



## اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر افسردگی و کیفیت‌زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری

نویسندگان: محمدیاسین سیفی گندمانی<sup>۱</sup>، مسعود جان بزرگی<sup>۲</sup>، احمد علیپور<sup>۳</sup>، مهناز علی‌اکبری دهکردی<sup>۴</sup>

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۵۱۶۲۱۱ Email:mseifi79@gmail

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران

### چکیده

**مقدمه:** یکی از اولویت‌های نظام سلامت توجه به بهداشت روان است. از طرفی در سالیان اخیر، پرداختن به مذهب و معنویت به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی رویکردهای درمانی و آموزشی، مورد تأکید قرار گرفته‌است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی، بر افسردگی و کیفیت‌زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر، در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شده است. برای این کار، پس از انجام مصاحبه تشخیصی ۴۰ نفر از دانشجویان افسرده مراجعه‌کننده به هسته‌های مشاوره دانشگاه در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ انتخاب و بعد از اخذ رضایت آنان جهت شرکت در پژوهش، به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. جهت سنجش متغیرها، از پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. هر دو گروه در پیش‌آزمون شرکت نمودند و سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه و هر جلسه به طور متوسط ۹۰ دقیقه به صورت گروهی، مداخله درمانی را دریافت نمودند. برای تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS-18 استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت‌زندگی کاهش معنادار افسردگی ( $\eta^2 = 0/73$ )، افزایش کیفیت‌زندگی ( $f(1,33) = 96/3, p < 0/001$ ) و افزایش کیفیت‌زندگی ( $\eta^2 = 0/52, f(1,33) = 35/77, P < 0/001$ ) را در گروه آزمایش به همراه داشته است.

**نتیجه‌گیری:** پرداختن به بعد مذهب به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده فرهنگ، و افزودن این بعد به مداخلات روانشناختی، با نگاهی کل‌گرایانه و یکپارچه نسبت به انسان می‌تواند به اثربخشی مداخلات کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانگری، جهت‌گیری اسلامی، افسردگی، کیفیت‌زندگی، دانشجو

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۲۰

[افسردگی یک اختلال رایج در بین افراد است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی همراه است و منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود] (۱). سلیگمن به سبب شیوع بالای این اختلال، افسردگی را سرماخوردگی روانی می‌نامد. در کشورهای درحال توسعه که درصد بالایی از جمعیت جهان را شامل می‌شوند، بیماری‌های غیرواگیر مثل افسردگی به سرعت جانسین دشمنان سنتی بشر یعنی بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه می‌شود و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگهای زودرس قرار می‌گیرد. میزان شیوع افسردگی در ایران حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد است (۲) و در سال‌های اخیر، در جمعیت جوان حتی نوجوان رشد فزاینده‌ای داشته است (۳). [دانشجویان به علت فشار تحصیل، امتحان و مسائل حاد عاطفی اجتماعی و به طور کلی مسائل رشد و بلوغ عاطفی دچار آن می‌شوند] (۴).

مطالعات صورت گرفته در مورد شیوع افسردگی در دانشجویان، از رشد فزاینده‌ی این اختلال و شیوع نگران‌کننده‌ی آن در دانشجویان حکایت دارد. براساس نتایج مطالعه‌ی ای که در دانشجویان رشته‌های مختلف در دانشگاه ایلام صورت پذیرفته است، از مجموع ۳۸۱ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، ۷۶/۱ درصد دانشجویان دارای علائم افسردگی بوده‌اند (۱). در مطالعه دیگری بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی یاسوج نشان داد میزان شیوع افسردگی ۶۹/۲ درصد



بود و به ترتیب ۴۱/۲ درصد دانشجویان از افسردگی خفیف، ۱۷/۳ درصد از افسردگی متوسط، ۶/۴ درصد از افسردگی نسبتاً شدید و ۴/۲ درصد از افسردگی شدید رنج می‌برند (۵). در پژوهش مشابهی که در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده، نتایج حاکی از این است که افسردگی خفیف در ۸/۳۹ درصد، افسردگی متوسط در ۸/۱۴ درصد و افسردگی شدید در ۳ درصد دانشجویان وجود داشت (۴). بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد نیز نشان داد حدود ۳۰ درصد از دانشجویان مبتلا به افسردگی متوسط و شدید بودند (۲). افسردگی و کیفیت‌زندگی (Quality of Life) با هم در ارتباطند و همبستگی منفی بین این دو سازه وجود دارد. یعنی حالاتی چون افسردگی و اضطراب، کیفیت‌زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). این تأثیر بدین‌گونه است که هرچه افسردگی بیشتر می‌شود کیفیت‌زندگی کاهش بیشتری پیدا می‌کند.

[تا چندی پیش، رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت‌زندگی بهتر را داشت (۷). اما امروزه کیفیت‌زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد] (۸). کیفیت‌زندگی مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است (۹). بر طبق مدل سلامتی، کیفیت‌زندگی مطلوب باید چند بعد جسمانی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در برگیرد (۱۰). سازمان بهداشت جهانی (WHO)، کیفیت‌زندگی را این‌گونه تعریف کرده است: ادراک افراد از وضعیتی که در آن



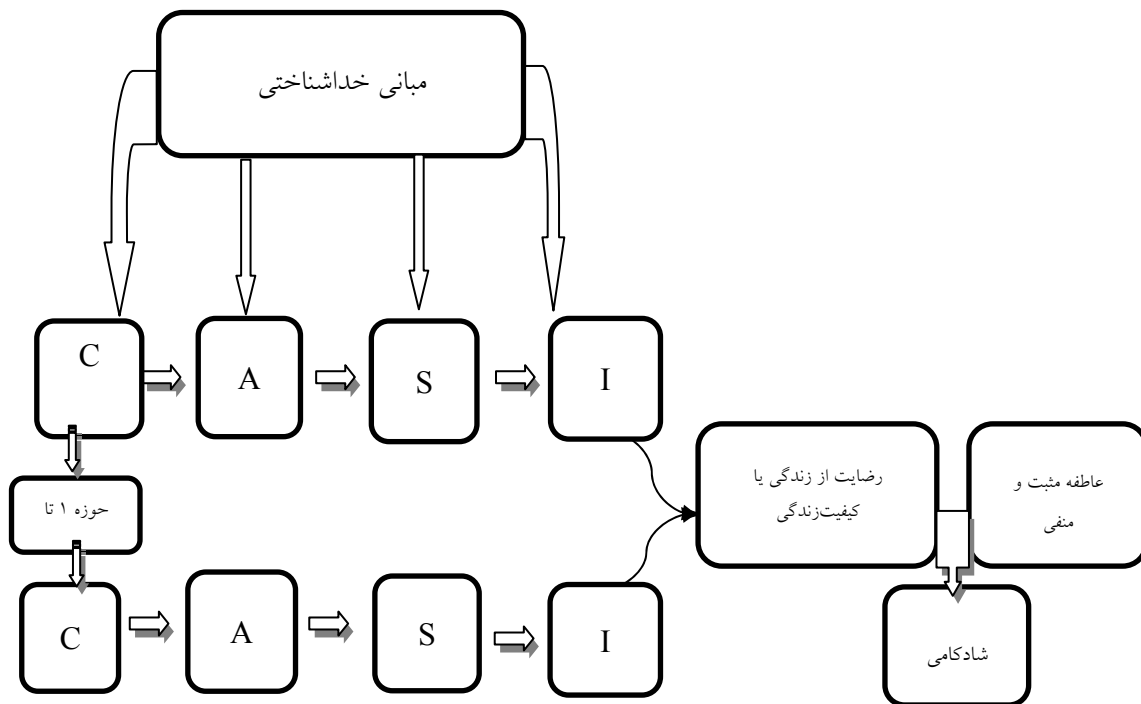
تی. بک (A.T. Beck) در حوزه‌ی بالینی و تئوری فعالیت سیکزنت میهالی (Csikszentmihalyi) با روان‌شناسی مثبت سلینگمن (Seligman) به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه بنا نهاده شده‌است. هدف درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی (Inner abundance) و پیشگیری از فرسودگی (۱۴). این نوع درمان، هم برای مراجعان بالینی و هم غیربالینی به کار برده می‌شود. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی، شانزده حوزه مهم از زندگی را هدف قرار می‌دهد. این شانزده حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند عبارت است از سلامتی، عزت‌نفس، اهداف و ارزشها، پول و استانداردهای زندگی، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاریگری، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، اطرافیان و جامعه. رضایت فرد از هر یک از حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت‌زندگی، حاصل پنج عامل یا رکن است که عبارتند از ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه (Circumstances)، چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص (Attitude)، ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای تحقق یافته یا موفقیت‌ها (Standards)، ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه (Importance) می‌دهد و بالاخره جزء (Overall satisfaction) یا رضایت کلی در دیگر حوزه‌های زندگی است که دغدغه‌ی فعلی فرد نیستند یا به هر دلیل مغفول واقع شده‌اند. این پنج رکن به اختصار CASIO

زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن قرار دارند که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنها می‌باشد (۶). مشاوره و روان‌درمانی برای هر گروه افراد دارای فرهنگ خاص، دارای معانی متفاوتی است که عمیقاً وابسته به ارزش‌های فرهنگی آنهاست. اغلب نظام‌های سنتی روان‌درمانی، بعد فرهنگی مراجعان را نادیده می‌گیرند؛ در حالی که بیشتر آسیب‌های روانی به همان اندازه که زیستی‌اند، فرهنگی و جامعه‌شناختی نیز هستند (۱۱). اعتقادات مذهبی جنبه‌ای از زمینه‌ی فرهنگی مراجع است که باید به عنوان بخش اصلی آگاهی بین فرهنگی درمانگر در نظر گرفته شود (۱۲). با توجه به این دیدگاه‌های نو نسبت به درمان، پرداختن به نقش معنویت و مذهب - به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های فرهنگ در روان‌درمانگری به ویژه در جامعه‌ی ایران ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی، در پاسخ به همین نیاز شکل گرفته است. این رویکرد درمانی با الهام از روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی (Quality of Life Therapy) تدوین شده است؛ رویکردی که شادکامی را افزایش می‌دهد و نیز رویکردی مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت‌نگر (Positive Psychology) است (۱۳). این رویکرد، درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی روانشناختی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و... در بافت زندگی تدوین شده‌است. این درمان توسط مایکل فریش (Michael Frisch) با ترکیب رویکرد شناختی آرون.



در الگوی اسلامی روان‌درمانگری/آموزش مبتنی بر کیفیت‌زندگی، با تغییر نگرش‌های فرد با جهت‌گیری توحیدی (A)، تغییر در معیارهای زندگی در هر حوزه از زندگی با جهت‌گیری توحیدی (S)، تغییر اولویت‌های فرد در زندگی و اتخاذ اولویت‌های توحیدی (I) و تمرکز توجه بر حوزه‌های مغفول زندگی (O)، در نهایت هماهنگ‌سازی آنها با واقعیت‌های توحیدی، زمینه ارتقای کیفیت‌زندگی، رضایتمندی و شادکامی فرد فراهم می‌گردد.

نامیده می‌شوند. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی برای ایجاد تغییر و بهبود رضایت و شادمانی فرد در هر یک از حیطه‌های شانزده‌گانه کیفیت‌زندگی، به کمک اصول خاص خود، تغییراتی را در هر یک از ارکان پنج‌گانه CASIO ایجاد می‌نماید. طبق این رویکرد رضایت و شادمانی در شانزده حوزه مختلف کیفیت‌زندگی، خطی و جمع‌پذیر است (۱۵). لذا تغییر در هر یک از حوزه‌ها، سبب تغییر در رضایت و شادمانی کلی فرد خواهد شد.



نمودار ۱: الگوی پنج‌راهه‌ی رضایت و شادکامی CASIO با جهت‌گیری اسلامی



اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک (۲۱)، تاثیر درمان چند مدلی بهبودی محور با رویکرد معنویت بر علایم و نشانه‌های بیماران اسکیزوفرنیک مزمن (۲۲) نیز نشان از اثرات مثبت درمانگری‌های معنوی و مذهبی در اختلالات روانی دارند و همگی مؤید اثرات روش‌های معنوی و گروهی در توانبخشی بیماران روانی می‌باشد. پژوهش دیگری نیز نشان داد که فعالیت‌های معنوی می‌تواند تا حدود زیادی کاهش بهزیستی روان‌شناختی (Subjective well-being) افراد دارای بیماری مزمن را کنترل کند (۲۳).

با عنایت به پیشینه درمانهای یکپارچه توحیدی و سایر درمانهای معنوی- مذهبی، پژوهش حاضر برای بررسی دو فرضیه زیر اجرا شده است:

۱. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری مذهبی، کیفیت‌زندگی دانشجویان شرکت‌کننده را به طورمعناداری افزایش خواهد داد.

۲. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری مذهبی، افسردگی دانشجویان شرکت‌کننده را به طورمعناداری کاهش خواهد داد.

### روش بررسی

از آنجا که به دلیل ماهیت پژوهش و شرایط ورودی ویژه برای شرکت‌کنندگان در پژوهش، امکان انتخاب کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان وجود نداشت، این پژوهش در زمره‌ی طرح‌های نیمه‌آزمایشی بوده و در قالب طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه‌ی دانشجویان افسرده مراجعه‌کننده به هسته‌های مشاوره دانشگاه پیام

با عنایت به آنچه گفته شد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی، بر افسردگی و کیفیت‌زندگی دانشجویان افسرده در دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری است.

در سالیان اخیر پژوهشهای متعددی در قالب درمانهای یکپارچه توحیدی یا درمانهای دیگر با جهت‌گیری مذهبی، به بررسی تأثیر مذهب و معنویت در درمان پرداخته اند. برای نمونه، نتایج یکی از این مطالعات نشان می‌دهد که درمان با رویکرد چندوجهی اسلامی به شیوه گروهی می‌تواند در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان مؤثر باشد (۱۶). هادی و جان‌بزرگی (۱۷) نشان دادند که درمان یکپارچه‌ی توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیتی و بالینی متعددی از جمله افسردگی، احساس گناه و رنجش، بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری، ضعف روانی و بی‌کفایتی روانی در مددجویان زندان مرکزی قم تأثیر معناداری داشته است. یافته‌های پژوهش دیگری نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی-مذهبی در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی و گروه‌گواه میزان افسردگی را کاهش داده است (۱۸). در پژوهش دیگری که با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، بر اضطراب آشکار دانشجویان پسر خوابگاهی در دانشگاه علامه طباطبایی انجام شد، نتایج نشان داده است که درمان معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی توانسته است همپای درمان شناختی رفتاری، اضطراب را در دانشجویان کاهش دهد (۱۹). مطالعات انجام گرفته پیرامون تاثیر مذهب بر خودکشی بیماران اسکیزوفرنیا (۲۰)، تلفیق معنویت و مذهب در بعد روانی



جسمانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. سؤالات اول و دوم این پرسشنامه در هیچ حیطه‌ای نمی‌گنجند و سؤال اول کیفیت زندگی را به‌طور کلی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به‌طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده فوق می‌پردازد. نجات و همکاران (۲۷) پایایی این آزمون را با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای برای حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷ برای سلامت روانی ۰/۷۷، برای حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و برای سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. همچنین همگنی درونی زیر مقیاس‌های چهارگانه‌ی بالا به روش آلفای کرونباخ برای گروه بهنجار ۰/۷۳ و در بیماران برابر با ۰/۷۷ بوده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه به‌طور متوسط ۹۰ دقیقه به صورت گروهی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی را دریافت نمودند. شرح مختصر فرایند درمان و فعالیت‌های انجام گرفته در هر جلسه بدین شرح بوده است:

جلسه اول: آشنایی اولیه با اعضای گروه، قواعد گروه، اهداف درمانی و دوره آموزشی، توافق با اعضاء جهت زمان‌های برگزاری دوره درمان، ارزیابی اولیه، جمع‌بندی و بازخورد و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: مروری بر جلسه اول، تعریف و تبیین کیفیت زندگی و بحث پیرامون کیفیت‌زندگی، شادکامی و رضایتمندی؛ آشنایی با ابعاد کیفیت زندگی و درخت زندگی، بحث پیرامون حوزه‌های مشکل‌ساز زندگی اعضا و انتخاب حوزه‌هایی از کیفیت‌زندگی که

نور استان چهارمحال و بختیاری در بازه زمانی اجرای پژوهش بوده‌اند. از بین مراجعان، با جلب رضایت دانشجویان مراجع، و پس از مصاحبه مقدماتی ۴۰ دانشجو انتخاب و پس از انجام مصاحبه بالینی و احراز شرایط ورودی، به روش جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از نمره‌ی بالاتر از ۲۹ در پرسشنامه افسردگی بک، گرفتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم وجود اختلالات همایند با افسردگی. همه شرکت‌کنندگان در آغاز کار در پیش‌آزمون شرکت نموده و پرسشنامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت‌زندگی (سازمان بهداشت جهانی) را تکمیل نمودند.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) شامل ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است و مجموع امتیازها می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر کند. طبق نظر بک، نمره ۰-۹ نشانگر فقدان افسردگی ۱۰-۱۸، افسردگی خفیف، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ نشانگر افسردگی شدید است (۲۴). بک و همکاران (۲۵) روایی همزمان این مقیاس را ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند. در فرهنگ ایرانی نیز، گودرزی (۲۶) پایایی این پرسشنامه را از طریق ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی حاصل از روش تنصیف را بر اساس سوالات زوج و فرد، برابر  $r=0.7$  گزارش نموده است.

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی کیفیت‌زندگی (WHOQOL-BREF) دارای ۲۶ سؤال است و چهار حیطه‌ی سلامت‌روانی، سلامت



گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر اولویت‌ها (I) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، ارائه تکلیف، 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، ارائه تکلیف، جمع‌بندی، بازخورد.

جلسه دهم: مرور کلی دوره درمان، بحث پیرامون چگونگی تعمیم استفاده از راهبردهای پنج‌گانه و اصول کیفیت‌زندگی در شرایط مختلف زندگی واقعی، جمع‌بندی، اختتام گروه و اجرای پس‌آزمون.

در نهایت یافته‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 و به روش تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. علت استفاده از تحلیل کواریانس این بود که امکان کنترل اثرات پیش‌آزمون را فراهم می‌نمود. لازم به ذکر است به دلیل افت آزمودنی‌ها در نهایت ۱۸ نفر در گروه کنترل باقی ماندند و یکی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز به دلیل نقایص فراوان در پرسشنامه‌ها، از تحلیل کنار گذاشته شد.

#### یافته‌ها

در این بخش به بررسی یافته‌های پژوهش پرداخته شده است. جهت سهولت دستیابی به یافته‌های اصلی پژوهش ابتدا ویژگی‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است. سپس مفروضه‌های تحلیل

از دیدگاه اعضای گروه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند بهبود می‌باشند (حوزه‌های هدف)، ارائه تکلیف، جمع‌بندی و بازخورد.

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، ارائه تکلیف، 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 نگرشها (A) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر نگرشها (A) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، ارائه تکلیف، جمع‌بندی و بازخورد.

جلسه ششم: مرور جلسه پیشین، ادامه بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر نگرشها (A) در هر یک از حوزه‌های هدف با جهت‌گیری اسلامی، ارائه تکلیف، 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، ارائه تکلیف، جمع‌بندی، بازخورد.

جلسه هشتم: مرور جلسه پیشین، معرفی راهبرد چهارم؛ تغییر اولویت‌ها (I) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث



تحلیل کواریانس یکراره نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین‌آزمودنی گروه هم در متغیر کیفیت‌زندگی ( $\eta^2 = 0/52$ ،  $P < 0/001$ ،  $f_{(1,33)} = 35/77$ ) و هم در متغیر افسردگی ( $\eta^2 = 0/73$ ،  $p < 0/001$ ،  $f_{(1,33)} = 96/3$ ) مشاهده می‌شود.

یعنی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته معنادار است؛ به بیان دیگر پس از حذف اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون کیفیت‌زندگی و افسردگی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و این به معنای اثربخشی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی در بهبود کیفیت‌زندگی و کاهش معنادار نمرات افسردگی دانشجویان و تأیید فرضیات پژوهش است.

کواریانس بررسی شده و در نهایت نتایج حاصل از تحلیل کواریانس آمده است.

از آنجا که نمرات پیش‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیرهای کیفیت‌زندگی و افسردگی، به عنوان متغیر کمکی یا همپراش وارد تحلیل شد، پیش از انجام تحلیل کواریانس، مفروضه‌های این تحلیل از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی شیب رگرسیون متغیرهای وابسته و متغیر کمکی، همبستگی متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته و نیز همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون برای هر دو متغیر، مورد بررسی قرار گرفت و از حصول شرایط اطمینان حاصل شد. البته برای پرهیز از تعدد جداول تنها نتایج آزمون لوین در اینجا گزارش شده است.

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد، بین واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و لذا مفروضه همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر مورد بحث برقرار است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و کیفیت‌زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۴/۳۳
	کنترل	پس‌آزمون	۷/۹۱
		پیش‌آزمون	۴۵/۷۸
	کیفیت‌زندگی	آزمایش	پس‌آزمون
کنترل		پیش‌آزمون	۴۷/۳۶
		پس‌آزمون	۹/۶۷
کیفیت‌زندگی		پس‌آزمون	۷۵/۵۵
	پیش‌آزمون	۸۹/۳۸۸	
کیفیت‌زندگی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۱
	پس‌آزمون	۷۱/۶۳۱	۱۰/۲۵





جدول ۲: آزمون همگنی واریانس گروههای آزمایش و کنترل در پس آزمون کیفیت زندگی و افسردگی

متغیر	F	df1	df2	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۸۰۷	۱	۳۵	۰/۳۷
افسردگی	۱/۶۲	۱	۳۵	۰/۲۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه پس آزمون کیفیت زندگی و افسردگی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور سهمی اتا
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۳۷۶/۶۲	۱	۲۳۷۶/۶۲	۸۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	گروه	۹۷۳/۷۸	۱	۹۷۳/۷۸	۳۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۹۲۰/۱۸	۳۴	۲۷/۰۶			
	کل	۲۵۷۳۲۴	۳۷				
افسردگی	پیش آزمون	۲۰۷۶/۴۹	۱	۲۰۷۶/۴۹	۵۸۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	گروه	۳۴۴/۷۲	۱	۳۴۴/۷۲	۹۶/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۲۱/۷	۳۳	۳/۵۷			
	کل	۷۳۴۷۰	۳۷				

### بحث و نتیجه گیری

بررسی فرضیات پژوهش نشان داد روان درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی افزایش معنادار نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و از سوی دیگر کاهش معنادار نمرات افسردگی دانشجویان افسرده را سبب شده است. از آنجا که روان درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی توسط نویسندگان این مقاله تدوین شده و طبیعتاً بجز این مقاله تا کنون هیچ پژوهش مدونی در مورد اثربخشی این روش درمانی منتشر نشده است، لذا برای بحث در یافته‌ها به یافته‌های پژوهش‌های معدود انجام شده در مورد اثربخشی QOLT و سایر درمانهای مثبت و معنوی/مذهبی اشاره شده است. چراکه این رویکرد ترکیبی از CBT، روانشناسی مثبت و درمان‌های مذهبی/معنوی است. در یکی از معدود پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی روان‌درمانگری مبتنی بر

کیفیت زندگی، نتایج حاکی از این بودند که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش شاخص‌های سلامت روان در ابعاد افسردگی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی سازی در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری در مراجعین به مراکز مشاوره شده است (۲۸). در پژوهش دیگری ریاحی و همکاران (۲۹) اثربخشی این رویکرد درمانی را بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نشان داده‌اند. همچنین یافته‌های این پژوهش، با یافته‌های پژوهش مهرابی زاده هنرمند، هاشمی و بساک نژاد (۱۶) که نشان داده‌اند درمان با رویکرد مذهبی/معنوی به شیوه گروهی می‌تواند در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان مؤثر باشد، مطالعه هادی و جان بزرگی (۱۷) که اثربخشی درمان یکپارچه‌ی توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیتی و بالینی متعددی از جمله افسردگی، احساس گناه و رنجش،



فراگیر را نشان می‌دهد. این روش درمانی به گونه‌ای 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 ارزیابی شناختی خود را از میزان رضایت از زندگی بازنگری کنند و در نتیجه عواطف مثبت و منفی نیز که با رضایت از زندگی یا همان کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارند، به تعادل نزدیک شوند. که نمود بارز کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت در این پژوهش، کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش است. پژوهشگران در مورد این ارتباط بین ارزیابی شناختی (در اینجا کیفیت زندگی) و عاطفه (در اینجا مثبت و منفی) معتقدند این دو عامل تحت کنترل سیستم‌هایی قرار دارند که مجزا و در عین حال تا حد زیادی به هم وابسته‌اند که هر کدام به روش گوناگون بر دیگری اثر می‌گذارد (۲۸). بنابراین استراتژی‌های خودتنظیمی عاطفی مانند تکنیک سبد تخم مرغ‌ها و تکنیک دروغ‌سنج می‌توانند روشهای مؤثری باشند که فرد به کمک آنها واکنش عاطفی خود را نسبت به شرایط محیطی شناسایی کند و با مدل CASIO ارزش‌گذاری احساسی خود را در هر حوزه به تعادل برساند (۲۹). روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد می‌آموزد که بهزیستی روانشناختی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به این دیدگاه برسند که سلامت روانی تنها نداشتن بیماری روانی نیست بلکه همواره باید به دنبال افزایش کیفیت زندگی خود باشند. لذا افراد یاد می‌گیرند که رضایت از

بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری، ضعف روانی و بی‌کفایتی روانی را در مددجویان زندان مرکزی قم گزارش نموده‌اند همسو می‌باشد. همچنین عرب (۱۸) به این نتیجه دست یافت که گروه درمانی شناختی- مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی و گروه گواه میزان افسردگی را در معنادان خود معرف کاهش داده است و پژوهش دیگری که نشان داده است درمان معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی توانسته است همپای درمان شناختی رفتاری، اضطراب را در دانشجویان کاهش دهد (۱۹) همسو می‌باشد. همچنین این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشهای متعددی که همگی مؤید اثرات مثبت روش‌های معنوی و گروهی در توانبخشی بیماران روانی می‌باشد، همسوست (۲۰، ۲۱ و ۲۲).

بهزیستی ذهنی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی خود که در واقع همان کیفیت زندگی است و بعد عاطفی آن یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفی منفی. مولفه‌های شناختی و عاطفی بهزیستی، به همدیگر وابسته و میزان این همبستگی از ۰/۸ تا ۱ در نوسان است (۳۳). روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی تنها درمان شناختی- رفتاری است که افزایش شادی و رضایت از زندگی را در جنبه‌های مختلف در مرکز اهداف خود قرار می‌دهد و هدف نهایی آن بهبود کیفیت زندگی به طور خاص است (۲۹). روان‌درمانگری 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 به خوبی این نگاه



کند می‌تواند به تغییر در دیگری نیز بینجامد. کیفیت‌زندگی در واقع قضاوت‌شناختی آگاهانه‌ی فرد در مورد میزان رضایت او از زندگی است. لذا در مورد مبتلایان به افسردگی، مداخله‌ی درمانی و پیش‌آگهی درمان می‌تواند بر ادراک کلی فرد از زندگی تأثیر بگذارد (۷). البته اگر نگاهی فراگیرتر به این یافته داشته باشیم می‌توان گفت نه تنها تغییر در هر یک از این متغیرها، تغییر در دیگری را به همراه دارد، بلکه در این پژوهش ممکن است هر دو اینها همزمان از متغیر دیگری تأثیر پذیرفته باشند که همان معنایابی و هدفمندی است که یکی از اهداف اصلی رویکردهای معنوی-مذهبی و از جمله روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت‌زندگی است.

با استناد به یافته‌های بالا، اثربخشی این مداخله بر کیفیت‌زندگی و افسردگی دانشجویان قابل توجه است اما آنچه نیازمند تبیین بیشتر است، چگونگی این تأثیر است که در ادامه به آن اشاره خواهد شد. با توجه به اینکه در یک دوره‌ی درمان نمی‌توان به هر شانزده حوزه کیفیت‌زندگی پرداخت، لذا براساس ارزیابی از شرکت‌کنندگان، در این پژوهش حوزه‌های عزت‌نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی و حوزه جامعه و اطرافیان حوزه‌هایی بودند که به عنوان حوزه‌های هدف برای تغییر در نظر گرفته شدند. برای تغییر در حوزه‌های مذکور از تکنیک‌هایی مثل توجه به موهبت‌ها (BAT)، دروغ سنج، ثبت افکار و احساسات ناکارآمد، سبد تخم مرغها، کیک شادمانی، تنفس ذهن آگاهانه، نوار گذاشتن مجدد، زمان گریستن، تکنیک عقیده‌ی نفر دوم، آرام سازی، روز بهداشت روانی، واژه‌نامه احساسات، نمایشگاه تصویری حامیان؛ و

زندگی حاصل همه‌ی حوزه‌های شانزده‌گانه زندگی است لذا باید با ایجاد تعادل بین واقعیت هر حوزه و ایده‌آلی که به دنبال آن هستند، بهزیستی روانی، رضایت خاطر و سلامت روانی بیشتری در خود ایجاد نمایند (۲۸).

یکی از شاخصه‌های اساسی این رویکرد درمانی، جهت‌گیری اسلامی آن است. جان‌بزرگی (۳۰) در پژوهشی دریافت که بین مذهب یا مذهبی بودن با سلامت روان رابطه مستقیم وجود دارد. یافته‌های محققان مختلف نشان می‌دهد که گرایش‌های مذهبی می‌تواند نوعی حفاظت و ایمنی فردی در برابر افسردگی ایجاد کند (۳۱). برخی محققان معتقدند که اعتقادات دینی نگرشی جدید درباره جهان به انسان افسرده می‌دهد و نوعی دلبستگی معنوی برای انسان به همراه دارد (۳۲). شاید مهمترین مسأله این است که دین می‌تواند به افراد حس معنا ببخشد و حتی می‌تواند به ناگوارترین زندگی‌ها احساس عمیق معناداری را ارزانی کند. وقتی ما در مناسک دینی سازمان‌یافته شرکت می‌جوئیم، دیگر در دنیا تنها نیستیم و با ارتباط با چیزی بزرگتر از خودمان، زندگی ما معنا می‌یابد (۳۳).

از یافته‌های قابل پیش‌بینی در این پژوهش، کاهش افسردگی و در عین حال افزایش کیفیت‌زندگی بیماران است. بین افسردگی و کیفیت‌زندگی همبستگی منفی وجود دارد و از سوی دیگر میزان کیفیت‌زندگی بیماران خلقی به شدت آن برمی‌گردد یعنی هرچه شدت اختلال بیشتر باشد، کیفیت‌زندگی پایین‌تر است (۳۴)، لذا حالاتی چون افسردگی می‌تواند کیفیت‌زندگی افراد را کاهش دهد. بنابراین هر مداخله‌ای که یکی از این دو مؤلفه را دستکاری



هدفمندی، معنایابی/هدف‌یابی، خیرباوری، تنظیم آرزوها و تکنیک معنا به مانند اتوبوس برای تغییر در حوزه اهداف و ارزش‌ها مورد استفاده قرار گرفت. از آنجا که طبق این رویکرد رضایت و شادمانی در شانزده حوزه مختلف کیفیت‌زندگی، خطی و جمع‌پذیر است، لذا تغییر در هر یک از حوزه‌ها، سبب تغییر در رضایت و شادمانی کلی فرد خواهد شد.

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی، بر حسب سه رکن یا اصل بنیادین شادمانی آغاز می‌شود که عبارتند از غنای درونی، کیفیت‌زمان و معنایابی موحدانه. این رویکرد می‌تواند با تعدیل شناخت‌ها، هیجانات و رفتارها و تغییر در نظام ارزیابی فرد از خود، زندگی، فقر و غنا، مالکیت، انتظارات و آرزوها منجر به کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت‌زندگی شود. یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این رویکرد این است که گستره زندگی را محدود به دوره زمانی تولد تا مرگ نمی‌داند. بنابراین رضایت از زندگی در این منظر تنها به ارزیابی فرد از حیات مادی خود محدود نمی‌شود و دستاوردهای معنوی انسان را نیز که به زندگی پس از مرگ مربوط می‌شوند در این ارزیابی دخیل می‌کند. در واقع کیفیت‌زندگی در این دیدگاه ارزیابی فرد از ماحصل نهایی زندگی است و نه آنچه اکنون و در این دنیا فرد به آن رسیده است. استفاده از معنویت در گروه‌درمانی به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند باعث ارتقاء حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود (۲۹). از آنجا که مذهب و معنویت بر جنبه‌های روانشناختی، اجتماعی و حتی بر جنبه‌های زیستی انسان تأثیر

اصولی مانند اصل معنایابی/هدف‌یابی، اصل دوست صمیمی، اصل معنا مانند اتوبوس، اصل پذیرش آنچه نمی‌توانید تغییر دهید، اصل سود بانکی، اصل همه چیز دست یافتنی نیست و اصل شادمانی یک انتخاب است که برگرفته از چارچوب اصلی رویکرد QOLT هستند استفاده شد. اما از آنجا که رویکرد این پژوهش، رویکردی اسلامی به ارتقای کیفیت‌زندگی است، در کنار یا در درون تکنیک‌های فوق از اصل خیرباوری، راهبردهای تنظیم نظام ارزیابی، اصلاح تفسیر از مالکیت، تنظیم تکیه‌گاه، تنظیم رغبت، واقعیت‌شناسی، تنظیم روزی، تنظیم انتظارات، اصلاح تفسیر از فقر و غنا و اصلاح مقایسه‌ها که همگی برگرفته از آموزه‌های تعالی بخش اسلامی است، کمک گرفته شده است. برای مثال در حوزه جامعه و اطرافیان تکنیک سبد تخم مرغ‌ها به افراد نشان داد که تمامی سرمایه‌گذاری روانی و هیجانی بر روی یک رابطه یا روابطی اندک، یکی از دلایل نارضایتی آنها از روابطشان است. لذا به کمک تکنیک‌هایی مثل سودبانکی، اصل تنظیم تکیه‌گاه و تنظیم انتظارات افراد آموختند که با گسترش روابط و تغییر نگرش‌ها در مورد روابط می‌توانند رضایت خود را از این حوزه افزایش دهند. البته تکنیک‌های فوق در کنار تکنیک‌هایی مثل اصلاح مقایسه‌ها، توجه به موهبت‌ها (BAT) و اصلاح تفسیر از مالکیت برای افزایش عزت نفس نیز کارایی دارند. این تکنیک‌ها کمک شایانی به غلبه بر احساس تنهایی و گسترش روابط سالم می‌کنند و بر عزت نفس فرد نیز می‌افزایند. طبق هرم نیازهای مزلو، داشتن خودپنداره مثبت نقش بسیار زیادی در بهزیستی روانشناختی فرد دارد (۲۹). همچنین اصل زندگی موحدانه، واقعیت‌شناسی دنیا،



پژوهش با رویکرد اسلامی انجام شده است لذا تعمیم نتایج به افراد یا جوامعی با باورهای دینی متفاوت را با محدودیت روبرو می‌نماید.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری و زحمات بی‌دریغ مدیران فرهنگی دانشجویی دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری و دانشجویان عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند صمیمانه قدردانی می‌گردد. ضمناً این مقاله حاصل رساله دوره دکترای تخصصی می‌باشد.

می‌گذارد و از سوی دیگر همه این ابعاد بر همدیگر تأثیر متقابل دارند، لذا رویکردهای معنوی مذهبی به عنوان رویکردی مفید به بیمار و بیماری می‌تواند توصیه و ترویج شود (۲۰).

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری در تعمیم یافته‌ها با محدودیت‌هایی روبرو خواهد بود. مهمترین محدودیت‌ها این است که این پژوهش اثربخشی الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی را بر دانشجویان دارای اختلال افسردگی اساسی مورد بررسی قرار داده است لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به جوامع پژوهشی دیگر باید احتیاط نمود. ضمناً این

### References

- 1- Mohammadzade J. Investigation of prevalence of depression and it's symptoms in Ilam university students. Sci j Ilam uni med sci 2012; 19(2): 71-6. [Persian]
- 2- Baghiani Moghaddam MH, Ehrampoush MH, Rahimi B, Aminian A, Aram, A. Investigation of depressin in health and nursing schools of Yazd shahid sadoughi university of medical science. J Med Edu Dev 2012; 1(4): 17-24. [Persian]
- 3- Ilderabadi E, Firouzkoohi M, Mazloun R, Navidian, R. Investigation of prevalence of depression in students of Zabol university of medical science. Sci J Shahrekord Uni Med Sci 2005; 6(2): 15-21. [Persian]
- 4- Ershadi Kia B, Shajari A, Tayebi F, Yaghoobifar M.A. Identifying the prevalence and contributing factors of depression in students of health and health-related schools of Sabzevar university of medical science in academic year 2009-2010. J Res Committ Students Sabzevar Uni Med Sci 2010; 1, 2(23): 33-43. [Persian]
- 5- Hashemi N, Kamkar A. A study on prevalence of depression in students of Yasuj University of medical science 2002; 6(21, 22): 14-21. [Persian]
- 6- Jafari D, Salehi M, Mohammadkhani P, Emamipoor S, Heidari A. The comparison of impact of mindfulness-based cognitive therapy with group behavioral activation therapy on depression and quqlity of life in MDD. J Psychol Res 2014; 5(20): 1-16. [Persian]



- 7- Hornquis J. The Concept Of Quality Of Life In Scandinavian. J Social Med 1982; 10: 760-71.
- 8- Seligman M E P. What Is The Good Life. Am Psychol Associa 1998; 29: 121-35.
- 9- Abdollahi F, Mohammadpoor A. Investigation of quality of life in elderly residents of nursing home and elderly living at home in Sari. 2<sup>nd</sup> national cingress of family in Iran 2007; Shahid Beheshti University, Family research Institue. [Persian]
- 10- Montagne J, Pizza W, Peters K, Eippert G, Poggiali T. The Wellness Solution. J Active Aging 2002; 18: 67-81.
- 11- Sharifi Nia MH. Integrated Therapeutic models with the introduction of integrated monotheism therapy. 1<sup>st</sup> ed. Qom: institue of Houza And university; 2013: 143-52. [Persian]
- 12- Seligman MEP, Csikszentmihaly M. Positive Psychology: An Introduction. J Am Psychol 2000; 55: 5-
- 13- Seligman, MEP, Steen T.A, Park N, Peterson C. Positive psychology progress-empirical validation of interventions. Am Psychol 2005; 60: 410-21.
- 14- Frisch MB. Quality Of Life Therapy. New Jersey: John Wiley & Sons Press; 2006.
- 15- Frisch MB, Clark MP, Rous, SV, Rudd MD, Paweleck J, Greenstone A. Predictive and treatment validity of life satisfaction and the Quality of Life Inventory. Assess 2005; 12 (1): 66-78.
- 16- Mehrabizade Honarmand M, Hashemi E, Bassaknejad S. Investigation of the impact of Islamic Multimodal therapy on depression and self esteem in students. J Psychol Religion 2012; 4(3): 31-48. [Persian]
- 17- Hadi M, Janbozorgi M. Effectiveness of integrated monotheism therapy on personality and clinical components. J Psychol Religion 2010; 2(2): 71-104. [Persian]
- 18- Arab M. The impact of religious cognitive-behavior therapy on anxiety and depression in addicts in Yazd. Master thesis in clinical psychology, Tehran, Islamic Azad University of Roodehen 2000; 121-36. [Persian]
- 19- Yaqoobi H, Sohrabi F, Mohammadzade A. The comparison of effectiveness of cognitive-behavior therapy and spritual-religious(Islamic) therapy on overt anxiety in students. J Behav Sci Res 2012; 10(2): 99-107. [Persian]
- 20- Huguélet P, Koenig MD. Spirituality and religion in psychiatry. 1<sup>st</sup> ed. New York: Cambridge University Press 2009: 226-35.
- 21- Mohr S, Brandt P, Borrás L, Gillie RC, Huguélet P. Toward An Integration Of Religiousness And Spirituality Into The Psychosocial Dimension Of Schizophrenia. Am J Psychiatry 2006; 163: 1952-9.



- 22- Randal P, Simpson F, Laidlaw T. Can Recovery-Focused Multimodal Psychotherapy Facilitate Symptom And Function Improvement In People With Treatment-Resistant Psychotic Illness. *Australian And New Zealand J Psychiatry* 2003; 37: 720-7.
- 23- Ballew SH, Hannum MS, Gaines MJ, Marx KA, Parrish JM. The Role Of Spiritual Experience And Activities In The Relationship Between Chronic Illness And Psychological Well-being. *J Religion Health* 2011; 48: 36-48.
- 24- Kaviani H, Mousavi A, Mohit A. Interview and psychological tests. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Sana; 2000: 167-73. [Persian]
- 25- Beck AT, Clark DA. Anxiety and Depression: An information processing perspective. *Anxiety Res* 1988; 1: 23-36.
- 26- Goodarzi MA. Reliability and validity of Beck Hopelessness Scale in a group of students of Shiraz University. *J Social Human Sci Shiraz Uni* 2001; 2(36): 26-39. [Persian]
- 27- Nejat S, Montazeri A, Holakooyi K, Mohammad k, Majdzade R. Standardization of world health organization Quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and psychometric of Iranian type. *J School Public Health Ins Public Health Res* 2007; 4(4): 1-12. [Persian]
- 28- Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiei M. The Impact of group Quality of life therapy on quality of life, subjective well-being and mental health. *J Clinic Psychol* 2012; 3(2): 125-36. [Persian]
- 29- Riahi F, Vatankhah M, Karim nejhada F, Rahimi H, Beladi Moghadam E, Ahmadi Engali K. The effectiveness of Quality of Life Therapy on subjective well-being and hope in parents of autistic children. *Jundishapur Sci Medica J* 2014; 13(1): 53-65. [Persian]
- 30- Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Res Med* 2007; 345-50. [Persian]
- 31- Ball J. The relationship between religiosity and adjustment among African- American Female, urban adolescents. *J Adolescence* 2003; 26: 431-46.
- 32- Carone DA, Barone DF. A social cognitive perspective on religious believes: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *J Clinic Psychol Rev* 2001; 21(7): 989-1003.
- 33- Eid M, Larson RJ. *The Science Of Subjective Well-Being*. New York: Guilford Press 2008, 211-43.
- 34- Lejuez CW, Hopko R. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *J Behav Modifica* 2011; 35(2): 111-61.



## Effectiveness of Islamic Quality of Life Therapy on Quality of Life and Depression in Students with MDD

**Seifi Gandomani MY (Ph.D)<sup>1</sup>, Janbozorgi M (Ph.D)<sup>2</sup>, Alipour A (Ph.D)<sup>3</sup>, Aliakbari M (Ph.D)<sup>4</sup>**

1. Corresponding Author: Instructor, Department of psychology, Payam-e- nour University, Borujen, Iran
2. Associated professor, Department of psychology, Houza & Daneshgah Institue, Qom, Iran.
3. Professor, Department of psychology, Payam-e- nour University, Tehran-Iran.
4. Associated professor, Department of psychology, Payam-e- nour University, Tehran-Iran.

### Abstract

**Introduction:** Mental health is regarded as one of the priorities of health system. Within recent years, spirituality and religion as essential components of psychoeducational and therapeutic approaches, have been increasingly emphasized. Hence, the present study aimed to investigate the impact of Islamic Quality of life Therapy on depression and quality of life in students suffering from MDD in Chaharmahal & Bakhtiari Payam-e- Nour university.

**Methods:** In this quasi-experimental study, using a diagnostic interview, 40 depressed students were selected among the clients of counselling centers in 2014-15, who were assigned to experimental and control groups via random replacement method. After signing the consent form, all the participants were required to complete the Beck Depression Inventory and WHO Quality of life questionnaire. All the participants took part in pre-test phase and then Islamic quality of life therapy was conducted for the experimental group in 10 sessions which each session took 90 minutes. In order to analyze the study data, SPSS software (ver. 18) was utilized applying Ancova.

**Results:** The findings of the present study demonstrated that Islamic quality of life therapy has decreased depression ( $f=96/3, p<0/001, \eta^2=0/73$ ) and increased quality of life significantly ( $f=35/77, p<0/001, \eta^2=0/52$ ) in the experimental group.

**Conclusion:** Regarding the religion as a one of the most important components of culture and adding it to psychological interventions with an integrative and holistic perspective to humans, can increase the effectiveness of interventions.

**Keywords:** Depression; Islamic orientation; Psychotherapy; Quality of life; Student