



اثربخشی الگوی کوتاه مدت "درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP)" بر افزایش
بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به نشانگان افسردگی
The Effectiveness of the Short-Term Pattern of Spiritually
Multidimensional Psychotherapy (SMP) on Increasing Psychosocial
Well-Being of Patients with Depression Syndrome

Morteza Rohani
Masoud Janbozorgi
Hasan Ahadi
Mohammadreza Beliad

مرتضی روحانی*
مسعود جان بزرگی**
حسن احدی***
محمد رضا بلیاد****

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of the short-term pattern of Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) on increasing psychological well-being of patients with depression syndrome. This study was semi-experimental with a pre-test and post-test design and a control group. The Statistical population of the study was 48 people, the depressed patients referring to the counseling center of Mashhad University of Medical Sciences and the Religious Counseling Center of Holy Shrine. According to Morgan's table, 40 patients (n=25 women, n=15 men) were selected through availability sampling and randomly placed into experimental and control groups. The questionnaire used in this study was Ryff psychological well being (1989). The experimental group received 12 one-half-hour sessions of psychotherapy. The results of covariance analysis showed that there was a significant increase in psychological well-being component after intervention ($P < 0/001$). The findings also showed that Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) can be activated by the spiritual dimension of the clients and consequently by forming a belief framework against cognitive challenges and encouraging them to lead a healthy lifestyle as well as increasing their goals in life, hope and life satisfaction.

Keywords: Spiritually Multidimensional Psychotherapy, Psychosocial Well-Being, Depression

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به افسردگی بود. طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی، با روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را ۴۸ نفر از مبتلایان به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر تشکیل دادند که براساس جدول مورگان ۴۰ مراجع (۲۵ زن، ۱۵ مرد) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RPWB) بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه یک‌ساعت‌ونیم مداخله را دریافت کردند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، بعد از مداخله در مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی، افزایش معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) می‌تواند با فعال‌سازی بُعد معنوی مراجعان و به‌تبع آن، با شکل‌گیری چارچوب اعتقادی در برابر چالش‌های شناختی و ترغیب آن‌ها به سبک زندگی سالم و افزایش هدفمندی، امید و رضامندی از زندگی، به‌عنوان روشی مفید و کارآمد برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مراجعان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمانگری چندبُعدی معنوی، بهزیستی

روان‌شناختی، افسردگی

*دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

**استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران

***نویسنده مسؤؤل: استاد گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

****استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

مقدمه

از پدیده‌های انکارناپذیر جهان امروزی رشد علوم در حوزه‌های گوناگون از جمله علوم روان‌شناختی است. با توجه به این حقیقت، شاهد بروز^۱ و شیوع^۲ بالای بیماری‌های روانی، به‌خصوص اختلال افسردگی هستیم (سلیگمن و روزنهان، ۲۰۰۰؛ گنجی و گنجی، ۱۳۹۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۳، اختلالات افسردگی عمومی با فراوانی ۲۵ درصد (رایین، ۱۹۸۴) و افسردگی مه‌اد^۴ با آمار ۸/۸ درصد از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی می‌باشند (ویلاگوت، فورر، بارباگلی و النسو، ۲۰۱۶) همچنین در سال ۲۰۱۰، آمار ۱۲۱ میلیون نفری از مبتلایان به اختلال افسردگی گزارش گردید (پالمون و همکاران، ۲۰۱۱) و پیش‌بینی می‌شود که این اختلال در سال ۲۰۲۰ بیشترین علت ناتوانی‌ها را به‌خود اختصاص دهد (زهو و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالی که به‌صورت گسترده ابعاد مختلف وجود انسان، از خواب و تغذیه تا روابط بین‌فردی و سیستم‌شناختی و اعتقادی انسان‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (روحانی، جان‌بزرگی، احدی و بلیاد، ۱۳۹۷).

سبب‌شناسی اختلال افسردگی از منظر منابع علمی، علل زیستی از جمله ناپه‌نجاری در سطح نورترنس‌میترها و هورمون‌ها مانند سرتونین و کورتیزول (شلی، ۲۰۱۶) و علل روان‌شناختی مانند باورها، فرم‌ها و فرآیندهای فکری ناکارآمد مطرح می‌گردد (تولین، برادی و هانا، ۲۰۰۸؛ جولین، اکتر، آردما و تادارو، ۲۰۰۶؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ ولز، ۲۰۰۹). از منظر منابع دینی نیز، تبیین‌هایی همچون شوق بی‌اندازه به جلوه‌های دنیا (بحارالانوار^۵، ج ۷۵، ص ۲۴۰)، توجه افراطی به مال‌ومال و منافع شخصی (غررال‌حکم^۶، ۵۹۰۴)، حسادت (مجلسی^۷، ۱۴۰۳، ج ۷۳، ص ۲۵۶، ج ۲۹)، تنبلی و سستی (نهج‌البلاغه^۸، حکمت ۲۳۹)، بدهکاری (علل الشرایع^۹، ۵۲۷/۲، حدیث ۱)، گناه (بحارالانوار^{۱۰}، ج ۶۵، ص ۱۴۶)، چشم‌اندوزی به اموال و توانایی دیگران (تحف‌العقول^{۱۱}، ص ۵۱)، مصایب و حوادث روزگار (نهج‌البلاغه^{۱۲}، حکمت ۲۱۳) مطرح شده است.

1. incidence
2. prevalence
3. World Health Organization (WHO)
4. major depressive disorder

۵. امام صادق (ع) می‌فرماید: «دنیاخواهی، غم و اندوه می‌آورد».

۶. امام علی (ع) می‌فرماید: «زیان فقر، پسندیده‌تر از سرمستی توانگری است».

۷. امام علی (ع) می‌فرماید: «حسادت چیزی جز صدمه و خشم به شما نمی‌دهد، قلب شما تضعیف شده است، بدن شما مریض می‌شود».

۸. امام علی (ع) می‌فرماید: «آن‌که در کار کوتاهی ورزد، دچار اندوه گردد».

۹. حضرت محمد (ص) می‌فرماید: «بدهکاری، غصه شب و ذلت روز است».

۱۰. امام رضا (ع) می‌فرماید: «هیچ‌یک از شیعیان علی (ع) نیست که در روز، بدی یا گناهی مرتکب شود؛ مگر این‌که در شب اندوهی به او می‌رسد که آن بدی و گناه را فرو می‌ریزد».

۱۱. حضرت محمد (ص) می‌فرماید: «کسی که همواره به دارایی و دنیای مردم چشم می‌دوزد، غم و اندوه او طولانی خواهد بود».

۱۲. امام علی (ع) می‌فرماید: «در مقابل نامالایمات و مشکلات ریز و درشت روزگار صبور و بردبار باش، در غیر این‌صورت هرگز خرسند نمی‌شوی».

از جمله متغیرهایی که اختلال افسردگی بر آن تأثیر دارد، بهزیستی روان‌شناختی^۱ است. بنابر پژوهش‌ها، رابطه معکوس و معناداری میان بهزیستی روان‌شناختی و نشانگان افسردگی وجود دارد. به عبارتی، هرچه میزان بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و شادی انسان افزایش یابد، شدت و میزان نشانگان افسردگی کاهش می‌یابد (نیدیتا، شرادا و هیمانسو، ۲۰۱۸).

بهزیستی روان‌شناختی، در زیر شاخه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا^۲ قرار می‌گیرد (میرزایی، نجارپوریان، نعیمی و سماوی، ۱۳۹۷). حوزه‌ای از روان‌شناسی که در جهت سوق انسان به سمت رشد، شکوفایی و بالندگی تلاش می‌کند (سلیگمن، ۲۰۰۲). مفهوم بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان توانایی افزایش ظرفیت حالت‌های مثبت و کاهش حالت‌های منفی تعریف شده است (لینلی، ۲۰۰۹). بنابر تحقیقات، این مؤلفه به‌عنوان شاخصی چندبعدی و مهم در سنجش سلامت روانی افراد اعلام می‌گردد (دلافاو، بردار، فریر، ولابرادریک و ویسینگ، ۲۰۱۱).

از کامل‌ترین مدل‌های نظری مطرح در حوزه بهزیستی روان‌شناختی، مدل ریف می‌باشد. ریف، بهزیستی روان‌شناختی را «تلاش انسان برای کمال از طریق تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی» تعریف می‌کند. در این دیدگاه بهزیستی به‌معنای تلاش برای استعلا و ارتقائی است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). براساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش مؤلفه به نام‌های: زندگی هدفمند^۳، رابطه مثبت با دیگران^۴، رشد شخصی^۵، پذیرش خود^۶، خودمختاری^۷ و تسلط بر محیط^۸ تشکیل می‌شود (دیساباتو، گودمن، کشدان، شارت و جوردن، ۲۰۱۶؛ ریف و سینگر، ۲۰۰۴).

ریف و سینگر (۱۹۹۶)، در تعریف مؤلفه‌های شش‌گانه فوق چنین بیان می‌کنند که «زندگی هدفمند»؛ یعنی داشتن هدف در زندگی و باور به این‌که زندگی حال و گذشته انسان معنادار است. همچنین، مؤلفه «رابطه مثبت با دیگران» به‌معنای احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌هاست و مؤلفه «رشد شخصی»، به‌معنای احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های جدید به‌عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه اشاره دارد و مؤلفه «پذیرش خود» عبارتست از: نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خوب‌بود خویشتن و احساس مثبت درباره زندگی گذشته، مؤلفه «خودمختاری» نیز، به‌معنای احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها اشاره دارد و در نهایت، مؤلفه «تسلط بر محیط»، به‌معنای حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامونی تعریف شده است.

-
1. psychological well-being
 2. positive psychology
 3. purpose in life
 4. positive relation with others
 5. personal growth
 6. self-acceptance
 7. autonomy
 8. environmental mastery

اندیشمندان زیادی در راستای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و همچنین، کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی اقدام به نظریه‌پردازی و خلق روان‌درمانگری‌های گوناگون نموده‌اند. از آن جمله می‌توان به درمان‌های رفتاری (عزیزی و محمدی، ۱۳۹۵) درمان‌های شناختی (تولین، برادی و هانا، ۲۰۰۸؛ جولین، کانر، آردما و تودارو، ۲۰۰۶؛ بک و ویشر، ۲۰۱۴)، فراساخت درمانی (ولز، ۲۰۰۹)، درمان‌های وجودی، تحلیلی، یکپارچه (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۵) مانند این‌ها اشاره کرد.

چالش اساسی و مشترک در نظریات فوق، اول این است که، با شدت یافتن مشکلات روان‌شناختی و حالت‌های بحرانی، درمان‌های فوق‌کارایی ندارند و دوم این‌که، برگشت^۱ و عود^۲ نشانه‌های اختلالات پس از گذر زمانی کوتاه، زیاد است (هاگا، درایدن و دانسی، ۱۹۹۱). این موضوعات از مواردی بودند که توجه اندیشمندان به بُعد معنوی انسان و درج مؤلفه‌های دینی در تئوری‌های روان‌شناختی را زمینه‌سازی کردند (فرقانی، نوری و شیخ‌شعاعی، ۱۳۹۳). ازسوی دیگر، در مدت زمان کوتاهی تأثیر مثبت این جهت‌گیری در مطالعات روان‌شناختی فراوانی مورد تأیید قرار گرفت (آسرو، پاچالاسکی و سالمسی، ۲۰۰۱؛ واکارو، ۲۰۰۷؛ کندلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ اکسلین، ۲۰۰۸؛ پریستر، ۲۰۰۱؛ پارگامنت، ۱۹۹۷؛ روحانی، رجایی، کیمیایی، ملک‌زاده و بهنام‌وشانی، ۱۳۹۲؛ جان‌بزرگی، ۱۳۸۶).

با توجه به وجود انبوه پژوهش‌ها در موضوع «اثربخشی رویکردهای دین‌محور بر ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی» و همچنین «کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی»، همچنان خلاً رویکردهایی که به‌صورت مبنایی و اصولی (نظری و عملی) براساس یافته‌های دینی طراحی شده باشند، وجود دارد (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۴). این مهم در حیطه مداخلات کوتاه‌مدت مرتبط که نیاز روزافزون بشر امروزی است (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۵) و نیز، الگوهای مدیریتی و راهبردی مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد دینی با شدت وحدت بیشتری احساس می‌گردد (روحانی و همکاران، ۱۳۹۶).

در این میان، رویکردی نوظهور با عنوان «روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی^۳ (SMP)» در جوامع علمی مطرح شده است که انسان را به‌طور فطری خداشناس (ری‌شهری^۴، ۱۳۸۵: ۸۰، ح ۳۴۱۲)، خداجوی و خداخواه و به‌عبارتی «حی مثاله مانت» (جوادی آملی، ۱۳۸۳) که دارای دو بُعد مادی و معنوی با چهار حوزه ادراکی به نام‌های مبدأ، خود، هستی و معاد و مجهز به سیستم «خود ارزیابی^۵» است، معرفی می‌نماید. محور این چهار حوزه «خداپنداشت^۶» می‌باشد. خداپنداشت، ادراک مفهوم خداوند می‌باشد، منطبق با آنچه خود او در کتب آسمانی^۷ ذکر کرده است و در مقابل، مفهوم خداپنداره^۱ مطرح می‌گردد که اشاره دارد به توصیف خداوند

1. relapse
2. recurent
3. Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP)

۴. لقمان، ۲۵ و زمر، ۳۸

۵. شمس، ۸

6. god-concept

۷. نور، ۳۵

براساس تصاویر ذهنی فرد که اغلب وابسته به چهره‌های والدینی است. این مدل برخلاف تئوری‌های روان‌درمانگری موجود اصالت را به بُعد معنوی انسان می‌دهد (مشکاه الأَنوار فی غرر الأخبار^۲، ج ۱، ص ۵۳۱) نه بُعد مادی و نیز براساس این نظریه، هسته اصلی سیستم وجودی انسان عقل^۳ بوده و خداجویی نیاز فطری و اصیل در این سیستم می‌باشد. با توجه به ملاحظات فوق، این روان‌درمانگری فعال‌سازی بُعد معنوی را شیوه‌ای مؤثر برای تعادل و تعالی سیستم روان‌شناختی می‌داند و آسیب‌شناسی انسان را وابسته به فعال/نافعال بودن این نیاز فطری^۴ می‌داند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۶). نکته قابل‌توجه دیگر در این نظریه، سازوکارهای درمانی حوزه‌های ادراکی فوق می‌باشد. به‌این‌ترتیب که با فعال‌سازی صحیح حوزه ادراکی مبدأ، آدمی با معنویت درگیر می‌شود؛ چرا که فکر یقینی در مورد وجود خداوند در ایشان شکل می‌گیرد و همچنین، از انسان تصورات اشتباه که حاصل الگوهای تربیتی و تجارب دوران تحول فرد بوده است، زدوده و پنداشت صحیح از خداوند و آگاهی و ادراک از صفات خالقیت^۵، ربوبیت^۶، حکمت^۷ و مانند این‌ها در ایشان شکل می‌گیرد و انسان درک می‌کند که به‌صورت تصادفی وارد این دنیا نشده است و مأموریتی برای خلقت خود احساس می‌نماید و این موضوع سبب وحدت‌یابی و یکپارچگی^۸ افکار، هیجانات و اعمال انسان می‌گردد. در نهایت می‌توان گفت، این نظریه معنویت‌محور^۹ بوده و اصالت را بر بُعد معنوی انسان می‌دهد و علاوه بر رعایت استانداردهای علمی، تمامی اصول نظری و عملی این نظریه مبتنی بر مبانی و آموزه‌های دینی (اسلامی) است و مؤلفه‌های فرهنگی متناسب با جامعه ایرانی در آن گنجانده شده است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴).

مروری بر نتایج پژوهش‌ها، نشان‌دهنده تأثیر مداخلات مختلف از جمله؛ روان‌درمانگری هیجان‌مدار (نقی نسب اردهانی، جاجرمی و محمدی‌پور، ۱۳۹۷)، آموزش ذهن‌آگاهی (باقری، طهماسبیان و مظاهری، ۱۳۹۷)، درمانگری شناختی رفتاری (شریفی‌نژاد رودانی و شهبازی، ۱۳۹۷؛ میگوئی، احدی، شریفی، پاشا و جزایری، ۱۳۸۹)، امیددرمانی (نقدی و عناصری، ۱۳۹۷)، آموزش تاب‌آوری (خانجانی، سهرابی و اعظمی، ۱۳۹۷)، درمانگری مبتنی بر تعهد و پذیرش (منتظری، آقای جوشوقانی و گل‌پرور، ۱۳۹۷) بر میزان بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. با توجه به ملاحظات فوق، یعنی بروز و شیوع زیاد اختلالات روانی به‌خصوص اختلال افسردگی و از طرفی وجود رابطه معنادار و منفی میان نشانگان اختلال افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی و از سویی دیگر، یافته‌های تعداد کثیری از پژوهش‌ها، دال بر اثربخشی درمانگری‌های دین‌محور و در نهایت،

1. god-image

۲. امام علی (ع) می‌فرماید: «اصل انسان خرد و عقلش دین اوست».

۳. امام صادق (ع) می‌فرماید: «ان الله خلق العقل و هو اول خلق من الروحانيين فقال الله تبارک و تعالی خلقتک خلقا عظیما و کرمتک علی جمیع خلقی».

۴. برای مثال، طه، ۱۱۰ و ۱۲۴؛ کهف، ۱۰۱ و اثرات فعال بودن ذکر خدا در آیات متعدد از جمله: ق، ۸؛ غافر، ۵۴

۵. واقعه، ۵۹

۶. توبه، ۳۱

۷. ص، ۲۷ و آل عمران، ۱۹۱

8. integration

9. spiritual-centered

ظهور الگوی درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) با ویژگی‌های قابل توجه خویش یعنی «اصالت‌دادن به بُعد معنوی انسان» و «کاملاً برگرفته‌شده از متون دینی» و «همخوان با منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی» (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵)؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به نشانگان افسردگی انجام پذیرفت. به عبارتی، فرضیه اصلی مورد بررسی در این پژوهش عبارت بود از: «الگوی کوتاه‌مدت روان‌درمانگری چندبُعدی (SMP) میزان بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به نشانگان افسردگی را افزایش می‌دهد».

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌شده دو گروهی بود. جامعه پژوهش، کلیه مبتلایان به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره با رویکرد دینی خشت اول (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد) و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر (واقع در صحن جامع رضوی) در چهارماه اول سال ۱۳۹۶ بود که با روش نمونه‌گیری دسترس انجام پذیرفت. برای تعیین حجم نمونه، از مطالعه راهنما و فرمول مقایسه دو میانگین با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد استفاده گردید. حجم نمونه ۱۶ نفر در هر گروه برآورد شد که با در نظر گرفتن ریزش نمونه، تعداد ۴۰ نفر که شرایط ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند که در طی مطالعه، دو نفر از افراد گروه آزمایش به علت شرکت نکردن در جلسات و دو نفر از گروه کنترل به علت مراجعه نکردن برای تکمیل پرسشنامه مرحله دوم از مطالعه خارج شدند.

معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بود از: مراجعه به مرکز؛ احراز ابتلاء به اختلال افسردگی از کانال مصاحبه تخصصی توسط روان‌شناس بالینی و انجام تست‌های مرتبط؛ سابقه‌نداشتن شرکت در دوره‌های آموزشی و درمانگری مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری و یا درمان‌های معنویت‌محور؛ طی کردن روال عادی زندگی؛^۱ نداشتن ابتلاء به اختلالات حاد روان‌پزشکی و اختلال شخصیت؛^۲ سلامت گفتاری و شنیداری؛^۳ به صورت داوطلبانه و کتبی رضایت خود را از حضور در دوره اعلام کرده و پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را داشته باشد؛ تعهد به گذراندن دوره و رعایت سقف غیبت (حداکثر یک جلسه) را داشته و پس از معرفی خدمات دوره، مخالفت عینی جهت دریافت درمانگری دین‌محور نداشته

۱. در شش‌ماه اخیر تحت‌تأثیر حادثه استرس‌زای حاد و شدید (مانند فوت عزیزان، تصادف، بیماری شدید برای یک عضو خانواده، شکست مالی، عاطفی یا اجتماعی شدید، طلاق، اختلافات حاد خانوادگی) نباشد که بر عملکرد و رفتار وی به صورت محسوس تأثیرگذار باشد. این پرسش توسط پژوهشگر سؤال شد.

۲. دچار بیماری ناتوان‌کننده و حاد نباشد، در حال مصرف داروهای اعصاب و روان نباشد، سابقه بستری به‌علت مشکلات اعصاب و روان را نداشته باشد که با پرسش از خود مراجع توسط مصاحبه‌گر متخصص کنترل می‌گردد.

۳. مشکل خاصی در زمینه صحبت کردن و شنیدن نداشته باشد که با مشاهده توسط خود پژوهشگر چک می‌گردد.

باشد. معیارهای خروج در این پژوهش نیز عبارت بود از: رخ‌دادن حادثه استرس‌زای سخت مانند، فوت عزیزان، بیماری یا هر واقعه استرس‌زای دیگر در مدت پژوهش که بر روند معمول زندگی و عملکرد عمومی تأثیر منفی زیادی بگذارد؛ حضور نداشتن در دوره به‌صورت منظم (غیبت بیش از یک‌جلسه طی دوره)؛ تکمیل‌نکردن ابزارهای پژوهش در مرحله دوم جمع‌آوری در گروه مداخله؛ تمایل نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش.

ابزار سنجش

جهت جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از دو ابزار اصلی استفاده شد، اول پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲ (RPWB) که در سال ۱۹۸۹ توسط ریف تهیه و در سال ۲۰۱۲ توسط کلاترکوشه و نواربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری هنجاریابی شده بود، استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۸۴ ماده است که بعضی از آن‌ها مستقیم و بعضی دیگر معکوس نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، شامل شش مؤلفه است که عبارتند از: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگری، هدف در زندگی و پذیرش‌خود. آلفای گزارش شده برای کل ۰/۹۲ می‌باشد. نسخه کوتاه (۱۸ سؤال) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه نیز مشتمل بر شش عامل فوق می‌باشد. مجموع نمرات این شش عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌گردد. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار شش درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی^۳ (SWLS)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۴ (OHI) و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ^۵ (RSES) به‌ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به‌دست آمد ($P > 0/001$). در نتیجه، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

ابتدا در سیستم پذیرش مراجعان با شکایت افسردگی به متخصص بالینی ارجاع و پس از مصاحبه تخصصی و تشخیص اولیه اطلاعات ثبت و سپس طی یک‌هفته برای شرکت در مطالعه با آنان تماس گرفته شد. پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل شامل تکمیل پرسشنامه‌های داده‌های دموگرافیک، بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت، یک‌ماه بعد از اتمام مداخله مجدداً از دو گروه آزمایش و کنترل خواسته شد تا به‌صورت حضوری جهت تکمیل پرسشنامه‌ها در محل مرکز مشاوره با رویکرد دینی خشت اول حضور یابند.

۱. این مورد با پرسش از خود مراجعان کنترل می‌گردد.

2. Ryff scale Psychological Well Being (RPWB)
3. Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale (PPSLS)
4. Oxford Happiness Inventory (OHI)
5. Rosenberg's Sel-f-Esteem Scale (RSES)

پروتکل کارگاه درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) که شامل جلسات روان‌درمانی و فعالیت خارج از کارگاه بود، خلاصه‌ای از پروتکل روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) از جان‌بزرگی (۱۳۹۷) بود که با مشورت متخصصان برای افسردگی، مورد بازنگری قرار گرفت و تحت نظارت آن‌ها انجام پذیرفت. در قالب یک گروه ۲۰ نفره در ۱۲ جلسه یک‌ساعت‌ونیم به‌صورت دو روز در هفته برگزار گردید.

جلسه اول و دوم، به حوزه ادراکی خود اختصاص داشت که شامل موارد ذیل بود؛ افزایش امید به درمان از طریق نرمال‌سازی و افزایش پذیرش و انگیزه و اتحاد درمان‌گرنانه، تسویه چهار راه ذهن و بدن (آموزش کلی الگوهای صحیح خواب، ورزش، روابط زناشویی و تغذیه)، فعال‌سازی حوزه‌های ادراکی چهارگانه از طریق تکنیک‌هایی مانند فن‌جزیره بود و این‌که زندگی دارای هدف است، تقویت حس حضور خداوند، هوشیاری به تصاویر والدینی و تجارب اولیه، هشیاری به خداپنداره، زمینه‌سازی برای ادراک خداپنداشت.

جلسه سوم و چهارم، ورود به حوزه ادراکی مبدأ در دستور کار قرار گرفت و بر شکل‌گیری فکر یقینی از وجود خداوند و این‌که انسان تصادفی خلق نشده است و همچنین، لحظه‌به‌لحظه در حال خلق شدن می‌باشد و نیز زندگی انسان و همچنین هستی و تمامی مخلوقات کاملاً هدفمند خلق شده‌اند، تمرکز یافت.

جلسه پنجم و ششم، بر مفهوم «الله نورالسموات والارض» و نیز، درک مفهوم خالقیت و ربوبیت و این‌که انسان در سایه هدایت الهی بر محیط تسلط دارد و تا خداوند نخواهد هیچ آسیبی به انسان نمی‌رسد و خداوند به انسان قدرت انتخاب داده (خودمختاری) و همواره تحت ربوبیت خویش یاری‌اش می‌کند گذشت.

جلسه هفتم و هشتم، بر مفهوم ولایت و سوق مراجعان به پذیرش ولایت خدا و همچنین، وجود خویشتن همان‌طور که هست و رضامندی نسبت به دستورالعمل‌های دینی و سبک زندگی معنوی (اسلامی) و بهبود روابط با دیگران و هستی و همچنین، برگشت مجدد به حوزه ادراکی خود با محوریت مفهوم عبد (پذیرش خود واقعی) و این‌که انسان جلوه‌ظهور خداوند است و ماهیتی مستقل ندارد گذشت و نیز، این‌که مجموعه صفات مثبت‌ومنفی که انسان از خویشتن ادراک می‌کند، معمولاً برگرفته از بازخوردها و نوع توجه دیگران به وی بوده و این موضوع با حقیقت درونی انسان همخوانی ندارد، موردبحث قرار گرفت.

جلسه نهم و دهم، ورود به حوزه ادراکی هستی با محوریت هشیاری نسبت به تصور از دنیا و مراقبت از چهارسوی معنوی و شکل‌گیری احساساتی مانند ارزشمندی و معنادگی مجدد به موضوعات و نجات عملی و اصلاح برخی خطاهای شایع‌شناختی در رابطه با دنیا و دیگران، آشنایی با تکنیک خداگویی - خودگویی و اجرای آن گذشت.

جلسه یازدهم و دوازدهم، نیز با تمرکز بر حوزه ادراکی معاد و تعمیق و ارزش‌دهی به اهداف اصیل زندگی با محوریت هیجان ملاقات با معبود، نامه‌نگاری با خدا، تصویرپردازی زندگی اصیل، مفهوم‌پردازی مجدد زندگی و پیشگیری از عود انجام پذیرفت. پس از اتمام آخرین جلسه، دو ماه هر هفته به‌صورت تلفنی با مخاطبان برای پیگیری مهارت‌های آموخته‌شده و بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و نشانگان افسردگی تماس گرفته شد. در نهایت، داده‌ها جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های آماری تجزیه‌وتحلیل گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش که با هدف بررسی اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به افسردگی شکل گرفت، تعداد ۴۰ نفر مبتلایان به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر شرکت کردند و در دو گروه (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه آزمایش $28/78 \pm 6/01$ با کوچکترین سن ۲۰ سال و بزرگترین سن ۴۱ ساله و در گروه کنترل نیز میانگین $29/78 \pm 5/84$ با کوچکترین سن ۲۳ سال و بزرگترین سن ۴۳ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در هر دو گروه را خانم‌ها تشکیل دادند (آزمایش ۶۳ درصد (۱۳ نفر) و کنترل ۵۹ درصد (۱۲ نفر)). میانگین مدت ابتلا به نشانگان افسردگی در گروه آزمایش، چهار سال و در گروه کنترل سه سال بود و این امر نشان‌دهنده، همگن بودن این دو گروه از نظر متغیر سن، جنسیت و مدت ابتلا به افسردگی با یکدیگر هستند. جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی را در گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر بهزیستی روان‌شناختی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	M	SD	M	SD
خودمختاری	۷/۸۳	۳/۴۳	۱۲/۰۰	۳/۱۲
	۸/۵۶	۲/۲۰	۷/۷۸	۱/۸۳
تسلط بر محیط	۵/۱۷	۱/۸۲	۱۱/۰۰	۲/۸۱
	۴/۸۹	۲/۲۹	۵/۱۱	۲/۲۲
رشد شخصی	۵/۸۹	۲/۰۵	۵/۹۴	۲/۰۹
	۴/۲۲	۲/۵۶	۹/۳۹	۲/۶۲
روابط مثبت	۶/۸۹	۳/۲۵	۶/۷۲	۲/۹۱
	۵/۸۹	۳/۰۸	۹/۷۸	۲/۹۴
هدف در زندگی	۶/۰۰	۳/۰۵	۵/۸۳	۲/۶۴
	۶/۰۶	۲/۳۶	۱۰/۰۶	۲/۴۸
پذیرش خود	۵/۶۷	۲/۸۳	۵/۶۱	۲/۹۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بعد از مداخله روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) میانگین متغیر خودمختاری در مراجعان گروه آزمایش از $7/83 \pm 3/43$ به $12/00 \pm 3/12$ افزایش پیدا کرد و متغیر تسلط بر محیط از $5/17 \pm 1/82$ به $11/00 \pm 2/81$ افزایش و متغیر رشد شخصی هم از $4/22 \pm 2/56$ به $9/39 \pm 2/62$ افزایش پیدا کرد و همچنین، متغیر روابط مثبت از $6/61 \pm 3/69$ به $10/22 \pm 3/12$ افزایش و متغیر هدف در زندگی از $5/89 \pm 3/08$ به $9/78 \pm 2/94$ افزایش و همچنین، متغیر پذیرش خود هم از $6/06 \pm 2/36$ به $10/06 \pm 2/36$ افزایش پیدا کرد.

اثر بخشی الگوی کوتاه مدت "درمانگری چندبُعدی معنوی ...

به $10/06 \pm 2/48$ افزایش پیدا کرد؛ ولی این میانگین‌ها در گروه کنترل تغییر چندانی محسوس نداشت. همچنین، جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه از آزمون f لوین استفاده شد. نتایج در جدول ۲، آمده است.

جدول ۲- آزمون f لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون تساوی واریانس‌ها (f لوین)				متغیر
sig	df2	df1	F	
۰/۵۲	۳۴	۱	۰/۴۳	خودمختاری
۰/۳۲	۳۴	۱	۱/۰۱	تسلط بر محیط
۰/۷۵	۳۴	۱	۰/۹۰	رشد شخصی
۰/۱۹	۳۴	۱	۱/۸۲	روابط مثبت
۰/۴۶	۳۴	۱	۰/۵۵	هدف در زندگی
۰/۵۰	۳۴	۱	۰/۴۶	پذیرش خود

جدول ۲ نشان می‌دهد میزان f لوین در همه متغیرها معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. یکی دیگر از مفروضه‌های کوواریانس نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه می‌باشد که جهت بررسی این مفروضه از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج آماره Z کلموگروف اسمیرنوف در جدول ۳، نشان داده شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون کلموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	آماره Z	sig
خودمختاری	۱/۰۹	۰/۱۸
کنترل	۰/۸۹	۰/۴۰
تسلط بر محیط	۰/۷۹	۰/۵۶
کنترل	۰/۷۷	۰/۵۸
رشد شخصی	۰/۷۸	۰/۵۸
کنترل	۱/۰۹	۰/۱۹
روابط مثبت	۱/۱۰	۰/۱۷
کنترل	۰/۸۶	۰/۴۶
هدف در زندگی	۰/۹۸	۰/۲۹
کنترل	۱/۴۱	۰/۰۷
پذیرش خود	۰/۷۳	۰/۶۶
کنترل	۰/۷۷	۰/۵۹

با توجه به جدول ۳، مشاهده می‌شود Z کالموگروف اسمیرنوف برای متغیر متغیرهای خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت، هدف در زندگی و پذیرش خود برای در هر دو گروه معنادار نشده است ($P > 0.05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نمرات نرمال بوده و این پیش فرض استفاده از کواریانس هم رعایت شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی

اثر	آزمون	ارزش	آماره f	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
تفاوت گروه آزمایشی	اثر پیلای	۰/۴۵	۳/۸۴ ^a	۶	۲۸	۰/۰۰۶
در پس‌آزمون با	لامبدای ویلکز	۰/۵۵	۳/۸۴ ^a	۶	۲۸	۰/۰۰۶
کنترل پیش‌آزمون	اثر هتلینگ	۰/۸۲	۳/۸۴ ^a	۶	۲۸	۰/۰۰۶
بزرگترین ریشه روی		۰/۸۳	۳/۸۴ ^a	۶	۲۸	۰/۰۰۶

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۴، نمرات پس‌آزمون متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای گروه آزمایش و کنترل مراجعان، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس چندمتغیری، نشان داد که یک اثر معنادار برای عامل روش درمانی وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مراجعان، تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.006$). جدول ۵، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کواریانس چندمتغیری برای تک‌تک مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مراجعان را نشان می‌دهد.

جدول ۵- تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کواریانس چندمتغیری

منابع تغییر شاخص	SS	Df	MS	F	Sig
خودمختاری	۷۸/۲۳۴۳	۱	۲۳۴۳/۷۸	۲۲۴/۴۴	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	۱۴۳۲/۴۹	۱	۱۴۳۲/۴۹	۱۰۸/۰۱	۰/۰۰۱
تفاوت گروه آزمایشی در رشد شخصی	۱۳۷۱/۵۲	۱	۱۳۷۱/۵۲	۱۶۶/۴۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون با کنترل روابط مثبت	۱۳۲۳/۸۳	۱	۱۳۲۳/۸۳	۱۹۷/۱۴	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون هدف در زندگی	۱۱۰۶/۶۶	۱	۱۱۰۶/۶۶	۱۳۳/۶۰	۰/۰۰۱
پذیرش خود	۱۱۴۵/۲۰	۱	۱۱۴۵/۲۰	۱۲۳/۷۵	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش که درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) را دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند از نظر خودمختاری ($F=224/44$ و $P<0.001$)، متغیر تسلط بر محیط ($F=108/01$ و $P<0.001$)، متغیر رشد شخصی ($F=166/40$ و $P<0.001$)، متغیر روابط مثبت ($F=197/14$ و $P<0.001$)، متغیر هدف در زندگی ($F=133/60$ و $P<0.001$) و متغیر پذیرش خود ($F=123/75$ و $P<0.001$) از مؤلفه‌های بهزیستی

روان‌شناختی معنادار است. به عبارت دیگر، روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) موجب بهبود این متغیرها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی کوتاه مدت درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به نشانگان افسردگی انجام پذیرفت. همچنین، نتایج حاصل از آزمون تحلیلی کواریانس چندمتغیره نشان داد که بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مراجعان نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) موجب بهبود این متغیرها شده است.

نتایج فوق با بسیاری از مطالعات داخلی (عسگری، ۱۳۹۵؛ برزگر بفرویی ۱۳۹۳؛ حدادی کوهساری، مرادی، غباری نباب و ایمانی، ۱۳۹۷؛ صفایی‌راد، کریمی، شمسی و احمدی، ۱۳۸۹؛ نادری، اصغری، روشنی و مهری آدریانی، ۱۳۸۸؛ وحیدی و غفاری هرندی، ۱۳۹۶؛ گل‌پرور، احمدی و جوادیان، ۱۳۹۳ و مانند این‌ها) و همچنین، بسیاری از تحقیقات خارجی از جمله پژوهش هو، چنگ و چنگ، ۲۰۱۰؛ فابریکاتور و فنزل، ۲۰۰۰؛ بریل هرت، ۲۰۰۵؛ ساندر و هوگای، ۲۰۰۳ و مانند این‌ها که همبستگی مؤلفه معنویت با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و یا اثربخشی مداخلات معنویت محور را بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی تأیید کردند، همسوست.

در مطالعه‌ای دیگر از میرزایی، نجاریان، نعیمی و سماوی (۱۳۹۷) که در موضوع الگوی بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر رهیافت‌های امام علی (ع) در نهج‌البلاغه انجام شد. مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل ۱۰ مؤلفه به نام‌های شکرگزاری (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۱۳ و ۶۲)، ارزشمندی (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۴۷ و ۹۴)، معرفت به خالق (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۸ و ۲۳۷)، یقین (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۳۰ و ۳۱)، سعه‌صدر (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۱۱ و ۵۲)، شجاعت (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۳۱ و ۳۷۱)، امیدواری (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۶۹ و ۱۵۳)، رضایتمندی (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۳۴۹ و ۴۳۹)، اطمینان (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۱۰ و ۹۰) و آزادی (احراز شده از حکمت‌هایی مانند ۱۹ و ۳۶)، احراز گردید. همان‌طور که مشاهده می‌شود، همپوشی بسیاری میان مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی با برخی مؤلفه‌های ایمانی شامل، شکوربودن، صبوربودن، رضامندی، خداباوری، اعتمادبه‌خدا و امیدواری و مانند این‌ها (پسندیده، ۱۳۹۰) وجود دارد و این اولین تبیین مطالعه حاضر می‌باشد. به عبارتی، با توجه به همپوشی زیاد میان مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های ایمان، سلامت و تقویت بُعد معنوی مراجعان که به‌نوعی محور اصلی فعالیت درمانگر مدل چندبُعدی معنوی (SMP) است، می‌تواند پیامدهایی همچون بهزیستی روان‌شناختی را نیز به‌همراه داشته باشد.

کوئینگ، مک‌کلاف و لارسن (۲۰۰۱) نیز، در تبیین چرایی تأثیر مثبت مذهب و معنویت در افزایش بهزیستی روان‌شناختی، دو دلیل عمده را ذکر می‌نمایند: اول این‌که، مذهب چارچوبی مستحکم برای فهم و درک چراها و پاسخ به سؤالاتی که برخی اوقات با علوم‌روز قابل‌حل و یا به‌راحتی امکان مطالعه ندارند را

فراهم می‌کند. به‌خصوص سؤالات و چراهایی که در حوزه‌های ادراکی مبدأ و غایت به ذهن انسان خطور می‌کند، مثلاً «چه کسی و چرا من و جهان را خلق کرده است؟»، «هدف از خلقت چیست؟»، «پس از مرگ چه اتفاقی خواهد افتاد و سرنوشت من چه می‌شود؟». در اختلال افسردگی نیز، چنین پرسش‌ها و چالش‌هایی مانند «زندگی پوچ و بی‌معناست و یا هدف مهمی ندارد»، «من بی‌ارزش هستم» و یا «انسان رها شده و بی‌پناه است» به‌وفور وجود دارد؛ بنابراین با توجه به محتوای جامع و عقلانی موجود در منابع دینی (اسلام) در پاسخ به این‌گونه سؤالات و چالش‌های انسان (در این‌جا منظور مراجعان مبتلا به اختلال افسردگی است) پیامدهایی مانند هدفمندی، رضایت از زندگی، بهبود ارتباطات با خود، دیگران و هستی، کاهش و یا نبود احساس رهاشدگی که به نوعی همان بهزیستی روان‌شناختی هستند را به همراه دارد.

دومین مکانیسم مطرح از منظر این پژوهش‌گران در اثربخشی مذهب و معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی، این است که بیشتر مذاهب امید به زندگی بعدی که معمولاً مکانی آرمانی و رضایت‌بخش است را به پیروان خود نوید می‌دهند. در این مقوله نیز، دین مبین اسلام عاقبتی بسیار خوشایند برای پیروان راستین خود به تصویر کشیده است.^۱ بنابراین، از آنجایی که محور درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر فعال‌سازی بُعد معنوی مخاطبان متناسب و همخوان با محتوای مطرح در منابع اسلامی می‌باشد و از آن طرف اثر مثبت بهبود معنویت و مذهب بر بهزیستی روان‌شناختی تأیید شده است؛ بنابراین با توجه به این منطق نیز می‌توان گفت، درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP)، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی مراجعان را افزایش دهد.

برندا و جکسون (۲۰۱۱) نیز، در تبیین چرایی اثربخشی معنویت و مذهب در افزایش بهزیستی روان‌شناختی بر مفهوم «کنترل درک‌شده»^۲ تأکید دارند. افراد مجهز به این مفهوم، باور دارند که قدرت و امکان تأثیرگذاری در وضعیت و حالات درونی و همچنین، محیط بیرونی را دارند و این‌طور نیست که برحسب شانس و تصادف دچار آسیب شوند. بنابر منابع دینی (اسلامی) که محور اصلی محتوای درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) است، یکی از صفات خداوند تبارک و تعالی که به‌صورت جدی در جلسات درمان روی آن کار می‌شود، صفت «ربوبیت»^۳ است. به این معنا که انسان تحت حمایت همه‌جانبه خداوند است و خداوند بی‌قیدوشرط به تربیت و تدبیر و اداره امور انسان مشغول می‌باشد و در عالم هستی، حتی یک برگ خارج از دایره آگاهی و قدرت خالق یکتا از درختی جدا نمی‌شود. خالقی که بی‌نهایت مهربان، عالم، قادر و حکیم است. باور یقینی به ربوبیت خداوند که از مهم‌ترین مؤلفه‌های مورد تأکید در این الگوست، احساس امید و گسترش اعتماد و تقویت سایر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی را به‌دنبال دارد.

۱. مریم، ۶۱ تا ۶۳

2. Perceived Control (PC)

۳. حدیث ۳۳۰۹: دعای امام حسین (ع) در روز عرفه: «پس هر ساله مرا رشد داد تا آن‌که خلقت من کامل شد و باطنم معتدل گردید» (ری‌شهری، ۱۳۸: ۵).

از دیگر تبیین‌ها در این مطالعه، تأکیدات مذهب (اسلام) بر سبک زندگی سالم، طاهر، حلال و در یک کلمه «حیات طیبه» است. به‌عنوان مثال، آنگاه که مراجع براساس درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) در انتهای بخش اول درمان، با رضایت و مشتاقانه ولایت الهی را می‌پذیرد و متعاقباً تلاش می‌کند تا متناسب با دستورالعمل الهی که بنابر منابع معتبر شیعی تأکید بر سبک زندگی متعادل و متعالی در تمامی وجوه هفت‌گانه (رفتاری، عاطفی، حسی، تصویرپردازی ذهنی، شناختی، روابط و بیولوژی/سبک زندگی) دارد، زندگی خویش را تنظیم نماید و در این راستا، به‌صورت عملی تلاش کرده و مدام صحت حرکت خود را با شاخص‌های مطرح‌شده در الگو می‌سنجد و این یعنی حرکت به سمت ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی که به نوعی حاصل به‌سازی دنیای درون و بیرون فرد است.

علاوه بر موارد فوق می‌توان گفت، مؤلفه معنویت و مذهب که مؤلفه محوری و تقویت آن هدف درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) است از طریق تجربه معاشرت با دیگران که احتمالاً منجر به داخل شدن در یک سیستم حمایتی بزرگتر می‌گردد (وسیسنک، ۱۹۹۴) منجر به ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی انسان می‌شود. قابل ذکر است که دین مبین اسلام، پیروان خود را برای تمسک به این سبک رفتاری بسیار ترغیب می‌نماید (کافی، ج ۲، ص ۱۹۹، ح ۱۰).

تبیینی دیگر، بنابر تحقیقات ریف (۲۰۰۲) چنین می‌تواند باشد که مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی تحت‌تأثیر عمل سلامت‌زا و یا بیمارگون انسان در حیطه‌های شش‌گانه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی شکل می‌گیرد که در صورت بهبود عملکرد و کنش‌وری سلامت‌زای انسان در کلیت حیطه‌های فوق، افزایش بهزیستی روان‌شناختی حاصل خواهد شد و این در حالی‌ست که براساس روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) آنچه هویت انسان را می‌سازد، تحلیل و فعال‌سازی «عمل» و به شکل کمال‌یافته آن، «عمل معنوی» انسان می‌باشد و شرط محوری آن جهت اثربخشی مثبت در ساختار شخصیت، محاسبه‌پذیربودن عمل است؛ یعنی عملی که امکان مدیریت اجزا و مراتب آن به شکل ارادی وجود داشته باشد. با توجه به این ملاحظه درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) از طریق بهبود عمل یا کنش‌وری ارادی انسان و عوامل مربوط به آن و فعال‌سازی عمل معنوی (به‌ویژه از طریق بازخورد توحیدی و تحریک عقل خداسو) سبب بهبود عملکرد و کنش‌وری مراجعان در ابعاد هفت‌گانه (رفتاری، عاطفی، حسی، تصویرپردازی ذهنی، شناختی، روابط و بیولوژی/سبک زندگی) شده (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) و آن نیز، وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مراجعان را افزایش می‌دهد. در نگاهی دیگر، در مدل درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) با فعال‌سازی عقل خداسو، سازوکارهای خودنظم‌جویی تعالی‌جویانه و خردورزی، نوعی نظام توحیدی بر تمامی نظام روان‌شناختی انسان حاکم می‌کند که خروجی آن بهبود

۱. مانده، آیه ۳۲ (هرکس دیگری را نه به قصاص، قتل کسی یا ارتکاب فسادی بر روی زمین بکشد. چنان است که همه مردم را کشته باشد و هر کس که به او حیات بخشد، چون کسی است که همه مردم را حیات بخشیده باشد). امام صادق (ع) می‌فرماید: «خداوند فرموده است که مردم عیال من هستند و محبوب‌ترین مردم نزد من کسی است که با مردم مهربان‌تر باشد و برای برآوردن حاجات آن‌ها تلاش بیشتری کند».

عملکرد ابعادی انسان در حیطه‌های هفتگانه فوق‌الذکر است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴) و آن نیز به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی را بهبود می‌بخشند.

با توجه به ملاحظات فوق می‌توان گفت، مدل درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) به‌عنوان الگویی جامع که با فرهنگ ایرانی اسلامی همخوان بوده و اصول و استانداردهای علمی در آن رعایت شده است، قادر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به نشانگان افسردگی می‌باشد. بنابراین، با اشاعه و گسترش این نوع روان‌درمانگری در میان آحاد مردم و همچنین، متخصصان می‌توان گام بلندی در مسیر ارتقاء بهداشت و سلامت روان جامعه برداشت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از آن جمله می‌توان به متفاوت بودن تجارب مذهبی مخاطبان اشاره کرد. یعنی مراجعان وابسته به کیفیت و کمیت تجارب معنوی خود ممکن است، میزان اثرات متفاوتی در درمانگری طرح حاضر دریافت کرده باشند. اما با توجه به کنترل متغیرهای مختلف و تغییرات معنادار در پس‌آزمون؛ بنابراین می‌توان اثر مشاهده شده در بهزیستی روان‌شناختی را به روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) نسبت داد.

از آن جایی که مدل روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP)، به‌نوعی اولین نظریه جامعی است که به‌صورت کامل با فرهنگ ایرانی-اسلامی، همخوان بوده و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اولاً بر حمایت از این‌گونه نظریات که منجر به افزایش اعتمادبه‌نفس اندیشمندان مشاور و روان‌شناس داخلی در تئوری‌پردازی‌های مرتبط می‌گردد، تأکید ویژه‌ای شود. دوم این‌که، در مطالعات بعدی این مدل جدید بر انواع متغیرهای دیگر از جمله تعارضات زناشویی و یا مشکلات تربیتی و مانند این‌ها انطباق داده و گسترش یابد. قابل ذکر است، بعد از اجرای دوره برای گروه آزمایش، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی دوره فوق برای گروه کنترل نیز برگزار گردید.

منابع

- باقری، م.، طهماسبیان، ک.، و مظاهری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه ترکیبی والدگری ذهن‌آگاهانه و آموزش مدیریت والدین بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی کودکان. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۳۰(۱)، ۲۶-۱.
- بزرگربفروبی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر. *مجله اخلاق*. ۴(۴)، ۳۸-۲۵.
- پروچسکا، ج.، و نورکراس، جی. سی. (۱۳۹۵). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ویرایش. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۰)
- پسندیده، ع. (۱۳۹۰). نظریه توحید در شادکامی. *مجله روان‌شناسی و دین*. ۳(۱۵)، ۳۰-۱.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۴). اصول روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*. ۱(۱)، ۴۵-۹.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۶). درمان چندبُعدی معنوی: یک رویکرد مشاوره و درمان خداسو. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

- جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*. ۲(۳)، ۳۹-۸.
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*. ۲(۳)، ۳۹-۸.
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۷). *اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، م.، و غروی، س. (۱۳۹۴). *اصول درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی (مفاهیم، فرایند و فنون)*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *پژوهش در پزشکی*. ۴(۳۱)، ۳۵۰-۳۴۵.
- جوادی آملی، ع. (۱۳۸۱). ظاهر و سیرت انسان در قرآن. قم: اسراء.
- حدادی کوهساری، ا. ع.، مرادی، آ.، غباری‌ناب، ب.، ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری با رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۸(۳۱)، ۳۰-۱.
- خانجانی، م.، سهرابی، ف.، و اعظمی، ی. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر برنامه ارتقای تاب‌آوری و مدیریت استرس بر بهزیستی روان‌شناختی، معنای زندگی، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان بی‌سرپرست. *نشریه روان‌پرستاری*. ۶(۲)، ۱۱-۱.
- روحانی، م.، آذربایجانی، م.، جان‌بزرگی، م.، پسندیده، ع.، ضیایی، س.، رسول‌زاده طباطبایی، ک.، حسن‌زاده، م.، بهادرخان، ج. (۱۳۹۶). الگوی راهبردی مشاوره با رویکرد دینی. مشهد: قدس رضوی.
- روحانی، م.، جان‌بزرگی، م.، احدی، ح.، و بلیاد، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP) بر کاهش نشانگان افسردگی. *مجله روان‌شناسی و اسلام*. ۱۲(۲۲)، ۱۶۸-۱۳۵.
- روحانی، م.، رجایی، ع.، کیمیایی، س.، ملک‌زاده، ج.، بهنام‌وشانی، ح. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش شناختی- رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و نارضایتی از زندگی در پرستاران. *فصل‌نامه مدیریت ارتقاء سلامت*. ۲(۳)، ۵۵-۴۵.
- شریفی‌نژاد رودانی، ر.، و شهبازی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۲(۳۳)، ۱۲۳-۱۰۷.
- صفایی‌راد، ا.، کریمی، ل.، شمسی، ن.، و احمدی طاهور، م. (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی و سلامت روان در دانش‌آموزان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*. ۱۷(۴)، ۲۸۰-۲۷۴.
- عزیزی، ا.، و محمدی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی دیالکتیکی بر ادراک استرس و افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۱۶(۱)، ۹۵-۱۰۴.
- عسگری، ص. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دینی اسلام بر بهزیستی زندگی و سازگاری در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*. ۲(۴)، ۲۹۱-۲۸۱.
- فرقانی، م.، نوری، ن.، و شیخ‌شعاعی، ا. (۱۳۹۳). نگاهی به روان‌شناسی اسلامی. قم: پژوهشگاه عالی و دانشگاه.

- گلپور، م.، احمدی، ع.، و جوادیان، ز. (۱۳۹۳). رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه معنوی و بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی. *مجله تحقیقات روان‌شناسی*. ۲(۳۴)، ۵۲-۳۰.
- گنجی، م.، و گنجی، ح. (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM5*. تهران: ساوالان.
- منتظری، س.، آقایی جوشوقانی، آ.، و گل‌پرور، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر فرزندخواندگی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله صدرا پزشکی*. ۷(۱)، ۷۴-۵۹.
- میرزایی، س.، نجارپوریان، س.، نعیمی، ا.، و سماوی، س. (۱۳۹۷). تدوین الگوی بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر رهیافت‌های نهج‌البلاغه. *فصل‌نامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۹(۳۴)، ۲۶-۱.
- میرزایی، س.، نجاریان، س.، نعیمی، ا.، و سماوی، ا. (۱۳۹۷). تدوین الگوی بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر رهیافت‌های نهج‌البلاغه. *مجله مشاوره و روان‌درمانی*. ۹(۳۴)، ۲۶-۱.
- میگی، ک.، احدی، ا.، شریفی، ح.، پاشا، ح.، و جزایری، م. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار دیالکتیک درمانی با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی در کاهش افکار خودکشی در بیماران مبتلا به ابتکار عمل خودکشی افسردگی اساسی. *مجله روان‌شناسی کاربردی*. ۴(۱۶)، ۴۱-۲۵.
- نادری، ف.، عسگری، پ.، روشن، ک.، و مهری آدریانانی، م. (۱۳۸۸). رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با رضایت از زندگی سالمندان. *مجله اکتشافات جدید در روان‌شناسی*. ۵(۱۳)، ۱۳۸-۱۲۷.
- نقدی، م.، و عناصری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *نشریه روان پرستاری*. ۶(۴)، ۵۶-۴۹.
- نقی نسب اردهانی، ف.، جاجرمی، م.، و محمدی‌پور، م. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تعارضات زناشویی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۳۰(۳)، ۱۰-۱.
- وحیدی، ز.، و غفاری هرندی، ر. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های نگرش معنوی. *مجله روان‌شناسی مثبت*. ۱(۴)، ۶۴-۵۱.

References

- Asrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical consideration. *American Journal of Medicinal*. 110(4), 283-287.
- Beck, A. T., & Weishar, M. E. (2014). "Cognitive Therapy", In: Corsini, R. J., edding, D. (Eds.). *Current Psychotherapies* (10th), Brooks/ Cole.
- Brenda, R., Jackson, C. S., & Bergeman. (2011). How Does Religiosity Enhance Well-Being? The Role of Perceived Control. *Psychology of Religion and Spirituality*. 3(2), 149-161.
- Brill hart, B. (2005). A study of spiritual and life satisfaction among person with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 30(1), 31-34.

- Delle Fave., A., Brdar. I., Freire T., Vella-Brodrick D., & Wissing M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*. 100(2), 185-207.
- Exline, J.J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*. 27(2), 131-139.
- Fabricator, A. P., & Fenzel, M. (2000). Personal Spirituality as a Moderator of the Relationship between Stressors and Subjective Well-Being. *Journal of Psychology and Theology*. 28(3), 221-228.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Haaga, D. A. F., Dryden, W., & Dancy, C.P. (1991). Measurement of rational-emotive therapy in outcome studies. *Journal of Rational-Motive and Cognitive-Behavior Therapy*. 9(2), 73-93.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The Effectiveness of Spirituality training and optimism in promoting well-being. *Journal of Personality and Individual Differences*. 48(5), 658-663.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive disorder subtypes. *Personality and Individual Differences*. 41(7), 1205-1216.
- Kalantarkousheh, S. M., & Navarbafe, F. (2012). Reliability and Exploratory Factor Analysis of Psychological. *Science Series Data Report*. 4(1), 11-27
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M.E., Larson, D., & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 160(3), 496-503.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). Handbook of religion and health. New York Oxford University Press.
- Linley, P. A. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*. 47(8), 878-884.
- Nibedita, J, Shradha, D., & Himansu, K. D. (2018). Quality of Life, Psychological Well-Being and Depression among Elderly: a Co relational Study. Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities. *Research Article*. 4(2), 1-6.
- Paragament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping. New York: Guilford Press.
- Polman, C. H., Reingold, S. C., Banwell, B., Clanet, M., Cohen, J. A., Filippi, M., Fujihara, K., Havrdova, E., Hutchinson, M., Kappos, L., Lublin, F. D., Montalban, X., O'Connor, P., Sandberg-Wollheim, M., Thompson, A. J., Waubant, E., Weinshenker, B., & Wolinsky, J. S. (2011). Diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Revisions to the McDonald Criteria*. 69(2), 292-302.
- Priester, P. E. (2001). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious feature, Proceedings of the international congress on Religion and Mental Health, 24-47, Tehran, Iran 2001. P. 139.

- Robins, L. N. (1984). Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 41(10), 33-931.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* .57(14), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82(6), 1007-1022.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Journal of Social Science Research*. 35(17), 1103-1119.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1996). Psychological well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. *Journal of psychotherapy and Psychosomatics*. 65(1), 14-23.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B: Bio Sci*, 359(1449), 1383-1394 .
- Saundra, H. S., & Hughey, A. W. (2003). African American Women at Mid life: The Relationship between Spirituality and life Satisfaction. *Journal of African American Women*. 18(2), 133-147.
- Seligman, M. E. (2002). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Simon and Schuster.
- Seligman, M. P., & Roznahadan, N. (2000). Psychological Pathology, Tehran: Publishing Institute of Delavaran.
- Shelley, E. T. (2016). Health Psychology, Published by McGraw-Hill Education, 2 Penn Plaza, New York, NY 10121. Copyright © 2015 by McGraw-Hill Education.
- Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S. E. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 30(1), 31-42.
- Vaccaro, B. (2007). Spirituality in the Treatment of a Man with Anxiety and Depression. *Southern Medical Journal*. 100(6), 626-628.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the eneral Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 11(5), 0155431.
- Wells, A. (2009). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford.
- Wissing, M. P., & Du Toit, M. M. (1994). Relations of NEO-PI-R dimentions (NEO-FFI) to sense of coherence (SOC) and other measures of psychological well-being. Paper presented at the 23rd Internationa Congress of Applied Psycholgoy, Madrid.
- Zhou. X., Li, J., Gu, W., Wang, J., Zhu, Y., Zhang, G., Ding, Y., & Tang, Y. (2017). Prevalence and associated factors of anxiety and depression among patients with chronic respiratory diseases in eight general hospitals in Jiangsu Province of China: Across-sectiona.

