



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



اثربخشی مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء مولفه‌های سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی

معصومه جداری^{۱*}، علی نقی اقدسی^۲، مرضیه علیوند وفا^۳

۱- آموزش و پرورش ناحیه ۳ تبریز

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۰/۳

چکیده

هدف این تحقیق، الگویابی مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی سطوح معرفت دینی بود. طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دارای گروه کنترل است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه جامعه زناشویی (زن و شوهران) شهر تبریز که حائز نشانه‌های اضطراب بودند، تشکیل می‌دهد. نمونه آماری عبارت بود از ۶۰ نفر زوج که به مراکز مشاوره شهر تبریز مراجعه می‌کنند، از این ۶۰ نفر زوج، ۳۰ زوج به عنوان گروه کنترل و ۳۰ زوج دیگر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. در پژوهش حاضر، ابزارهای تحقیق عبارت بودند از: مقیاس اضطراب وجودی گود، پرسشنامه سبک زندگی اسلامی. همچنین، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی بر ارتقاء سبک زندگی اسلامی و مولفه‌های آن (اثربخشی نماز در زندگی، توجه و عمل به مستحبات، التزام به انجام نماز و مراقبت) اثربخش است، ولی مداخله مورد نظر بر بعد حضور قلب در نماز اثربخش نیست. همچنین، نتایج تحلیل آماری نشان داد روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی بر اضطراب وجودی اثربخش است.

مقدمه

در تعریف سبک زندگی با واژه فراگیری روبه‌رو هستیم که از سلیقه فرد در زمینه آرایش مو و لباس گرفته تا سرگرمی، تفریح، ادبیات و موضوعات مربوط دیگر را شامل می‌شود. پس سبک زندگی در واقع مد یا حالت زندگی یک فرد است. سبک زندگی معمولاً با طبقه اقتصادی-اجتماعی پیوند دارد و در تصویری که از فرد ساخته می‌شود بازتاب می‌یابد. جدای از نگاه جامعه‌شناختی به سبک زندگی، روان‌شناسی نیز به بررسی و مطالعه این مفهوم گسترده پرداخته است. سبک زندگی راه‌های گوناگون زندگی فرد یا گروه است و شامل الگوها، اعتقادات، سلیقه‌ها، ارزش‌ها و هنجارهایی است که در زندگی روزمره بکار می‌رود (تنهایی و خرمی، ۱۳۸۹؛ به نقل از طولابی، صمدی و مطهری‌نژاد، ۱۳۹۲) به

عبارتی، سبک‌های زندگی، الگوهایی از کنش هستند که افراد را از یکدیگر متمایز نموده تا آنچه را آنها انجام می‌دهند و چرایی و معنای آن را که برای آنها و دیگران دارد، درک شود (سویل، ۱۹۹۶).

همچنین، عنوان شده است که سبک زندگی هر فرد و جامعه متأثر از نوع باورها، جهان‌بینی و ارزش‌های حاکم بر آن فرد و جامعه است، از این رو، جهان‌بینی الهی و ارزش‌های کمال‌گرایانه و سعادت‌محورانه سبک زندگی خاصی را شکل می‌دهند، به نحوی که، برای تحقق سبک زندگی اسلامی، آموزه‌های دین اسلام که برگرفته از آموزه‌های الهی است، سبک و رسم زندگی اسلامی را عرضه می‌کند. به این معنی که آموزه‌های دین اسلام یکی از ابزارهای سازنده سبک زندگی انسان بوده، به نحوی که در این سبک، توجه به عهد و پیمان موجود بین انسان و پروردگار و پاسداشت آن، موجب گشوده شدن درهای معنوی می‌شود و آدمی را به سبک زندگی نوین و اسلامی رهنمون می‌سازد تا او را به سعادت در زندگی دنیوی و اخروی برساند (رجب‌نژاد، حاجی، مهدوی طالب و رجب‌نژاد، ۱۳۹۱).

سبک زندگی اسلامی عنوانی شناخته‌شده در علوم انسانی اسلامی است که از زوایای متعدد به آن نگاه شده و از ابعاد مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است. این پدیده اجتماعی-فرهنگی از مؤلفه‌های متعددی تشکیل یافته است که در این میان می‌توان به شاخص‌های اجتماعی، عبادی، باورها، اخلاق، خانواده و سلامت و همچنین، شاخص‌های فکری، دفاعی و امنیتی و زمان‌شناسی آن اشاره نمود. در این راستا، شاخص اجتماعی، به وظایفی از زندگی اشاره دارد که فرد در ارتباط با دیگران، فراتر از خود و خانواده خود انجام می‌دهد؛ اعم از اعضای خانواده بزرگ، بستگان و همکاران و همه کسانی که به نوعی با آنها ارتباط داشته یا وظیفه دارد که با آنها ارتباط داشته باشد (کاویانی، ۱۳۹۱).

از سویی، مبتنی بر شاخص عبادی، سبک زندگی اسلامی ناظر بر وظایفی است که رابطه میان فرد و خداوند را بعنوان عبد و مولا نشان می‌دهد. این شاخص علاوه بر عبادت‌های مشخص نام برده‌شده در قرآن و حدیث، رفتارهایی را نیز که رسماً نام عبادت بر آنها گذاشته نشده است، شامل می‌شود که مبتنی بر آن، شخص کارهای روزمره خود را به شکلی خاص و با این نیت که خداوند این‌گونه می‌پسندد، انجام دهد، مثلاً در انتخاب شغل، بیش از آنکه به منافع و لذت‌های خود توجه کند، به نیازهای جامعه توجه می‌کند، بیشتر از ساعت‌های موظفی خود کار می‌کند (کاویانی، ۱۳۹۱).

سبک زندگی وقتی مطلوب و متناسب با ارزش‌های اسلامی است که فرد به تمام روابط چهارگانه (ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت) توجه داشته و اهمیت هریک از این تعاملات را در چارچوبی که دستورات اسلامی مشخص کرده‌اند، مدنظر داشته و نسبت به آنها غفلت نرزد (به نقل از معتمدی، ۱۳۹۲).

هرچند که در مداخلات درمانی بیشترین توجهات به درمان‌های شناختی-رفتاری معطوف است، با این حال، توجه به مؤلفه‌های دینی و مذهبی نیز در عرصه‌های درمانی کم و بیش دیده می‌شود، چراکه در هریک از این مداخلات، نوعی واقع‌نگری وجود دارد که شخص از زندگی ناخوش خویش بروز می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی نیز وجود دارد. با این حال، تفاوت‌هایی نیز در این دو روش درمانی وجود دارد که آنها را از یکدیگر متمایز می‌کند، به نحوی

که، هدف رفتار درمانی شناختی بازسازی شناختی است و آن کمک به مددجویان در تغییر الگوهای فکری غلط است (سیف، ۱۳۸۳). اما هدف اصلی و نهایی درمان معنوی-مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است، یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه، تمام مخلوقات برای عبادت خداوند آفریده شده‌اند که انسان ذاتاً به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی-مذهبی به حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت‌بخش وجود فرد خواهد شد (طهرانی، ۱۹۹۶). از سویی، رفتار درمانی شناختی به ارزش‌ها و اخلاقیات که از جمله عوامل فرهنگی هستند بی‌توجه است، ولی ارزش‌ها و اخلاقیات نقش زیادی در مشاوره و روان‌درمانی معنوی - مذهبی دارند. بنابراین، با وجود تفاوتی که بین دو شیوه درمانی وجود دارد، شباهت زیادی بین این دو روش نیز وجود دارد (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱).

الگوی معنویت درمانی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی بر بعد معنوی مراجع نیز تاکید دارد. امتیاز منحصر به فرد معنویت اسلامی، ریشه داشتن در آیات قرآن و کلمات معصومین (ع) است، جامع تمایلات دنیوی و اخروی انسان است. معنویت اسلامی به معنای ناپده گرفتن خواسته‌های بشری یا سرکوب آنها نیست؛ بلکه آنها را بر اساس هدف خلقت و فطرت انسانی، اعتدال و جهت می‌بخشد. حرکت بخشی را گسترش داده، رهبانیت و انزوای باطل را نفی می‌کند، حضور در جامعه و احساس مسئولیت درباره‌ی شئون مختلف را تقویت کرده منافات با سکوت و بی‌تفاوتی دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

از سویی دیگر، کرکگارد^۱ (۱۸۵۵-۱۸۱۳) اضطراب وجودی^۲ را خاستگاه اولیه‌ی بیماری‌های روانی می‌دانست. پل تیلیش^۳ درباره‌ی این نوع اضطراب می‌گوید: اضطراب آگاهی وجودی از نیستی است. رولو می^۴ نیز اضطراب را به صورت تهدید وجود یا ارزش‌هایی که وجودمان با آنها شناخته می‌شود، تعریف می‌کند. تیلیش اضطراب وجودی را بر اساس سه جهت تهدید وجود توسط نیستی، به سه نوع تقسیم می‌کند: اضطراب مرگ یا سرنوشت، در تأیید خود وجودی انسان، اضطراب بی‌معنایی یا پوچی، در تأیید خود معنوی؛ و اضطراب محکومیت یا گناه، در تأیید خود اخلاقی (به نقل از نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

در این میان، دین از مهم‌ترین عواملی است که زندگی بشری را معنا می‌بخشد و از رنج‌ها، اضطراب‌ها و تنیدگی‌ها رهایی می‌دهد. اساساً از اهداف بسیار مهم اسلام رها ساختن انسان از پوچ‌گرایی، ارائه‌ی تصویری روشن و بامعنا از زندگی و حیات جاویدان، تحریک به سوی گام برداشتن در مسیری هدفمند و معنادار، و رسیدن به رشد، تعالی و خوشبختی است.

1. Kierkegaard
2. existential anxiety
3. Tillich
4. Rollo May

پژوهش‌های بسیاری تأثیر مثبت دینداری و عوامل مذهبی بر افزایش سطح بهزیستی و سلامت روانی، بهبودی بیماری‌های روانی و جسمی، مقاوم کردن افراد در برابر تنیدگی، اضطراب و افسردگی، و ایجاد آرامش، امید، معناداری و شادکامی را بدست آورده‌اند. لارسون^۱ و دیگران در بررسی ۱۳۹ مطالعه تحقیقاتی و ماتیوس^۲ با بازبینی بیش از ۲۰۰ پژوهش، بطور کلی رابطه مثبتی را بین باورهای مذهبی، التزام دینی و بهداشت روانی یافتند (به نقل از نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

با وجود پژوهش‌های تجربی اندک در حوزه هستی‌نگری، پژوهش‌هایی یافت می‌شود که ارتباط دینداری و اضطراب وجودی را مطالعه قرار کرده‌اند. پژوهش استرجن و حاملی نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی بر کاهش اضطراب وجودی و رگه اضطرابی تأثیر دارد (نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

بسیاری از پژوهش‌ها رابطه مثبت بین مذهب و معنویت و سلامت بدنی را نشان داده‌اند (به عنوان مثال، تابعی، ۲۰۱۶)؛ کاکازروسکی، به نقل از یاسمی‌نژاد، گل‌محمدیان و سعیدی‌پور، (۱۳۸۹)؛ خاتونی، (۱۳۷۶)؛ رضانی (۱۳۸۰)؛ ابوالقاسمی (۱۳۷۳)؛ کوئینگ و همکارانش (۱۹۹۷)؛ کوئینگ (۲۰۱۲). همچنین تأثیر مذهب و معنویت بر بهزیستی روانی فرد در تحقیقات متعددی مطرح شده است (همچون، رید و نوال، (۲۰۱۴)؛ جانگ (۲۰۰۶)؛ تاک (۲۰۰۶)، جانی و همکاران، (۱۳۹۳)؛ کارکلا و مونستاتینو (۲۰۱۰).

کوپانی و تقوی (۱۳۹۴) اثر بخشی گروه‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب دانشجویان را در تحقیق خود نشان دادند. کاکازروسکی (به نقل از یاسمی‌نژاد، گل‌محمدیان و سعیدی‌پور، ۱۳۸۹) در بررسی بیماران مختلف نشان داد که مذهب باعث کاهش اضطراب ناشی از بیماری‌ها می‌گردد.

همچنین پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) و بارنا (۲۰۱۲) معتقدند شناخت درمانی مذهب محور باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و کاهش نگرانی در آن‌ها می‌شود. الیسون و همکاران (۲۰۰۹) با انجام پژوهشی بر روی جمعیت عمومی نشان دادند که شدت پایبندی به باورهای مذهبی و باور به مفاهیمی مانند معاد، همبستگی منفی معنی‌داری با احساس اضطراب و همبستگی مثبت معنی‌داری با احساس آرامش دارد.

از سویی دیگر، تحقیقاتی همچون خاتونی (۱۳۷۶) مطرح می‌کنند که استماع آوای قرآن کریم سبب کاهش اضطراب بیماران قلبی می‌شود. همچنین رضانی (۱۳۸۰) دریافت که استفاده از درمان‌های روانشناسی توأم با شیوه‌های مبتنی بر باورهای مذهبی، آلام روحی و روانی افراد مبتلا به ایدز را کاهش داده و زمینه پیشگیری از گسترش و انتقال ویروس به افراد دیگر در آنها تقویت می‌شود. موسوی و همکاران (به نقل از یاسمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۹) به این نتیجه دست یافتند که عدم حضور در مراسم مذهبی بر ابتلا به بیماری قلبی مؤثر است.

1. Larson
2. Mathews

مطالعه ادبیات مرتبط گاه به تفاوت‌های فردی در رابطه بین معنویت و کاهش استرس اشاره دارند و نقش صفات شخصیتی را نیز در این ارتباط مهم ذکر می‌کنند (همچون لابه و فوبز، ۲۰۱۰).

لارسن و شریل^۱ (۱۹۹۲) با مروری بر تحقیقات اظهار نمودند ایمان مذهبی در ارتباط مسقیم با سلامت روان قرار دارد و مکانیسم‌های سازگاری را افزایش داده و بهبود ناراحتی‌های ناشی از رویدادهای آسیب‌زا را تسریع می‌نماید. لارسن و شریل (۱۹۹۲) در مطالعات متعددی دریافته‌اند افرادی که دچار سوختگی شده‌اند و تحت درمان مذهبی قرار گرفته‌اند، در مقایسه با افرادی که تحت این نوع درمان قرار نگرفته‌اند، به طور چشمگیری سریع‌تر بهبود یافته‌اند (به نقل از طباطبائی و حسین‌پور، ۱۳۸۸).

در پژوهش دیگر پتیسون و پتیسون^۲ (۱۹۸۰) نشان داده‌اند که درمان مذهبی می‌تواند در احساس بهبودی، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و از میان رفتن دردهای مزمن بدنی مؤثر باشد. اسماعیلی (۱۳۸۶) گزارش کرد که آشنایی بیشتر با آموزه‌های هستی‌شناسی بر افزایش سلامت روان مؤثر است.

تحقیقاتی همچون (خیدانی، ۲۰۱۱؛ سفتن و همکاران، ۲۰۰۱) نشان دادند معنویت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده و مداخله توانبخشی و غیر عضوی برای سلامتی سالمندان و بیماران مؤثر باشد و باعث تغییر در سبک زندگی و تاثیر مثبت بر فاکتورهای تشکیل دهنده گلوبول‌های سفید شود.

در همین راستا، انرایت (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیده‌اند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان می‌شود. همچنین، شفر و گورساج (1991) نشان دادند که آموزش روش‌های حل مسأله در چارچوب مذهبی، سازش‌یافتگی روان‌شناختی را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد. از سویی، میتون (۱۹۹۸) در پژوهشی نشان داد که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، تأثیرات موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش داده و بصورت مثبتی بر میزان سازگاری و حرمت خود اثر می‌گذارد (به نقل از یعقوبی، ۱۳۹۱).

در یک نگاه اجمالی می‌توان بیان داشت که تحقیقات جدید با ملاحظات آماری در یافتن اثرات مفید معنویت و مذهب، رو به رشد گذاشته است و به همین خاطر، اعتقادات مذهبی، معنوی و پیشرفت‌های علمی جدید، هر دو می‌توانند هم در جهت تشخیص و هم در جهت درمان اختلالات و بیماری‌ها بهره‌مند شوند (وست، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

1. Larson & Sherrill
2. Pattison & Pattison

در این راستا، هیل و پارگامنت (۲۰۰۷؛ به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱) بیان می‌کنند که شواهد بسیار زیادی وجود دارد که مذهب و معنویت را با سلامت جسمی در ارتباط می‌دانند. مطالعات آزمایشی نیز نشان می‌دهد بین مذهب و معنویت و سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد، با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳).

جهت‌گیری مذهبی درونی نیز بیشتر از بیرونی در سلامت روانی و کاهش اقدام‌های انتحاری، که بیشتر در نتیجه عدم معناداری زندگی، ناامیدی و شکست هستند، تأثیر دارد (نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی (۱۳۸۹)؛ علی اکبر دهکردی و همکاران (۲۰۱۱)).

مرور ادبیات مرتبط نشان می‌دهد که مذهب به عنوان عامل تعدیل‌کننده نقش مهمی در کاهش اضطراب از مرگ و ارتقاء سلامت روانی ایفا می‌کند (از جمله، کامیاب منصوری (۲۰۱۷)؛ بودهیراجا و میدها (۲۰۱۷)؛ دادفر و لستر (۲۰۱۷)؛ محبوبی و همکاران (۲۰۱۲)؛ امجد و بخارایی (۲۰۱۴)؛ خضری و همکاران (۲۰۱۵)؛ محبوبی و همکاران (۲۰۱۴)؛ دادفر و همکاران (۲۰۱۶)؛ بشایی و لستر (۲۰۱۳)؛ جونگ و همکاران (۲۰۱۳)؛ هنری و پاتریک (۲۰۱۴)؛ فریبرز و شاهسونی (۱۳۹۴)؛ السبوه و عبدالخالق (۲۰۰۶)؛ سهیل و اکرم (۲۰۰۲)؛ ابوالقاسمی (۱۳۷۳)). هر یک از این تحقیقات به نوعی همبستگی بین اضطراب مرگ و معنویت و مذهب را بحث می‌کنند.

برخی از پژوهشگران (همچون کوهن، ۲۰۰۵؛ سیسری، ۲۰۰۲) بیان کرده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با اضطراب مرگ، رضایت از زندگی و اعتقاد به حیات پس از مرگ ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

پژوهشی نیز با هدف تعیین اثر بخشی معنی‌درمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان انجام شد که نتایج پژوهش حاکی از اثر بخشی معنی‌درمانی در کاهش اضطراب مرگ سالمندان بود (قربانعلی‌پور و اسلامی، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌ها (مثل، قمری کیوی، ۱۳۹۴) نشان دادند درمان گروهی شناختی رفتاری از طریق کمک به سالمندان در پذیرش مرگ، موجب کاهش اضطراب مرگ سالمندان می‌شود.

تحقیقات رابطه رضایت زناشویی با متغیرهای متعددی را نشان دادند، از جمله سلامت عمومی و استرس شغلی افراد عظیمیان و همکاران (۲۰۱۷)؛ ثبات هیجانی (خلعتبری، ۲۰۱۳)؛ ویژگی‌های شخصیت (جوانمرد و محمدی قره‌گوزلو، ۲۰۱۳)؛ روزسکی، کینگ، کالیج و سگال (۲۰۱۲)؛ احدی (۱۳۸۷)؛ شاکریان، فاطمی و فرهادیان (۱۳۹۰)؛ وظیفه‌شناسی زوجین (شیوتا و لوینسون (۲۰۰۷)؛ احدی (۱۳۸۷))؛ میزان عصبی بودن زنان (ژانگ، ۲۰۰۷)؛ پرخاشگری زنانه (عدالتی و روزان، ۲۰۱۰).

محققان (همچون لیو و الوی^۱، ۲۰۱۰) رابطه بین بهزیستی روانشناختی و اضطراب را شناسایی کردند. همچنین، رابطه بهزیستی روانشناختی با کیفیت زناشویی (بوک والا^۱، ۲۰۱۲؛ جکسون^۲، میلر و اوکا، ۲۰۱۴ و پرکلس^۳، هلمس و بهلر،

1. Liu & Alloy

۲۰۰۷؛ کار^۴، فریمن، کورمن، و شوارتز (۲۰۱۴)؛ پرولکس، هلمز و بوهلر^۵ (۲۰۰۷)؛ رابطه با رضایت زناشویی (پرین^۶، ۲۰۰۸)؛ ایمان و یادعلی جمالویی (۱۳۹۱)) در پژوهش‌ها تایید شده است. تحقیقات همبستگی بین بهزیستی روان‌شناختی و سازه‌های معنوی مانند وابستگی به خدا (اوکوزی^۷، ۲۰۱۰)؛ مذهب، معنویت (ناتان^۸، ۲۰۱۰)، و بهزیستی معنوی (رامیز دو لئون^۹، ۲۰۰۲) را تایید کردند.

اثر بخشی مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء مولفه‌های سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی

روش‌شناسی

جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه جامعه زناشویی (زن و شوهران) شهر تبریز که حائز نشانه‌های اضطراب بودند، تشکیل می‌دهد.

نمونه آماری: ۶۰ نفر زوج که به مراکز مشاوره شهر تبریز مراجعه می‌کنند، از این ۶۰ نفر زوج، ۳۰ زوج به عنوان گروه کنترل و ۳۰ زوج دیگر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند که با استفاده از پرسشنامه اضطراب شناسایی و بعد مداخلات اعمال شد.

در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد.

طرح تحقیق: از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دارای گروه کنترل است.

روش اجرای تحقیق

با استفاده از پرسشنامه اضطراب گروه‌ها از هم جدا شدند. ده جلسه مداخله برای گروه آزمایش اعمال شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد و چون از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، تحقیق دارای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود.

روش تحلیل آماری

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

1. Bookwala
2. Jackson
3. Proulx
4. Carr
5. Proulx, Helms & Buehler
6. Perin
7. Okozi
8. Nathan
9. Ramiz de Leon

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه سبک زندگی اسلامی: این آزمون توسط کاویانی (۱۳۹۰) ساخته شده و دارای دو فرم اولیه (سؤال ۱۳۵) و فرم کوتاه (سؤال ۷۶) است. همچنین، این آزمون ده مؤلفه دارد که سؤالات مؤلفه‌های مختلف درهم مخلوط شده و مؤلفه‌ها برای آزمودنی، تفکیک آشکار ندارد، بلکه به ظاهر درهم تنیده است. این آزمون به تمام ابعاد مختلفی از وظایف زندگی اطلاق می‌شود که هر یک سهم بسزایی در آن سبک زندگی دارند، نبودن هر کدام موجب می‌شود آن سبک زندگی ناقص باشد، مرز میان هر کدام از آن ابعاد قابل شناسایی است و البته وجود همه آنها در کنار یکدیگر، نتیجه‌ای فراتر از حل جمع ساده آنها بدست می‌دهد که به اختصار به هر یک از مؤلفه‌های آن اشاره می‌شود.

شاخص اجتماعی (به وظایفی اشاره دارد که فرد در ارتباط با دیگران، فراتر از خود و خانواده هسته‌ای خود انجام می‌دهد)، شاخص عبادی (به وظایفی اشاره دارد که رابطه میان فرد و خداوند را بعنوان عبد و مولا نشان می‌دهد. این شاخص، اعم است از عبادات مشخص، مثل نماز، روزه، تلاوت قرآن، ذکرهای مستحبی، حج رفتارهایی که رسماً نام عبادت ندارند، اما فرد به نیت اطاعت از خداوند آن را انجام می‌دهد)، شاخص باورها (به مفاهیم هستی‌شناختی، انسان‌شناختی، خداشناختی و غیره اشاره دارد که در فرد درونی شده و در لایه‌های زیرین عاطفی و شناختی او حضور دارند و به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه، نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتارها دارند)، شاخص اخلاق (به صفات و رفتارهای درونی-شده‌ای از فرد اطلاق می‌شود که وظیفه رسمی و قانونی او محسوب نمی‌شود و با ترک آن، کسی او را مؤاخذه یا تشویق نمی‌کند. در اینجا بعد فردی و اجتماعی نظر می‌شود؛ بعد الهی آن در شاخص باورها مورد ملاحظه قرار می‌گیرد)، شاخص مالی (به رفتارهایی از فرد اشاره دارد که مستقیم یا غیرمستقیم، به امور اقتصادی و مادی زندگی مربوط می‌شود؛ اموری مثل شغل، املاک، کیفیت دخل و خرج و غیره را شامل می‌شود)، شاخص خانواده (به رفتارها و روابط فرد از این حیث که عضوی از یک خانواده هسته‌ای است، اشاره دارد)، شاخص سلامت (به اموری در نظر دارد که در سلامت جسمانی و روانی فرد نقش دارند)، شاخص تفکر و علم (به وظایف شناختی فرد اشاره دارد، اعم از شناخت‌های موجود در فرد، تلاش برای افزایش شناخت‌های خود، جایگاهی که فرد برای علم و تفکر قائل است)، شاخص دفاعی امنیتی (به وظایفی اشاره دارد که به صورت فردی یا اجتماعی با امنیت افراد و جامعه مربوط می‌شود) و شاخص زمان‌شناسی (به وظایف فرد در رابطه با استفاده بهینه از زمان مربوط می‌شود) (کاویانی، ۱۳۹۱).

در این آزمون برای هر سؤال، ۱ تا ۴ نمره در نظر گرفته می‌شود. نمره‌های واقعی سؤالات یکسان نیست، بلکه ضرایب ۱ تا ۴ دارند. در نتیجه اگر بخواهیم برای هر مؤلفه یا برای هر فرد یک پیوستار در نظر بگیریم، نمره آن در هر سؤال ممکن است بین ۱ تا ۱۶ باشد، بسته به اینکه سؤال، دارای چه ضریبی باشد و آزمودنی از آن چه نمره‌ای بگیرد. در بررسی پایایی این پرسشنامه، ضریب آلفای کونباخ برای شاخص اخلاقی، ۰/۴۴، شاخص اجتماعی ۰/۲۵، شاخص تفکر و علم ۰/۵۱، شاخص امنیتی ۰/۱۰، شاخص خانواده ۰/۳۲، شاخص زمان‌شناسی ۰/۳۱، شاخص باورها ۰/۳۳، شاخص مالی ۰/۳۷، شاخص عبادی ۰/۶۷، شاخص سلامت ۰/۶۳ و برای کل آزمون، ۰/۷۸ بدست آمده است. از سویی، برای بررسی

روایی سازه و ساختار عاملی آن، از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و با چرخش اوبلیمین استفاده شد. آزمون کفایت نمونه‌گیری کایزر-مایرز-الکین (KMO) در پژوهش انجام شده توسط کاپوانی، ۰/۷۳ بدست آمده است که نشانگر کفایت حجم نمونه انتخاب شده است. همچنین، برای بررسی اینکه همبستگی میان متغیرهای آزمون در جامعه برابر صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلست استفاده شد که برابر با ۲۱۶۷۲/۰۹۵ است که در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی-دار است (کاپوانی، ۱۳۹۰).

۱-مقیاس اضطراب وجودی گود: این مقیاس را لورن. آر و کاترینا. سی گود^۱ در سال ۱۹۷۴ در ۳۲ ماده ساخته‌اند. این آزمون در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ اعتباریابی گردید که ضریب آلفای ۰/۸۸۸ بدست آمد. همسانی درونی این پرسش نامه به روش دونیمه‌سازی نیز به دست آمد. حالت در سال ۱۹۹۴ به منظور مطالعه‌ی روایی مقیاس اضطراب وجودی، اقدام به پژوهشی با نمونه آماری ۴۴۷ نفر کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این پرسشنامه با آزمون‌های هدفمندی در زندگی پیگردی اهداف معرفتی و افسردگی، روایی همگرا و واگرایی مطلوبی دارد. همبستگی کل، ۰/۶۶ بود که نشانگر قدرت روایی بالای این آزمون است (نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر	
۳۰	۳۸/۶۰	۵/۲۲	آزمایش	عمل به مستحبات	سبک
۳۰	۳۶/۱۰	۵/۲۲	کنترل		
۳۰	۳۵/۵۶	۵/۳۴	آزمایش	التزام به انجام نماز	زندگی اسلامی
۳۰	۳۲/۹۰	۴/۹۹	کنترل		
۳۰	۳۱/۶۰	۵/۰۶	آزمایش	مراقبت و حضور قلب نماز کنترل	اضطراب وجودی
۳۰	۲۹/۸۰	۴/۹۳	کنترل		
۳۰	۵۵/۶۶	۲/۶۰	آزمایش	اضطراب	
۳۰	۴۳/۱۰	۲/۸۸	کنترل		

در این راستا پیش‌فرض‌های این روش (فاصله‌ای بودن با توجه به تحقق پیش‌فرض‌ها فاصله‌ای بودن مقیاس متغیرهای مورد مطالعه، نرمال بودن مقیاس متغیرهای مورد مطالعه (با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف)، همگنی واریانس خطا (با استفاده از آزمون لون)، همبستگی متعارف متغیرهای مورد مطالعه (با استفاده از آزمون کرویت بارتلیت)، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (با استفاده از آزمون M باکس) مورد بررسی قرار گرفت و همگنی اثرات تعاملی (با استفاده از تحلیل واریانس اثرات تعاملی) و همگنی شیب‌های رگرسیون (با استفاده از نمودار شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. پس از تحقق این پیش‌فرض‌ها جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره

1. Lawrence, Good and Good

(تحلیل کوواریانس تک متغیره) و آزمون تعقیبی جهت مقایسه زوجی میانگین‌های اصلاح شده متغیرها استفاده شد که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۲: تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثرات مداخله مبتنی بر ابعاد روان شناختی و معنوی بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه با کنترل اثر پیش آزمون

آزمون	ارزش	F	df فرض	خطا df	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان مشاهده شده
اثربخشی	۰/۹۱	۶/۱۶	۲۳	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۰/۹۹

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان شناختی و معنوی بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه اثر بخش است، چرا که مقدار F آزمون اثر پیلایی در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تک متغیره اثربخشی روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان شناختی و معنوی بر سبک زندگی اسلامی و مولفه‌های آن با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر وابسته	متغیر وابسته (زیر مولفه)	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان مشاهده شده
سبک زندگی اسلامی	اثربخشی نماز در زندگی	گروه خطا	۱۱۹/۰۴ ۷۸۷/۶۹	۱ ۵۴	۱۱۹/۰۴ ۱۴/۵۸	۸/۱۶	۰/۰۰۶	-۰/۱۳	-۰/۸۰
	توجه و عمل به مستحبات	گروه خطا	۷۱/۳۲ ۷۸۲/۶۷	۱ ۵۴	۷۱/۳۲ ۱۴/۴۹	۴/۹۲	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۵۸
	التزام به انجام نماز	گروه خطا	۱۰۸/۰۵ ۸۹۴/۶۱	۱ ۵۴	۱۰۸/۰۵ ۱۶/۵۶	۶/۵۲	۰/۰۱	-۰/۱۰	-۰/۷۰
	حضور قلب در نماز	گروه خطا	۲۵/۴۹ ۷۰۷/۲۲	۱ ۵۴	۲۵/۴۹ ۱۳/۰۹	۱/۹۴	۰/۱۶	-۰/۰۴	-۰/۲۷

جدول ۴: میانگین‌های اصلاح شده متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	متغیر وابسته (زیر مولفه)	گروه	میانگین	خطای استاندارد
سبک زندگی اسلامی	اثربخشی نماز در زندگی	آزمایش	۴۴/۰۶	۰/۷۰
		کنترل	۴۱/۱۷	۰/۷۰
	توجه و عمل به مستحبات	آزمایش	۳۸/۴۷	۰/۷۰
		کنترل	۳۶/۲۳	۰/۷۰
	التزام به انجام نماز	آزمایش	۳۵/۶۱	۰/۷۵
		کنترل	۳۲/۸۵	۰/۷۵
	حضور قلب در نماز	آزمایش	۳۱/۳۷	۰/۶۷
		کنترل	۳۰/۰۳	۰/۶۷

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش آزمون، روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان شناختی و معنوی بر ارتقاء سبک زندگی اسلامی و مولفه‌های آن (اثربخشی نماز در زندگی، توجه و عمل به مستحبات، التزام به انجام نماز و

مراقبت و حضور قلب در نماز) اثربخش است، چراکه مقادیر F محاسبه شده در سطح $p < 0/05$ معنی دار است و با توجه به میانگین‌های اصلاح‌شده گروه‌ها (جدول ۴) نتیجه گرفته می‌شود که میانگین اثربخشی نماز در زندگی، توجه و عمل به مستحبات، التزام به انجام نماز و مراقبت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است، ولی مداخله مورد نظر بر بعد حضور قلب در نماز اثربخش نیست.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اثربخشی روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی بر اضطراب وجودی با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان مشاهده‌شده
اضطراب وجودی	گروه	۱۹۲۰/۲۸	۱	۱۹۲۰/۲۸	۳۴۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
	خطا	۳۰۷/۶۴	۵۶	۵/۴۹				

جدول ۶: میانگین‌های اصلاح‌شده متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
اضطراب وجودی	آزمایش	۵۵/۳۴	۰/۴۴
	کنترل	۴۳/۴۲	۰/۴۴

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، روش مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی بر اضطراب وجودی اثربخش است، چراکه مقادیر F محاسبه شده در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است و با توجه به میانگین‌های اصلاح‌شده گروه‌ها (جدول ۶) نتیجه گرفته می‌شود که میانگین اضطراب وجودی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در مورد اثربخشی مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء مولفه‌های سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی، یافته‌ها به نوعی با نتایج جانی و همکاران، (۱۳۹۳)؛ سلاجقه و رقیبی (۱۳۹۲)؛ کامیاب منصوری (۲۰۱۷)؛ بودهی‌راجا و میدها (۲۰۱۷)؛ دادفر و لستر (۲۰۱۷)؛ محبوبی و همکاران (۲۰۱۲)؛ قربانعلی‌پور و اسلامی (۲۰۱۲)؛ قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۴)؛ منصورنژاد و کجیاف (۲۰۱۲)؛ امجد و بخارایی (۲۰۱۴)؛ خضری و همکاران (۲۰۱۵)؛ محبوبی و همکاران (۲۰۱۴)؛ دادفر و همکاران (۲۰۱۶)؛ بشایی و لستر (۲۰۱۳)؛ جونگ و همکاران (۲۰۱۳)؛ هنری و پاتریک (۲۰۱۴)؛ فریریزی و شاهسونی (۱۳۹۴)؛ السبوه و عبدالخالق (۲۰۰۶)؛ سهیل و اکرم (۲۰۰۲)؛ ابوالقاسمی (۱۳۷۳) همسو می‌باشند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت محققان (همچون، واعظی و همکاران، ۱۳۸۰؛ فرمهینی فراهانی و همکاران، ۱۳۹۱) نشان دادند که مداخله مبتنی بر معنویت می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس‌ها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی، از طریق تأثیر بر عوامل روانی، عصبی و بیولوژیک در سیستم ایمنی اثر کرده و از آن طریق در بهبود اختلالات و بیماریها تأثیر مهمی بگذارد.

در تبیین نتایج حاصله برای سوال اول می‌توان گفت بنا به نظر طهرانی (۱۹۹۶)، هدف اصلی و نهایی درمان معنوی-مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است، یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه، تمام مخلوقات برای عبادت خداوند آفریده شده‌اند که انسان ذاتاً به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی-مذهبی به حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت‌بخش وجود فرد خواهد شد.

محمدی (۱۳۹۰) نیز مطرح می‌کند که معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنجهای زندگی را که بخشی از واقعیت‌اند برای فرد آسان می‌کند. معنویت اگر مبنای توحیدی و وحیانی نداشته باشد، امری بیش از توهم معنویت نخواهد بود.

یکی از مهم‌ترین علت‌های این تأثیرات حمایت‌های اجتماعی ایجاد شده توسط گروه‌های مذهبی می‌باشد که باعث فراهم کردن انواع کمک‌های عاطفی و عملی برای افراد می‌شود. تغییر در باورها و نگرش‌های افراد و ایجاد معنا و هدف در زندگی جاری و پس از مرگ، از جمله تأثیرات دیگر مذهبی بودن می‌باشد. رابطه داشتن و وصل بودن به خداوند که در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنوان نوعی رابطه اجتماعی حمایت و ایجاد امنیت و آرامش برای افراد عمل می‌کنند. تشریفات و مناسک مذهبی احساس اتحاد و همبستگی با دیگران را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین مذهب و معنویت با ایجاد آرامش، امید و هیجان مثبت باعث بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن و پیشگیری و افزایش بهبودی از انواع بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود، همه این عوامل در بهزیستی و ایجاد سلامت افراد نقش دارند (دباغی، ۱۳۸۸).

در مورد سوال دو، یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های متعددی همسو می‌باشد، (از جمله، خالقی پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ خیدانی، ۲۰۱۱؛ سقن و همکاران، ۲۰۰۱).

در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت که فرد می‌تواند با انجام اعمالی اعم از عبادات مشخص، مثل نماز، روزه، تلاوت قرآن، ذکرهای مستحبی، حج و رفتارهایی که رسماً نام عبادت ندارند، اما فرد به نیت اطاعت از خداوند آن را انجام

می‌دهد، در جهت سبک زندگی اسلامی گام بردارد و با توجه به ارتباط مثبت سبک زندگی اسلامی با ارتباط درون فردی، به بهبود آن در جامعه اسلامی کمک کند.

اصول اعتقادی شامل باور به یگانگی خداوند، نبوت و آخرت، بنیادی‌ترین محور تعالیم اسلام و زیربنای نظامواره اندیشه انسان را تشکیل می‌دهد. جهان بینی الهی، رفتار و گفتار انسان را تنظیم کرده، مانند فرمان اتومبیل که با چرخیدن خود جهت حرکت اتومبیل را تعیین می‌کند، شیوه زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. سبک زندگی اسلامی، کنش و رفتار مطابق با آموزه‌های اسلامی است؛ به طوری که منش اسلامی در وجود فرد به عنوان یک نظام معنایی پایدار شده و در همه شئون، رفتار و کردار مسلمانان نمود یابد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت عمده‌ترین تأثیر به واسطه این نوع از مداخله، اثر آن بر بعد مرکزی وجود انسان که همان بعد معنوی است، بوده که بر دیگر جوانب سلامتی اثر بسزایی دارد. می‌توان مداخله معنوی را به واسطه کمک در به دست آوردن یکپارچگی و تمامیت فردی از طریق بهبود ارتباط با خود، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود، عنصری کلیدی در نظر گرفت.

نجفی و همکاران (۱۳۹۴) بر این نکته تأکید دارند که بهزیستی معنوی یک زندگی مملو از یقین در ارتباط با خداست و یک ترکیب مذهبی، اجتماعی و روانی را شامل می‌شود. معنویت باعث می‌شود که فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرشهای مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. از آنجایی که ناراحتی‌های روانی معمولاً در سراسر عمر اتفاق می‌افتد، ایجاد و حفظ یک حسی از بهزیستی معنوی می‌تواند نقش حیاتی در سازگاری با فشارها داشته باشد. لذا بی شک مداخلات مبتنی بر بعد معنوی می‌توانند به تقویت این سازه منتهی شوند.

مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی مؤثر است.

انجام پژوهش حاضر با محدودیتهایی مواجه بود، از جمله اینکه: جامعه آماری تحقیق حاضر صرفاً محدود به گروهی از زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز بود. لذا در تعمیم نتایج حاصله به سایر گروهها بایستی احتیاط کرد.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر محدود به مقیاس اضطراب وجودی گود و پرسشنامه سبک زندگی اسلامی بود.

توصیه می‌شود در تحقیقات آتی مشابه چنین پژوهشی بر روی سایر گروهها نظیر دانشجویان نیز انجام شود.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها نظیر مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به اثربخشی مداخله مبتنی بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی در ارتقاء سبک زندگی اسلامی و بهبود اضطراب وجودی، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزش معنویت محور در مدارس و دانشگاه‌ها و خانه‌های سلامت و مراکز بهزیستی و مساجد و مراکز آموزشی به عنوان یک راهبرد درمانی برای زوجین و نیز عموم شهروندان برگزار شود.

در پایان پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود بهزیستی معنوی، آموزش سبک زندگی ایرانی اسلامی واقعی در برنامه‌های درسی دانش آموزان گنجانده شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۷۳). بررسی مرگ و ارتباط آن با سلامت روان، گرایش مذهب نسل. سمینار بهداشت روانی، تهران: دانشگاه تهران.
- احدی، بتول. (۱۳۸۷). رابطه شخصیت و رضایت زناشویی. روان‌شناسی معاصر، ۲ (۲)، ۳۱-۳۶.
- اسماعیلی، معصومه. (۱۳۸۶). تأثیر گسترش هستی‌شناسی اسلامی بر سلامت روان. خلاصه مقالات انجمن مشاوره ایران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ایمان؛ محمد تقی؛ یادعلی جمالویی، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر بهزیستی روانی بر رضایتمندی زناشویی زنان: مورد مطالعه زنان متأهل نجف آباد و فولادشهر. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۳ (۴)، ۱-۲۴.
- جانی، ستاره؛ مولایی، مهتری؛ جنگی، شهلا؛ پوراسمعی، اصغر. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۵)، ۹۴-۱۰۳.
- خاتونی، علیرضا. (۱۳۷۶). بررسی تأثیر آوای قرآن کریم بر میزان اضطراب بیماران بستری در بخش مراقبت‌های قلبی در یکی از بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- رجب‌نژاد، محمدرضا؛ حاجی، یحیی؛ مهدوی طالب، امیر؛ و رجب‌نژاد، سعید. (۱۳۹۱). بررسی سبک زندگی اسلامی از منظر حیات طیبه در قرآن. نشریه علمی و پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱، ۲۹-۹.
- رضانی، حمیدرضا. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت روانی و مذهبی افراد دارای HIV مثبت. اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سلاجقه، صادق؛ رقیبی، مهوش. (۱۳۹۲). تأثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲، ۱-۱۰.
- سویل، فان. (۱۹۹۶). ساخت اجتماعی. ترجمه رضا دوراندیش، تهران: بیجا.
- طباطبائی، سیدمحمد؛ و حسین‌پور، محمدحسن. (۱۳۸۸). تأثیر مبانی هستی‌شناسی قرآنی بر افزایش سلامت روان، پژوهش‌نامه علوم و معارف قرآن کریم، ۴، ۱۱۷-۱۳۲.
- طولایی، زینب؛ صمدی، سعید؛ و مطهری‌نژاد، فاطمه. (۱۳۹۲). بررسی نقش میانجی عزت نفس و خود کارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری اجتماعی جوانان شهر مشهد. فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، ۳، ۹، ۱۱۵-۱۳۲.

- فرمپینی فراهانی، مولود؛ قمری زارع، زهره؛ قربانی، مجتبی؛ پورفرزاد، زهرا. (۱۳۹۱). تأثیر دعای توسل بر سلامت روان دانشجویان سال دوم دانشکده پرستاری. فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، ۲، ۱۳۵-۱۵۷.
- فریبرز، الهام و شاهسونی، ابوالفضل. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و رضایت از زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان شهر مشهد سال ۹۴. اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی.
- قمری کیوی، حسین؛ زاهد بابلان، عادل و فتحی، داود. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مرگ در سالمندان مرد سوگوار. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱ (۴)، ۵۹-۶۸.
- کاویانی، محمد. (۱۳۹۱). سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کویانی، سمیه؛ تقوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید برآموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۲، ۱۸۳-۲۰۰.
- محمدی، محمد رضا؛ اکبری، علی اصغر؛ حاتمی، ندا؛ مکرری، آذرخش؛ کاویانی، حسین؛ سلمانیان، مریم؛ و صحت، مجتبی. (۱۳۹۰). بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی. مجله پژوهشی حکیم، ۱۴، ۳، ۱۵۰-۱۴۴.
- معمدی، عبدالله. (۱۳۹۲). سبک زندگی مطلوب براساس دیدگاه ارتباطی (ارتباط انسان با خود، خداوند، دیگران و طبیعت). ویژه‌نامه سبک زندگی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۴، ۱۳، ۱۴۲-۱۲۵.
- نورعلیزاده میانجی، مسعود؛ و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۹). رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آنها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی. روان‌شناسی و دین، ۳، ۲، ۴۴-۲۹.
- یاسمی‌نژاد، پریرسا؛ گل‌محمدیان، محسن؛ و سعیدی‌پور، بهمن. (۱۳۸۹). درآمدی بر رابطه دین و معنویت با روان‌شناسی با تکیه بر دیدگاه چند تن از روان‌شناسان مطرح. قیسات، ۱۵، ۱۱۱-۸۰.
- یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۲، ۷، ۱۶۳-۱۴۵.

- Ali Akbari Dehkordi, M., Oraki, M., Barghi Irani, Z. (2011). Relation between religious orientation with anxiety about death, and alienation in aged peoples (seniors) in Tehran. *Social Psychological Researches*, 1: 140-158.
- Al-Sabwah, M.N., Abdel-Khalek, A.M. (2006). Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Stud*, 30(4):365-75.
- Amjad, F., Bokharey, I.Z. (2014). The impact of spiritual wellbeing and coping strategies on patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Muslim Mental Health*, 8: 21-38.
- Barrera, T.L, Zeno, D., Bush, A.L., Barber, C.R., Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2): 346-58.
- Beshai, J. A., Lester, D. (2013). Belief in a Day of Judgment and death anxiety: A brief note. *Psychological Reports*, 112: 1-5.

- Bookwala, J., Marriage, and other partnered relationships in middle and late adulthood. In: Blieszner R, Bedford VH, editors. (2012). *Handbook of aging and the family*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO, 91-124
- Budhiraja, A., Midha, P. (2017). Buffering Power of Spirituality against Death Anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*, 4, 2, (94), 59-66.
- Carr, D., Freedman, V., Cornman, J., and Schwarz, N. (2014). Happy Marriage, Happy Life? Marital Quality and Subjective Well-Being in Later Life. *J Marriage Fam*. 76(5): 930-948.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of Death in Older Adults Predictions from Terror Management Theory. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci*, 57(4): P358-P66.
- Cohen, A. B., Pierce, Jr. JD., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *J Res Pers*, 39(3):307-24.
- Dadfar, M., Bahrami, F., Sheybani Noghabi, F., Askari, M. (2016). Relationship between religious spiritual well-being and death anxiety in Iranian elders. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5: 283-287.
- Dadfar, M., and Lester, D. (2017). Religiously, Spirituality and Death Anxiety. *Austin J Psychiatry Behav Sci*, 4(1): 1061.
- Edalati, A., and Redzuan, M. (2010). A review: dominance, marital satisfaction and female aggression. *Journal of Social Sciences*, 6: 162-166.
- Ellison, C. G., Burdette, A. M., Hill, T. D. (2009). Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*, 38(3): 656-67.
- Enright, R. D., Fitzgibbons, R. P. (2002). *Helping clients forgive: an empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ghorbanalipour, M., & Ismail, A. (2012). The effectiveness of the therapy on anxiety mean the death of the elderly, *mental health counseling Journal of culture*, 3 (9): 68-54.
- Henrie, J., & Patrick, J. H. (2014) Religiousness, religious doubt, and death anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 203-227.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 64-78.
- Jackson, J. B., Miller, R. B., Oka, M., Henry, R. G. (2014). Gender differences in marital satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 76:105-129. doi: 10.1111/jomf.12077
- Jang, Y., Borenstein, A. R., Chiriboga, D. A., Phillips, K., & Mortimer, J. A. (2006). Religiosity, adherence to traditional culture, and psychological well-being among African American elders. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 343-355.
- Javanmarda, G., Mohammadi Garegozlo, R. (2013). The Study of Relationship between Marital Satisfaction and Personality Characteristics In Iranian Families. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 396 - 399.

- Jong, J., Blumke, M., Halberstadt, J. (2013). Fears of death and supernatural beliefs scale to test the relationship. *European Journal of Personality*, 27(5), 495-506.
- Kamyab Mansori, Y., Dolatian, M., Shams, J., Nasiri, M. (2017). Relationship between Death Anxiety and Spiritual Well-Being in Patients with Gynecologic Cancer. *Adv Nurs Midwifery*, 27(2):28-34.
- Karekla, M., Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognit Behav Pract*, 17: 371-10.
- Khalatbari, J., Ghorbanshiroudi, S., Niaz Azari, K., Bazleh, N., Safaryazdi, N. (2013). The Relationship between Marital Satisfaction (Based on Religious Criteria) and Emotional Stability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84, 869 – 873.
- Khezri, L., Bahreyni, M., Ravanipour, M., Mirzaee, K. (2015). The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr. *Nursing Journal of the Vulnerable*, 2:15-28.
- Khidani, L. (2011). Assessment of the Role of Religion on Mental Health of Students of Ilam University. *Journal of New Ideas in Education*, 1: 61-27.
- Koenig, H., Parkerson, G. R., & Meador, K.G. (1997). Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*, 154(6), 885 - 6.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network, Psychiatry*, 2-11.
- Labbe, E., & Fobes, A. (2010). Evaluating the Interplay between Spirituality, Personality and Stress. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 35:141-146.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582-593. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.010.
- Mahbobi, M., Etemadi, M., Khorasani, E., Ghiasi, M. (2012). The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. *J Mil Med*, 14(3):186-91.
- Mahboubi, M., Ghahramani, F., Shamohammadi, Z., Parazdeh, S. (2014). Relationship between daily spiritual experiences and fear of death in hemodialysis patients. *Journal of Biology and Today's World*, 3: 7-11.
- Nathan, P. A. (2010). *Cultural diversity in experience of wellbeing*. Ph. D. dissertation, Pepperdine University.
- Okozi, I. F. (2010). *Attachment to God: its impact on wellbeing*. Ph. D. dissertation, Seton Hall University.
- Pattison, R. C. & Pattison, M.L. (1980). Religiously mediated change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1553- 1562.
- Paukert, A.L., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W., Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract*, 15(2): 103-12.
- Perrin, J. (2008). *Marital satisfaction and psychological well-being in clinical and non-clinical samples*. *Retrospective Theses and Dissertations*. Paper 15399. Iowa State University

- Proulx, C.M., Helms, H.M., Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69: 576–593. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x.
- Ramiz de Leon, A. (2002). *An investigation of the relationship between spiritual wellbeing and psychological wellbeing among Mexican-American Catholics*. Ph. D. dissertation, St. Mary's University of San Antonio.
- Reed, T., & Neville, H. (2014). The Influence of Religiosity and Spirituality on Psychological Well-Being among Black Women. *Journal of Black Psychology*, 40 (4) 384–401.
- Rosowsky, E., King, E., Coolidge, F., Rhoades, C. & Segal, D. (2012). Marital Satisfaction and Personality Traits in Long-Term Marriages: An Exploratory Study, *Clinical Gerontologist*, 35:2, 77-87.
- Sephton, S. E., Koopman, C., Schaal, M., Thoresen, C., Spiegel, D. (2001). Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast Journal*, 2(8):178-81.
- Suhail, K., Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Stud*, 26(1):39-50.
- Tabei, S. Z., Zarei, N., Joulaei, H. (2016). The Impact of Spirituality on Health. *Shiraz E-Med J*, 17(6):e39053.
- Tuck, I., Alleyne, R., & Thinganjana, W. (2006). Spirituality and stress management in healthy adults. *Journal of Holistic Nursing*, 24, 245-253.
- Zhang, Q. (2007). Family communication patterns and conflict styles in Chinese parent – child relationships. *Communication Quarterly*, 55,113-128.