست آمده با پژوهش‌های (تورسن و هریس^۱، ۲۰۰۲؛ برنان^۲، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، کچویی و ایرانی، ۱۳۸۸، آکس لاین^۳، ۲۰۰۸، نشاط دوست و نصیری، ۱۳۸۴، سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸) همسو است.

در تبیین مطالب فوق می‌توان گفت، اغلب افراد مومن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. به همین دلیل گفته می‌شود که مذهب ممکن است به شیوه‌های فعال در فرایند مقابله‌ای مؤثر باشد. به طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و افسردگی به افراد کمک می‌کند.

احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کم‌تری را تحمل کنند. در مکتب اسلام، انسان و زندگی او چون آفرینش جهان نمی‌تواند بی هدف باشد، هدف از آفرینش سیر تکاملی او در همه ابعاد وجودی، بادور شدن و شکوفا شدن او و سرانجام سیر او به سوی کمال مطلق و خداگونه شدن است. در این مختصر نقش مقابله مذهبی در میانجیگری بین عوامل استرس‌زا و ارتباط آن با سلامت روانی کاملاً روشن است. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده‌اند افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیش‌تر از کسانی که چنین آموزش‌هایی نداشته‌اند در راه

1. Thoresen, & Harris
2. Brennan
3. Exline

هدف‌های ارزنده اجتماعی گام برداشته‌اند (امیدوار بوده‌اند). منتهی رسالت دین تنها ارائه اندیشه‌های اخلاقی به شکل انتزاعی و تجریدی نیست. شیوه‌های کاربردی اندیشه اخلاقی و ابزارهایی که بتوانند اندیشه را به عمل تبدیل کنند، امری است که در جوهر دین نهفته است. از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان دادند که معنادرمانگری هم در کاهش پرخاشگری مانند گشتالت درمانگری اثر داشته است (جدول ۳). اثر معنادرمانگری در کاهش پرخاشگری با بررسی‌های فرانکل (۱۳۸۶ / ۱۹۶۷)، راجرز (۱۹۸۷)، پاول و سوما (۲۰۰۷) همخوانی دارد. فردی که دارای هدف و معنای در زندگی نیست، عشق به زندگی ندارد و رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه بیشتری از خود نشان می‌دهد. یکی از مفاهیم معنادرمانگری، معنای رنج است. هنگامی که مراجع با سرنوشت یا وضع غیر قابل اجتناب و غیرقابل تغییری مواجه می‌شود، می‌تواند معنای رنج را دریافت کند و آن را بپذیرد. اکثر دانشجویان دانشگاه‌ها، وضع موجود را (سختی دوران تحصیل، هزینه بالا، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده) رنج آور می‌دانند، این شرایط رنج آور تأثیر زیادی در بروز پرخاشگری دارد. بنابراین با پذیرش رنج و یافتن معنایی در آن، پرخاشگری دانشجویان به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد. زیرا اساس معنا درمانگری این نیست که فرد را از رنج نجات دهد، و به لذت برساند، بلکه هدف معنادرمانگری این است مراجع بتواند معنای رنج را دریافت کند و آن را بپذیرد.

معنا درمانگری در کاهش افسردگی نیز مانند گشتالت درمانگری مؤثر بود (جدول ۳). این نتایج با پژوهش‌های شولنبرگ (۲۰۰۲)، آلفرد، بریت و سیک (۲۰۰۶)، پاول و سوما (۲۰۰۷) و با مفاهیم نظری فرانکل و پرز هماهنگ است. یکی از مفاهیم اساسی مشاوره معنادرمانگری، معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان آزرده‌گی اندیشه زاد، تکاپوی اندیشه‌ای، زندگی تهی (زندگی بی هدف)، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمانگری است. افراد افسرده ناامید، پوچ گرا، غمگین، اندوهناک و بی هدف‌اند. بنابراین با روش معنادرمانگری می‌توان به زندگی آنها معنا داد. دانشجویان نیز به دلیل شرایط محیطی و گاه دوری از خانواده با تحمل ناکامی، نگران و افسرده اند به همین دلیل با معنادرمانگری می‌توان هیجان، تکاپوی اندیشه و فعالیت را

که از لوازم بقای زندگی است، در آنان زنده کرد. در این پژوهش نیز معنادرمانگری تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی دانشجویان داشته است، که با مفاهیم بنیادی این نظریه همخوانی دارد.

به طور کلی یافته‌ها نشان دادند که روش درمان مذهبی و معنادرمانگری اضطراب دانشجویان را کاهش می‌دهد (جدول ۳). این یافته با پژوهش گلین (۲۰۰۸)، هچنی و کرومر (۱۹۹۶)، دزوریلاس و نزو (۱۹۹۹)، یوسفی (۱۳۸۳) و ساندرز (۱۹۹۶) در مورد کاهش اضطراب همخوانی دارد. روی آورد معنادرمانگری اضطراب را ناشی از قصد قوی یا قصد وافر می‌داند، بنابراین در خلال درمانگری مراجعان درمی‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند بلکه با پذیرش آن، با مشکل خود زندگی کنند. در این پژوهش نیز دانشجویان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند- سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده- به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل معنا درمانگری با ارائه قصد متضاد، اضطراب دانشجویان را کاهش داد. از سوی دیگر افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد. یکی دیگر از دلایل اضطراب دانشجویان، این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیرارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند. درحالی که معنادرمانگری انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه آزادی و اختیار تبیین می‌کند. بنابراین بر مبنای اختیار، دانشجویان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند. به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، اضطراب دانشجویان کاهش یافته است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بین دو روی آورد مذهب درمانگری و معنادرمانگری در کاهش اضطراب و پرخاشگری تفاوت معنادار نبود، اما روی آورد مذهب درمانگری در کاهش افسردگی مؤثرتر از معنا درمانگری بود (جدول ۴).

به طور کلی نتایج پژوهش نشان دادند که دو رویکرد مشاوره و روان درمانگری (مذهب درمانگری و معنادرمانگری) نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را در دانشجویان کاهش می‌دهد و اثر این دو روش از پایایی مناسبی نیز برخوردار است.

البته یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که در پژوهش حاضر دانشجویان دختر ۸۳ درصد کل نمونه را تشکیل می‌دادند که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد. همچنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش دانشجویان بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش آزمون‌ها در میان دانشجویان مضطرب و پرخاشگر بود که به دلیل تحت استرس بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود.

همچنین از آنجا که هدف پژوهش‌های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی، بومی و غیر بومی بودن و فرهنگی افراد به منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. همچنین سطح سواد به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد که می‌تواند تعمیم‌دهی آن را به افراد با سواد پایین با احتیاط همراه سازد. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل مذهبی و فرهنگی در سلامت روانی افراد تأثیر دارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های دیگر تکرار شود.

به طور خلاصه، کاربرد این پژوهش این است که با داشتن مدلی کارآمد می‌توان بر اساس افزایش سلامت، میزان اختلال روانی را کاهش داد، اثربخشی درمان و مداخله را در

افزایش سلامت روان افزایش داد، و خطر وقوع افسردگی، پرخاشگری و اضطراب را که متأسفانه امروز در بین دانشجویان رو به تزاید است، کاهش داد. وقتی دانشجویان از لحاظ معنا‌درمانی و تقویت مبانی دینی دیدگاه خود را نسبت به زندگی تغییر دهند، سلامت روانی آنها بالا می‌رود و نسبت به زندگی امیدوار می‌شوند. همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اضطراب و پرخاشگری به حداقل برسد و شور مذهبی در بین دانشجویان موجب رشد آنها به سوی اهداف متعالی شود.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای جوانان و کل افراد جامعه با حالت افسرده، اضطراب و پرخاشگری فوایدی برای مشاوران و درمانگران در مراکز مشاوره برای کمک به مراجعان دارد. درمانگران و مشاوران نباید اهمیت توجه به مسایل معنوی و مذهبی در کمک به مراجعان را از نظر دور بدارند، و از این مدل‌های جدید مذهبی و انسان‌گرایانه برای کمک به مراجعان مشکل‌دار و دردمند بهره‌گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند.

منابع فارسی

- احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ ایرانی، آزاد. (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*؛ (۳): صص ۵۱-۵۶.
- پالمر، ا. (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه ن. یوسفی، اصفهان: انتشارات پرسش، چاپ اول (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱).
- سعیدی نژاد، زهره؛ مظاهری، محمد علی و غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). تاثیر مداخلات معنوی به شیوه ی گروهی بر سلامت روان و خود شکوفایی. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*؛ ۸(۳۱): ۱۱۵-۱۳۴.

- فرانکل، و. (۱۹۶۷). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه معارفی، ا. (۱۳۸۶). چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- کوئتر، ا. (۲۰۰۳). *مهارت‌های مشاوره‌ای برای معلمان*. ترجمه یوسفی، ن. (۱۳۸۵). اهواز: نشر تراوا.
- مجاهد، عزیزا...؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان. *مجله اصول بهداشت روانی*؛ ۴(۱۱): ۲۸۲-۲۹۱.
- وولف دیوید (۱۳۸۶)؛ *روانشناسی دین*، ترجمه محمد دهقانی. چاپ اول؛ انتشارات رشد.
- نجاریان، ب. و داودی، ا. (۱۳۸۰). *ساخت و اعتبار یابی SCL-90-R فرم کوتاه شده*، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی اهواز*، (۳)، ۲، ۱۳۶-۱۴۹.
- یوسفی، ن. (۱۳۸۳). بررسی اثر مشاوره در بیماران سرطانی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی اهواز*، (۳)، ۲، ۱۲۰-۱۰۱.

منابع لاتین

- Akagi, H., Klimes, I., & Bass, N. (2001). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome. *General hospital feasible psychiatry*, 23, 254-260.
- Alfried, L., Britt-M., & Syke, S. (2006). VIKTOR FRANNKL- Advocate for humanity: On his 100 the birthday. *The journal of humanistic psychology*, 46, 36- 47.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Birkenstock, D. M., Jeannette, B. & Dorothy, M. (2006). *Program to prepare children for Grommet insertion and adenoidectomy: A Gestalt therapy approach*. Doctoral Thesis, University of South Africa (South Africa).
- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion* ; 14 (3): 193-214.
- Dana. U. (2008). Alternative and Complementary Therapies. *Journal of American Medicine*, 103, 235-242.
- Deragotis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dzurillas, T., Nezu. A. (1999). *problem solving therapy :A social Competence Approach to clinical intervention*, New York: Springer. Fridburg, W.E. (1994).

- Exline, J. J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*; 27: 131- 139.
- Glen, M. (2008). Mind, body, emotions and spirit: reaching to the ancestors for healing. *Counseling Psychology Quarterly*, 21, 143 – 152.
- Hackney, H., & Cormier, L, S. (1996). *The Professional Counselor: A process guide to helping*. New York: Ally and Bacon.
- Ivey, A. E. (2000). Counseling, time to take charge, counseling and psychotherapist, *Pastoral Psychology*, 23, 12- 21.
- Jacobus, J., & Reilly, V. (2008). Students evaluate Caryl Rogers and Perls their relationship with Gloria: a brief report. *The Journal of Humanistic Psychology*, 48, 32- 43.
- Koenig, H. G. (1998). *Religion and Mental Health*, California: Academic Press.
- Lambert, N. M. & Dollahite, D.C. (2008). The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*. 29, 592-614.
- Morriss R.J. (1991). *Fear reduction methods, in helping people change, A textbook of methods*. In F.H. Kanfer & A.P.Goldstein, New York: Pergamon press.
- Pavel, G., & Somov, R. (2007). Meaning of Life Group: Group Application of Logo therapy for Substance Use Treatment. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 316- 331.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean ,T., Mashburn, D.(1992). Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60: 98-103.
- Rogers, C.R. (1987). The underlying therapy: Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and values*, 32, 32- 49.
- Saunders, T. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance, *Journal of occupational health psychology*, 1, 190- 207.
- Schulenberg, S. E. (2002). Logotherapy and Conduct Disorder. *The International Journal for Logotherapy*, Vol. 25, p: 52–67.
- Schulenberg, S. E. (2003). Psychotherapy and movies: On using films in clinical practice. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 33, 35–48.
- Slaggert, K. H., & Jongsma, A. E. (2000). *The mental retardation and developmental disability treatment planner*. New York: John Wiley & Sons.
- Timms, S., & Goreczny, A. J. (2002). Adolescents offenders with mental retardation: Literatur review and assessment considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 1–19.
- Thoresen ,C.E., & Harris ,H.S.(2002). Spirituality and health: What’s the evidence and what’s needed? *Annual Behavioral Medicine*; 24(1): 3-13.
- Voigt, M. A., & Diac. M. (2007). A Gestalt therapeutic programme to enhance the well-being of the diabetic child. Doctoral thesis, University of South Africa.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). Gestalt therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*, Belmont, CA: Brooks/Cole Thompson Learning