

بررسی مبانی و اصول مشاوره‌ای و روان‌درمانی امام علی (ع)

(بر اساس نهج البلاغه و اثربخشی آن در مراجعان مراکز مشاوره کمیته امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی)

دکتر میرتقی گروسی فرشی*

اکبر پارس**

چکیده

پژوهش حاضر در پی تدوین چارچوب نظری و عملی شیوه‌ای از روان‌درمانی است که مطابق با خلقت ذاتی انسان و بر اساس دستورالعمل‌های سلامتی‌بخش دین مبین اسلام (خطبه‌ی ۱۵۲) و نظرات امام علی (ع) به‌عنوان بزرگ‌ترین روان‌درمانگر این شیوه‌ی درمانی است. جامعه آماری به صورت تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R در مورد آنان اجرا گردید. سپس ۶۵ نفر از آزمودنی‌ها انتخاب و به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایش با روش روان‌درمانی براساس دیدگاه‌های حضرت علی (ع) تحت درمان قرار گرفتند و در نهایت برای دو گروه مجدداً پرسشنامه SCL-90-R تکمیل شد. به منظور ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی اعمال‌شده روی گروه آزمایش از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج حاکی است که در نمره‌ی شاخص مرضی و ابعاد جسمانی کردن، وسواس، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پارانوئید، روان‌پریشی و حساسیت در روابط متقابل میانگین نمرات در گروه آزمایش در سطح معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. ولی در بعد پرخاشگری چنین تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. به‌طور کلی می‌توان چنین بیان کرد که روان‌درمانی براساس نظرهای حضرت علی (ع) و دیدگاه‌های مذهبی در افزایش سطح بهداشت روان و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، نهج‌البلاغه، کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره)، بهداشت روان، اختلالات روانی.

* استاد دانشگاه تبریز و رئیس سازمان نظام روان‌شناسی شمال غرب

** کارشناس ارشد واحد مشاوره‌ی کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی akbar.pars@yahoo.com

تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۳/۱۲، تاریخ تأیید ۱۳۸۹/۴/۲۳

مقدمه

انسان از همان آغاز پیدایش، به‌عنوان موجودی فرا گیرنده و اندیشمند برای اصلاح، تغییر و بهبود رفتار و عملکرد خویش کوشیده است و در این راستا، همواره به دنبال رایزنی و مشاوره با افرادی بوده است که به دانش، بصیرت و تجربه‌ی برتر آنان اعتقاد داشته است.

در قیاس با اعصار گذشته‌ی زندگی بشر، قرن معاصر که حاصل رنسانس و انقلاب علمی است و ساختار خاص خود را دارد، نه‌تنها دگرگونی زندگی مدنی انسان را در پی داشته است بلکه با ره‌توشه‌ی علم و تجارب گذشته، حیات بشری را به سوی تحوّل‌ی خیره‌کننده کشانده و باعث تغییر چهره‌ی زندگی انسان و کسب دستاوردهای مدنی و صنعتی پیشرفته‌تری شده است. اما حرکت یک‌بُعدی تمدن صنعتی نه‌تنها از آلام و مصائب عاطفی بشر نکاسته، بلکه رنج‌های جدیدی را بر دردهای پیشین افزوده است، رنج‌هایی که غالب آن‌ها از مدنیت جدید و زندگی صنعتی و مدرنیسم نشأت گرفته است. در چنین فضایی که انسان صنعتی روز به روز آشفته‌حال‌تر، غریب‌تر و تنهاتر می‌شد، بسیاری از مصلحان در آرزوی التیام بخشیدن به رنج‌های بشری بودند. به دنبال چنین روندی مشاوره و راهنمایی به‌عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در زندگی فردی و حیات اجتماعی بشر جا باز کرد. مشاوران بر اساس پشتوانه‌های نظری مکاتب مختلف، که هر کدام درباره‌ی ماهیت انسان نظر خاصی داشته‌اند، برای درمان بیماری‌های روانی و کمک به افراد مشکل‌دار، راهبردهای ویژه‌ای را ارائه داده‌اند. برای مثال، در روانکاوی فروید (Freud, S.)، مشاوره چیزی جز کوشش در ایجاد تعادل بین نهاد، خود و فراخود نیست، یا در نظریه‌ی «مراجع - محوری» راجرز (Rogers, C.R.) مشاوره بر افزایش خودآگاهی و نیل به خودشناسی متمرکز است. بدین معنی که فرد پس از آشنایی با خصوصیات خود و تحلیل ابعاد و عناصر موقعیت مشورت، خود درباره‌ی مشکلش و انتخاب راه حل آن تصمیم می‌گیرد، نه مشاور. در نظریه‌ی رفتارگرایی مشاوره بر اصول یادگیری استوار است و مشاور به تغییر رفتار فرد که به معنای نشانیدن «رفتارهای مطلوب» جای «رفتارهای نامطلوب» اوست، می‌اندیشد. به اعتقاد کرومبولتز (Krumholtz, 1965: 652-663) «مشاوره از تمامی فعالیت‌های اخلاقی‌ای تشکیل یافته است که در آن، مشاور تعهد و تلاش می‌کند تا به مراجع کمک کند تا به آن دسته از

رفتارهایی پیردازد که بتوانند به حل مشکلات و مسائل او منجر شوند». بنابراین، بین اصول نظری هر مکتب و چارچوب فکری و کاربردهای اجرایی و عملی آن نوعی هم‌سویی و تلازم وجود دارد (حسینی ۱۳۷۷: ۲۷-۱۳).

با آنکه مطالعه و نظریه‌پردازی در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی، قدمتی بس طولانی دارد، اما مطالعه‌ی مذهب از دیدگاه روان‌شناسی از حدود یکصد سال پیش آغاز شده است. ویلیام جیمز (James, V.) را می‌توان سرآمد دانشمندانی دانست که در زمینه‌ی روان‌شناسی دین مطالعه کرده‌اند. او سلسله سخنرانی‌های خود را تحت عنوان «تجارب گوناگون مذهبی» در سال ۱۹۰۲ منتشر کرده است. این نوشته‌ها هنوز هم نقطه‌ی عطفی برای هر گونه مطالعه‌ی دینی به‌شمار می‌روند. او تلاش می‌کند که به مذهب معنای کاربردی دهد. به عقیده‌ی وی، مذهب عبارت است از تجربه و احساس رویدادهایی که برای هر انسان در عالم تنهایی و به دور از همه‌ی وابستگی‌ها روی دهد، به‌طوری‌که انسان از این مجموعه درمی‌یابد که بین او و آن چیزی که آن را امر الهی می‌نامد رابطه‌ای برقرار کرده است.

ویلیام جیمز به‌روشنی بیان می‌کند که علم روان‌شناسی به این نتیجه رسیده است که امر خداگرایی در انسان سرشتی است و اینکه انسان میل به این جهت دارد، حکایت از یک وابستگی عمیق بین وجود انسان و خالق او می‌نماید (جیمز، ۱۳۷۲: ۲۵-۲۴). مذهب را می‌توان به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها، نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار آورد که قادر است به زندگی معنا بخشد و در شرایط خاص فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (معتمدی و همکاران، ۱۳۸۴: ۵۶).

مذهب از دیدگاه فروید، به میزان زیاد در رام کردن غرایز اجتماعی کمک کرده است و خدمات مهمی به انسانیت و اجتماع و تمدن انجام داده است (احدی، ۱۳۷۸: ۳۷-۳۳)؛ به گمان او مذهب نیرویی است که قوی‌ترین احساسات بشر را در اختیار دارد (صانعی، ۱۳۵۰: ۸۶).

پارگامنت (Pargament, D.) از جمله پژوهشگرانی است که نظریه‌ی جامعی در زمینه‌ی مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده است. به نظر وی، مذهب از ۳ طریق می‌تواند در مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی مؤثر باشد:

نخست آنکه، مذهب می‌تواند به‌عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی گردیده و بر نحوه‌ی ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن اثر بگذارد. به‌عبارت دیگر، مذهب ممکن است متغیرهای میانجی مانند محدودیت‌های شخصی و اجتماعی فرد و نیز چگونگی ادراک از منابع و رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد.

دوم آنکه، مذهب می‌تواند در فرایند مقابله، مداخله کند و در تعریف مجدد از مشکل به‌گونه‌ای که قابل حل باشد کمک نماید. از این رو مذهب به افراد کمک می‌کند که خود را از هیجانات حفظ کنند و در برخورد با آن موقعیت از طریق معناجویی و امیدوار ماندن تلاش نمایند.

سوم آنکه، مذهب می‌تواند نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا را تحت تأثیر قرار بدهد، بدین معنا که تفسیر افراد از نتایج مربوط به رویدادها و حوادث زندگی تحت تأثیر باورها و اعتقادات مذهبی قرار می‌گیرد.

والریت (Valrit, D.) و لاری (Lary, B.) (۱۹۹۵) مدلی را ارائه دادند که اعتقادات مذهبی را به سیستم ایمنی، عصبی و روانی پیوند می‌دهد. این پژوهشگران، دیدگاهی روانی - اجتماعی را برای توسعه‌ی رابطه‌ی بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد می‌کنند. به عقیده‌ی ایشان مذهب می‌تواند به‌عنوان یک سیستم اجتماعی و پیچیده تأثیر بسیار زیادی روی رفتار و نگرش‌های مهم از جمله برنامه‌ریزی خانواده، کار، سیاست و چگونگی تفسیر رویدادهای روزانه داشته باشد. بر اساس این مدل، باورها و نگرش‌های مذهبی در مؤلفه‌های شناختی از جمله تفسیر وقایع، خوشبینی، بدبینی و طرز تفکر فرد، تأثیر می‌نهد و این مؤلفه‌ها نیز به نوبه‌ی خود در روابط بین ذهن و جسم اثر گذارند. سرانجام، این تأثیر می‌تواند از طریق سیستم ایمنی، عصبی و روانی، خود را در رفتارهای فرد نشان دهد و منجر به سلامتی، افزایش طول عمر و غیره گردد (والریت و لاری ۱۹۹۵، به نقل از پارگامنت، ۲۰۰۱).

ویلیام وست (William West) (۲۰۰۰) معتقد است که برخی از تجربه‌های معنوی، اثرهای عمیق و طولانی بر اشخاصی که با چنین تجربه‌هایی مواجه می‌شوند، باقی می‌گذارند و در کتاب روان‌درمانی معنویت سعی دارد روان‌درمانگران و مشاوران را ترغیب کند تا رابطه‌ی بین تجربیات معنوی و تأثرات درمانی را مد نظر قرار دهند. (شهیدی، شیرافکن، ۱۳۸۷: ۵۰).

یافته‌های کوینینگ (Koenig, HG) و همکاران بیانگر کاهش افسردگی در نتیجه‌ی شرکت آزمودنی‌ها در مراسم مذهبی به میزان ۵۰٪ است. پژوهش‌های پارکر (Parker, M) و همکاران (۲۰۰۳) نشان می‌دهد آزمودنی‌هایی که از تمایلات مذهبی بیشتری برخوردارند افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. ریسبرگ (۱۹۹۹) در زمینه‌ی تأثیر مذهب بر بهداشت روانی به این نتایج دست یافت که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین باورهای مذهبی افراد و سلامت روانی آنان وجود دارد، بدین معنی که با افزایش گرایش‌های مذهبی، سلامت روانی افراد در زمینه‌ی عزت نفس و کاهش اضطراب و افسردگی نیز مشهود است (نقل از آلیانی، ۱۳۸۲).

بر اساس تحقیقات انجام‌شده، محققان به این نتیجه دست یافتند که بین روش مقابله‌ی مذهبی و سلامت روانی ارتباط و همبستگی مثبتی وجود دارد، یعنی هر قدر فرد در مسائل و مشکلات زندگی از مذهب بهره‌گیرد، از سلامت روانی بالایی برخوردار خواهد بود (جلیل‌وند، ۱۳۸۰؛ ۳۸).

آهنگر (۱۳۷۲) در پژوهشی تحت عنوان دعا و نیایش و تأثیر آن بر بهداشت روانی به این نتیجه رسید که بین دعا و نیایش و کاهش اضطراب رابطه‌ی معناداری وجود دارد. همچنین فرض وی در مورد رابطه‌ی بین دعا و نیایش و افزایش اعتماد به نفس مورد تأیید قرار گرفت؛ به‌علاوه، بین دعا و نیایش و احساس گناه و بی‌هدفی در زندگی رابطه‌ی منفی وجود دارد.

راهنمایی با خلقت و رسالت انسان در آمیخته است و در هر زمان به اقتضای ویژگی‌های آن عصر، پیامبری که از هر نظر بر دیگران ارجح و مورد اعتماد بود مبعوث گردیده است تا به مسئله‌ی خطیر راهنمایی و هدایت بشر، به منظور نیل به سعادت و خوشبختی بپردازد. پس می‌توان گفت که مفهوم راهنمایی برای اولین بار در مذاهب مطرح شده است و پیشوایان دینی اولین راهنمایان تاریخ بشری بوده‌اند. اعزام پیامبران یکی بعد از دیگری و نیز واگذاری ادامه‌ی رسالت و نقش پیامبران به ائمه و جانشینان با صلاحیت آنان مبین آن است که اصل راهنمایی جزء جدایی‌ناپذیر زندگی انسان است. به‌علاوه، ادیان الهی به‌خصوص «دین اسلام به‌عنوان مکتبی جامع و همه‌جانبه‌نگر، برای سلامتی روح و روان انسان اهمیتی فوق‌العاده قائل است» (شریفی‌نیا، ۱۳۸۱: ۴۰-۵۵) و شکر و دعا در سراسر تمدن انسان و در تمام فرهنگ‌ها

و ادیان وسیله‌ای برای رهایی از گرفتاری‌ها، درماندگی‌ها، تحقق آرزوها و درمان آسیب‌های بدنی و روانی بوده است (خدیوی زند، ۱۳۸۱: ۹۱-۸۲) و روش‌هایی بوده است که همواره سلامتی، سعادت، کمال و بالندگی او را تأمین کرده است.

پس جای هیچ تردیدی نیست که در منابع اسلامی مخصوصاً آثار و رفتار امام علی (ع) مبانی گسترده‌ای از مسائل تربیتی، به‌خصوص در حوزه‌ی مشاوره، بهداشت روانی و درمان اختلال‌های روانی وجود داشته است. ولی به‌رغم اهمیت موضوع، تاکنون تحقیقی منسجم در این رابطه صورت نگرفته است. بنابراین تحقیق حاضر درصدد است تا یک چارچوب علمی و کاربردی مشاوره و روان‌درمانی بر اساس رهنمودهای تربیتی امام علی (ع) تهیه کند و نتایج آن را عملاً مورد ارزیابی دقیق قرار دهد.

تفاوت‌های موجود در مکاتب گوناگون روان‌شناسی و روش‌های مشاوره و روان‌درمانی در غرب ناشی از نگرش‌های مختلف از نظریه‌های مذکور نسبت به مفاهیم شخصیت، ماهیت انسان، اضطراب و بیماری روانی، هدف‌های درمان و اصول و فنون درمان است. لذا تحقیق حاضر نیز در نظر دارد این مسئله را مورد بررسی قرار دهد که «آیا با استفاده از مطالب موجود در نهج‌البلاغه و سایر کتب مرتبط با زندگی و رفتار امام علی (ع) می‌توان برای مفاهیم مذکور در علوم مشاوره و روان‌درمانی تعاریف واضحی دریافت کرد و یک نظریه‌ی کامل مشتمل بر این مفاهیم شکل داد؟».

اگر مکاتب عمده‌ی مشاوره و روان‌درمانی به مفهوم رشد، بالندگی، آزادگی، مسئولیت‌پذیری، احساس کرامت و خردورزی انسان تأکید دارند، این مفاهیم باید به‌طور گسترده‌تر، عمیق‌تر و ظریف‌تر در آثار اسلامی به‌خصوص نهج‌البلاغه وجود داشته باشد و اگر این مسائل به‌طور منسجم با دیدی توحیدی و یکپارچه‌نگر مورد بررسی قرار گیرند و به‌صورت کاربردی عرضه شوند، می‌توانند مؤثرتر از دیدگاه‌های دیگر مکاتب مشاوره و روان‌درمانی باشند و سلامت و کرامت انسان را به‌طور کامل تأمین کنند.

از این رو، پژوهش حاضر با پاسخ به سؤالات زیر به روشی نظام‌مند از طریق اطلاعات جمع‌آوری‌شده، کاربردی بودن این شیوه را در نمونه‌ای مقدماتی مشخص ساخته است:

۱. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد شخصیت انسان چگونه است؟ ۲. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد ماهیت انسان چگونه است؟ ۳. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد اضطراب و بیماری روانی چگونه است؟ ۴. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد هدف‌های

درمان چگونه است؟ ۵. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد اصول درمان چگونه است؟ ۶. دیدگاه حضرت علی (ع) در مورد فنون درمان چگونه است؟ ۷. آیا می‌توان یک نظریه‌ی کامل درمانی مبتنی بر مفاهیم فوق در نظریه‌ی حضرت علی (ع) پیدا کرد؟ ۸. آیا می‌توان نظریه‌ی حضرت علی (ع) را در مورد مشاوره و روان‌درمانی تا حصول نتایج درمانی عملاً به کار برد؟

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌هایی برای مرحله‌ی اول تحقیق مطرح نیست لذا تنها فرضیه‌های مرحله‌ی دوم تحقیق به شرح زیر بیان می‌شود:

۱. بین نمرات شاخص کلی شدت بیماری (درجه‌ی بهداشت روانی) (Global Severity Index) حاصل از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از شیوه‌ی روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۲. بین نمرات خرده مقیاس جسمانی کردن (Somatization) به‌دست آمده از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۳. بین نمرات خرده مقیاس وسواس (Obsessive-Copulsive) به‌دست آمده از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۴. بین نمرات خرده مقیاس حساسیت در روابط بین فردی (Interpersonal) از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۵. بین نمرات خرده مقیاس افسردگی (Depression) به‌دست آمده از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۶. بین نمرات خرده مقیاس اضطراب (Symptom-Checklist-90-Revused5) به‌دست آمده از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۷. بین نمرات خرده مقیاس پرخاشگری (Hostility) از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۸. بین نمرات خرده مقیاس ترس مرضی (Phobic Anxiety) از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ۹. بین نمرات خرده مقیاس سوءظن (Paranoid) از آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛

۱۰. بین نمرات خرده مقیاس روان‌پریشی (Psychotism) به‌دست آمده از آزمون SCL-R-90 در قبل و بعد از درمان بر اساس شکر و دعا تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

اهداف پژوهش

اهداف پژوهش در دو مرحله از تحقیق به‌صورت جداگانه تعیین شده است. هدف کلی مرحله‌ی اول تحقیق، استخراج دیدگاه‌ها و نقطه نظرات مشاوره و روان‌درمانی حضرت علی (ع) با تأکید بر دو اصل شکر و دعا است.

هدف‌های فرعی مرحله‌ی اول تحقیق بدین قرارند:

۱- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم شخصیت؛ ۲- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم ماهیت انسان؛ ۳- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم ماهیت اضطراب؛ ۴- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم هدف‌های درمانی؛ ۵- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم اصول درمان؛ ۶- بررسی دیدگاه‌های امام علی (ع) در خصوص مفهوم فنون درمان؛ ۷- تدوین یک نظریه‌ی کامل مبتنی بر مفاهیم فوق بر اساس نظرات حضرت علی (ع)؛ ۸- کاربرد این چهارچوب در درمان مراجعان و ارزیابی نتایج عمیق این نظریه.

هدف کلی مرحله‌ی دوم نیز بررسی تأثیر درمانی کاربرد نقطه نظرات مشاوره و روان‌درمانی حضرت علی (ع) بر روی اختلالات روانی در مراجعان مراکز مشاوره‌ی کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی است.

هدف‌های فرعی مرحله‌ی دوم تحقیق بدین قرارند:

۱- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان افسردگی مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۲- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان جسمانی کردن مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۳- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان وسواس مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۴- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان اضطراب مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۵- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان روان‌پریشی مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۶- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان حساسیت بین فردی مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۷- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان ترس مرضی مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۸- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان پرخاشگری مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛

۹- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در درمان سوءظن مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد؛ ۱۰- بررسی تأثیر دیدگاه‌های امام علی (ع) در حفظ کل سلامت روانی مراجعان مراکز مشاوره‌ی امداد.

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. قبل از اجرای متغیر مستقل، آزمودنی‌های انتخاب‌شده در هر گروه به‌وسیله‌ی پیش‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. نقش پیش‌آزمون در این طرح، اعمال کنترل آماری و مقایسه است و در نتیجه تعیین اینکه تغییر ایجادشده ناشی از اجرای متغیر آزمایشی بوده است یا عوامل دیگر.

یادآوری این نکته لازم است که پژوهش حاضر در دو بخش کلی به بررسی نظرات حضرت علی (ع) پیرامون مشاوره و روان‌درمانی و استنتاج یک روش درمانی در این مورد می‌پردازد؛ به‌علاوه، در بخش دوم، کاربرد عملی این روش مورد نظر بوده است. لذا بخش اول در فصل دوم پاسخ گفته شده و به بخش دوم از این فصل به بعد پاسخ داده خواهد شد.

جامعه آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دختران مجرد در سن ازدواج تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) در استان آذربایجان شرقی در فاصله سنی بین ۱۸ تا ۳۲ سال است، که این تعداد تا پایان سال ۸۴ برابر با ۲۶۰۵ نفر بوده‌اند.

گروه نمونه و روش نمونه‌گیری

گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر با استفاده از جدول تعیین حجم گروه نمونه‌ی مورگان. تعیین و مشخص شده‌اند که بر اساس این جدول و با توجه به حجم جامعه‌ی آماری، حجم گروه نمونه ۳۳۵ نفر از دختران مجرد در فاصله‌ی سنی ۱۸ تا ۳۲ سال استان آذربایجان شرقی است؛ دخترانی که زیر نظر کمیته‌ی امداد هستند.

جهت دستیابی به این افراد و نمونه‌گیری، از جداول اعداد تصادفی استفاده شده است، لذا روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر تصادفی ساده است ولی با توجه به ماهیت پژوهش سعی شده است که همه‌ی آزمودنی‌ها حداقل ۹ کلاس تحصیلات داشته باشند.

به‌علاوه، پژوهشگر به علت اینکه در ابتدا با توجه به شناخت از جامعه‌ی مورد بررسی، احتمال افت آزمودنی را در نظر گرفته بود، تعداد ۴۰۰ نفر را به‌عنوان گروه نمونه انتخاب کرد و پس از اجرا و بررسی پاسخنامه‌های آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های بی‌اعتبار را حذف کرد و تحلیل‌ها را بر روی ۳۸۵ نفر ادامه داد.

اجرای این آزمون روی ۴۰۰ نفر بدین منظور بوده است که از بین این گروه افرادی که نمره‌های آنان بالاتر از یک انحراف معیار باشد، برای روان‌درمانی بر اساس چارچوب نظرات حضرت علی (ع) انتخاب شوند. گروه انتخاب‌شده در دو گروه آزمایش و کنترل، بر اساس این شیوه‌ی روان‌درمانی، مورد بررسی تجربی قرار گرفتند. تعداد این افراد ۶۵ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش حاضر در دو بخش کلی تهیه شده است:

بخش اول: پرسش‌نامه محقق ساخته که به بررسی عوامل جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش می‌پردازد و عواملی از قبیل سن، جنس و تحصیلات را مورد بررسی قرار می‌دهد. بخش دوم: این بخش را فرم تجدید نظر شده‌ی چک لیست نشانه‌یابی ۹۰ سؤالی SCL-90-R تشکیل می‌دهد که ۹۰ ماده‌ی این آزمون میزان نشانه‌ها و شکایت‌های معمول بیماران روانپزشکی را در ۹ بُعد درجه‌بندی می‌کند. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را روی یک طیف هیچ (صفر) تا به‌شدت (چهار) با در نظر گرفتن اینکه چه میزان از این اختلال را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده‌اند، مشخص می‌کردند (Lezak, 1995: 789). نتایج به‌دست آمده از آزمون علاوه بر نتیجه‌های به‌دست آمده از هر بعد به‌صورت ۳ نمره‌ی عمده (۱- شاخص کلی شدت بیماری؛ ۲- شاخص علامت مثبت ناراحتی؛ ۳- جمع علامت مثبت بیماری) بیان می‌شود.

تعریف ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90-R

۱. شکایت جسمانی (Somatization): ناراحتی‌های ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن به‌صورت شکایاتی از عملکرد سیستم قلبی، عروقی، گوارش و تنفس، سردردهای تکرار شونده، دردهای عضلانی و شکایات جسمانی مربوط به حالت اضطرابی.
۲. بُعد وسواس - اجبار (Obsessive-Compulsive): افکار، تکانه‌ها و اعمال غیر قابل مقاومت، بیگانه با خود و ناخواسته.

۳. بُعد حساسیت در روابط متقابل (Interpersonal Sensitivity): دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش، راحت نبودن و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران، بیش از اندازه آگاه در ارتباط با دیگران و انتظارات منفی از خود.
۴. افسردگی (Depression): بی‌علاقگی نسبت به لذات زندگی، نداشتن انگیزه و از دست دادن انرژی حیاتی، احساس نومییدی و افکار خودکشی.
۵. بُعد اضطراب (Anxiety): عصبانیت، احساس فشار و لرزش در اندام بدن، ترس‌های ناگهانی، احساس وحشت، بیم و نگرانی نسبت به آینده.
۶. بُعد پرخاشگری (Hostility): تظاهرات خشم و چگونگی عکس‌العمل نشان دادن به آن‌ها همچون تهاجم، تحریک‌پذیری و خصومت.
۷. بُعد ترس مرضی (Phobic Anxiety): ترس شدید نسبت به یک فرد، مکان، شیء به‌خصوص و یا موقعیتی خاص و عدم تناسب ویژگی غیر منطقی ترس با محرک و رفتار اجتنابی.
۸. افکار پارانویید (Paranoid): برون‌فکنی، پرخاشگری، سوءظن، خودبزرگ‌بینی، خودمحوری و ترس از عدم خودمختاری.
۹. روان‌پریشی (Psychotism): حالت گوشه‌گیرانه و انزوا و زندگی اسکیزوئیدی تا علائم اصلی اسکیزوفرنیا مانند هذیان و انتشار افکار، از خود بیگانگی تا روان‌پریشی حاد.
۱۰. سؤالات اضافی (Additional Items In The SCL-90-R): آن‌ها که به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند.

تعاریف و روش اجرای درمان

رویکرد روان‌درمانی شکر - دعای (ایاک نعبد و ایاک نستعین) امام علی (ع) (کلمات قصار ۴۳۵ و خطبه‌ی ۱۹۰ و ۱۵۱) بر اساس تفسیر هرمنوتیک آموزه‌های نهج‌البلاغه برای هر یک از مفاهیم شخصیت، ماهیت انسان، ماهیت اضطراب و بیماری روانی، هدف‌های درمان و اصول و فنون درمان تعاریفی به شرح زیر ارائه کرده است:

شخصیت: شخصیت (خطبه‌ی ۱، ش ۸۸ تا ۹۳) مجموعه‌ی رفتارهای متأثر از میزان سازمان‌یافتگی در جریان جنبه‌ی اندیشه (غرر، ش ۱۱۸۷ و ۴۵۹۵) و بازتاب آن در جنبه‌های جسمی، ذهنی و عقلی تعریف شده است.

جنبه‌ی اندیشه: اندیشه (حکمت ۱۱۳، ۴۲۳ و ۳۶۵) عامل شناخت و تصرف در انسان و طبیعت، و یکی از عالی‌ترین فعالیت‌های مغز بشری است و جریان فطری آن همان فعالیت روی واحدهای معلوم (شکر) برای به دست آوردن واحدهای مجهول (دعا)، یا بطور عمومی، فعالیت روی وسایل برای رسیدن به اهداف است و دو نوع عمده دارد (جعفری، ۱۳۷۳: ۱۵۵-۱۴۸).

اندیشه‌ی منطقی و سالم: عبارت است از آن فعالیت‌های مغزی که برای رسیدن به هدف‌های منظور در جستجوی وسایل مناسب و کافی به جریان می‌افتند. این جریان باید مطابق قوانین درست‌اندیشیدن انجام بگیرد و قوانین درست‌اندیشیدن، امور ثابتی هستند که در هیچ‌یک از شرایط و در هیچ‌یک از تحولات علمی تغییر نمی‌پذیرند (نامه‌ی ۳۱؛ حکمت ۴۸ و ۳۶۳؛ غرر ۱۱۸۷).

اندیشه‌ی غیرمنطقی و ناسالم: عبارت است از آن فعالیت‌های مغزی که یا در هدف‌گیری آن‌ها، و یا در انتخاب وسیله‌های آن‌ها، قانون مناسب آن هدف مراعات نمی‌شود. به عبارتی اگر اندیشه در مجرای قانونی خود دچار اختلال شود، روشنایی‌ها را از تاریکی‌ها تفکیک نکند، جزئی را به جای کلی و کلی را به جای جزئی بگیرد، این اندیشه از فطرت اصلی خود منحرف است (خطبه‌ی ۱۵۳؛ حکمت ۲۸۹).

جنبه‌ی جسمانی شخصیت: انسان همواره بر اساس سرشت اولیه و فطرت خود برای حفظ خود و تعادل حیاتی اعضای فیزیولوژیک خود نیازمند جریان نیروی طبیعی جنبه‌ی اندیشه یا به عبارتی شمارش داده‌های حقیقی است که از طریق فعالیت بر روی واحدهای معلوم یا وسائل انجام می‌پذیرد تا واحدهای مجهول یا اهداف محقق گردد.

جنبه‌ی عقلانی شخصیت: یکی از فعالیت‌های رایج عقل، انتزاع کلیات مسلم است (جعفری، ۱۳۷۳: ۱۴۹) و موجب بازشناسی و تفکیک حق از باطل می‌شود (خطبه‌ی ۱، ش ۹۳؛ کلمات قصار، ۵۴).

جنبه‌ی ذهنی شخصیت: ذهن یک حقیقت نیست، بلکه افراد دارای ذهن‌هایی متنوع هستند و عامل دیگری در انسان وجود دارد که به وسیله‌ی مغز سالم، واقعیات بیرون از ذهن و جریان آن، ارتباط آن واقعیات با زندگی انسان به‌طور عمومی، جریانی که به وسیله‌ی آن واقعیات مربوطه در شرایط معین برانگیخته شده‌اند و عامل تنظیم‌کننده‌ی انگیزه‌ها و جریانات را درک یا محقق می‌کند (جعفری، ۱۳۷۳: ۱۴۹). جریان منطقی اندیشه موجب دریافت و ذخیره‌ی داده‌های حقیقی با حجم بالا در ذهن خواهد شد تا جنبه‌ی عقل با سهولت، مسئولیت انتزاع داده‌ها و طراحی رفتارهای به‌هنجار را انجام دهد.

تعریف ماهیت انسان: انسان ماهیتاً ستایشگر و به تبع آن، متعهد به دو رسالت «شناخت» و «دگرگون ساختن خود در مسیر تکامل» است. و برای تحقق این امر هیچ حد و مرزی برای شمارشگری اندیشه (شکر و دعا)، پویایی در حقیقت‌جویی، و همت دورپرواز در ادراک و هشیاری او متصور نیست (خطبه‌ی ۱۹۸ و ۱، ش ۱ تا ۵).

ماهیت اضطراب: سلامت انسان به جنبه شخصیتی اندیشه و نحوه‌ی جریان آن در مجرای فطرت وابسته است و محصول آن حد معرفتی خواهد بود که او را قادر به تفکیک حق از باطل می‌کند. با این توصیف، اضطراب یا بیماری روانی ناشی از اندیشه‌ی غیر منطقی و شکاف، نقصان و آشفتگی در میان واحدهای شکر و دعا و انحراف جریان آن از مجرای خلقت اولیه است (خطبه‌ی ۲۲۰ و ۲۱۸).

تعریف روان درمانی شکر - دعای علی (ع): نظام شخصیتی انسان بر پایه‌ی جنبه دینامیکی اندیشه نهاده شده و درمان باید وظیفه‌ی ترمیم و پُر کردن شکاف اندیشه را با استفاده از واحدهای شکر و دعا (حکمت ۱۱۳، و ۳۶۳ و ۴۲۳؛ غرر ۵۱۰۰) و یادآوری واحدهای فراموش‌شده (خطبه‌ی ۱، ش ۱۱۰ و ۱۱۱؛ خطبه‌ی ۱۸۳ و ۱۸۲ و ۲۱۶) به عهده بگیرد و به عبارتی، درمان، فرآیندی از یادگیری است که بیمار با تکیه بر آموخته‌های آن، توانایی سازماندهی مجدد جنبه‌ی اندیشه‌ی خود را کسب می‌کند و قادر خواهد شد بر اساس اصول و ملاک‌های پنج‌گانه‌ی سلامتی دین مبین اسلام (۱- نگرش توحیدی؛ ۲- توازن واحدهای اندیشه؛ ۳- تحقق رسالت شناختی-تکاملی ۴- حفظ دائمی فرآیند شناختی - تکاملی جریان فطری اندیشه؛ ۵- بازگشت به نگرش توحیدی دیدن و رفتن) و با استفاده از فروع (به‌عنوان فنون درمان شکر و دعا) مراحل تحوّل و تکاملی ایمان (خود نظمی)، تقوی (خودکنترلی) و یقین (خود اثربخشی) را به سلامت طی کند.

اهداف روان درمانی شکر و دعا: اهداف درمان، شناسایی و ردیابی شکاف‌های اندیشه و یادآوری واحدهای شکر و دعا فراموش شده در جهت تأمین سلامتی و یا به عبارتی تأمین زندگی بدون ترس و اندوه برای انسان می‌باشد.

اصول و فنون روان‌درمانی شکر-دعای علی (ع): اگر دین را روش محاسبه و تنظیم حیات زیستی، روانی و اجتماعی انسان بر اساس فطرت اصلی تعریف کنیم (جعفری، ۱۳۷۳) و حیات او را حاصل دمیده شدن روح الهی (خطبه‌ی ۱، ش ۸۸ خطبه‌ی ۲، ش ۱، ۲، ۵، ۶) در کالبد وی بدانیم، جای هیچ تردیدی نمی‌ماند که انسان خارج از اصول و بدون استفاده از فروع یا فنون توصیه شده از سوی خالق هستی، به آرامش، سلامت و رشد نائل نخواهد شد و

جاری و ساری شدن این ساختارها و ابزارهای سلامتی‌بخش در تمامی مراحل زندگی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. بر این اساس، اصول روان‌درمانی شکر و دعا بر پایه‌ی مفاهیم عملیاتی اصول پنج‌گانه و فنون آن بر پایه‌ی مفاهیم کاربردی فروع ده‌گانه‌ی دین مبین اسلام استوار است، چرا که اولین کاربرد اصطلاحی اصول دین در نامگذاری علوم اسلامی است.

اصل توحید (نگرش توحیدی و کل‌نگرانه به سیستم شخصیتی و کارکرد شناختی - تکاملی آن): کلیه‌ی پدیده‌های جهان هستی با نظامی هماهنگ و سیستمی واحد به یک سو و به طرف یک مرکز، حرکت و تکامل می‌یابد و ماهیت «از اوئی» (إِنَّا لِلَّهِ) به «سوی اوئی» (إِنَّا إِلِيهِ رَاجِعُونَ) دارند (مطهری، بی تا: ۷۱) و انسان در میان این موجودات از شرافت، کرامت، و پیچیدگی خاصی برخوردار است و اگر خود را بشناسد خدا را نیز خواهد شناخت (مطهری، ۱۳۶۲: ۱۷).

توحید از دو مرتبه‌ی نظری و عملی (واعظی نژاد، ۱۳۸۷: ۲۸۶) تشکیل شده است: توحید نظری از نوع «شناخت» (ذات، صفات و افعال)، تفکر، اندیشه‌ی راستین، بینش نسبت به کمال، پی بردن به یگانگی خدا و به عبارتی کلی‌تر همان «دیدن» است. توحید عملی از نوع «بودن» و «شدن» راستین و جنبش در جهت رسیدن به کمال، یگانه شدن انسان و به عبارتی کلی‌تر همان «رفتن» است.

روان‌درمانگر در این رویکرد جهت سنجش حد تأثیر درمان و ارزیابی میزان سلامت مراجع در ابتدا و انتهای جلسه‌ی درمان، هشیارانه وضعیت شناخت (دیدن) و روند تکاملی (رفتن) مراجع را بررسی می‌کند (خطبه‌ی ۱، ش ۱۲ تا ۲۵، خطبه‌ی ۲۳۷ ش ۳-۱۰۹ ش ۱۵ - خطبه‌ی ۱۵۳ ش ۳-۴ و خطبه ۲۲۳ و ۱۸۶).

اصل عدل (توازن، شمارش و ارزیابی تعداد و ترتیب واحدهای شکر و دعا): عدالت هر چیزی را در جای خویش قرار دادن و محصول سازماندهی معقول در انسان، تعادل و آرامش اوست (حکمت ۲۸۹، ش ۵ و ۶).

انسان سالم از طریق شناخت عمیق ذات خود به علم دست می‌یابد و قادر خواهد بود حق و باطل را موازنه و به سوی حقیقت و سلامتی حرکت کند (خطبه ۸۷، ۲۰۵، ۲۱۴ و کلمات قصار، ۳۱).

روان‌درمانگر بر اساس این اصل به مراجع کمک خواهد کرد تا واحدهای اندیشه‌ی خود را موازنه کند و بازتاب‌های منطقی یا غیر منطقی آن را در جنبه‌های ذهنی، عقلی و جسمی بررسی کند.

اصل نبوت (تحقق رسالت شناختی - تکاملی انسان یا تکمیل و ترتیب طبیعی واحدهای شکر و دعای جنبه اندیشه): روان‌درمانگر در این مرحله از روان‌درمانی با استفاده از فنون اقامه‌ی نماز یا تمرین جریان اندیشه‌ی منطقی اقدام به بازسازی و سازماندهی اندیشه‌ی غیر طبیعی مراجع می‌کند و با ردیابی واحدهای معلوم (شکر) و مجهول (دعا) فراموش‌شده، مراجع را یاری می‌دهد تا با این واحدها، شکاف بین جنبه‌های شخصیتی خود را پر نماید و نظام انسانی خود را به سیستمی باز و بالنده مبدل کند (خطبه‌ی ۱۸۵، ۱ ش ۱۱۰ تا ۱۱۴).

اصل امامت (نگهداری جریان اندیشه در وضعیت طبیعی یا حفظ توازن واحدهای شکر و دعا در برخورد با کلیه‌ی مسائل زندگی: مرحله چهارم درمان بعد از حصول اندیشه طبیعی، بر حفظ و نگهداری آن در وضعیت طبیعی استوار است. در این مرحله مراجع با یاری درمانگر یاد می‌گیرد که چگونه اندیشه و بازتاب‌های طبیعی آن را در موضوعات مطرح شده و سایر مسائل حفظ و نگهداری نماید (کلمات قصار ۲۵۲، ۱۰۹ و خطبه‌ی ۹۶).

اصل معاد (مهارت و توان بازگشت از شرایط بحرانی و جریان معیوب اندیشه به وضعیت طبیعی و اندیشه‌ی توحیدی): در این مرحله از درمان، درمانگر یکی دیگر از مسائل مراجع را ردیابی و بازسازی می‌کند تا توان بازگشت اندیشه‌ی مراجع را بسنجد و به صورت عینی به او یاد دهد که در مواجهه با مسائل دیگر زندگی چگونه جریان آشفته‌ی اندیشه و بازتاب‌های ذهنی، عقلی و جسمی آن را در جلسه‌ی درمان و در خارج از جلسه‌ی درمان بطور مستقل به سلامتی بازگرداند (کلمات قصار، ۲۵۳، ۹۹).

فنون روان‌درمانی شکر و دعا

فنون کاربردی روان‌درمانی شکر - دعا بر اساس فروع ده‌گانه‌ی دین مبین اسلام که به عمل و عبادات مربوط می‌شود طراحی شده است و در جلسات درمانی از مفاهیم عمیق شیوه‌ی اقامه‌ی نماز (نامه، ۲۷) و مراحل کاربردی آن به‌عنوان یکی از کامل‌ترین و بزرگ‌ترین فرایض تربیتی اسلام از منظر علی (ع) استفاده شده است.

صلوه به معنای دعا و تبریک و تمجید (شکر) است از اصل صلا به معنای رفع مرض است و بعضاً صلوه را از تصلیه مشتق می‌دانند، بدین معنا که چون چوب‌های کج را با گرفتن به نزدیکی آتش و رساندن حرارت به آن مستقیم سازند گویی نمازگزار با توجه به مبداء اعلی و با حرارتی که در اثر حرکت صعودی و قرب به شمس حقیقت معنوی برای نفس حاصل می‌شود، کج رفتارهای نفس را که در اثر توجه به غیر خدا و میل به باطل

ایجاد شده است، تعدیل می‌نماید که جامع اهداف درمانی نماز را می‌توان در شش مفهوم و اجرای آن را در ۱۴ مرحله خلاصه کرد (فهری، ۱۳۵۹: ۳۴): ۱. حضور قلب (تمرکز)؛ ۲. تفهیم (توحید شناختی یا دیدن)؛ ۳. تعظیم (توحید عملی یا رفتن)؛ ۴. هیبت (شناخت عظمت نیروی لایتنهای خالق هستی)؛ ۵. رجاء (امید به جاری شدن اندیشه‌ی طبیعی در جاده‌ی بی‌انتهای قدرت الهی در حد چالشگری انسان)؛ ۶. حیاء (خودکنترلی).

مراحل اجرای شیوه‌ی اقامه نماز

۱- وضو (یادآوری و هشیاری نسبت به اعضای اصلی بدن در اقامه‌ی نماز) ۲- اذان (آماده نمودن مراجع جهت شروع درمان از طریق مرور اصول درمان) ۳- اقامه (اطمینان از آمادگی مراجع جهت اقامه‌ی فنون درمان) ۴- نیت (شناخت مراجع نسبت به اهداف و شیوه درمان) ۵- قیام (فعال نمودن کل سیستم شخصیتی مراجع جهت درمان) ۶- تکبیره الاحرام (فرآیند یادگیری نگرش توحیدی «شناختی - تکاملی» یا «دیدن - رفتن») ۷- قرائت (فرآیند یادگیری اندیشه‌ی منطقی و جاری کردن فرآیند شکر (واحد‌های می‌دانم) - دعا (واحد‌های می‌خواهم) ۸ - رکوع (هشیاری جسمانی و شناخت نیروی بی‌انتهای الهی در درون خود) ۹- سجده (اطمینان از هشیاری کلی نسبت به اعضای بدن که بیشترین کارکرد را دارد) ۱۰- ذکر (کسب مهارت یادآوری و نگهداری جریان طبیعی اندیشه در تمامی مسائل زندگی) ۱۱- تشهّد (اقرار کلامی به توحید شناختی و تکاملی) ۱۲- سلام (اطمینان از کسب سلامتی مراجع در اثر اجرای درمان) ۱۳- ترتیب (تمامی مراحل روش اقامه‌ی نماز به ترتیب اجراء می‌شود) ۱۴- موالات (مراحل روش اقامه‌ی نماز پی‌درپی در هر جلسه اجرا می‌شود) (علامه مجلسی، ۱۴۱۳ ق، ج ۸۴: ۲۵۳).

اجرای روان درمانی شکر - دعا

شکر - دعا - درمانی حداقل در ۵ جلسه طراحی و اجرا می‌شود:

جلسه‌ی اول: درمانگر در جلسه‌ی اول درمان، با نهایت هشیاری نسبت به جنبه‌های شخصیتی مراجع و با چهره‌ای متبسم و سیستمی باز در وضعیتی راحت از طریق ارتباط درمانی (Rappart) به‌عنوان یک ابزار مهم درمان توحیدی. و به‌صورت فعال، توجه مستقیم مراجع را در طول جلسات نسبت به دیدن حرکات و حالت‌های جسمانی خود جلب می‌نماید. در این جلسه، درمانگر بر اساس اصل اول و دوم درمان، به مراجع کمک می‌کند تا با پاسخ به سه سؤال «ویژگی‌ها، خصوصیات و رفتارهای خودت را چگونه می‌بینی؟ آیا آنطور

که خودت را می‌بینی، هستی و این برای تو راضی کننده است؟؛ چطور می‌خواهی باشی؟»
تصویری واضح و کلی از وضعیت جنبه‌های شخصیتی ترسیم کند و در مرحله‌ی بعدی توانمندی خود در شمارش و موازنه داده‌های جمع‌آوری شده در جلسه‌ی درمان را به نمایش بگذارد، تا روان‌درمانگر ضمن انعکاس تصویر کلی به مراجع از خودش، طرح درمانی خود را سازماندهی کند.

جلسه‌ی دوم و سوم: روان‌درمانگر بر اساس رسالت شناختی - تکاملی انسان و اصل سوم درمان، طرح درمانی خود را با هدف کلی سازماندهی فطری جریان اندیشه و اهداف فرعی (۱- تمرکز ۲- دیدن ۳- رفتن ۴- شناخت توانمندی‌های بالقوه و لایتنهای الهی که در سیستم شخصیتی انسان منعکس شده است ۵- امید به بالفعل شدن این توانمندی‌ها به میزان چالشگری انسان و ۶- خودکنترلی) در «چهارده مرحله» تنظیم و با مراجع به توافق می‌رسد:

- ۱- درمانگر با هشیاری و توجه به حرکات اندام‌هایی که بیشترین نقش را در رفتار مراجع دارند (صورت، دستها، سر و پاها) سعی می‌کند مستقیماً توجه مراجع را به جزئی‌ترین تغییر حالت این اعضا جلب نماید و این فرصت را به او می‌دهد که هشیاری، تمرکز و وسعت دید خود را نسبت به طیف وسیعی از فعالیت‌های سیستم شخصیتی افزایش دهد ۲- درمان با تشریح و مرور اصول و فنون درمان و افزایش آمادگی و انگیزش مراجع ادامه می‌یابد ۳- تکرار و مرور مجدد اصول و فنون درمان و اطمینان از آمادگی مراجع جهت اقامه‌ی فنون درمان ۴- شرایط محیا می‌شود تا مراجع قصد و نیت خود را از شرکت در جلسه‌ی روان‌درمانی مشخص نماید ۵- فعال نمودن کل سیستم شخصیتی از طریق بررسی میزان همخوانی (Congruence) کلیه اعضای مراجع در جهت درمان ۶- مراجع در این مرحله یاد می‌گیرد تا میان نگرش توحیدی دیدن - رفتن و ذهنیات تفاوت قائل شود ۷- تمرین جریان اندیشه‌ی منطقی در برخورد مراجع با مسائل و جاری کردن فرآیند شکر (واحد‌های می‌دانم) - دعا (واحد‌های می‌خواهم) ۸- هشیاری جسمانی و شناختی مراجع نسبت به نیروی بی‌انتهای الهی در درون خود ۹- درمانگر با ردیابی حرکت اندام‌های اساسی در رفتار و انعکاس آن به مراجع، از هشیاری کامل و کلی او نسبت به اعضای بدنش اطمینان حاصل خواهد نمود ۱۰- مراجع باید توان یادآوری و نگهداری جریان طبیعی اندیشه در جلسه‌ی درمان و سایر مسائل زندگی خود را با تمرین افزایش دهد ۱۱- درمانگر باید بداند آیا مراجع قادر است بر اساس الگوی توحیدشناختی - تکاملی، افکار و رفتار خود را تنظیم کند ۱۲- بررسی میزان کاهش ترس و اندوه از مراجع و انعکاس به او از اهداف اصلی و نهایی درمان است ۱۳- ترتیب اجرای مراحل درمان لازمه و ضامن اثربخشی آن است و هر

مرحله از درمان کامل‌کننده مرحله‌ی دیگر است، به طوری که مسیر تمرکز تا خودکنترلی سریعاً طی خواهد شد. ۱۴- مراحل روش اقامه‌ی نماز باید به طور کامل و پی‌درپی در هر جلسه اجرا شود. چراکه هر مرحله از درمان کامل‌کننده مرحله‌ی بعدی است.

جلسه‌ی چهارم: اندیشه‌ی منطقی و بازتاب‌های طبیعی آن زمانی مؤید سلامتی است که پایدار باشد و در حل سایر مسائل مراجع نیز جاری و حفظ شود. لذا فرایند درمان مجدداً بر روی مسئله‌ی مطرح شده در جلسه و یکی دیگر از مسائل مراجع اجرا خواهد گردید تا از استواری نظم ایجاد شده در سیستم شخصیتی اطمینان حاصل شود.

جلسه‌ی پنجم: توانایی مراجع در بازگشت کامل و آنی به نگرش توحیدی مورد سنجش قرار می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود جریان اندیشه‌ی وی قادر به بازگشت از بحران‌های احتمالی دیگر به اندیشه‌ی توحیدی است و در خارج از جلسه‌ی درمان نیز راهگشای مسائل وی خواهد بود. به طوری که هر بی‌نظمی مجدد در اندیشه، بازگشتی موققت‌آمیز به شماره‌ی ۱ را به دنبال خواهد داشت.

روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها و اطلاعات حاصل از پژوهش حاضر از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ویندوز استفاده شده است و برای بررسی‌های توصیفی داده‌ها از آمار توصیفی اعم از فراوانی، درصدگیری، میانگین، انحراف معیار، کمترین، بیشترین و دامنه‌ی تغییرات استفاده شده است.

برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش از روش آماری کوواریانس COANOVA استفاده شده است، زیرا با شرط تحلیل برابر بودن میزان نمره‌ی پیش‌آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش، اجرای متغیر مستقل در گروه آزمایش موجب تفاوت بین نمره‌ی به‌دست آمده در دو گروه شده است. بنابراین نمره‌ی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته، تقسیم‌بندی آزمودنی‌ها در دو سطح کنترل و آزمایش به‌عنوان متغیر ثابت و نمره‌ی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان هم‌متغیر در تحلیل وارد شده است.

انتخاب آزمودنی

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) بر روی مددجویان دختر در سن ازدواج کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی بوده است و با توجه به اینکه پژوهشگران هنجاری در جامعه‌ی آماری حاضر جهت تعیین بهنجار و نابهنجار بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در

دوره‌های درمان نداشتند، لذا جهت انتخاب آزمودنی‌ها بدین صورت عمل شد که ابتدا میانگین و انحراف معیار شاخص مرضی در کل گروه نمونه مشخص شد و سپس افرادی که نمره‌ی شاخص مرضی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین را داشتند، جهت تقسیم‌بندی در دو گروه آزمایش و کنترل طبق طرح پژوهش انتخاب شدند.

جدول ۱: آمارهای توصیفی شاخص مرضی در کل گروه نمونه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	حداقل	حداکثر	تعداد
شاخص مرضی	۱۰۳/۷۳	۵۹/۸۷	۳۱۱	۶	۳۱۷	۳۸۲

جهت تقسیم‌بندی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش طرح پژوهش، آزمودنی‌هایی که نمره‌ی مساوی و بالاتر از $۱۰۳/۷۳ + ۵۹/۸۷ = ۱۶۳/۶$ را کسب کرده بودند، انتخاب شدند که در جدول شماره‌ی ۱ آمارهای توصیفی شاخص مرضی در کل گروه نمونه ارائه شده است.

جدول ۲: پراکندگی وضعیت مکانی در گروه انتخابی

مکان	فراوانی	درصد فراوانی
بستان آباد	۲	۲/۹
منطقه یک	۹	۱۳/۲
منطقه چهار	۲۴	۳۵/۳
منطقه دو	۶	۸/۸
اهر	۳	۴/۴
اسکو	۴	۵/۹
مرند	۴	۵/۹
بناب	۴	۵/۹
ملکان	۱	۱/۵
هستروود	۵	۷/۴
منطقه سه	۳	۴/۴
بدون پاسخ	۳	۴/۴
کل	۶۸	۱۰۰

تعداد ۶۸ نفر واجد شرایط فوق تحت پوشش در ۱۲ شاخه‌ی کمیته امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی جهت ادامه‌ی پژوهش گزینش شدند ولی به علت اینکه ۳ نفر از افراد انتخاب شده مکان خود را مشخص نکرده بودند از ادامه‌ی روند کنار گذاشته شدند و پژوهش بر روی ۶۵ نفر ادامه یافت که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳: آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه انتخابی در پیش‌آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	حداقل	حداکثر
سن	۲۰/۹۵	۳/۳۹	۱۶	۱۶	۳۲
جسمانی کردن	۲۵/۱۷	۸/۵۸	۳۷	۸	۴۵
وسواس	۲۳/۱۷	۵/۲۲	۲۳	۱۳	۳۶
حساسیت در روابط متقابل	۲۲/۴۵	۶/۰۴	۳۶	۹	۴۵
افسردگی	۳۴/۱۹	۶/۸۲	۳۳	۱۹	۵۲
اضطراب	۲۴/۲۹	۶/۴۳	۳۱	۸	۳۹
پرخاشگری	۱۳/۶۶	۴/۸۵	۲۲	۲	۲۴
ترس مرضی	۱۰/۱۴	۴/۴۶	۱۷	۲	۱۹
پارانویید	۱۴/۸۲	۳/۹۷	۱۸	۶	۲۴
روان پریشی	۱۸/۰۲	۶/۴۲	۲۸	۷	۳۵
شاخص مرضی	۲۰۳/۳۴	۳۲/۴۷	۱۵۳	۱۶۴	۳۱۷

۶۸ نفر آزمودنی در گروه انتخابی با میانگین سنی ۲۰/۹۵ در پژوهش شرکت کرده‌اند. در بین این گروه، میانگین بُعد افسردگی ۳۴/۱۹ و ترس مرضی ۱۰/۱۴ به ترتیب در بالاترین و پایین‌ترین رتبه قرار داشته است که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۴: آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه انتخابی در پس‌آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	حداقل	حداکثر
سن	۲۰/۹۵	۳/۳۹	۱۶	۱۶	۳۲
جسمانی کردن	۱۲/۲۶	۹/۱۶	۴۲	۰	۴۲
وسواس	۱۴/۵۰	۸/۷۵	۳۶	۰	۳۶
حساسیت در روابط متقابل	۱۲/۷۹	۷/۷	۳۲	۳	۳۵
افسردگی	۱۸/۸۷	۱۰/۷۳	۴۶	۲	۴۸
اضطراب	۱۲/۵۲	۸/۷۳	۳۶	۱	۳۷
پرخاشگری	۸/۱۵	۵/۶۷	۲۳	۱	۲۴
ترس مرضی	۶/۱۵	۵/۲۷	۲۱	۰	۲۱
پارانویید	۸/۶۶	۵/۰۰	۲۳	۰	۲۳
روان پریشی	۹/۶۹	۸/۱۶	۳۹	۰	۳۹
شاخص مرضی	۱۱۲/۱۹	۶۵/۸۹	۳۰۷	۲۰	۳۰۷

قبل از بررسی اینکه آیا روش آزمایشی پژوهش حاضر از لحاظ آماری معنی‌دار بوده یا خیر، ابتدا نتایج حاصل در پس‌آزمون به صورت توصیفی ارائه و سپس به تحلیل فرضیه‌ها پرداخته می‌شود. این نتایج مؤید آن است که همه‌ی میانگین اختلالات و شاخص مرضی کاهش یافته است که بیشترین کاهش میانگین مربوط به بُعد افسردگی و کمترین میزان کاهش مربوط به بُعد ترس مرضی است که در جدول ۴ آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۵: پراکندگی وضعیت تحصیلی در گروه انتخابی

مکان	فراوانی	درصد فراوانی
سیکل	۱۷	۲۵
دبیرستان	۱۹	۲۷/۹
دیپلم	۲۰	۲۹/۴
دانشگاهی	۲	۲/۹
بدون پاسخ	۱۰	۱۴/۷
کل	۶۸	۱۰۰

بیشترین درصد فراوانی مقاطع تحصیلی آزمودنی‌ها در گروه انتخابی ۲۹/۴٪ مربوط به تحصیلات دیپلم است که در جدول ۵ ارائه شده است.

تحلیل داده‌ها

پژوهش حاضر از انواع پژوهش‌های آزمایشی است که هدف آن بررسی عمل آزمایشی بر آزمودنی‌ها و بررسی میزان تفاوت متغیرها قبل و بعد از عمل آزمایشی است. جهت پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است و در واقع شرط تحلیل چنین بوده است که میزان هر یک از موارد فوق در پیش‌آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش برابر باشد و در اثر اجرای متغیر مستقل (روش درمانی) بین دو گروه تفاوت ایجاد شده است. بنابراین نمره‌ی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته، تقسیم‌بندی آزمودنی‌ها در دو سطح کنترل و آزمایش به‌عنوان متغیر ثابت و نمره‌ی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان هم‌متغیر در تحلیل وارد شده است. F آزمون ANCOVA به ارزیابی این موضوع می‌پردازد که آیا میانگین‌های جامعه بر اساس متغیر وابسته که تفاوت‌های آن‌ها بر اساس هم‌متغیر تعدیل شده است متفاوت است یا خیر. اگر یک عامل بیش از دو سطح داشته باشد و F معنی‌دار باشد، باید از آزمون‌های

تعقیبی استفاده شود تا معلوم شود تفاوت‌ها مربوط به چه بخشی از میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه‌ها است. ولی در پژوهش حاضر با توجه به اینکه متغیر در دو سطح گروه کنترل و آزمایش است لذا ضرورتی بر اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست.

تحلیل فرضیه‌های پژوهش

جدول ۶: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر بهداشت روانی پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
بهداشت روانی در پیش‌آزمون	۴۱۴۰۴/۶۱۳	۱	۴۱۴۰۴/۶۱۳	۱۲/۲۰۲	۰/۰۰۱
گروه‌ها	۴۱۴۹۶/۲۱۲	۱	۴۱۴۹۶/۲۱۲	۱۲/۲۲۹	۰/۰۰۱
خطا	۲۰۳۵۹۶/۱	۶۰	۳۳۹۳/۲۹۶	-----	-----
کل	۱۰۶۲۱۷۸	۶۳	-----	-----	-----

۱- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث بالا رفتن بهداشت روانی فرد می‌شود: با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر، که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر بهداشت روانی مساوی است، رد و فرض تحقیق، که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در بالا رفتن بهداشت روانی دارد، مورد قبول است. این محاسبات اشاره به ارتباط قوی‌ای دارد بین روش روان‌درمانی و میزان بهداشت روانی پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان بهداشت روانی قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی دو گروه را ارزیابی می‌کند، با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دوتاست، ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۶ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۷: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر اختلال جسمانی کردن پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
گروه‌ها	۲۰/۸۲۴	۲	۱۰/۴۱۲	۱۲/۳۶	۰/۰۰۰
خطا	۲۰/۲۶۶	۲۶	۰/۷۷۹	-----	-----
کل	۲۹۷۶	۳۰	-----	-----	-----

۲- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال جسمانی کردن فرد می‌شود؛ با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر اختلال جسمانی کردن مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در تغییر در اختلال جسمانی کردن دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره به ارتباط قوی‌ای دارد بین روش روان‌درمانی و تغییرات اختلال جسمانی کردن پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن اختلال جسمانی کردن قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به این نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تاست ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی وجود ندارد؛ در جدول ۷ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۸: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر وسواس پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
وسواس در پیش‌تست	۱۰۴/۹۰۲	۱	۱۰۴/۹۰۲	۱/۵۷	۰/۲۱۴
گروه‌ها	۶۸۲/۵۰۵	۱	۶۸۲/۵۰۵	۱۰/۲۴۴	۰/۰۰۲
خطا	۳۹۹۷/۴۹۳	۶۰	۶۶/۶۲۵	-----	-----
کل	۱۸۰۰۴/۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۳- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال وسواس فرد می‌شود؛ با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر وسواس مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش وسواس دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره به ارتباط قوی‌ای دارد بین روش روان‌درمانی و میزان وسواس پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان وسواس قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در وسواس معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تاست ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۸ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۹: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر حساسیت در روابط متقابل پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
حساسیت در روابط متقابل در پیش‌تست	۲۵۳/۷۴۶	۱	۲۵۳/۷۴۶	۴/۹۹۳	۰/۰۲۹
گروه‌ها	۴۹۳/۸۷۲	۱	۴۹۳/۸۷۲	۹/۷۱۷	۰/۰۰۳
خطا	۳۰۴۹/۵۱۴	۶۰	۵۰/۸۲۵	---	---
کل	۱۴۰۶۸/۰۰	۶۳	---	---	---

۴- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال حساسیت در روابط متقابل فرد می‌شود: با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر حساسیت در روابط متقابل مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش حساسیت در روابط متقابل دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباط قوی‌ای بین روش روان‌درمانی و میزان حساسیت در روابط متقابل پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان حساسیت در روابط متقابل قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در حساسیت در روابط متقابل معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تاست ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۹ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۰: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر افسردگی پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
افسردگی در پیش‌تست	۷۲/۳۰۹	۱	۷۲/۳۰۹	۰/۶۷۷	۰/۴۱۴
گروه‌ها	۷۰۳/۳۱۲	۱	۷۰۳/۳۱۲	۶/۵۸	۰/۰۱۳
خطا	۶۴۱۲/۲۹۹	۶۰	۱۰۶/۸۷۲	---	---
کل	۲۹۵۷۹/۰۰	۶۳	---	---	---

۵- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال افسردگی فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر افسردگی مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش افسردگی دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباطی قوی بین روش روان‌درمانی و افسردگی پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان افسردگی قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در افسردگی معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تا است ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۱۰ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۱: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر اضطراب پس آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
اضطراب در پیش‌تست	۶۰۳/۶۵۷	۱	۶۰۳/۶۵۷	۹/۶۰۹	۰/۰۰۳
گروه‌ها	۵۸۶/۲۳۹	۱	۵۸۶/۲۳۹	۹/۳۳	۰/۰۰۳
خطا	۳۷۶۹/۲۳۱	۶۰	۶۲/۸۲۱	-----	-----
کل	۱۴۶۱۱/۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۶- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال اضطراب فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر اضطراب مساوی است رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش اضطراب دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباط قوی بین روش روان‌درمانی و اضطراب پس از دوره درمان، و ثابت نگه داشتن میزان اضطراب قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در اضطراب معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تا است ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۱۱ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۲: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر پرخاشگری پس آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی دار
پر خاشگری در پیش آزمون	۴۴۳/۸۳۸	۱	۴۴۳/۸۳۸	۱۷/۲۵۵	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۶۴/۸۲۶	۱	۶۴/۸۲۶	۲/۵۲۰	۰/۱۱۸
خطا	۱۵۴۳/۳۲۵	۶۰	۲۵/۷۲۲	-----	-----
کل	۶۱۹۰/۰۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۷- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال پر خاشگری فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر پر خاشگری مساوی است، پذیرفته و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش پر خاشگری دارد رد می‌شود. در جدول ۱۲ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۳: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر ترس مرضی پس آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی دار
ترس مرضی در پیش‌تست	۲۹۶/۸۹۳	۱	۲۹۶/۸۹۳	۱۵/۰۶۸	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۲۱۰/۴۱۵	۱	۲۱۰/۴۱۵	۱۰/۶۷۹	۰/۰۰۲
خطا	۱۱۸۲/۱۸۶	۶۰	۱۹/۷۰۳	-----	-----
کل	۴۱۱۶/۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۸- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال ترس مرضی فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر ترس مرضی مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش ترس مرضی دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباط قوی بین روش روان‌درمانی و ترس مرضی پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان ترس مرضی قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین

میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند، با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در ترس مرضی معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تاست اجرای آزمون‌های تعقیبی ضرورتی ندارد؛ در جدول ۱۳ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۴: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر پارانوئید پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
پارانویید در پیش‌تست	۱۹۶/۱۴۷	۱	۱۹۶/۱۴۷	۹/۱۵۷	۰/۰۰۴
گروه‌ها	۱۱۹/۰۱۷	۱	۱۱۹/۰۱۷	۵/۵۵	۰/۰۲
خطا	۱۲۸۵/۲۸۱	۶۰	۲۱/۴۲۱	-----	-----
کل	۶۲۸۲/۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۹- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال پارانوئید فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر پارانوئید مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش پارانوئید دارد، مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباط قوی بین روش روان‌درمانی و پارانوئید پس از دوره‌ی درمان، و ثابت نگه داشتن میزان پارانوئید قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در پارانوئید معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دو تاست ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۱۴ این نتایج ارائه شده‌اند.

جدول ۱۵: نتایج کوواریانس اثرات بین گروهی در متغیر روان‌پریشی پس‌آزمون

منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
روان‌پریشی در پیش‌تست	۵۹۳/۸۲۴	۱	۵۹۳/۸۲۴	۱۰/۴۵۳	۰/۰۰۲
گروه‌ها	۳۰۰/۹۸۷	۱	۳۰۰/۹۸۷	۵/۲۹۸	۰/۰۲۵
خطا	۳۴۰۸/۴۶۱	۶۰	۵۶/۸۰۸	-----	-----
کل	۱۰۰۶۱/۰۰	۶۳	-----	-----	-----

۱۰- استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث پایین آمدن اختلال روان‌پریشی فرد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مشخص است که فرض صفر که بیان می‌کند میانگین تعدیل‌شده‌ی جامعه‌ی آماری در متغیر روان‌پریشی مساوی است، رد و فرض تحقیق که بیان می‌کند روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) اثر بیشتری در کاهش روان‌پریشی دارد مورد قبول است. این محاسبات اشاره دارد به ارتباط قوی بین روش روان‌درمانی و روان‌پریشی پس از دوره درمان، و ثابت نگه داشتن میزان روان‌پریشی قبل از درمان. این آزمون اختلاف بین میانگین‌های تعدیل‌شده برای دو گروه را ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج، مشخص است که تفاوت بین گروه‌ها در روان‌پریشی معنی‌دار است و چون تعداد گروه‌ها دوتاست ضرورتی برای اجرای آزمون‌های تعقیبی نیست؛ در جدول ۱۵ این نتایج ارائه شده‌اند.

نتیجه‌گیری

با در اختیار داشتن نتایج حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش، فرضیه‌های تحقیق و میزان اثربخشی روش درمانی در افزایش سطح بهداشت روانی و کاهش میزان آسیب‌پذیری نسبت به ابعاد مختلف اختلالات روانی در ۹ بُعد اختلال جسمانی، اختلال وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانوئید و روان‌پریشی، مورد بررسی قرار گرفت و با روش آماری کوواریانس COANOVA فرضیه‌های پژوهش تحلیل شد و روش درمانی، عامل تفاوت ایجاد شده بین دو گروه تشخیص داده شد. بنابراین، نمره‌ی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته، تقسیم‌بندی آزمودنی‌ها در دو سطح کنترل و آزمایش به‌عنوان متغیر ثابت و نمره‌ی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان هم‌متغیر در تحلیل وارد شده است.

نتایج تحقیق در مورد فرضیه‌ی اول که می‌گوید «استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث بالا رفتن بهداشت روانی فرد می‌شود» نشان‌گر این است که آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل با فرض ثابت بودن نمره‌ی آن‌ها در پیش‌آزمون در سطح معنی‌داری، بهداشت روانی بالاتری را نشان دادند. به عبارت دیگر، روش درمانی در کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی و افزایش بهداشت روانی، از لحاظ آماری در سطح معنی‌داری مؤثر بوده است.

در مورد فرضیه‌های دوّم تا دهم که می‌گوید «استفاده از روش روان‌درمانی مبتنی بر رهکردهای حضرت علی (ع) باعث کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویید و روان‌پریشی می‌شود» نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل با فرض یکسان و ثابت بودن نمره‌ی آن‌ها در پیش‌آزمون در سطح معنی‌داری، در کلیه اختلالات جز پرخاشگری، میزان آسیب‌پذیری پایین‌تری را گزارش کرده‌اند. به عبارت دیگر، روش درمان در کاهش آسیب‌پذیری به اختلالات روانی مذکور جز پرخاشگری از لحاظ آماری در سطح معنی‌داری، موثر بوده است.

گفتنی است که در اختلال پرخاشگری با وجود پایین بودن میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری بدست نیامد و روش درمانی بنا به دلایل مختلف مثل مشخص نبودن تفاوت بین سطح هنجار و نابهنجار پرخاشگری، تفاوت‌های فرهنگی و مسائل قومی و موقعیتی، در کاهش این اختلال زیاد موثر نبوده است. در نهایت، نتایج پژوهش حاضر گویای این است که سطح آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی در آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش با اعمال روش درمانی، کاهش یافته است.

با توجه به ماهیت مذهبی شکر - دعا - درمانی علی (ع)، یافته‌های پژوهش البرزی و سامانی (۱۳۷۹) که طی پژوهشی نشان داده‌اند با افزایش میزان نگرش مذهبی، میزان افسردگی و اضطراب در نوجوانان کاهش می‌یابد، سرگلزایی و همکاران (۱۳۷۹) که گفته‌اند هر چه میزان فعالیت‌های مذهبی بیشتر باشد، افسردگی، اضطراب حائلی و صفتی و احتمال سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد و همچنین تحقیقات دیگر مثل وهاب‌زاده و همکاران (۱۳۸۰)، عظیمی لولتی، ضرغامی (۱۳۸۰) و معتمدی (۱۳۸۴) در یک راستا هستند. به عبارت دیگر، تمام این پژوهش‌های انجام گرفته در ایران در جامعه‌های آماری متفاوت حاکی از آن بوده است که یک ارتباط معکوس بین نگرش مذهبی و ابتلا به اختلالات روانی و یا آسیب‌پذیری وجود دارد، حال آنکه پژوهش حاضر با یک طرح آزمایشی، همبستگی در پژوهش‌های پیشین را به رابطه‌ی علت و معلولی تبدیل کرده است و بر قوام ارتباط بین نگرش مذهبی و سلامت روانی افزوده است.

به‌علاوه، تحقیقات خارجی از جمله میرولا (Mirola.W) (۱۹۹۹)، مالتبی (Maltby.J) (۲۰۰۰)، ریسبرگ (Risberg.T) (۱۹۹۹)، شولر (Shuler.P) (۱۹۹۴) و باسوس (Boswoth) (HB) (۲۰۰۳) که هر کدام به‌نحوی به ارتباط بین مراجعه به کلیسا و تأثیر مذهب بر سلامت روانی اشاره دارند، در یک راستا هستند.

محدودیت‌های تحقیق

در اجرای مرحله‌ی دوم پژوهش، برخی محدودیت‌ها به میزان قابل توجهی روند کار را با مسائلی مواجه کرد:

۱- آموزش کامل و مستمر شیوه‌ی جدید روان‌درمانی شکر و دعای (شناختی - تکاملی) علی (ع) برای کارشناسان مجری جلسات درمانی، مدت زمان طولانی از پژوهش را به خود اختصاص داده بود که با قطع همکاری هر یک از این مشاوران آموزش دیده و به تبع آن به‌کارگیری درمانگران جدید، مجدداً بایستی فرآیند طولانی آموزش تکرار می‌شد.

۲- عواملی همچون نداشتن شناخت کافی مراجعان امداد نسبت به خدمات مشاوره‌ای، عدم توان تفکیک این‌گونه خدمات از خدمات روانپزشکی و همچنین نگرانی از اینکه حضور در جلسات مشاوره، نشانه‌ی بیماری روانی (دیوانگی) است، باعث شده بود تعدادی از نمونه‌های آزمایش و کنترل از حضور در مراکز مشاوره‌ی امداد امتناع ورزند.

۳- با توجه به انتخاب نمونه‌های آماری از بین دختران در سن ازدواج و وجود فرهنگ و تعصبات خاص موجود در منطقه، خانواده‌ها حتی با آگاهی از مؤثرت بودن مشاور، به سختی و با اکراه به دختران خود اجازه‌ی حضور در جلسات درمانی می‌دادند.

۴- ازدواج تعدادی از نمونه‌های آزمایش و کنترل موجب خارج شدن آنان از چرخه‌ی پژوهش می‌شد.

۵- تعدادی از نمونه‌های آزمایش و کنترل به دلیل مشکلات شدید مالی و اقتصادی و اشتغال، در اولین جلسات همکاری خود را با گروه تحقیق قطع می‌کردند.

۶- تعدادی از نمونه‌های کنترل چون تحت درمان نبودند و از طرق مختلف همچون نمایش فیلم و مطالعه‌ی مجلات مشغول می‌شدند از حضور در جلسات، رضایت کامل نداشتند و در اولین جلسات درمانی همکاری خود را با گروه تحقیق قطع می‌کردند.

پیشنهادها

- ۱- برای اثبات کارآئی و اثربخشی بالای شیوهی شکر - دعا - درمانی علی (ع) در مقایسه با شیوه‌های درمانی سایر مکاتب علمی رایج، نیاز به بررسی‌های تطبیقی توسط تیم‌های درمانی مختلف و متعدد دارد.
- ۲- اجرای این شیوهی درمانی بر روی گروه‌های مختلف سنی، جنسی و فرهنگی، مشخص‌کننده‌ی درجه‌ی تأثیرگذاری این روش درمانی بر روی هر کدام از این گروه‌ها خواهد بود.
- ۳- به دلیل گستردگی بالای این مکتب روان‌درمانی فطری، پیشنهاد می‌شود که این شیوه در حوزه‌های مختلف روان‌شناختی مانند روان‌شناسی کار، روان‌شناسی تربیتی، علوم اعصاب‌شناختی و روان‌شناسی ارتباطات نیز مورد پژوهش قرار گیرد.
- ۴- تهیه‌ی آزمون روان‌سنجی بر اساس این شیوهی درمانی یکی از ضروری‌ترین و اساسی‌ترین اقدامات تکمیلی پژوهش حاضر خواهد بود که مجریان طرح در صدد تدوین آن هستند.

تشکر و قدردانی

این طرح پژوهشی توسط مرکز تحقیقات امام علی (ع) وابسته به پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تصویب و منابع مالی آن تأمین شده و در محل اداره‌ی کل کمیته امداد امام خمینی (ره) استان آذربایجان شرقی اجرا شده است که جا دارد از همکاری صمیمانه‌ی این دو مرکز تقدیر و تشکر کنیم.

منابع

- آلیانی، زهرا ۱۳۸۲. رابطه دعا با میزان اضطراب در دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تبریز.
- آمدی، عبدالواحد بن تمیمی ۱۳۷۳. غرورالحکم و درالکلم. شرح محمد خوانساری. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- آهنگر، طلعت ۱۳۷۲. دعا (نیایش) و تأثیر آن بر بهداشت روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- احدی، حسن ۱۳۷۴. نوجوان و باورهای مذهبی، روان‌شناسی رشد (سه جلد). تهران: چاپخانه بنیاد.
- البرزی، محبوبه و سامانی سیامک ۱۳۷۹. بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و فشار روانی در نوجوانان، چکیده مقالات، اولین همایش دین و بهداشت روانی، ۲۷.۳۰ فروردین.
- جعفری، محمدتقی ۱۳۷۳. ترجمه و تفسیر نهج‌البلاغه. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی جلالی طهرانی، سید محمد محسن ۱۳۸۷.

- توحیددرمانی، مترجم شیخ شعاعی، فصلنامه نقد و نظر شماره ۳۵ و ۳. جلیل‌وند، محمدامین ۱۳۸۰. بررسی سلامت روان و پای‌بندی به تقدسات دینی در دانشجویان پزشکی، اولین همایش بین‌المللی دین و بهداشت روانی. جلیل‌وند، محمدامین ۱۳۸۰. بررسی رابطه نماز با اضطراب، فصل‌نامه علمی و پژوهش، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- جیمز، ویلیام ۱۳۷۲. دین و روان (ترجمه مهدی قائمی). تهران: انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- حسینی، سیدعلی‌اکبر ۱۳۷۷. بحثی مقدماتی درباره مقایسه اصول نظری راهنمایی و مشاوره در اسلام، با اصول مشاوره انسان‌گرا. تهران: فصلنامه تعلیم و تربیت ش ۵۳. ۱۳-۲۷.
- خدایاری فرد، محمد ۱۳۸۱. روان‌درمانی و معنویت عبور از مرز میان درمان و مذهب. قم: فصلنامه حوزه و دانشگاه.
- خدیبوی زند، محمد مهدی ۱۳۸۱. هنگامه دعا و درمان. قم: فصلنامه حوزه و دانشگاه.
- سرگلزایی، محمدرضا و همکاران ۱۳۷۹. تأثیر فعالیت‌های مذهبی بر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد. همایش بین‌المللی تأثیر دینی در بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- شریفی‌نیا، محمد حسین ۱۳۸۱. مبانی روش‌های مشاوره بالینی از منظر اسلام. قم: فصلنامه حوزه و دانشگاه.
- شهیدی، سید جعفر ۱۳۷۳. نهج‌البلاغه. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- صانعی، سید مهدی ۱۳۸۲. بهداشت روانی در اسلام، قم: بوستان کتاب.
- ظهوری، قاسم ۱۳۷۸. کاربرد روش‌های تحقیق علوم اجتماعی در مدیریت. تهران: مؤسسه انتشاراتی مهر.
- عظیمی لولئی، حمیده و ضرغامی، مهران ۱۳۸۰. مقابله مذهبی و اضطراب. تهران: همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، انجمن روان‌شناسی ایران.
- فهری، سیداحمد ۱۳۵۹. پرواز در ملکوت. قم: نهضت زنان مسلمان.
- فیض‌الاسلام، سیدعلی‌تقی ۱۳۷۵. ترجمه و شرح نهج‌البلاغه. تهران: قفیه ۲۲- کلینی، محمد بن یعقوب (بی‌تا)، اصول کافی. تهران: المکتبه الاسلامیه.
- گنجی، حمزه ۱۳۷۹. بهداشت روانی. تهران: ارسباران.
- گیسون، رابرت و میسل، ماریان ۱۳۷۳. مبانی مشاوره و راهنمایی. ترجمه قرنائی، تهران: رشد.
- مجلسی، محمدباقر ۱۴۱۳ق. بحارالانوار، ج ۱ و ۳ و ۱۷، بیروت: دارالانوار.
- محمدی‌ری‌شهری، محمد ۱۳۶۰. مقدمه‌ای بر شناخت خدا. قم: یاسر.
- محمدی‌ری‌شهری، محمد ۱۳۷۹. میزان‌الحکمه، ترجمه حمیدرضا شیخی، قم: انتشارات دارالحدیث.
- مسعودی، علیرضا ۱۳۷۹. فضایل و آثار ذکر. قم: امه ابیها.
- مطهری، مرتضی (بی‌تا)، مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی. قم: صدرا.
- مطهری، مرتضی ۱۳۶۲. انسان کامل. تهران: دفتر انتشارات اسلامی.
- معمودی، ع، اژه‌ای، ج، آزادفلاح، پ، کیامنش، ع، دانشور ۱۳۸۴. بررسی رابطه بین‌گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق. مجموعه مقالات هم‌اندیشی زیارت - جلد دوم. تهران: کتابخانه تخصصی حج.
- واعظی نژاد، حسین ۱۳۸۷، طهارت روح (عبادت و نماز در آثار شهید مطهری). تهران: ستاد اقامه نماز.
- وهاب زاده، عبدالوهاب و والایی، فراز و دهقانی، نیما و خراسانی‌ملیحه ۱۳۸۰. تهران: همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. انجمن روان‌شناسی ایران.

- Bosworth HB . Park KS . Mcquoid DR . Hayes JC . Steffens DC 2003. The impact of *religious practice and religious coping on geriatric depression* . Int J Geriat Psychiatry.
- Derogatis,R.L. 1983. SCL-90-R, Administration, Scoring and procedures revised version, towson, Md zizo 4, clinical psychometric manual II The Research.
- Jarvis GE . Kirmayer LJ . Weinfeld M . Lasry JC . 2005. *Religious practice and psychological distress*. Tran Scult Psychiatry .
- Koenig HG, Hays JC, Georcelk Blazer DG, Larson DB, landerman LR. 1997. *Modeling the crosssectional relationships between religion, physical, social support, and depressives*. Am J Geriatr Psychiatr.
- Krumbaltz. J. D. 1965. *Behaviral counselig: Rationale and research*. Personnel and Guidance Journal.
- Lezak, D.M. 1995. *Nearopsychological assessment*, 3th edition, oxford, university press.
- Maltby. Day, L. 2000. *Depression symptom and religion oriented action*. Journal of personality and Individual. Differentes.
- Mirola, W. 1999. A refuge for some : *gender differences in the relationship between Religious involvement and depression*, Sociology of Religion.
- Pargament, K. I. 1990. *God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion*. Research in the Social Scientific Study of Religion.
- Parker M2003 . Lee Roff L, Klemmack DL, Keeing HG, Baker P , Allman RM. *Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults*. Aging Mental Health.
- Risberg 1999. *relation ships between religion and health*, journal of cancer .
- Shuler,P.A. 1994. *The effect of spiritual religious practices on psychological well being arrong homeless woman* . Journal of psychiatry.
- Willam west 2000. *psychotherapy & Spirtuality*, Crossing the line between therapy and First religion, Published, london, sage.

