



دانشگاه شهید چمران اهواز

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

## پایان نامه کارشناسی ارشد

**عنوان:**

بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس

دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

**نگارش:**

سید اسماعیل هاشمی

**استاد راهنما:**

دکتر مهناز مهربانی زاده هسرمند

**استاد مشاور:**

دکتر سودابه ساکن نژاد



# فهرست مطالب

صفحه

عنوان

## «فصل اول: موضوع پژوهش»

۲	مقدمه.....
۴	بیان مسأله.....
۸	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۰	اهداف پژوهش.....
۱۰	سؤال پژوهش.....
۱۰	فرضیه‌های پژوهش.....
۱۱	تعریف مفهومی متغیرها.....
۱۲	تعریف عملیاتی متغیرها.....

## «فصل دوم: پیشینه پژوهش»

۱۴	روانشناسی دین.....
۱۹	مقابله دینی.....
۲۱	مدل مقابله دینی پارگامنت.....
۲۳	مقابله دینی و غیردینی.....
۲۵	روان درمانی دینی.....
۲۶	اصول روان درمانی معنوی/ دینی.....
۲۷	تکنیک‌ها و روندهای روان درمانی معنوی دینی.....
۳۲	روان درمانی اسلامی.....
۳۸	افسردگی.....
۳۸	علائم افسردگی.....
۳۹	دیدگاه‌های نظری افسردگی.....
۳۹	دیدگاه روان کاوی.....
۴۰	دیدگاه یادگیری.....
۴۱	دیدگاه شناختی.....
۴۱	دیدگاه درماندگی آموخته شده سلیگمن.....
۴۲	دیدگاه زیست‌شناختی.....
۴۲	تاریخچه، تعاریف و اهمیت عزت نفس.....



۴۳	اهمیت عزت نفس
۴۵	دیدگاه‌های نظری درباره عزت نفس
۴۵	راجرز و نیاز به عزت نفس
۴۶	مازلو و نیاز به عزت نفس
۴۸	عزت نفس در نظریه ویلیام جیمز
۴۹	عزت نفس در نظریه آلپورت
۵۰	عزت نفس در نظریه روان تحلیل‌گری
۵۱	عزت نفس در نظریه کوپراسمیت
۵۲	جنبه‌های مشترک «عزت نفس» در نظر مؤلفان
۵۲	تحقیقات انجام گرفته در مورد موضوع پژوهش
۵۳	تحقیقات انجام شده در خارج از ایران
۵۳	دین و سلامت روان
۵۶	رابطه دین با افسردگی و عزت نفس
۶۱	تحقیقات انجام شده در ایران

## « فصل سوم: روش پژوهش »

۶۵	مقدمه
۶۵	جامعه آماری
۶۵	نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۲	ابزار پژوهش
۷۲	پرسشنامه افسردگی بک، فرم ۱۳ ماده‌ای
۷۳	روایی پرسشنامه
۷۴	پایایی پرسشنامه
۷۵	پرسشنامه عزت نفس
۷۶	ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه عزت نفس
۷۶	پایایی پرسشنامه
۷۷	روایی پرسشنامه
۷۷	جلسات مداخله
۷۸	خلاصه جلسات
۸۲	طرح پژوهش
۸۲	دیگرام طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل
۸۳	روش اجرای پژوهش
۸۴	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها



### « فصل چهارم: یافته‌های پژوهش »

۸۶	.....	مقدمه
۸۶	.....	یافته‌های توصیفی
۹۲	.....	یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

### « فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری »

۱۰۰	.....	مقدمه
۱۰۰	.....	بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۸	.....	محدودیت‌های پژوهش
۱۰۸	.....	پیشنهادهایی در راستای پژوهش
۱۰۹	.....	پیشنهادات کاربردی

### « منابع »

۱۱۱	.....	منابع فارسی
۱۱۸	.....	منابع انگلیسی



## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۰	جدول ۱-۲: رشد خویشتن در نظریه آلپورت.....
۶۶	جدول ۱-۳: فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه بر اساس جنسیت.....
۶۷	جدول ۲-۳: فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه بر اساس رشته تحصیلی.....
۶۸	جدول ۳-۳: فراوانی و درصد فراوانی نمونه آزمون فرضیه‌ها بر اساس جنسیت.....
۶۹	جدول ۳-۴: فراوانی و درصد فراوانی نمونه آزمون فرضیه‌ها بر اساس رشته تحصیلی.....
۷۰	جدول ۳-۵: فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس جنسیت.....
۷۰	جدول ۳-۶: فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس سن.....
۷۱	جدول ۳-۷: فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس رشته تحصیلی.....
۷۶	جدول ۳-۸: ضرایب پایایی پرسشنامه عزت نفس به سه روش تصنیف، آلفای کرونباخ و گاتمن در پژوهش هرمزی نژاد.....
۸۶	جدول ۱-۴: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره افسردگی نمونه اولیه به تفکیک جنسیت.....
۸۷	جدول ۲-۴: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره افسردگی نمونه اولیه به تفکیک رشته.....
۸۸	جدول ۳-۴: میانگین، انحراف معیار نمره افسردگی آزمودنی‌های آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون.....
۸۹	جدول ۴-۴: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره عزت نفس نمونه اولیه به تفکیک جنسیت.....
۹۰	جدول ۴-۵: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره عزت نفس نمونه اولیه به تفکیک رشته تحصیلی.....
۹۱	جدول ۴-۶: میانگین و انحراف معیار عزت نفس آزمودنی‌های دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون.....
۹۳	جدول ۴-۷: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون.....
۹۳	جدول ۴-۸: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین‌های افسردگی و عزت نفس پس آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل.....
۹۴	جدول ۴-۹: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های دختر گروه آزمایشی و کنترل، با کنترل پیش آزمون.....
۹۵	جدول ۴-۱۰: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های افسردگی و عزت نفس پس آزمون آزمودنی‌های دختر گروه آزمایش و کنترل.....



- جدول ۴-۱۱: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های پسر گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون..... ۹۶
- جدول ۴-۱۲: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های افسردگی و عزت نفس پس آزمون آزمودنی‌های پسر گروه آزمایش و کنترل..... ۹۷
- جدول ۴-۱۳: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا برای مقایسه میانگین افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌های دختر و پسر گروه آزمایش و کنترل..... ۹۸



## فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۳: فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه بر اساس جنسیت.....	۶۶
نمودار ۲-۳: فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه بر اساس رشته تحصیلی.....	۶۷
نمودار ۳-۳: توزیع نمونه آزمون فرضیه‌ها بر اساس جنسیت.....	۶۸
نمودار ۴-۳: توزیع نمونه آزمون فرضیه‌ها بر اساس رشته تحصیلی.....	۶۹
نمودار ۱-۴: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمره‌های افسردگی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل.....	۸۹
نمودار ۲-۴: میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمره‌های افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل ..	۹۰
نمودار ۳-۴: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمره‌های عزت نفس در گروه‌های آزمایش و کنترل.....	۹۲

# فصل اول :

## موضوع پژوهش



## مقدمه

مذهب عبارت است از جستجوی معنا و هدف، به شیوه‌ای که با وجودی مقدس (پارگامنت)<sup>۱</sup>، (۱۹۹۲) یا واقعیتی غایی (پلانته<sup>۲</sup> و شرمان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱) ارتباط پیدا کند. مقدس یعنی "قدرت‌های والاتر، نیروهای متعالی‌تر یا وجودهای شخصی" (پارگامنت، ۱۹۹۲).

آلپورت<sup>۴</sup> مدلی از مذهبی بودن را ارائه کرد که شامل جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی است. جهت‌گیری مذهبی بیرونی<sup>۵</sup> افرادی را توصیف می‌کند که از مذهب برای اهداف خودشان استفاده می‌کنند. افراد دارای این جهت‌گیری ممکن است مذهب را به انحاء مختلف مفید ببینند، برای فراهم کردن ایمنی و آرامش و تسکین، جامعه‌پذیری، شأن، مقام و توجیه خود. در مقابل، جهت‌گیری مذهبی درونی<sup>۶</sup> افرادی را توصیف می‌کند که انگیزه قوی در مذهب دارند، نیازهای دیگر که ممکن است قوی نیز باشند، با اهمیت نهایی کمتری ملاحظه شده و تا حد امکان با باورها و دستورات مذهبی هماهنگی دارند (آلپورت و راس<sup>۷</sup>، ۱۹۶۷).

استفاده از روش‌ها و باورهای مذهبی در درمان بیماری اضطراب، وسواس و افسردگی در دو دهه اخیر مورد توجه و بررسی پژوهشگران و روان‌درمانگران قرار گرفته است و گزارش‌هایی نیز در مورد اثر بخشی این روش وجود دارد (بیان زاده، بواله‌ری، دادفر و کریمی‌کسیمی، ۱۳۸۳).

جهت‌گیری درونی و بیرونی معرف انواع باور، انگیزه و گرایش است و به روشنی افراد را بر اساس محتوای شناختی شان متمایز می‌سازد. مذهب درونی با ادراک مرگ به صورت مثبت و باور به زندگی پس از مرگ همراه بوده و با درک خداوند به عنوان موجودی خلاق، خجسته، خیر خواه، فیض بخش و مهربان همبستگی مثبت و با درک خداوند به عنوان موجودی دور و غیر قابل

---

۱- Pargament

۲ - Plante

۳ - Sherman

۴ - Allport

۵ - extrinsic religious orientation

۶ -intrinsic religious orientation

۷ -Ross

دسترس همبستگی منفی دارد. در مقابل، مذهب بیرونی با درک منفی از مرگ، شامل مرگ به عنوان درد، تنهایی و شکست همبستگی دارد و با نگرستن به خدا به عنوان موجودی خشمگین و غضبناک، همبستگی مثبت دارد (اسپیلکا<sup>۱</sup>، ساوت<sup>۲</sup>، مینتون<sup>۳</sup> و سایزمو<sup>۴</sup>، ۱۹۷۷).

شواهد اندک فراهم آمده برای حمایت از رابطه مثبت میان جهت گیری بیرونی و سلامت روان نشان می‌دهد که اغلب، جهت گیری بیرونی مذهبی با سلامت روانی رابطه منفی دارد. به طور خاص در اکثر مطالعات، جهت گیری بیرونی با نبودن بیماری، رفتار مناسب اجتماعی، رهایی از نگرانی و احساس گناه، شایستگی فردی و انعطاف پذیری و پذیرا بودن رابطه منفی دارد (باتسون<sup>۵</sup>، اسکونرد<sup>۶</sup> و ونتیس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳).

رفتارهای مذهبی بعد مهم دیگری از مذهب هستند. حوزه رفتار مذهبی شامل حضور در جلسات مذهبی، مطالعه متون مذهبی، دعای فردی و رفتارهایی از این قبیل است (پترسون<sup>۸</sup> و ری<sup>۹</sup>، ۱۹۸۵). کوئینگ<sup>۱۰</sup>، جورج<sup>۱۱</sup> و پترسون (۲۰۰۱)، در مطالعه مقطعی که رابطه فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته و افسردگی را می‌سنجیدند، دریافتند کسانی که شرکت بیشتری در فعالیت‌های مذهبی داشتند، کمتر افسرده بودند. جورج<sup>۱۲</sup>، الیسون<sup>۱۳</sup> و لارسون<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۵)، دریافتند که حضور در کلیسا با افسردگی کمتر در میان سفید پوستان و سیاه پوستان همبستگی دارد.

---

۱ - Spilka  
 ۲ - Stout  
 ۳ - Minton  
 ۴ - Sizemore  
 ۵ - Batson  
 ۶ - Schoenrad  
 ۷ - Ventis  
 ۸ - Peterson  
 ۹ - Roy  
 ۱۰ - Koenig  
 ۱۱ - Gorge  
 ۱۲ - Gorj  
 ۱۳ - Elison  
 ۱۴ - Larson

روش درمان چند وجهی اسلامی به این علت به این نام خوانده شده است، که علاوه بر نقش عوامل شناختی، نظیر باورها و نگرش‌های منفی و غیر منطقی درباره خود، دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمانجو می‌باشد، بر نقش عوامل مختلف اجتماعی-عاطفی نظیر افراط یا تفریط در تمایلات، وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکالیف، حسادت، چشم داشت نابجا به مال و کمک دیگری، آرزوهای طول و دراز داشتن، تأسف خوردن نابجا و... توجه شده است. در این درمان افکار مذهبی صحیح باعث اعتلای فکری فرد می‌گردند و رابطه عاطفی با خدا در درمان تأثیر بسزایی دارد.

### بیان مسأله

در سال‌های اخیر محققان به تأثیر گرایش‌های مذهبی بر روی بیماری‌های روانی معطوف شده‌اند. از جمله در اکثر مطالعات همبستگی منفی معنی‌داری بین جهت گیری درونی نسبت به دین، با نشانگان افسردگی، اضطراب صفت و عزت‌نفس، و همبستگی مثبت معنی‌داری بین جهت گیری بیرونی نسبت به دین با نشانگان افسردگی اضطراب صفت و عزت‌نفس وجود دارد (بارکر<sup>۱</sup> و گورساج<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ برگین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ جنیا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶، به نقل از مالتبی<sup>۵</sup> و دی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳).

پارگامنت (۱۹۹۷)، روش‌های معمول مثبت مقابله مذهبی را توصیف می‌کند. محتوای کلی تمام این شیوه‌ها این است که مذهب می‌تواند به عنوان یک حامی نیرومند به شمار آید. خدا، رهبران و دیگر همراهان مذهبی، همگی حامیانی هستند که فرد را در غلبه بر مشکلات یاری می‌دهند. روش‌های مقابله مذهبی که پارگامنت بیان می‌کند شامل موارد ذیل می‌باشد:

---

۱ - Barker  
 ۲ - Gorsuch  
 ۳ - Bergin  
 ۴ - Genia  
 ۵ - Maltby  
 ۶ - Day

- ۱- حمایت معنوی و مقابله گروهی: باور به این که فرد حمایت و هدایت را از طرف خداوند دریافت می کند و خداوند به عنوان یکی دیگر از اعضای شبکه حمایتی در نظر گرفته می شود.
  - ۲- حمایت از سوی همراهان: کمک گرفتن از یک روحانی، رهبران مذهبی رده پایین و همراهان در هنگام استرس.
  - ۳- اسناد مجدد به یک عامل خیرخواهانه مذهبی: نسبت دادن رویداد تنش زا به اراده خدای مهربان.
- درمان چند وجهی اسلامی متشکل از دو مرحله کلی است که عبارتند از: شناخت خود و تغییر خود. در مرحله شناخت خود اولین گام شامل آماده سازی ذهنی و عقلی درمان جو در جهت بررسی باورها و بازمینی آن هاست و با استفاده از فنون شناختی مانند توجه، تمرکز و تأمل بر افکار خود، ارزیابی این افکار و بررسی عمقی علل و عوامل بروز حادثه و شکست ها صورت می گیرد. در مرحله دوم یا تغییر خود، به درمان جو کمک می شود تا به افکار درست، منطقی و صحیح دست یابد و آن ها را جایگزین افکار غیر منطقی کند، بدین منظور از فنونی چون تقویت اراده، پرورش نیروی مقاومت و صبر و رشد معرفت های یقینی در مراجع استفاده می شود.
- در رویکرد اسلامی، در فرایند درمان بر اموری تأکید می شود که در رویکرد سنتی وجود ندارد. مانند نگرش نسبت به خدا، اعتقاد به توان مندی و لطف و رحمت او بر شخص، راضی بودن به تدبیرات الهی، درک واقعیت زندگی دنیا به عنوان مقدمه آخرت، معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی و ذکر و عبادت (فقیهی، ۱۳۸۶).

معنویت بر روی افزایش انعطاف پذیری رنج بیماران افسرده تأثیر زیادی می‌گذارد (جلیتا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، به نقل از پیلیپسکی<sup>۲</sup>، وینزلبرگ<sup>۳</sup>، ویلفلی<sup>۴</sup>، بریسون<sup>۵</sup> و تیلور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). اسپیلکا<sup>۷</sup>، شارر<sup>۸</sup> و کیرک پاتریک<sup>۹</sup> (۱۹۸۵)، مذهب را موجب ایجاد معنا در زندگی انسان‌ها می‌دانند. یافته‌های تحقیقی پرسمن<sup>۱۰</sup>، لیونز<sup>۱۱</sup>، لارسین<sup>۱۲</sup> و استارنین<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۰)، بیمارانی که باورهای مذهبی قوی تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند، نسبت به گروه دیگر کمتر افسردگی داشتند و پس از ترخیص از بیمارستان راه طولانی تری را پیاده طی کردند.

در یک بررسی که به روش بالینی انجام شد، پروپست<sup>۱۴</sup> و همکاران (به نقل از ونتیس<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۵) به درمان افسردگی چهار گروه از آزمودنی‌ها با یکی از روش‌های ذیل اقدام کردند:

۱- درمان شناختی-رفتاری با ارضای مذهبی بدین معنا که درمان‌گران در این روش به شناخت‌ها و نگرش‌های مذهبی و اثر آنها توجه می‌کردند.

۲- درمان شناختی-رفتاری مرسوم در روان درمان‌گری.

۳- درمان مشاوره‌ای به کمک پیشوای مذهبی<sup>۱۶</sup>.

۴- گروه کنترل. پس از هجده جلسه یک ساعته، گروه اول یعنی درمان شناختی-رفتاری با ارضای

---

۱ - Glietta  
 ۲ - Pilipski  
 ۳ - Winzelberg  
 ۴ - Wilfley  
 ۵ - Bryson  
 ۶ - Taylor  
 ۷ - Spilka  
 ۸ - Sharer  
 ۹ - Kirkpatrick  
 ۱۰ - Pressman  
 ۱۱ - Lyons  
 ۱۲ - Larsin  
 ۱۳ - Stanin  
 ۱۴ - Propest  
 ۱۵ - Wentis  
 ۱۶ - pastoral counselling

مذهبی تنها گروه درمانی بود که بر اساس آزمون افسردگی بک<sup>۱</sup> نتایج بهتری نسبت به گروه گواه نشان داد.

بر اساس آموزه‌های دینی، بالاخص آموزه‌های دین مبین اسلام انسان موجودی خدا جوست. هیچ چیزی نمی‌تواند به عزم و اراده او خللی وارد کند و هیچ وقت احساس دلتنگی و غم و اندوه نمی‌کند و انسان فطرتی الهی دارد.

در درمان چند وجهی اسلامی، افکار غیر منطقی و انواع نگرش‌های منفی مهم‌ترین عامل افسردگی بر شمرده شده‌اند، تردید نسبت به الطاف خداوندی و ناخشنودی از زندگی و نعمت‌های آن، عدم پذیرش واقعیت و خیال پردازی، داشتن نگرش منفی نسبت به اطرافیان و تأسف شدید به خاطر فقدان، یک امر مهم است (فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور، ۱۳۸۶).

از دیدگاه فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور، هدف درمان چند وجهی اسلامی تصحیح نگرش‌ها، باورهای وهمی خطایی و غیر منطقی درباره خود، خداوند، جهان و دیگران می‌باشد و نیز در زمینه سبب شناسی افسردگی، به شناخت‌های نادرست مراجع به امور معنوی از عوامل ایجاد و یا ادامه افسردگی تلقی گردیده است، و در درمان هم توجه به امور معنوی همچون معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به خداوند و رضایت نسبت به آن چه فرد دارد و مقدر پروردگار است، توجه به تدبیرات الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و این که مقدمه آخرت است و زندگی دنیا همراه با سختی‌ها است، ذکر، عبادت و این که خدا و اولیای دین در زمینه تغییر در خود چه دستور داده‌اند و لزوم فعالیت در این زمینه، و اموری دیگر تأکید شده است.

پژوهش‌ها نتایج مغشوشی درباره رابطه میان مذهبی بودن و سلامت روانی به دست می‌دهد. شواهد مربوط به یافته‌های متناقض در آنالیز برگین<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) خلاصه شده است که در آن، ۲۳ درصد مطالعات رابطه منفی، ۴۷ درصد مطالعات رابطه مثبت و ۳۰ درصد مطالعات هیچ رابطه‌ای را

۱ - Beck

۲ - Bergin

نشان نداده‌اند. ماهیت چند بعدی بودن مذهبی تبیینی را برای این نتایج مغشوش و آشفته فراهم می‌آورد. مذهبی بودن سازه پیچیده است که می‌تواند تأثیرات چند گانه‌ای بر سلامت روانی داشته باشد، بنابراین تأثیرات بعد خاصی از مذهب می‌تواند ابعاد دیگر را خنثی کند و منجر به الگوهای همبستگی متفاوتی شود. با توجه، به نتایج ناهمخوان پیشینه پژوهشی در خصوص تأثیر مذهب بر متغیرهای روان‌شناختی و سلامت روانی، نبود پژوهش کافی در زمینه درمان چند وجهی اسلامی بر سلامت روان و جدید بودن این روش درمانی، در پژوهش حاضر این نکته مورد بررسی قرار گرفته است که آیا درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی می‌تواند بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان تأثیر داشته باشد.

### اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه بیش از هر زمان دیگر مردم شیوه‌ها و وسایل گوناگون زندگی کردن را در اختیار دارند، اما معنایی را که برای آن زندگی کنند در اختیار ندارند. از طرف دیگر می‌بینیم مردمانی وجود دارند که در شرایط متضاد، حتی در شرایط بسیار بد نیز خشنود به نظر می‌رسند. امروزه بیماران روانی از این جهت پیش روانشناسان و روانپزشکان می‌آیند که در خود احساس بیهودگی می‌کنند و این بوچی وجودی یا خلأ وجودی آن‌ها است. جوانان بیش از نسل‌های سالخورده از خلأ وجودی رنج می‌برند. کارول<sup>۱</sup> و مارشال<sup>۲</sup> از مرکز بهداشت روانی در واشنگتن، احساس کسانی که قبل از سی سالگی برای کمک مراجعه می‌کنند، به عنوان احساس بی‌هدفی توجیه می‌کنند (به نقل از فرانکل<sup>۳</sup>، ۱۹۵۶، ترجمه تبریزی، ۱۳۷۱).

۱ - Karol  
۲ - Marshal  
۳ - Frankl

مازلو (ترجمه رویگران، ۱۳۶۷) در بررسی انسان سالم می‌گوید انسانی که نیاز به خودشکوفایی در او ارضا شده است به گونه‌ای ویژه به دین توجه نشان می‌دهد. به باور او افراد خودشکوفا گاه وجد و سرور و گاه شگفتی ژرف و چیره‌گر مانند ژرف‌نگری دینی را تجربه می‌کنند.

فرانکل<sup>۱</sup> نیز از دیدگاه دیگری به دین و معنویت توجه داشت. به باور فرانکل در معنای انسان سالم معنویت مستتر است و در سایه همین سلامت معنوی<sup>۲</sup> است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی حرکت می‌کند (ریس<sup>۳</sup> و برانت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

امروزه مسئله افسردگی چنان غامض شده است که دیگر نمی‌توان به پاک کردن صورت آن پرداخت. این معضل را باید جدی گرفت و برای آن چاره‌ای اندیشید (سالمانز<sup>۵</sup>، ترجمه خلخالی زاویه، ۱۳۸۲).

استفاده از مفاهیم و تعالیم مذهبی بخصوص قرآن کریم و احادیث پیامبر اکرم (ص) و ائمه اطهار (علیهم السلام) در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و راهبردهای ناشی از آن عاملی مهم در مقابله روانی<sup>۶</sup> است (ثنایی و نصیری، ۱۳۷۹).

با توجه به این که افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که در ضمن پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده است، و به دلیل اینکه از شایع‌ترین علل بستری شدن شمرده می‌شود (کاستلو<sup>۷</sup> و کاستلو، ۱۹۹۲، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۳) و از آن جایی که افراد افسرده دچار خود کم بینی و نا ارزنده سازی خویشتن و به بیان دیگر دارای عزت‌نفس پایینی هستند و با توجه به تأثیر مثبت مذهب در پیشگیری و درمان اختلالات روانی (ثنایی و نصیری، ۱۳۷۹) و از سویی جایگاه خاص مذهب و اعتقادات دینی در کشورمان و از سوی دیگر شیوع زیاد اختلالات خلقی، لذا ضرورت

۱ - Frankl

۲ - health spirituality

۳ - Reece

۴ - Brandt

۵ - Salmans

۶ - coping

۷ - Costello



ایجاب می‌کند که با استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر اسلام و استفاده از درمان‌های جدید اسلامی، نسبت به رفع علائم افسردگی اقداماتی صورت گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده دانشگاه‌ها، مراکز مشاوره و بالینی و... قرار گیرد.

### اهداف پژوهش

هدف اصلی پژوهش حاضر این است که میزان اثربخشی درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی را بر کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز مورد بررسی قرار دهد و اهداف فرعی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان دختر و پسر به تفکیک جنسیت و مقایسه دو جنس از این لحاظ است.

### سؤال پژوهش

۱- آیا درمان چند وجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز تأثیر دارد؟

### فرضیه‌های پژوهش

۱- درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان می‌شود.

۲- درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان دختر می‌شود.

۳- درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان پسر می‌شود.

۴- درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان دختر و پسر، اثر متفاوتی دارد.

### تعریف مفهومی متغیرها

**درمان چند وجهی اسلامی:** این درمان بر گرفته شده از متون حدیثی اسلامی می‌باشد که در درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته است. در این مدل علاوه بر نقش عوامل شناختی نظیر باورها و نگرش‌های منفی و غیر منطقی درباره خود، دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمانجو می‌باشد، به نقش عوامل دیگر نظیر افراط یا تفریط در تمایلات، وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکلیف، حسادت، چشم داشت نا بجا به مال و کمک دیگری، آرزوهای طولانی و دراز، تأسف خوردن نابجا و... در شکل گیری این اختلال توجه شده است (فقیهی و همکاران، ۱۳۸۶).

**افسردگی:** افسردگی نوعی اختلال عاطفی در نظر گرفته می‌شود. فرد مبتلا از خلق ناشاد یا احساس دل‌تنگی و غمگینی و فرورفتن در خیالات واهی شکایت می‌کند که به مدت دو هفته یا غالباً بیشتر تداوم داشته است. خلق ناشاد ضرورتاً تمام طول روز یکسان نیست. برخی افراد چنین بیان می‌کنند که به هنگام صبح حال خوشی ندارند و در اواخر بعد از ظهر حال نسبتاً بهتری پیدا می‌کنند (بلاک برن<sup>۱</sup>، ۱۹۳۹، ترجمه شمس، ۱۳۸۰).

از جمله نشانه‌های بارز افسردگی عمده می‌توان به روحیه بد ادامه دار، اعتماد به نفس اندک و کاهش توان جسم و ذهن اشاره کرد. این اختلال بی‌علاقگی به انجام فعالیت‌هایی را در پی دارد که شخص مورد نظر قبلاً از انجام آن لذت می‌برد. گریه حادثه‌ای پراتفاق است هر چند گاه

احساسات شخص به گونه‌ای برانگیخته می‌شود، که گریستن و اندوه طبیعی را مانع می‌شود (دوپاولو<sup>۱</sup> و ابلو<sup>۲</sup>، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۳).

**عزت نفس:** عزت نفس درکی است که فرد از خود دارد، ولی این درک با داوری‌های ارزشی همراه است و در بر گیرنده، میزانی از حرمت نفس و خویشتن پذیری می‌باشد (مهرابی زاده هنرمند و وردی، ۱۳۸۲). از این رو عزت نفس با حس اتکا به نفس، احساس ارزشمندی و خود پنداره فردی ارتباط معنی داری دارد (هرمزی نژاد، ۱۳۸۰).

### تعریف عملیاتی متغیرها

**درمان چند وجهی اسلامی:** منظور از الگوی چند وجهی اسلامی شیوه‌ها و روش‌های درمانی است، که بر اساس آیین دین مبین اسلام برای درمان بیماران در این طرح تحقیق به کار رفته است. الگوی چند وجهی اسلامی گروهی مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه می‌باشد.

**افسردگی:** در این پژوهش منظور از افسردگی نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ‌هایش به پرسشنامه افسردگی بک<sup>۳</sup>، فرم کوتاه سیزده سوالی کسب نماید.

**عزت نفس:** در این پژوهش منظور از عزت نفس، نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ‌هایش به پرسشنامه آیزنک<sup>۴</sup> کسب می نماید.

۱ - Depaulo

۲ - Ablow

۳ - Beck Depression Inventory

۴ - Eysenck Self-esteem Inventory

## فصل دوم :

مستند پژوهش