

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های اضطراب و جودی، صبر و امید در زنان افسرده

منیره بیاتی اشکفتکی*

آزیتا امیرفخرایی**

محمدحسین شریفی‌نیا***

چکیده

از آنجا که افسردگی جزء شایع‌ترین اختلالات روانی در زنان به شمار می‌رود و مؤلفه‌های صبر و امیدواری نقش مهمی در تسکین این اختلال دارند، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر بهبود سه مؤلفه صبر، امید و اضطراب و جودی در زنان افسرده بود. طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است. گروه نمونه را ۴۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد بندرعباس تشکیل می‌دهند که براساس مقیاس افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شدند. سپس این افراد به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از مقیاس‌های افسردگی بک، امید، صبر و اضطراب و جودی استفاده شد. اعضای گروه آزمایش طی دوازده جلسه مشاوره فردی، تحت درمان یکپارچه توحیدی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد پس از مداخله، در متغیرهای صبر ($F=376/37$) و امید ($p=0/0001$)، $F=22/91$ و $p=0/0001$) و اضطراب و جودی ($F=27/37$) و $p=0/0001$)، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری حاصل شده است؛ بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می‌توان ادعا کرد که درمان یکپارچه توحیدی در بهبود مؤلفه‌های صبر، امید و اضطراب و جودی در زنان افسرده مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: افسردگی زنان، درمان یکپارچه توحیدی، امید، صبر، اضطراب و جودی.

* کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران
monireh.bayati@yahoo.com

** استادیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران (نویسنده
مسئول)
afakhraei2002@gmail.com

*** استادیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران
sharifinia1@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱ تاریخ تأیید: ۱۳۹۹/۸/۲۲

مقدمه

افسردگی یک اختلال جدی روان‌پزشکی است که به‌عنوان شایع‌ترین بیماری روانی شناخته می‌شود (مورتیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله مهم‌ترین نشانگان این اختلال خلقی که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است، کم‌صبوری، نداشتن امید به آینده و نگرانی‌های وجودی می‌باشد (لویس،^۲ ۲۰۰۷، ص ۴۳).

براساس آخرین برآوردهای موجود در سال ۲۰۱۷، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند که حدود دو سوم آنان را زنان تشکیل می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی،^۳ ۲۰۱۸). بررسی‌های انجام شده در ایران نیز بیانگر شیوع ۱۶/۸ درصدی افسردگی در بین زنان است (پایگاه خبری و اطلاع‌رسانی وزرات بهداشت، ۱۳۹۸). بنابر همین گزارش در ۲۶ سال گذشته، میزان شیوع افسردگی در ایران دو برابر شده و از نظر بار بیماری‌ها، رتبه چهارم را به خود اختصاص داده است و پیش‌بینی می‌شود که در ده سال آینده بیماری افسردگی در رتبه دوم بیماری‌ها قرار گیرد.

در بیشتر موارد، افسردگی و اضطراب به صورت توأمان بروز می‌کنند (جاکبسون و نیومن،^۴ ۲۰۱۷). اضطراب بنابر علت بروز آن، انواع گوناگونی دارد که یکی از آنها اضطراب وجودی است. اضطراب وجودی نوعی نگرانی و تشویش خاطر است که از احساس بیگانگی، پوچی و بی‌معنایی نشئت می‌گیرد؛ در واقع اضطراب وجودی به احساس نگرانی، ترس و وحشت ناشی از تفکر در مورد اصلی‌ترین سؤالات زندگی مانند من کیستم؟ چرا اینجا هستم؟ هدف از خلقت من چیست؟ و امثال آن اشاره دارد (گنجی، ۱۳۸۸). ویمز^۵ و همکاران طی دو پژوهش جداگانه (۲۰۰۴ و ۲۰۱۶) دریافته‌اند که اضطراب وجودی رابطه مستقیمی با افسردگی دارد. افزون بر این، پژوهش‌های فراوانی ارتباط بین اضطراب وجودی و آسیب‌های روانی را تأیید کرده‌اند (وان برگن^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). برمن، ویمز و استیکل^۷ (۲۰۰۶) در پژوهش خود رابطه معکوس اضطراب وجودی و سلامت روانی را دریافته‌اند.

1. Mouritz, S.

2. Lewin

3. World Health Organization

4. Jacobson, N. C., & Newman, M. G.

5. Weems, C. F.

6. van Bruggen

7. Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. R.

از سوی دیگر، صبر به‌عنوان ظرفیتی روان‌شناختی است که با رویکردی مثبت به رویدادهای ناگوار زندگی نگریده و بدین ترتیب زمینه رشد و بهزیستی افراد را تقویت می‌کند (بولبل و ایزگر،^۱ ۲۰۱۷)؛ به بیان دیگر، صبر خودداری خودخواسته از بی‌تابی در هنگام پیشامدهای تلخ و ناخوشایند است که موجب کاستن اضطراب و ناآرامی درونی شده و زبان را از شکایت و اعضا را از حرکات غیرارادی باز می‌دارد (حسین‌ثابت، ۱۳۸۶، ص ۱۱). این مفهوم به‌عنوان یکی از راهبردهای مهم دینی برای سازگاری با موقعیت‌های دشوار به مؤمنان توصیه شده (بقره، ۱۴۵؛ هود، ۱۵؛ معارج، ۵ و... و خداوند صابران را به پاداشی ویژه بشارت داده است (قصص، ۵۴).

برخی پژوهش‌ها گویای وجود رابطه معکوس بین صبر و افسردگی هستند (حسین‌ثابت، ۱۳۸۷، ص ۸۸)، زیرا صبر تقویت‌کننده‌های مثبت را زیادتر می‌کند و بدین‌شکل موجب کاهش افسردگی می‌شود؛ همچنین صبر مانع از ارزیابی منفی و شتابزده می‌شود و کمک می‌کند تا ارزیابی‌های درست و مثبت از رویدادهای زندگی صورت گیرد (باقری، اکبرزاده و حاتمی، ۱۳۹۰). اشتگر و فرازیر^۲ (۲۰۰۵) در مطالعات خود، افزون‌بر اینکه رابطه مثبت و معناداری بین دینداری و صبر به دست آوردند، به این نتیجه رسیدند که معنا در زندگی، نقش واسطه‌ای مهمی در ارتباط بین دینداری و بهزیستی با شاخص رضایت از زندگی، اعتماد به نفس، خوش‌بینی و احساسات مثبت و منفی ایفا می‌کند.

نتایج پژوهش یگانه (۱۳۹۲) نیز نشان داد بهزیستی، مذهب و امیدواری با هم رابطه مثبت و معنادار دارند. کندی^۳ (۲۰۱۰) می‌گوید امید سبب برقراری رابطه عاطفی فرد با خدای خود، خانواده و دوستان می‌شود و فرد امیدوار به خوبی می‌تواند در مقابل سد هولناک اضطراب درونی خود، ایستادگی و به تدریج بر آن غلبه کند و از آثار منفی و پیامدهای مضر آن بکاهد یا مصون بماند؛ و به‌طور کلی امید نقش محوری در سلامت و بهزیستی بشر دارد (بلقان آبادی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۱۳).

امید به معنای انتظار مثبت برای رسیدن به اهداف و خواسته‌ها است. روان‌شناسان در سال‌های گذشته سازه امید را به‌عنوان یک نقطه قوت افراد دانسته، معتقدند که این سازه می‌تواند به ارتقای سلامت جسمی و روانی کمک شایانی کند؛ زیرا امید یکی از منابع حمایتی افراد در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی است. پژوهش‌های گوناگون رابطه تعاملی بین امید و افسردگی را تأیید کرده‌اند (سان و همکاران، ۲۰۱۴؛ اَتکین،^۴ ۲۰۱۶)؛ در واقع افراد با امید پایین‌تر در هنگام رویارویی با

1. Bülbul, A. E., & Izgar, G.

2. Steger, M. F., & Frazier, P.

3. Kennedy

4. Etkin

مشکلات زندگی، زودتر از پا درآمده و افسرده می‌شوند. از این‌رو، یکی از مهم‌ترین نشانه‌های افسردگی، احساس یأس و نومیدی است که اتفاقاً خود عامل تشدید افسردگی نیز است و بدین ترتیب چرخه معیوبی شکل می‌گیرد که هر یک سبب شدت یافتن دیگری می‌شوند (اشنایدر، ۲۰۰۰).

به اعتقاد چیونز^۱ و همکاران (۲۰۰۶) با تقویت کردن امید در افراد افسرده می‌توان نشانه‌های افسردگی را در آنان کاهش داد. به گفته آنها، امید قدرت تفکر و عمل افراد را بالا برده، به زندگی معنای بیشتری می‌بخشد و عزت نفس را افزایش می‌دهد؛ همچنین این سازه بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب اثرگذار است (رتنواتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در مورد افسردگی نشان می‌دهد که با وجود روش‌های درمانی گوناگون، هنوز پژوهشگران در جستجوی درمان‌های مؤثرتر و پایدارترند؛ زیرا روش‌های تک‌بعدی و یک‌مکتبی کنونی، چندان رضایت‌بخش نبوده‌اند. یک جهت‌گیری بنیادین برای بهبود اثربخشی و کارآمدی درمان‌ها، استفاده از روش‌های کل‌نگر و یکپارچه‌گرا است. پیش‌فرض این رویکرد آن است که چون انسان یک موجود واحد و یکپارچه است و سیستم‌های درون آن رابطه‌ای تعاملی با همدیگر دارند، سلامت روانی کامل وی هنگامی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن هماهنگ با یکدیگر عمل کنند (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳). یکی از روش‌های کل‌نگر و تلفیقی، روان‌درمانی یکپارچه توحیدی است که به‌عنوان یک درمان جامع و چندوجهی کوشیده تا با ادغام انواع فنون رفتاری، شناختی، تحلیلی و پدیدارشناختی و درون‌مایه‌ای الهی-معنوی، ارزش‌هایی را در فرد احیا کند که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد (شریفی‌نیا، ۱۳۹۲، ص ۲۳۵).

در این الگو ضمن احترام به تمام مکاتب و فنون روان‌درمانی، با استفاده هماهنگ و سازمان‌یافته از آنها می‌کوشد سقف معنویت را بر چهار پایه رفتار، شناخت، ناهوشیار و نیاز به رشد و خودشکوفایی بنا نهد. اساس این روش احترام به سرشت مثبت و نیکوی آدمی، تلاش برای تعالی و رشد او و اعتقاد به توانایی انسان برای تغییر خود در جهت تعالی و بهبودی است؛ از این‌رو سعی می‌شود مراجع به توانایی‌ها و موهبت‌هایی که در اختیار دارد، بیشتر توجه نماید تا از این راه به خودباوری، خودبستگی و عزت نفس بالاتر دست یابد (همان، ص ۲۴۳).

این الگو با پذیرش نقش شناخت‌ها و پردازش اطلاعات در عواطف و رفتارها، بر ایجاد تغییرات بنیادین در منش، باورها و رفتارها تأکید می‌کند و معتقد است این مؤلفه‌ها باید به‌طور هماهنگ و یکپارچه تغییر یابند تا مشکل به صورت ریشه‌ای و دائمی حل شود (همان، ص ۲۴۵).

1. Cheavens

2. Retnowati

در درمان یکپارچه توحیدی، بی‌آنکه از جنبه‌های زیستی و روانی آدمی غفلت شود و نقش آنها در زندگی سالم انکار گردد، مراجع به قلمرو معنویت دعوت می‌شود. این قلمرو، همان پایگاه معرفت، خودآگاهی، خودسازی، مهرورزی، مسئولیت‌پذیری و از خودگذشتگی است. دگرگونی روحانی فرد در چارچوب ارزش‌های اصیل حقیقت‌جویی، وحدت‌گرایی و خدمت‌رسانی به دیگران صورت می‌گیرد. ایجاد همبستگی و وحدت با دیگران نیازمند توانایی محبت ورزیدن و محبت پذیرفتن در روابط اجتماعی است و سرانجام، لازمه خدمت به دیگران، از خودگذشتگی و فداکاری است. این ویژگی‌ها به انسان تکامل معنوی می‌بخشند و او را از احساس انزوا، ناامیدی، بی‌پناهی و اضطراب بی‌معنایی و پوچ‌انگاری دور می‌سازد (همان، ص ۲۴۳).

با توجه به اینکه برخی پژوهش‌ها، اثربخشی این رویکرد نوین بومی را در زمینه‌های مختلف همچون درمان وابستگی به مواد مخدر و کاهش رفتارهای پرخطر زندانیان (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶، الف و ب)، اختلالات خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷، الف و ب)، مؤلفه‌های شخصیت و بالینی (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد (چوپانی، ۱۳۸۹، ص ۳۱)، کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه (طیبی، ۱۳۹۰)، کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی (جایروند، ۱۳۹۶)، کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت (اکبری و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۶۱) تأیید کرده بودند، به نظر می‌رسد که می‌توان از این الگوی درمانی در ارتقای صبر، امید و کاهش اضطراب وجودی در زنان افسرده نیز بهره جست. بدین جهت، مسئله پژوهش حاضر آن است که آیا درمان یکپارچه توحیدی بر ارتقای صبر و امید و کاهش اضطراب وجودی زنان افسرده مؤثر است؟

روش و ابزار پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با کاربندی تصادفی به شیوه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. شیوه نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که از بین زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد بندرعباس چهل نفر که براساس پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه تشخیصی بالاترین میزان افسردگی را داشتند، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و سپس از راه گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورودی عبارت بودند از: ۱. ابتلا به افسردگی؛ ۲. داشتن دست‌کم تحصیلات ابتدایی؛ ۳. دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و ۴. نداشتن اعتیاد یا بیماری روانی دیگر.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

الف) پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی DSM و تحت پوشش قرار دادن دامنه گسترده‌ای از نشانه‌ها، تجدید نظر اساسی در آن انجام و فرم کنونی منتشر شد. این فرم دارای ۲۱ ماده و هر ماده دارای چهار گویه می‌باشد که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده است. در نتیجه، بیشینه و کمینه نمره آن بین ۶۳ و صفر است.

در مطالعه فتی (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در یک نمونه ۹۴ نفری ۰/۹۱ به دست آمد و ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند؛ همچنین نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک گویای آن است که ضرایب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است (گراث-مارنات، ۱۳۹۴). ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بنابر فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸، ص ۲۶۴). در تحقیق شریفی درآمدی و قاسمی داوری (۱۳۹۱) نیز پایایی و روایی پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۵ و روایی ۰/۷۶ برآورد شده است. رجبی (۱۳۸۴) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ و ضریب همبستگی هم‌زمان آن را با فرم BDI-21، ۰/۶۷ به دست آورده است. همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتن برای افسردگی ۰/۷۳ و با مقیاس افسردگی تست MMPI، ۰/۷۴ بود (شریفی درآمدی و قاسمی داوری، ۱۳۹۱).

ب) پرسشنامه امید: پرسشنامه امیدواری که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده، دارای دوازده گویه ۵ درجه‌ای در طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌باشد. این مقیاس چندان تحت تأثیر شرایط نامطلوب اجتماعی قرار ندارد و در همه موقعیت‌ها از پایایی لازم برخوردار است. از ۱۲ ماده آن، تنها ۸ ماده مورد استفاده قرار می‌گیرد و چهار ماده ۳، ۵، ۷ و ۱۱ مربوط به حواس‌پرتی هستند و نمره‌گذاری نمی‌شوند. از این ۸ آیتم، ۴ آیتم به مؤلفه کارگزار (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و ۴ آیتم دیگر (۱، ۴، ۶، ۸) مربوط به مؤلفه گذرگاه است. مجموع کل نمرات در دامنه‌ای از ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد که میزان امید فرد را نشان می‌دهد.

اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار آن را از راه بازآزمایی پس از ۳ هفته ۰/۸۵ برآورد کرد (خلجی، ۱۳۸۶، ص ۱۱۹). لویز و اسنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از راه آلفای

1. Beck Depression Inventory

کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷، ص ۵۹). غباری بناب، لواسانی و رحیمی (۲۰۰۷)، اعتبار آن را در جمعیت دانشجویی ایران از راه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برآورد کردند. در پژوهش دیگر اعتبار پرسشنامه امید با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از راه بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمده است (خلجی، ۱۳۸۶). ضمناً همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴ - گزارش شده است (کوهساریان، ۱۳۸۷، ص ۵۹). همبستگی مثبت معنادار این مقیاس با عاطفه مثبت، خوش‌بینی، رضایت از زندگی و عزت نفس؛ و همبستگی منفی معنادار با اضطراب و بدبینی نیز به دست آمده است (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۷).

ج) مقیاس صبر: این مقیاس با استفاده از مؤلفه‌های قرآنی و روایی صبر توسط خرمائی، فرمانی و سلطانی (۱۳۹۳) تهیه شد. آنها به منظور ساخت این مقیاس، نخست مفاهیم کلیدی آیات مرتبط با صبر را استخراج کردند. سپس جلوه‌های رفتاری این مفاهیم کلیدی را در تدوین گزاره‌ها به کار بردند. پس از حذف عبارات‌های مشابه، درنهایت ۲۵ گویه با درجه‌بندی لیکرت از کاملاً درست تا کاملاً نادرست تنظیم شد که ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی مقیاس صبر به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس نشان‌دهنده وجود مؤلفه‌های صبر بود که به ترتیب متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت و درنگ نامگذاری شدند؛ همچنین نتایج همسانی درونی شواهدی مبنی بر روایی همگرا و افتراقی مقیاس صبر فراهم کرد. به منظور سنجش پایایی مقیاس صبر از روش محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۸۶ به دست آمد (خرمائی و همکاران، ۱۳۹۳).

د) مقیاس اضطراب وجودی^۱: این مقیاس را لورنس و کاترینا گود در سال ۱۹۷۴ ساختند که دارای ۳۲ ماده است. حالت (۱۹۹۴) روایی این پرسشنامه را با همبسته کردن با آزمون‌های هدفمندی در زندگی، پیگردی اهداف معرفتی و افسردگی محاسبه کرد. نورعلیزاده میانجی و جان بزرگی (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ اعتبار این آزمون را در جمعیت ایرانی ۰/۸۱ گزارش کردند. همسانی درونی این پرسشنامه به روش دو نیمه کردن نیز محاسبه شده که برای نیمه نخست ۰/۷۲ و نیمه دوم ۰/۸۶ به دست آمد. تحلیل مواد روایی آزمون نیز بیانگر همبستگی بالای بین همه پرسش‌ها و نمره کل آزمون بود (مرعشی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۶۹).

1. Existential Anxiety Inventory.

پروتکل درمان یکپارچه توحیدی

به منظور اجرای ساختارمند جلسات درمانی، بسته آموزشی استاندارد روان‌درمان یکپارچه توحیدی توسط محقق تدوین شد که به صورت مشاوره فردی در سیزده جلسه با اعضای گروه آزمایشی انجام گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، در این مدت گروه گواه در جلسات گفتگوی آزاد شرکت می‌کردند؛ افزون بر این، پس از پایان پژوهش، آنان نیز از فرایند درمان یکپارچه توحیدی بهره‌مند شدند. این پروتکل به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف منزل	نتایج مورد انتظار
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت بیماری	مصاحبه مصاحبه تشخیصی و بررسی نشانه‌ها و علل افسردگی	یادداشت نشانه‌های افسردگی و اثر آنها بر زندگی روزمره	ایجاد اتحاد درمانی و درک علل بروز مشکل
جلسه دوم	خودآگاهی و تقویت امید به بهبودی	آشنایی با ابعاد چهارگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و اقدامات مربوط به هر یک از این ابعاد در فرایند بهبودی؛ ارجاع به روان‌پزشک در صورت نیاز به دارو	ثبت مهم‌ترین مشکلات زندگی و اقداماتی که برای بهتر شدن حال خود انجام داده	ایجاد انگیزه برای بازگشت به زندگی سالم
جلسه سوم	مثبت‌اندیشی و کاهش خودکویه‌ها و افکار منفی	آموزش فنون مثبت‌اندیشی، ذکر و یاد خدا، توجه به رویدادهای مثبت و توانایی‌های خود	انتخاب چند فکر منفی پرتکرار و تبدیل آنها به فکر مثبت و یادداشت پیامدهای عاطفی و رفتاری افکار مثبت	کاهش افکار منفی و تقویت اعتماد به نفس
جلسه چهارم	تخلیه هیجانی و کنار آمدن با مشکلات	وارسی تنش‌های روزمره و آموزش تن‌آرامی و شیوه درددل کردن با خدا؛ واری فعالیت‌های خوشایند و تهیه برنامه برای افزایش آنها	ابراز خشم در یک مکان خلوت با صدای بلند نسبت به کسانی که از آنها ناراحت است. تمرین گفتگوی روزانه با خدا، انتخاب یک فعالیت لذت بخش و انجام هر روز آن	کاهش تنش و رنج نبردن از شرایط استرس‌زا
جلسه پنجم	فعال‌سازی بیمار و تغییر شرایط آسیب‌زا	شناسایی رفتارها، افراد و مکان‌هایی که موجب افسردگی می‌شود؛ جستجوی جانشین‌های مناسب در محیط که مشوق بهبودی و تغییر رفتار هستند.	جایگزینی افراد، موقعیت‌ها و مکان‌هایی که حال شما را خوب می‌کند. شرکت در یک کلاس مهارتی مورد علاقه	تولید محیطی شاد و آرام‌بخش برای خود
جلسه ششم	تقویت عزت نفس و احترام به خود	بیان ارزش والای انسان از نظر خداوند، لزوم مهربان بودن با خود و آموزش شیوه‌های ابراز وجود و حفظ احترام و ارزش خود در تعامل با دیگران	تمرین ارتباط سازنده در موقعیت‌های فرضی و واقعی؛ شناسایی صفات خوب شما از نظر دوستان و آشنایان	درک ارزش خود و رسیدگی بیشتر به جسم و جان خویش
جلسه هفتم	افزایش تعاملات اجتماعی و احیای صله رحم	بررسی میزان و کیفیت روابط میان فردی مراجع؛ آموزش فنون بخشایشگری؛ بیان ارزش صله رحم در تعالیم دینی و بررسی راه‌های افزایش انس با دیگران	ارتباط با آشنایانی که از رابطه با آنها لذت می‌برید؛ جستجوی دوستان جدید و برقراری پیوند صمیمانه با آنها	گسترش مراودات دوستانه با دیگران

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف منزل	نتایج مورد انتظار
جلسه هشتم	خودپایی و نظارت بر خویشتن	آموزش شیوه‌های خودپایی مثبت از راه مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه	تمرین مراحل مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه و درج آثار آن	بهبود افکار و رفتار و احساس تسلط بر آنها
جلسه نهم	تحکیم ایمان به خدا و باورهای دینی	نقش خداپاوری در سلامت و آرامش روانی؛ باور به توانایی و عطاقت خدا و واگذار کردن امور به او؛ شیوه لذت بردن از انجام دستورات دینی	حضور در عبادتگاه‌های مذهبی، برقراری ارتباط با دوستان معنوی، انجام یک فعالیت دینی که به شما آرامش می‌بخشد	توجه بیشتر به ارزش‌های اخلاقی و دینی در زندگی
جلسه دهم	ارتقای حالات معنوی	تقویت احساس حضور در مقابل خدا و گفتگوی صمیمانه با پروردگار؛ راضی بودن به مشیت الهی و آموزش توکل و مناجات واقعی با پروردگار	تمرین حالات معنوی از راه خواندن دعا و مناجات با خدا، انتخاب یک ذکر مناسب و تکرار آن به تعداد معین در هر روز	ایجاد رابطه صمیمانه با خدا و تقویت حس معنوی
جلسه یازدهم	ایجاد حس مفید بودن و خودارزشمندی	توضیح نقش کمک به دیگران در نشاط و شادابی؛ آموزش فنون همدلی و یاری‌رسانی به دیگران	کمک به دو شخصی که نیازمند کمک شما هستند؛ یادداشت بازخورد آنها و احساس خودتان از کمک به ایشان	انجام فعالیت‌هایی جهت یاری‌رسانی به دیگران
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی درمان و ارزیابی میزان بهبودی بیمار	مروری بر فرایند درمان و تغییرات ایجاد شده؛ دریافت بازخورد و حل ابهامات بیمار؛ حمایت عاطفی و ترغیب بیمار به پیگیری دستورات درمانی	پیگیری و استمرار فعالیت‌های درمانی با نظارت یک فرد مورد اعتماد	استمرار رفتارهای جدید و تبدیل آنها به سبک زندگی

یافته‌ها

پس از گردآوری داده‌های مورد نظر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24، این داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های صبر، امید و اضطراب وجودی بررسی شد که نتایج آنها در جداول ۲، ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس صبر و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متعالی شدن	پیش‌آزمون	۲۵/۷۵	۰/۹۰	۲۷/۸۱
	پس‌آزمون	۳۲/۴۶	۰/۹۰	۱/۱۰
شکیبایی	پیش‌آزمون	۱۵	۰/۵۶	۱۸/۹۴
	پس‌آزمون	۲۰/۹۲	۰/۷۷	۰/۹۵
رضایت	پیش‌آزمون	۹/۴۲	۰/۵۳	۱۰/۶۹
	پس‌آزمون	۱۳/۰۴	۰/۶۵	۰/۸۰
استقامت	پیش‌آزمون	۸/۷۵	۰/۴۹	۹/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰/۵۸	۰/۴۰	۰/۵۰
درنگ	پیش‌آزمون	۹/۵۸	۰/۳۲	۹/۶۲
	پس‌آزمون	۱۰/۴۲	۰/۳۶	۰/۴۴
مقیاس کلی	پیش‌آزمون	۶۸/۵	۱/۹۳	۷۶/۸۷
	پس‌آزمون	۸۷/۴۲	۲/۰۶	۲/۵۳

چنانچه یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند با وجود برابری نسبی نمرات افراد گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات پیش‌آزمون مؤلفه‌های صبر، این نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش چشمگیری یافته‌اند؛ در حالی که نمرات گروه گواه در پس‌آزمون نسبتاً ثابت باقی مانده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس امید و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۱۲	۲۰/۸۷	۶/۲۳	۱۸/۵۸	پیش‌آزمون	کارگزار
۴/۰۲	۲۰/۵۶	۵/۶	۲۲/۸۷	پس‌آزمون	
۴/۲۴	۲۴/۶۲	۵/۷۲	۲۰	پیش‌آزمون	گذرگاه
۳/۳۵	۲۳/۵۶	۴/۱۴	۲۶/۲۱	پس‌آزمون	
۶/۹۹	۴۵/۵	۱۱/۴۹	۳۸/۵۸	پیش‌آزمون	مقیاس کلی
۶/۲۶	۴۴/۱۲	۹/۱۸	۴۹/۰۸	پس‌آزمون	

دقت در یافته‌های جدول ۳ افزایش قابل توجه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش را در مؤلفه‌های امید نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد. این امر در شرایطی است که نمرات گروه‌های گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نسبتاً ثابت مانده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس اضطراب وجودی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۹۳	۸/۰۶	۲/۰۱	۱۰/۳۳	پیش‌آزمون	بی‌هدف بودن کارها
۲/۱۷	۷/۲۵	۲/۹۴	۵/۲۵	پس‌آزمون	
۱/۰۹	۲	۰/۹۱	۲/۹۶	پیش‌آزمون	پوچ بودن معنای زندگی
۱/۳۵	۱/۶۹	۱/۰۹	۱/۶۲	پس‌آزمون	
۱/۵۲	۳/۰۶	۱/۲۹	۳/۱۲	پیش‌آزمون	عدم توانایی در متقاعد کردن دیگران
۱/۳۸	۲/۸۱	۱/۶۰	۲/۱۲	پس‌آزمون	
۱/۳۶	۲/۱۲	۱/۴۹	۲/۶۷	پیش‌آزمون	عدم علاقه نسبت به انجام کارها
۱/۳۹	۲/۹۴	۱/۴۴	۱/۲۱	پس‌آزمون	
۰/۷۳	۲/۵۶	۱/۴۴	۳	پیش‌آزمون	عدم احساس مسئولیت نسبت به دیگران
۰/۷۷	۲/۲۵	۰/۹۳	۱/۴۶	پس‌آزمون	
۳/۹۷	۱۷/۸۱	۴/۲۹	۲۲/۰۸	پیش‌آزمون	مقیاس کلی
۲/۶۴	۱۶/۹۳	۴/۳۲	۱۱/۶۷	پس‌آزمون	

همان‌طور که داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند، با وجود برابری نسبی نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب وجودی، نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش داشته است؛ ولی این نمرات در گروه کنترل تغییر چندانی نکرده‌اند.

به منظور بررسی تأثیر مداخله بر نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش از تحلیل کوواریانس، با انجام آزمون‌های کالموگراف اسمیرنوف، لوین و همگنی واریانس‌ها، از وجود پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مانند توزیع نرمال بودن داده‌ها، یکسانی واریانس متغیرهای مورد مطالعه و همگنی شیب رگرسیون اطمینان حاصل شد. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۵ آمده است:

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	صبر	۱۵۷۳/۷۲	۱	۱۵۷۳/۷۲	۳۶/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
	امید به زندگی	۵۹۳/۵۵	۱	۵۹۳/۵۵	۲۲/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	اضطراب وجودی	۳۳۵/۶۱	۱	۳۳۵/۶۱	۲۷/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴

همان‌طور که یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهند، در نمرات پس‌آزمون متغیرهای صبر، امید و اضطراب وجودی گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هوتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی گزارش شده است. از این چهار آزمون برای بررسی معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. معمولاً در مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه‌ها نیز برابر هستند، نتایج هر چهار آزمون شبیه و نزدیک به هم می‌شود.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته (مقیاس کلی)

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۵۸	۱۵/۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
ویلکز لامبدا	۰/۴۲	۱۵/۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
اثر هوتلینگ	۱/۴۰	۱۵/۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱/۴۰	۱۵/۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه دست‌کم به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین با توجه به داده‌های موجود، به نظر می‌رسد درمان یکپارچه توحیدی توانسته است به‌طور معناداری میزان صبر و امید را در زنان افسرده افزایش و اضطراب وجودی را در آنان کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش به روشنی مؤثر بودن اجرای روان‌درمانی یکپارچه توحیدی بر بهبود صبر، امید و اضطراب وجودی در زنان افسرده را تأیید می‌کند؛ افزون بر این، داده‌ها گویای تأثیر درمان یکپارچه توحیدی بر افزایش تمامی مؤلفه‌های صبر، شامل متعالی شدن، شکیبایی، رضایت و استقامت است. این یافته با پژوهش‌های رضایی و موسوی (۲۰۱۹)، قادری، کهریزی، قاسمی و مظلوم‌پور (۱۳۹۵)، عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۱۳۹۵)، پیتیت^۱ (۲۰۱۲) و شریفی‌نیا (۱۳۸۷) همسو بود و تحقیق ناهمسویی یافت نشد.

رضایی و موسوی (۲۰۱۹) نشان دادند که اجرای روان‌درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی در زندان سطح تاب‌آوری زندانیان را بالا برده و اضطراب و افسردگی آنان را به‌طور معناداری کاهش داده است. قادری و همکاران (۱۳۹۵) تأیید کردند که با اجرای گروه درمانی یکپارچه توحیدی در زندان توانسته‌اند نشانگان افسردگی همچون ناامیدی، نگرانی‌ها و تشویش‌های درونی و بی‌حوصلگی و کم‌طاقتی را در زندانیان به میزان قابل توجهی کاهش دهند. عطارد و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش معنادار شدت علائم اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها می‌شود. پیتیت (۲۰۱۲) اجرای درمان یکپارچه معنوی را شیوه‌ای مؤثر در کاهش نگرانی‌های وجودی در حیطه‌هایی همچون هویت، امید، معنا و هدف زندگی، مرگ و خودمختاری می‌داند. شریفی‌نیا (۱۳۸۸) نیز برتری تأثیر درمان یکپارچه توحیدی بر شناخت درمانی را در هفت اختلال افسردگی با افکار خودتخریبی، افسردگی توأم با اضطراب، افسردگی با کمبود انرژی، بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری، پارانوئیا و سوءظن مرضی، اسکیزوفرنی و بی‌کفایتی روانی تأیید کرده است.

در تبیین تقویت صبر و امید با این رویکرد درمانی، شایان ذکر است که صبر و امید هر دو از تعالیم مورد تأکید ادیان توحیدی هستند و ارتباط وثیقی با معنویت و باور به خدای یگانه دارند؛ همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اعتقاد به خدا و معنوی بودن موجب بالا رفتن ظرفیت و تحمل

1. Peteet, J. R.

انسان می‌شود و توان درونی و تاب‌آوری وی را ارتقا می‌بخشد (رضوی دوست و همکاران، ۱۳۹۴). درمان یکپارچه توحیدی با پیوند مراجع با خدای یگانه و تقویت ایمان او به پروردگار دانا، توانا و خیرخواه، برای فرد افسرده نقطه اتکایی محکم و نیرومند فراهم می‌کند و از راه ترغیب وی به بخشایش‌گری، توکل و خوش‌بینی به لطف الهی، زمینه‌های کم‌طاقتی و نومیدی را کاهش می‌دهد. یکی از آموزه‌های ارزشمند ادیان، ایجاد نگاه مثبت و متعالی به سختی‌ها، مصائب و ناملازمات، از راه تحمل خودخواسته و رضایت‌آمیز به منظور رسیدن به قرب الهی و رشد معنوی است. درمان یکپارچه توحیدی با نشان دادن شیوه مثبت کنار آمدن با مشکلات زندگی می‌کوشد مصائب زندگی را برای مراجع تحمل‌پذیر سازد. از این رو صبر نخستین مؤلفه‌ای می‌باشد که این الگوی درمانی بیشترین تأثیر را بر آن نهاده است ($F=36/37$ ؛ اندازه اثر $=0/51$). با توجه به اینکه محتوای اصلی جلسات درمان یکپارچه توحیدی متمرکز بر جنبه‌های روانی-معنوی بشر است، از این راه به زنان افسرده کمک می‌کند تا سختی‌ها و دشواری‌ها را در راستای نیل به رضایت الهی تحمل کنند و آسان‌تر با آنها کنار آیند؛ به همین دلیل، این درمان شکیبایی (بردباری و تحمل مصائب و سختی‌ها)، رضایت (پذیرش وضع موجود بدون گله و شکایت و پذیرش آنچه فرد دارد) و استقامت (پایداری و ثبات در کارها و مداومت در کار و فعالیت) را که از مؤلفه‌های سازه صبر به شمار می‌آیند، به‌طور قابل توجهی بالا برده است.

همچنین نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که درمان یکپارچه توحیدی مؤلفه‌های امید را در بیماران افسرده بهبود بخشیده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های الهی‌مجد و خالقی‌پور (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. آنها نشان دادند درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر سبک اسنادی مثبت پایدار تأثیر معنادار داشته و در موقعیت‌های منفی، اسناد بیرونی افزایش یافته است. همچنین درمان یکپارچه توحیدی بر خودآگاهی امیدبخش تأثیر مثبت دارد. عزیزی و همکاران (۲۰۱۶) نیز درمان معنوی را بر افزایش امید در دانشجویان دختر مؤثر یافتند.

امید با سلامت روانی و جسمی در قالب مواردی چون پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله‌گشایی همبستگی مثبت دارد (کار، ۱۳۸۴).

در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که آگاهی بیماران از پیامد عواطف منفی بر سلامت روانی آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، معمولاً سبب ایجاد انگیزه برای کاهش عواطف منفی و افزایش امید به آینده در آنان می‌شود؛ همچنین این آگاهی تمایل آنها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر با رشد

معنویت و تقویت نگرش معنوی در خلال جلسات درمان یکپارچه توحیدی، اساساً زنان افسرده از نقطه سرگردانی، حیرت و بی‌هدفی و ندانستن اینکه باید به دنبال چه چیزی باشند، به جست‌وجوی و انتخاب هدفمند و مثبت روی می‌آورند. این امر با مؤلفه تفکر گذرگاه در امید نیز مرتبط است که اشاره به مسیرهای معقولی دارد که افراد برای رسیدن به اهداف طراحی می‌کنند؛ همچنین احساس و نگرش آنها از زندگی واقع‌بینانه‌تر می‌شود و تصور مثبت از ناکامی‌ها که منتج از ناهماهنگی میان انتظارات و واقعیت‌هاست، کمرنگ می‌گردد؛ در حقیقت، پروتکل درمان یکپارچه توحیدی این امکان را به زنان افسرده می‌دهد تا راهکارهای نویی را برای کاهش دادن یا کنار آمدن با مشکلات زندگی‌شان بیابند که این موضوع امید را در آنها بهبود می‌بخشد.

آخرین نکته این مطالعه، کاهش قابل توجه اضطراب وجودی در زنان افسرده بر اثر مداخله یکپارچه توحیدی است. بهبود مؤلفه‌های بی‌هدف بودن کارها، احساس پوچ بودن زندگی، عدم توانایی در متقاعد کردن دیگران و عدم علاقه نسبت به انجام کارها مؤثر بوده است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸، ص ۷۳).

این یافته با نتایج مطالعات عطارد و همکاران (۱۳۹۵) که نشان دادند درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور معناداری موجب کاهش شدت علائم اضطراب می‌شود، مطابقت دارد. لورنز و همکاران (۲۰۱۹) نیز آثار تعاملی فعالیت‌های دینی سازمان‌یافته و معنادار شدن وقایع استرس‌زای زندگی را بر کاهش علائم اضطراب تأیید کرده‌اند. پیتیت (۲۰۱۲) نیز نشان داد که درمان یکپارچه معنوی شیوه‌ای مؤثر در کاهش نگرانی‌های وجودی در حیطه‌هایی همچون هویت، امید، معنا و هدف در زندگی، مرگ و خودمختاری است.

اضطراب وجودی، نوعی اضطراب در مورد مسائل انتزاعی همچون مرگ، ناامیدی، یأس، ازخودبیگانگی و بی‌معنا بودن زندگی است (کوهن، ۲۰۰۳) که با توجه به ماهیت افسردگی و علائم شایع آن، می‌تواند یکی از مهم‌ترین همبسته‌های افسردگی در زنان باشد. اضطراب وجودی دارای مؤلفه‌های فراوانی است که گود و گود (۱۹۹۴) پنج عامل بی‌هدف بودن کارها، بی‌ارزش بودن معنای زندگی، عدم توانایی در متقاعد کردن دیگران، عدم علاقه نسبت به انجام کارها و همچنین عدم احساس مسئولیت را برای آن برشمرده‌اند. بررسی این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که کاهش آنها می‌تواند با بهبود افسردگی همراه باشد.

برای درک نقش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مؤلفه‌های اضطراب وجودی زنان افسرده، لازم است اهمیت معنویت در تقابل با اضطراب وجودی مورد توجه قرار گیرد. قرآن به صراحت اعلام می‌کند که یاد خدا آرامش‌بخش قلوب مؤمنان است (رعد، ۲۸). این امر از آنجا ناشی

می‌شود که ایمان به خدا و توکل به قدرت لایزال او، تمامی ابعاد و لایه‌های اضطراب وجودی را تحت تأثیر قرار داده، ضمن کاهش سبب کنترل و مدیریت آن می‌گردد؛ به همین دلیل در جلسات درمان یکپارچه توحیدی ضمن تأکید بر جهت‌گیری درون‌سوی ارزش‌های دینی و معنوی، در باب مسائلی مانند هدفمند بودن زندگی، درک پدیده مرگ به‌عنوان یک پدیده تکاملی در صعود به یک مرحله بالاتر، راضی بودن به قضا و قدر الهی و واگذاشتن امور به پروردگار مهربان و عطفوف، گفتگو می‌شود تا مراجع با درک عمیقی از این مفاهیم به آرامش درونی دست یابد. در حقیقت، با توجه به جامعیت فنون و روش‌های به کار رفته در درمان یکپارچه توحیدی و نگاه همه‌جانبه آن در توجه هم‌زمان و متوازن به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران، بهبود شاخص‌های سه متغیر صبر، امید و اضطراب وجودی در گروه آزمایش می‌تواند نتیجه طبیعی چنین رویکردی باشد.

منابع

۱. اکبری، امیرحسین؛ بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی؛ محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد و مریم آزادگان مهر (۱۳۹۹)، «اثربخشی توحیددرمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبایی، س ۱۱، ش ۴۱، ص ۶۱-۹۰.
۲. الهی‌مجد، لیلا و شهناز خالقی‌پور (۱۳۹۶)، «اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر سبک اسنادی و خودآگاهی زنان افسرده»، همایش ملی پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی، نائین: دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین.
۳. باقری، فریبرز؛ فاطمه اکبری‌زاده و حمیدرضا حاتمی (۱۳۹۰)، «رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه‌الزهرا و بنت‌الهدی شهرستان بوشهر»، طب جنوب، س ۱۴، ش ۴، ص ۲۵۶-۲۶۳.
۴. بلقان‌آبادی، مصطفی؛ حسین حسن‌آبادی و سیدمحسن اصغری‌نکاح (۱۳۹۰)، «تأثیر زوج‌درمانی مثبت‌نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه»، یافته‌های نو در روان‌شناسی، دوره ۷، ش ۲۱، ص ۱۱۳-۱۲۱.
۵. جایروند، حمداله (۱۳۹۶)، «مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، نشریه دانشگاه علوم پزشکی ایلام (پیاپی ۱۰۶)، ش ۵.
۶. جلالی‌تهرانی، سیدمحمدمحسن (۱۳۸۳)، «توحیددرمانی»، مجله نقد و نظر، س ۹، ش ۳ و ۴، ص ۱۸-۴۶.
۷. چوپانی، مراد (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر گروه‌درمانی مذهبی و شناختی‌رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد شهر قم»، دوفصلنامه علمی تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۶، ص ۳۱-۶۱.
۸. حسین‌ثابت، فریده (۱۳۸۶)، «تعیین اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب و افسردگی و شادکامی»، رساله دکتری تخصصی، دانشکده روان‌شناسی و تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
۹. حسین‌ثابت، فریده (۱۳۸۷)، «اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی»، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۱، ش ۲، ص ۷۹-۹۲.

۱۰. خرمايي، فرهاد؛ اعظم فرمانی و اسماعیل سلطانی (۱۳۹۳ الف)، «ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس صبر»، مجله اندازه‌گیری تربیتی، ۵(۱۷)، ص ۸۳-۱۰۰.
۱۱. خلجی، طیبه (۱۳۸۶)، «بررسی رابطه بین امید، منبع مهارت‌های تحصیلی و موفقیت تحصیلی دختران دوره پیش‌دانشگاهی شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (ع.ا.س).
۱۲. رجبی، غلامرضا (۱۳۸۴)، «ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک»، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱، ش ۴، ص ۲۳-۴۵.
۱۳. رضوی‌دوست، غلامرضا؛ حسین خاکپور و حسین فنودی و صدیقه واکاتی (۱۳۹۴)، «نقش صبر در آرامش و سلامت معنوی انسان از نگاه قرآن و روایات اسلامی»، مجله تاریخ پزشکی، ش ۲۵، ص ۱۲۹-۱۶۰.
۱۴. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۶ الف)، «ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان قم، اداره کل زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان قم».
۱۵. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۶ ب)، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمانی یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ۳۷، ش ۳، ص ۴۱-۷۲.
۱۶. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷ الف)، «مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در درمان اعتیاد و اختلالات همایند زندانیان»، رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۷. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷ ب)، «بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان»، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱، ش ۲، ص ۷-۳۰.
۱۸. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۸)، «درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی»، دوفصلنامه علمی-تخصصی اسلام و روان‌شناسی، ۳، ش ۴، ص ۶۵-۸۲.
۱۹. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۲)، «الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با تأکید بر درمان یکپارچه توحیدی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه».

۲۰. طیبی، هاجر (۱۳۹۰)، «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری در کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۲۱. عطارد، نسترن؛ نیلوفر میکائیلی؛ نسترن مهاجری و بابک وجودی (۱۳۹۵)، «بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند، طرح تک‌آزمودنی»، نشریه دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، س ۴، ش ۴، ص ۵۴-۶۲.
۲۲. فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸)، «آزمون‌های روان‌شناختی-ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، تهران: انتشارات بعثت».
۲۳. فتی، لادن (۱۳۸۲)، «ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی»، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
۲۴. قادری، عادل؛ احسان کهریزی؛ الهه قاسمی و ندا مظلوم‌پور (۱۳۹۵)، «تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی در کاهش افسردگی زندانیان اصفهان»، پنجمین همایش ملی روان‌شناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی.
۲۵. کار، آلن (۱۳۸۴)، روان‌شناسی مثبت، ترجمه مهرداد کلانتری، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
۲۶. کوهساریان، پریسا (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر امید‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان دیالیتیک در مرکز پژوهش‌های دیابت سمنان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۷. گراث-مارنات، گری (۱۳۹۴)، راهنمای سنجش روانی: برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان، ترجمه حسن پاشاشریفی و محمدرضا نیکخو، ج ۲، تهران: انتشارات رشد.
۲۸. گنجی، حمزه (۱۳۸۸)، ارزشیابی شخصیت (پرسشنامه)، تهران: نشر ساوالان.
۲۹. مرعشی، سیدعلی؛ عبدالزهره نعیمی؛ کیومرث بشلیده؛ یدالله زرگر و باقر غباری‌بناب (۱۳۹۱)، «تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز»، مجله دستاوردهای روان‌شناختی (تربیتی و روان‌شناسی)، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۴، ش ۱، ص ۶۳-۸۰.
۳۰. نورعلیزاده میانجی، مسعود و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۹)، «رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آنها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی»، مجله روان‌شناسی و دین، س ۳، ش ۲، ص ۲۹-۴۴.

۳۱. هادی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، مجله روان‌شناسی و دین، س ۲، ش ۲، ص ۷۱-۱۰۴.
۳۲. یگانه، طیبه (۱۳۹۲)، «بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان»، بیماری‌های پستان ایران، س ۶، ش ۳، ص ۴۷-۵۶.
33. Azizi A, Azizi A, Abedi M , Kajbaf R ,Fallahzadeh A " (2016), The Effect of Spiritual Ther-apy on Hope of Life in Female Students Who Referred to Isfahan University Counseling Center. *Psychology*, 7, 126-131.
34. Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2006), "Existential anxiety in adolescents: prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development," *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 303-310.
35. Bülbül, A. E., & Izgar, G. (2017), "Effects of the Patience Training Program on Patience and Well-Being Levels of University Students," *Journal of Education and Training Studies*", 6(1), 159-168.
36. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder C. (2006), Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1): 61-78.
37. Cohen, B. N. (2003), "Applying existential theory and intervention to career decision-making", *Journal of Career Development*, 29(3), 195-209.
38. Etkin, A. (2016), "A glimmer of hope for depression", *Science Translational Medicine*, 8(335), 335ec62.
39. Ghobary, B., Lavasani, M., & Rahimi, H. (2007), Hope, purpos in life, and mental health in college students. *International. journal of the humanities*, 5(5): 127-132.
40. Good Lawrence R, & Good, Katherine C. A. (1974), PRELINARY MEASURE OF EXISTENTIAL ANXIETY, *Psychological Report*, 4, 72-74.

41. Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017), Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 143(11), 1155.
42. Lewin K. (2007), Depression assessment. *Pract Nurse J*, 33(12):43-5.
43. Lorenz, L., Doherty, A., & Casey, P. (2019), "The Role of Religion in Buffering the Impact of Stressful Life Events on Depressive Symptoms in Patients with Depressive Episodes or Adjustment Disorder," *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1238.
44. Moritz S, Klrin J. P., Lysaker P. H., & Mehl (2019), Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in clinical neuroscience* S 21(3), 30.
45. News and information base of the Ministry of Health, Community mental health, in the red.: <http://behdasht.gov.ir/> 1398.
46. Peteet, J. R. (2012), *Spiritually integrated treatment of depression: A conceptual framework. Depression research and treatment*.
47. Retnowati S, Ramadiyanti DW, Suciati AA, Sokang YA, Viola H. (2015), Hope intervention against depression in the survivors of cold lava flood from Merapi mount. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 165:170-8.
48. Rezaei, S., & Mousavi, S.V. (2019), The effect of monotheistic integrated psychotherapy on the levels of resilience, anxiety, and depression among prisoners. *Health Spiritual Med Ethics*, 6(1),2-10.
49. Snyder ,C. R. Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Youshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991)",The will and the ways : development and validation of an individual-differences measure of hope", *Journal personality social psychology*, 60(4):570-585.
50. Snyder, C. R. (2000), "The Past and Possible Futures of Hope", in: *Journl of Social and Clinical Psychology*, 19(1):11-28.
51. Snyder, C. R. Hand book of Hope. Orlando FL: Academic Press.van Bruggen, V., ten Klooster, P., Westerhof, G., Vos, J., de Kleine, E.,

- Bohlmeijer, E., & Glas, G (2017), "The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)–Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample" *,Journal of clinical psychology* 2000, 73(12), 1692–1703.
52. Snyder CR. (1994), *The Psychology of hope: you can get there from here*. New York: Simon and Schuster.
53. Snyder, C.R. and Lopez, S.L. (2007), *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
54. Strger, M. F., Frazier, P. (2005), "Meaning in Life : One Link in the chain from Religiousness to Well-Being" in : *Journal of Counseling Psychology*, 52: 574–582.
55. van Bruggen, V., ten Klooster, P., Westerhof, G., Vos, J., de Kleine, E., Bohlmeijer, E., & Glas, G. (2017), The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)–Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. *Journal of clinical psychology*, 73(12), 1692–1703.
56. Weems, C. F., Russell, J. D., Neill, E. L., Berman, S. L., & Scott, B. G. (2016), "Existential anxiety among adolescents exposed to disaster: linkages among level of exposure, ptsd, and depression symptoms", *Journal of traumatic stress*, 29(5), 466–473.
57. Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., & Berman, S. L. (2004), Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(4), 383–399.
58. World Health Organization, Depression, Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed August 6 , 2018.