۱۳۵-۱۵۱

اثربخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر) شهر بروجن*

◈ حمیدرضا فرجی‌وستگانی[۱] ◈ دکتر محمدیاسین سیفی‌گندمانی[۲]

چکیده: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر بروجن بود. پژوهش حاضر کاربردی و از نظر روش آزمایشی است که در قالب یک طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و اجرای مداخله‌ای بوده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بک (BDI-۱۹۶۱) و پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (BAI-۱۹۸۸) بود. ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که دچار افسردگی و اضطراب بودند به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌روش جایگزینی تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی، مداخله درمانی را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس بررسی شدند. یافته‌های پژوهش بیانگر این است که افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است، بنابراین از این روش می‌توان به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب به‌مثابه یک روش مؤثر سود جست.

کلید واژگان: مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، دانش‌آموزان

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۶ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۷

* *این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.*

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران. farajihamidreza91@gmail.com

۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. mseifi79@pnu.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

مقدمه

در چرخه تحول روانی، میان دوره کودکی و بزرگسالی، دوره بسیار مهم نوجوانی قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی این مرحله را ویژه افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله می‌داند. نوجوانی دوره تغییراتی اساسی است که کودکی را از بزرگسالی جدا می‌کند. این مرحله، رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (نیومن و نیومن[1]، ۲۰۰۹). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۲۰-۱۰ درصد از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان مشکلات سلامت روان را تجربه کرده‌اند. رایج‌ترین اختلالات در کودکان و نوجوانان به‌ترتیب اختلال اضطراب و افسردگی است (بنیاد بهداشت روان[2]، ۲۰۱۸). طبق گزارش انجمن سلطنتی بهداشت عمومی و جنبش سلامت جوانان[3] (۲۰۱۷)، شیوع اضطراب و افسردگی در ۲۵ سال گذشته در جوانان و نوجوانان ۷۰ درصد افزایش یافته است (هتریک[4] و همکاران، ۲۰۱۶؛ به‌نقل از کلس[5] و همکاران، ۲۰۲۰).

اضطراب هیجانی پایه‌ای است که اجزای عاطفی، ادراکهای حسی و شناختی را در بردارد (ویدمن[6]، ۲۰۱۵). اضطراب نشانهٔ روان‌پزشکی و حالت روان‌شناختی است که مشخصه آن انتظار نگرانی و ترس است (آفتاب، ۱۳۹۵). اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات کودکان و نوجوانان است که منجر به نقصان در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان می‌شود (بهاتیا و گویال[7]، ۲۰۱۸). می‌توان گفت که اضطراب بالا در کودکان و نوجوانان با پیامدهای منفی مانند احساس کارآمدی اجتماعی پایین، احساس تنهایی بالاتر و احساس قربانی بودن[8] بالاتر در ارتباط است. همچنین مشکلات اجتماعی و تحصیلی از پیامدهای واضح اختلالات اضطرابی است (دِلیستر[9] و همکاران، ۲۰۱۸). نشانه‌های اضطراب در کودکان و بزرگسالان تقریباً مشابه است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت است (یزدانی، ۱۳۹۸).

همراه با اختلال اضطراب، می‌توان به شیوع اختلال افسردگی در میان کودکان و نوجوانان اشاره داشت. مطابق با ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا[10] (۲۰۱۳)، اختلال افسردگی به‌منزلهٔ یک مسئله روانی تعریف شده است که در آن شخص به‌گونه‌ای پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته‌شده‌ای را در تمام فعالیتها برای دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند. افسردگی به‌منزلهٔ یک اختلال خلقی با کاهش انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز،

1. Newman, B. M. & Newman, P. R.
2. Mental Health Foundation
3. Royal Society for Public Health & Young Health Movement
4. Hetrick
5. Keles
6. Wiedemann
7. Bhatia & Goyal
8. Victimization
9. De Lijster
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (مولن[1]، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که شمار بسیاری از افراد را در سراسر جهان تحت‌تأثیر خود قرار داده است (کیم و هان[2]، ۲۰۲۱). مشکلات هیجانی، مانند افسردگی و اضطراب، سبب کاهش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شـــوند. طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت (جباری و همکاران، ۱۳۹۳).

ســـلامت روان، دانش و هنری اســـت که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روشهایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود ســـازگاری پیدا کنند و راههایی مطلوب‌تر را برای حل مشـــکلات خود برگزینند. در صورت تداوم فشارهای روانی فرد شادابی، نیرو و توانایی خود را در انجام مسئولیتهای اجتماعی از دست می‌دهد (زارعی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بر اساس ضوابط علمی تخمین می‌زنند که بیش از ۱۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالهای عصبی-روانی و روانی‌اجتماعی رنج می‌برند که تعداد قابل توجهی از آنها با کاربرد روشهای ساده و عملی، درمان‌پذیرند. بر اســـاس بررسیهای انجام‌شـــده، اختلالات روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و معنادارترین بخش از کل بیماریهاست (نرمایون، جوادی و زارعی‌پور، ۱۳۹۶).

روان‌درمانگـــری/ آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی رویکردی نو به روان‌شناســـی مثبت‌نگر اســـت (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ب). این درمان در ۱۶ حیطه ارتقا ارائه‌شده که این حیطه‌ها عبارت‌اند از: بهداشـــت و سلامت جسمانی[3]، عزت‌نفس[4]، اهداف و ارزشـــها[5]، پول و داراییهای مادی[6]، شغل[7]، تفریح و سرگرمی[8]، یادگیری[9]، خلاقیت[10]، کمک و یاری رساندن[11]، عشق[12]، دوستان[13]، کودکان[14]، خویشاوندان[15]، خانـــه[16]، جامعه[17] و اطرافیان[18]. درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت

1. Mullen
2. Kim & Han
3. Health
4. Self-esteem
5. Goals & values
6. Money and materials
7. Job
8. Entertainment
9. Learning
10. Creativity
11. Helping
12. Love
13. Friends
14. Children
15. Relatives
16. Home
17. Community
18. Neighborhood

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

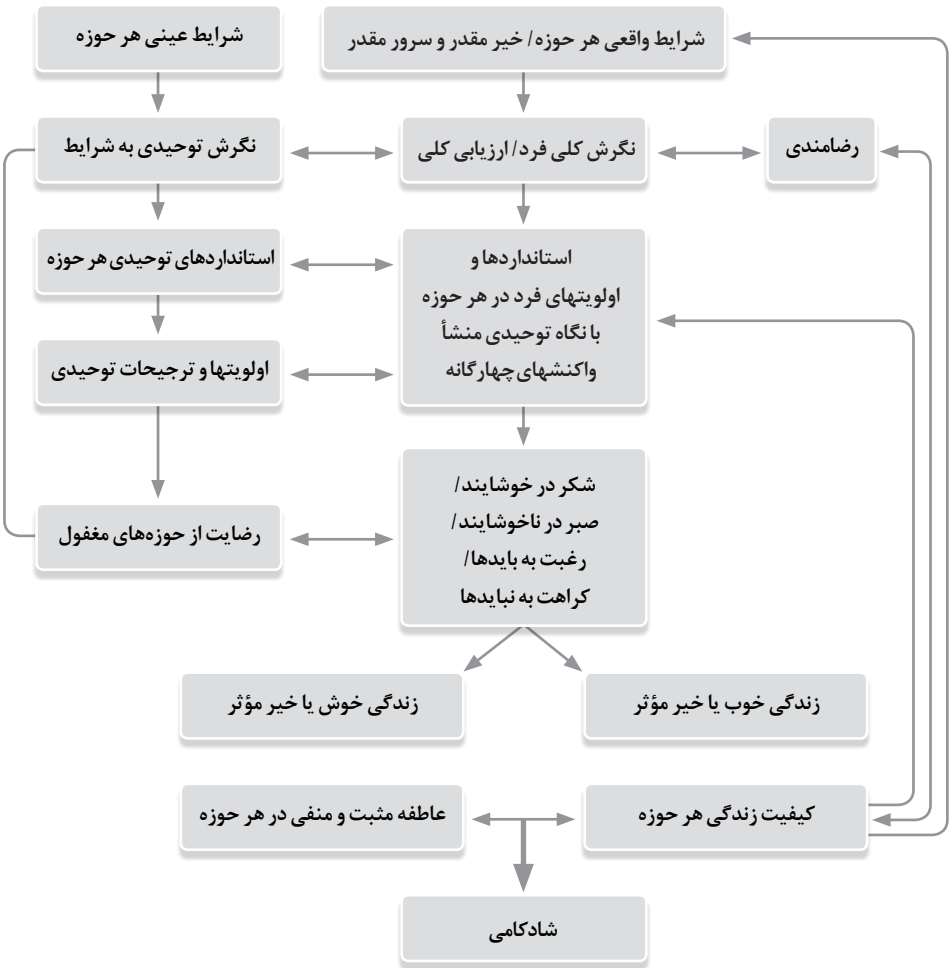
می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارتهایی برای کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شـــود (ســـیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ب). این رویکرد با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای رضایت از زندگی از مدل پنج راهه CASIO استفاده می‌کند. راهبردهای پنجگانهٔ این الگو عبارت‌اند از: ویژگیها[1] یا شرایط عینی یک حوزه، چگونگی ادراک[2] و تفسیر شرایط یک حوزه از سوی شخص، ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای[3] تحقق‌یافته یا موفقیتها، ارزش یا اهمیتی[4] که شخص در زمینهٔ شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد و بالاخره رضایت کلی[5] در دیگر حوزه‌های زندگی که دغدغه فعلی فرد نیستند یا به هر دلیل مغفول واقع شده‌اند (فریش[6]، ۲۰۰۶؛ ترجمه خمسه، ۱۳۹۸).

با توجه به دیدگاههای نو نسبت به درمان، پرداختن به نقش معنویت و مذهب به‌منزلهٔ یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فرهنـــگ در روان‌درمانگری به‌ویژه در جامعهٔ ایران ضروری به‌نظر می‌رســـد. روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی (IS-QOLT) که سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ب) تدوین کرده‌اند، در پاســـخ به همین نیاز شکل‌گرفته اســـت. الگوی ارتقای کیفیت زندگی کلی از دیدگاه اسلام، در گرو حرکت از خیر و سرور مقدر به‌سوی «زندگی خوب/خیر مؤثر» و «زندگی شاد / سرور مؤثر» در هر یک از حوزه‌های شـــانزده‌گانه است. خیر و ســـرور مقدر همان شرایط واقعی زندگی فرد در هر حوزه (C) است که در صورت واکنش توحیدی فرد می‌تواند او را به کیفیت‌زندگی برتر رهنمون شـــود، اما این واکنش توحیدی یعنی صبر، شکر، رغبت به طاعت و کراهت از معصیت، خود مستلزم داشتن نگرشهای توحیدی (A)، استانداردها و معیارهای توحیدی برای هر حوزه از زندگی (S) و اولویتها و ترجیحات توحیدی (I) است. علاوه بر آن نگاهی توحیدی به سایر حوزه‌های زندگی (O) و توجه به حوزه‌های مغفول زندگی نیز به ارتقای کیفیت‌زندگی فرد کمک خواهد کرد.

این الگو براســـاس چارچوب کلی روان‌درمانی مبتنی بـــر کیفیت زندگی فریش و افزودن آموزه‌های اســـلامی به این رویکرد شکل گرفته است. در الگوی اســـلامی CASIO، معنویت، که در دین و مبانی خداشناســـی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که تمامی حوزه‌های شـــانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد. به لحاظ ماهوی نیز، نگرشها، استانداردها و اولویتهای فرد همگی با درون‌مایه الهی شکل می‌گیرند، از این رو می‌توان الگوی اسلامی CASIO را به‌صورت شکل شماره ۱ ترسیم نمود (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ب).

1. Circumstance
2. Attitude
3. Standard
4. Importance
5. Overall satisfaction
6. Frisch

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]



شکل ۱. الگوی اسلامی CASIO

تنها پژوهش منتشـــر شده‌ای که در آن مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به‌کار گرفته شده باشد، پژوهش سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵الف) با موضوع اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) بهنجار و افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری است. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، کاهش معنادار افســـردگی و افزایش کیفیت زندگی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی معنوی را در گروه آزمایش به همراه داشته است.

نتایج مطالعه کجباف و همکاران (۱۳۹۶) که به مقایســـهٔ اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی پرداختند، نشـــان داده که هر دو این روشها سبب کاهش میزان پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ســـردرد تنشی شده است. پژوهش عســـگری و همکاران (۱۳۹۷) حکایت از آن دارد که روان‌درمانی معنوی- مذهبی پس از دوازده جلســـه ۹۰ دقیقه‌ای سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب در سالمندان شده است. با توجه به پژوهش جلیلیان و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان گفـــت که آموزش معنویت درمانی در کاهش اضطراب وجودی دانش‌آموزان مؤثر بوده اســـت. پژوهش ســـعادت و ماندنی (۱۳۹۴) بیانگر آن اســـت که میان التزام به تعالیم اســـلامی و افسردگی و اضطراب از لحاظ آماری رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به‌این ترتیب این نتیجه حاصل شده که هر چه میزان التزام به تعالیم اســـلامی در میان دانش‌آموزان بیشتر باشـــد، سطح افسردگی و اضطراب در آنان کمتر است. نتیجهٔ پژوهش هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸) نشان داده که درمان یکپارچهٔ توحیدی بر مؤلفه‌های بالینی و شـــخصیت در مددجویان زندان مرکزی قم تأثیری معنادار داشـــته است. از میان مطالعاتی که در زمینهٔ تأثیر مذهب روی گروههای متفاوت و متغیرهای مختلف انجام شـــده است، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: پژوهش احمدسبکی[1] و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده که رفتار درمانی شناختی یکپارچه مذهبی در ده جلســـه‌ای که انجام شـــده بود، در کاهش علائم افسردگی بیماران مؤثر بوده است. نتایج پژوهش عبدالخالق و لستر[2] (۲۰۱۷) روی دانشجویان نشان داده که دینداری و مذهبی بودن تأثیر مثبت بر شادکامی، خودکارآمدی و سلامت روان دارند. نتایج پژوهش عبدالله[3] و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده که روان‌درمانی اسلامی یکی از گزینه‌های جایگزین یا روشهای مناسب برای درمان است و این امر به کاهش اختلال اضطراب فراگیر در میان بیماران کمک می‌کند.

با وجود پژوهشهایی که گفته شد، تاکنون پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی انجام نشده است. از آنجایی که تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان، می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلالات روانی در بزرگسالی منجر شـــود، لازم اســـت مداخلاتی برای کاهش آنها انجام گیرد. بنابراین هدف از انجام دادن پژوهش حاضر، پاســـخگویی به این پرسش بود که «آیا مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر) شهر بروجن موثر است؟»

روش

این پژوهش از نظر روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه مورد مطالعه همهٔ دانش‌آموزان دبیرســـتانی شهر بروجن در ســـال تحصیلی ۹۹- ۱۳۹۸ بوده است که

1. Ahmad Sabki
2. Abdel-Khalek & Lester
3. Abdullah

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

تقریبـــاً ۱۲۰۰ دانش‌آموز را در بر می‌گیرد. برای انجام دادن مداخله، از میان جامعهٔ آماری با اســـتفاده از نمونه‌گیری خوشـــه‌ای چندمرحله‌ای به‌صورت تصادفی از میان هفت مدرسه پسرانه مقطع دبیرستان در شهر بروجن دو مدرسه انتخاب شد، سپس همهٔ دانش‌آموزان این دو مدرسه پرسشنامه افسردگی بک[1] و پرسشنامه اســـتاندارد اضطراب بک[2] را تکمیل کردند و از میان دانش‌آموزانی که در آزمون افسردگی نوجوانان بک نمره بالاتر از ۷۵ و در آزمون اضطراب بک نمره بالاتر از ۲۵ دریافت کردند ۴۰ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌روش جایگزینی تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند.

هر دو گروه در پیش‌آزمون شـــرکت کردند، ســـپس گروه آزمایش روان‌درمانگری اســـلامی مبتنی بـــر کیفیت زندگی را برای ۱۰ جلســـه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردنـــد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. از آنجا که طبق این رویکرد رضایت و شـــادکامی در شـــانزده حوزهٔ مختلف کیفیت زندگی، خطی و جمع‌پذیر اســـت، بنابراین تغییر در هریک از حوزه‌ها، سبب تغییر در رضایت و شادکامی کلی فرد خواهد شد. تکنیکهایی که در حوزه کیفیت زندگی به‌کار می‌رود در اکثر شانزده حوزه کیفیت زندگی مشـــترک‌اند. با توجه به اینکه در یک دورهٔ درمان نمی‌توان به هر شـــانزده حوزه کیفیت زندگی پرداخت، بنابراین براســـاس ارزیابی از شـــرکت‌کنندگان، در این پژوهش حوزه‌های عزت‌نفس، اهداف و ارزشها، پول و داراییهای مادی حوزه‌هایی بودند که با نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش، به عنوان حوزه‌های هدف برای تغییر در نظر گرفته شدند.

ملاکهای ورود به پژوهش شـــامل: ۱. نمرهٔ بالاتر از ۷۵ در پرسشـــنامه افســـردگی بک و نمرهٔ بالاتر از ۲۵ در پرسشـــنامه اســـتاندارد اضطراب. ۲. اختلال ناشـــی از مصرف مواد یا بیماری پزشـــکی نبوده نباشـــد. همچنین ملاکهای خـــروج از پژوهش شـــامل ۱. غیبت بیش از دو جلســـه در گروه آزمایش. ۲. عدم تمایل شرکت در ادامه پژوهش بود.

برای تغییر در هریک از حوزه‌های انتخابی، از تکنیکهایی ویژه بهره‌گیری شده که برگرفته از الگوی اســـلامی روان‌درمانگری/آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ب) بوده و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمده است.

◉ ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک(BDI-۱۹۶۱): پرسشنامه افســـردگی کودکان و نوجوانان را بک و همکاران ســـاخته‌اند. این پرسشـــنامه دارای ۲۵ گویه است و بر اساس درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شـــده اســـت. برای محاسبه امتیاز کل پرسشـــنامه، نمره همه گویه‌های پرسشـــنامه با هم جمع می‌شـــود. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشـــنامه ۲۵ و ۱۲۵ است.

1. Beck Depression Inventory (BDI)
2. Beck Anxiety Inventory - BAI

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

هرچه امتیاز حاصل‌شـــده از این پرسشنامه بیشـــتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی خواهد بود و به‌عکس. در تحقیق رستگاری‌مقدم تاجی (۱۳۷۷) روایی صوری و همزمانی این ابزار را اســـاتید مورد تأیید قرار داده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشـــنامه بالاتر از ۰/۷ گزارش شـــده است. (فتحی‌آشـــتیانی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بک ۰/۸۷ به‌دست آمده که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است.

۲. پرسشنامه اســـتاندارد اضطراب بک(BAI-۱۹۸۸): این پرسشنامه مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اســـت که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را انتخاب می‌کند که نشـــان‌دهنده شـــدت اضطراب اســـت. در پرسشنامۀ بک چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ (اصلاً = صفر، خفیف = ۱، متوســـط =۲، شدید = ۳) نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از مواد آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در طیفی از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. هرچه امتیاز حاصل‌شـــده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشـــتر اضطراب خواهد بود و به‌عکس. این پرسشـــنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا ۰/۹۲)، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبســـتگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشـــخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشـــنامه استاندارد اضطراب بک ۰/۸۹ به‌دســـت آمده که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است.

۳. بسته آموزش/روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی

جدول ۱. محتوای بسته آموزش/ روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	● آشنایی اولیه با اعضای گروه، قواعد گروه، اهداف درمانی و دوره آموزشی، توافق با اعضا برای زمانهای برگزاری دوره درمان، ارزیابی اولیه، جمع‌بندی و بازخورد.
جلسه دوم	● مروری بر جلسه اول، تعریف و تبیین کیفیت زندگی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی، آشنایی با ابعاد کیفیت زندگی و درخت زندگی، بحث پیرامون حوزه‌های مشکل‌ساز زندگی اعضا و انتخاب حوزه‌هایی از کیفیت زندگی که از دیدگاه اعضای گروه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند بهبودند (حوزه‌های هدف)، جمع‌بندی و بازخورد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

جدول ۱. (ادامه)

جلسه	محتوای درمان
جلسه سوم	● مروری بر جلسه دوم، تعریف الگوی اسلامی درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی CASIO و پنج مؤلفهٔ آن، بحث در مورد وضعیت مؤلفه‌های مذکور در اعضای گروه، جمع‌بندی و بازخورد.
جلسه چهارم	● مروری بر جلسه سوم، معرفی راهبرد اول؛ تغییر شرایط(C) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر شرایط (C) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، جمع‌بندی و بازخورد.
جلسه پنجم	● مرور جلسه پیشین، معرفی راهبرد دوم؛ تغییر بازخوردها (A) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر بازخوردها (A) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، جمع‌بندی و بازخورد.
جلسه ششم	● مرور جلسه پیشین، ادامهٔ بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر بازخوردها (A) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، جمع‌بندی، بازخورد.
جلسه هفتم	● مرور جلسه پیشین، معرفی راهبرد سوم یعنی تغییر استانداردها (S) و بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر استانداردها (S) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، جمع‌بندی، بازخورد.
جلسه هشتم	● مرور جلسه پیشین، معرفی راهبرد چهارم؛ تغییر اولویتها (I) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر اولویتها (I) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، جمع‌بندی و بازخورد.
جلسه نهم	● مرور جلسه هشتم، معرفی راهبرد پنجم؛ افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، آشنایی با اصول کیفیت زندگی، بحث پیرامون اصول مهم و کاربرد آنها در افزایش رضایت از زندگی، جمع‌بندی،بازخورد.
جلسه دهم	● مرور کلی دوره درمان، بحث پیرامون چگونگی تعمیم استفاده از راهبردهای پنجگانه و اصول کیفیت زندگی در شرایط متفاوت زندگی واقعی، جمع‌بندی، پایان آموزش و اجرای پس‌آزمون.

یادآور می‌شود که بسته روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی نیز مطابق با نظر متخصصان حوزه و دانشگاه از روایی مطلوبی جهت استفاده در جامعه ایرانی برخوردار است (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ب).

۴. پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه را سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ب) تدوین کرده‌اند و نمره‌ای را به‌دست می‌دهد که رضایت کلی فرد را از زندگی نشان می‌دهد. رضایتمندی افراد از زندگی بر این است که چگونه نیازها، اهداف و آرزوهای آنها در حیطه‌های مهم زندگی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

برآورده شـــوند. طیف پیوستار پرسشنامه از ۶ تا ۶- است و پیوستار این پرسشنامه به این صورت است که میان ۱ تا ۶ کیفیت زندگی بالا و صفر کیفیت زندگی متوسط، از ۱- تا ۳- کیفیت زندگی پایین و از ۴- تا ۶- کیفیت زندگی بسیار پایین است.

نیمرخ رضایتمندی از زندگی کمک می‌کند تا کیفیت کلی زندگی فرد، با مشخص ساختن حیطه‌های خاص رضایتمندی و عدم رضایتمندی که در پیوستار پرسشنامه کیفیت زندگی به‌دست آمده است، شرح داده شود. تجارب بالینی حاکی از این است که هر رتبه منفی رضایتمندی، حیطه‌ای خاص از زندگی را نشان می‌دهد که فرد در آن زمینه می‌تواند مورد درمان قرار گیرد. رتبه‌های ۴- تا ۶- بیشترین توجه و فوریت را به خود اختصاص می‌دهد (فریش، ۲۰۰۶؛ ترجمه خمسه، ۱۳۹۸).

یافته‌ها

پیش از پرداختن به تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش، آماره‌های مربوط به متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات (میانگین، انحراف معیار) متغیرهای پژوهش

ابعاد متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	۸۰/۰۵	۷/۱۹	۷۳/۹۵	۵/۷۰
	کنترل	۸۲/۵۳	۶/۴۲	۸۱/۴۷	۵/۸۵
اضطراب	آزمایش	۳۹/۵۳	۶/۹۴	۳۴/۳۲	۳/۹۳
	کنترل	۳۹/۷۹	۶/۷۳	۴۰/۵۳	۵/۶۴

بر اســـاس نتایج جدول شـــمارۀ ۲، مداخله اســـلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، توانسته است منجر به تغییر یافتن میانگین نمرات افســـردگی و اضطراب دانش‌آموزان پســـر مقطع دبیرستان شهر بروجن در مرحله پس‌آزمون شـــود. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوتها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. به‌این‌منظور آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شده و نشـــان داده که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داده که مفروضۀ همگنی واریانسها نیز برقرار است. در نهایت بررسی تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل نشان از عدم معناداری این تعامل و برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون داشت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، برای بررسی اثربخشی مداخله بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شده که نتایج در ادامه گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر اضطراب و افسردگی

منبع	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	آزمون اثر پیلای	۰/۵۳۴	۱۸/۹۰۶	۲	۳۳	۰/۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۶۶	۱۸/۹۰۶	۲	۳۳	۰/۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۴۶	۱۸/۹۰۶	۲	۳۳	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۴۶	۱۸/۹۰۶	۲	۳۳	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که آماره آزمون اثر پیلای ($F = ۱۸/۹۰۶$) در متغیرهای اضطراب و افسردگی معنادار است ($p = ۰/۰۰۱$) و این بدان معناست که پس از حذف کردن اثرات پیش‌آزمون، تفاوتی معنادار میان نمرات ترکیبی متغیرهای وابسته در پس‌آزمون وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت که پس از انجام دادن مداخله، حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب یا افسردگی در گروههای آزمایش و کنترل تفاوت معنادار ایجاد شده است. اما برای فهم دقیق‌تر چگونگی تأثیر مداخله و پیگیری تفاوتها، از دو تحلیل جداگانهٔ آنکوا در متن مانکوا برای هریک از دو متغیر مورد بحث، استفاده شده است.

جدول ۴. تحلیل آنکوا در متن مانکوا برای بررسی اثربخشی مداخله بر افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
افسردگی	۳۴۱/۹۱	۱	۳۴۱/۹۱	۱۸/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
اضطراب	۳۵۳/۳۹	۱	۳۵۳/۳۹	۲۲/۲۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره که برای هر یک از متغیرهای پژوهش به‌صورت جداگانه انجام شده است، نشان می‌دهد که مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، پس از حذف کردن اثرات پیش‌آزمون سبب کاهش معنادار اضطراب ($F(۱ ، ۳۵) = ۲۲/۲۵ ، p = ۰/۰۰۱ ، \text{Partial } \eta^2 = ۰/۳۸$)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

و افسردگی (Partial ŋ۲ = ۰/۳۵ ، p = ۰/۰۰۱ ، F(۱ ، ۳۵) = ۱۸/۴۹) شده است. به این معنا که «مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی» منجر به کاهش معنادار نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش در هر دو متغیر مورد بررسی شده است. همچنین مداخلهٔ صورت‌گرفته، ۳۵ درصد از واریانس مربوط به نمرات پس‌آزمون افسردگی دانش‌آموزان و ۳۸ درصد از واریانس مربوط به اضطراب را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که افزایش کیفیت زندگی منجر به کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. نتایج مطالعه حاضر از نظر تأیید اثربخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی به‌صورت مستقیم با یافته سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ب) همسو و هماهنگ بوده و به‌طور غیرمستقیم با یافته‌های عسگری و همکاران (۱۳۹۷)، کجباف و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت و ماندنی (۱۳۹۴)، هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، احمدسبکی و همکاران (۲۰۱۹) و عبدالخالق و لستر (۲۰۱۷) همسو بوده است.

برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف، بر ارتباطات میان-فردی اثرگذار است و سبب می‌شود که فرد سازوکارهای مقابله و سازگاری ناموثر را به‌کار گیرد و در نتیجه موجب افزایش تنش در آنان می‌گردد و افزایش تنش با عوامل فیزیکی و شدت بیماری (افسردگی) ارتباط مستقیم دارد (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶).

تکنیکهایی که در روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به‌کار می‌روند، در اکثر شانزده حوزه کیفیت زندگی مشترک‌اند، از این رو برخی از آنان در افسردگی و برخی دیگر در اضطراب بیان خواهند شد.

در حوزهٔ عزت‌نفس تکنیک «ثبت موفقیت»، بازشناسی دستاوردها و تحسین خویشتن است که باید به‌صورت عادت درآیند. دانش‌آموزان به سبب کارهای کوچکی که هر روز انجام می‌دهند، به‌خود افتخار می‌کنند. آنها به‌محض اینکه کار درستی انجام می‌دهند یا به افکار خوشایندی می‌اندیشند، خود را تشویق می‌کنند. در کنار تکنیکهای برگرفته از رویکرد فریش، از آموزه‌های اسلامی، برای نمونه اصل «واقعیت‌شناسی دنیا» این است که ما باید آنچه را ممکن است و با اقتضائات زندگی هماهنگ است، بخواهیم. این، راه واقعی کردن انتظارات است و تکنیک «تنظیم نظام ارزیابی» که بر عاقبت‌اندیشی به‌جای حال‌اندیشی در ارزیابی رویدادها تأکید می‌شود.

در حوزهٔ عزت‌نفس برای پذیرش خویشتن، تکنیک «تجدیدنظر در خاطرات کودکی» و برای افزایش عزت‌نفس، تمرین کمک‌رسانی مورد استفاده قرار گرفته است. آموزه‌های اسلامی برای نمونه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

«خیرباوری» به‌منزلهٔ عامل بنیادین در ایجاد نشـــاط تبیین شده و تکنیک «تنظیم نظام ارزیابی» با هدف اصلاح نظام ارزیابی افراد و نزدیک کردن آن به نظام ارزیابی خیرگرا به شـــرکت‌کنندگان آموزش داده شده است.

در حوزهٔ اهداف و ارزشـــها، تمرین «ســـاعت شنی» مؤثر است. ساعت شنی کوچکی روی میز یا جایی پیش چشـــم افراد قرار می‌گیرد که یادآوری‌کنندهٔ کوتاه بودن عمر اســـت. به‌این ترتیب آنان ضرورت پیگیری اهداف خود در لحظه حال و امروز را بهتر تشـــخیص می‌دهند. همچنین از تکنیکهایی چون آرام‌سازی، زمان گریستن، واژه‌نامه احساسات و روز بهداشت روانی نیز بهره‌گیری شده است. تکنیکهای آموزه‌های اسلامی، همچون تکنیک «اصل تنظیم رغبت» حالتی را برای فرد به‌وجود می‌آورد که او را از نوســـانات و تغییرات زندگی دنیا آزاد می‌کند، از این رو ســـلامت روان انسان به مخاطره نمی‌افتد. نتیجهٔ این وضعیت دست یافتن به آسایش و کاستن از فشارهای روانی است.

در حوزهٔ اهداف و ارزشها، تمرین «کسب بینش»، «اصل زمان مرگ و عزیمت»، اصل «بایدها و خواستها»، تکنیک «ترسناک‌ترین آگهی ترحیم من» و اصل «خوب اما نه بزرگ» برای شناخت اهداف و ارزشـــهای مراجعان به‌کار گرفته شد. اصل «آموزش مدیریت مقایسه‌ها» نیز به‌کار گرفته شـــد. در این اصل به افراد آموزش داده شده تا براساس دستورات تعالی‌بخش دین، در امور مادی از مقایسهٔ نزولی (مقایسه با پایین‌دست) و در امور معنوی از مقایسهٔ صعودی (مقایسه با بالادست) بهره گیرند و رغبتها تنظیم شده است.

در حوزه پول و معیارهای زندگی با تأکید بر اصولی چون «پول تنها حلال مشـــکلات نیست» و «ســـبک زندگی متعادل» تلاش شده تا اهمیت حوزه‌های دیگر زندگی در برابر پول و داراییهای مادی برجســـته شود. همچنین با استناد به آموزه‌های اسلامی و اصول و تکنیکهایی چون «اصلاح تفســـیر از مالکیت»، به افراد آموزش داده شـــد که معیارهای منطقی‌تری را برای پول و داراییهای مادی خود برگزینند که این خود یکی از قوانین تنظیم روزی زندگی اســـت که بر اساس مصلحت انسان از سوی خداوند متعال صورت می‌گیرد و به‌عنوان تقدیر روزی از آن یاد می‌شود.

در حـــوزه پول و معیارهای زندگی با تأکید بر اصولی مانند «با پول نمی‌توان عشـــق خرید»، «شـــادکامی می‌تواند به کســـب پول بیشتر بینجامد» و «اصل ســـود بانکی» تلاش شده است تا اهمیت حوزه‌های دیگر زندگی در برابر پول و داراییهای مادی برجســـته شوند. همچنین با استناد به آموزه‌های اســـلامی و اصول و تکنیکهایی چون خیرباوری، تنظیم الگوی روزی، اصلاح تفسیر از فقر و غنا و آموزش مدیریت مقایسه‌ها به افراد آموزش داده شده است که معیارهایی منطقی‌تر را برای پول و داراییهای مادی خود برگزینند.

بررســـی منابع مطالعاتی دردسترس نشـــان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

اثربخشـــی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر بهبود اضطراب وجود ندارد، هر چند در چندین پژوهش به تأثیر درمانهای مبتنی بر معنویت و دین بر کاهش اضطراب و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی اشاره شده است. نتایج پژوهش نشان داد که افزایش کیفیت زندگی منجر به کاهش اضطراب در گروه آزمایش شـــده اســـت. بنابر این نتایج حاصل از این فرضیه به‌صورت غیرمســـتقیم با یافته‌های جلیلیان و همکاران (۱۳۹۸)، عســـگری و همکاران (۱۳۹۷)، کجباف و همکاران (۱۳۹۶)، ســـعادت و ماندنی (۱۳۹۴)، هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، عبدالخالق و لســـتر (۲۰۱۷) و عبدالله و همکاران (۲۰۱۳) همسوست.

روان‌درمانگری اســـلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، اضطـــراب دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. در نتیجـــه دانش‌آموزان مشـــکلاتی را که در زندگی دارند در نظـــر می‌گیرند و به‌جای دامن زدن به اضطراب با درک درست و واقع‌بینانه از سطح کیفیت زندگی و رویکرد اسلامی، مشکلات خویش را به‌وضوح مشاهده خواهند کرد. این امر سبب به‌وجود آمدن رویکرد مثبت و نگرش خوش‌بینانه به زندگی می‌شـــود و از این طریق فرد برای تغییرات زندگی با ملایمت ترغیب می‌شود و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب اضطراب را اصلاح و سطح کیفیت‌زندگی را بالا می‌برد و در نتیجه میزان اضطراب خود را کاهش می‌دهد.

مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، دیدگاهی کل‌نگر نسبت به انسان، زندگی، سلامتی و رضایتمنـــدی از زندگی دارد و با تلفیق CBT، روانشناســـی مثبت و درمانهای مذهبی/ معنوی به‌خوبی این نگاه فراگیر را نشان می‌دهد. این روش درمانی به‌گونه‌ای طراحی شده است که از سویی با رویدادهای روزمره و بافت واقعی زندگی فرد ســـروکار دارد و از ســـوی دیگر تکنیکها، اصول و تکالیف درمانی آن مستلزم درگیری شناختی و چالشهای فکری جدی برای فرد است و از رهگذر همین چالشهای شـــناختی، به فرد کمک می‌کند که ارزیابی شناختی خود را از میزان رضایت از زندگی بازنگری کند و در نتیجه عواطف مثبت و منفی نیز که با رضایت از زندگی یا همان کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارند، به تعادل نزدیک شـــوند و باعث کاهش بیماریهای روانی از جمله افسردگی و اضطراب گردد (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ب).

بـــا جمع‌بنـــدی یافته‌های این پژوهـــش می‌توان گفت کـــه این رویکرد آموزشـــی و درمانی به‌دانش‌آموزان کمک کرده اســـت که با آشـــنایی با ۱۶ حیطهٔ کیفیت زندگی و رویکرد اسلامی و ارزیابـــی آن حیطه‌هـــا و نیاز آنها به آموزش و درمان در ســـه حیطهٔ کیفیت زندگی و حوزه‌های اسلامی از طریق مدل CASIO، ارزش‌گذاری خود را در هر حوزه به تعادل برسانند و تغییرات را در افسردگی و اضطراب خود در عمل تجربه کنند. دانش‌آموزان با رویکرد روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، با تأکید بر معنا و هدف در زندگی یاد گرفته‌اند که زندگی ارزشـــمند و هدفمند، می‌تواند بازتعریف شـــود و اســـتانداردها و اولویتهای جدیدی داشته باشد. همچنین این

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

رویکرد بایدهایی جدید را برای دانش‌آموزان خلق کرده که موجب کاهش افسردگی و اضطرابشان شده است. بنابراین دانش‌آموزان با ایجاد تعادل میان حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد و بایدها و استانداردهای جدید به‌وجود آمده و رشد همه ابعاد زندگی، توانسته‌اند میزان کیفیت زندگی را افزایش دهند و در پی آن میزان افسردگی و اضطرابشان را کاهش دهند.

هر پژوهش دارای محدودیتهایی است. این پژوهش نیز با محدودیتهایی چون تعمیم نیافتن نتایج به دانش‌آموزان دختر و نیز شهرهای دیگر مواجه است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش دربارهٔ سایر ارگانها و دانش‌آموزان دختر و دیگر شهرها اجرا شود.

پیشنهادهای کاربردی

۱. با توجه به آموزه‌های عمیق و حیات‌بخش اسلامی که بخشی اساسی از این رویکرد را شامل می‌شود و با عنایت به نیاز مبرم جامعه به‌ویژه نوجوانان و جوانان به نگاههای نو و علمی به‌مذهب و کاربردی کردن آن در زندگی، این رویکرد می‌تواند به‌عنوان رویکردی آموزشی برای ارتقای بهداشت روان و پیشگیری اولیه در مدارس و دانشگاهها مورد استفاده قرار گیرد.

۲. پیشنهاد می‌شود که مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به مشاوران مدارس، مشاوران و درمانگران شاغل در مراکز مشاوره آموزش داده شود تا بتوانند از این طریق، گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان و افراد جامعه بردارند و در طولانی مدت از این رویکرد بهره‌مند شوند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

منابع

REFERENCES

آفتاب، رویا. (۱۳۹۵). نقش میانجیگر دشـــواری‌های بین‌فردی در رابطه بین اجتناب تجربی با افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰ (۴)، ۵۲۳-۵۴۲.

جباری، مهسا؛ شهیدی، شهریار و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطـــراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. *مجله روانپزشـــکی و روانشناســـی بالینی ایران*، ۲۰ (۴)، ۲۸۷-۲۹۶.

جلیلیان، فاطمه؛ میرمهدی، ســـیدرضا و عبدالهی، عظیمه. (۱۳۹۸). اثربخشـــی آموزش معنویت‌درمانی بر اضطراب وجودی در دانش‌آموزان. *فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱ (۱)، ۴۴-۵۷.

رستگاری‌مقدم تاجی، اشرف. (۱۳۷۷). *بررســـی رابطه اولین قاعدگی با بروز اضطراب و افسردگی در دختران دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۵ ساله مدارس راهنمایی دولتی شهر مشهد در سال ۷۷-۷۶*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

زارعی‌پور، مرادعلی؛ زارعی‌پور، قربانعلی؛ علی‌نژاد، مهین؛ محرمی، فاطمه و عبدالکریمی، مهدی. (۱۳۹۸). بررســـی استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن با موفقیت تحصیلی در نوجوانان شهرستان سلماس. *فصلنامه پرستاری کودکان*، ۵ (۳)، ۳۷-۴۲.

ســـعادت، مهرناز و ماندنی، بتول. (۱۳۹۴). بررســـی رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی و سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان. *فصلنامه علمی- پژوهشی مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۱ (۱)، ۹۰– ۱۰۶.

ســـیفی‌گندمانی، محمدیاســـین؛ جان‌بزرگی، مســـعود؛ علیپور، احمد و علی‌اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۵الف). اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور اســـتان چهارمحال و بختیاری. *طلوع بهداشـــت، دو ماهنامه علمی پژوهشـــی دانشـــکده بهداشت یزد*، ۱۵ (۱)، ۲۲۴- ۲۳۹.

ـــــــــــــــ. (۱۳۹۵ب). الگوی اسلامی روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۹ (۱)، ۵۱- ۶۸.

عســـگری، محبوبه؛ محمدی، حسین؛ رادمهر، حامد و جهانگیر، امیرحسین. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴ (۲)، ۲۹-۴۱.

فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۹). *آزمونهای روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، چاپ سوم. تهران: انتشارات بعثت.

فریش، مایکل. (۲۰۰۶). *روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی*، ترجمه اکرم خمســـه، جلد اول، چاپ ســـوم (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.

کجباف، محمدباقر؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر و رزازیان، نازنین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت‌زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۱)، ۲۱-۳۸.

نرمایون، نوشین؛ جوادی، محمدحسن و زارعی‌پور، مرادعلی. (۱۳۹۶). مقایسه سطح سلامت روان در زنان زندانی و غیر زندانی شهر ارومیه. *فصلنامه پرستاری گروههای آسیب‌پذیر*، ۴ (۱۰)، ۴۴ -۵۴.

هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مســـعود. (۱۳۸۸). اثربخشـــی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۲ (۲)، ۷۱-۱۰۴.

یزدانی، فریدون. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمان‌گری بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان مدارس ابتدایی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۴)، ۲۳۵-۲۴۶.

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2017). The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences, 109,* 12-16.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

Abdullah, C. H. B., Abidin, Z. B. Z., Hissan, W. S. M., Kechil, R., Razali, W. N., & Zin, M. Z. M. (2013). The effectiveness of generalized anxiety disorder intervention through Islamic psychotherapy: The preliminary study. *Asian Social Science, 9*(13),157-162 .

Ahmad Sabki, Z., Sa'ari, C. Z., Seyed Muhsin, B., Kheng, G. L., Hatim Sulaiman, A., & Koenig, H. G. (2019). Islamic integrated cognitive behavior therapy: A shari'ah-compliant intervention for Muslims with depression. *Malaysian Journal of Psychiatry, 28*(1), 29-38.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Pub, Inc.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 893-897.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of Postgraduate Medicine, 64*(2), 75-76.

De Lijster, J. M., Dieleman, G. C., Utens, E. M. W. J., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F. C., & Legerstee, J. S. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 230*, 108-117.

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth, 25*(1), 79-93.

Kim, Y.-K., & Han, K.-M. (2021). Neural substrates for late-life depression: A selective review of structural neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 104,* 110010.

Mental Health Foundation. (2018). *Children and young people.* Retrieved from https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/children-and-young-people

Newman, B. M., & Newman, P. R. (2009). *Development through life: A psychological approach* (3rd ed.). Stamford: Cengage Learning.

Royal Society for Public Health & Young Health Movement. (2017). *#StatusOfMind: Social media and young people's mental health and wellbeing.* RSPH, London. Retrieved from https://www.rsph.org.uk/uploads/assets/uploaded/62be270a-a55f-4719-ad668c2ec7a74c2a.pdf

Wiedemann, K. (2015). Anxiety and anxiety disorders. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed. pp. 804-810). Oxford: Elsevier.

World Health Organization. (n.d.). *Adolescent Health.* Available at: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]