

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی بالینی

بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده خویی و کیفیت

زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان

استاد راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

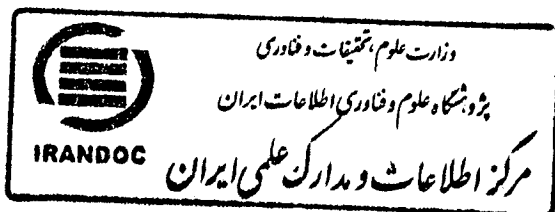
استاد مشاور:

دکتر حمیدظاهر نشاط دوست

پژوهشگر:

راضیه فتاحی

تیرماه ۱۳۸۹



۱۵۹۵۳۰

۱۳۹۰/۳/۲۲

کلیه حقوق مادی مرتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روان شناسی بالینی
خانم راضیه فتاحی

تحت عنوان

بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنوی اسلامی بر علائم افسرده خوئی و کیفیت
زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان

در تاریخ ۸۹/۴/۲۸ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضاء

با مرتبه ی علمی دانشیار

دکتر مهرداد کلاتری

استاد راهنمای پایان نامه

امضاء

با مرتبه ی علمی استاد

دکتر حمیدطاهر نشاط دوست

استاد مشاور پایان نامه

امضاء

با مرتبه ی علمی استادیار

دکتر کریم عسگری

استاد داور داخل گروه

امضاء

با مرتبه ی علمی استاد

دکتر سید احمد احمدی

استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه

امضاء

سپاس و ستایش پروردگار را که الطاف کریمانه اش در گذرگاه، زیستن همواره سایه گستر و مهودم بوده و یاریم کرده تا این مرحله از زندگی را با موفقیت طی کنم.

از استاد عزیز و گرانقدرم جناب آقای دکتر مهرداد کلانتری که سخاوتمندانه چراغ دانش فویش را فرا روی من نهادند و در تهیه ، تدوین ، تمقیق و تحقیق این پایان نامه از هیچ کوششی مضایقه نفرموده اند و همواره پیگیریهای دلسوزانه و دریای عظیم دانش ایشان پشتوانه‌ی علمی سترگی برای من بوده است سپاسگزاری می کنم.

بهروزی و کامیابی روز اخزون ایشان را از درگاه باری تعالی خواستارم و عمری با عزت را برای ایشان آرزو مندم.

و با تقدیر از زحمات جناب آقای دکتر ممیدطاهر نشاط دوست که صمیمانه در این پژوهش مرا یاری نمودند و همواره پشتیبان و حمایتگر من بوده‌اند. از خداوند متعال عمری پربرکت و طولانی برای ایشان خواستارم.

تقدیم به ...

پر فروغ ترین ستاره های زندگی ام

پدر و مادری که با تالو عشق خود زندگی را برایم معنا

کردند

و عاشقانه شمع جوانیشان را به پایم سوزاندند

و همیشه در یادم زنده تر از زندگی باقی می مانند.

چکیده

اختلال افسرده خوئی یکی از اختلالات شایع روانی است که هزینه های هنگفتی را به طور مستقیم و غیر مستقیم بر خانواده و جامعه تحمیل می کند. از جمله درمان های رایج آن، درمان های دارویی و شناختی رفتاری است. با توجه به مزمن بودن اختلال، اخیراً گرایش روزافزونی به ادغام سازی روان درمانی با معنویت به وجود آمده است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده خوئی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسرده خوئی بود. طرح پژوهش مطالعه ی شبه تجربی تصادفی با استفاده از گروه گواه و آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. بدین منظور ۲۰ نفر دانشجوی دختر مبتلا به اختلال افسرده خوئی بر مبنای ملاک های متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مقیاس همیلتون، در دانشگاه انتخاب شدند. آزمودنی ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه درمانی معنوی اسلامی طی ۷ جلسه، ۹۰ دقیقه ای در دانشکده روانشناسی اجرا شد. نتایج نشان داد که مداخله ی معنوی اسلامی بر کاهش علائم افسرده خوئی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری یک ماهه بطور معنی داری مؤثر بوده است ($P < 0.001$) و این اثربخشی تا یک ماه بعد از درمان نیز حفظ شده بود ($P < 0.001$). همچنین مداخله معنوی اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان نیز به طرز معنادار مؤثر بوده است ($P < 0.001$). یافته های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان درمانی با ظرفیت های فرهنگی و آموزه های دینی حمایت می کند. یافته های این پژوهش بیانگر نقش مؤثر گروه درمانی معنوی اسلامی بر کاهش علائم افسرده خوئی در دانشجویان دختر بوده است.

کلید واژه ها: گروه درمانی معنوی اسلامی، کیفیت زندگی، اختلال افسرده خوئی، دانشجویان دختر

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات

۱-۱-۱- مقدمه.....	۱
۲-۱- شرح و بیان مسئله پژوهشی.....	۳
۳-۱- اهمیت و ارزش پژوهش.....	۵
۴-۱- کاربرد نتایج.....	۶
۵-۱- اهداف پژوهش.....	۶
۱-۵-۱- هدف کلی.....	۶
۲-۵-۱- اهداف اختصاصی.....	۷
۶-۱- فرضیه های پژوهش.....	۷
۱-۶-۱- فرضیه کلی.....	۷
۲-۶-۱- فرضیه های اختصاصی.....	۷
۷-۱- تعریف اصطلاحات.....	۸
۱-۷-۱- تعاریف مفهومی.....	۸
۲-۷-۱- تعاریف عملیاتی.....	۹

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱-۲- مقدمه.....	۱۰
۲-۲- اختلال افسرده خوئی.....	۱۱
۱-۲-۲- ملاکهای تشخیصی اختلال افسرده خوئی.....	۱۲
۲-۲-۲- شیوع و عوامل خطر در بروز اختلا افسرده خوئی.....	۱۳
۳-۲-۲- سیر و اختلال های همراه اختلال افسرده خوئی.....	۱۵
۳-۲- مدل های سبب شناسی.....	۱۶
۱-۳-۲- مدل بیولوژیکی و عوامل زیستی در اختلال افسرده خوئی.....	۱۶
۲-۳-۲- مدل روان پویایی.....	۱۸
۳-۳-۲- مدل رفتاری و شناختی.....	۱۹
۴-۳-۲- مدل بین فردی.....	۲۱

۲۲	۲-۳-۵- مدل اجتماعی و حوادث زندگی
۲۴	۲-۴- راهبردهای درمانی
۲۴	۲-۴-۱- درمان دارویی
۲۵	۲-۴-۲- روان درمانی
۲۵	۲-۴-۱-۲- درمان بین فردی
۲۷	۲-۴-۲-۲- درمان شناختی رفتاری
۲۹	۲-۴-۳- به سوی درمان های معنوی در اختلال افسرده خوئی
۲۹	۲-۴-۳-۱- درمان شناختی تحلیلی
۳۰	۲-۴-۳-۲- مدل تلفیقی درمان شناختی رفتاری با روانشناسی مثبت
۳۲	۲-۴-۳-۳- مدل عفو و گذشت درمانی
۳۳	۲-۴-۳-۴- مدل درمانی شناختی رفتاری تقویت شده با معنویت
۳۴	۲-۵- معنویت و مذهب
۳۹	۲-۵-۱- مطالعات تجربی و همبستگی دین و سلامت
۴۲	۲-۶- انسان در اسلام
۴۴	۲-۷- تبیین افسردگی در دین اسلام
۴۴	۲-۷-۱- تعریف افسردگی در دین اسلام
۴۷	۲-۷-۲- درمان افسردگی در دین اسلام
۵۵	۲-۸- کیفیت زندگی
۵۵	۲-۸-۱- تعریف کیفیت زندگی
۵۵	۲-۸-۲- مؤلفه های کیفیت زندگی
۶۰	۲-۹- مروری بر پژوهش های انجام شده درمان ها با عامل معنویت در افسردگی

فصل سوم: روش پژوهش

۶۵	۳-۱- مقدمه
۶۵	۳-۲- روش پژوهش
۶۶	۳-۳- جامعه آماری
۶۶	۳-۳-۱- نمونه و نمونه گیری

۶۷	۲-۳-۳- ملاک های ورود
۶۷	۳-۳-۳- ملاک های خروج
۶۷	۴-۳-۳- متغیر مستقل
۶۷	۵-۳-۳- متغیر وابسته
۶۷	۶-۳-۳- متغیر کنترل
۶۷	۴-۳- ابزار
۶۷	۱-۴-۳- مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون
۶۹	۲-۴-۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی
۷۰	۳-۴-۲- علائم افسرده خوئی
۷۰	۴-۴-۲- پرسشنامه جمعیت شناختی
۷۰	۵-۳- روش اجرا
۷۰	۶-۳- محتوای جلسات درمان
۷۲	۷-۲- ملاحظات اخلاقی
۷۲	۸-۲- روش آماری تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: نتایج

۷۳	۱-۴- مقدمه
۷۳	۲-۴- بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی
۷۴	۱-۲-۴- شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی
۷۵	۳-۴- آمار استنباطی و بررسی فرضیه ها
۷۶	۱-۳-۴- فرضیه نخست
۷۷	۲-۳-۴- فرضیه دوم
۷۹	۳-۳-۴- فرضیه سوم
۷۹	۴-۳-۴- فرضیه چهارم

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۱	۱-۵- مقدمه
----	------------

۸۲.....	۲-۵- فرضیه اول.....
۸۲.....	۱-۲-۵- یافته های مربوط به فرضیه نخست.....
۸۲.....	۲-۲-۵- بحث در نتایج مربوط به فرضیه اول پژوهش.....
۸۴.....	۳-۵- فرضیه دوم.....
۸۴.....	۱-۳-۵- یافته های مربوط به آزمایش فرضیه دوم.....
۸۴.....	۲-۳-۵- بحث در نتایج مربوط به فرضیه دوم پژوهش.....
۸۵.....	۴-۵- فرضیه سوم.....
۸۵.....	۱-۴-۵- یافته های مربوط به فرضیه سوم.....
۸۵.....	۲-۴-۵- بحث در نتایج مربوط به فرضیه سوم پژوهش.....
۸۶.....	۵-۵- فرضیه چهارم.....
۸۶.....	۱-۵-۵- یافته های مربوط به فرضیه چهارم.....
۸۶.....	۲-۵-۵- بحث در نتایج مربوط به فرضیه چهارم پژوهش.....
۸۷.....	۶-۵- پیشنهادات.....
۸۷.....	۱-۶-۵- پیشنهادات کاربردی.....
۸۸.....	۲-۶-۵- پیشنهادات پژوهشی.....
۸۸.....	۷-۵- محدودیت های پژوهش.....
۸۹.....	پیوست ها.....
۱۰۱.....	منابع و مأخذ.....

فهرست شکل‌ها

صفحه

عنوان

- شکل ۱-۲- تعامل بین مؤلفه های کیفیت زندگی..... ۵۸
- شکل ۲-۲- مؤلفه های بعد معنویت کیفیت زندگی..... ۵۹

فهرست جدول‌ها

صفحه

عنوان

جدول ۱-۲- ملاک های تشخیصی اختلال افسرده خوئی.....	۱۲
جدول ۱-۳- طرح پژوهش.....	۶۶
جدول ۲-۳- نمره برش بالینی، حساسیت و ویژگی برای اختلالات افسردگی.....	۶۹
جدول ۳-۳- طرح درمان معنوی اسلامی.....	۷۱
جدول ۱-۴- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات متغیر توزیع سنی.....	۷۴
جدول ۲-۴- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات علائم افسرده خوئی.....	۷۴
جدول ۳-۴- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات کیفیت زندگی.....	۷۵
جدول ۴-۴- آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن کلیه متغیرها.....	۷۶
جدول ۵-۴- نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس ها برای کلیه متغیرها.....	۷۶
جدول ۶-۴- آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات علائم افسرده خوئی.....	۷۷
جدول ۷-۴- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر علائم افسرده خوئی.....	۷۷
جدول ۸-۴- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم افسرده خوئی.....	۷۸
جدول ۹-۴- آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کیفیت زندگی.....	۷۹
جدول ۱۰-۴- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر کیفیت زندگی.....	۷۹
جدول ۱۱-۴- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی دو گروه.....	۸۰

فصل اول

کلیات پژوهش

۱- مقدمه

در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال افسرده خوئی یکی از اختلال های خلقی مزمن شمرده شده که با خلق افسرده (یا تحریک پذیر در کودکان و نوجوانان) در بیشتر ساعت های روز مشخص می شود. اختلال افسرده خوئی از اختلال افسردگی اساسی با این واقعیت که مبتلایان به آن از افسردگی همیشگی خود شکایت می کنند، تفکیک می شود. بنابراین اکثر موارد آن زود آغاز هستند. این اختلال ۳ تا ۵ درصد جمعیت عمومی را گرفتار می کند و در نیم تا یک سوم مراجعه کنندگان به درمانگاههای روانپزشکی دیده می شود.

بر اساس نتایج آخرین مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران که به عنوان طرح ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است، اختلال افسرده خوئی یکی از شایع ترین اختلال های روانپزشکی و شیوع آن ۴/۵ درصد در جمعیت عمومی می باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲).

مطالعات انجام شده در گروه های دانشجویی نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می دهد، به نظر می رسد حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاهها از بعضی نشانه های افسردگی رنج می برند. از این میان شدت

علائم ۴۶ درصد دانشجویان به گونه ای است که آنها را نیازمند بعضی کمک های تخصصی می کند (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴).

بر اساس برخی از پژوهش های اخیر در حیطه درمان های اختلال افسردگی خفیف و افسرده خوئی، شواهد کافی در دست نیست که بتوان دارو درمانی را برای درمان افسردگی خفیف و افسرده خوئی پیشنهاد نمود. شواهد برای کفایت روان درمانی های رایج برای این بیماران نیز ناکافی است. بنابراین معضل موجود نیازمند مطالعات کنترل شده و دقیق برای تعیین اثربخشی و کفایت درمان های دارویی و روان درمانی بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی است (ویلیامز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

اهمیت معنویت^۲ و رشد معنوی انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه زوان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است، تا جایی که سازمان جهانی بهداشت، در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی^۳ اشاره می کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد (وست^۴، ۱۳۸۳). روانشناسان و روانپزشکان نیز به طور روزافزون دریافته اند، استفاده از روش های سنتی رایج غیر دینی برای درمان اختلالات روانی کافی نیست. برخلاف نگرش های غالب در قرن بیستم، مطالعات دهه های اخیر نشان داده است که دین و معنویت در تقلیل آثار افسردگی و فشارهای روحی بسیار مؤثر است. اعتقادات دینی، یکی از مؤثرترین عوامل در بهداشت روانی انسان هاست. در نتیجه باید انتظار داشت که معنویت، بخش مهمی از مشاوره و روان درمانی به شمار آید (وست، ۱۳۸۳).

با توجه به اثر پذیری روش های درمانی اختلالات روانی به ویژه اختلالات خلقی از زمینه های فرهنگی و ارزش های دینی و معنوی بیماران، در دهه های اخیر توجه درمانگران به متغیر های فرهنگی، معنوی و دینی در فرایند درمان افزایش روز افزونی یافته است (برامر^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ اسپرو^۶، ۱۹۹۶).

در سه دهه اخیر، شاهد پژوهش های گسترده نقش متغیر های دینی و معنوی در ابعاد مختلف سلامت جسمی و روانشناختی بوده ایم. علاقه پزشکان و درمانگران به معنویت به لحاظ افزایش مطالعاتی که همبستگی بین التزامات دینی و نتایج بهتر سلامتی را نشان می دهد به طور روز افزونی در حال افزایش است (گاندرسن^۷، ۲۰۰۰).

1-Williams
2-Spirituality
3-bio-psycho- socio- spiritual
4-West
5-Brammer
6-Spero
7-Gunderson

در یک مطالعه، که مروری بر ۸۵۰ پژوهش منتشر شده در قرن بیست و یک صورت گرفته است، موریرا^۱ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده اند که سطوح بالاتر در گیری مذهبی رابطه مثبتی با شاخص های سلامت روان مانند، رضایت از زندگی، شادکامی و عاطفه مثبت دارد. از آنجایی که هدف مراقبت های پزشکی و روانشناختی چیزی فراتر از مدیریت بیماری است، لذا درمانگر توجه به تمامیت انسان و همه ابعاد وجودی وی از جمله معنویت او دارد.

۲-۱ شرح و بیان مسئله پژوهشی

اختلال افسرده خوئی اختلالی شایع در کل جمعیت است که ۵ تا ۶ درصد مردم را مبتلا می سازد، و بین بیماران کلینیک های روانپزشکی عمومی میزان شیوع آن به یک سوم تا یک دوم کل بیماران مراجعه کننده می رسد (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۲۰۰۵).

اختلال افسرده خوئی به عنوان یک حالت مزمن افسردگی مشخص می شود که قابل اسناد به حوادث اجتماعی، روانشناختی و جسمی خاصی نیست. بسیاری از محققان اعتقاد دارند که این بیماران تا زمانی که حمله خلقی شدیدی در آنها ایجاد نشود، بدون تشخیص و دور از دسترس پزشکان و درمانگران قرار می گیرند.

یکی از نکات قابل توجه این است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی به تدریج کاهش می یابد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی ادراک افراد از وضعیتی است که در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند و این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آنها می باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵؛ به نقل از حقایق، ۱۳۸۶). کیفیت زندگی بازتابی است از اثرات فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماری بر زندگی روزمره فرد و شاخصی از میزان رضایت فرد از زندگی روزمره اوست (دوامی، ۱۳۷۹).

در مورد سیر و روند اختلال افسرده خوئی اطلاعات کمی موجود است. پیش آگهی برای مبتلایان به اختلال افسرده خوئی متغیر است. مک فارلند و کلین^۴ (۲۰۰۵) با گزارشی از مطالعه طولی بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی از لحاظ نحوه درمان و ریزش بیماران در طول دوره درمان نشان دادند که بیماران مبتلا به افسرده خوئی نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی میزان بیشتری از خدمات درمانی را به خود اختصاص می دهند، درصد

1-Moreira

2-Kaplan

3-Saduk

4-Mefarl & Klien

بالا تری از آنها قبل از رسیدن به نتایج مؤثر، درمان خود را رها می کنند. به رغم شدت پایین علائم افسردگی در اختلال افسرده خوئی، ولی به واسطه شیوع بالا و تأثیرات جانبی فراوان آن، هزینه های بیشتری به سیستم بهداشت و درمان تحمیل می شود. بسیاری از این بیماران درمان ناکافی دریافت می کنند، بیماران جوانتر و کسانی که اختلال شخصیت افسرده دارند، در معرض خطر بیشتری برای ناتمام گذاشتن درمان هستند و لذا هزینه مستقیم و غیر مستقیم بیشتری را نسبت به سایر اختلالات خلقی بر خانواده و جامعه تحمیل می نمایند.

داده های موجود در مورد درمان های موجود، حاکی از آن است که فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی یک سال پس از تشخیص اولیه در حالت بهبود قرار داشته اند. حدود ۲۵ درصد این بیماران هرگز بهبود کامل پیدا نمی کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵).

علی رغم اینکه مطالعات زیادی اثربخشی درمان های روانشناختی به ویژه درمان های شناختی- رفتاری را در اختلال افسردگی اساسی ارزیابی کرده اند، مطالعات بسیار کمی تأثیر منظم چنین درمان هایی را بر اختلال افسرده خوئی مورد بررسی قرار داده اند. با این حال برخی مطالعات حکایت از اثربخشی برخی درمان های روانشناختی بر کاهش علائم و بهبودی بیماران مبتلا به افسرده خوئی داشته است. از آنجایی که ویژگی برجسته اختلال افسرده خوئی، عزت نفس پایین و افت عملکردهای بین فردی است، درمان های شناختی- رفتاری، جهت توسعه و تحکیم رفتارهای سازگارانه بین فردی و اصلاح نگرش های منفی نسبت به خویشان می تواند مفید باشد (راوین دران^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۶).

گرچه درمان های شناختی- رفتاری، برای بیماران افسرده بالینی، یک درمان مؤثر شناخته شده است، با این وجود، روش های مذکور برای بیماران با زمینه فرهنگی و دینی متفاوت و برای افراد سکولار تأثیر برابری نداشته است (هافمن^۲، ۲۰۰۶). تقریباً همه صاحب نظران با این گفته موافق هستند که متغیرهای فرهنگی در تشخیص و درمان مشکلات خلقی مهم تلقی می شوند. آزمایش های متعدد روانشناسی آزمایشگاهی نشان داده اند که نحوه ادراک و شیوه تفکر غربی ها و شرقی ها متفاوت است و لذل درمان شناختی- رفتاری برای شرقی ها بایستی متناسب با نحوه اندیشه و زمینه فرهنگی آنها تغییر و تعدیل یافته و هماهنگ شود (هافمن، ۲۰۰۶).

با توجه به زمینه های فرهنگی در ایران، تدوین و اجرای برنامه های روان درمانی مبتنی بر معنویت و آموزه های اسلامی در حیطه بهداشت روان یک ضرورت است. روان درمانی توحیدی برای مجرمین زندان ها (جلالی طهرانی، ۲۰۰۱)، که در کتاب مرجع روان درمانی های جدید (کرسینی، ۲۰۰۱) به چاپ رسیده است، زوج درمانی

اسلامی (دانش، ۱۳۸۲)، مدل مشاوره مذهبی بیماران مبتلا به وسواس - اجبار (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۵)، روان درمانی یکپارچه گرای دینی (ابراهیمی، ۱۳۸۶)، نمونه هایی از رویکرد درمانگران در ایران به تدوین و کاربرد شیوه های نوین درمانگری با زمینه های معنوی اسلامی است.

به همین ترتیب در این پژوهش سعی بر این خواهد بود که روش درمانی مبتنی بر متون دینی اسلام که همخوان با زمینه های فرهنگی، باورها، اعتقادات و فرهنگ جامعه ایران می باشد، تدوین گردد. در این پژوهش نظر بر آنست تا میزان اثر بخشی گروه درمانی معنوی اسلامی را بر علائم افسرده خوئی و کیفیت زندگی این افراد مورد بررسی قرار دهد.

۱-۳ اهمیت و ارزش پژوهش

شیوع بالای اختلال افسرده خوئی در ایران و سایر کشورهای جهان (ری آلو^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۱) و مطرح شدن آن به عنوان یک معضل عمده بهداشت روان، تحمیل هزینه های سنگین بر جامعه و خانواده (بل^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) از یک سو و فقدان کفایت درمان های دارویی یا مناقشه بر سر کارایی آن در درمان افسردگی های مزمن نظیر افسرده خوئی (مارکوویتز^۳، ۱۹۹۶؛ آلمیدا^۴ و لتوفو^۵، ۲۰۰۳) لزوم کاربرد درمان های غیر دارویی این بیماران را مطرح کرده است (مارکوویتز، ۱۹۹۶).

با توجه به اینکه روان درمانی متأثر از زمینه های فرهنگی، باورها و ارزش های درون فرهنگی است و کارایی آن بسته به میزان هماهنگی آن با زمینه های فرهنگی و اعتقادی مردمی است که درمان برای آنها به کار می رود (هافمن، ۲۰۰۶، پرپست^۶، ۱۹۹۸) و با در نظر گرفتن این موضوع که شواهد برای کفایت روان درمانی های رایج برای این بیماران ناکافی است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰)، نوگرایی علمی و کنار نهادن تضاد روان درمانی و دین در عصر فرا مدرن، افق جدیدی از ادغام آموزه های دینی در قالب نظریه های روان درمانی و استفاده از حداکثر توان اعتقادی و مذهبی جوامع برای افزایش کارایی درمان گشوده، که منجر به طرح انواع روان درمانی های جدید مبتنی بر معنویت شده است (پارگامنت^۷، ۲۰۰۷).

1-Rialo
2-Bell
3-Markowitz
4-Almedia
5-Lotufu
6-Propst
7-Pargament

در دهه های اخیر معنویت به عنوان مسئله ای جهانی مورد توجه قرار گرفته است، با توجه به نقش مهم اعتقادات و باورهای دینی در ایران، و اثر پذیری روش های درمانی اختلالات خلقی از زمینه های فرهنگی و ارزش های دینی و معنوی بیماران (برامر و همکاران، ۱۹۹۳؛ اسپيرو، ۱۹۹۶) سعی بر این شد که روش درمانی جدیدی با تکیه بر آموزه های دینی اسلام طراحی شود و میزان اثربخشی آن به روش شبه تجربی مورد آزمایش قرار گیرد.

۴-۱ کاربرد نتایج

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. چنین به نظر می رسد که مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روانشناسان و روانپزشکان نیز به طور روز افزون دریافته اند که استفاده از روشهای سنتی برای درمان اختلالات روانی کافی نیست. به همین دلیل استفاده از رویکرد معنویت درمانی چه به صورت فردی و یا گروهی در موارد زیر می تواند، سودمند باشد:

- درمان اختلالات روانی از جمله اختلالات افسردگی و اضطرابی
- بهبود کیفیت زندگی در انواع اختلالات روانی
- افزایش شادمانی در جهت های عادی
- افزایش رضایت زناشویی
- مقابله با پیامد تجارب فشارزای زندگی از جمله بیماری و مرگ و میر

۵-۱ اهداف پژوهش

۵-۱-۱ هدف کلی

بررسی میزان اثربخشی گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده خوئی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان.

۲-۱-۵ اهداف اختصاصی

- ۱) تعیین میزان اثر بخشی مداخله گروه درمانی معنوی اسلامی بر میزان علایم افسرده خوئی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان در مرحله پس آزمون.
- ۲) تعیین میزان اثر بخشی مداخله گروه درمانی معنوی اسلامی بر میزان علایم افسرده خوئی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان در مرحله پیگیری.
- ۳) تعیین میزان اثر بخشی مداخله گروه درمانی معنوی اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به افسرده خوئی در مرحله پس آزمون.
- ۴) تعیین میزان اثر بخشی مداخله گروه درمانی معنوی اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به افسرده خوئی در مرحله پیگیری.

۱-۶ فرضیه های پژوهش

۱-۱-۶ فرضیه کلی

گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده خوئی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان مؤثر است.

۲-۱-۶ فرضیه های اختصاصی

- ۱- گروه درمانی معنوی اسلامی، میزان علایم افسرده خوئی دانشجویان دختر را در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه، کاهش می دهد.
- ۲- گروه درمانی معنوی اسلامی، میزان علایم افسرده خوئی دانشجویان دختر را در مرحله پیگیری نسبت به گروه گواه، کاهش می دهد.
- ۳- گروه درمانی معنوی اسلامی، کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به افسرده خوئی را در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه، بهبود می بخشد.
- ۴- گروه درمانی معنوی اسلامی، کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به افسرده خوئی را در مرحله پیگیری نسبت به گروه گواه، بهبود می بخشد.