

Identification of Effective Factors to Reduce Symptoms of Depression from the Perspective of Islam: A Qualitative Content Analysis

Jamile Mohammadi¹, Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei¹, Masoud Janbozorgi^{2*}, Abbas Pasandideh³, Mahmood Salesi⁴

¹ Department of psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Research Institute of Howzah and University, Qom, Iran

³ Hadith Department, University of Quran and Hadith, Qom, Iran

⁴ Chemical Injuries Research Center, Systems Biology and Poisonings Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 15 January 2018 Accepted: 5 April 2018

Abstract

Background and Aim: Depression is a very prevalent and recurrent disorder that is associated with a high mortality rate. Today there is an ever-increasing rise in religious spiritual interventions in the context of many mental disorders including depression. According to the high capacity of the Islam religion for harmonization and meaning in the framework of human personality, the purpose of the current study was to identify the factors that contribute to reducing depression symptoms from the point of view of Islam.

Methods: The present study utilized a conventional qualitative content analysis. The content of the research was collected through electronic search of selected databases and a three-member working group of experts. Review of the literatures, selecting the meaning units, extraction of the condensed units, subcategories, categories, and ultimately identifying and nominating the main themes are the common steps in the method. The study applied rigor from approaches of credibility, transferability, dependability, confirmability, as well as the experiences of 10 expert panelists. Finalizing the main themes was continued until agreement was reached among all members of panel.

Results: The coding process showed that factors effective in reducing depression symptoms can be categorized into eight-main themes including: (1) monotheistic feedback; (2) getting Contractual independence and valuability (value); (3) strengthened support; (4) emotional regulation; (5) propensity regulation; (6) meaningfulness to the unpleasant and pleasant; (7) action regulation; and (8) purposefulness regulation. The agreement among the members of panel for the eight mentioned themes showed that the average ratio and index of content validity were 0.92 and 0.96, and all the themes had the minimum acceptable value.

Conclusions: On one side, 8 resulting themes from the present study can be emphasized at the different levels of prevention by cultural, religious, and health planner's activities and on the other side, used by other researchers to design a therapy package based on religious and spiritual factors.

Keywords: Depression, Islam, Qualitative content analysis

*Corresponding author: Masoud Janbozorgi, Email: psychjan@gmail.com

تبیین عوامل مؤثر بر کاهش علائم افسردگی از منظر دین اسلام: یک تحلیل محتوای کیفی

جمیله محمدی^۱، کاظم رسول زاده طباطبایی^۱، مسعود جانبرزگی^{۲*}، عباس پسندیده^۳، محمود ثالثی^۴^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران^۲ گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران^۳ گروه حدیث، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران^۴ مرکز تحقیقات آسیب های شیمیایی، انستیتو سیستم بیولوژی و مسمومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی اختلال بسیار شایع و عودکننده بوده که با میزان بالای مرگ و میر همراه است. امروزه شاهد رشد روزافزون مداخلات معنوی مذهبی در زمینه بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی هستیم. با توجه به ظرفیت بالای دین اسلام برای هماهنگ سازی و معنا بخشی به چهارچوب شخصیت انسان، پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کاهش علائم افسردگی از منظر دین اسلام انجام شد.

روش ها: مطالعه حاضر یک تحلیل محتوای کیفی قراردادی است. محتوای مورد پژوهش از طریق جستجوی الکترونیکی در پایگاه های منتخب و کارگروه سه نفره متخصصان امر انتخاب شدند. مرور متون، انتخاب واحدهای معنایی، استخراج کدهای فشرده، زیرطبقات، طبقات و در نهایت رسیدن به درون مایه های اصلی و نامگذاری آن ها از گام های متداول در این روش است. جهت بررسی ریگور مطالعه از روش های اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد، تایید پذیری و همچنین تجارب پانل ۱۰ نفره متخصصان استفاده شد. اصلاح درون مایه های اصلی تا حصول توافق بین اعضای پانل ادامه یافت.

یافته ها: فرآیند کدگذاری نشان داد که عوامل مؤثر بر کاهش علائم افسردگی را می توان در هشت درون مایه اصلی ارائه کرد که عبارتند از: (۱) بازخورد توحیدی؛ (۲) کسب استقلال اعتباری و ارزشمندی؛ (۳) استحکام بخشی به تکیه گاه؛ (۴) تنظیم هیجان؛ (۵) تنظیم رغبت؛ (۶) معنا بخشی ناخوشایندها و خوشایندها؛ (۷) تنظیم عمل و (۸) تنظیم هدفمندی. توافق بین اعضای پانل برای هشت درون مایه ذکر شده نشان داد که میانگین نسبت و شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۶ بوده و تمامی درون مایه ها حداقل مقدار قابل قبول را دارا هستند.

نتیجه گیری: ۸ درون مایه حاصل از تحقیق حاضر می تواند از یک طرف در سطوح مختلف پیشگیری مورد توجه برنامه ریزان فعالیت های فرهنگی، مذهبی و بهداشتی قرار گرفته و از طرف دیگر توسط سایر محققان در جهت طراحی بسته درمانی معنوی مذهبی مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژه ها: افسردگی، اسلام، تحلیل محتوای کیفی

* نویسنده مسئول: مسعود جانبرزگی. پست الکترونیک: psychjan@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

مقدمه

افسردگی اختلالی بسیار شایع و عود کننده است که با نرخ مرگ و میر بالایی همراه است و پیامدهای فردی، میان فردی و اجتماعی فراوانی در پی دارد. میزان شیوع اختلالات خلقی در ایران مطابق با نتایج آخرین پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰، ۱۳/۶ درصد برای هر گونه اختلال افسردگی و ۱۲/۷ درصد برای اختلال افسردگی عمده گزارش شده است. این شیوع نسبت به گذشته رشد چشمگیری داشته است (۱-۳). اختلالات افسردگی بر اساس DSM-5 در سال ۲۰۱۳ شامل موارد زیر است: ۱. اختلال بی نظمی خلقی مخرب ۲. اختلال افسردگی عمده ۳. اختلال افسردگی دائم (۲).

مطالعات مختلف عوامل متعددی را در پدیدایی افسردگی، شناسایی کرده‌اند. عوامل ژنتیکی، اختلال در عملکرد انتقال دهنده های عصبی، عوامل روانشناختی، فقدان های ادراک شده، تجارب دوران کودکی، مشکلات مزمن، رویدادهای ناگوار زندگی، شبکه اجتماعی محدود و اعتماد به نفس ضعیف از عوامل مهم در پیدایش این اختلال اند (۴). در تبیین عوامل خطرزای افسردگی، اغلب مطالعات بر نقش همزمان دو عامل زیستی و روانی در بروز افسردگی تأکید دارند که با یکدیگر تعامل متقابل دارند. اما به نظر می‌رسد عامل یا عوامل واسطه‌ای مهمی در رابطه با عوامل خطر روانی-اجتماعی و افسردگی وجود دارند که به نوعی عامل اصلی تاب‌آوری انسان در برابر مشکلات مختلف زندگی‌اند و فقدان آن‌ها موجب باورهای خطا، خلق منفی، هیجان‌های دارای نوسان، ادراک استرس و رفتارهای نابهنجار می‌شود. در طی سال‌های گذشته، بسیاری از روانشناسان این عامل را در مذهب و عوامل معنوی جست و جو کرده و ایمان و باور به ارزش‌ها را از مهم‌ترین عوامل حفاظت در برابر انواع بیماری‌ها دانسته‌اند (۵-۷). از سویی برخی از روانشناسان به عنوان مثال، Piedmont نقش ویژه ای برای معنویت قائل هستند، و نشان می‌دهند که باید، به عنوان بعد ششم شخصیت در نظر گرفته شود (۸).

امروزه برخلاف روان‌شناسان بزرگی مثل Freud و Ellis، بر این باور تأکید می‌شود که مراجع نمی‌تواند برای دریافت خدمات روان‌شناختی بعد معنوی خود را پشت در اتاق درمانگر بگذارد (۵). با روشن شدن نقش اصلی معنویت در سلامت افراد، سازمان بهداشت جهانی (WHO) از سال ۱۹۸۳، بعد معنوی را به عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت بهزیستی معرفی نمود و سنجش و بررسی آن را در کشور های مختلف شروع نموده است.

در همین راستا امروزه شاهد رشد روزافزون مداخلات معنوی _ مذهبی در زمینه بسیاری از اختلالات هستیم. برخی محققان مانند سرگلزایی (۱۳۸۰)، قهرمانی (۱۳۸۰)، Biston (۱۹۹۳)، Worthington (۲۰۱۰)، Mooris (۱۹۸۲)، Koenig (۲۰۱۲)، Larson (۲۰۰۳)، Esmis (۲۰۰۳) و Sage (۲۰۱۱) ارتباط معنادار بین مذهب و علائم افسردگی و نقش پیشگیری کنندگی مذهب را

کاوش می‌کنند. برخی نیز به تأثیر اصول معنوی یا مذهبی در درمان اختلال افسردگی می‌پردازد مانند جلالی طهرانی (۲۰۰۱)، غباری بناب (۱۳۸۸)، خدایاری فرد (۱۳۷۹)، Johnz (۱۹۹۲)، اظهر و وارمه (۱۹۹۵)، Hook (۲۰۱۰)، Worthington (۲۰۱۱)، Anderson (۲۰۱۵)، CHida (۲۰۱۵) و Berk (۲۰۱۵). بسیاری مطالعات نیز درمان مبتنی بر مذهب خاص و یا مقایسه بین مذاهب را در درمان افسردگی مطرح می‌کنند مانند Propst (۱۹۹۲)، Hook (۲۰۱۰)، Pearce و Koenig (۲۰۱۵) و درمان انطباقی برای مسلمانان توسط Mir و Meer (۲۰۱۵) (۶، ۷ و ۱۰-۲۱).

از طرفی در مقایسه با درمانهای سکولار، رویکردهای مذهبی در جوامع مسلمان، بهبودی سریعتری را در نشانگان افسردگی نتیجه داده‌اند (۷). در همین راستا پارگامنت بر دامنهای از آموزش-های اسلامی شامل تسهیل، امید، ایجاد حسی از تجربه و عزت نفس افزایش یافته به عنوان مقابله‌های مذهبی مثبت تأکید می‌کند (۵). اعتقادات دینی نگرشی جدید درباره جهان به انسان افسرده می‌دهد و نوعی دل‌بستگی معنوی برای انسان ایجاد می‌کند. در واقع، اگر بهبودی را رهایی از نشانه های بیماری و در سطحی فراتر، پیمودن در مسیر رشد و کمال به سمت شکوفایی استعداد بالقوه انسانی بدانیم، دین و مکتب اسلام که کاملترین دین الهی است، ظرفیت و توان بالایی برای هماهنگ سازی و انسجام بخشی به چهارچوب شخصیت و روان انسان و معنا بخشی و هدفمندسازی جهت‌دهی زندگی دارد (۲۲). توجه به نگاه وحیانی و تدبر در قرآن کریم و روایات اهل بیت (علیهم السلام) برای کشف عوامل حقیقی پیدایی آسیب‌ها از یک طرف و چگونگی برون رفت از آنها، ضرورت این پژوهش را آشکار می‌سازد.

از جمله تلاش‌های انجام شده در زمینه اکتشاف عوامل افسرده ساز و افسرده زدا از نظر اسلام در ایران می‌توان به عنوان مثال به استخراج مفاهیم مرتبط با شادکامی، رضایت از زندگی، خوش‌بینی، تنظیم رغبت و الگوی مواجهه با سختی‌ها توسط پسندیده (۲۳-۲۵)، مقابله معنوی با تنیدگی‌ها از نوری (۲۶) و الگوی شادی در اسلام از ری شهری (۲۷)، اکتشاف عوامل علی افسردگی از قرآن کریم توسط بهرامی و فیاض (۲۸) صورت گرفته است.

با یک جستجوی ساده در پایگاه های اطلاعاتی مشخص می‌شود که اغلب مطالعات در زمینه بررسی فاکتورهای روانشناختی و مذهب در حد بیان یک ارتباط ساده بین آنها بوده است و مطالعات با عمق واکاوی بیشتر کمتر دیده می‌شود. بنظر می‌رسد نوعی تکرار و عدم پویایی در این گونه پژوهش‌ها وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر در یک تحلیل محتوای کیفی با نگاهی جامع‌تر نسبت به مطالعات قبلی و با هدف شناسایی و استخراج عوامل و مؤلفه‌های مؤثر بر کاهش علائم افسردگی از دیدگاه مکتب اسلام طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی است که با هدف تبیین مؤلفه‌های تاثیرگذار بر کاهش علائم افسردگی از نظر دین اسلام انجام شد. منابع و محتوای تحلیل مورد پژوهش از کتب، مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط با افسردگی انتخاب شد. به منظور دسترسی و انتخاب منابع مورد نظر، از دو شیوه متفاوت استفاده شد. در روش اول، از طریق جستجوی الکترونیکی پایگاه‌های فارسی زبان جهاد دانشگاهی (SID)، مگ ایران (Magiran)، ایران‌مدکس (Iranmedex)، گوگل (Google)، نورمگز (Noormags) و ایران-داک (IranDoc)، لیستی از منابع جستجو شده تهیه شد. جستجو در این پایگاه‌ها با استفاده از ترکیب دو مجموعه کلیدواژه، شامل کلید واژه‌های مرتبط با افسردگی از قبیل: افسردگی، افسرده، غم، ناامیدی، بی‌انگیزی، بی‌لذتی و کلید واژه‌های مرتبط با اسلام از قبیل: معنوی، معنویت، مذهب، مذهبی، اسلام، اسلامی، قرآن، حدیث و دین، انجام شد. هر منبع در این جستجو حداقل باید شامل یک کلیدواژه از هر دو مجموعه باشد. روند انتخاب کلیدواژه‌گان بر اساس مرور چند مقاله با عناوین مشابه و اجماع در تیم تحقیق بود. در روش دوم نیز لیستی از منابع مرتبط با موضوع تحقیق معرفی شده از طریق تشکیل یک کارگروه سه نفره شامل یک روانشناس آشنا با موضوع مورد بررسی، یک متخصص امور حدیث و قرآن و یک نفر روانشناس مسلط به روش تحقیق نیز مد نظر قرار گرفت. سپس دو لیست، تجمیع شده و منابع نامربوط با توجه به معیار مرتبط نبودن مضمون با موضوع مورد تحقیق، حذف گردید. با اجماع نظر کارگروه سه نفره از بین منابع باقیمانده، فقط منابعی شرایط ورود به تحلیل را داشتند که احادیث، آیات و مفاهیم دینی مرتبط با افسردگی در آن منابع بصورت تحلیلی مورد بررسی قرار گرفته بود. این امر کمک کرد تا محقق نیاز به استنباط فقهی از احادیث را نداشته باشد و فقط بر اساس مطالعات انجام گرفته به بررسی مؤلفه‌ها و مکانیسم‌های مؤثر بر افسردگی بپردازد. فرایند انتخاب منابع به گونه‌ای بود که منابع نهایی انتخاب شده بتواند نماینده جامعی از محتوای ضروری در این زمینه باشد. این ضرورت توسط کارگروه سه نفره تشخیص داده شد.

منابع و متون نهایی شده، طبق روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content Analysis)، کدگذاری و تحلیل شد. روند تحلیل داده‌ها در این فرایند، بر اساس رویکرد Hsieh and Shannon (۲۰۰۵) و به روش استقرایی (Inductive) انجام شد (۲۹)، که مراحل آن عبارتند از: ۱- مشخص نمودن متون مدنظر و چندین بار مرور آنها به منظور پیدا نمودن درکی مناسب نسبت به کل موارد؛ ۲- استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی آنها تحت عنوان واحدهای فشرده یا کدهای باز؛ ۳- خلاصه و دسته‌بندی واحدهای فشرده تحت عنوان زیر طبقات و انتخاب برچسب مناسبی برای آنها؛ ۴- مرتب نمودن زیر طبقات در قالب طبقات کمتر بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در زیرطبقات و در

نهایت انتخاب عنوانی مناسب که قابلیت پوشش طبقات حاصل شده را دارا باشد. جدول ۱- مثالی از روند کدگذاری داده‌ها را نشان می‌دهد. ۵- ادغام طبقات بر اساس مقایسه مکرر بین طبقات و رسیدن به تم‌های اصلی ۶- انتخاب عنوانی مناسب با برچسب اثر کاهنده علائم افسردگی برای تم‌های اصلی.

در طول فرایند کدگذاری، جهت اطمینان از اعتبار یافته‌ها (Credibility)، با نویسندگان متون مرور شده تماس‌های مکرر گرفته شد و همچنین از غوطه‌وری (Immersion) و درگیری مداوم پژوهشگران با داده‌ها (Prolong Engagement with the data)، کنترل تفاسیر در مقابل داده‌های خام (Checking) (interpretations against raw data)، شرکت در جلسات بحث گروهی با کارگروه سه نفره و شرکت در نشست‌های آموزشی تحقیقاتی مرتبط استفاده شد. برای صحت نحوه کدگذاری در هر مرحله نیز از فردی که تجربه انجام تحقیق‌های کیفی را داشتند (Peer check) خواسته شد تا متون و کدگذاری‌های اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و بازنگری‌های مکرر انجام شد. تنوع در انتخاب متون سبب افزایش اعتبار و تایید پذیری (Confirmability) بیشتر داده‌ها خواهد شد؛ به همین منظور در این مطالعه از متون مختلفی با دیدگاه‌های متفاوت در زمینه موضوع مورد پژوهش استفاده شد.

جهت غنای بیشتر و بررسی دقیقتر اعتبار (Credibility)، انتقال پذیری (Transferability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و تایید پذیری (Confirmability) نتایج، از نظرات یک پانل تخصصی از افراد خبره به روش دلفی استفاده و توافق بین آنها در مورد روند استخراج تم‌های اصلی از طبقات مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفت (۳۰ و ۳۱). روند کار بدین صورت بود که طبقات استخراج شده به صورت یک چک لیست طراحی و شماره‌گذاری شد. به منظور انتخاب اعضای پانل واجد شرایط، از ترکیب نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی استفاده شد. معیارهای ورود برای انتخاب افراد صاحب نظر، مسلط بودن آنها در حیطه مورد نظر و تجربه انجام پژوهش‌های مشابه بود. تعداد ۱۰ پانلیست شامل ۵ نفر متخصص حوزوی مسلط به مفاهیم روانشناسی، سه نفر استاد روانشناسی اسلامی و دو نفر از روانشناسان حوزه تدبیر در قرآن انتخاب شدند. در این روش پس از شرح موضوع و فرایند تحلیل محتوای انجام گرفته برای اعضای پانل، نظرات و بازخورد اعضا در مورد نحوه کدگذاری و برچسب هر یک از تم‌ها اخذ شد. پاسخ‌های افراد جمع‌آوری شدند و در تیم تحقیق مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. در این روش جهت کمی‌سازی میزان توافق اعضای پانل از دو شاخص روایی شامل ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای ارزیابی روایی محتوایی از نظر متخصصان استفاده شد. این دو شاخص در واقع همگرایی صاحب‌نظران این حوزه را در مورد ضرورت داشتن و مرتبط بودن

این طبقه نیز خود یکی از طبقاتی است که منجر به تشکیل یکی از تم های اصلی بنام "ناخوشایندها و خوشایندها" شده است.

نتایج آخرین مرحله از فرایند کدگذاری در جدول ۲- نشان داده شده است. در این مرحله که در واقع چکیده نهایی کدگذاری این تحلیل محتوا را نشان می دهد، از تلفیق ۳۱ طبقه برای دستیابی به عوامل موثر بر افسردگی، ۸ عامل یا تم اصلی استخراج شد. پس از طی فرایند اعتباریابی در طی فرایند کدگذاری و استفاده از نظرات پنل تخصصی در انتهای کد گذاری، نهایتاً هشت عامل مؤثر بر افسردگی تحت عنوانین زیر استخراج و نامگذاری شدند که عبارتند از ۱- بازخورد توحیدی ۲- کسب استقلال اعتباری و ارزشمندی (با مفاهیم ربوبیت، خالقیت و مالکیت) ۳- استحکام بخشی به تکیه-گاه (با استفاده از مفاهیم خداتکیه گاهی، خدا اسنادی، خدا یآوری) ۴- تنظیم هیجان ۵- تنظیم رغبت ۶- معنادگی ناخوشایندها و خوشایندها ۷- تنظیم عمل ۸- تنظیم هدفمندی.

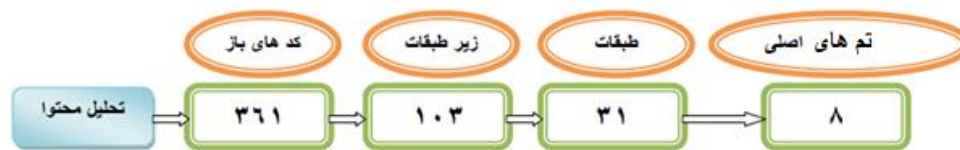
این هشت تم به ترتیب از ۱، ۵، ۲، ۷، ۳، ۶ و طبقه منتج شد. در این فرایند تلخیص، فقط تم اول تنها از یک طبقه حاصل شده بود و هیچ طبقه ای دو تم را پوشش نداد. امکان کم کردن تم ها و تلفیق آنها از نظر متخصصین پانل تخصصی دلفی وجود نداشت. نتایج بررسی توافقی بین اعضای پانل و بررسی روایی محتوا در مورد تم های استخراج شده، نشان داد که مقدار شاخص CVR برای این هشت عامل به ترتیب برابر ۱، ۰/۸، ۱، ۰/۸، ۱، ۱، ۰/۸ و ۰/۸ با میانگین ۰/۹۲ است که همگی حداقل مقدار قابل قبول بر اساس جدول لاوشه (۰/۶۲) را دارا هستند. همچنین نتایج این روایی برای شاخص CVI نیز نشان داد که مقدار این شاخص برای عوامل ذکر شده به ترتیب مقادیری برابر ۱، ۰/۹، ۱، ۰/۹، ۱، ۱، ۰/۹ و ۰/۹ با میانگین ۰/۹۶ است که همگی حداقل مقدار مورد قبول برای این شاخص یعنی ۰/۷۹ را دارا هستند.

عوامل نهایی با طبقات مورد نظر در فرایند تحلیل محتوا می سنجد، که در زیر به نحوه محاسبه آنها اشاره شده است:

تعداد متخصصانی که آیتم مورد نظر را ضروری = CVR
 نصف متخصصان / (نصف متخصصان - تشخیص داده اند
 تعداد متخصصانی که آیتم مورد نظر را مرتبط یا مرتبط = CVI
 تعداد کل متخصصان / (ولی نیاز به بازبینی تشخیص داده اند
 برای هر عامل مورد بررسی با در نظر گرفتن ۱۰ متخصص حداقل مقدار مورد قبول برای شاخص CVR بر اساس جدول لاوشه برابر ۰/۶۲ و برای شاخص CVI برابر با ۰/۷۹ می باشد (۳۲).
 روند اصلاح تم های مورد نظر تا حصول توافق و رسیدن به CVI و CVR مورد نظر بین متخصصان ادامه یافت.

نتایج

پس از جستجو در منابع و تایید آنها توسط کارگروه سه نفره، در نهایت ۵ کتاب (۲۵، ۲۸-۲۷، ۳۴-۳۳)، ۳ پایان نامه (۳۷-۳۵) و ۵ مقاله جهت تحلیل محتوا در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. فرایند کدگذاری در تحلیل محتوا و تعداد کدهای تعریف شده در نمودار ۱- ترسیم شده است. مطابق با این فرایند در نهایت ۳۶۱ کد باز استخراج و سپس این کدها در ۱۰۳ زیر طبقه و سپس در ۳۱ طبقه جای داده شد. در نهایت از این طبقات، ۸ تم اصلی با عنوان عوامل نهایی مؤثر بر افسردگی مشخص شدند.
 به جهت آشنایی با نحوه کدگذاری در تشکیل طبقات، به عنوان نمونه جدول ۱- روند کدگذاری برای یکی از طبقات به نام "باور و توجه به دنیای بی اصالت و پایان پذیر" بیان شده است. این کد گذاری نشان می دهد که ۱۴ کد باز اولیه در ۶ زیرطبقه و سپس با توجه به شباهت ها، همگی در طبقه مورد نظر طبقه بندی شده اند.



نمودار ۱- فرایند کد گذاری و تحلیل محتوا و تعداد کدهای تعریف شده

جدول ۱-۱. مثال از نحوه کد گذاری و استخراج طبقه مورد نظر

نام طبقه	نام زیر طبقات	کد های باز
باور و توجه به دنیای بی اصالت و پایان پذیر	شناخت ماهیت و ویژگی های دنیا	انتظارات واقعی در مورد دنیا (تطابق نتیجه واقع شده با نتیجه مورد انتظار)، عدم تخلف از قوانین، استغناء به خدا، تفکر داشته های الهی در جمع آوری
	تنظیم انتظارات در مورد دنیا	فهرست داشته ها، سنجه معطوف به دهنده در اندازه سنج داشته ها، عدم تصور پایدار بودن بلا، عدم تفسیر مادی در احساس محرومیت، کافی ندانستن اسباب مادی در مددجویی و تقویت توان، باور به اینکه سختی ها پایان پذیرند، عدم خطا در ارزیابی امور شایسته ی غم و شادی، شناخت دنیا، باور به اینکه رویگردانی از دنیا موجب نزدیکی به خداست، تفکر، تعمق و عاقبت نگری در پدیده ها، علم با فایده و با ارزش در رابطه با هستی
	پایدار ندانستن دنیا و سختی هایش	تعمق و عاقبت نگری در پدیده ها
	کافی ندانستن اسباب مادی در تفسیر رویدادها	

جدول-۲. تم های استخراج شده مؤثر بر کاهش علائم افسردگی

طبقات	تم های اصلی (عوامل)
باور یقینی به خدای احد و واحد	بازخورد توحیدی
باور و توجه به ربوبیت خدا باور و توجه به ولایت خدا باور و توجه به خالقیت خدا باور و توجه به مالکیت خدا	کسب استقلال اعتباری و ارزشمندی (با استفاده از مفاهیم ربوبیت، خالقیت و مالکیت)
باور به انسان به عنوان "حی متأله" و مخلوق الهی با ماهیت ترکیبی بعد طبیعی و معنوی	
باور و توجه به خدا یابوری باور و توجه به خداتکیه گاهی	استحکام بخشی به تکیه گاه (با استفاده از مفاهیم خداتکیه گاهی، خدا اسنادی، خدا یابوری)
باور و توجه به خدای غنی و کافی باور و توجه به خدای رحیم و غفور باور و توجه به خداززاقی	
باور به آسیب پذیری انسان و تقویت خویشترداری مدیریت احساس گناه، غم و خشم	تنظیم هیجان
تنظیم باورها، رابطه و رغبت نسبت به دیگران شناخت و واکنش به نیازها و حقوق خود و دیگران تنظیم رابطه و رغبت به دنیا	تنظیم رغبت
باور به انسان دارای نظام ارزیابی و داوری باور و توجه به خداعادلی و خداحکیمی باور و توجه به خدای مقدر و خیر یابوری باور به دنیای بی اصالت و پایان پذیر باور به دنیا، به عنوان زمینه ساز رشد و تعالی تنظیم پاسخ های مقابله در برابر مسئله، نعمت و نعمت مدیریت مقایسه ها	معنادهی ناخوشایندهها و خوشایندهها
باور به دنیا بعنوان سرای عمل باور به انسان دارای اختیار و عمل	تنظیم عمل
باور به هدفمندی خلقت انسان اصل توجه به مرگ و معنادهی مجدد مرگ شناخت و ایمان به آخرت، پیامد اعمال و وعده های ثواب و عقاب اعمال انتخاب زندگی اصیل و توجه به صورت واقعی اعمال اصل ملاقات با خدا ذکر	تنظیم هدفمندی

بحث

است و همه امور بدست اوست، یکی از مهمترین مؤلفهها در کاهش افسردگی است.

مشکل عمده برخی رواندردمانگریهای امروزی بی توجهی به مبدأ وجود انسان است. اما برخی از روانشناسان نیز نحوه تفکر انسان درباره مبدأ و بازگشت به مبدأ را به شکل های گوناگون بصورت مستقیم و غیرمستقیم مورد توجه قرار داده اند. برای مثال نظریات Baldwin (۱۹۰۲)، James (۱۹۰۵)، Jung (۱۹۳۸)، Erikson (۱۹۵۹)، Alport (۱۹۶۸)، Fuller (۲۰۰۱)؛ Loder (۱۹۹۸) و یا وحدت یافتگی در اثر توحیددرمانگری جلالی تهرانی در سال ۲۰۰۱ نمونه هایی از اشارات مستقیم و Hart (۲۰۰۶)، Nye & Hay (۲۰۰۶)، Kirkpatrick (۱۹۹۲)، Granqvist (۲۰۰۶)، نیز بصورت غیرمستقیم بیانگر اثر معنادار توجه به مبدأ وجود برای ساماندهی روان شناختی بوده اند (۳۸).

برای مثال از نظر Baldwin، کودکان از طریق بازی و تقلید، از کسانی که برایشان مهم اند الگو می گیرند و فعالانه خودآرمانی

پژوهش حاضر با هدف اکتشاف عوامل مؤثر بر کاهش علائم افسردگی از منظر دین اسلام انجام شد. تکنیک تحلیل محتوای کیفی جهت رسیدن به این هدف انتخاب شد. تحلیلی بودن متون دینی انتخاب شده در مورد افسردگی، اساسی ترین شرط انتخاب آنها جهت تحلیل محتوا کیفی بود. نتایج این بررسی نهایتاً نشان داد که عوامل کاهنده ی علائم افسردگی را می توان در هشت دسته بندی کلی جای داد که عبارتند از: ۱- بازخورد توحیدی ۲- کسب استقلال اعتباری و ارزشمندی (با مفاهیم ربوبیت، خالقیت و مالکیت) ۳- استحکام بخشی به تکیه گاه (با استفاده از مفاهیم خدا تکیه گاهی، خدا اسنادی، خدا یابوری) ۴- تنظیم هیجان ۵- تنظیم رغبت ۶- معنادهی ناخوشایندهها و خوشایندهها ۷- تنظیم عمل ۸- تنظیم هدفمندی.

بازخورد توحیدی: اکتساب بازخورد توحیدی یا باور توحیدی

به خدا یعنی اعتقاد به اینکه خداوندی واحد این جهان را آفریده

مالکیت اعتباری و قراردادی قرار دارد. در عین حال خداوند که مالک حقیقی است، اجازه تصرف در بعضی امور به انسان داده است و او را مالک اعتباری قرار داده است. از سویی ربوبیت، پروراندن و پیش بردن گام به گام به سوی کمال است و بدون مالکیت حقیقی که در خالقیت ریشه دارند تحقق نمی‌یابد (۴۵-۴۷).

بنابراین انسان یک مخلوق هدفمند الهی است که به حال خود رها نشده است و تحت تربیت و تدبیر خدای متعال است. این یافته برای فرد افسرده احساس ارزشمندی می‌آورد و میزان وابستگی بیمارگون به دیگران را کاهش می‌دهد. از طرفی، از آن جهت که انسان را مالک اعتباری می‌داند، احساس فقدان در شکست‌ها و نوسانات زندگی را تعدیل می‌کند. مخلوق مستقیم خدا بودن این فکر روان‌بنه‌ای را رقم می‌زند، که مبدا وجودی انسان اصالتاً به خدا بر می‌گردد نه رابطه والدین و خواسته و ناخواسته بودن انسان. این تفکر موجب اکرام به خود شده و زمینه حرمت خود معنوی را فراهم می‌کند. زمانی که فرد افسرده بپذیرد که خدا نه تنها در عقد نطفه بلکه هر لحظه خلق مستقیم وی را بر عهده دارد، حس ارزشمندی در وی متبلور می‌شود. باور به تحت حمایت همه جانبه‌ی خدا، موجب تقویت احساس امید و اعتماد شده و فرد بی‌قید و شرط احساس می‌کند تحت تربیت و تدبیر و اداره منیعی لایتنهای قرار دارد (۳۸).

دیگر پژوهشگران نیز مانند Granqvist (۲۰۰۳)، Kirkpatrick (۲۰۰۵) و Teasdale (۱۹۹۷) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش و دوست داشتن خود و پذیرش دیگران با تصور خدای پذیرنده، مهربان و حمایت کننده در ارتباط است. از طرفی ویژگی‌های شخصیتی منفی، اعتماد به نفس پایین و احساس تنهایی با تصور منفی، طردکننده و تنبیه کننده از خدا در ارتباط است. دلبستگی ایمن و داشتن تصور مثبت از خداوند، مانند پذیرنده، دوست‌دارنده، خیرخواه و حاضر با رضایت بالا از زندگی، عزت نفس بالا، کاهش سطح اضطراب و افسردگی افراد و کاهش بیماری‌های فیزیکی توأم بوده است (۴۸-۵۰).

استحکام بخشی به تکیه‌گاه: مؤلفه مؤثر دیگر بر کاهش افسردگی استحکام بخشی به تکیه‌گاه است که با استفاده از مفاهیم خدا تکیه‌گاهی و خدا یآوری بدست می‌آید. از آن سو که خدا به-عنوان خالق در سیستم درونی هر انسانی نهادینه شده است، و خدا با قراردادن عقل خداسو در هر فرد امکان تقویت اراده آزاد را در انسان فراهم کرده است، تکیه و توکل به خدا بهترین منبع و کانون کنترل درونی برای ایجاد تعادل و تعالی و موفقیت و حال خوب در افسرده‌ها محسوب می‌شود. تکیه و اعتماد بر منبع لایزال الهی، پشتیبانی، حمایت و یاری دائمی برای فرد افسرده فراهم می‌کند. توکل به معنای تکیه کردن بر خداوند و واگذاری تمام امور به او به همراه تلاش و در پایان حس رضایتمندی است که توکل واقعی می‌تواند زمینه ساز امید، حسن ظن، صبر، دوری از صفات رذیله انسانی، شوق در راه نیل به اهداف، هدفمند دیدن دنیا و اتفاقات

خویش را شکل می‌دهند. این آرمان در واقع به نوعی بازتاب درک از خداوند است. لودر نیز خدا را بنیاد نهایی هستی می‌داند که تعامل با او برای رشد معنوی ضروری است (۳۹). یا اینکه استانی هال تلاش برای اثبات وحدت روانی در نوجوانی را نوعی بازیابی دوران نخستین و ملکوتی می‌دانست (۴۰).

تحقیقات مختلف در سال‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که سازه-ی تصور فرد از خدا با بسیاری از سازه‌های دیگر از جمله با روشهای مقابله، سلامت روانی، میزان سازگاری افراد و رضایت از زندگیشان در ارتباط است. و این تصور بر تصور فرد از خودش، دیگران و جهان اطراف تاثیر می‌گذارد و در نهایت منجر به افسردگی و یا اشکال دیگری از بیماری‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌گردد (۴۱-۴۲). در ایران نیز برای مثال تحقیقات غباری بناب در سال ۱۳۹۱ نشان داد که تصویر ذهنی مثبت از خدا (پذیرش و خیرخواهی) با سلامت روانی بالا و اضطراب و افسردگی پایین در دانشجویان توأم بوده است (۴۳).

بر اساس تعالیم قرآنی خداوند انسان را بر پایه توحید خلق کرده و این اساس و شالوده انسانی است. بنابراین توحید شکل دهنده و جهت‌دهنده همه حرکت‌ها و مسیرهای زندگی است (۴۴). بنیان فکری روانشناسی اسلامی نیز بر این فرض نهاده شده که انسان به‌طور فطری خدانشناس است. این معرفت‌جویی او به یگانه‌پرستی خداوند می‌تواند در جریان تحول عقلی در همان جهت فطری تکامل یافته و زمینه استحکام نظام روان‌شناختی و اعتقادی فرد را فراهم کند و یا برعکس ممکن است با ایجاد تصورات محدود، مادی و متأثر از والدین از مسیر فطری جدا شده و آسیب زا باشد (۳۸). بنابراین برای حرکت در مسیر سلامتی، اکتساب بازخورد توحیدی ضروری است. البته لازمه اصلاح تفکرات یقینی درباره وجود خدا، اصلاح خداینداره‌ها و تبدیل آنها به خداینداشت (مفهوم واقعی خدا) است.

اکتساب استقلال اعتباری و ارزشمندی: دومین مؤلفه مؤثر بر کاهش افسردگی اکتساب استقلال اعتباری و ارزشمندی (خودپنداشت) است که با استفاده از مفاهیم خالقیت، ربوبیت و مالکیت خدای متعال بدست می‌آید.

انسان بر اساس تصویری که خداوند از او به دست می‌دهد موجودی است متعادل (پاک، سالم و دارای هارمونی، همگونی و فاقد کمبود) و ارزشمند که برای رسیدن به کمال و تحقق وجودی خود دائماً، در چارچوب پویایی‌های روان‌شناختی، در تکاپو است و همه سازوکارها، امکانات، زمینه‌ها و برنامه هدایت این پویایی‌ها را در اختیار دارد (۳۸).

بنابرایات متعدد در قرآن کریم خداوند مالک حقیقی زمین، غیب آسمان‌ها و زمین، آخرت و دنیا، جنود و موجودات آسمان‌ها و زمین است. این مالکیت نتیجه خالقیت و ربوبیت است. به عبارتی آن کسی که موجودات را آفریده و تحت حمایت خود پرورش می‌دهد مالک حقیقی موجودات است. این گونه مالکیت، در برابر

انسان را شامل می‌شود؛ ۲. باید متوازن بوده و هر کدام از ابعاد، هیجان مناسب خود را داشته باشند و ۳. نباید پیامد منفی داشته باشند وگرنه نتیجه معکوس خواهد داد (۵۶).

تنظیم رغبت: تنظیم رغبت به معنی مدیریت امیال و گرایش- هاست. میزان رغبت به چیزی، میزان سرمایه‌گذاری روانی را بر آن موضوع تعیین می‌کند، جهت‌گیری‌های کلی را در سبک زندگی مشخص می‌کند و بر احساسات، افکار و رفتارهای فرد تأثیر می- گذارد (۵۷).

در اسلام تنظیم رغبت‌ها از اصل تعادل تبعیت می‌کند. اگر فرد به جایی برسد که آن‌چه از دنیا به او می‌دهند خیلی هیجان‌زده اش نکند و نسبت به آنچه از دست می‌دهد، خیلی غمگین نگردد به تنظیم هیجان مطلوب رسیده و به ثبات هیجانی دست می‌یابد. این مهم با تعدیل رغبت‌های عملی فرد از موضوعات مشکل‌زا، ناپایدار و محدود دنیوی به سمت موضوعات پایدار معنوی و ترغیب به اهداف غائی و اخروی بدست می‌آید. این تعبیر با عنوان زهد در منابع اسلامی و تعلقات مذهبی ریچاردز و برجین در متون روان- شناسی قابل ردیابی است (۹).

در پژوهش عبدی مشخص شد، الگوی تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد نسبت به درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر سلامت روان مراجعان دارد. در راستای این پژوهش، اصلاح ادراکات از دنیا و آخرت و تنظیم رغبت براساس ارزش و نقص هر کدام از موضوعات دنیایی و آخرتی، باعث اعطای هدف و معنای جدیدی به دنیا شد و ارزش دنیا به اعتبار آخرت مشخص شد. سپس در تبیین نتایج مشخص شد که معنادگی جدید موجب تنظیم گرایش و رغبت‌ها، تقویت قدرت فرد در برابر سختی‌ها، ثبات هیجانی، افزایش صبر و رضایت و درنهایت اصلاح علائم افسردگی می‌شود (۵۸).

مفهوم‌سازی مجدد خوشی‌ها و ناخوشی‌ها: نظام ارزیابی انسان در احساسات افراد مؤثر است. انسان همه پدیده‌ها را ارزیابی می‌کند و نتیجه ارزیابی، خیر دانستن و یا شر دانستن پدیده‌هاست. نظام احساس انسان، تابع نظام شناختی اوست از این‌رو، خوب یا بد بودن احساس ما نتیجه خیر یا شر دانستن پدیده‌هاست.

هر نوع نظام ارزیابی نمی‌تواند خیرباوری را به ارمغان آورد. اگر نظام ارزیابی، نظام «خیرگرا» نباشد، نمی‌تواند به خیرباوری منجر شود. دلیل آن نیز در دو بُعدی بودن پدیده‌هاست که به دو گونه شدن نظام ارزیابی نیز می‌انجامد. پدیده‌ها و امور زندگی انسان، دو بُعدی‌اند: بُعد ظاهر که بر اساس آن، پدیده‌ها برای طبع انسان یا «خوشایند» هستند و یا «ناخوشایند»؛ و بُعد باطن که بر اساس آن، پدیده‌ها برای حیات انسان یا «خیر» هستند و یا «شر». بر این اساس، دو نظام ارزیابی نیز وجود دارد: نظام ارزیابی «لذت‌گرا» و نظام ارزیابی خیرگرا. اگر نظام ارزیابی کسی خواست‌گرا باشد، همه امور را با قالب «خوشایند ناخوشایند» بررسی می‌کند و به چیزی جز آن نمی‌اندیشد. لذا نمی‌تواند خیر و شر اصیل و واقعی را

آن و در نهایت بهبود کیفیت زندگی و تأمین سلامت روانی انسانها گردد (۵۱).

کنترل و تکیه‌گاه بیرونی برای فرد افسرده، احتمال شکست را برای او بیشتر کرده و منجر به نوسانات عاطفی همراه با اتفاقی‌های بیرونی برای وی می‌شود. افراد افسرده به علت تجارب منفی گذشته و نشخوار دائمی آنها و احساس فقدان تکیه‌گاه‌های زندگی خود دچار غم، سستی، ناامیدی و اعتماد به نفس ضعیف شده و بدبینی و نگرانی از آینده موجب می‌شود تمایل به شروع اعمال هدفمند و مؤثر نداشته باشند (۵۲). یافته‌های پژوهش بشارت و عبدالمنافی در سال ۱۳۹۰ نیز نشان داد که منبع کنترل بیرونی می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند و احتمالاً باعث تشدید علائم افسردگی شوند. در مقابل تحقیق دیگری در نمونه دانشجویان نشان داد که دانشجویانی که منبع کنترل درونی دارند، از عملکرد تحصیلی بهتر و افسردگی کمتر برخوردارند (۵۳). بنابراین انتظار بر این است که تکیه بر خدا به عنوان مستحکم‌ترین تکیه‌گاه درونی بتواند احساس ضعف و ناامیدی در فرد افسرده را بهبود بخشد.

تنظیم هیجان: مؤلفه تنظیم هیجان، به عنوان عامل مؤثر دیگر بر کاهش علائم افسردگی شناخته شد.

تنظیم هیجان به فرایندهایی که انسان جهت اعمال کنترل بر افعال، حالات و فرایندهای درونی انجام می‌دهد، اشاره دارد. بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز، مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌ریز مانند بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد. مدیریت هیجان‌ها به منزله‌ی فرایندهای درونی و بیرونی است که مسؤلیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۵۴).

نتایج پژوهش حسین زارع نشان داد که بین افسردگی و راهبردهای کارآمد تنظیم هیجانی (تمرکز مثبت مجدد/ برنامه ریزی و ارزیابی مثبت /دیدگاه وسیع تر) همبستگی منفی معنادار و بین افسردگی و راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی (سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری، پذیرش) همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (۵۵).

در پژوهش پسندیده و همکاران در بررسی پایه نظری و الگوی هیجان‌ها مثبت از دیدگاه اسلام، پس از شناسایی، استخراج و تحلیل محتوای مفاهیم مربوطه از متون اسلامی، نتایج نشان داد که هیجان‌ها مثبت روان انسان را از انقباض و خمودی خارج و ناتوانی را از بین برده و انسان را برای انجام امور، آماده و توانمند می‌سازد. این پژوهش همچنین نشان داد که الگوی هیجان‌ها مثبت از دیدگاه اسلام سه ویژگی دارد: ۱. همه ابعاد مادی و معنوی

اختلالات روانی بخصوص افسردگی ارتباط دارد و باعث می‌شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند (۶۰).

از طرفی در نظر Bibring پدیده افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که فرد از فاصله آرمانهای بسیار کمال طلبانه خود و ناتوانی اش در رسیدن به این اهداف آگاه می‌شود. شناسایی نیز در نظریه امید، ناامیدی را در قبال بلوکه شدن اهداف مهم زندگی فرد می‌داند که در بروز افسردگی نقش دارد. بنابر این می‌توان گفت زمانی که اهداف مهم شخص توسط عوامل مختلف بلوکه می‌شوند، هنگامی که فرد خودش را در رسیدن به اهدافش فعال و عامل نمی‌بیند و زمانی که فرد هدفی دارد اما راههای رسیدن به آن را نمی‌داند، خطر بروز افسردگی بیشتر می‌شود (۵۲، ۶۱).

از نقاط قوت این تحقیق می‌توان به اخذ نظرات متخصصان حوزه روانشناسی دین با دیدگاه‌های مختلف در مورد عوامل نهایی اشاره کرد که باعث شد از یکجانبه‌نگری در تحقیق جلوگیری شود. از محدودیت‌های این پژوهش هم می‌توان به عدم دسترسی به برخی از نویسندگان منابع انتخاب شده، اشاره کرد که دسترسی به آنها می‌توانست برخی ابهامات متن منبع را برطرف سازد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان عوامل موثر در کاهش علائم افسردگی را در ۸ عامل اصلی بازخورد توحیدی، کسب استقلال اعتباری و ارزشمندی، استحکام بخشی به تکیه‌گاه، تنظیم هیجان، تنظیم رغبت، معنادگی ناخوشایندها و خوشایندها، تنظیم عمل و تنظیم هدفمندی تقسیم بندی کرد. این عوامل از یک سو می‌توانند در سطوح مختلف پیشگیری مورد توجه برنامه‌ریزان امور فرهنگی، مذهبی و بهداشتی قرار گیرد تا با آشنایی از مبانی روانشناختی دینی تاثیر گذار بر افسردگی و زمینه‌های مستعد کننده افسردگی در جامعه، گام‌های عملی در جهت پیشگیری از بروز این اختلال در قالب برنامه‌های آموزشی مدون و نظام‌مند برداشته شود. از سویی دیگر این نتایج می‌تواند بعنوان مقدمه پژوهش‌های آینده برای تحقیق در زمینه طراحی یک بسته درمانی معنوی مذهبی برای درمان اختلال افسردگی موره بهره برداری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش بخشی از نتایج پایان نامه

مقطع دکترا در رشته روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس بوده که در تاریخ ۹۴/۱۱/۱۴ در معاونت پژوهش آن دانشگاه به تصویب رسیده است. بنابر این از اساتید گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، همچنین از تمام افرادی که در انجام مطالعه حاضر شرکت داشتند مخصوصاً از اعضای پنل تخصصی در فرایند تایید روایی محتوا صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که تضاد

منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشخیص دهد. اگر نظام ارزیابی فرد خیرگرا باشد، از ظاهر امور می‌گذرد و به لایه‌های باطنی آن نفوذ می‌کند و همه امور را با قالب «خیر-شر» بررسی می‌کند. غمگینی و تنیدگی ناشی از سختی‌ها، ریشه در ناآگاهی دارد. ناآگاهی، موجب نارضایتی، و نارضایتی، موجب اندوه و حزن می‌شود (۲۵).

خیرباوری، عامل اساسی رضامندی از دیدگاه اسلام است. این نظریه بر یک واقعیت خداشناختی و یک رفتار انسانی استوار است. در بعد واقعیت خداشناختی، همه امور زندگی انسان بر اساس تقدیر خداوند متعال رقم می‌خورد و تقدیر خداوند نیز تماماً مبتنی بر خیر است. در بعد رفتار و واکنش انسانی نیز اگر انسان به این واقعیت باور پیدا کند، رضایت‌آور است؛ بنابراین اگر انسان بداند که چیزی به نفع اوست و خیر است راضی خواهد شد، حتی اگر سخت و دشوار باشد.

باورهای مذهبی و معنویت به‌وسیله فراهم کردن چارچوبی برای علت وقایع منفی و ارائه چشم‌اندازی امیدوارانه از زندگی، می‌تواند، به مثابه سپر ضربه‌گیر در برابر تنش عمل نموده و سازگاری افراد با شرایط پرفشار را تحت تأثیر قرار دهد (۲۴).

تنظیم یا مدیریت عمل: عمل به هر گونه کنش آشکار یا پنهانی گفته می‌شود که انسان به طور ارادی می‌تواند آن را آغاز کند و انجام دهد و به پایان برساند. از منظر قرآن عمل انسان او را رشد می‌دهد و هرگز از او جدا نمی‌شود. عمل معنوی که به واسطه فعال‌سازی بعد معنوی شکل می‌گیرد، هویت واقعی انسان و سلامت و وحدت‌روانی او را رقم می‌زند. عمل معنوی، به جز ارادی بودن، دارای هدف، معنا و ارزش، نجات‌بخش و تعالی‌بخش انسان است. در برخی درمان‌های جدید روانشناسی نیز بر همین نکته تاکید دارند. مثلاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به تصریح ارزش‌های شخصی و عمل منطبق با آنها است، این کار از نظر هیجانی به زندگی معنای بیشتری می‌دهد و بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌افزاید. در نظریه انتخاب گلاسر نیز محوریت عمل ارادی برجسته شده است (۵۹).

نتایج تحلیل در پژوهش بهرامی و همکاران نیز نشان داد اعمال زیاد اما بی ارتباط با هدف که به طور طبیعی فرد را به سختی می‌اندازد و در وی مشغولیت فکری و توجهی ایجاد می‌کنند، یکی از عوامل زمینه ساز بروز افسردگی است (۵۲).

تنظیم هدفمندی: داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. هدف‌های محرک‌های خارجی هستند که با تحریک انگیزه‌های انسانی، افراد را به سمت خود سوق می‌دهند. هدف و معنای زندگی از مهمترین موضوعات دینی، مدیریتی، فلسفی و روانشناختی است. یافته‌های پژوهشی متعددی نشان داده‌اند که وجود هدف در زندگی عنصری اساسی در بهزیستی روانی عاطفی است و به صورت نظام-مندی با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و روانی، فعالیت‌های مذهبی، سازگاری با استرس‌ها، مذهب و بهبود

منابع

1. Kessler RC. Epidemiology of depression. In IH Gotlib & CL Hammen (Eds.), Handbook of Depression. New York: Guilford Press. 2002; 23-42.
2. American Psychiatric Association. Cautionary statement for forensic use of DSM-5: In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Pub; 2015.
3. Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015; 18(2):76.
4. Baldwin DS, Birtwistle J. An Atlas of depression. The Parthenon publishing Group. London, United kingdom; 2002.
5. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York, NY: Guilford Press; 2013.
6. Worthington EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. Journal of Clinical Psychology. 2011; 67(2):204-14.
7. Hook JN, Worthington Jr, et al. Empirically Supported Religious and Spiritual Therapies. Journal of Clinical Psychology. 2010; 66(1):46-72.
8. Piedmont RL. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five- factor model. Journal of Personality. 1999; 67(6):985-1013.
9. Janbozorgi M, Qaravi SM. Principles and techniques of counseling and psychotherapy with an Islamic approach. Research Institute of Howzah and University; 2015.
10. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. American Journal of Psychiatry. 1998;155(4):536-42.
11. Larson DB, Larson SS. Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research. Journal of Psychology & Theology. 2003; 31, 35-7.
12. Sage M. Religiosity and depression: A ten-year follow-up of offspring at high and low risk for depression. 2011.
13. Jalali Tehrani S. Islamic theory and humanistic psychology. The Humanistic Psychologist. 1996;3(24), 341-349.
14. Ghojari Bonab B. Counseling and Psychotherapy with spirituality Approach. Aaron, Tehran, 2009.
15. Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J, McMillan D. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2015;176:183-96
16. Chida Y, Schrempft S, Steptoe A. A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. Journal of religion and health. 2016;55(5):1495-506
17. Berk LS, Bellinger DL, Koenig HG, Daher N, Pearce MJ, Robins CJ, et al. Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on inflammatory markers and stress hormones in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. Open Journal of Psychiatry. 2015;5(03):238.
18. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1992; 60: 94-103.
19. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, et al. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. Psychotherapy. 2015.52(1): 56-66.
20. Mir Gh, Meer Sh, Cottrell D, McMillan D, House A, Kanter JW. Adapted behavioral activation for the treatment of depression in Muslims. Journal of Affective Disorders. 2015;180:190-199.
21. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al. Spiritual Health and Outcomes in Muslim ICU Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study. Journal of religion and health. 2018:1-17.
22. Mehrabizadeh M, Hashemi SE, Besaknejad S. The Effect of Multidimensional Islamic Therapy on Depression and Self-Esteem of Students. Psychology and Religion. 2011; Year 4, 31-48.
23. Pasandideh A, Golzari M, Masoodi A. Theoretical Base and Pattern of Positive Emotions from Islamic Viewpoint. Studies of Islam & Psychology. 2011; 5(9) :145-166.
24. Pasandideh A, Golzari M, Barati Sadeh F. Theoretical Basis of Satisfaction from the Perspective of Islam. Psychology and Religion. 2011, 5(4): 85-104.
25. Posandideh A. Islamic Pattern of Happiness. Quran and Hadith Research Center. 2014.
26. Nouri N. Spiritual coping with tensions from the point of view of Islam. Maarefat. 2012;192 (4):47-62.
27. Reishahri M. Pattern of Happiness from the Perspective of the Quran and Hadith. Quran and Hadith Reports. 2012.
28. Fayyaz F, Akhavat AR, Bahrami H. Discovering the Causes of Depression from the Holy Quran, Tehran University Press. 2016.
29. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research, 2005. 15(9):1277-1288.
30. Weber RP. Basic content analysis (Quantitative Applications in the Social Sciences No. 49). Newbury Park, CA: Sage; 1990.
31. Adel Mehraban M. A review of qualitative content analysis and its application in research. Isfahan University of Medical Sciences & Health Services. 2015.

32. Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analyzes by looking at research method in biomedical and health sciences. 2011.
33. Ataollah M. Power Generation Techniques in Hardness. Dar Al-Hadith Cultural Institute, Qom Publishing Organization-Iran. 2013;1.
34. Fayyaz F, Akhvat AR, Bahrami H. Semantics of Depression from the perspective of the Holy Quran, Tehran University Press. 2016.
35. Fayyaz F. Designing the Exploratory Model of Depression Disorder from the Perspective of the Holy Quran and Assessing the Effectiveness of the Therapeutic Pattern Based on it. PhD thesis of University of Tehran. 2016.
36. Salehi M. Designing the intervention of Islamic hope therapy and comparing its effect with the Snyder hope therapy on the subject's well-being. Thesis of Research Institute of Howzah and University, Qom. 2016.
37. Nofresti A. Designing the Psychotherapy of Positivism based on goodness. Clinical Psychology Department. Thesis of Shahed University. 2014.
38. Janbozorgi M. The Principles of Spiritual Multidimensional Psychotherapy. Islamic Psychology. 2014;1(1): 45.
39. Hart T. Spiritual experiences and capacities of children and youth. The handbook of spiritual development in childhood and adolescence. 2006;163:177.
40. Nelson JM. Psychology, religion, and spirituality. Springer Science & Business Media. 2009.
41. Exline JJ, Yali AM, Sanderson WC. Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. Journal of clinical psychology. 2000; 56(12):1481-96.
42. Braam AW, Schaap-Jonker H, Mooi B, Ritter DD, Beekman AT, Deeg DJ. God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands. Mental Health, Religion and Culture. 2008;11(2):221-37.
43. Haddadi Koohsar, Ghobari Bonab. The Relationship between Image of God and the Obsessive-Compulsive Behaviors in university Students. Journal of Behavioral Sciences. 2012;6(1):11-6.
44. Khalaji Movahed A. Religion and Psychology. Tehran: Islamic Culture Publishing. 1999: 41.
45. Javadi Amoli A. Thematic Commentary on the Holy Qur'an, Tawhid in the Quran. Qom, Asra press. 2004: 417.
46. Makarem Shirazi N. Nemooneh tafsir. Tehran, Dar al-Kotob al-Eslamiyah. 1995; 1: 38 -39 [In Persian].
47. Nahj al-Balaghah: translation by Mohammad Dashti. Qom, houzoor press Institute. 528, Hekmat 404, and 6.
48. Greenway AP, Milne LC, Clarke V. Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God. Mental Health, Religion & Culture. 2003; 6(1):45-58.
49. Kirkpatrick LA. Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York, the Guilford Press; 2005.
50. Tisdale TC, Key TL, Edwards KJ, Brokaw BF. Impact of treatment on God image and personal adjustment, and correlations of God image to personal adjustment and object relations development. Journal of Psychology and Theology. 1997; 25(2), 227-239.
51. Maarroof Y, Sharif Yarad S. The role of trust in providing human mental health. Journal of Health Research. 2014; 10(1):178-168.
52. Bahrami H, Okhovat AR, Fayyad F. Study of the roots of depression from the perspective of Ghashei sooreh; Focus on the role of the unproductive behaviors of culture in Islamic University. 2013;3: 371-394.
53. Besharat MA, Abdol Manafi A. The role of moderating the source of control in the relationship between anger and depression in patients with major depression disorder in contemporary psychology. 2011; 6 (2): 15-25.
54. Sattarpour F, Ahmadi A, Bafandeh H. The Effectiveness of emotion regulation Training on Reducing Depression Symptoms of Students. Journal of shenakht Psychology and Psychiatry. 2014;1(1): 31-38.
55. Pasandideh A, Masoudi A. Theoretical Basis and Pattern of Positive Emotions. 2011;5(9):145-166.
56. Zare H, Selgi Z. The Relationship between Cognitive Emotion Regulatory Strategies and Depression, Anxiety and Stress in Students. Research in Psychological Health. 2012; 6(3): 19 - 290.
57. Farsi Fiqh Culture. Institute of the Encyclopedia of Islamic Fiqh. Volume: 4 Page 119.
58. Abdi H, Janbozorgi M, Gharavi SM, Pasandideh A, Rasoolzadeh Tabatabaee SK. Introduction of a Pattern for Adjusting the Interest Based on the Islamic Piety and Making Comparisons between the Pattern and the Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing the Anxiety. studies of Islam & psychology. 2015; 9(17): 57-86.
59. Janbozorgi M. Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP): Activation of spiritual action and its effectiveness on psychological problems of anxious clients. Journal of Islamic psychology. 2016; 2(3): 8-39.
60. Abbasi M, Adavi H, Hojati M. Relationship between Religious Beliefs and Psychological Health through Purposefulness Intermediation in Life and Aging Perception in Retired Teachers. Aging psychology. 2016; 2(1):195-204.
61. Ghadiri MH, Janbozorgi M. Study of the Relationship of the Purpose of Life with Demographic Factors (with Reliance on Islam). Psychology and Religion. 2008; 2 (6):131-156.