

Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city

Marzieh Bagheri^{1*}, Mehri Esmaeil Chegeni¹, Farshad Mah Negar²

1- Department of psychology, school of Psychology, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

2- Group Manage Department of Psychology , University of Shush, Khuzestan, Iran.

Abstract

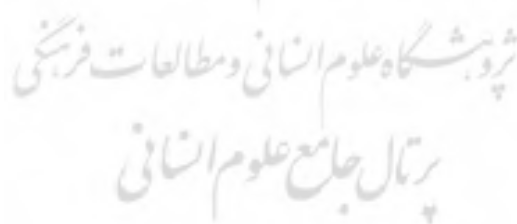
Background and Objectives: Addiction and drug abuse as a social problem disrupt the social ability to retain the order and organization, thus the normal social life is impaired which causes structural changes in the economic, social, political and cultural systems of a society . The aim of this study was to investigate the efficacy of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city.

Materials and Methods: This research was experimental study with pre, post test and control groups and follow-up period. Research population included 45 women with addicted wife who were selected by convenience sampling. Hamilton and Beck test were used to evaluate stress and depression, respectively.

Results: Results of ANOVA revealed a significant difference in the level of stress and depression ($p < 0/001$) between the experimental and control groups.

Conclusion: The results revealed behavior therapy based on religion has a significant effect on reduction of the amount of stress and depression in women with addicted spouse. As regards to the role of religion and Spirituality in the process of recovery, addressing the concept of spirituality is essential stress reduction and depression.

Keywords: Mental health, Spiritual-religious efficacy, Stress, Anxiety



* Corresponding Author: Marzieh Bagheri; Email: mbagheri440@yahoo.com

بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی، بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام

مرضیه باقری*^۱، مهری اسمعیل چگنی^۱، فرشاد مه‌نگار^۲

۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ایلام، ایلام، ایران.

۲- گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور شوش، خوزستان، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه مسئله‌ی اجتماعی، پدیده‌ی است که همراه با آن، توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می‌گردد و نیز موجب دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه می‌شود. از این رو، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری بوده است. جامعه‌ی پژوهش شامل ۴۵ نفر از زنان دارای همسر معتاد بوده که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. ابزار مورد استفاده، تست (هامیلتون) برای سنجش استرس؛ و تست افسردگی (بک) بوده است.

یافته‌ها: نتیجه‌های تحلیل واریانس، نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه، در مرحله‌ی پیگیری، از نظر سطح استرس و افسردگی وجود دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتیجه‌های به دست آمده نشان داد، رفتار درمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معنی‌داری دارد. پس با توجه به نقش مذهب و معنویت در فرآیند بهبودی، پرداختن به مقوله‌ی معنویت در کاهش میزان استرس و افسردگی افراد، امری ضروری است.

واژگان کلیدی: اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی، استرس، اضطراب

مقدمه

یکی از معضله‌های قرن حاضر، آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در روابط انسانی است. در طول تاریخ، مکتب‌های گوناگون انسان‌شناسی و روان‌شناسی به دنبال عرضه‌ی راه‌حل‌هایی بوده‌اند و به انسان و نیازهای او توجه کرده‌اند. مطالعه‌های معنوی در روان‌شناسی، در سطح جهان، موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. امروزه بسیاری از پزشکان، ایمان و معنویت را منبعی مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند. آن‌ها اغلب بر خود ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان، باورهای معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۱). رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کند که در مدت درمان به باورهای مهم معنوی درمان‌جویان در زمان مناسب اشاره کنند و بر آن‌ها تأکید نمایند و برای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به باورهای معنوی درمان‌جو باشد (۲).

در سال‌های اخیر، در زمینه‌ی روان‌درمانی خانواده و تلاش برای ارتقای سطح بهداشت روانی آن، پژوهش‌های روان‌شناختی بسیاری شده است، چرا که خانواده، کوچک‌ترین واحد اجتماعی تلقی می‌شود و جامعه‌ی که از خانواده‌های سالم تشکیل شده باشد، به یقین جامعه‌ی سالم است و شرط خانواده‌ی سالم این است که افراد آن سالم باشند. بنابراین، برای بهبود وضع جامعه، تلاش برای بهبود وضع خانواده و افراد آن، مهم‌ترین مسئله است (۳). طی دهه‌ی اخیر علاقه‌ی خاصی به روان‌شناسی مذهبی و معنوی (Spiritual) به وجود آمده است، اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده، در حوزه‌ی خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روان‌شناختی اجتماعی- مذهبی بوده است (۴).

مؤلفه‌های مذهب و معنویت، از مهم‌ترین عامل‌های فرهنگی هستند که به تجربه‌ها، رفتار و ارزش‌های انسان‌ها معنا و ساختار منسجم می‌بخشند (۵). تا کنون مطالعه‌های مختلفی در زمینه‌ی اثربخشی درمان با محوریت مذهب، بر اختلالات روانی، از جمله استرس و افسردگی، صورت گرفته است. از جمله‌ی این پژوهش‌ها، پژوهش «بوله‌ری و همکاران» که نشان داده‌اند، گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و فشار روانی در زنان تأثیر دارد (۶). حمید احمدیان و اکبر شایه (۱۳۹۱)، درمانگری مذهب محور را در ارتقای سطح امیدواری و کیفیت زندگی زنان، مؤثر گزارش کرده‌اند (۷).

مطالعه‌ی فراتحلیلی آنو و واسکنسلز^۱ (۲۰۰۵)، نشان داد که مداخله‌های مذهبی، با تجربه‌ی آشفتگی و تعارض کم‌تر؛ و نیز افسردگی و اضطراب پایین‌تر، ارتباط دارند (۸). افسردگی یکی از مشکل‌های شایع در بین افراد و به ویژه زنان در جهان اسلام است. آمار شیوع افسردگی در بین مردان، ۱۰-۱۵ درصد و در بین زنان، ۱۵-۲۵ درصد گزارش شده است (۹). همچنین باید اشاره کرد که نقش سلامت معنوی در حل معضله‌های اجتماعی و فردی، به نحوی چشمگیر، قابل ملاحظه است. در حقیقت افرادی که پایبند به مذهب و یا اعتقاداتی هستند که هر گونه اعمال منافی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کم‌تر به اعمال ناروا و معضله‌های اجتماعی چون اعتیاد، شراب، قمار و دزدی روی می‌آورند. بررسی‌های متعدد ثابت کرده افرادی که نسبت به مواد مخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، احتمال مصرف مواد و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش‌های خنثی یا منفی دارند و این نگرش‌های مثبت در طول زمان و در طی زندگی فرد شکل می‌گیرند. بنابراین، نگرش افراد نسبت به معتادان و همچنین عوامل اجتماعی مانند تقلید از افرادی که در شرایط اجتماعی بالایی قرار دارند، نقش مهمی در گرایش آن‌ها به مواد مخدر دارد (۱۰). در این زمینه مکتب اسلام سرشار از مفاهیم معنوی و اخلاقی است که به کارگیری این مفاهیم، علاوه بر بهبود وضعیت بیماران مصرف‌کننده‌ی مواد، می‌تواند در کاهش گرایش افراد به مصرف مواد افیونی مؤثر باشد (۱۱).

با توجه به آنچه بیان شد و نظر به اهمیت بررسی درمان‌هایی با محوریت مذهب و تعالیم اسلامی و نیز توجه به آثار سوء روان‌شناختی به زنانی که در کانون خانواده با اعتیاد همسر مواجه هستند، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی است برای این مسئله که، آیا روان‌درمانی معنوی- مذهبی، می‌تواند بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام (جامعه‌ی نمونه)، اثرگذار باشد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری بوده است.

جامعه‌ی پژوهش شامل ۴۵ نفر از زنان دارای همسر معتاد بوده که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. ملاک انتخاب این افراد، کسب نمره‌ی لازم برای تأیید افسردگی و استرس آن‌ها بود. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، هشت جلسه‌ی

¹ Ano, G.G., & Vasconcelles, E. B

۸۰، ۷۶/۰، ۷۷/۰ و روایی این مقیاس نیز به شیوه‌ی تحلیل عاملی از نوع تأییدی است. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری (ANOVA) صورت گرفت.

ساختار جلسه‌های روان‌درمانی معنوی - مذهبی

در این روش، طی جلسه‌های درمانگری، به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و نسبت به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز داشته باشد. در واقع، در این روش، به کارگزاری شناختی نوین، که مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و اسلامی است، اقدام می‌شود. در هر جلسه ابتدا درباره‌ی هدف از تشکیل جلسه صحبت می‌شد و سپس موضوع‌های مربوط به آن جلسه مطرح می‌گردید و اعضای گروه با هم به بحث و تبادل نظر می‌پرداختند. مطلب‌ها در پایان هر جلسه، جمع‌بندی می‌شد و تکلیف‌هایی برای جلسه‌ی بعد به نمونه‌ها داده می‌شد. در ادامه، خلاصه‌ی از جلسه‌ها بیان شده است (۱۲).

جدول ۱. شرح مرحله‌های روان‌درمانی آزمودنی‌ها

جلسه‌ها	شرح جلسه‌های روان‌درمانی و هدف از برگزاری هر جلسه
جلسه‌ی اول	ایجاد جو درمانی مناسب و آگاه نمودن زنان از ساختار و قانون‌های جلسه‌های درمان - جلب اعتماد و همکاری هر یک از آن‌ها به درمان و فراهم نمودن شرایطی برای بیان احساسات منفی و نحوه‌ی مقابله‌ی آن‌ها با شرایط رنج‌آور - تعیین هدف‌های درمانی و بستن قرارداد درمانی با همکاری و مشارکت زنان.
جلسه‌ی دوم	تمیز فکرها و عاطفه‌های صواب از ناصواب و پذیرش آن (تشخیص فکرها ناصواب و درک فکرها ناصواب و عاطفه‌های خطا)
جلسه‌ی سوم	معرفی شیوه‌های صبر و شکیبایی بر پایه‌ی اعتقادات مذهب‌محور - توانایی شناخت نقطه‌های ضعف و قوت خویش در صبر بر سختی‌ها و افزایش میزان توانایی در این مورد - کسب توانایی در شناخت علت‌های رنج و سختی‌های زندگی - یادآوری خوشی‌ها و نعمت‌ها به هنگام مواجهه با سختی‌ها - کسب توانایی در شناخت نقطه‌های ضعف و قوت خود در صبر بر خوشی‌ها - کسب توانایی در شناخت نقطه‌های ضعف و قوت خویش در صبر در برابر گناه، صبر در برابر خشم و ایجاد انگیزه در صبر بر طاعت.
جلسه‌ی چهارم	آموزش شیوه‌های داده شده در جلسه‌ی قبلی؛ در آموزش صبر، از شیوه‌هایی چون چالش فکری، بحث گروهی، دادن الگو یا سرمشق در قالب داستان‌های برخاسته از قرآن و متون دینی و ادبی، استفاده شد.
جلسه‌ی پنجم	آموزش فن توقف افکار و فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتار، بحث درباره‌ی مثبت‌نگری و خوش‌بینی درباره‌ی دیگران، با استناد به آیه‌های قرآن کریم.
جلسه‌ی ششم	ارزیابی تکلیف‌های جلسه‌ی قبل و آموزش فن آرمیدگی عضلانی و ذهنی (فن ریلکس) به زوجین با تجسم ذهنی پدیده‌های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف - بررسی فکرها، تحریف شده و جایگزینی افکارهای منفی با فکرها، منطقی - مروری بر هیجان‌ها و رفتار منطقی و خوشایند پس از فکرها، منطقی (با استناد به آیه‌ی ۶۳ سوره‌ی فرقان: بندگانی خدای رحمان، وقتی با لغو و بیهودگی روبه رو می‌شوند، بزرگوارانه از آن می‌گذرند).
جلسه‌ی هفتم	بسیاری از افراد در موقعیت‌های اضطراب‌زا، به خودگویی می‌پردازند؛ همین امر به افزایش سطح استرس و افسردگی و کاهش کارآوری آن‌ها منتهی می‌شود. در این جلسه با اتکا به حدیث‌ها و روایت‌ها، آموزش توکل به خدا آموخته شد تا نمونه‌ها بتوانند این خودگویی‌های منفی، مانند «هیچ چیز درست نخواهد شد» را رها کنند و خودگویی‌های مقابله‌ی، مانند «گام به گام پیش می‌روم، می‌توانم بر موقعیت مسلط شوم» را جایگزین آن‌ها سازند.
جلسه‌ی هشتم	ارزیابی کامل از نتیجه‌های جلسه‌های قبلی و پرسش و پاسخ و بیان دیدگاه‌های افراد آموزش دیده.

بررسی معنی‌داری تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل را در هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۴ یافته‌های حاصل از آزمون لوین درباره‌ی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطای گروه‌ها، در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از زیرمتغیرهای تست تصور از خود و داس (در دو مرحله پس از پایان

روان‌درمانی مذهب‌محور را (هر هفته در سه جلسه‌ی ۷۰ دقیقه‌ی) دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مقیاس افسردگی و استرس در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در دو گروه آزمایش و کنترل، اجرا شده است. جلسه‌ی پیگیری، یک ماه بعد از پایان جلسه‌های روان‌درمانی برگزار شد. ابزار اندازه‌گیری تحقیق، پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود. پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال در زمینه‌ی افسردگی (هفت سؤال)، اضطراب (هفت سؤال) و استرس (هفت سؤال) است که نسخه‌ی کوتاه شده‌ی آن از ۴۲- DASS است که اولین بار لوبباند^۱ (۱۹۹۵) آن را عرضه کرده‌اند و نمونه‌ی بزرگ آزموده شد. این پرسش‌نامه به صورت لیکرت طراحی شده و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است، کم‌ترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر؛ و بیش‌ترین نمره، سه است. در نهایت مجموع امتیازهای افسردگی، اضطراب و استرس به‌طور جداگانه برای هر پاسخگو محاسبه شد. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران را سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار داده‌اند که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی، به ترتیب برابر با

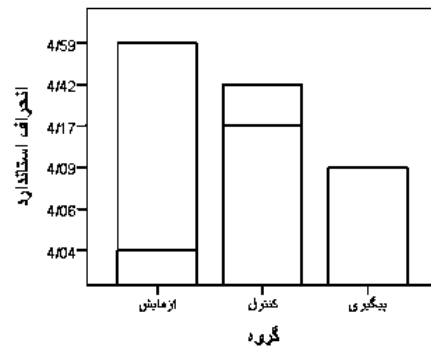
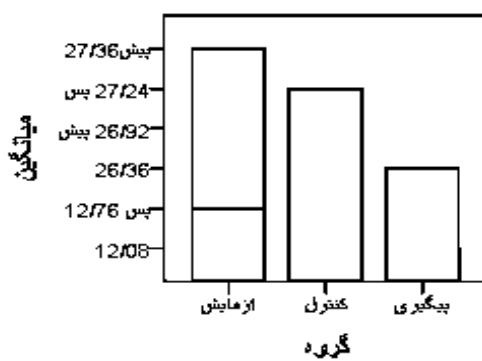
یافته‌ها: از ۲۰ شرکت‌کننده‌ی که در آموزش مذهب‌محور شرکت کرده بودند، در گروه کنترل، میانگین، ۴۹/۵۶ و انحراف معیار، ۱۳/۷۵ بود. در حالی که در گروه آزمایش، میانگین، ۱۰۴/۸۸ و انحراف معیار ۱۴/۲۱ بود (جدول ۲). در نمودار شماره‌ی ۱، میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش و پیگیری نشان داده شده است. جدول ۳ یافته‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری برای

^۱ Lovibond PF, Lovibond SH.....

جلسه‌های درمانی و دوره‌ی پیگیری)، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
DASS	۴/۵۹، ۲۷/۳۶	۴/۰۶، ۱۲/۷۶	۴/۰۶، ۱۲/۰۸	۴/۴۲، ۲۶/۹۲	۴/۱۷، ۲۷/۲۴	۴/۰۹، ۲۶/۳۶



نمودار ۱. پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل، آزمایش و پیگیری

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه‌گیری (ANOVA)

شاخص‌های آزمون‌ها	ارزش	نسبت F
اثر پیلایی	۰/۸۳	۷۴/۲
لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۷۴/۲
اثر هتلینگ	۶/۵۰	۷۴/۲
بزرگترین ریشه ری	۶/۵۰	۷۴/۲

(درجه‌ی آزادی برای تمام گروه‌ها، ۴؛ درجه‌ی آزادی خطا، ۲۵ و $P < 0.001$ بوده است.)

جدول ۴. یافته‌های حاصل از آزمون لوین درباره‌ی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطای گروه‌ها، در متغیرهای وابسته

متغیرها	نسبت F	مقدار P
میزان DASS		
تفاضل پیش و پس‌آزمون	۱۴/۸۹	$P < 0.000$
تفاضل پس‌آزمون و پیگیری	۹/۳۴	$P < 0.004$

(درجه‌ی آزادی برای تمام گروه‌ها، ۱؛ درجه‌ی آزادی خطا، ۲۸ بوده است.)

در جدول ۳، نتیجه‌های حاصل از تحلیل آزمون‌های همگنی واریانس لوین در گروه‌ها را، بر اساس متغیرهای میزان (افسردگی، اضطراب و استرس) را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که

روان‌درمانی مذهب‌محور، موجب کاهش استرس و افسردگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله‌ی پیگیری شده است. از این‌رو، با توجه به این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی مذکور، سبب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز شده است.

در دهه‌های اخیر، توجه به نقش مذهب و جهت‌گیری مذهبی در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان مورد توجه خاصی بوده است (۱۳). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه‌ی گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۱۳). کزندی و همکاران (۲۰۱۰)، درباره‌ی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر مذهب، نتیجه‌هایی همسان ارائه داده‌اند (۱۴). دین‌داری، پدیده‌ی پیچیده‌ای است که می‌تواند آثار چندگانه‌ی بر سلامت روانی داشته باشد. محققان مختلف گزارش کرده‌اند که از مشاوره و روان‌درمانی دین‌مدار، می‌توان برای کاهش مشکل‌های روانی و افزایش سلامت روان استفاده کرد (۱۵). در تحقیقی جامع بر روی جمعیت دانشجویی، اضطراب بررسی شده است (۱۶). همچنین درمان‌های شناختی- رفتاری با محوریت فرهنگ و مذهب بر روی بیماران وسواسی - جبری نشان داده که شکل‌دهی نگرشی مذهبی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش مشکل‌های روانی داشته باشد (۱۷). بنابراین، می‌توان دریافت که روان‌درمانی با تأکید بر دیدگاه‌های اسلامی، نگرشی

- 8- Ano G.G, Vasconcelles E. B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*; 2005. 61(4) . 461-80.
- 9- Kaplan H , Saddok B.J. *Kaplan psychiatric*. Tehran: hayan. 2007. P:32. (Text in Persian)
- 10- Mohamadi M, Dadkhah B. The role of religion in the prevention of addiction. *Journal of fundamentals of mental health*. 2001;3(9-10).27-34. (Text in Persian)
- 11- Rahrro-khajo A-A, Darghi B . Spiritual role in the treatment of addiction. *Journal of Correction and Upbringing*. 2010;9(103). 53-55. (Text in Persian)
- 12- Ahmadi-Abhari S-A. The role of religious faith and belief in the treatment of diseases and present three religious psychotherapy treatment. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 1996;2(4).4-11. (Text in Persian)
- 13- Rohani A, M. Manavipour D "The relationship between the practice of religious beliefs with the marital happiness and satisfaction in Islamic Azad University of mobarakeh. *The journal of knowledge and research in psychology*. 2008; 1(35-36). 189- 206. (Text in Persian)
- 14- Aten D.J, Worthington E.L. Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece. *Journal of clinical psychology*. 2009; 65(2). 224-9.
- 15- Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*. 2010;34(1).39-47.
- 16- Pargament K et al; God help me (II). *Journal for scientific study of religion*. 1992;37 (4) 504 –13.
- 17- Sharefneya F. The relationship between maternal depression and marriage satisfaction and the relationship of these variables with the personal and social adaptation of children-educational performance in the city of Ahvaz, girl." Master's thesis, educational psychology, educational sciences, Faculty of medicine, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran oroanshnsi. (2000). (Text in Persian)
- 18-Fathi K. Mehrbizadeh-Honarmand M Evaluation of depression, sensation seeking, aggression, attachment styles and parental education as predictors of drug dependence in adolescent boys in Ahvaz. *Journal of Education and Psychology, Ferdowsi University* 2008; 2(19).23-45. (Text in Persian)
- 19-Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. *Journal of international review of psychiatry*. 2001; 13: 67-78.
- 20- Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E. The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004; 192(12) : 818-22.

مثبت‌گرایانه از طریق ارتباط با خدا و احساس معنوی در افراد ایجاد می‌کند(۱۸). درباره‌ی مذهب و افسردگی، تاکنون صدها تحقیق انجام شده است(۱۹). $\frac{2}{3}$ مطالعه‌های مشاهده‌ی و آینده‌نگر کوهورت نشان از کاهش علایم افسردگی یا بیماری در افراد بسیار مذهبی دارد(۲۰).

محدودیت‌های تحقیق

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود که ممکن است نتیجه‌های به دست آمده را تا حدودی تحت تأثیر قرار داده باشد، پس توصیه می‌شود تفسیر یافته‌های این پژوهش با اطمینان بیش‌تری تعمیم داده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش عبارت بود از: محدود بودن جامعه‌ی آماری پژوهش، همچنین عدم دسترسی آسان به زنان دارای همسر معتاد و جلب رضایت آن‌ها برای انتخاب گروه‌های نمونه.

References

- 1- Richards P- S, Hardman R- K, Berrett M. "Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders. Washington: American Psychological Association. 2007.
- 2- Richards S.P, Bergin A. E. A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy. U.S.A: American Psychological Association. 2005.
- 3- Stir o. "Adam, in the translation of the family, mental." 2007.
- 4- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1nd ed. Oxford: Oxford University.Press, USA; 2004.
- 5- Abraheme A. "Comparison of the effectiveness of integrated psychotherapy psychology of religious gray with cognitive Behavioral and drug people with depressed khvii." PhD thesis, Department of psychology, Faculty of letters, Department of educational sciences, psychology, University of Isfahan, Iran;2010. (Text in Persian)
- 6- Bolhari J, Nazari GH, Zamanian S. Effectivevees of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Journal of the women and sociology*. 2012;1(9):85-115. (Text in Persian)
- 7- Hamid N, Ahmadian A, Akbari Shaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Journal of hormozgan university of medical sciences*; 2011. 16(3): 213-21. (Text in Persian)