

Comparison of spirituality in women with depression, anxiety and normal people

Fereshteh Hajmohammadi, M. A

psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Hamidtaher Neshatdoost . Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

The present study compared the spirituality of three group of women with depression, anxiety and normal control. The subjects consisted of women with depression, anxiety and normal. With the use of available sampling 30 depressed women and 30 anxious women who referred to consulting centers in Isfahan in year 2014, were referred to the researchers; Also 30 normal women without the history of psychiatric disorders were selected. The questions were consisted of the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and the Spirituality tendency inventory. Results of analysis of variance showed the difference between the three groups of depressed, anxious and normal people was significant in spirituality ($p < 0.01$). Also, the spirituality of normal women were higher than women with depression or anxiety ($p < 0.04$). But there was no significant difference between the two group depressed and anxious ($p < 0.01$).

Keywords: spirituality, depression, anxiety, women

مقایسه معنویت در زنان مبتلا به افسردگی، اضطراب و افراد بهنجار

فرشته حاج محمدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

(خوراسگان)، اصفهان، ایران

حمیدطاهر نشاطدوست*

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

پژوهش به مقایسه معنویت سه گروه از زنان با افسردگی، اضطراب و بهنجار پرداخته است. طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به افسردگی، اضطراب و بهنجار بود. بدین منظور با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زن افسرده و ۳۰ زن مضطرب که در سال ۱۳۹۲ به مراکز مشاوره روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه کرده و به پژوهشگر ارجاع داده شدند؛ همچنین ۳۰ زن سالم که سابقه هیچ‌گونه اختلال روان‌پزشکی نداشتند، انتخاب شدند. پرسشنامه‌های افسردگی (بک، ۱۹۹۶)، اضطراب (بک، ۱۹۸۸) و گرایش معنوی (شریفی و همکاران، ۱۳۸۷) بر روی نمونه اجرا گردید. نتایج تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد تفاوت بین سه گروه افسرده، مضطرب و بهنجار در میزان معنویت از نظر آماری معنادار است ($p < 0.01$). همچنین میزان معنویت زنان دارای افسردگی و زنان دارای اضطراب به‌طور معناداری پایین‌تر از زنان بدون سابقه اختلالات روان‌پزشکی بود ($P < 0.04$)؛ اما بین دو گروه افسرده و مضطرب تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0.01$).

واژه‌های کلیدی: معنویت، افسردگی، اضطراب، زنان

مقدمه

محققان آزمایش‌های جالبی انجام داده‌اند که نشان می‌دهد انسان علاوه بر نیازهای زیستی و روانی صرف که مربوط به جنبه‌های فیزیولوژیک و امور پیش پا افتاده زندگی و عشق و ارتباط با دیگران است، از یکسری نیازهای برتر مانند نیاز به عبادت، پرستش و ارتباط معنوی با خدا نیز برخوردار است (شجاعی، ۱۳۸۶).

اهمیت معنویت^۵ و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. به‌گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی^۶ اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (وست، ۱۳۸۳؛ هیل و هود^۷، ۱۹۹۹). معنویت از واژه لاتین اسپیریتاس^۸ گرفته شده است که به معنای نفس زندگی^۹ است (شریفی، مهربانی، کلانتری و مفتاح، ۱۳۸۷).

بیکر^{۱۰}، معنویت را آن چیزی که به همه مسائل زندگی معنا می‌بخشد؛ تعریف می‌کند. او معتقد است که معنویت، تمرکز بر یک باور یا رابطه با یک نیروی متعالی است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۷). معنویت جنبه‌ای از زندگی است که به آن هدف، معنا و شیوه عملکرد می‌دهد. نکته مهم این است که بین مذهب به‌عنوان یک نهاد یا سازمان و معنویت باید تمایز قائل شد (پترسون و سلینگمن^{۱۱}، ۲۰۰۴). زینباور، پارگامنت و کوت^{۱۲} (۱۹۹۷) و ماتیس^{۱۳} (۲۰۰۲) اظهار می‌کنند که مذهبی بودن، عقیده‌ای است که درجه‌ای از پذیرش افراد در فعالیت‌های عمومی و خصوصی عبادت کردن را نشان می‌دهد، در مقابل معنویت به توصیف ارتباط‌های خصوصی و صمیمی بین انسان و خدا اطلاق می‌شود.

معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و سخت رویی^{۱۴} هر دو مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و

اضطراب و افسردگی به‌عنوان دو اختلال مهم که سلامت روانی فرد را به مخاطره می‌اندازد شناخته شده و شیوع افسردگی حدود ۲/۳ الی ۳/۷ درصد کل جمعیت ذکر شده است، به‌گونه‌ای که تقریباً ۶ درصد افراد در طول عمر خود حداقل یک‌بار به آن مبتلا می‌شوند. اختلال‌های اضطرابی نیز شایع‌ترین اختلال روانی در تمام گروه‌های سنی است (سومر و گلدنر^۱، ۲۰۰۶) و عاملی مهم در بروز برخی مشکلات اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به حساب می‌آید. همچنین افسردگی تأثیرات سوء زیادی بر زندگی فرد می‌گذارد و در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند.

در چند دهه گذشته، یکی از اهداف مهم پژوهش در حیطه افسردگی و اضطراب، شناسایی تغییرات متعدد همراه با افسردگی و اضطراب، به‌عنوان عوامل آسیب‌پذیری^۲ نسبت به این دو اختلال بوده است. راهبرد کلی این پژوهش‌ها این است که آیا افراد آسیب‌پذیر به‌وسیله این عوامل از گروه‌های غیرآسیب‌پذیر متمایز می‌شوند؟

با توجه به اینکه اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است (کسلر، برگلاند، دمлер و والترز^۳، ۲۰۰۵)، عواملی که بر تحول و تداوم این اختلالات اثر می‌گذارند و موجب تسهیل بهبود دوره‌های افسردگی و اضطراب می‌شوند، از اهمیت بسیاری برخوردار است.

تأثیر تمدن و فناوری جدید بر دگرگونی و بهتر شدن وضع زندگی مادی بشر را هرگز نمی‌توان از نظر دور داشت؛ اما این واقعیت تلخ را که تمدن مدرن یکی از عوامل مهم غفلت آدمیان از اصلی‌ترین ساحت وجودی خود یعنی روح ملکوتی و در نتیجه فروپاشی بنیادهای معنویت در جهان معاصر بوده است نیز نمی‌توان کتمان کرد. با گسترش فرهنگ مادی‌گری، شاخص‌های معنوی در جوامع انسانی کم‌رنگ شده است (وست^۴، ۱۳۸۳).

1. Somer & goldner

3. Kessler, Berglund, Demler & Walters

5. Spirituality

7. Hill & Hood

9. Breath of life

11. Peterrson & Seligman

13. Mattis

2. Vulnerability

4. West

6. Biopsychic socip spiritual

8. Spiritias

10. Beiker

12. Zinnbauer, Pargament & cote

14. Hardiness

برخوردراری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث سخت و استرس‌زا به خوبی مقاومت کرده و آسیب کمتری را متحمل شوند (خوشبختلو، ۱۳۸۸).

پژوهش‌های گوناگون حاکی از وجود رابطه معنادار میان فقدان معنا و بروز اختلال‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب است. در پژوهشی که توسط حسینیان، منوچهری و علوی (۱۳۸۳) انجام شد نشان داد که رابطه سلامت روان و احساس معناجویی معنادار است و همچنین نتایج حاکی از آن بود که احساس معناجویی با کاهش اختلال‌های روانی و با افزایش سلامت روان رابطه دارند. در نتیجه می‌توان به نقش بازدارنده و پیشگیرانه معنویت از بروز اختلال‌های روانی اشاره کرد (غباری‌بناب، متولی‌پور، حکیمی‌راد و حبیبی عسگرآباد، ۱۳۸۸).

مرا ویگلیا^۶ (۲۰۰۶)؛ سید نوازی (۲۰۰۶)؛ دیسوزیز و میلر^۷ (۲۰۰۷)؛ عظیمی و ضرغامی (۱۳۸۰)؛ در پژوهش‌های خود نشان دادند نمرات معنویت افراد مضطرب نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و همبستگی منفی معنی‌داری بین اضطراب و معنویت وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های سالسمن، ترامارا، برچتینگ و کارلسون^۸ (۲۰۰۵)؛ فهرینگ، میلر و شاو^۹ (۱۹۹۷)؛ دیسوزیز و میلر (۲۰۰۷)؛ نشان دادند نمرات معنویت افراد افسرده نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و بین معنویت و افسردگی همبستگی منفی معنی‌داری نیز وجود دارد.

نتایج پژوهش پیراسته‌مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱) نشان داد که عقاید و فعالیت‌های معنوی به‌عنوان حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، اضطراب را کم کنند. از سوی دیگر موسی رضایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که سطح بالای معنویت با کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی همراه بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط مک کوبری و دیویس^{۱۰} (۲۰۰۶) در انگلستان انجام شد، نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار قوی (به‌صورت معکوس) بین میانگین نمرات حاصل از معنویت با اضطراب و افسردگی بود.

مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (اکستین و کرن^۱، ۲۰۰۲). جیمز پیکاک و مارگارت پولوما^۲ دریافتند که احساس نزدیکی به خدا، بزرگ‌ترین و تنها پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی در همه سنین است (کامتور تامسون، ۱۳۸۸).

معنویت همچنین قابلیت گرایشی است که برای هر فرد، فطری و منحصر به فرد است. این گرایش معنوی، افراد را به سوی معرفت، عشق، معنا، آرامش، تعالی، پیوند، شفقت، خوبی و یکپارچگی سوق می‌دهد. معنویت، قابلیت فرد را برای آفرینندگی، رشد و تحول نظام ارزشی دربر می‌گیرد و شامل مجموعه‌ای از پدیده‌ها مانند تجربیات عقاید و اعمال است (بهرامی دشتکی، ۱۳۸۹).

ناتانیل براندن عقیده دارد اینکه چگونه انسانی هستیم و چه شخصیتی داریم بسته به انسجام و درجه معنویت و خرد ما است (براندن^۳، ۱۳۷۹). یونگ^۴ با تأیید واقعیت روانی نیاز به معنویت در نوع انسان، تجربه معنوی را به‌عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامتی هستی انسان در نظر می‌گیرد (وست، ۱۳۸۳).

کونینگ، مک کلوک و لارسن^۵ (۲۰۰۱) معتقدند که معنویت عبارت است از جستجو برای فهم جواب‌هایی که به بنیاد هستی و زندگی ارتباط پیدا می‌کنند، یافتن جواب‌هایی که در مورد معنای زندگی فردی سؤال می‌کنند، از همه مهم‌تر، ارتباط درونی با ماورای هستی و با خداوند متعال را دربر می‌گیرند.

مطالعات گسترده در حوزه پزشکی نشان داده معنویت و ایمان به خداوند به ثبات روانی بیشتری از افراد می‌انجامد و به تبع آن بیماری‌های روانی کمتری بروز می‌کند و تحمل رنج و استرس برای معتقدان به خداوند آسان‌تر است (مروی، ۱۳۹۰). داشتن معنا و هدف در زندگی احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط سخت زندگی، همه از جمله منابعی هستند که افراد با

1. Echstein & kern

3. Beranden

5. Koenig, Mccullough, Larson

7. Desrosiers & Miller

9. Fehring, Miller & Shaw

2. Jams peacock & Margaret Poloma

4. Yung

6. Meraviglia

8. Salsman, Tramara, Brechting & Carlson

10. McCoubrie & Davies

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای (پس-رویدادی) است که محقق در نظر دارد معنویت بیماران افسرده و مضطرب را با گروه بهنجار مقایسه کند.

جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و بهنجار تشکیل می‌داد. جامعه بیماران از بهمن‌ماه سال ۱۳۹۲ تا فروردین‌ماه سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه داشتند و توسط روانشناس آن مراکز تشخیص افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر را دریافت کرده بودند؛ و جامعه زنان بهنجار (آزمودنی غیر بالینی) نیز ضمن گرفتن آزمون بالینی هیچ‌گونه اختلال روان‌پزشکی نداشتند.

با در نظر گرفتن این مطلب که حجم نمونه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای برای هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۰)، بنابراین حجم نمونه در این پژوهش برای هر گروه ۳۰ نفر انتخاب شد. نمونه پژوهش حاضر شامل ۹۰ نفر آزمودنی زن بین سنین ۵۰-۲۰ (۳۰ نفر افسرده، ۳۰ نفر مضطرب، ۳۰ نفر سالم) بودند.

نمونه‌گیری این پژوهش، به شیوه دسترس بود که احتمال دستیابی به افراد افسرده و مضطرب را بیشتر می‌کرد.

ابزار سنجش

۱. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)^۱: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه بک (۱۹۹۶) است که برای سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است. این نسخه نیز شبیه ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که افراد برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، بر می‌گزینند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و محدوده نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. BDI-II چهار ماده از ویرایش قبلی را ندارد و به جای آن‌ها ماده‌های دیگری به پرسشنامه افزوده شده است. در این پرسشنامه دو ماده به‌گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر

الیسون، بوردت و هیل^۱ (۲۰۰۹) با انجام پژوهشی بر روی جمعیت عمومی نشان دادند که پایبندی به معنویت، همبستگی منفی معنی‌داری با احساس اضطراب و همبستگی مثبت معنی‌داری با احساس آرامش دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که در ایران نیز بسیاری از اختلالات روانی-عاطفی و حتی شخصی، در تعامل با مسائل معنوی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود. برای نمونه، اختلال‌هایی مانند وسواس، اضطراب، افسردگی، حساسیت گناه، تعارض‌های درونی و بین فردی، در تعامل با باورهای معنوی قرار دارد، بنابراین می‌توان راهبرد معنوی را نوعی ابزار مکمل در کنار رویکردهای دیگر در نظر گرفت و از آن با دقت و حساسیت ویژه‌ای استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

از این رو با مقایسه معنویت افراد دارای اختلالات هیجانی و بهنجار می‌توان به این نکته پی برد که آیا معنویت در پیشگیری یا کاهش اختلالات روانی مؤثر است یا خیر؟

عواملی همچون جایگاه رفیع و پرمزلت مقوله معنویت در حوزه بهداشت و سلامت، قدمت و عمق معنویت در جامعه ایرانی، اهمیت وافر و انکارناشدنی اختلالات بعد روانی و در رأس آنها اضطراب و افسردگی، وجود یافته‌های ضدوتقیض مطالعات در این زمینه و عدم وجود نمونه کار مشابه در مطالعات داخل، محقق را بر آن داشت تا این مطالعه را به انجام رساند. همچنین با توجه به اینکه بسیاری از اختلالات روانی عاطفی در تعامل با مسائل معنوی قرار دارند، در این پژوهش سعی بر آن است با آشکار کردن نقش معنویت به کاهش این اختلالات یاری رساند. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین میزان معنویت زنان افسرده، مضطرب و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد.
۲. بین میزان معنویت زنان افسرده و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد.
۳. بین میزان معنویت زنان مضطرب و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد.
۴. بین میزان معنویت زنان مضطرب و افسرده تفاوت معنادار وجود دارد.

1. Ellison, Burdette & Hill

2. Beck depression Inventory-II

ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند. بخشی پور (۱۳۸۲) ثبات درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آورده است. ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

دو مورد از سؤالات این پرسشنامه لرزش در پاها، تپش قلب و نفس نفس زدن است که پاسخ‌دهنده باید از بین چهار گزینه (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) یکی را انتخاب کند.

۳. پرسشنامه گرایش معنوی: این مقیاس توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۷) ساخته شد و دارای مؤلفه‌های زیر است:

خودآگاهی، تجربه معنویت در زندگی، تأثیر ارتباط با خدا، فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که آزمودنی‌ها میزان توافق خود را با هر عبارت در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بیان می‌کنند (۰= کاملاً مخالفم، ۱= مخالفم، ۲= نظری ندارم، ۳= موافقم، ۴= کاملاً موافقم). نمره‌گذاری این آزمون بین صفر تا ۶۰ قرار می‌گیرد که نمره صفر بیانگر عدم وجود معنویت و نمره ۶۰ بیانگر بیشترین میزان معنویت افراد است.

به منظور طرح این پرسشنامه، ابتدا واژه معنویت تعریف و بر اساس آن تعریف پرسش‌هایی تنظیم شدند. پس از تأیید صاحب‌نظران یک فرم ۲۰ سؤالی از پرسشنامه تهیه شد و بر ۹۴ نفر از دانشجویان اجرا گردید (۵۰ نفر دختر، ۴۴ نفر پسر). پس از آن با توجه به ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های ضعیف حذف شدند و فرم نهایی پرسشنامه با تعداد ۱۵ پرسش به دست آمد. بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و مرتبه دوم نشان نداد که این امر حاکی از اعتبار مطلوب پرسشنامه است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۷).

روش اجرا

پس از انجام مراحل اولیه نمونه‌گیری، افرادی که توسط روان‌شناسان به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند، به لحاظ ملاک‌های ورود مطالعه مورد بررسی قرار می‌گرفتند و مراحل سرند اولیه را که شامل تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک توسط آزمودنی‌ها بود، می‌گذراندند.

حساس باشند (بک، استیر و براون^۱، ۱۹۹۶). بک، استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کردند. به‌علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرایی، ۱۳۸۲). ضریب پایایی بازآزمون این پرسشنامه به فاصله یک ماه ۰/۹۳ به دست آمد. دو مورد از مقیاس‌های این پرسشنامه شامل بدبینی و غمگینی است که به‌صورت زیر ارائه می‌شود:

غمگینی: ۰) احساس غمگینی نمی‌کنم. ۱) خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم. ۲) همیشه غمگین هستم. ۳) به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم تحمل کنم.

بدبینی: ۰) نسبت به آینده بدبین نیستم. ۱) بیشتر از گذشته نسبت به آینده بدبین هستم. ۲) انتظار ندارم اوضاع بر وفق مراد من باشد. ۳) احساس می‌کنم امیدی به آینده نیست و اوضاع فقط بدتر می‌شود.

۲. پرسشنامه اضطراب بک (BAI): پرسشنامه اضطراب

بک (۱۹۸۸)، یک پرسشنامه خود گزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسشنامه، آزمودنی در هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب اوست، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری شده است. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علائم افسردگی را شامل نشود (بک و کلارک^۲، ۱۹۸۸).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و 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 (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). کواوایی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و

1. Beck, Steer, Brown
3. Clark

2. Beck anxiety Inventory

۱. ابتلا به یک بیماری شدید جسمی، اختلالات نورولوژیک، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات با علائم روان‌پریشی، اختلال دوقطبی، اختلالات افسردگی ناشی از سوء‌مصرف مواد، الکل و سایر اختلالات روان‌پزشکی که افسردگی علائم ثانوی بر آنها باشد و اختلال شخصیت مرزی یا ضداجتماعی (برحسب تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک مراکز).

۲. ابتلا به اختلالات وحشت‌زدگی، گذر هراسی، هراس مشخص، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال فشار روانی حاد، اختلال فشار روانی پس‌آسیب، اختلال اضطرابی ناشی از بیماری جسمانی، اختلال جسمانی ناشی از مصرف مواد و سایر اختلالات روان‌پزشکی که اضطراب علائم ثانوی بر آنها باشد (برحسب تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک مراکز).

۳. دارا بودن افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی نیازمند مداخله فوری (برحسب تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک مراکز).

یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد میزان معنویت را در سه گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد.

آزمودنی‌هایی که نمرات افسردگی و اضطراب آنها به ترتیب ۲۱ و ۱۷ به بالا بود، آزمون گرایش معنوی، بر روی آنها اجرا گردید. اجرای پرسشنامه‌های تشخیصی بر بیماران معرفی شده، در راستای تکمیل تشخیص روان‌شناسان و روان‌پزشکان بود. در آزمودنی‌های سالم نیز پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و پایین بودن نمرات این دو آزمون، آزمون گرایش معنوی، بر روی آنها اجرا شد. ملاک‌های ورود بیماران عبارت بودند از:

۱. واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر بر اساس DSM-5 برحسب تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس مراکز مشاوره روان‌شناختی و همچنین با استفاده از پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک

۲. سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال

۳. حداقل سواد خواندن و نوشتن

۴. رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح

۵. واجد بهره هوشی حداقل (حد متوسط، ظاهراً و

به‌طور مشخص عقب‌مانده ذهنی نباشد)

۶. دارا بودن سلامت جسمی در حد انجام آزمون‌ها،

شامل عدم مشکل بینایی و شنوایی

ملاک‌هایی که مانع ورود بیماران به مطالعه حاضر شده

عبارت بودند از:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد معنویت در سه گروه مورد بررسی

سالم		مضطرب		افسرده	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۴۹/۱۷	۵/۴۵	۲۳/۷۸	۷/۴۶	۴۵/۴۲	معنویت

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس یک متغیره تفاوت نمرات معنویت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک متغیره تفاوت نمرات معنویت بین سه گروه مورد بررسی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
۴۲۷/۸۸	۲	۲۱۳/۹۴	۴/۵۰	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۷۵

نتایج مربوط به توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

جدول (۳) نتایج مربوط به مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر معنویت را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین سه گروه افسرده، مضطرب و بهنجار در میزان معنویت از نظر آماری معنادار است ($p < 0/01$)؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود.

جدول ۳. نتایج مقایسه زوجی معنویت در بین سه گروه مورد بررسی

گروه مبنای	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
معنویت	افسرده	۱/۶۴	۱/۸۴	۰/۳۷۵
	مضطرب	-۳/۷۵	۱/۸۴	۰/۰۴۵
	سالم	-۵/۳۹	۱/۸۴	۰/۰۰۴

پژوهش‌ها نشان دادند نمرات معنویت افراد افسرده نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و بین معنویت و افسردگی همبستگی منفی معنی‌داری نیز وجود دارد. به نظر می‌رسد انسجام معنویت در زندگی، می‌تواند از دو جهت دارای تأثیر باشد؛ از یک سو، دستیابی به منابع معنویت، خود به‌طور مستقیم می‌تواند به‌عنوان تأمین‌کننده اصلی و عمده انرژی معطوف به هدف عمل نماید و از سوی دیگر، به نحوی غیر مستقیم‌تر می‌تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه تفکر و رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی‌های روانی مانند شادکامی و خوش‌بینی مجهز کند که در تأمین انگیزه برای دستیابی به اهداف مؤثر است. از طرف دیگر، معنویت می‌تواند اهداف جدیدی مانند رسیدن به رشد، شکوفایی، تعالی معنوی و نوع‌دوستی و نیز راهکارهای مختلفی مانند نیایش را برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار دهد و بر طبق نظریه امید آشنایدر، به امید فرد بیافزاید (فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی و همکاران، ۱۳۹۰)

به بیانی دیگر، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله، تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید (سیمو، مارتن و کروین، ۲۰۰۲). بر مبنای نظریه دینر، احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند نموده و به تبع آن موجب ارتقای سلامت روان می‌شود. سلیگمن^۱ نیز معتقد است هر قدر توانایی انسان در کنترل وقایع استرس‌زا، بیشتر باشد توانایی او برای سازگاری با محیط بیشتر بوده و عوارض ناشی از استرس مانند اضطراب و افسردگی، کمتر ظاهر خواهد شد (هایلی هریت^۲، ۲۰۰۸؛ شهیدی و حمدیه، ۲۰۰۲). معنویت، می‌تواند

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات معنویت افراد سالم به‌طور معناداری ($p < 0/04$) بیشتر از دو گروه افسرده و مضطرب است؛ اما بین نمرات معنویت افراد افسرده و مضطرب تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت میزان معنویت زنان افسرده و مضطرب، نسبت به زنان بهنجار کمتر است که این تفاوت در کاهش اضطراب و افسردگی قابل توجه است؛ بنابراین فرضیه دوم و سوم تأیید می‌شوند و فرضیه چهارم مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که بین سه گروه از لحاظ میانگین نمرات معنویت تفاوت معنادار وجود دارد. به‌گونه‌ای که نمرات معنویت در گروه افسرده و مضطرب کمتر از گروه افراد سالم است ($P < 0/04$)؛ اما بین نمرات معنویت افراد مضطرب و افسرده تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های متعدد مرا ویگلیا^۱ (۲۰۰۶)؛ سید نوازی (۲۰۰۶)؛ دیسوزیز و میلر^۲ (۲۰۰۷)؛ غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸)؛ عظیمی و زرغامی (۱۳۸۰)؛ الیسون، بوردت، هیل (۲۰۰۹)؛ کوینینگ و همکاران (۲۰۰۱)؛ همسو است که این پژوهش‌ها نشان دادند نمرات معنویت افراد مضطرب نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و همبستگی منفی معنی‌داری بین اضطراب و معنویت وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های مک کوبری و دیویس (۲۰۰۶)؛ سالسمن، ترامارا، برچتینگ و کارلسون^۳ (۲۰۰۵)؛ غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸)؛ فه‌رینگ، میلر و شاول^۴ (۱۹۹۷)؛ دیسروزیو و میلر (۲۰۰۷)؛ بهرامی دشتکی، علی‌زاده، غباری بناب و کرمی (۱۳۸۵)؛ همسو با یافته این فرضیه است که این

1. Meraviglia

3. Salsman, Tramara, Brechting & Carlson

5. Simo, Marton & Kerwin

6. Hayley harriet

2. Desrosiers & Miller

4. Fehring, Miller & Shaw

6. Siligman

آرامش و همراه با سلامت روان دست می‌یابد. معنویت باعث می‌شود فرد احساس شادی و نشاط و خود ارزشمندی و اعتماد به نفس کرده و رضایت بیشتری از زندگی داشته و زمینه‌ساز کمال انسانیت و حفظ تعادل روانی و روحی در انسان است (میرزا محمدی، فرمهینی فراهانی، اسفندیاری، ۱۳۹۰).

به باور فرانکل، در معنای انسان سالم، معنویت مستتر است. وی معتقد است در سایه همین «سلامتی معنوی» است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی می‌کند (تبرائی، ۱۳۸۹). اگر فرد چراهای زندگی خود را بداند، می‌تواند با هرگونه چه و چگونه که در ذهنش ایجاد می‌شود زندگی کند. چرای زندگی فرد، قسمتی از هدف وجودی وی است که از زندگی خود کسب می‌کند و این بخش خود تشکیل‌دهنده بعد معنوی زندگی فرد است (چوینگ ساتین ساپ^۱، ۲۰۰۳). معنویت به زندگی تمام انسان‌ها جهت می‌دهد و حضور آن در متن زندگی، الم و اضطراب را زایل کرده و رضایتمندی انسان را میسر ساخته است (زمانی، ۱۳۸۱).

طبق دیدگاه وجودی در روان‌شناسی، افرادی بهتر می‌توانند با موفقیت‌ها کنار آیند که به دنبال یافتن معنی در زندگی بوده و از هر موقعیتی معنا را استنباط کنند. تسه، لیوید، پتچووسکی و مانایا^۲ (۲۰۰۵) معتقدند که معنویت به زندگی افراد معنا می‌بخشد و یک منبع مقابله‌ای در شرایط سخت زندگی برای آن‌ها فراهم می‌آورد.

خداوند در قرآن کریم در سوره رعد می‌فرماید: «الا بذکر الله تطمئن القلوب»؛ بنابراین یاد خدا، اندیشیدن در مورد عظمت پروردگار و فلسفه خلقت، تسبیح ذات حق و شکرگزاری در برابر نعمت‌ها، موجب آرامش جان و تسکین قلب می‌شود (قرآن کریم، سوره رعد، آیه ۲۶). آفرینش انسان به گونه‌ای است که جز با ایمان و یاد خدا آرامش نمی‌یابد ایمان خداوند تنها راه رهایی انسان از اندوه و اضطراب است، خداوند می‌فرماید «هم اوست که آرامش را در دل‌های مؤمنان جای داد تا ایمانی بر ایمانشان بیفزاید» (مسجد جامعی، ۱۳۸۴). آدم، با ایمان به خدا، روحی مطمئن‌تر و اعصابی آرام‌تر دارد (مطهری، ۱۳۵۸).

با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیر مستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید به سازگاری روانی بیشتر منجر شود (سیمو و همکاران، ۲۰۰۲). عقاید معنوی، امید و احساس تسلط بر سرنوشت شخص را فراهم می‌کند و اگر فرد معتقد، اعتقاد کامل به خداوند داشته باشد، می‌تواند از هر وضعیتی، نتیجه خوب به دست آورد و تعجب‌آور نیست که چنین اعتقادی، احتمالاً نتایج روان‌شناختی قدرتمندی داشته باشد (نجفی، ۲۰۰۱).

اینکه معنویت چگونه در تأمین سلامت روان کمک می‌کند نظریات زیادی مطرح شده است؛ اما شایع‌ترین تبیین‌ها به این شرح است: معنویت باعث هدایت در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، به داشتن پاسخ برای پرسش‌های بزرگ و فلسفه غایت جهان کمک می‌کند، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی، معنا و هدف‌داری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می‌کند، توانمندی فردی، احساس داشتن تسلط، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را افزایش می‌دهد، همه موارد ذکر شده پیامد گرایش به معنویت است. پژوهش‌ها نشان داده است که گرایش به معنویت در بهبودی و ارتقای سلامت روانی و زیستی مؤثر است (بوله‌ری، ۱۳۸۹).

بنا به گفته فرانکل^۱ (۲۰۱۰) معناجویی نه تنها تجلی واقعی از انسان بودن بشر است، بلکه معیاری برای سلامت روان نیز است؛ از طرفی فقدان معنا، مبین عدم تطابق عاطفی است و به مشکلات روحی و روانی می‌انجامد. معنویت فرد را با عالم معنا مرتبط می‌سازد و در عین حال، او را از جامعه جدا نساخته، به انزوا نمی‌کشاند؛ در سایه شناختی صادقانه و واقعی، به انسان آزادی واقعی می‌دهد و او را از فضای تخیلی و وهمی دور می‌سازد. در نتیجه رفتارهای او را تنظیم و او را از هرگونه بیماری روحی جدا می‌سازد.

افراد معنوی با حوادث غیرقابل پذیرش در زندگی راحت‌تر سازگار می‌شوند و به سبب ارتباط فرد با جامعه معنوی از حمایت اجتماعی برخوردار شده و از انزوا و تنهایی و افسردگی رهایی می‌یابد و به یک زندگی توأم با

پیراسته مطلق، ع. آ.، نیک منش، ز. (۱۳۹۱). نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، شماره ۵: ۵۷۱-۵۸۱.

تبرائی، ر. (۱۳۸۹). بررسی جایگاه معنویت در الگوهای عمده سلامت روان. *روانشناسی و دین*، سال سوم (۱): ۲۹-۵. حسینیان، س.، منوچهری، ک.، علوی، ز. (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه رابطه سلامت روان و احساس معناجویی در دانشجویان دختر خوابگاهی مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا. *مقاله ارائه شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، تهران، دانشگاه تربیت مدرس ایران.

خوشبختلو، ل. (۱۳۸۸). ضعف معنویت عامل خزان تلخ جوانی. *ماهنامه روان‌شناسی شادکامی و موفقیت*، سال ۶ (۶۳): ۴۲. زمانی، ش. (۱۳۸۱). *ماجرای معنویت در دوران جدید از گالیه تا فروید*. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی. شجاعی، م. (۱۳۸۶). نظریه نیازهای معنوی از دیدگاه اسلام و تناظر آن با سلسله مراتب نیازهای مازلو. *فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ۱۱ (۱): ۱۱۶-۸۷.

شریفی، آ.، مهربانی، ح.، کلانتری، م.، مفتاح، د. (۱۳۸۷). ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه گرایش‌های معنوی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ۱۱ (۲): ۷۸-۵۹.

عظیمی، ح.، زرغامی، م. (۱۳۸۰). بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال تحصیلی ۸۰-۷۹ ساری. *مقاله ارائه شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، تهران، دانشگاه تربیت مدرس ایران.

غباری بناب، ب.، متولی پور، ع.، حکیمی راد، آ.، حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، سال ۳ (۱): ۱۲۳-۱۱۰.

غرابی، ب. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان. *پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی*، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی.

فتحی آشتیانی، ع.، داستانی، م. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی*، انتشارات بعثت.

فلاح، ر.، گلزاری، م.، داستانی، م.، ظهیرالدین، ع.، موسوی، م.، اکبری، م. آ. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه

با توجه به اینکه در انتخاب نمونه پژوهش به دلیل مشکلات موجود از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی استفاده شده است، همچنین نمونه را فقط زنان تشکیل می‌دادند؛ لذا در تفسیر نتایج پژوهش باید احتیاط به عمل آید و از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آیند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده انتخاب نمونه از هر دو گروه زنان و مردان صورت گیرد و با بررسی متغیر این پژوهش، امکان مقایسه نتایج مربوط به دو گروه نیز فراهم گردد. با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود تأثیرات معنویت در ایجاد، پیشگیری، تداوم و درمان مد نظر درمانگران بالینی قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از همه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین از مسئولین محترم در بخش‌ها و مراکز مشاوره مختلف که صبورانه در اجرای مراحل آزمون همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- الهی قمشه‌ای، م. قرآن کریم. تهران: انتشارات صالحی. اعتمادی، ع. (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، سال ۱۰، شماره ۳۶ و ۳۵: ۱۴۶-۱۳۱.
- بخشی پور، ع. (۱۳۸۲). بررسی روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد مدل سه بخشی بسط یافته. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، شماره ۳۳.
- براندن، ن. رمز‌نویس‌ن یابی. ترجمه جمال هاشمی. (۱۳۷۹). شرکت سهامی انتشار.
- بوالهروی، ج. (۱۳۸۹). نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، سال ۴ (شماره ۱۴): ۱۱۲-۱۰۵.
- بهرامی دشتکی، ه. (۱۳۸۹). معنا و معنویت از دیدگاه روان‌شناسان. *فصلنامه راه تربیت*، سال ۵ (۱۰): ۱۶۰-۱۴۴.
- بهرامی دشتکی، ه.، علی زاده، ح.، غباری بناب، ب.، کرمی، آ. (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، سال ۳ (۹): ۷۲-۴۹.

- Ellison, C. G., Burdette, A. M., Hill, TD. (2009). Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among us adults. *Socsci Res*: 38(3), 656-667.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual wellbeing, religiosity, hope depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*: 24(4), 663-671.
- Ferankle, V. (2010). *The unconscions god*. Translated by: Yazdi E. 2nd ed. Tehran: Rasa Cultural Institution.
- HayleyHarriet, R. (2008). *Hope and ways of coping after breastcancer*. Ph.D. Dissertation of Arts In Clinical Psychology in Johannesburg University. <http://ujdigispace.uj.ac.za>: 8080.
- Hill, P. C., & Hood, R. (1999). *Measures religiosity*. Birmangam, Ala; Religious education press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. J. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime pvealence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*: 62, 593-602.
- Koenig, H. G., MCCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford NY: Oxford University Press.
- Mattis, J. (2002). *Religion and spirituality in the meaning making and coping experience*. Psychology of Women.
- McCoubrie, R. C., Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*: 14(4), 379-385.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*: 33(1), 89-94.
- Najafi, B. (2001). *Is religion beneficial for your health? the effects of religion on the physical and mental health*. Theran: Humanities and Cultural Studies Publication.
- Peterson, C., Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues Oxford University Press*.
- Salsman, J. M., Tramara, L., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adiustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Society for Personality and Social Psychology*: 31(4), 522-535.
- Seyyednavazy, M. (2006). *Book a Comprehensive public health*. Second Printing. Tehran: Publishing Smat.
- Shahidi, S. h., Hamdie, M. (2002). *Priciples and basis of mental health*. Theran: SAMT.
- Simo, J. M., Marton, M. G., & Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychology adaption among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*: 49(2), 139-147.
- Sommer, J. M., Goldner, W., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of review anxiety clisorder; A systematic literature. *Canadean Journal of Psychiatry*: 5(2), 100-113.
- Tse, S., LiloydPetchovsky., & Manaia. (2005). Exaploration of Australian & Newzeland گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۵(۱۹): ۶۵-۷۳.
- کامتورتامسون و. س. (۱۳۸۸). بهزیستی از دیدگاه دین و روانشناسی. ترجمه مبین صالحی. روان‌شناسی و دین، سال ۲(۲): ۱۸۹-۲۴۶.
- کاوایانی، ح.، موسوی، آ. آ. (۱۳۷۸). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶(۲): ۱۳۶-۱۴۰.
- گال، م.، بورگ و.، گال، ج. (۱۳۹۰). روش‌های تحقیقی کمی و کیفی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت و دانشگاه شهید بهشتی.
- مرووی، ع. (۱۳۹۰). تأثیر دین و معنویت بر سلامت جسم. مجله دانش یوگا، سال ۹(۴۹): ۸-۹.
- مسجد جمعی، ع. (۱۳۸۴). ایمان و معرفت «فطریات، انسانیت». تهران، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- مطهری، م. (۱۳۵۸). بیست گفتار. قم: انتشارات صدرا.
- موسی رضایی، آ.، ناجی اصفهانی، ه.، مؤمنی قلعه قاسمی، ط.، کریمیان، ج.، ابراهیمی، آ. آ. (۱۳۹۱). ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۳۰(۱۹۵): ۱-۱۰.
- میرزا محمدی، م. ح.، فرمهبینی فراهانی، م.، اسفندیاری، س. (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ۱۵(۲): ۴۰-۲۰.
- وست و. (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانهلی شیرافکن. تهران: انتشارات رشد.
- Beck, A. T., Clark. D. A. (1988). Anxiety and depression, An information processing perspective. *Anxiety Research*: 3, 13-36.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Maual of BDI-II*. San Anonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. san Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: An initial proposal to in corporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*: 23, 134-140.
- Desrosiers, A., & Miller, I. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*: 63(10), 1021-1037.
- Echstein, D., & Kern, R. (2002). *Life style assessments and interventions, life style skills*. Jowa: kendll/Hunt.

- indigenous people's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*: 52(3), 181-187.
- West, W. S. (1999). *Counseling as a spiritual space in counseling and space creation*. Proceedings of the 6th annual international counseling conference, School of Education Durham University.
- Zinbauer, B., Pargament, K., Cote, B. (1997). Scientific study of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*:40, 59-68.