

Attitude toward God, self and others in schizophrenic, bipolar and depressed patients: A qualitative and comparative study

Mohammadzaman Kamkar (Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran, kamkar72@yahoo.com)

Mohammadmehdi Shamsaee (University of Medical Sciences, Tehran, Iran, m.m.shamsaee@gmail.com)

Atiye Golbinimofrad (Islamic Azad University, Golestan, Iran, agolbini@gmail.com)

Ruhollah Baratian (Islamic Azad University, Golestan, Iran, ruhollahbaratian@gmail.com)

ARTICLE INFO

Article History

Received: 2021/6/29

Accepted: 2021/10/12

Key Words:

injury,
treatment,
health,
attitude,
disorder

ABSTRACT

The purpose of this study was to compare comparative attitudes toward God, attitudes toward self and attitudes toward others in patients with schizophrenia, bipolar disorder and depression. The present study was conducted qualitatively. The statistical population was patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder and depression hospitalized in the spring and summer period of 2018 Azar 5 hospitals in Gorgan. From the mentioned population, 15 people from each group were selected by available sampling method and matched by considering age, marriage and gender. The research tools included a checklist of demographic information and a semi-structured interview form based on the research variables, the validity of which was reviewed and confirmed by supervisors and consultants. The results showed that people with bipolar disorder had a better attitude toward God than people with depression and schizophrenia and people with depression had a better attitude toward God than people with schizophrenia. The results indicate the existence of healthy parts of these patients in the attitude towards God, self and others, that communication and therapeutic alliance with these healthy parts and inner capabilities can improve the cost-benefit of treatment.

نگرش به خداوند، خود و دیگران در مبتلایان به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی:

یک مقایسه کیفی

محمدزمان کامکار (دانشگاه علوم پزشکی گلستان؛ kamkar72@yahoo.com)

محمد مهدی شمسایی (نویسنده مسئول، دانشگاه آزاد اسلامی تهران؛ m.m.shamsaee@gmail.com)

عطیه گلبنینی مفرد (دانشگاه آزاد اسلامی گلستان؛ agolbini@gmail.com)

روح‌الله براتیان (دانشگاه آزاد اسلامی گلستان؛ ruhollahbaratian@gmail.com)

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۰

واژگان کلیدی:

آسیب،

درمان،

سلامت،

نگرش،

اختلال

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه نگرش به خداوند، نگرش به خود و نگرش به دیگران در مبتلایان به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی بود. پژوهش حاضر به صورت کیفی انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی بستری در محدوده زمانی بهار و تابستان ۱۳۹۶ بیمارستان ۵ آذر گرگان بودند. از جامعه مذکور تعداد ۱۵ نفر از هر گروه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با در نظر گرفتن سن، تأهل و جنسیت هم‌تا شدند. ابزارهای پژوهش شامل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و فرم مصاحبه نیمه‌ساختاریافته براساس متغیرهای تحقیق بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای مورد نظر و اشباع داده ادامه یافت. نتایج نشان داد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به مبتلایان افسردگی و اسکیزوفرنی، نگرش بهتری نسبت به خداوند داشتند و افراد مبتلا به افسردگی نیز نسبت به مبتلایان اسکیزوفرنی از نگرش بهتری نسبت به خداوند برخوردار بودند. افراد مبتلا به افسردگی نسبت به مبتلایان به اسکیزوفرنی و دوقطبی، نگرش بهتری نسبت به خود و دیگران داشتند و افراد مبتلا به دوقطبی نسبت به مبتلایان اسکیزوفرنی نیز از نگرش بهتری نسبت خود و دیگران برخوردار بودند. نتایج گویای وجود بخش‌های سالم این مبتلایان در نگرش نسبت به خداوند، خود و دیگران است که ارتباط و اتحاد درمانی با این بخش‌های سالم و توانمندی‌های درونی می‌تواند هزینه درمان را بهبود ببخشد.

مقدمه

سلامت روان شناختی در ساده‌ترین تعریف به معنای سالم بودن و دور از آفت بودن اندیشه و روان است (حسینی بافرانی و آذربایجانی، ۱۳۹۰). افزون‌بر سلامت روان، سلامت جسمی، اجتماعی و معنوی نیز از ابعاد دیگر سلامت می‌باشند که اگر هر یک از این ابعاد به خطر بیفتد، به احتمال زیاد فرد احساس تنهایی، از دست دادن معنا در زندگی و حتی اختلال افسردگی را تجربه خواهد کرد (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۵). سلامت روان حالتی از آسایش است که فرد به توانایی‌هایش پی می‌برد، می‌تواند با چالش‌های زندگی دست و پنجه نرم کند و ضمن ایفای نقش در جامعه، با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد (حاجبی و همکاران، ۱۳۹۴). قرآن کریم ذکر و یاد خداوند را برای حفظ سلامت روان مؤثر برشمرده و می‌فرماید: «هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ...» او (خدا) کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد (معاضدی و اسدی، ۱۳۹۱). بُعد دیگر یعنی سلامت معنوی، برخورداری از احساس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و احساس روابط متقابل مثبت با خویشان، اجتماع و یک قدرت برتر قدسی است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱) که ارتباط یکپارچه‌ای را بین نیروهای درونی فرد فراهم می‌کند (قره‌بوقلو و همکاران، ۱۳۹۵). به نظر کیزی^۱ (۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی بُعد دیگری از سلامت، نگرش فرد به کیفیت روابطش با دیگران است؛ بدین معنا که ادراک فرد از جامعه به صورت یک مجموعه دارای نیروی بالقوه برای رشد و بالندگی، معنادار و قابل فهم همراه با یک احساس تعلق نمایان می‌شود. این بُعد از سلامتی درجه عملکرد اعضای جامعه است و در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت قرار می‌گیرد (گاطع‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

بیماری نقطه مقابل سلامتی است و شناخت ماهیت و ویژگی‌های بیماری را بیشتر متخصصان حرفه پزشکی می‌دانند (حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). دسته‌ای از بیماری‌ها در حوزه روان‌پزشکی قرار دارد که گفته می‌شود با تأثیر بر تفکر و رفتار، سبب ایجاد ناراحتی و ناتوانی در فرد مبتلا می‌شود (رستگارپناه و همکاران، ۱۳۹۱). شدیدترین انواع آن همچون اسکیزوفرنی که از

یک بیماری روانی حاد است، موجب تغییر در افکار، رفتار، فرایندهای فکری و پاسخ‌گویی عاطفی ضعیف در فرد بیمار می‌شود. این بیماری معمولاً خود را به صورت توهم شنیداری، توهم‌های جنون‌آمیز، تکلم و تفکر آشفته نشان می‌دهد و شروع علائم آن در نوجوانی است (آدلر و استرو،^۲ ۱۹۹۹؛ به نقل از حقیقت و همکاران، ۱۳۹۶)؛ که براساس طبقه‌بندی بین‌المللی که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است، جزئی از روان‌پریشی با علائم شخصیت، انحرافات مشخص‌کننده فکری، احساس کنترل شدن از راه نیروهای بیگانه، هذیان‌های عجیب و غریب، اختلال در ادراک، انفعالات ناهنجار و غیرمنطقی با موقعیت واقعی و در خود فرورفتگی و گوشه‌گیری است (کاظمی خشتی و سرابیان، ۱۳۹۴). یکی دیگر از بیماری روانی، اختلال دوقطبی است؛ نوعی اختلال خلقی که بیمار دچار تغییرات شدید خلق می‌شود (وجدانی آرام و همکاران، ۱۳۹۶). این اختلال انواع مختلفی دارد که مهم‌ترین آن اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال دوقطبی نوع دو است. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هر دو نوع، در آزمون‌های شناختی نمرات پایین‌تری نسبت به افراد سالم جامعه به دست می‌آورند؛ همچنین نقایص شناختی موجود می‌تواند در مشکلات شغلی و بین‌فردی تأثیرگذار باشد و در تمام طول عمر حتی در دوره‌های خلق طبیعی نیز ادامه داشته باشد (کافی و همکاران، ۱۳۹۲). افسردگی نیز شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی (ساداتی، ۱۳۹۱) و افسردگی اساسی، یکی از شایع‌ترین انواع آن است؛ در واقع حالتی هیجانی می‌باشد که مشخصه آن غمگینی زیاد، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران و از دست دادن علاقه و اشتیاق به فعالیت‌های عادی است (محمدمپور و همکاران، ۱۳۹۶) که بر عملکرد فرد تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (ساداتی، ۱۳۹۱) و بار قابل ملاحظه اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع به همراه دارد (محمدمپور و همکاران، ۱۳۹۶).

در این میان یکی از شاخص‌های مهم در سلامت روانی نگرش به خود است؛ افکار و عواطفی که سبب آگاه شدن افراد از

شاخص‌های اختلالات روانی همچون افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران دارای اختلالات روانی مرتبط است (سالموراگو-بلاچر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). به باور بلولر^۵ «خود» در بیماران اسکیزوفرنی، اساسی‌ترین تحولات مانند گسیختگی خود، فقدان فاعلیت و از دست دادن توانایی هدایت تفکر را متحمل می‌شود (امینی‌خو و همکاران، ۱۳۹۴). در رابطه با نگرش معنوی، مطالعه بُراس^۶ و همکاران (۲۰۰۷) در بیماران اسکیزوفرنی نشان داد که باورهای دینی این بیماران نقش بسزایی در پابندی به درمان دارویی دارد؛ همچنین محققان عوامل دیگری به جز صدمات مغزی را برای علائم منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مطرح کرده‌اند، از جمله اختلال در ارتباطات اجتماعی (محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۰). افزون بر این، بررسی دیگری نشان داده است که خودارزیابی منفی به شدت با علائم مثبت در ارتباط بوده و نگرش انتقادی بیشتر اعضای خانواده با خودارزیابی منفی بیشتر مبتلایان به اسکیزوفرنی همراه است (باروکلاف^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین انعطاف‌پذیری شناختی آنان ضعیف‌تر از بیماران افسرده و در بیماران افسرده نیز ضعیف‌تر از افراد بهنجار گزارش شده است (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعات لی^۸ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد درمان‌هایی که نگرش‌های بی‌علاقگی اجتماعی در مبتلایان به اسکیزوفرنی را مورد هدف قرار می‌دهند، احتمالاً به افزایش شایستگی و مشارکت اجتماعی بیشتر آنان می‌انجامد، حتی با وجود نقایص ذهنی و شناختی ضعیف و نقص در توانایی مبتلایان به اسکیزوفرنی.

اختلال خلقی دوقطبی به علت پیگیری نکردن لازم بر سلامت اجتماعی، سلامت روانی و روابط اجتماعی بیماران تأثیر مخربی می‌گذارد و سبب افزایش تنش در بیماران می‌شود که همین امر می‌تواند شدت بیماری را افزایش دهد (داداش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲)، اما می‌توان آن را با یک برنامه درمانی منظم

موجودیت خویش می‌شود. نگرش به خود به دنیای درونی افراد مرتبط می‌گردد و شامل مجموعه ادراکات، احساسات، ارزش‌ها و طرز تفکر انسان است که از طریق آنها شخص درمی‌یابد که کیست و چیست (بخشایش و رضایی مقدم، ۱۳۹۰). نگرش به دیگران نیز یکی از شاخص‌های مهم در سلامت اجتماعی است. داشتن نگرش مثبت به دیگران به فرد کمک می‌کند تا در مقایسه با آنچه که دیگران از او انتظار دارند، موفقیت بیشتری در زندگی به دست آورد؛ در صورتی که نگرش منفی نسبت به دیگران با افسردگی، اضطراب بیشتر، کاهش انتظار پیشرفت و وضعیت جسمانی نامناسب مرتبط است (رضایی عزیزآبادی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ همچنین در سلامت معنوی، شاخص نگرش به خداوند و تصور از او، مدلی کارکردی و درونی است و فرد خداوند را در آن قالب تصور می‌کند که می‌تواند نشان‌دهنده میزان رشد استدلال اخلاقی، بلوغ روانی و در نگاهی عمیق‌تر، تمامیت شخصیت فرد باشد (گاتیس^۱، ۲۰۰۱)؛ به نقل از قنبری هاشم‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۱). البته معنویت بیمارگون نیز در برخی از دریافت‌کنندگان خدمات سلامت دیده می‌شود که کشف معنویت سالم، خود در این شرایط کمک‌کننده است. معنویت سالم با پذیرش خود و امید به آینده همراه است؛ در حالی که معنویت ناسالم می‌تواند پیامدهایی همچون نفرین خود و ناامیدی به همراه داشته باشد (باربر و پارکس^۲، ۱۳۹۹، ص ۱۱ و ۱۷). پس باورهای معنوی و مذهبی منبع مهمی در امید و معنا و پابندی به درمان در تعداد قابل توجهی از مراجعان به روان‌پزشکی است (زاگزان و راکووسکا^۳، ۲۰۱۷).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که نگرش به خداوند، نگرش به خود و نگرش به دیگران نقش مهمی در بهبود اختلالات روانی دارند (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ پورافکاری، ۱۳۹۱؛ هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۰)؛ در واقع شاخص‌های معنوی از جمله نگرش به خداوند موجب افزایش سلامت روان در بیماران می‌شود (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۴). از سوی دیگر سطوح بالای سلامت اجتماعی و سلامت روانی با سطوح پایین

4. Salmoirago-Blotcher

5. Bleuler

6. Borras

7. Barrowclough

8. Le

1. Gattis

2. Barber & Parkes

3. Zagożdżon & Wrotkowska

بستری در محدوده زمانی بهار و تابستان ۱۳۹۶ در بیمارستان ۵ آذر گرگان بودند. از جامعه مذکور براساس شاخص اشباع داده، تعداد پانزده نفر از هر گروه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها از نظر برخی ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن، تأهل و جنسیت با یکدیگر هم‌متا شده‌اند. در روند فرایند پژوهش از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها، مواردی همچون رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و مفاد تعهدات اخلاقی رعایت شد، سپس داده‌های به‌دست آمده مورد طبقه‌بندی و دسته‌بندی قرار گرفتند. معیارهای ورود به تحقیق شامل بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده توسط روان‌پزشک براساس معیارهای تشخیص DSM-5، بستری بودن در بیمارستان ۵ آذرگرگان، قرار داشتن در دوره بهبودی نسبی، توانایی مکالمه روان به زبان فارسی، سن بین ۱۵ تا ۵۰ سال، تمایل به شرکت در تحقیق و همکاری لازم در پاسخ به سؤالات بود. معیارهای خروج از تحقیق نیز شامل تمایل نداشتن به ادامه حضور در تحقیق پس از انجام مصاحبه اولیه، وخامت حال بیمار در حین مصاحبه و وجود بیماری‌های جسمی هم‌زمان بود.

به‌منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز برای داده‌های تحقیق، از فرم مصاحبه تدوین شده محقق استفاده شد. مراحل تدوین فرم مصاحبه به این صورت بود که پس از مطالعه درباره متغیرهای تحقیق، نگرش به خداوند، نگرش به خود و نگرش به دیگران، شاخص‌های مورد نظر در هر یک از متغیرها انتخاب و روایی سؤالات پرسش‌نامه در مورد مناسب بودن جهت پاسخ‌گویی نمونه‌های مورد پژوهش از سوی اساتید راهنما و مشاور تأیید شد و پس از تهیه و تنظیم سؤالات با تمامی افراد جامعه هدف، جهت مصاحبه هماهنگی لازم انجام شد. فرم تأیید شده به شرح زیر است:

کنترل کرد (وجدانی آرام و همکاران، ۱۳۹۶؛ عدالتی و همکاران، ۱۳۹۲). هرچند یافته‌های جدید نشان می‌دهند که بدکارکردی‌های نوروسایکولوژیک نقش مهمی در آسیب‌های به وجود آمده در اختلالات اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی دارند (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۵)، اما آنچه مسلم است درمان‌های زیستی به‌تنهایی آن‌چنان که باید موفق نبوده که تداوم این اختلال‌ها خود گواه آن است. پیامدهای درمان دارویی و مشکلات سلامت جسمی بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده، اثرهای روانی-اجتماعی قابل توجهی به خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل می‌کند (نیک‌فرجام و همکاران، ۱۳۹۳؛ داداش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). از یک‌سو تأثیرات مخربی بر جامعه دارد و از سوی دیگر موجب کاهش حوصله و انگیزه فرد در کار و امور اجتماعی می‌شود (گاطع‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد ارتقای سلامت معنوی، اجتماعی و روانی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی به بهبود کیفیت زندگی، کاهش هزینه‌های بیماری کمک می‌کند (نیک‌فرجام و همکاران، ۱۳۹۳)؛ همچنین شناخت و درک نگرش این بیماران به‌منظور بهره‌مندی آنان از درمانی با کیفیت و همه‌جانبه امری ضروری است. در زمینه نگرش‌های اساسی مبتلایان به اختلالات شدید روان‌شناختی تحقیقات ناچیزی انجام شده است که همین امر بیانگر ضرورت و اهمیت بسیار بالای توسعه ابعاد مختلف پژوهش‌ها در این زمینه است. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که مبتلایان به افسردگی، دوقطبی و اسکیزوفرنی چه تفاوت‌هایی در نگرش به خداوند، خود و دیگران دارند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت کیفی و مقایسه‌ای انجام گرفت. جامعه آماری تمامی بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی

متغیر	تعاریف/ابزار	ابعاد کلان	شاخص	گویه‌ها
نگرش به خداوند	پرسش‌نامه گمان نیک به خدا (ابوبی‌درزی، شمسائی و جدیدی، ۱۳۹۳) پرسش‌نامه بهزیستی معنوی (دهشیری، ۱۳۸۷) پرسش‌نامه دینداری (خداپاری فرد، ۱۳۸۸)	ابعاد شناختی نگرش به خداوند	۱. یگانه، آفریننده، ناظر و نگهبان بر همه هستی ۲. قادر و توانمند مطلق به هر کاری ۳. تنها همراه و یاور همیشگی که برای کارسازی انسان کفایت می‌کند	۱. به نظرت خدا وجود داره؟ <input type="checkbox"/> خیر، اگر خیر: (الف) به نظرت چرا خدا وجود نداره؟ (ب) وقتی به کمکی نیاز داری که کسی نمی‌تونه بهت کمک کنه یا مشکلت رو حل کنه؛ چه کار می‌کنی؟ <input type="checkbox"/> بلی، اگر بلی: (الف) به نظرت خدا چه کارهایی می‌تونه انجام بده؟ (ب) اصلی‌ترین ویژگی که خدا را با آن می‌شناسی را می‌تونی بگی؟ پس از ذکر ویژگی یا صفت: می‌توانی دلیل آن را توضیح دهی؟
		بعد ارتباطی درون فردی	۱. ارتباط با خدا	۲. میشه در مورد ارتباط با خدا بگی؟ (کمیت و کیفیت ارتباط؛ یک‌طرفه یا دو طرفه؛ واقع‌گرایانه و منطقی بودن آن بررسی شود)
		بعد معنوی و دینی	۱. باور معنوی ۲. باور اعتقادی ۳. باور عاطفی ۴. باور پیامدی ۵. باور مناسکی	۳. بیشتر اوقات اصلی‌ترین خواسته‌ها از خداوند چه بوده؟ ۴. بیشتر اوقات چه احساسی نسبت به خدا داری؟ ۵. فکر می‌کنی عاقبت خدا باهات چی کار می‌کنه؟
نگرش به خود	پرسش‌نامه بهزیستی معنوی (دهشیری، ۱۳۸۷) پرسش‌نامه خودپنداره راجرز (نوربخش و حسن‌پور، ۱۳۸۳)	پیوند و رابطه او با حقیقت و جایگاه و منزلت خود. آگاهی‌ها و گرایش‌های فطری به امانت گذاشته شده در وجودش	تعریف ذهنی از وجود خود خودآگاهی از وجود خود	۶. خودت رو معرفی می‌کنی؟ ۷. فکر می‌کنی علت بودنت اینجا چیه؟ ۸. آیا ویژگی یا رفتار مثبتی داری؟ <input type="checkbox"/> خیر، اگر خیر: فکر می‌کنی چرا هیچ ویژگی مثبتی نداری؟ <input type="checkbox"/> بلی، اگر بلی: سوالات ذیل پرسیده می‌شود: (الف) می‌تونی خودت رو با اصلی‌ترین ویژگی‌های مثبتی که داری به من معرفی می‌کنی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (ب) می‌تونی خودت رو با اصلی‌ترین ویژگی‌های منفی که داری به من معرفی می‌کنی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
نگرش به دیگران	پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کیز (حیدری و غنایی، ۱۳۸۷) پرسش‌نامه بهزیستی معنوی (دهشیری، ۱۳۸۷) پرسش‌نامه سلامت اجتماعی (شمسائی، پاشاشریفی و صابری زفرقندی، ۱۳۹۴)	نگرش به همبستگی و انسجام اجتماعی	۱. پذیرش افراد در اجتماع به‌عنوان همسان خود و دارای ارزش‌ها و حقوق یکسان	۹. به نظرت بیشتر آدم‌ها چطوری‌اند؟ (نظرت در مورد دیگران چیه؟) (نگرش و احساس کلی آزمودنی نسبت به دیگران و دلیل چنین نگرش و احساسی چک شود) ۱۰. تا حالا سبب آسیب به دیگران شدی؟ <input type="checkbox"/> خیر، اگر خیر: بیشتر در مورد چنین شرایطی توضیح میدی؟ <input type="checkbox"/> بلی، اگر بلی: در مورد مواقع و شرایطی که موجب آسیب به دیگران شدی، توضیح بیشتری می‌دهی؟ ۱۱. جایگاه و ارزش خود را نسبت به دیگران؛ بالاتر، پایین‌تر، یا عین دیگران می‌دانی؟ (دلیل آن نیز چک شود).

مصاحبه بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای مورد نظر و اشباع داده ادامه یافت؛ به این معنا که با ادامه مصاحبه‌ها دیگر درون‌مایه جدیدی یافت نشد. تمام مکالمه‌ها روی نوار صوتی ضبط شد و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس تمامی داده‌ها به‌طور کامل مطالعه و

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد بندرگز و هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان ۵ آذرگان و کسب اجازه‌نامه کتبی مدیر گروه اعصاب و روان با بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی، مصاحبه‌های باز و عمیق صورت گرفت. مصاحبه‌ها در جلسات فردی انجام شد و هر

جهت آشنایی بهتر با محتوا به بازخوانی مکرر داده‌ها پرداخته شد. ایده‌های دریافتی محقق از مصاحبه به شکلی کلی یادداشت گردید؛ در نهایت دوباره متن مورد مطالعه و بازبینی قرار گرفت و کدیواژه‌های مربوط به مفهوم مورد نظر مطالعه انتخاب شد و کدهایی که به لحاظ مفهومی مشابه بودند، در یک خوشه قرار گرفتند و طبقات مشابه نیز ادغام شدند.

یافته‌ها

جدول ۱. نگرش به خداوند در بیماران اسکیزوفرنی

مقوله	کلیدواژه‌های اصلی	درصد فراوانی
اعتقاد به وجود خداوند	بله	۸۶/۷
اعتقاد به قدرت خداوند	خلقت جهان - کمک به بنده‌ها - قدرت هر کاری را دارد	۸۶/۷
شناخت خداوند	ادراک مثبت از خداوند ادراک منفی از خداوند	۹۳/۳ ۰
ارتباط با خداوند	خواندن دعا - نماز - قرآن	۱۰۰
خواسته اصلی از خداوند	خواسته واقعی خواسته غیرواقعی	۸۰ ۲۰
باور عاطفی به خداوند	حس خوب - دوست داشتن	۸۰
باور پیامدی به خداوند	به من صدمه نمی‌زنه - می‌بره بهشت - من را می‌بخشه	۶۰

جدول ۲. نگرش به خداوند در بیماران دوقطبی

مقوله	کلیدواژه‌های اصلی	درصد فراوانی
اعتقاد به وجود خداوند	بله	۱۰۰
اعتقاد به قدرت خداوند	خلقت جهان - کمک به بنده‌ها - قدرت هر کاری را دارد	۱۰۰
شناخت خداوند	ادراک مثبت از خداوند ادراک منفی از خداوند	۱۰۰ ۰
ارتباط با خداوند	خواندن دعا - نماز - قرآن	۱۰۰
خواسته اصلی از خداوند	خواسته واقعی از خداوند خواسته غیرواقعی از خداوند	۸۰ ۲۰
باور عاطفی به خداوند	حس خوب - دوست داشتن - امیدواری	۸۶/۷
باور پیامدی به خداوند	صدمه نمی‌زنه - می‌بره بهشت - می‌بخشه - عاقبت به خیری	۸۰

جدول ۳. نگرش به خداوند در بیماران افسرده

مقوله	کلیدواژه‌های اصلی	درصد فراوانی
اعتقاد به وجود خداوند	بله	۹۳/۳
اعتقاد به قدرت خداوند	خلقت جهان - کمک به بنده‌ها - قدرت هر کاری را دارد	۹۳/۳
شناخت خداوند	ادراک مثبت از خداوند ادراک منفی از خداوند	۹۳/۳ ۰
ارتباط با خداوند	خواندن دعا - نماز - قرآن	۹۳/۳
خواسته اصلی از خداوند	خواسته واقعی خواسته غیرواقعی	۹۳/۳ ۰/۷
باور عاطفی به خداوند	حس خوب - دوست داشتن - امیدواری	۸۶/۷
باور پیامدی به خداوند	به من صدمه نمی‌زنه - می‌بره بهشت - من را می‌بخشه	۷۳/۳

جدول ۴. نگرش به خود در بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده

اسکیزوفرنی دوقطبی افسرده (درصد فراوانی)			کلیدواژه‌های اصلی	مقوله
۱۰۰	۸۰	۶۰	بیماری-پرخاصگری-قتل	آگاهی از علت بودن در بیمارستان
۸۶/۷	۱۰۰	۹۳/۳	دلسوز-مهربان-بخشنده	آگاهی از ویژگی‌های مثبت خود
۹۳/۳	۸۰	۷۳/۳	عصبانی-سیگاری-زودرنج-لجباز	آگاهی از ویژگی‌های منفی خود

جدول ۵. نگرش به دیگران در بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده

اسکیزوفرنی دوقطبی افسرده (درصد فراوانی)			کلیدواژه‌های اصلی	مقوله
۸۰	۱۰۰	۸۶/۷	همه خوبن-همه جور آدم هست	نگرش و احساس مثبت نسبت به دیگران
۲۰	-	-	آدم خوب نیستن	نگرش و احساس منفی نسبت به دیگران
۸۰	۵۳/۳	۴۰	خیر	عدم آسیب رساندن به دیگران
۲۰	۴۶/۷	۶۰	چاقو زنی-کنتک زدن-قتل	آسیب رساندن آزمودنی به دیگران
۱۳/۳	۲۶/۷	۶/۷	بالا تر نسبت به دیگران	جایگاه و ارزش نسبت به دیگران
۱۳/۳	۵۳/۳	۳۳/۳	پائین تر نسبت به دیگران	داشتن احساس مسئولیت نسبت به دیگران
۷۳/۳	۲۰	۴۶/۷	عین دیگران	
۸۶/۷	۱۰۰	۹۳/۳	خانواده-دوستان-همه-والدین	

بحث

پرسش اول: بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده چه تفاوت‌هایی با یکدیگر در نگرش به خداوند دارند؟

براساس یافته‌های این پژوهش، افراد مبتلا به دوقطبی نسبت به مبتلایان افسردگی و اسکیزوفرنی از نگرش بهتری نسبت به خداوند برخوردار بودند؛ همچنین افراد مبتلا به افسردگی نسبت به مبتلایان اسکیزوفرنی، نگرش بهتری نسبت به خداوند داشتند. نتیجه به دست آمده با بخشی از یافته‌های عطادخت و همکاران (۱۳۹۵) همسو و با برخی مضامین پژوهش شیم^۱ و همکاران (۲۰۱۱) ناهمسو است. عطادخت و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی بیماران اسکیزوفرنی و افسرده به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران اسکیزوفرنی ضعیف‌تر از بیماران افسرده است. با توجه به شدت بیشتر اختلال در سلامت روان انتظار می‌رود همین شدت در بعد معنوی (نگرش به خداوند) نیز وجود داشته باشد. از آنجا که ابعاد مختلف سلامت ارتباط نزدیک و تأثیرگذاری بر یکدیگر دارند و از سوی دیگر در اختلال اسکیزوفرنی اجزای روان از یکدیگر تجزیه و مجزا شده‌اند و فرد ارتباط ضعیفی با خویشتن دارد (پورمحمود و همکاران، ۱۳۹۳؛ چلبیانلو و گودرزی، ۱۳۸۸)، احتمالاً به همین دلیل،

انتظار می‌رود مذهب و سلامت معنوی هم قدرت ارتباط و تأثیرگذاری کمتری بر نگرش بیماران اسکیزوفرنی نسبت به بیماران دوقطبی و افسرده داشته باشد. شیم و همکاران (۲۰۱۱)، به این نتیجه رسیدند که اعتقاد به خدا موجب می‌شود بیماران دارای اختلالات روانی، کمتر احساس استرس و اضطراب و افسردگی کنند؛ همچنین علامه طباطبایی در تفسیر المیزان بیان کردند که اعتقاد به خداوند با ایجاد عوامل کنترل درونی رفتار در انسان، موجب اصلاح فرد و بهزیستی در اجتماع می‌شود (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۱). فردی که از افسردگی شدید رنج می‌برد، تلاش می‌کند با توسل به اعتقادات دینی خود، روزها را یکی پس از دیگری پشت سر بگذارد؛ بدین ترتیب راز و نیاز با معبود برای مدتی هرچند کوتاه در روز، سبب تشویق و امیدواری وی به آینده می‌شود (باربر و پارکس، ۱۳۹۹، ص ۱۳). در این باره حضرت علی علیه السلام می‌فرماید: «و اذفعوا امواج البلاء بالدعاء؛ امواج بلا و مشکلات و سختی‌ها را با دعا از خود دور کنید» (نهج البلاغه، حکمت ۱۳۸). از آنجا که همه مبتلایان مورد بررسی با درمان دارویی در شرایط بهبود نسبی قرار داشتند، منطقی‌تر است انتظار داشت که نگرش به خداوند به سبب درمان‌های دارویی به وجود آمده باشد؛ زیرا هیچ دارویی نگرش و رفتار را ایجاد نمی‌کند؛ همچنین برخی از دریافت‌کنندگان خدمات درمانی با موضوعات

1. Shim

در بیماران دوقطبی نسبت به افسرده بدتر می‌باشد. نگرش افراد جامعه به اختلالات روانی و افراد مبتلا به آن تأثیر قابل توجهی در نگرش افراد به خود دارد. در تأیید این نظر، بررسی‌ها نشان داده است که نگرش انتقادی بیشتر اعضای خانواده با خودآزمایی منفی بیشتر مبتلایان به اسکیزوفرنی همراه است (باروکلاف و همکاران، ۲۰۰۳). اگر کسی پذیرفته شود و به‌عنوان فردی محترم و ارزشمند قلمداد شود، این امر موجب افزایش عزت نفس و حس هویت فردی و به خودی خود، افزایش خودپذیری و بهزیستی معنوی فرد را در پی دارد (باربر و پارکس، ۱۳۹۹، ص ۱۲).

پرسش سوم: بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده چه تفاوت‌هایی با یکدیگر در نگرش به دیگران دارند؟

براساس نتایج حاصل از این پژوهش، افراد مبتلا به افسردگی نسبت به مبتلایان به اسکیزوفرنی و دوقطبی، از نگرش بهتری نسبت به دیگران برخوردار بودند؛ همچنین افراد مبتلا به دوقطبی نسبت به مبتلایان اسکیزوفرنی نیز نگرش بهتری نسبت به دیگران داشتند. هرچند تحقیقی یافت نشد که دقیقاً منطبق با این موضوع باشد، اما این نتیجه با بخشی از نتایج مطالعات محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۰) در بررسی نقص نظریه ذهن در اسکیزوفرنیک‌های دارای علائم مثبت و منفی، نقص در روابط اجتماعی را از دلایل دیگر بهتر بودن این نوع نگرش در مبتلایان به افسردگی ممکن است این باشد که مبتلایان به اسکیزوفرنی و دوقطبی در توانایی‌های نظریه ذهن و کنش‌های اجرایی، عملکرد ضعیف‌تری دارند (رعیت‌معینی و همکاران، ۱۳۹۳؛ غفاری و همکاران، ۱۳۹۲)، از این جهت در برقراری ارتباط با دیگران دچار مشکل هستند. به همین ترتیب با وجود اینکه از مشخصه‌های بارز بیماران دوقطبی اختلال در عملکرد اجتماعی و روابط بین‌فردی به علت نقص در نظریه ذهن است (غفاری و همکاران، ۱۳۹۲)، چون در مقایسه با اسکیزوفرنی شدت اختلال آنان کمتر می‌باشد، نگرش بهتری نسبت به دیگران دارند. نتایج بررسی لین و کائو^۲ (۲۰۱۹) در رابطه با نگرش افراد جامعه به افراد اسکیزوفرنی و افسرده نشان داد که

معنوی چالش دارند، در حالی که برخی دیگر احساس بسیار خوبی از معنویت و دینداری خود دارند. بنابراین اگر نیازهای هر فرد به شفقت، مراقبت معنوی و درک شدن برآورده شود، کمک شایانی در جستجوی بهزیستی معنوی به وی می‌شود. چون اختلالات روان‌پزشکی افزون‌بر ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی دارای بعد معنوی نیز می‌باشد (باربر و پارکس، ۱۳۹۹، ص ۱۱-۱۲).

پرسش دوم: بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده چه تفاوت‌هایی با یکدیگر در نگرش به خود دارند؟

براساس نتایج حاصل از این پژوهش، افراد مبتلا به افسردگی نسبت به مبتلایان به اسکیزوفرنی و دوقطبی، از نگرش بهتری نسبت به خود برخوردار بودند؛ همچنین افراد مبتلا به دوقطبی نسبت به مبتلایان اسکیزوفرنی نگرش بهتری نسبت به خود داشتند؛ هرچند تحقیقی یافت نشد که دقیقاً منطبق با این پژوهش باشد، اما این نتیجه با بخشی از پژوهش عطادخت و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. عطادخت و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که افزون‌بر کارکردهای نوروسایکولوژیک حافظه و بازداری پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلایان به اسکیزوفرنی کمتر از بیماران افسرده است. تحقیقات لیساکر^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، نشان داده است که بسیاری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی دچار اختلال در فراشناخت یا مشکلات در درک افکار خود و دیگران هستند. اسکیزوفرنی از شدیدترین اختلالات روانی است. این افراد در ساماندهی منطقی افکارشان و در نتیجه‌گیری‌های عقلانی مشکل بسیاری دارند (ساداتی، ۱۳۹۱). با در نظر گرفتن نظر بلولر مبنی بر گسیختگی خود در مبتلایان به اسکیزوفرنی (امینی خو و همکاران، ۱۳۹۴)، دور از انتظار نیست که نگرش به خود در مبتلایان به افسردگی و دوقطبی از آنها بهتر باشد؛ همچنین در اختلال دوقطبی (به‌ویژه اختلال دوقطبی I)، بیمار نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره‌های افسردگی و شیدایی و مانیا تجربه می‌کند (وجدانی‌آرام و همکاران، ۱۳۹۶). اگرچه شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی در دوره بهبودی نسبی قرار داشتند، اما از آنجا که اختلال دوقطبی نسبت به افسردگی از شدت بیشتری برخوردار است، شاید به همین علت نگرش به خود

یکدیگر نیز بتوان بهره برد؛ همچنین می‌توان این نتیجه را هم بیان کرد که نقایص شناختی مطرح شده در مبتلایان به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی آن‌چنان فراگیر نیست و هنوز نگرش‌های درست و مثبت در آنان دیده می‌شود. بر این اساس یکی از قدم‌های اساسی در راه درمان آنان، تبدیل این نگرش به رفتار می‌تواند باشد که این امر نیازمند تحقیقات بیشتر و گسترده‌تر در این زمینه است؛ زیرا هنوز دقیقاً مشخص نیست که چرا افراد با وجود داشتن نگرش‌های مثبت و منفی در شرایط استرس‌زا یا بحرانی تنها جنبه‌های منفی موقعیت را تفسیر می‌کنند در صورتی که آگاهی به وجود خدایی قدرتمند و بی‌همتا دارند.

از محدودیت‌های پژوهش نبود امکان سنجش متغیرهایی همچون بهره هوشی بود. از آنجا که این متغیر ممکن است بر نگرش به خداوند، خود و دیگران تأثیرگذار باشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در مورد سنجش ارتباط بین بهره هوشی با نگرش به خداوند، خود و دیگران انجام گیرد.

شرکت‌کنندگان مهربانی و دلسوزی خود را نسبت به آنها اعلام داشتند، اما تمایل کمی برای برقراری ارتباط با آنها نشان دادند. از سوی دیگر درک نکردن دیدگاه‌های فرد بیمار، محدودیت‌های آنان، مقصر دانستن فرد در آشفتگی خود، واقع‌بین نبودن نسبت به توانایی‌های فرد بیمار، داشتن انتظارات بیش از حد توان، نگرش منفی دیگران به اختلال اسکیزوفرنی و دوقطبی و حتی خانواده‌های آنان (احدی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳) و همچنین عدم پیگیری لازم برای درمان آنان بر روی سلامت اجتماعی، سلامت روانی و روابط اجتماعی بیماران تأثیر مخربی می‌گذارد (داداش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). این موارد به احتمال زیاد می‌تواند سبب ایجاد نگرش منفی به دیگران در افراد مبتلابه شود که این امر در شرایط عادی هم امری بدیهی است. نقص در عملکرد اجتماعی (غفاری و همکاران، ۱۳۹۲) و عملکرد اجرایی (کریمی‌علی‌آباد و همکاران، ۱۳۸۹) در مبتلایان به اختلال دوقطبی گسترده است. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش به نظر می‌رسد اختلال موجود در آنان بیشتر با نظریه ذهن قابل تبیین است که موجب ناتوانی این بیماران در درک دیدگاه دیگران می‌شود (غفاری و همکاران، ۱۳۹۲).

نتیجه‌گیری

سلامت دارای ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. مفهوم بُعد به این معنا اشاره دارد که مداخلاتی که به ارتقای یکی از این ابعاد می‌انجامد، می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سایر ابعاد تأثیرگذار باشد. در این تحقیق صرفاً نگرش مبتلایان به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی بررسی شد. نگرش به خود یکی از مؤلفه‌های سلامت روانی؛ نگرش به خداوند یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی و نگرش به دیگران یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت اجتماعی است. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده و با هدف ارتقای هزینه-فایده و هزینه اثربخشی مداخلات درمانی به شناسایی، ایجاد اتحاد درمانی، تقویت نگرش‌های مثبت و توانمندی‌های درونی فرد در ارتباط با خداوند، خویش و دیگران پرداخته شود تا همراه با بهبود ارتقای هر یک از این ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت، از هم‌افزایی تأثیر ارتقای این ابعاد بر

منابع

- * قرآن کریم
* نهج البلاغه
۱. آقاخانی، نادر و همکاران (۱۳۹۵)، «ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه»، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۷، ش ۸، ص ۶۴۲-۶۴۹.
 ۲. ابویی درزی، امیر؛ محمد مهدی شمسایی و محسن جدیدی (۱۳۹۳)، «نقش آموزش گمان‌های نیک به خداوند در سخت‌رویی روان‌شناختی و امیدواری دختران دبیرستانی شهر شیرگاه»، اولین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی معنویت و سلامت.
 ۳. احدی‌نیا، مریم؛ اوشا برهمند و نادر حاجلو (۱۳۹۳)، «رابطه هیجان ابراز شده خانوادگی و حساسیت بین‌فردی با پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی و دوقطبی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
 ۴. امینی‌خو، معصومه؛ حسین اسکندری، محمدرضا فلسفی‌نژاد، احمد برجعلی و شهلا پزشکی (۱۳۹۴)، «خود و اسکیزوفرنی» (مطالعه مورد پژوهی)، مطالعات روان‌شناسی بالینی، س ۶، ش ۲۱، ص ۲۰۲-۲۲۵.
 ۵. باربر، جو و مدی پارکس (۱۳۹۹)، کتابچه راهنمای مراقبت معنوی در مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، ترجمه محمد مهدی شمسایی و زینت مهربخش، تهران: تیمورزاده نوین.
 ۶. بخشایش، علی‌رضا و مریم رضایی‌مقدم (۱۳۹۰)، «رابطه دین‌داری و خودشناسی با شکل‌گیری هویت»، فصلنامه ادیان مذاهب و عرفان، ش ۱۶۳، ص ۱۱۷-۱۳۲.
 ۷. بیرامی، منصور؛ خلیل اسماعیل‌پور و زینب رضایی (۱۳۹۱)، «بررسی مقایسه‌ای سخت‌رویی و سلامت روان در سطوح مختلف دین‌داری در فرهنگیان»، فصلنامه علمی آموزش و ارزشیابی، دوره ۵، ش ۱۹، پی‌اچ ۷۵-۹۰.
 ۸. پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاره»، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی-واحد شوشتر، س ۶، ش ۱۸، ص ۴۱-۶۰.
 ۹. پورمحمد، حسین؛ محمدرضا خدایی، فرید فدایی، ذبیح‌الله اشتری، رقیه مداحی‌فرد و هدی بهجتی (۱۳۹۳)، «اثر درمانی ریلوزول به‌عنوان درمان کمکی در بهبود علائم افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نوع مداوم»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران: ولنجک.
 ۱۰. چلبیانلو، غلام‌رضا و محمدعلی گودرزی (۱۳۸۸)، «مقایسه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی پارانوئید، اسکیزوفرنی غیرپارانوئید و افراد سالم در حافظه یادآوری و بازشناسی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
 ۱۱. حاجبی، احمد و همکاران (۱۳۹۴)، «بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی»، اجتماعی و اعتیاد روان‌شناختی، چ ۱، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد.
 ۱۲. حسنی بافرانی، طلعت و مسعود آذربایجانی (۱۳۹۰)، «انسان سالم و ویژگی‌های آن از دیدگاه ویکتور فرانکل»، روان‌شناسی و دین، س ۴، ش ۲، ص ۱۱۳-۱۴۳.
 ۱۳. حسین‌زاده، علی‌حسین؛ بهرامی‌نژاد، زهرا و شهروزفروتن‌کیا (۱۳۹۱)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی-عاطفی و پیوند قوی بر سلامت عمومی، (مورد مطالعه: دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شبانه روزی منطقه سردشت دزفول)»، علوم اجتماعی (آزاد شوشتر)، س ۶، ش ۱۷، ص ۱۴۳-۱۶۴.
 ۱۴. حقیقت، شادی؛ رسول زحمتکش‌رودسری و رضا رنجبر (۱۳۹۶)، «بررسی پلی مورفیسم ژن DAOA در بیماران اسکیزوفرنی در ایران»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، س ۲۰، ش ۴، پی‌اچ ۲۱-۲۸.
 ۱۵. حیدری، غلام‌حسین و زیبا غنایی (۱۳۸۷)، «هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی»، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، س ۲، ش ۷، ص ۳۱-۴۰.

۲۳. شمسانی، محمد مهدی؛ پاشاشریفی، حسن و محمدباقر صابری زفرقندی (۱۳۹۴)، «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام و پایش شهروندان تهرانی براساس آن»، مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، ش ۲۸، ص ۱۸۵-۲۰۲.

۲۴. عباسی، محمود؛ فریدون عزیزی، احسان شمسی‌گوشکی، محسن نصری‌راد و مریم اکبری‌لاله (۱۳۹۱)، «تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش‌شناختی»، فصلنامه اخلاق پزشکی، س ۶، ش ۲۰، ص ۱۱-۴۴.

۲۵. عدالتی، نرگس؛ احمد برجعلی و جمال شمس (۱۳۹۲)، «مقایسه کارکردهای اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیروابسته به مواد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

۲۶. عطادخت، اکبر؛ سجاد بشرپور، المیرا نوری و پرویز مولوی (۱۳۹۵)، «نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در تبیین نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۱۴، ش ۴، ص ۳۴۰-۳۴۹.

۲۷. غفاری، علیرضا؛ آدیس کراسکیان و شبنم بیگلری (۱۳۹۲)، «مقایسه نظریه ذهن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال عاطفی دوقطبی و افراد بهنجار»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، س ۸، ش ۳۱، ص ۷۳-۹۳.

۲۸. فولادوندی، معصومه و همکاران (۱۳۹۴)، «ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی شهر بم»، فصلنامه علمی-پژوهشی طب مکمل، دوره ۵، ش ۲، ص ۱۱۳۳-۱۱۴۵.

۲۹. قره‌بوقلو، زهرا؛ محسن ادیب حاج‌باقری و مهسا حاجی محمدحسینی (۱۳۹۵)، «ارتباط سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پرستاری»، نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۹، ش ۱۰۳، ص ۴۱-۵۰.

۱۶. خداپاری‌فرد، محمد و همکاران (۱۳۸۸)، «آماده‌سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقصای مختلف جامعه ایران (مراکز استان‌ها)»، مؤسسه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

۱۷. داداش‌زاده، حسین؛ اصغر ارفع، شلاله موسوی‌کیا و امینه علیزاده (۱۳۹۲)، «بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبود نسبی و افراد سالم»، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۴، ش ۵، ص ۳۶۴-۳۷۲.

۱۸. دهشیری، غلام‌رضا؛ فرامرز سهرابی‌اسمرود، عیسی جعفری و محمود نجفی (۱۳۸۷)، «بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان»، مطالعات روان‌شناختی، س ۴، ش ۳، ص ۱۲۹-۱۴۴.

۱۹. رستگارپناه، زینب؛ محسن کیانپور و مهوش رقیبی (۱۳۹۱)، «بررسی میزان شیوع شکایات جسمانی و روان‌شناختی در اختلالات روان‌پزشکی مختلف در بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان روان‌پزشکی زاهدان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان.

۲۰. رضایی‌عزیزآبادی، سمیرا؛ سعید آریاپوران و یدالله قاسمی (۱۳۹۵)، «مقایسه سلامت اجتماعی، هیجانی، معنوی در بیماران مبتلا به فلج چندگانه (ام. اس) و افراد عادی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ملایر، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

۲۱. رعیت‌معینی، فاطمه؛ حسین حسن‌آبادی و حمیدرضا آقامحمدیان‌شعرباف (۱۳۹۳)، «مقایسه نظریه ذهن و کنش‌های اجرایی در بیماران وسواسی-جبری، اسکیزوفرنی، دوقطبی و افراد بهنجار»، روان‌شناسی بالینی، س ۶، ش ۲، پیاپی ۲۲، ص ۲۹-۴۱.

۲۲. ساداتی، سیده‌زهرا (۱۳۹۱)، «مقایسه باورهای روان‌شناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسرده و گروه بهنجار»، نشریه روان‌شناسی بالینی، دوره ۴، ش ۲، پیاپی ۱۴، ص ۷۹-۸۸.

۳۷. معاضدی، کاظم و عبدالله اسدی (۱۳۹۱)، «بررسی روش‌های حفظ سلامت روان از منظر قرآن کریم»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، س ۱۲، ش ۱، ص ۸۵-۹۶.
۳۸. نوربخش، پریش و قاسم حسن‌پور (۱۳۸۳)، «بررسی مقایسه‌ای عزت نفس و خودپنداره پسران ورزشکار و غیرورزشکار دوره متوسطه نواحی آموزش و پرورش شهر اهواز و رابطه آنها با پیشرفت تحصیلی»، حرکت، ش ۲۱، ص ۱۹-۳۲.
۳۹. نیک‌فرجام، مسعود؛ ندا چروین، احمد محمدی، عبدالله محمودی، فرشاد نوری‌زاده و لیلیا رفیعی‌وردجانی (۱۳۹۳)، «اثربخشی پیاده‌روی گروهی بر برخی شاخص‌های سلامت جسمی و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی مزمن: کارآزمایی بالینی تصادفی»، مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، ش ۲، ص ۴۳-۵۱.
۴۰. هزارجریبی، جعفر و اسدالله مهری (۱۳۹۰)، «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی»، فصلنامه علوم اجتماعی، دوره ۱۹، ش ۵۹، ص ۴۲-۵۲.
۴۱. وجدانی‌آرام، سودابه و همکاران (۱۳۹۶)، «تعیین عوامل مؤثر بر زمان عود در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک با استفاده از مدل شکنندگی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۷، ش ۱۴۸، ص ۵۶-۶۷.
42. Adler, N. E & Ostrove, J. M. (1999), Socioeconomic status and health: what we know and what we don't, *Annals of the New York academy of Sciences*. 896(1), 3-15.
43. Barrowclough, C., Tarrrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003), Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology, *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 92-99.
44. Borrás, L., Mohr, S., Brandt, P. Y., Gilliéron, C., Eytan, A., & Huguelet, P. (2007), Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1238-1246.
۳۰. قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ سیدمحمدحسین اشرف و محمدرضا قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۱)، «بررسی ارتباط ادراک از خدا با خودپنداره و خودکارآمدی با توجه به متغیرهای فردی در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد»، مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد، س ۲، ش ۱، ص ۱۶۶-۱۸۰.
۳۱. کاظمی خشتی، ریحانه و سعید سربایان (۱۳۹۴)، «اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های منفی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
۳۲. کافی، سیدموسی؛ تمجید کریمی و حسن فرهی (۱۳۹۲)، «تعیین نقص توجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، س ۱۸، ش ۲، ص ۱۲۶-۱۳۶.
۳۳. کریمی‌علی‌آباد، تمجید؛ موسی کافی و حسن فرهی (۱۳۸۹)، «بررسی کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی»، تازه‌های علوم شناختی، س ۱۲، ش ۲، ص ۲۹-۳۹.
۳۴. گاطع‌زاده، عبدالامیر؛ احمد برجعلی، حسین اسکندری، نورعلی فرخی و فرامرز سهرابی (۱۳۹۶)، «آزمون مدل علی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی»، پژوهش در سلامت روان‌شناختی، دوره ۱۱، ش ۱، ص ۱۳-۲۴.
۳۵. محمدپور، فهیمه؛ نورالله محمدی و چنگیز رحیمی طاقانکی (۱۳۹۶)، «اثربخشی گروه درمانی با رویکرد هستی‌شناسی اسلامی بر میزان درد معنوی در دانشجویان با مشکلات افسردگی»، مجله روان‌شناسی ۸۲، س ۲۱، ش ۲، ص ۱۸۴-۲۰۰.
۳۶. محمودعلیلو، مجید؛ عباس بخشی‌پور، حسن بافنده‌فراملکی، زینب خانجانی و فاطمه رنجبر (۱۳۹۰)، «بررسی نقص نظریه ذهن در اسکیزوفرنیک‌های دارای علائم مثبت و منفی و مقایسه آن با افراد سالم»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، س ۶، ش ۲۲، ص ۷۹-۹۶.

49. Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Carcione, A., & Nicolò, G. (2007), Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia research*, 93(1-3), 278-287.
50. Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J.K., Schnall, E., Crawford, S., & Granek, I. (2011), Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative, *Jurnal Behave Med*, 32(1), 310-378.
51. Shim, R. S., et al. (2011), Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States, *Jurnal of the American Board of Family Medicine*, 24 (1), 33-38.
52. Zagożdżon P, Wrotkowska M. (2017), Religious Beliefs and Their Relevance for Treatment Adherence in Mental Illness: A Review. *Religions*, 8(8):150.
45. Gattis, Jay Paul. (2001), DEVELOPING A WEB-BASED SCORING PROGRAM FOR THE GOD IMAGE INVENTORY. Presented to the Faculty of the Rosemead School of Psychology. Biola University.
46. Keyes, C. (1998), Social Wel-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
47. Le, T. P., Holden, J. L., Link, P. C., & Granholm, E. L. (2018), Neurocognitive and theory of mind deficits and poor social competence in schizophrenia: The moderating role of social disinterest attitudes, *Psychiatry research*, 270, 459-466.
48. Lien, Y & Kao, Y. (2019), Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey, *Psychiatry Research*, 273, 435-442.