

The Effect of Religious-Based Cognitive Behavioral Therapy on Resiliency in Couples

Zeinab Kaviani. M.A.

Islamic Azad University, Science & Research Branch Khozestan

Najmeh Hamid. Ph.D.

Academic member, University of Chamran

Mirsalahedin Enayati. Ph.D.

Islamic Azad University, Science & Research Branch Khozestan

تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری زوجین

زینب کاویانی*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان

نجمه حمید

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید چمران اهواز

میرصلاح‌الدین عنایتی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of religious-based cognitive-behavioral therapy on resiliency in couples. The research employed a quasi-experimental method with a pretest and posttest design. The population consisted of all married women referred to district 1 counseling center in Karaj city. 30 women with low resiliency were selected by available sampling through Kanner and Davidson resiliency Questionnaire (2003), and randomly assigned to an experimental (15 subjects) and a control group (15 subjects). The experimental group received 10 sessions of religious-based cognitive-behavioral therapy, each forty five minutes which held twice a week. During this period no intervention was given to the control group. Resiliency questionnaire was administered again as the post test. The co-variance analysis revealed that religious-based cognitive-behavioral therapy was significantly related to the increase of resiliency ($P < 0.0001$). The findings of religious-based cognitive-behavioral therapy can be considered as a significant and effective method in increasing resiliency.

Keywords: religious cognitive-behavioral therapy, resiliency, married women.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری زوج‌ها بود. روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری همه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ناحیه یک کرج بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ زن دارای تاب‌آوری پایین با آزمون تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی، در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در ۱۰ جلسه چهل‌وپنج دقیقه‌ای به گروه آزمایش داده شد، در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مقیاس تاب‌آوری در پس‌آزمون دوباره به کار گرفته شد. تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور به‌طور معناداری با افزایش تاب‌آوری در ارتباط است ($P < 0.0001$). یافته‌های این مطالعه نشان داد درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور ممکن است به‌عنوان روشی مؤثر برای افزایش تاب‌آوری در نظر گرفته شود. واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، تاب‌آوری، زنان متأهل.

مقدمه

انسان‌ها زمانی که با استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده روبه‌رو می‌شوند، احساس دلهره، بی‌قراری، غم و اندوه و درماندگی می‌کنند. به همین دلیل یا رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهند یا افسرده می‌شوند و اشتها و خواب خود را از دست می‌دهند. چنانچه شرایط تنش‌زا برای مدت طولانی در زندگی این افراد وجود داشته باشد، سلامت جسمی و روانی آنان به خطر می‌افتد. این‌گونه افراد تاب‌آوری ضعیفی در مقابل استرس دارند و به طبع آسیب‌پذیرترند. در مقابل دسته‌ای دیگر وقتی با شرایط تنش‌زا روبه‌رو می‌شوند، سعی می‌کنند، بدون اینکه تسلیم شرایط تنش‌زا شوند، از شرایط موجود به‌عنوان فرصتی برای پیشرفت خود استفاده نمایند. به دیگر سخن آنها بدون نشان دادن واکنش‌های هیجانی و بیمارگونه تلاش می‌کنند وضعیت موجود را بررسی و راه‌حل‌های منطقی برای حل تعارضات ناشی از موقعیت تنش‌زا پیدا کنند. این مقاومت و تلاش برای پیدا کردن راه‌حل‌های منطقی در بستر شرایط تنش‌زا را تاب‌آوری می‌گویند. چرا که این‌گونه افراد بر این باورند که لذت‌ها و آرامش زندگی از دل سختی‌ها و مشکلات گذر می‌کند (صادفی، آقاییوسفی و صفاری‌نیا، ۱۳۸۸).

با چنین دیدگاهی افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، موقعیت تنش‌زا بررسی و سپس با اتخاذ راه‌حل‌های منطقی، آن موقعیت‌ها را در مسیری که خود می‌خواهند، هدایت می‌کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به‌نفس می‌کنند (کارور و شیر، ۱۹۹۹، به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۸). از آنجا که نیک فطرت بودن، مذهبی بودن و خوشبین بودن از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، بنابراین افرادی که مذهبی‌ترند تاب‌آوری بیشتری دارند، زیرا اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌دهد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (اسدی‌نوقانی، امیدی و حاجی‌آقاجانی، ۱۳۸۴).

امروزه تغییرات عظیم جهان صنعتی تأثیرات عمیقی بر روابط و تغییر سبک زندگی انسان‌ها داشته است. این تغییرات در دوره‌ای کوتاه، باعث عدم قطعیت و ابهام در افراد می‌شود که خود در زمینه افزایش اضطراب، سردرگمی نقش‌ها و آسیب‌پذیری آنها مؤثر است. فرد مضطرب علاوه بر به خطر

انداختن سلامت روانی خود، در زمینه اجتماعی نیز مشکل خواهد داشت و از بعد اقتصادی هم تأثیرات منفی بر جامعه می‌گذارد (مهدی‌پور، ۱۳۸۸). علاوه بر این بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده، به‌عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول و رشد استعدادهاست. بذر هویت، فرهنگ و شخصیت هر فرد در کانون خانواده پایه‌ریزی می‌شود (جوینی، ۱۳۸۹). همچنین زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آنها بسیار اهمیت دارد. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آنها دارد و موجبات شادی نسل بعد را فراهم می‌کند (حمید، بشلیده، عیدی بایگی و دهقانی‌زاده، ۱۳۹۰) و از آنجا که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است، باعث می‌شود تا سازگاری موفق در زندگی فراهم شود (میرزا، ۲۰۱۱).

رویکردهای تاب‌آورمحور، استعداد و توان زوج‌ها را برای رویارویی با چالش‌ها به‌کار می‌گیرد تا بتوانند در مقابل مسائلی که زندگی آنها را تهدید می‌کند، توانمندتر و سازگارتر عمل نمایند (والش، ۲۰۰۷، به نقل از صیدی، پورابراهیم، باقریان و منصور، ۱۳۹۰). همچنین اهمیت ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بی‌کران در زنان، این اطمینان را در آنها ایجاد می‌کند که نیرویی قوی همیشه آنها را حمایت می‌کند و آنها حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود، راحت‌تر می‌گذرانند و کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند. این مسأله امنیت و سلامت روانی آنها را تضمین می‌کند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر خواهد بود. این تغییر نگرش سبب تغییر در رفتار و در نتیجه افزایش تاب‌آوری زنان خواهد شد، همان‌طور که نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف نقش عقاید باورهای مذهبی را بر سلامت روان (تورسن و هریس، ۲۰۰۲؛ برنان، ۲۰۰۴؛ نجاراصل، ۱۳۸۴؛ ساردویی، ۱۳۸۶؛ تیرایی، فتحی آشتیانی و رسول‌زاده، ۱۳۸۷؛ کاظمیان‌مقدم و مهربانی‌زاده، ۱۳۸۸؛ احمدی‌طهران، حیدری، کچویی و ایرانی، ۱۳۸۸)، افزایش اعتماد به‌نفس (قمری‌گیوی، ۱۳۸۷) و کاهش افسردگی (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵؛ حمید و همکاران، ۱۳۹۰) نشان داده است. بنابراین اعتقادات دینی و مذهب به‌عنوان عاملی برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (اکس‌لاین، ۲۰۰۸).

«توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگی در فرد افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری این باورداشت در فرد ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نیست، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری فرد از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد افراد به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۰).

در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران حوزه روان‌درمانی به استفاده از مذهب و معنویت در درمان بیماران جلب شده است. البته لازم به تذکر است که درمان‌های مبتنی بر معنویت به مفاهیم و اعتقاداتی اشاره دارند که می‌توانند در درون یا خارج از ساختارهای مذهبی رسمی باشند و در مقایسه با مذهب گسترده‌تر و شخصی‌تر هستند. ممکن است فردی معنوی به خداوند متعال یا دنیای آخرت که همه‌ما برای آن تلاش می‌کنیم، معتقد باشد یا نباشد (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، در ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، باعث کاهش علائم بارز از قبیل نگرش و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایش بود (باررا، زنو، باش، باربر و استنلی، ۲۰۱۲). همچنین کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطرابی بسیار بالا بوده، باعث کاهش معنادار در نگرانی و علائم اختلال اضطرابی در مبتلایان می‌شود (کوسزیکسکی، راب، آلدوسری و بردوجن، ۲۰۱۰). پژوهشگران با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشره می‌شود (پاکرت، فیلیپس، کالی، لوبوپراب، لوماکس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهشگران در پژوهشی متوجه شدند که مذهب تأثیر قابل توجهی بر تاب‌آوری کودکان و نوجوانان بحران‌زده آفریقای جنوبی دارد (گانستاد و توالا، ۲۰۱۱). نتایج پژوهشی نشان داد که با اجرای رویکرد معنویت درمانی

پیش از این نیز پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخله‌های مذهبی مانند حضور مکرر در محافل دینی مانند کلیسا و مسجد بر بهزیستی و رضایت درونی بیشتر از زندگی و کاهش افسردگی مؤثر بوده‌اند (ورتینگتون، کروسا، مک کالاق و سانداک^۱، ۱۹۹۶). بی‌توجهی درمان‌های سنتی به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرات رفتاری ایجاد شده در درازمدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای نابهنجار را به دنبال داشته است (هادی و جان بزرگی، ۱۳۸۸). بنابراین ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلای افراد به مشکلات روانی و درمان آنها دارد و موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی آنها می‌شود (هکنی و ساندرز^۲، ۲۰۰۳؛ هیلز و فرانسیس^۳).

براساس نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با تأثیرگذاری درمان شناختی - رفتاری کلاسیک در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مذهب شاهد تأثیرگذاری بیشتر و بادوام‌تر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور با روش درمانی استفاده شده در این پژوهش بودیم. این تأثیرات با کاهش بیشتر علائم افسردگی (ترقی‌جاه، نواب‌نژاد، بوالهروی و کیامنش، ۱۳۸۶) و همچنین کاهش افسردگی در زنان مطلقه (حمید و همکاران، ۱۳۹۰) همراه بود. کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش نگرش مثبت، کنترل رفتار و افزایش توانایی مقابله با مشکلات جسمی (آقاعلی، زندی‌پور و احمدی، ۱۳۹۰) به‌طور چشمگیری در پژوهش‌های اشاره شده مشاهده شده است. همچنین در مطالعه‌ای که به مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری با درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان انجام گرفت نشان داده شد که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان مؤثر است و ظاهراً درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور تأثیر بیشتری نسبت به روان‌درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک داشته است (مجاهد، کلاتری، مولوی، نشاط‌دوست و بخشانی، ۱۳۸۸).

درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط فرد و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، در جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌کند تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین

1. Worthington, Kuru, McCullough & Sandage
3. Hills & Francis
5. Koszycki, Raab, Aldosary & Bradwejn
7. Gunnestad & Thwala

2. Hackney & Sanders
4. Barrera, Zeno, Bush, Barber & Stanley
6. Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu & Lomax

فرضیه دوم: درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در مرحله پیگیری موجب افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های مورد مطالعه می‌شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه:

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری این پژوهش همه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ناحیه یک کرج، در سال ۹۲-۹۱ بود. روش گردآوری اطلاعات از طریق نمونه در دسترس انجام گرفته است. از بین مراجعان زنی که برای مشاوره به مرکز مشاوره ناحیه یک کرج مراجعه کردند، آزمون تاب‌آوری کانر و دیویدسون گرفته شد. سپس از میان آنها ۳۰ زن که دارای نمره تاب‌آوری پایین بودند، به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه (خلعتری، ۱۳۸۵؛ بهادری، جهانبخش، جمشیدی و عسگری، ۱۳۹۰) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور را در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمود. در پایان هر دو گروه با پس‌آزمون سنجیده شدند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش ابزارهای ذیل مورد استفاده قرار گرفت. ۱- پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳). به نقل از صادقی و همکاران (۱۳۸۸). این پرسشنامه را کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره‌گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس ۵۲ خواهد بود به‌طوری که هرچه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هرچه نمره او به صفر نزدیکتر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار خواهد بود (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از صادقی و

گروهی به دلیل افزایش معنویت در اجرای این رویکرد، مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، توانایی نگرش مثبت و کنترل رفتار مقابله‌ای با مشکلات جسمی در پرسشنامه سلامت روان در افراد گروه افزایش زیادی یافته‌اند (آقاعلی، زندی‌پور و احمدی، ۱۳۹۰). همچنین نتایج تحقیق زاده‌شوش، طاهر نشاط‌دوست، کلانتری و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۰) نیز همسو با نتایج به‌دست آمده از این پژوهش است که نشان‌دهنده اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی نسبت به گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی زنان است. همچنین پژوهش‌ها نشان دادند دانشجویانی که در عمل به آموزه‌های دینی نمرات بالاتری کسب کردند، در شاخص‌های بیماری به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری به‌دست آوردند (محقق، محقق و یعقوبی، ۱۳۸۹). نتایج تحقیق نشان داد که شکرگزاری با عاطفه مثبت، شادکامی و خوش‌بینی رابطه مثبت معنادار و با عاطفه منفی رابطه منفی و معناداری دارد (لشنی، شعیری و اصغری‌مقدم، ۱۳۸۹).

اسلام به‌عنوان مکتبی جامع و همه‌جانبه‌نگر برای سلامتی روح و روان و تقویت باورهای دینی انسان به‌طور عملی اهمیتی فوق‌العاده قایل است. مطالعات متعدد درباره فرهنگ، دین و مشاوره، نشان داده است که تناقض در اعمال و نظام ارزشی افراد آنها را مستعد پریشانی عاطفی می‌سازد. بنابراین لازم است افراد از این تناقض‌ها آگاه شوند. با توجه به اینکه، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در زمینه‌های افسردگی، سلامت روان، شاد زیستن و مواردی از این قبیل در ایران و برخی کشورهای دیگر مورد بررسی قرار گرفته است، این بار بر آن شدیم، تا به این موضوع از جهتی دیگر بپردازیم و اهمیت نقش افزایش مهارت تاب‌آوری را از دید درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر روی زوج‌ها بررسی کنیم. با امید به اینکه نتایج این پژوهش بتواند از لحاظ علمی و کاربردی در مفهوم‌سازی، پیشگیری و درمان نقش مؤثری را ایفا کند. با توجه به پژوهش‌های مطرح شده و با توجه به نقش باورهای مذهبی در سازگاری و سلامت روان از یک‌سو، و نیز اهمیت متغیر تاب‌آوری در مباحث مربوط به سلامت روانی و بهزیستی ذهنی زوج‌ها از سوی دیگر، این پژوهش به بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری زوج‌ها پرداخته است.

فرضیه اول: درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور موجب افزایش تاب‌آوری در پس‌آزمون آزمودنی‌های مورد مطالعه می‌شود.

گرفته شده است. داس با ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثابت درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۰ را برای خرده‌مقیاس‌های داس گزارش کرده است. دو نمونه از سؤالات به این شرح است: «مشکل بتوان احساس خوشحالی نمود، مگر اینکه آدم خوش‌قیافه، باهوش، پولدار و خلاق باشد.» و «خوشحالی بیشتر بستگی به نگرش من درباره‌ی خودم دارد تا نگرش دیگران در مورد من.»

روش اجرا و تحلیل

پس از انتخاب آزمودنی‌ها و قرار گرفتن آنها در دو گروه آزمایش و گواه، گروه آزمایش تحت درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور که برگرفته شده از درمان چندوجهی اسلامی دکتر فقیهی، غباری‌بناب و قاسمی‌پور (۱۳۸۶)؛ به نقل از هاشمی، مهرابی‌زاده هنرمند، بساک‌نژاد، (۱۳۸۹) بود قرار گرفتند. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمان، از دو گروه در شرایط یکسان یک ماه‌ونیم بعد از پایان درمان، پس‌آزمون (اجرای آزمون تاب‌آوری) به عمل آمد. برای مقایسه‌ی تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون تاب‌آوری در دو گروه گواه و آزمایش از روش آمار توصیفی و روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه (آنکوا) استفاده گردید.

بسته‌آموزشی روش شناختی - رفتاری با رویکرد مذهب‌محور؛ به‌منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هر یک از افراد نمونه، جلسه‌ای انفرادی برای مصاحبه تکمیلی و مطرح کردن اهداف درمانی ترتیب داده شد. به این منظور پس از مصاحبه از آنان در مورد باورها و عقاید دینی‌شان، و بحث درباره‌ی مفید بودن و لزوم شرکت آنان در گروه درمانی و به توافق رسیدن برای شرکت در گروه، به‌صورت شفاهی از آنان تعهد گرفته شد که از هفته آینده در تمامی جلسات حضور یابند. محتوای جلسه‌های این پژوهش به‌طور کلی بر مبنای درمان چندوجهی اسلامی دکتر فقیهی، غباری‌بناب و قاسمی‌پور (۱۳۸۶) بود. تعداد جلسات ۱۰ جلسه بود، در هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه. در هر جلسه ابتدا درباره‌ی هدف تشکیل جلسه صحبت می‌شد، اصلاح جمله و سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌گردید و اعضای گروه با تفکر، بحث و تبادل نظر، به بررسی مطالب می‌پرداختند. در پایان هر جلسه، مطالب جمله‌بندی و تکلیف‌هایی برای جلسه بعد به آنان داده می‌شد. ترتیب ارائه جلسات به این صورت بود:

همکاران، (۱۳۸۸). محمدی (۱۳۸۴)؛ به نقل از صادقی و همکاران، (۱۳۸۸) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را این‌گونه گزارش کرده است: محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل نشان داد که بجز سؤال ۳، ضرایب بین ۴۱ تا ۶۴ درصد بودند. مقدار (کی-اُم) برابر ۰/۸۷ و مقدار خی‌دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان داد.

۲- به‌منظور تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب پایایی حاصل برابر با ۰/۸۹ بود. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) به نقل از صادقی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی این مقیاس در دانشجویان به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به‌دست آمد در این پژوهش پایایی این آزمون، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۱۸ نفر از آزمودنی‌های مورد مطالعه ۰/۷۹ برآورد شده است. نمونه سؤالات پرسشنامه به‌صورت زیر است: - وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن انطباق دهم.

۳- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد داس (وایزمن و بک، ۱۹۹۷): این مقیاس را که بک و وایزمن در سال ۱۹۷۸ (به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷) تنظیم کردند، روشی برای استنتاج و پیدا کردن فرضیه‌های خاموش است. این مقیاس شامل دو فرم موازی است و هر فرم آن دارای ۴۰ عبارت است که پاسخ‌دهنده باید باور خود را در مورد آن بر مبنای مقیاسی که شامل موافقت کامل تا مخالفت کامل است، در پاسخنامه آزمون مشخص نماید. روش نمره‌گذاری داس به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق می‌گیرد. البته در مورد ماده‌های ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷، ۴۰ نمره‌گذاری ماده‌ها برعکس سایر موارد است. بنابراین نمره آزمون از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. براساس پژوهش‌های مختلف، میانگین نمرات به‌دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده آسیب‌پذیری است. از روی این مقیاس می‌توان آسیب‌پذیری هیجانی و توانایی‌های روان شناختی شخصی را در هفت نظام ارزشی (مورد تأیید بودن، عشق، موفقیت، کمال‌گرایی، استحقاق، قدرت مطلق و خودمختاری) مشخص نمود (برون و همکاران، ۱۹۹۵)؛ به نقل از لطفی کاشانی، (۱۳۸۷). بررسی‌های متعدد نشان داده است که مقیاس داس از پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون، ثابت درونی و روایی همزمان بسیار عالی برخوردار است. وایزمن و بک سطح اعتبار معادل ۰/۸۹ و بالاتر را برای فرم A و B آزمون گزارش می‌دهند و همبستگی بین دو فرم آزمون بیشتر از ۰/۸۱ گزارش

جدول ۱- برنامه مداخله‌ای به تفکیک جلسه‌ها

جلسه	عنوان
اول	آموزش باورهای شناختی منفی
دوم	آموزش باورهای منفی و باورهای نادرست شناختی ایس به همراه مثال
سوم	هدف خلقت و رابطه خداوند با بندگان
چهارم	آموزش توحید و صفات خداوند در نظام هستی.
پنجم	توضیح علت رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره از دیدگاه دین.
ششم	تفسیر و تحلیل افراد گروه از رنج‌ها و سختی‌ها.
هفتم	توضیح و بحث در مورد قضا و قدر.
هشتم	آموزش تسلیم از منظر اسلام.
نهم	آموزش رضا و توکل از دیدگاه اسلام به همراه معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر توکل و رضا.
دهم	اظهار نظر شرکت‌کنندگان در مورد جلسات، مشخص کردن خط سیر گروه و ارائه توصیه‌های کلی در مورد چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه را در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۵۲/۳۳، ۴/۸۷ و برای گروه گواه ۵۱/۲، ۷/۶۳ و در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۶۲/۲۶، ۶/۲۶ و برای گروه گواه ۴۷، ۶/۱۳ است. یعنی میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه افزایش یافته است. همچنین با توجه به ارقام مندرج در جدول ۲ ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیگیری، نسبت به مرحله پیش‌آزمون متفاوت است. به این معنا که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیگیری، نسبت به مرحله پیش‌آزمون بیشتر شده است. اما در گروه گواه چنین تغییری مشاهده نشده است. معنی‌داری این تفاوت در قسمت یافته‌های مرتبط با فرضیه‌های پژوهش بررسی خواهد شد. همچنین بررسی نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیر تاب‌آوری تأیید شد. یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. همچنین با توجه به نتایج به‌دست آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش‌فرض هنجار بودن توزیع نمرات تاب‌آوری، فرض صفر برای هنجار بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیر تاب‌آوری تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض هنجار بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری آزمودنی‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص تاب‌آوری گروهها	تعداد			میانگین			انحراف معیار		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
گروه آزمایش	۱۵	۱۵	۱۵	۵۲/۳۳	۶۲/۲۶	۶۱/۶۶	۴/۸۷	۸/۴۶	۸/۴۲
گروه گواه	۱۵	۱۵	۱۵	۵۱/۲	۴۷	۴۹	۷/۶۳	۶/۱۳	۶/۴۵

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	ضریب بتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۷۵۴/۴۳	۱	۲۷/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۰/۶۸
گروه	۲۱۴۵/۹۳	۱	۴۲/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۱۳	۰/۷۸

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری در مرحله پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب بتا	توان
پیش‌آزمون	۱۰۴۵/۲۱	۱	۲۵/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۶۸
گروه	۱۲۸۳/۶۰۶	۱	۳۱/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۱۴	۰/۸۶

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

همچنین براساس مندرجات جدول ۳، در ستون مربوط به سطح معناداری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گواه، از لحاظ متغیر تاب‌آوری معنی‌دار است ($P < 0/0001$). در نتیجه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور سبب افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

همچنین براساس مندرجات جدول ۴، در ستون مربوط به سطح معناداری در مرحله پیگیری با بررسی پیش‌آزمون مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گواه، از لحاظ متغیر تاب‌آوری معنادار است. در نتیجه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور سبب افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پیگیری شده است. بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود ($P < 0/0001$).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور موجب تغییر در نمره‌های تاب‌آوری می‌شود؛ یعنی می‌توان ادعا کرد که روش به‌کار گرفته شده در مورد گروه آزمایش مؤثر بوده است. بررسی نمره‌های گروه آزمایش، پس از ارائه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور نشان داد که تفاوت معناداری در زمینه تاب‌آوری در مقایسه با گروه گواه وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش باررا^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، گانستاد و همکاران (۲۰۱۱)، کوسزیسکی و همکاران (۲۰۱۰)، آقاعلی و همکاران (۱۳۹۰)، حمید و همکاران (۱۳۹۰)، زادهوش و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد. چرا که علاوه بر اصلاح خطاهای شناختی و عادت‌های نادرست رفتاری به‌طور خاص به اصلاح عقاید و عواطف مذهبی نیز می‌پردازد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در واقع برقراری ارتباط

معنوی با یگانه قدرت بی‌انتهای به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان او است. از این‌رو فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی می‌کند و کمتر دستخوش اضطراب و استرس می‌شود و به تبع آن نسبت به آینده امیدوارتر و خوشبین‌تر خواهد بود. همچنین، قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی امری است انکارناپذیر که در تحقیقات متعدد نیز به اثبات رسیده است (نخستین همایش شخصیت و زندگی نوین، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور شاید به این دلیل باشد که فرد با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. همچنین یافته‌های این پژوهش از این جهت که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در افزایش تاب‌آوری زنان نقش داشته است، با نتایج تحقیقات صیدی و همکاران (۱۳۹۰)، لشنی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است که نشان می‌دهد، زنانی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند سعی می‌کنند مسائل خود را به شیوه حل مسئله و با حمایت اجتماعی مرتفع کنند و باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها نظارت می‌کند و ناظر بر بندگان است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد، به طوری که این زنان معتقدند می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی را تحت سلطه خود درآورد. در نتیجه این نوع تفکر که در پرتو درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور ایجاد شده است، تاب‌آوری زنان شرکت‌کننده در این درمان افزایش یافته است. در حقیقت اغلب افراد مؤمن ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی می‌دانند و باور دارند که اتکا و توکل به خدا، به‌عنوان یک شیوه مقابله مؤثر، در رویارویی با رخدادها ناگوار به آنها کمک زیادی می‌کند و این امر باعث افزایش عزت‌نفس، آرامش، بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌نگری، نگرش‌های ناکارآمد

و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور و تقویت صبر و تاب‌آوری می‌شود و مجموع این عوامل باعث می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد. از آنجا که تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی‌ها، برای برگشتن از ناملايمات و حرکت برای زندگی سالم همراه با رفاه و امیدواری به آینده تعریف شده است. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعدیل تأثیرات مخرب عوامل تنش‌زا و فشارهای زندگی بر سلامت روان و تاب‌آوری فرد تأثیر مثبت بگذارد و باعث بهبود عملکرد وی در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. بنابراین شکی نیست که ارزش‌ها به‌عنوان یک عامل مهم در سلامت جسمی و روانی نقش ایفا می‌کنند. (نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین، ۱۳۹۱).

همچنین درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در خانواده با سازوکارهای خاص خود به نوعی، باورهای مثبت و کارآمدی را در اعضای خانواده پرورش می‌دهد و همچنین مانع از جای گرفتن باورهای مخرب ارتباطی در نظام شناختی آنها می‌شود و از این طریق کیفیت ارتباط و همچنین زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. انسان‌های مذهبی از آنجا که پیوند قوی‌تری با سلسله هستی دارند، در تعاملات خود با دیگران وجود خود را آلوده با مخرب‌های ارتباطی از قبیل تحقیر، سرزنش، بدگویی، فحش و ناسزا نمی‌کنند و امکانات لازم را برای اتصال با آن وجود برتر نمی‌یابند (صیدی و همکاران، ۱۳۹۰). برای بررسی چرایی رابطه مستقیم بین مذهب و تاب‌آوری خانواده می‌توان گفت که در بعد شناختی، خانواده‌های معنوی و مذهبی الگوهای ارزشی و اعتقادی خاصی را در مورد ازدواج و زندگی خانوادگی در خود می‌پروراندند. الگوهایی مثل خداوند به‌عنوان سومین ریسمان (نگهدارنده) زندگی زناشویی و باور به ازدواج به‌عنوان یک پیمان مذهبی که باید ادامه یابد و معنایی متعالی در تعهد به زندگی خانوادگی، به تأیید برخی محققان رسیده است (لمبرت و دولایت^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از صیدی و همکاران، ۱۳۹۰). همان‌طور که مجاهد و همکاران (۱۳۸۸) بیان کرده‌اند، می‌توان با اصلاح و تقویت نگرش‌های مذهبی، در کنار روش‌های شناختی - رفتاری برای کمک به حل مشکلات زوج‌ها و همچنین افزایش کیفیت ارتباط آنان استفاده کرد.

همچنین درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در مراحل ارزیابی اولیه عوامل تهدیدکننده زندگی به‌عنوان متغیر میانجی عمل می‌کند و در مرحله ارزیابی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد و

امیدواری و معنی‌جویی بیشتری را در فرد ایجاد می‌کند. همچنین رفتارها و عقاید مذهبی، تأثیر مثبت در معنا کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت و زیارت از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد می‌شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. نکته قابل توجه دیگر آن است که مذهب جنبه مهمی از واقعیت‌های تاریخی، فرهنگی و اجتماعی است که انسان در زندگی روزمره با آنها روبه‌رو می‌شود. چنین پدیده‌ای با توجه به شرایط تاریخی و فرهنگی جامعه ما اهمیتی دو چندان دارد. استفاده از رویکرد مذهبی با توجه به داشتن فرهنگ و باورهای دینی جامعه ما ممکن است در امر پیشگیری و درمان اختلالات افراد مفید و اثربخش باشد. شیوه‌های درمانی برگرفته از آیات و احادیث اسلامی از آنجا که عموماً منطبق با فطرت انسانی افراد است به‌صورت طبیعی پیش‌بینی می‌شود که صحت و درستی و میزان تأثیرگذاری آن بر افراد و ماندگاری تأثیرات آن بیشتر باشد، نتایج این پژوهش نیز در آزمون پیگیری حفظ شد. در این پژوهش نمونه‌گیری فقط در گستره زوج‌های شهر کرج متمرکز بوده و از این میان تنها زنان بودند که در معرض درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور قرار گرفتند که این امر تعمیم نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. لذا نتایج به‌دست آمده تنها در مورد زوج‌های این شهرستان قابل تعمیم است. از نظر پژوهشی توصیه می‌شود که این پژوهش در جامعه مردان هم اجرا شود، به‌عبارت دیگر بررسی شود که این پژوهش در جامعه مردان هم صادق است یا خیر. همچنین توصیه می‌شود اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و دیگر مؤلفه‌های سلامت روان در مناطق مختلف کشور مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. از طرفی با توجه به اهمیت درمان‌های ترکیبی توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر گروه‌های آزمایش و گواه، گروهی نیز برای تأثیر درمان‌های ترکیبی در نظر گرفته شود. از نظر کاربردی با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور توصیه می‌شود، متخصصان در زمینه این رویکرد تربیت شوند و حتی از این روش درمانی در مدارس و کانون‌های اصلاح و تربیت استفاده نمایند.

منابع

- خلعتبری، ج. (۱۳۸۵). *آمار و روش تحقیق*، چاپ اول، تهران: نشر پردازش: ۳۴۶-۳۴۹.
- دهقان‌زاده، ح.، جعفری‌نژاد، ه.، پارسایی، س.، مشرفی، م. (۱۳۹۱). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با تاب‌آوری و سلامت روان در دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین: ۱۲.
- زاده‌وش، س.، طاهر‌نشاط‌دوست، ح.، کلانتری، م.، رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی، خانواده‌پژوهی، سال هفتم: ۵۵-۶۸.
- ساردویی، غ.ر. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر ارزش‌های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، *روان‌شناسی و دین*: سال دوم: ۱۲۵-۱۴۱.
- صادقی، ا.، آقایوسفی، ع.، صفاری‌نیا، م. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و تلفیق دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری و فشار روانی زنان خیانت‌دیده (پایان‌نامه): ۵۰-۷۸.
- صیدی، م.، پوراابراهیم، ت.، باقریان، ف.، منصور، ل. (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده با تاب‌آوری آن، با واسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*: سال دوم: ۶۳-۷۹.
- غلامی، ع.، بشلیده، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی و سلامت روان زنان مطلقه، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*: سال اول: ۳۳۱-۳۴۸.
- فقیهی، ع.، غباری‌بناب، ب.، قاسمی‌پور، ی. (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی، *فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*: سال اول: ۱۲۵-۱۴۷.
- قمری‌گیوی، ح. (۱۳۸۷). معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی، *روان‌شناسی و دین*: سال اول: ۴۵-۷۲.
- مجاهد، ج.، کلانتری، م.، مولوی، ح.، نشاط‌دوست، ح.ط.، بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان، *مجله اصول بهداشت روانی*: سال چهارم: ۲۸۲-۲۹۱.
- کازمیان‌مقدم، ک.، مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۸). مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، *روان‌شناسی و دین*: سال دوم: ۱۷۳-۱۸۸.
- لشنی، ز.، شعیری، م.، اصغری‌مقدم، م. (۱۳۸۹). رابطه شکرگزاری با عاطفه مثبت و منفی، شادکامی و خوشبینی دانشجویان: ارائه شده در پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه ایران: ۱۳۵.
- لفظی‌کاشانی، ف. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، *اندیشه و رفتار*، دوره دوم، شماره ۸: ۴۷-۵۶.
- آقاعلی، ف.، زندی‌پور، ط.، احمدی، م. (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام. اس استان قم، *روان‌شناسی و دین*: سال چهارم، شماره ۱: ۳۷-۵۴.
- احمدی طهران، ه.، حیدری، ا.، کجوی، ا.، ایرانی، آ. (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*: سال سوم: ۱۱۱-۱۲۵.
- اسدی‌نوقانی، ا.ع.، امید، ش.، حاجی آقاجانی، س. (۱۳۸۴). *روان‌پرستاری*، تهران: بشری: ۷۴۳.
- بوالهروی، ج.، نظیری، ق.، زمانیان، س. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، *فصلنامه علمی پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*: سال سوم، شماره ۱: ۳۳-۴۰.
- بشارت، م.، عباس‌پور دوپلانی، س. (۱۳۹۰). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب‌آوری در دانشجویان، یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۱۹-۴.
- بهادری، م.، جهانبخش، م.ح.، آذر، ح.، عسگری، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال دوازدهم: ۲۶-۳۷.
- ترقی‌جاء، ص.، نواب‌نژاد، ش.، بوالهروی، ج.، کیامنش، ع. (۱۳۸۶). مقایسه تأثیر روان‌درمانگری گروهی شناختی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه تهران، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره: سال ششم: ۱۱۱-۱۲۵.
- تبرایی، ر.، فتحی‌آشتیانی، ع.، رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی، *روان‌شناسی و دین*: سال اول: ۳۴-۵۴.
- جوانی، ح.ا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزه‌های عرفانی اسلامی بر نهاد خانواده، *اسلام‌پژوهی*: سال چهارم: ۴۳.
- جوکار، ب.، اقدامی، ز.، چاری، م. (۱۳۸۹). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) در دانشجویان، پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه تهران، دوره دوم، شماره ۴: ۱۲-۴.
- حسینی‌قمی، ط.، سلیمی‌بجستانی، ح. (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری، *روان‌شناسی و دین*: سال چهارم: ۷۷-۱۰۰.
- حمید، ن.، بشلیده، ک.، عیدی‌بایگی، م.، دهقانی‌زاده، ز. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*: سال اول: ۵۴-۶۴.
- خدایاری‌فرد، م.، عابدینی، ی. (۱۳۸۹). نظریه‌ها و اصول خانواده‌درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان، تهران: دانشگاه تهران: ۴۳-۹۷.

- Barrera, T.L., Zeno, D., Bush, A.L., Barber, C.R., Stanley, M.A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(2): 346-58.
- Exline, J.J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of psychology and Christianity*; 27: 131-139.
- Gunnestad, A., Thwala, S. (2011). Resilience and religion in children and youth in southern Africa, *International Journal of Childrens Spirituality*, 16: 169-185.
- Hackney, C.H., Sanders, G.S. (2003). Religiosity and mental health: A meta analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*; 42, 43-55.
- Hills, P., Francis, L.J. (2004). Primary Personality trait correlates religious practice and orientation. *Personality and Individual Differences*; 36, 61-37.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., Bradwejn, J.A. (2010). Multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *Journal of Clinical of Psychology*; 66(4): 430-41.
- Paukert, A.L., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W., Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into ognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*; 15(2): 103-12.
- Thoresen, C.E., Harris, H.S. (2002). Spirituality and health: whats the evidence and whats needed? *Annual Behavioral Medicine*; 24(1):3-13.
- Worthington, E.L. Kurusu, T.A., McCullough, M.E., Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion and psychology therapeutic processes and outcome: A Ten-year review and research prospectus.
- محققی، ح.، محققى، ن.، یعقوبی، ا. (۱۳۸۹). رابطه‌ی التزام عملی آموزه‌های اسلامی با بهداشت روانی دانشجویان علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی‌سینای همدان، پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه ایران: ۱۴-۱۲۵.
- مهدی‌پور، ش. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان مرورگر زندگی بر سلامت عمومی نوجوانان دختر دبیرستانی منطقه ۲۲ شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی: ۷۴-۷۱.
- منیرپور، ن.، خوشفی، ه. (۱۳۸۹). نقش نگرش‌های مذهبی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷، پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان: ۹۹-۹۱.
- معینی‌کیا، م.، زاهدیابان، ع. (۱۳۸۹). رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و تعالی معنوی با سلامت عمومی دانشجویان، پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه ایران: ۱۴۱-۱۲۵.
- نجااصل، ص. (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی با مفهوم خویشتن و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، پایان‌نامه ارشد دانشگاه آزاد اسلامی اهواز: ۵۹-۸۰.
- هادی، م.، جان‌بزرگی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی، روان‌شناسی و دین: سال دوم: ۲۸-۱۹.
- هاشمی، ا.، مهربانی‌زاده هنرمند، م.، بساک‌نژاد، س. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه شهید چمران دانشگاه اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد: ۴۸-۳۱.
- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle-aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion*; 14(3):193-214.