

# اثر بخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر) شهر بروجن\*

✦ حمیدرضا فرجی‌وستگانی<sup>۱</sup> ✦ دکتر محمد یاسین سیفی‌گندمانی<sup>۲</sup>

## چکیده:

هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان 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 به صورت تصادفی انتخاب شدند و به روش جایگزینی تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، مداخله درمانی را دریافت کردند، در حالی که 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.

کلیدواژه‌گان: 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 نویسنده 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

## 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<sup>۱</sup>، 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 به ترتیب اختلال اضطراب و افسردگی است (بنیاد بهداشت روان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). طبق گزارش انجمن سلطنتی بهداشت عمومی و جنبش سلامت جوانان<sup>۳</sup> (۲۰۱۷)، شیوع اضطراب و افسردگی در ۲۵ سال گذشته در جوانان و نوجوانان ۷۰ درصد افزایش یافته است (هتریک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از کلس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

اضطراب هیجانی پایه‌ای است که اجزای عاطفی، ادراک‌های حسی و شناختی را در بردارد (ویدمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). اضطراب نشانه 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<sup>۷</sup>، 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<sup>۸</sup> بالاتر در ارتباط است. همچنین مشکلات اجتماعی و تحصیلی از پیامدهای واضح اختلالات اضطرابی است (دلیستر<sup>۹</sup> 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<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۳)، اختلال افسردگی به منزله یک مسئله روانی تعریف شده است که در آن شخص به گونه‌ای پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیتها برای دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند. افسردگی به منزله 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

بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (مولن<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). مشکلات هیجانی، مانند افسردگی و اضطراب، سبب کاهش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شوند. طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت (جباری و همکاران، ۱۳۹۳).

سلامت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روشهایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری پیدا کنند و راههایی مطلوب‌تر را برای حل مشکلات 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 روانی اجتماعی رنج می‌برند که تعداد قابل توجهی از آنها با کاربرد روشهای ساده و عملی، درمان‌پذیرند. بر اساس بررسیهای انجام‌شده، اختلالات روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و معنادارترین بخش از کل بیماریهاست (نرمایون، جواد و زارعی‌پور، ۱۳۹۶).

روان‌درمانگری/آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی رویکردی نو به روان‌شناسی مثبت‌نگر است (سیفی‌گندهانی و همکاران، ۱۳۹۵ ب). این درمان در ۱۶ حیطه ارتقا‌ارائه‌شده که این حیطه‌ها عبارت‌اند از: بهداشت و سلامت جسمانی<sup>۳</sup>، عزت‌نفس<sup>۴</sup>، اهداف و ارزشها<sup>۵</sup>، پول و داراییهای مادی<sup>۶</sup>، شغل<sup>۷</sup>، تفریح و سرگرمی<sup>۸</sup>، یادگیری<sup>۹</sup>، خلاقیت<sup>۱۰</sup>، کمک و یاری‌رساندن<sup>۱۱</sup>، عشق<sup>۱۲</sup>، دوستان<sup>۱۳</sup>، کودکان<sup>۱۴</sup>، خویشاوندان<sup>۱۵</sup>، خانه<sup>۱۶</sup>، جامعه<sup>۱۷</sup> و اطرافیان<sup>۱۸</sup>. درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت

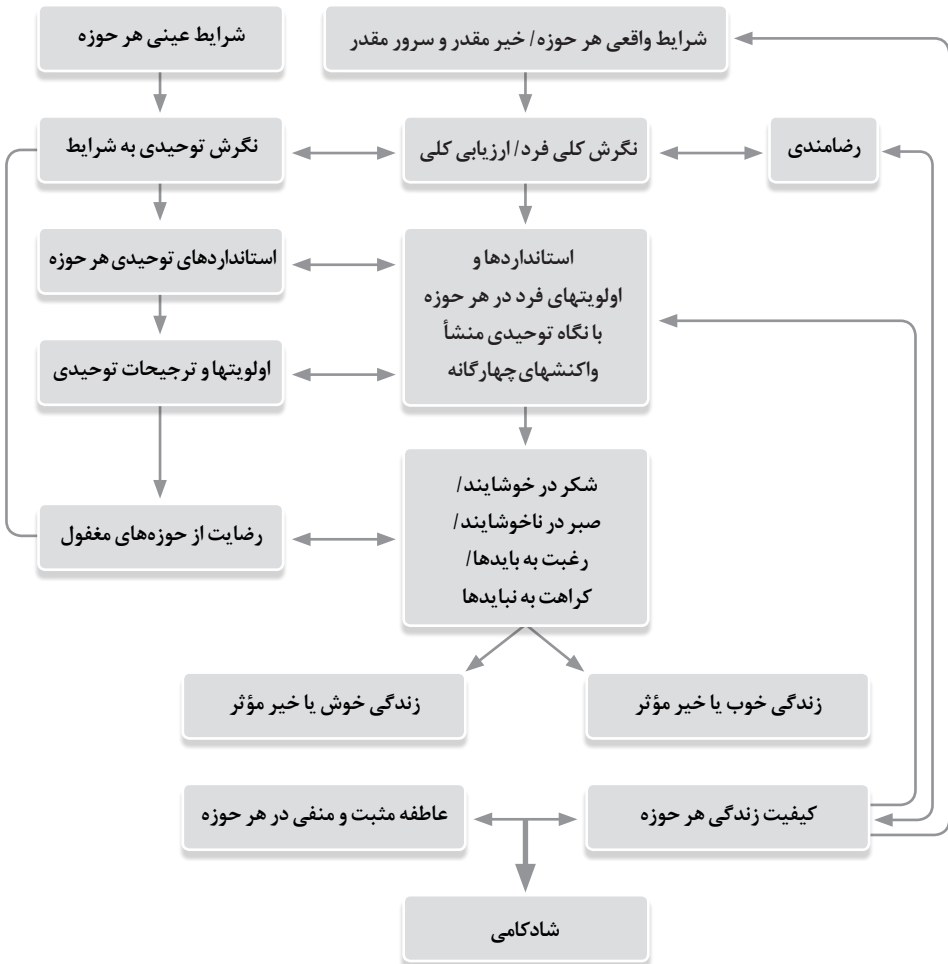
1. Mullen
2. Kim & Han
3. Health
4. Self-esteem
5. Goals & values
6. Money and materials
7. Job
8. Entertainment
9. Learning
10. Creativity
11. Helping
12. Love
13. Friends
14. Children
15. Relatives
16. Home
17. Community
18. Neighborhood

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 می‌شود (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵). این رویکرد با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای رضایت از زندگی از مدل پنج راهه CASIO استفاده می‌کند. راهبردهای پنجگانه این الگو عبارت‌اند از: ویژگیها<sup>۱</sup> یا شرایط عینی یک حوزه، چگونگی ادراک<sup>۲</sup> و تفسیر شرایط یک حوزه از سوی شخص، ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای<sup>۳</sup> تحقق‌یافته یا موفقیتها، ارزش یا اهمیتی<sup>۴</sup> که شخص در زمینه شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد و بالاخره رضایت کلی<sup>۵</sup> در دیگر حوزه‌های زندگی که دغدغه فعلی فرد نیستند یا به هر دلیل مغفول واقع شده‌اند (فریش، ۲۰۰۶؛ ترجمه خنجر، ۱۳۹۸).

با توجه به دیدگاه‌های نو نسبت به درمان، پرداختن به نقش معنویت و مذهب به‌منزله یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فرهنگ در روان‌درمانگری به‌ویژه در جامعه ایران ضروری به‌نظر می‌رسد. روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی (IS-QOLT) که سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵) تدوین کرده‌اند، در پاسخ به همین نیاز شکل گرفته است. الگوی ارتقای کیفیت زندگی کلی از دیدگاه اسلام، در گرو حرکت از خیر و سرور مقدر به سوی «زندگی خوب/خیر مؤثر» و «زندگی شاد / سرور مؤثر» در هر یک از حوزه‌های شانزده‌گانه است. خیر و سرور مقدر همان شرایط واقعی زندگی فرد در هر حوزه (C) است که در صورت واکنش توحیدی فرد می‌تواند او را به کیفیت‌زندگی برتر رهنمون شود، 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 براساس چارچوب کلی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش و افزودن آموزه‌های اسلامی به این رویکرد شکل گرفته است. در الگوی اسلامی CASIO، معنویت، که در دین و مبانی خداشناسی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که تمامی حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به لحاظ ماهوی نیز، نگرشها، استانداردها و اولویتها فرد همگی با درون‌مایه الهی شکل می‌گیرند، از این رو می‌توان الگوی اسلامی CASIO را به‌صورت شکل شماره ۱ ترسیم نمود (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵).

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



شکل ۱. الگوی اسلامی CASIO

تنها پژوهش منتشر شده‌ای که در آن مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به کار گرفته شده باشد، پژوهش سیفی گندهانی 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 افسردگی 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 مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان

مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی پرداختند، نشان داده که هر دو این روشها سبب کاهش میزان پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی شده است. پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۹۷) حکایت از آن دارد که روان‌درمانی معنوی - مذهبی پس از دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب در سالمندان شده است. با توجه به پژوهش جلیلیان و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان گفت که آموزش معنویت درمانی در کاهش اضطراب وجودی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. پژوهش سعادت و ماندنی (۱۳۹۴) بیانگر آن است که میان التزام به تعالیم اسلامی و افسردگی و اضطراب از لحاظ آماری رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به این ترتیب این نتیجه حاصل شده که هر چه میزان التزام به تعالیم اسلامی در میان دانش‌آموزان بیشتر باشد، سطح افسردگی و اضطراب در آنان کمتر است. نتیجه پژوهش هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸) نشان داده که درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های بالینی و شخصیت در مددجویان زندان مرکزی قم تأثیری معنادار داشته است. از میان مطالعاتی که در زمینه تأثیر مذهب روی گروههای متفاوت و متغیرهای مختلف انجام شده است، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: پژوهش احمدسبکی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده که رفتار درمانی شناختی یکپارچه مذهبی در ده جلسه‌ای که انجام شده بود، در کاهش علائم افسردگی بیماران مؤثر بوده است. نتایج پژوهش عبدالخالق و لستر<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) روی دانشجویان نشان داده که دینداری و مذهبی بودن تأثیر مثبت بر شادکامی، خودکارآمدی و سلامت روان دارند. نتایج پژوهش عبدالله<sup>۳</sup> 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 شود، لازم است مداخلاتی برای کاهش آنها انجام گیرد. بنابراین هدف از انجام دادن پژوهش حاضر، پاسخگویی به این پرسش بود که «آیا مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر) شهر بروجن مؤثر است؟»

## روش

این پژوهش از نظر روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه مورد مطالعه همه دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بروجن در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بوده است که

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

تقریباً ۱۲۰۰ دانش‌آموز را در بر می‌گیرد. برای انجام دادن مداخله، از میان جامعه آماری با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت تصادفی از میان هفت مدرسه پسرانه مقطع دبیرستان در شهر بروجن دو مدرسه انتخاب شد، سپس همه دانش‌آموزان این دو مدرسه پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> و پرسشنامه استاندارد اضطراب بک<sup>۲</sup> 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 به صورت تصادفی انتخاب شدند و به روش جایگزینی تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند.

هر دو گروه در پیش‌آزمون شرکت کردند، سپس گروه آزمایش روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی را برای ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. از آنجا که طبق این رویکرد رضایت و شادکامی در شانزده حوزه مختلف کیفیت زندگی، خطی و جمع‌پذیر است، بنابراین تغییر در هر یک از حوزه‌ها، سبب تغییر در رضایت و شادکامی کلی فرد خواهد شد. تکنیک‌هایی که در حوزه کیفیت زندگی به کار می‌رود در اکثر شانزده حوزه کیفیت زندگی مشترک‌اند. با توجه به اینکه در یک دوره درمان نمی‌توان به هر شانزده حوزه کیفیت زندگی پرداخت، بنابراین براساس ارزیابی از شرکت‌کنندگان، 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 شامل: ۱. نمره بالاتر از ۷۵ در پرسشنامه افسردگی بک و نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه استاندارد اضطراب. ۲. اختلال ناشی از مصرف مواد یا بیماری پزشکی نبوده نباشد. همچنین ملاکهای خروج از پژوهش شامل ۱. غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش. ۲. عدم تمایل شرکت در ادامه پژوهش بود.

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

### ● ابزارهای پژوهش

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

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

هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی خواهد بود و به‌عکس. در تحقیق رستگاری‌مقدم تاجی (۱۳۷۷) روایی صوری و همزمانی این ابزار را اساتید مورد تأیید قرار داده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ گزارش شده است. (فتحی‌آشتیانی، 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 استاندارد اضطراب بک (BAI-۱۹۸۸): این پرسشنامه مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را انتخاب می‌کند که نشان‌دهنده شدت اضطراب است. در پرسشنامه بک چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ (اصلاً = صفر، خفیف = ۱، متوسط = 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 حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر اضطراب خواهد بود و به‌عکس. این پرسشنامه 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 همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی 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 پرسشنامه استاندارد اضطراب بک ۰/۸۹ به‌دست 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.



جدول ۱. (ادامه)

جلسه	محتوای درمان
جلسه سوم	● مروری بر جلسه دوم، تعریف الگوی اسلامی درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی CASIO و پنج مؤلفه 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، ادامه 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 روابی 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

برآورده شوند. 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 خمه، 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 اساس نتایج جدول شماره ۲، مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، توانسته است منجر به تغییر یافتن میانگین نمرات افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر بروجن در مرحله پس‌آزمون شود. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوتها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. به‌این منظور آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شده و نشان داده که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داده که مفروضه 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.

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 پیلاي	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 پیلاي ( $F = ۱۸/۹۰۶$ ) 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 جداگانه آنکوا در متن مانکوا برای هر یک 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	مجذورات ای 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 ( $\text{Partial } \eta^2 = ۰/۳۸$ ،  $p = ۰/۰۰۱$ ،  $F(۱, ۳۵) = ۲۲/۲۵۷$ )

و افسردگی ( $F(1, 35) = 18/49, p = 0/001, \eta^2 \text{Partial} = 0/35$ ) 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 مداخله صورت گرفته، 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 به صورت مستقیم با یافته سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵) ب) همسو و هماهنگ بوده و به طور 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 ساز و کارهای مقابله و سازگاری نامؤثر را به کار 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 به کار 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 حوزه عزت‌نفس تکنیک «ثبث موفقیت»، بازشناسی دستاوردها و تحسین خویشتن است که باید به صورت عادت درآیند. دانش‌آموزان به سبب کارهای کوچکی که هر روز انجام می‌دهند، به خود افتخار می‌کنند. آنها به محض 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 به جای حال‌اندیشی در ارزیابی رویدادها تأکید می‌شود.

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

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

در حوزهٔ اهداف و ارزشها، تمرین «ساعت شنی» مؤثر است. ساعت شنی کوچکی روی میز یا جایی پیش چشم افراد قرار می‌گیرد که یادآوری‌کنندهٔ کوتاه بودن عمر است. به این ترتیب آنان ضرورت پیگیری اهداف خود در لحظه حال و امروز را بهتر تشخیص می‌دهند. همچنین از تکنیکهایی چون آرام‌سازی، زمان‌گریستن، 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 نوسانات و تغییرات زندگی دنیا آزاد می‌کند، از این رو سلامت 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 ارزشهای مراجعان به کار گرفته شد. اصل «آموزش مدیریت مقایسه‌ها» نیز به کار گرفته شد. در این اصل به افراد آموزش داده شده تا براساس دستورات تعالی بخش دین، در امور مادی از مقایسهٔ نزولی (مقایسه با پایین‌دست) و در امور معنوی از مقایسهٔ صعودی (مقایسه با بالادست) بهره‌گیرند و رغبت‌ها تنظیم شده است.

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

در حوزه پول و معیارهای زندگی با تأکید بر اصولی مانند «با پول نمی‌توان عشق خرید»، «شادکامی می‌تواند به کسب پول بیشتر بینجامد» و «اصل سود بانکی» تلاش شده است تا اهمیت حوزه‌های دیگر زندگی در برابر پول و داراییهای مادی برجسته شوند. همچنین با استناد به آموزه‌های اسلامی 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.

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه

اثربخشی 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 شده است. بنابر این نتایج حاصل از این فرضیه به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های جلیلیان و همکاران (۱۳۹۸)، عسگری و همکاران (۱۳۹۷)، کجاف و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت و ماندنی (۱۳۹۴)، هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، عبدالخالق و لستر (۲۰۱۷) و عبدالله و همکاران (۲۰۱۳) همسوست.

روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، اضطراب دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. در نتیجه دانش‌آموزان مشکلاتی را که در زندگی دارند در نظر 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 می‌شود 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 رضایتمندی از زندگی دارد و با تلفیق CBT، روانشناسی 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 سروکار دارد و از سوی دیگر تکنیکها، اصول و تکالیف درمانی آن مستلزم درگیری شناختی و چالشهای فکری جدی برای فرد است و از رهگذر همین چالشهای شناختی، 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 شوند و باعث کاهش بیماریهای روانی از جمله افسردگی و اضطراب گردد (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ ب).

با جمع‌بندی یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که این رویکرد آموزشی و درمانی به‌دانش‌آموزان کمک کرده است که با آشنایی با ۱۶ حیطه کیفیت زندگی و رویکرد اسلامی و ارزیابی آن حیطه‌ها و نیاز آنها به آموزش و درمان در سه حیطه 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 ارزشمند و هدفمند، می‌تواند بازتعریف شود و استانداردها و اولویتهای جدیدی داشته باشد. همچنین این

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 به وجود 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 درباره 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 به مذهب 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.

- آفتاب، رویا. (۱۳۹۵). نقش میانجیگر دشواری‌های 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 اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰ (۴)، ۲۸۷-۲۹۶.
- جلیلیان، فاطمه؛ میرمهدی، سیدرضا و عبدالهی، عظیمه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر اضطراب وجودی در دانش‌آموزان. *فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱ (۱)، ۴۴-۵۷.
- رستگاری مقدم تاجی، اشرف. (۱۳۷۷). بررسی رابطه اولین قاعدگی با بروز اضطراب و افسردگی در دختران دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۵ ساله مدارس راهنمایی دولتی شهر مشهد در سال ۷۶-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- زارعی‌پور، مرادعلی؛ زارعی‌پور، قربانعلی؛ علی‌نژاد، مهین؛ محرمی، فاطمه و عبدالکریمی، مهدی. (۱۳۹۸). بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن با موفقیت تحصیلی در نوجوانان شهرستان سلماس. *فصلنامه پرستاری کودکان*، ۵ (۳)، ۳۷-۴۲.
- سعادت، مهرناز و ماندنی، بتول. (۱۳۹۴). بررسی 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.
- سیفی‌گندمانی، محمدیاسین؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد و علی‌اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۵ الف). اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری. *طلوع بهداشت، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۱۵ (۱)، ۲۲۴-۲۳۹.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۹۵ ب). الگوی اسلامی روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۹ (۱)، ۵۱-۶۸.
- عسگری، 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 ختمسه، جلد اول، چاپ سوم (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، مسعود. (۱۳۸۸). اثربخشی 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 (۲۴)، 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.



- 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](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)