

## اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه

علی غلامی<sup>۱</sup>

مدرس دانشگاه پیام نور واحد بیرم لارستان

### کیومرث بشلیده

استادیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۱

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۲۳

### «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ»

#### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مفاهیم ضروری مورد بحث دنیای پیچیده‌ی انسان که قدمتی به بلندای هستی دارد، مفهوم سلامت است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی روش معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه بود.

**روش:** این پژوهش از نوع تحقیق آزمایشی با گروه‌های گواه و آزمایش است. جامعه‌ی آماری کلیه زنان مطلقه شهرستان لامرد بودند که از طریق فراخوان دعوت شده بودند تا برای شرکت در کلاسهای آموزشی به هسته مشاوره و شبکه‌های بهداشت شهرستان مراجعه کنند. برای نمونه‌گیری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، پس از گرفتن تعهد جهت مشارکت و ادامه تا آخرین جلسه‌ی تحقیق، از بین متقاضیان ۳۰ نفر انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابتدا دو گروه پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر را تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش ۸ جلسه معنویت درمانی اجرا شد. در نهایت، پس از آزمون برای گروهها اجرا و نتایج با استفاده از نرم افزار **SPSS** با هم مقایسه شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه تاثیر گذاشته و باعث کاهش علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده اما بر اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تاثیر نداشته است.

**نتیجه‌گیری:** معنویت درمانی روش مناسبی جهت افزایش سلامت روان زنان مطلقه است. با علم به شیوع بالای طلاق و تبعات روانی آن پیشنهاد می‌شود از این روش برای درمان و کاهش پی‌آمدهای روحی روانی طلاق و نیز سایر عوارض وابسته به آن استفاده شود.

**کلید واژه‌ها:** معنویت درمانی، سلامت روان، زنان مطلقه

## مقدمه

تغییرات عظیم جهان صنعتی تاثیرات عمیقی بر روابط و تغییر سبک زندگی انسانها داشته است. این تغییرات در دوره‌ای کوتاه، باعث عدم قطعیت و ابهام در افراد شده و این خود در زمینه‌ی افزایش اضطراب، سردرگمی نقش‌ها و آسیب پذیری آنها نقش داشته است. فرد مضطرب علاوه بر به خطر انداختن سلامت روانی خود، در زمینه اجتماعی نیز مشکل خواهد داشت و از بعد اقتصادی هم می‌تواند تاثیرات منفی بر جامعه داشته باشد (مهدی پور، ۱۳۸۸). علاوه بر این بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده، به عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست، خانواده کانونی است که بذر هویت، فرهنگ و شخصیت هر فرد در آن پایه ریزی می‌شود (جوانی، ۱۳۸۹) و هر گونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت (کاملی، ۱۳۸۵).

عوامل مختلفی می‌تواند سلامت روان افراد را تحت تاثیر قرار دهد. در این زمینه پژوهش‌های بی‌شماری نشان داده‌اند بسیاری از مشکلات بهداشتی و اختلالات روانی، ریشه اجتماعی دارند (بیسلی، تامسون و دیسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در عصر حاضر پیدایش مکاتب مختلف نظیر اگزستانسیالیسم، مارکسیسم، ماتریالیسم و فمینیسم، نگرش انسان نسبت به زندگی را دچار دگرگونی نموده، نظام‌های غیر غربی را نیز با پذیرش دستاوردهای آن مکاتب دچار عوارض و آفاتی کرده‌اند که علاوه بر تهدید زندگی خانوادگی، سلامت روانی افراد را تحت تاثیر خود می‌گذارند. عوارضی همچون مادی‌گرایی، لذت طلبی و لذت انگاری، فمینیسم متجدد و بحرانهای خانوادگی و طلاق (جوانی، ۱۳۸۹)، که متأسفانه در سال‌های اخیر با افزایش آمار روز افزون طلاق آن را به یک روند و معضل مهم اجتماعی تبدیل نموده‌اند. (کوئتنز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ جرسکی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ الیسون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ جیبی و ساجدی، ۱۳۸۵) بر طبق آمارهای رسمی و غیررسمی و اظهاراتی که توسط مسؤولین دادگاه خانواده ارائه شده از هر چهار یا پنج مورد ازدواج، یک مورد آن به طلاق می‌انجامد و کشور ما بعد از کشورهایی چون آمریکا، دانمارک و مصر عنوان چهارمین کشور پر طلاق دنیا را به خود اختصاص داده است (محمودیان، ۱۳۸۲). به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پی‌آمدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد جامعه را تهدید می‌کند. طلاق و فرو پاشی زندگی منجر به برهم خوردن تعادل روانی و عاطفی افراد خانواده می‌شود و از آنجایی که یک استرس بسیار شدید محسوب می‌گردد، ابتلا به اختلالات روانی بخصوص در زنان که ظرافت عاطفی، صفت شاخص تشکیل دهنده شخصیت آنان می‌باشد، امری بسیار محتمل است (حفاریان و همکاران، ۱۳۸۸).

در جامعه، زنان مطلقه‌ی فاقد سرپرست از زنان مطلقه‌ی واجد سرپرست آسیب پذیرتر می‌باشند (حفاریان و همکاران، ۱۳۸۸؛ میند میکرز، ماندن و کالمین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). جامعه و خانواده از یک سوی و نیازهای اقتصادی از سوی دیگر آسیبها را تشدید کرده (کالمین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰؛ ساکاتا و مکینزی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱)، باعث می‌شوند آنها تحت تاثیر فشارهای روحی و

۱. ج.گ.کلفع پ & ب. د. د.گ.گ.گ.گ.ر. ج. د.ع.ق.ل.غ.ب.

۲. ذ.ب.م.گ.گ.

۳. ق.ع.م.ع. د. اب. د.ع.ق.ل.غ.

۴. ق.ع.م.ع. د. ت. د. د.گ.ف.ل.ق.ق.و.

۵. ج.ف.ک.ق.ع. د. د.س. د. د.ع.ع.گ. ج.ج.ج. د.ل.ا.ع.ع.ع.ع.ع.ع.ع. د.

۶. ج.ف.ک.ق.ع. د.

۷. د.د.ب.ع.ف.د.ع.د.ع.ج. د. & ج.ع.م.ع.ق.د.

روانی بسیاری قرار بگیرند (فرزادفر و همکاران، ۱۳۸۵). نگاهی به وضعیت طلاق در ایران، نشان می‌دهد که نرخ رشد طلاق طی سال‌های اخیر سیر صعودی داشته است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۶). طبق آمار قوه قضائیه تا اسفند ماه سال ۱۳۸۳ جمعاً ۶۰۴۴۰۸ فقره طلاق و ۶۰۵۴۶۷ فقره ازدواج دائم در دفاتر رسمی به ثبت رسیده است. مقایسه این دو عدد نشان می‌دهد که تعداد ازدواج‌ها فقط ۱۱۶۱ فقره بیشتر از جدایی و طلاق همسران بوده است. در حالی که این آمار در سال‌های بعد و منتهی به ۸۸ به سمت افزایش طلاق و کاهش ازدواج پیش رفته است (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی، ۱۳۸۸).

تحقیقات نشان داده‌اند که اثرات طلاق بر روی زنان نتایج پایدارتری دارد. ریاحی و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهش خود با عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق» که جامعه آماری آن ۶۴۱۰ نفر از مردان و زنان متأهلی بوده‌اند که در طول سال ۱۳۸۵ به دادگاه خانواده شهر کرمانشاه مراجعه کرده و دادخواست طلاق داده بودند. ۱۸۲ نفر زن و ۱۸۲ نفر مرد را به عنوان پاسخگو به این تحقیق انتخاب کردند، در پایان آثار طلاق بر زنان را افزایش تدریجی سوء مصرف مواد، مشکلات روحی و روانی آنها ذکر می‌کنند. حکیم شوشتری (۱۳۸۷)، در بیان نتایج پژوهش خود با عنوان «مشکلات رفتاری و هیجانی در فرزندان خانواده‌های تک‌والد تحت سرپرستی مادر با مقایسه با خانواده‌های دو‌والد کمیته امداد امام خمینی» مسائل مالی را از پیامدهای اساسی طلاق برای زنان می‌شمارد. پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۸۸) تحت عنوان «سبک دلبستگی زوجین در حال طلاق» آسیب دیدن روابط اجتماعی به دلیل احساس عدم امنیت در اجتماع را از مسائل زنان مطلقه ذکر می‌کند. صادقی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی زنان مطلقه شهر اصفهان مشکلات زنان پس از طلاق را شیوع افسردگی در زنان در مقایسه با مردان ذکر می‌نماید.

نتایج پژوهش حفاریان و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان «مقایسه کیفیت زندگی زنان مطلقه و غیر مطلقه در شهر شیراز و بررسی رابطه بین ویژگیهای جمعیت شناختی زنان مطلقه با کیفیت زندگی» بر روی ۱۲۸ نفر از زنان مطلقه و غیر مطلقه نشان داد، میانگین نمرات تمامی ابعاد کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) زنان مطلقه به طور معناداری کمتر از زنان غیر مطلقه است. مولوی گنجی و تقوی (۱۳۸۹) نتایج پژوهش خود را با عنوان «بررسی نقش عوامل جامعه‌شناختی بر بروز طلاق در زندانیان زندان مرکزی رشت» در رابطه با آثار طلاق بر زنان اینچنین گزارش می‌کنند: افزایش تدریجی سوء مصرف مواد در زنان، مشکلات روحی و روانی آنها، پرداختن به جرائم مختلف از پیامدهای طلاق در زنان می‌باشد. همچنین والر و پیترز<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان «خطر طلاق به عنوان یک مانع برای ازدواج مجدد در زنان جوان» نتیجه‌گیری کرده‌اند که نوعی ترس و عدم امنیت اجتماعی در آنها بوجود می‌آید. میند میکروز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان «تأثیر پیشینه خانوادگی طلاق و فشارهای عصبی ناشی از آن» با آزمودنیهای ۳۳ تا ۴۲ ساله نتیجه گرفت که در جامعه زنان مطلقه که سرپرستی ندارند از زنان دیگر آسیب پذیرتر می‌باشند. ساکاتا و مکینزی<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود با عنوان «امنیت اجتماعی و طلاق در ژاپن» با هدف توضیح توضیح متغیرهای موثر بر طلاق و اثرات طلاق بر خانواده‌ها در ۲۰ سال گذشته جامعه ژاپن به این نتیجه رسید که مسائل

۱. الاغ مرغخ & لاغ قعس  
۲. ققع مرغ لاغ قع عکع  
۳. ع ف ه ک ع جع چ ع ع ق ع د

ناشی از طلاق بر وضعیت روحی و روانی زنان تاثیر انکار ناپذیری دارد. نتیجه تحقیق الیسون و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان «طلاق والدین و اثرات آن بر روی زندگی افراد»، برجا گذاشتن اثرات نامطلوب بر سلامت روانی و آسایش اجتماعی کودکان و نوجوانان و زنان را از مشکلات زنان بر می شمارد. بیشتر این مشکلات از یک سوی توسط جامعه و خانواده و از سوی دیگر به لحاظ نیازهای اقتصادی بر آنها تحمیل شده، باعث می شود آنان تحت فشارهای روحی و روانی بسیاری قرار بگیرند (فرزادفر و همکاران، ۱۳۸۵).

در دنیای امروز، پر فروش ترین داروها آنهایی هستند که برای بیماری‌های اعصاب و روان، فشار خون، بیماریهای قلبی و عروق و زخم معده استفاده می‌شوند. شایع ترین علت معلولیت‌های انسان، بیماریهای روانی، دیابت و شایع ترین علت مرگ، بیماریهای قلبی و سرطان اند که در شناخت علت تمامی بیماریهای یاد شده، فشار روانی نقش برجسته‌ای ایفا می‌نماید و بنابر گفته‌ی تعداد بیشماری از دانشمندان، همه‌ی بیماری‌های موجود در انسان، از جهاتی با فشار روانی ارتباط دارند و متأسفانه برای مقابله با فشار روانی، دارو درمانی چندان موثر نیست (ابوالقاسمی، ۱۳۸۹). به همین دلیل و همچنین با توجه به نقش مذهب و جهت گیری مذهبی در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان (کرو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ تیرایی و همکاران، ۱۳۸۷)، 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 (اسپلیکا و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ آتن و اسشنک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ آتن و وورثینگتون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ کزندی و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ جیب وند، ۱۳۸۷). پیشرفت روانشناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیشتری بیابند (فردریکسون، --؛ ترجمه موسوی، ۱۳۸۷) و روانشناسان و روانپزشکان نیز دریافته‌اند در تمام موارد روشهای متعارف برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۲ به نقل از حیب وند، ۱۳۸۷)، از مهمترین دلایل عدم توفیق شیوه های تک مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آنها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و نابهنجاری رفتاری است (شریفی نیا، ۱۳۸۷). ولی از آنجایی که انسان یک کل واحد و غیرقابل تجزیه است، سلامت روانی وی هنگامی تحقق می یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجرای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد میان مذهب با سلامت روان (نچار اصل، ۱۳۸۴؛ ساردویی، ۱۳۸۶؛ تیرایی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کاظمیان مقدم و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۸۸) با عزت نفس بالا (قمری گیوی، ۱۳۸۷)؛ کاهش افسردگی (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵)؛ حمایت اجتماعی (فابریکتور و هندال<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴) و خودکشی (راسیچ و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹) نوعی همبستگی مثبت وجود دارد و عدم توجه درمان سنتی به عنصر معنویت و ارزشهای دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرات رفتاری ایجاد شده در دراز مدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای نابهنجار را به دنبال داشته است (هادی و جان بزرگی، ۱۳۸۸). در حالیکه پژوهشها

۱. قعمرغ ب و غمگ ب.

۲. بقع قف گد.

۳. پج قعکغ غعد & وپج و عم ل.

۴. چ. پگدم کفمگس & چپ و عم ل.

۵. قعمرغ ل. و عم ل.

۶. ج. بخ قع کع عث & ح. کلغ لرع عفل رع ت.

۷. قعمرغ. ر. پمعفل رع د.

نشان داده اند ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی می تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن داشته باشد و موجب ارتقاء سطح سلامتی و بهزیستی افراد شود (هکنی و ساندرز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ هیلز و فرانسیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه‌ی مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی بتوانند آنها را به آرامش روانی سوق دهند (سولان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵)؛ تاثیر آن شاید به این دلیل باشد که که فرد با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خود کنترلی دست پیدا می کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی شده، در نتیجه کمتر تحت تاثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می کند (تبرایی و همکاران، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهش راوری و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «رویکردی معنوی به رضایت شغلی پرستاران بالینی: یک مطالعه کیفی» بر این موضوع تأکید دارد که معنویت به عنوان یک جزء مهم و غیرقابل تفکیک شغل پرستاری محسوب می شود و در عین حال بعدی درونی و ذاتی است که می تواند پرستاران را ترغیب نماید اقدامات و مداخلات خود را هدفمند و با معنا ارایه کنند. همچنین نتایج حاصل از پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان "بررسی اثربخشی رواندرمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه" آشکار ساخت که بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای روان درمانی شناختی رفتاری مذهب محور در سطح ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود داشت و میزان افسردگی گروه آزمایش بطور معناداری کاهش یافته بود. به نقل از ابوالقاسمی (۱۳۸۹) گروهی از محققین دانشکده علوم پزشکی علامه اقبال لاهوری در پاکستان در پژوهشی نتیجه گرفتند که درمان افسردگی با نماز، تهجد، نافله و ذکر آیات قرآن در گروه آزمودنی ها تا ۷۸٪ موثر بوده است.

اژدری فرد، قاضی و نورانی پور (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان به این نتیجه رسیدند که این روش باعث افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان شده است. همتی مسلک پاک، احمدی و انوشه (۱۳۸۹) در یک پژوهش با عنوان (اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت نتیجه گیری کردند که معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت یک عامل مهمی است که کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. یکی از عوامل مهم سازگاری دختران نوجوان مبتلا به دیابت در موقعیت های تنش زا معنویت بوده و ضروری است به عنوان یک جنبه از نیازهای مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت به آن توجه شود. خاتونی (۱۳۸۰) نتیجه گرفت، شنیدن آوای قرآن باعث کاهش اضطراب بیماریهای قلبی می شود. رضانی (۱۳۸۰) در بررسی وضعیت روانی افراد مبتلا به ایدز گزارش داد که کاربرد درمانهای روانشناختی همراه با شیوه های مذهبی باعث کاهش دردهای روحی و روانی در این بیماران شده بود. پژوهش خلخالی (۱۳۸۰) درمورد دانشجویان با اعتقادات مذهبی مشخص کرد این افراد در تست **فخ** **چ** اختلالات روانی کمتری را نشان دادند. پالوتزیان و پارک<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند که عدم حضور در مراسم مذهبی ۳۲٪ از افراد دارای بیماری حاد قلبی را تشکیل می داد. کاباترنیک<sup>۵</sup>، (۲۰۰۷) در کاربرد این

۱. ذ. ۳. ولاغ عکعذ & ث. ۱. بهع قوععث.  
۲. ج. ج. لاف عکلات & ج. ج. قفث.  
۳. ۱. ۳. رکع. قذ.  
۴. ۱. ۳. ج. قلاعخ & د. د. ع. ف. هم. ق. ع. خ.  
۵. ۱. ۳. ع. ف. هم. ع. ع. ج.

این روش با زنان مبتلا به اختلال خوردن نیز بیان کرد که این روش توانسته باعث کاهش این اختلال شود. مک گرگور<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) و کزدی و همکاران (۲۰۱۰) با انجام پژوهش‌های طولی نشان دادند که آموزش مسائل مذهبی و دینی در کودکی باعث گرایش آنها در نوجوانی و جوانی به دین و مذهب شده، بر روی سلامت روحی و روانی آنها تاثیر مثبت به جای می‌گذارد. ویلیامز<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی دیگر نشان داد که میان انجام اعمال مذهبی و شرکت در این گونه مراسم با سلامت روان افراد، نوعی ارتباط وجود دارد.

در بیان اهمیت و ضرورت این تحقیق بیان این نکته لازم است که در جامعه‌ی ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیم یا غیر مستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی بوده و اغلب با آن نیز ارزیابی می‌شود. با توجه به اینکه اسلام مبنای مناسبات اجتماعی قرار گرفته است، این تحقیق قصد دارد آثار و نتایج مذهب و معنویت را در زندگی روحی روانی و اجتماعی افراد مورد بررسی قرار داده، با روشن شدن نقش دین و مذهب در تمامی ابعاد زندگی، آن را جایگزین برای درمان دارویی مشکلات روحی و روانی نشان دهد. بنابراین با توجه به تحقیقات فوق الذکر، مطالعه‌ی آثار طلاق بر جامعه، افراد و به خصوص زنان مطلقه و هدف تحقیق حاضر که عبارت از بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه می‌باشد، فرضیه‌ی کلی عبارت بود از معنویت درمانی بر بهداشت روانی زنان مطلقه تاثیر دارد.

## روش

این پژوهش از نوع تحقیق نیمه آزمایشی با گروه‌های آزمایش و کنترل است. جامعه آماری کلیه زنان مطلقه شهرستان لامرد بودند که از طریق فراخوان دعوت شده بودند تا برای شرکت در کلاسهای آموزشی به هسته‌ی مشاوره و شبکه‌های بهداشت شهرستان مراجعه کنند. برای نمونه‌گیری، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از بین متقاضیان، پس از گرفتن تعهد جهت مشارکت و ادامه تا آخرین جلسه‌ی تحقیق، ۶۰ نفر انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

## ابزار

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریشی تدوین گردید. فرم اصلی آن ۶۰ سوالی است که مکرراً تجدید نظر شده است و به تناسب شرایط و فرهنگ‌های مختلف فرم‌های کوتاه مختلفی دارد. فرمی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت فرم ۲۸ سوالی بود. این فرم دارای ۴ مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد و هر مقیاس آن دارای ۷ سوال است. در تمام سوالات آزمودنی باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال او بیشتر مطابقت دارد، مشخص نماید. پاسخ آزمودنی به هر پرسش در یک طیف ۴ درجه‌ای مشخص می‌شود. در تمام گزینه‌ها، بجز اختلال در کارکرد اجتماعی، درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و ناراحتی در فرد است. گلدبرگ همبستگی نمرات **خستگی** و نتیجه ارزیابی اختلالات را ۰.۸۰٪ گزارش نمود و معتقد است فرم‌های مختلف **خستگی** دارای روایی و کارایی بالایی هستند. در رابطه با پایایی نیز تحقیقات متعددی روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان و

۱. برگ‌غلا نبع چ.  
۲. کف‌عفس.

کارمندان به عمل آمده است، از جمله یعقوبی با ۸۸٪، صولتی با ۸۹٪، پالاهنگ با ۹۱٪ و میرخشتی با ۹۲٪، که اکثراً پایایی بسیار بالایی را گزارش کرده‌اند.

### فرآیند اجرا

پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل ابتدا دو گروه پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup> را تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش ۸ جلسه معنوی (شامل نماز جماعت، دعا، و زیارت عاشورا) اجرا شد و در نهایت، پس از آزمون برای گروه‌ها اجرا و نتایج با استفاده از نرم افزار **لاگلا** با هم مقایسه شدند. محتوای جلسات و اهداف هر جلسه به طور خلاصه شامل موارد زیر می شدند:

جلسه اول: آشنا شدن، جلسه دوم: نماز جماعت، سخنرانی مذهبی، جلسه سوم: نماز جماعت، قرائت زیارت عاشورا، جلسه چهارم: نماز جماعت، دعای کمیل، جلسه پنجم: نماز جماعت، سخنرانی مذهبی و تفسیر قرآن، جلسه ششم: نماز جماعت، سخنرانی مذهبی و ذکر زندگینامه ائمه، جلسه هفتم: نماز جماعت، گرفتن بازخورد، همگام با مقاومت، جلسه هشتم: آماده سازی گروه، اختتام جلسات و نظر سنجی

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی و خرده آزمونه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده‌اند. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها، از آزمون کوواریانس استفاده شد. در این تجزیه و تحلیل، تأثیر متغیر کنترل پیش‌آزمون از روی نمره‌های پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمره‌های باقیمانده مقایسه شدند.

Archive of SID

۱. غلاف‌کف‌م‌ع مذم‌ف‌ع‌ث ق‌ل‌ع ک‌ع  
۲. ل‌ع‌ق‌ث & غ‌ل‌ع‌ع‌ع‌ف

**جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی کل، علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی دو گروه**

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مقیاس ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۷	۴۱/۲	۵/۸	۴۷/۴	آزمایش	سلامت عمومی کل
۴/۹	۴۱/۶	۳/۸	۳۷/۵	کنترل	
۲/۸	۹/۷	۳	۱۵/۴	آزمایش	علائم جسمانی
۲/۵	۱۰/۳	۱/۹	۸/۵	کنترل	
۳/۶	۸/۷	۳/۴	۱۲/۸	آزمایش	اضطراب و اختلال خواب
۳/۲	۸/۵	۲/۵	۶/۹	کنترل	
۲/۸	۱۴/۹	۳	۱۵/۹	آزمایش	اختلال در کارکرد اجتماعی
۲/۹۳	۱۴/۱	۳/۱	۱۴/۶	کنترل	
۲/۶	۸	۲/۹	۹/۸	آزمایش	افسردگی شدید
۲/۴	۸/۸	۲/۳	۷/۴	کنترل	

با توجه به این که در پرسشنامه سلامت عمومی، بالا بودن نمرات سه خرده آزمون علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی شدید و پایین بودن نمره خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی دال بر بیماری است، اطلاعات جدول بیان کننده آن است که در گروه آزمایش، میانگین در سه خرده مقیاس اول کاهش یافته، در خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی افزایش یافته است این مطلب نشان دهنده اثربخشی متغیر مستقل (معنویت درمانی) بر سلامت عمومی افراد گروه آزمایش می‌باشد. در حالیکه در گروه کنترل میانگین‌ها در سه خرده آزمون اول افزایش داشته و در خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی کاهش داشته است.

با توجه به اینکه مفروضات روش تجزیه و تحلیل کوواریانس برقرار نیست از روش تحلیل واریانس بر روی تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون دو گروه استفاده می‌کنیم که نتایج آن به شرح ذیل می‌باشد.



**جدول ۲: نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری (MANCOVA) در دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمرات تفاضل پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای تحقیق**

نوع آزمون	ارزش	ف	فرضیه پ	خط پ	سطح معناداری
اثر پیلائی <sup>۱</sup>	۰/۴۶۶	۱۲/۰۲	۴	۵۵	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۵۳۴	۱۲/۰۲	۴	۵۵	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۰/۸۷۴	۱۲/۰۲	۴	۵۵	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۰/۸۷۴	۱۲/۰۲	۴	۵۵	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، آزمون‌های چهارگانه‌ی تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تفاضل دو متغیر تحقیق از لحاظ آماری معنادار می‌باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از دو متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنادار می‌باشند. به منظور مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ تک تک نمره‌های تفاضل از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تفکیکی تفاضل نمرات متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و گواه**

(مغذ)	متغیرهای تحقیق	(ذذ)	(تپ)	(ذچ)	(ت)	(مغذ)
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	به دست آمده	ضریب معناداری	
	علائم جسمانی	۵۴۶/۰۱۷	۱	۵۴۶/۰۱۷	۴۴/۵۹۴	۰/۰۰۰
	اضطراب و اختلال خواب	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۳/۴۵۷	۰/۰۳
گروه‌ها	اختلال در کارکرد اجتماعی	۶/۶۶۷	۱	۶/۶۶۷	۰/۳۸۵	۰/۲۶
	افسردگی شدید	۷/۳۵۰	۱	۷/۳۵۰	۰/۷۸۲	۰/۱۹

۱. غ لا ف ل ق ق خ  
 ۲. ع ع ک ع ج ق ق س  
 ۳. غ لا ر ق ق ق ق ق پ ت  
 ۴. ک ک د م ل ع ج ل ق د

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که دو گروه گواه و آزمایش از لحاظ نمره‌های علائم جسمانی و اضطراب دارای تفاوت معنادار می‌باشند ولی در دو متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید تفاوت معناداری مشاهده نشد. به عبارت دیگر مداخله‌ی آزمایشی باعث کاهش متغیرهای علائم جسمانی و اضطراب شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر روش معنویت درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه بود. در کنار سلامت عمومی کل، اثربخشی این شیوه بر علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی زنان مطلقه نیز به طور جداگانه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی به طور معناداری میزان سلامت عمومی زنان مطلقه را افزایش داده است.

نتایج مربوط به نمره‌ی کل پرسشنامه سلامت عمومی نشان می‌دهد که نمره کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنادارتری بیشتر از پی‌آزمون آنهاست که فرضیه‌ی اول پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. این فرضیه با پژوهش‌های ساجدی، ۱۳۸۷؛ موسوی اصل، ۱۳۸۷؛ رحمتی و همکاران، ۱۳۸۹؛ ابوالقاسمی، ۱۳۸۹؛ کرو و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاژویج، سینانویج و حسنیج<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ ویلس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ واکر و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ ویزمن، توکمن و دوارت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ جعفری و همکاران، ۲۰۱۰ هم‌هنگام است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که دین برای رساندن فرد به آرامش روان، راهکارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خدااباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و... را ارائه می‌کند. همچنین در این میان نقش راهکارهای گرایشی و کنشی، کاهش تعلقات دنیوی، آموزه‌های رفتار بهنجار، توبه، کاهش میزان پیشمانی از گذشته، تقویت اراده برای ترک گناه و... نیز از دیگر نتایج به دست آمده است که نشان دهنده اثربخشی دین و معنویت در سلامت روانی و عمومی افراد می‌باشد.

این تحقیق نشان داد، معنویت درمانی بر علائم جسمانی موثر است. نتیجه‌ی به دست آمده با پژوهش کامتور،<sup>۵</sup> ترجمه صالحی و عباسی، ۱۳۸۸؛ ابوالقاسمی، ۱۳۸۹؛ لی، بون و مارلت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ آوانتس، بیتل و مارگولینی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ راسل و

۱. جعفری، ک. ع. و... .

۲. ...

۳. ...

۴. ...

۵. ...

۶. ...

یارهوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ کاباتزنیک، ۲۰۰۷؛ کارمودی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ هماهنگ می باشد. نتایج این پژوهش ها نشان داد خواندن نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آنها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس مفهوم و رنگ عاطفی پیدا می کنند. از سوی دیگر این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط هستند که این غده فعالیت دیگر غده ها را تنظیم می کند. همچنین نتایج نشان داد که پرداختن به فعالیت های مذهبی بر روی مکانیزم دفاعی بدن مثل پادتن ها اثر مثبت گذاشته، مقاومت بدن را در برابر بیماری های مزمن جسمی مثل سرطان و مزمن روانی مثل اسکیزوفرنی افزایش می دهد. توسل به ائمه، زیارات، دعا و نماز ابتدا توسط مغز دریافت، و با توجه به نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده که به سیستم ایمنی دستور داده می شود در مقابل فشار روانی و بیماری مقاومت کند.

در این پژوهش، فرضیه سوم نیز تایید شده، معنویت درمانی توانسته است باعث کاهش اضطراب و اختلال خواب شود. که این نتیجه با پژوهش شریفی نیا، ۱۳۸۷؛ هادی و جان بزرگی، ۱۳۸۸؛ والاس و شاپیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ فوستر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ راسیچ و همکاران، ۲۰۰۹؛ مسترز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰ همراستا است. حالت آرامش روان، آرام سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی از آن جهت است که فرد به گونه ای آگاهانه و خالصانه به آن عشق می ورزد. از جمله در احوال بزرگان نیز آمده که با نماز، قرآن و دیگر اعمال مذهبی به آرامش می رسیدند، مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی (ع)، پیامبر (ص) نیز هنگام نماز به بلال می فرمود «بلال ما را به آرامش برسان». بزرگانی مثل ابن سینا که هنگام مواجهه با مسائل و مشکلات، دو رکعت نماز می خواندند. شرکت در مراسم مذهبی و عبادتی مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی های عاطفی می گردد.

فرضیه چهارم در این پژوهش تائید نشد و داده ها نشان دادند که معنویت درمانی بر اختلال در کارکرد اجتماعی موثر نیست که با نتایج پژوهش شریفی نیا، ۱۳۸۷؛ والش<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰ ناهماهنگ است. عدم تائید فرضیه پنجم مبنی بر "معنویت درمانی می تواند بر افسردگی موثر باشد" با نتایج پژوهش وحید و همکاران، ۱۳۹۰؛ و ابراهیمی اردبیلی، ۲۰۱۱ ناهماهنگ بود.

۱. د.د.د. ققغ لامد.  
۲. ج. ده تکسلا ع.  
۳. ج. خلاف کع غذ. اب. رغ حوقعس.  
۴. د. بلغ هکلت.  
۵. د. ج. اللع مع چ.  
۶. ت. غلقعس.

نظر به اینکه پاره‌ای از محدودیت‌ها از جمله ابزار اندازه‌گیری احتمالاً می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر بگذارد، پیشنهاد می‌شود که از ابزار ارزیابی جامع‌تر همراه با مصاحبه بالینی استفاده شود. آزمودنی‌های شهر لامرد نمونه مورد پژوهش حاضر را تشکیل دادند. بنابراین نتایج بدست آمده محدودیت داشته، فقط در مورد این شهر قابل تعمیم است. در این پژوهش فقط افراد مؤنث شرکت داشتند.

معنویت درمانی یکی از راه‌های اساسی و پر اهمیت و یک روش درمانی است که بشر می‌تواند به کمک آن از ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری کند و با کمک گرفتن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده و احساس امید و آرامش داشته باشد. شرکت در مراسم مذهبی آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می‌شود. بنابراین می‌توان از یافته‌های این تحقیق در افزایش سلامت عمومی افراد و بخصوص زنان مطلقه استفاده نمود.

#### منابع

- ابوالقاسمی، شهنام (۱۳۸۹). تاثیر شعائر دینی بر بهداشت روانی جوانان. **اسلام و پژوهش‌های تربیتی**؛ ۲(۱)، ۴۹-۴۷.
- اژدری فرد، سیما، قاضی، قاسم و نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۹). **بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان**. فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی؛ ۵(۲)، ۱۰۵-۱۲۵.
- تبرایی، رامین؛ فتحی آشیانی، علی و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۷). **بررسی سهم تاثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی**. روانشناسی و دین؛ ۱(۳)، ۳۷-۶۲.
- جلالی تهرانی، محمد حسین (۱۳۸۳). **توحید درمانی**. نقد و نظر؛ سال ۹ (۳ و ۴)، ۴۸-۴۶.
- جوانی، حجت الله (۱۳۸۹). **تاثیر آموزه‌های عرفانی اسلامی بر نهاد خانواده**. اسلام پژوهی؛ ۴، ۸۵-۱۱۰.
- چراغی، مونا و مولوی، حسین (۱۳۸۵). **رابطه بیا ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان**. پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی؛ ۲(۲)، ۱-۲۲.
- حبیب‌وند، علی مراد (۱۳۸۷). **رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی**. روانشناسی و دین؛ ۱(۳)، ۷۹-۱۰۷.

حبیبی، زهرا و ساجدی، ژیلا (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای میزان سازگاری کودکان دبستانی خانواده‌های مطلقه در شهر همدان. آرشوپ‌ژد. تاریخ مراجعه، ۱۳۹۰/۳/۱.

حکیم شوشتری، میترا؛ حاجی، احمد؛ پناغی، لیلا و عابدی، شیوا (۱۳۸۷). مشکلات رفتاری و هیجانی در فرزندان خانواده‌های تک‌والد تحت سرپرستی مادر در مقایسه با خانواده‌های دو‌والد کم‌میتة امداد امام خمینی. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۶۶ (۳). ۱۹۶-۲۰۲.

حفاریان، لیلا؛ آقایی، اصغر؛ کجیاف، محمدباقر و کامکار، منوچهر (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه و غیر مطلقه و رابطه آن با ویژگیهای جمعیت شناختی در شهر شیراز. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). ۴۱؛ ۸۶-۴۶.

حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید و دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. مشاوره و روان‌درمانی خانواده؛ ۱ (۱)، ۶۴-۵۴.

خاتونی، علیرضا (۱۳۸۰). بررسی تاثیر آوای قرآن کریم بر اضطراب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی پزشکی ایران. پایان‌نامه ارشد دانشکده پرستاری و مامایی؛ دانشگاه علوم پزشکی ایران.

خلخالی، علی (۱۳۸۰). مقایسه نیمرخ روانی افراد با گرایش مذهبی بالا و پایین. مقاله ارائه شده در سلسله همایش علمی کاربردی جوان، دین و افسردگی؛ دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.

دفترآمار و اطلاعات جمعیتی (۱۳۸۸). بررسی روند ثبت وقایع حیاتی در سالهای اخیر ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۷. جمعیت. شماره ۷۰ (۶۹)، ۱۷۲-۱۵۷.

راوری، علی؛ ونکی، زهره؛ میرزایی، طیبه و کاظم نژاد، انوشیروان (۱۳۹۰). رویکردی معنوی به رضایت شغلی پرستاران بالینی: یک مطالعه کیفی. پایش؛ ۱۰ (۲)، ۲۴۱-۲۳۱.

رحمتی، محمود؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ رهگوی، ابوالفضل و رهگذر، مهدی (۱۳۸۹). تأثیر گروه درمانی معنوی مذهبی

بر علایم روانی بیماران اسکیزوفرنیک. پژوهش پرستاری؛ ۵ (۱۶)، ۲۰-۱۳.

اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه/ غلامی، علی و بشلیده، کیومرث

رستمی، رضا؛ رضایی، سعید؛ حسینی، سیده بنفشه و گازرانی، فاطمه (۱۳۸۸). **سبک دلبستگی زوجین در حال طلاق**. ماهنامه مهندسی فرهنگی. شماره های ۳۷ و ۳۸، ۴۶-۵۴.

ریاحی، محمداسماعیل؛ علیوردی نیا، اکبر؛ بهرامی کاکاوند، سیاوش (۱۳۸۶). **تحلیل جامعه شناختی میزان گرایش به طلاق. پژوهش زنان؛ ۵ (۳)**، ۱۴۰-۱۰۹.

ساجدی، ابوالفضل (۱۳۸۷). **دین و بهداشت روان**. روانشناسی و دین؛ ۱ (۳)، ۳۶-۷.

ساردویی، غلامرضا (۱۳۸۶). **بررسی تاثیر ارزشهای مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی**. روانشناسی و دین؛ ۲ (۱)، ۳۵-۴۲.

شریفی نیا، محمدحسین (۱۳۸۷). **ارزیابی تاثیر درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم**. رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.

صادق، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و صادقی، غلامرضا (۱۳۸۹). **بررسی اثربخشی تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی زنان مطلقه شهر اصفهان**. مجله دانشکده پزشکی اصفهان؛ ۲۸ (۱۱۲)، ۶۶۱-۶۷۸.

فردیکسون، باربارا ال (۱۹۹۴). **دین چگونه به سلامتی و بهزیستی ما کمک می کند؟ آیا هیجان های مثبت عناصر فعال آن هستند**. ترجمه موسوی، سید هانی (۱۳۸۷). روانشناسی و دین؛ ۱ (۳)، ۱۰۷-۷۹.

فرزادفر، منیر؛ مولوی، حسین و آتش پور، سیدحمید (۱۳۸۵). **تاثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی سرپرست شهر اصفهان**. دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان. ۳۰، ۳۹-۵۰.

قمری گیوی، حسین (۱۳۸۷). **معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی**. روانشناسی و دین؛ ۱ (۴)، ۷۱-۴۳.

کاظمیان مقدم، کبری و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). **مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان**. روانشناسی و دین؛ ۲ (۲)، ۱۸۷-۱۷۳.

کامتور، تامسون، (۱۹۹۶). **بهزیستی از دیدگاه دین و روانشناسی**. ترجمه صالحی و عباسی، (۱۳۸۸). روانشناسی و دین؛ ۲ (۲)، ۱۸۹-۲۴۶.

کاملی، محمدجواد (۱۳۸۵). بررسی علل و عوامل موثر در بروز آسیب اجتماعی طلاق در جامعه ایران با توجه به آمار و اسناد. دانش اجتماعی. ۹ (۳)، ۱۹۸-۱۸۰.

محمودیان، نوشاد (۱۳۸۲). بررسی مقایسه میزان پرخاشگری کودکان و رابطه آن با وضعیت طلاق والدین. پایان نامه کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

موسوی اصل، سید مهدی (۱۳۸۷). نقش رفتارهای دینی در بهداشت روانی. روانشناسی در تعامل با دین؛ ۱ (۲). ۱۴۰-۷۳.

مولوی گنج، سجاد و تقوی زاده، مهدی (۱۳۸۹). بررسی نقش عوامل جامعه شناختی بر بروز طلاق در زندانیان زندان مرکزی رشت. اصلاح و تربیت؛ ۹۹، ۳۷-۳۳.

مهدی پور، شیما (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان مرورگر زندگی بر سلامت عمومی نوجوانان دختر دبیرستانی منطقه ۲۲ شهر تهران. پایان نامه ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

نجار اصل، صدیقه (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی با مفهوم از خویشتن و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. پایان نامه ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

هادی، مهدی و جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مولفه های شخصیت و بالینی. روانشناسی و دین؛ ۲، ۱۰۴-۷۱.

همتی مسلک پاک، معصومه؛ احمدی، فضل الله و انوشه، منیژه (۱۳۸۹). اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت. کومش؛ ۱۲ (۲)، ۳۸، ۷۴-۱۰۲.

دکلاعت لایمف ذغفلع کف کا، غلاع غلاغم قعغ عرع کف قعغ لا کف فکم عغ قغ د. (۲۰۰۷). بیج قعغ غعذ & بچ کغم ا  
*Journal of Religion and Health*, ۱۸۳-۱۹۰، ۴۶.

عغغ ف کد ب کا، هکغ غرع لاف کذ عکغ لکغ قعغ د کد کف فکف د کغ غم ذم و عح. (۲۰۰۹). بکغم بکغم لکس & ج ب، عم ا  
*Journal of clinical psychology*; ۶۵(۲)، ۲۲۴-۲۲۹.

مقملع د، 'عغ لقع لاف کغم' عغ لقع عع' ککلع هج. غلاغ کف ع ج. (۲۰۰۵). لکف لاع ج & قعغ فغ ب. - ج ذ لم کع ن  
فلا ژنت لکف کم عع عک م ککم لام عغم لکغ هکغ لاع م (ذ-۳) عکغ غعذ قعغ لاف کذ عک ه عم ا ذ عغ م ذ ع ککلع  
*Mental Health, Religion & Culture September*; ۸(۳)، ۱۶۷-۱۷۷.







