

تبیین فرآیند اثربخشی درمان جامع‌نگر دینی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۲۸

هاجر طیبی^۱، عبدالزهرا نعامی^۲، یداله زرگر^۳، حمید فرهادی راد^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین فرآیند اثربخشی درمان جامع‌نگر دینی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر انجام شده است. روش پژوهش، نظریه برخاسته از داده‌ها است که با روش کدگذاری «اشترواس» و «کوربین» تحلیل شد. افراد نمونه شامل یازده نفر از دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بودند. این افراد با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از دریافت هشت جلسه درمان جامع‌نگر دینی، از آنان درباره فرآیند اثربخشی این درمان مصاحبه به عمل آمد. براساس نتایج، محورهای محتوای درمانی جلسات و اثر حضور در گروه، به عنوان محورهای علی شناسایی شد. راهبرد تقویت، شامل بعد زیستی، اجتماعی، روانی، معنوی و همچنین علاقه و ایمان درمانگر و تشویق مراجعان به اعتماد و سخن‌گفتن در گروه بود. شرایط زمینه‌ای عبارت بود از: عوامل محیطی، ساختاری، خانوادگی، فرهنگی و فردی. شرایط واسطه‌ای یا مداخله‌گر نیز ضعف اعتقادات معنوی و اعتماد نکردن بود. درمان جامع‌نگر دینی، دستاوردهایی مثل افزایش توکل، ایمان و امید، احساس عامل بودن، تغییر نگرش به زندگی و بهبود عملکرد داشت. با اتکا به نتایج می‌توان به تأثیر دین و چگونگی اثربخشی آن در فرآیند درمان مراجعان پی برد.

واژگان کلیدی: درمان جامع‌نگر دینی، دانشجویان دختر، پژوهش کیفی.

۱. دانشجوی دوره دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: hajartayebi@gmail.com

۲. دانشیار روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

Email: naamiabdul@yahoo.com

۳. دانشیار روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

Email: zargar_y@scu.ac.ir

۴. استادیار مدیریت آموزشی، عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

Email: hfarhadirad@gmail.com

۱. مقدمه

شیوع اختلالات روانی از جمله افسردگی، آسیب‌های جدی برای جوامع دارد و یافتن راه‌هایی برای مقابله مؤثر با آنها ضروری است. مطالعه‌ای اخیر در آمریکا، شیوع طول عمر این اختلال را ۱۶٪ و شیوع ۱۲ ماهه آن را ۶/۶٪ گزارش کرده است (کسلر^۱، ۲۰۰۳، به نقل از چان^۲، ۲۰۰۶). خلق پایین در افراد با نشانه‌هایی مثل کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار خودکشی، تغییر در سطح فعالیت و توانایی‌های شناختی همچنین تغییر در تکلم و اعمال نباتی (مثل خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر ریتم‌های بیولوژیکی) همراه است و در بیشتر مواقع منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود (سادوک، و سادوک^۳، ۱۳۸۸).

افسردگی اختلال ناهمگونی است که عوامل گوناگونی دارد (کلارک^۴، ۲۰۰۷) از جمله ژنتیک یا رویدادهای پرفشار زندگی (دوبلینگ^۵، ۲۰۰۰)، همچنین نشخوار فکری با افزایش خلق افسرده رابطه دارد (مولدز^۶، و دیگران، ۲۰۰۷، ۴۵/۲۵۱-۲۶۱). این احتمال که افراد درگیر با افکار نشخواری به راه‌حل‌های مفید برای مقابله با مشکلات و وقایع منفی زندگی دست یابند، بسیار کم است (لامبرسکی^۷، و کچ^۸، ۲۰۰۴-۲۱، ۴۰). براین اساس، اهمیت روش درمانی این اختلال روشن است. تا کنون، برای درمان اختلالات و تسکین آلام روانی بشر، رویکردها، نظریه‌ها، شیوه‌ها و فنون فراوانی از سوی روانشناسان و درمانگران ارائه شده است، اما هنوز هیچ توافقی در مورد روش‌های کاهش رنج آدمی و بهبود فرایند رشد و شکوفایی او وجود ندارد. در این میان یکی از درمان‌های مؤثر برای مقابله با فشارهای روانی، درمان‌های دینی است. دانشمندان معتقدند که علایق مذهبی و باورهای دینی در کاهش یا حتی رفع بیماری‌های مختلف روحی و جسمی نقش بسزایی دارد. تجربه‌های معنوی می‌توانند باعث رشد روان‌شناختی

1. Kessler
2. Chan
3. Sadock & Sadock
4. Clark
5. Doebbeling
6. Moulds
7. Lyubomirsky
8. Tkach

فرد شوند (وقان^۱، ۱۹۹۱، ۲/۱۰۵-۱۱۹). همچنین دین، باعث معنا بخشی به زندگی می شود (آگیل^۲، ۲۰۰۰). حجم عظیم و فزاینده تحقیقات و پژوهش های انجام شده درباره مؤلفه های گوناگون دینی و معنوی و رابطه آنها با سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی بسیار معنادار است (کاکس^۳، و هافمن^۴، ۲۰۰۵، شولتز^۵، و ساندریج^۶، ۲۰۰۶؛ لینز^۷، ۲۰۰۶؛ لونتال^۸، ۲۰۰۷). این دست پژوهش ها در ایران نیز اثربخشی درمان های اسلامی را در بهبود مشکلات روانی نشان می دهد (رعایی^۹، دلاور^{۱۰}، و فرخی^{۱۱}، ۱۳۸۹؛ بهرامی دشتکی^{۱۲}، ۱۳۸۵؛ حمدیه^{۱۳}، ۱۳۸۷؛ سلگی^{۱۴}، ۱۳۸۹؛ غلامی^{۱۵}، ۱۳۹۰؛ یعقوبی^{۱۶}، ۱۳۹۱). چون ایمان به خداوند و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین کننده ای در حل تعارض های درونی، یکپارچه سازی شخصیت، کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی دارد، می توان از آن در فرایند درمان اختلالات روانی و نابهنجاری های رفتاری سود جست (وست^{۱۷}، ۱۳۸۳). پژوهش ها نشان داده است، در صورتی که باورها و ارزش های دینی، درونی شده باشند و فرد به صورت اصیل و واقعی آنها را پذیرفته باشد، ارزش های دینی بیش از سایر ارزش ها، توانایی ایجاد همسویی و وحدت بخشی در شخصیت را دارند (شرمن^{۱۸}، و سیمنتون^{۱۹}، ۲۰۰۲). به نقل از شریفی نیا، ۱۳۸۶)

وجه تمایز درمان های دینی بر درمان هایی مثل رفتار درمانی و روانکاوای که از نظر آنها انسان تحت تأثیر جبر محیط است، این می باشد که در درمان دینی، انسان می تواند با استفاده از عقل و اراده خود بر عوامل محیطی فائق آید و سلامت روانش را ارتقا بخشد (فقیهی، شکوهی یکتا و غباری بناب، ۱۳۹۰). از مهم ترین نکات در متمایز کردن رویکردهای درمانی رایج، در مقایسه با درمان های دینی، محوریتی است که به انسان، مستقل از خدا تعلق می گیرد.

1. Voughan
2. Argyle
3. Cox & Cox
4. Haffman
5. Shults
6. Sandage
7. Lines
8. Lowenthal
9. West
10. Sherman
11. Simonton

چنانکه برگین (۱۹۸۰) می‌گوید: «در فضای کار بالینی، انسان و رضایت او محوریت دارد». در حالی که در فضای دینی، خدا و اطاعت او محور است.

در درمان جامع‌نگر دینی، درمانگر گرایش‌های دینی خود را در هیچ شرایطی مخفی نمی‌کند در حالی که در بسیاری از رویکردهای معنوی معاصر از جمله رویکرد ریچاردز^۱ و برگین چنین نیست. آنها دو نوع روش درمان را طرح می‌کنند: روش جهانی که در آن درمانگر گرایش‌های مذهبی خود را افشا نمی‌کند؛ و روش درمانی فرامذهبی که مخصوص مراجعانی است که اعضای اتحادیه خاص مذهبی‌اند و درمان به صورت عملی‌تر، چالش‌برانگیزتر و آموزشی‌تر است (شیخ نظامی، ۱۳۸۵). نکته حائز اهمیت دیگر این است که در درمان‌های دینی، درمان یک فعالیت ایمانی مبتنی بر عشق است، نه کاربرد خشک فنون و تکنیک‌های درمانی؛ درمانگر باید همواره حضور خدا را حس کند و از فرهنگ، باورها و ارزش‌های مراجع آگاه باشد. همه موارد فوق جامع بودن رویکرد دینی و اسلامی را در مقایسه با سایر رویکردها نشان می‌دهد.

در تعریف درمان جامع‌نگر دینی باید گفت که این روش در محتوا از آموزه‌های اخلاقی و عرفانی دین اسلام بهره می‌گیرد و به اموری مثل معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به خداوند، رضایت به داشته‌ها و آنچه مقدر پروردگار است، توجه به تدبیرات الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه دنیا، مقدمه آخرت است توجه و تأکید دارد (فقیهی، غباری بناب، و قاسمی پور، ۱۳۸۶). برنامه جامع‌نگر دینی، هشت جلسه گروه‌درمانی است که دربرگیرنده چند جلسه آموزشی و تمرین‌های رفتاری، با توجه و تأکید به هدف و معنای زندگی از منظر دین است. رویکرد موردنظر در پژوهش حاضر در مقایسه با رویکردهای موجود در زمینه درمان‌های معنوی داخل و خارج از ایران، با تأکید بیشتر بر معاد و فلسفه زندگی مورد بررسی قرار گرفته است. این تأکید با استناد به آیات قرآن کریم مبنی بر اصرار نبودن این جهان و درنظر گرفتن افسردگی و اضطراب دانشجویان است. این درمان، برگرفته از الگوی چندوجهی اسلامی فقیهی و همکاران (۱۳۸۶)، درمان یکپارچه توحیدی شریفی‌نیا (۱۳۸۶) و بهره‌گیری پژوهش‌گزار از آیات و روایات اسلامی است و محتوای آن برگرفته از وحی است.

1. Richards

در این روش درمانی مفهوم دین به سیستم ارزشی وحدت‌بخشی اشاره دارد که جهت و سوی زندگی انسان را مشخص می‌کند و چنین نیست که فرد در اهداف کوتاه‌مدت غرق شود و به بن‌بست برسد. در این رویکرد، تنها راه سعادت، نگاه آخرت‌گرایانه است که تأکید می‌کند این دنیا مقصد و موطن انسان نیست. به عبارت دیگر در درمان اسلامی، به درک واقعیت زندگی دنیا و معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی توجه می‌شود (فقیهی، غباری بناب، و قاسمی پور، ۱۳۸۶).

درمان جامع‌نگردینی با درمان‌های معنوی غرب تمایزات روشنی دارد. در واقع تمامی رویکردها در روان‌درمانی غربی با نگاه دنیاگرایانه‌ی خود، دارای این نقص و خلأ اساسی هستند که انسان را برای لذت و رفاه و آرامش در این جهان تربیت می‌کنند. در این میان حتی معنویت‌درمانی غربی نیز دغدغه‌ی معاد را ندارد. مثلاً وست (۱۳۸۳) درمان معنوی را چنین تعریف می‌کند: «در درمان معنوی باید به بررسی پدیده جریان انرژی در داخل و خارج بدن (که بخشی از آیین بودائی است و شامل روش‌های عملی مراقبه است) توجه شود».

همچنین روولد^۱ (۲۰۱۱، به نقل از ویسی، ۱۳۹۲) نیز درباره درمان‌های دینی عقیده دارد که «خود» در مرکز جهان قرار داده نمی‌شود. وی ارزش زیادی برای قدرت زیبایی‌شناسی و تماس با طبیعت قائل است و بر هشیاری و آگاهی، سکوت و تنهایی تأکید دارد. همچنین به درک همدلانه و ارائه خدمات به دیگران و ارزش درمانی شرم، اهمیت می‌دهد. در این تعریف، به روشنی دیده می‌شود که درمان‌های معنوی در غرب، خالی از مضامین و حیانی هستند، هرچند بیش از سایر درمان‌های سکولار از معنویت سخن می‌گویند، این معنویت جنبه فردی دارد، نه عینی.

درباره اهمیت پژوهش حاضر باید گفت که بررسی‌ها گویای آن است که در کشورهای رو به رشد، شیوع بیماری‌های روانی پس از بیماری‌های عفونی، مقام دوم را دارد (احسان منش، ۱۳۸۰). در ایران نیز هر سال حداقل یک میلیون نفر از مردم به افسردگی قابل تشخیص مبتلا می‌شوند و این میزان به دلایل متعددی رو به افزایش است (فدایی، ۱۳۷۱، به نقل از زحمتکش، ۱۳۸۶). آسیب‌های روانی مانند آسیب‌های جسمی اگر به موقع و به سرعت تشخیص داده نشوند

و تدابیر درمانی لازم برای آنها صورت نگیرد، پیامدهای ناگواری برای خانواده و اجتماع خواهد داشت (بحرینیان، ۱۳۸۲). از جمله تدابیر درمانی مناسب، بهره‌گیری از درمان‌های دینی است. ماهیت پیچیده جوامع نوین باعث شده است که نیازهای معنوی در برابر خواسته‌های مادی اهمیت بیشتری بیابد و روانشناسان دریابند که استفاده از روش‌های سنتی برای درمان کافی نیست و علم نمی‌تواند پاسخگوی همه سؤال‌های انسان باشد. اهمیت توجه به دین بر کمتر فردی پوشیده است؛ خداوند دین را روش زندگی برای انسان در نظر گرفته است (رفعی عیسی، ۱۳۸۵). همچنین در جامعه ایران، مشکلات روانی طیف وسیعی از درمان‌جویان با دین‌گره خورده است؛ مشکلاتی مثل احساس گناه‌های دینی یا تردید در عدالت پروردگار که اگر درمانگر اطلاعات کافی درباره این موضوعات داشته باشد، در پیشبرد درمان موفق‌تر خواهد بود. در درمان جامع‌نگر دینی، روان‌درمانگر باید شرایط لازم را داشته باشد از جمله اینکه با مراجعین مسلمان آشنا باشد؛ زیرا ممکن است نظریه‌ها و کلیشه‌های درمان‌های جوامع غیرمسلمان را برای مراجعین مسلمان به کار برد و سبب خطاهای تشخیصی و شکست درمان شود (واثق، ۲۰۰۹). در این روش درمانی، اگر درمانگر دغدغه خالصانه و صادقانه برای کمک به مراجعان نداشته باشد و در باور و رفتارهایش به دین اسلام پایبند نباشد، در کار بالینی خود موفق نخواهد بود؛ چون همه مراجعان از درمانگران انتظار دارند اعتقادات مذهبی آنها را محترم و با ارزش بشمرند و آنها را درک کنند. درمان‌های دینی در جوامع دین‌دار می‌تواند احساس رضایت و خشنودی بیشتری را برای مراجعان داشته باشد.

این درمان برای درمان‌جویانی که اعتقادات دینی دارند، اثربخشی بیشتری دارد. اعتقادات و دینداری بالای درمانجو، پیروی مراجعان از درمان و قبول کردن توصیه‌های درمانگر یا حتی مراجعه برای ادامه درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دماری، ۱۳۸۸). حتی برخی پژوهش‌ها بیانگر آن است که درمان‌های مذهبی، تنها بر افراد مذهبی مؤثر است و تأثیر آن بر افراد غیرمذهبی ثابت نشده است (کوئینگ، ۱۳۹۴).

از دست دادن سلامت معنوی و کشمکش‌های مذهبی، سلامت روانی و جسمانی پایین‌تری را پیش‌بینی می‌کند و حتی ممکن است فرد را به خاتمه دادن به زندگی ترغیب

کند (کونینگ، ۱۳۹۴). اگر درمانگر، رفتار صادقانه و خالصانه نداشته باشد و بر روش درمانی جامع‌نگر دینی مسلط نباشد، ممکن است سبب رویگردانی مراجع از این شیوه درمانی شود یا حتی تأثیر درمانی معکوس داشته باشد.

برخلاف اهمیت فعالیت‌های دینی و همچنین دین‌گرا بودن جامعه ایران پژوهش‌های محدودی در این حوزه انجام شده است. البته باید تأکید کرد که درمان جامع‌نگر دینی درمانی نوین است؛ درمان‌های دینی و معنوی با معنا و جهت دادن به زندگی، قدرت زیادی را در تسکین اضطراب و افسردگی افراد دارند. از آنجا که آینده کشور به دست دانشجویان رقم می‌خورد، توجه به سلامت روان آنها، اهمیت ویژه‌ای دارد. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که دلایل تأثیر درمان جامع‌نگر دینی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر چیست؟

۲. شیوه اجرا

روش پژوهش حاضر، نظریه‌برخاسته از داده‌ها با روش تحلیل کدگذاری اشرواس و کوربین است. مقوله‌ها از درون مصاحبه‌ها استخراج گردید و در نهایت الگو و مدل پژوهش به دست آمد. در این پژوهش، پس از تهیه متن نوشتاری از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان، محتوای آشکار و پنهان داده‌های به دست آمده از گفته‌ها و نوشته‌ها، بررسی شد. هدف این بررسی، کشف ارتباط درونی اجزا و عناصر تشکیل دهنده داده‌ها، دستیابی به قصد واقعی مصاحبه‌شونده، یافتن شرایط و محیطی که با داده‌ها مرتبط است و در نهایت، ارائه نتایج واقع‌بینانه بود. در فرآیند تحلیل داده‌ها از کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی استفاده شد. با بهره‌گیری از کدهای باز، مفاهیم ساخته شدند؛ سپس مقوله‌ها از مفاهیم مشترک استخراج شد. در کدگذاری محوری، یکی از مقوله‌ها به عنوان مقوله اصلی انتخاب شد و سایر مقوله‌ها به آن مربوط شدند، سپس در کدگذاری انتخابی، مفاهیم و مقوله‌های تولید شد به یکدیگر ارتباط داده شد و چارچوب اولیه نظریه تشکیل گردید.

۳. نتایج و یافته‌ها

پس از تهیه متن مصاحبه‌ها، اظهارات مراجعان به صورت عبارات انتزاعی با عنوان کدهای

باز نگاشته شد، سپس کدهای مشابه به صورت کدهای محوری دسته‌بندی گردید که در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مقوله‌های محوری و کدهای باز مربوط به آنها

مقوله‌های محوری	کدهای باز
محتوای درمانی جلسات	<ul style="list-style-type: none"> • مسئول بودن انسان • قدیر و خیرخواه بودن خدا • بخشش دیگران
اثر حضور در گروه	<ul style="list-style-type: none"> • صحبت در جو صمیمانه و دوستانه • عدم قضاوت و رازداری • یادگیری از دیگران • احساس عمومیت داشتن و شباهت مشکلات
عوامل محیطی	<ul style="list-style-type: none"> • شرایط زمانی و مکانی
عوامل ساختاری	<ul style="list-style-type: none"> • کم بودن تعداد جلسات
عوامل خانوادگی	<ul style="list-style-type: none"> • سرزنش‌ها و تحقیرهای خانواده
عوامل فرهنگی	<ul style="list-style-type: none"> • نگاه منفی و سلطه‌گرانه به زن
عوامل فردی	<ul style="list-style-type: none"> • فقر انگیزشی • فقرشناختی و مهارتی • عدم آشنایی قبلی با گروه درمانی • درگیری با موضوعات عاطفی (خارج از گروه) • نادیده گرفتن توانایی‌ها و استعدادها • قدرت کلامی محدود • افکار خودکشی • روابط اجتماعی محدود
اثر بخشی درمان جامع‌نگر دینی	<ul style="list-style-type: none"> • بحث‌های راجع به ابعاد مختلف انسان • بحث‌های دینی درباره نگرش آخرت‌گرایانه
ضعف اعتقادات معنوی	<ul style="list-style-type: none"> • عدم اعتقاد به نماز • عدم اعتقاد به بهشت و جهنم
اعتماد نکردن	<ul style="list-style-type: none"> • درونگرا بودن
تقویت چهار بعد	<ul style="list-style-type: none"> • زیستی، اجتماعی، روانی، معنوی
علاقه و ایمان درمانگر	<ul style="list-style-type: none"> • حرف‌های درمانگر • مهربانی، خوشرویی و تلاش صادقانه درمانگر
تشویق به اعتماد و گفتن	<ul style="list-style-type: none"> • راهبرد درمانگر

<ul style="list-style-type: none"> • عدم مقصدانستن خداوند • احساس قوی تر شدن در پی توکل به خداوند 	افزایش توکل، امید و ایمان
<ul style="list-style-type: none"> • خود فرد مسئول پیروزی‌ها و شکست‌هاست • رفتار خود انسان تعامل دیگران را با او رقم می‌زند • می‌توان خود را تغییر داد 	احساس عامل بودن
<ul style="list-style-type: none"> • سهل‌گیرتر و واقع‌بین تر شدن 	تغییر نگرش به زندگی
<ul style="list-style-type: none"> • افزایش اعتماد به نفس • قدردان داشته‌ها بودن به ویژه والدین • صمیمی تر شدن با هم اتاقی‌ها 	بهبود عملکرد
<ul style="list-style-type: none"> • احساس خوشحالی و لذت • احساس آرامش 	افزایش نشاط و کاهش افسردگی

با توجه به اطلاعات به دست آمده در مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی، الگو و مدل پژوهش ترسیم و ارائه شد.



همانطور که در این الگو مشاهده می‌شود، شرایط علی، شرایطی است که علت یا علل اصلی شکل دهنده پیامد تصور می‌شود و بر مقوله محوری پژوهش تأثیر دارد که به شرح زیر است:

• محتوای درمانی جلسات

آموزه‌های دینی، جهت‌گیری زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی دغدغه‌های مادی جای خود را به آخرت‌گرایی می‌دهد، زندگی فرد متفاوت خواهد شد.

• اثر حضور در گروه

گروه درمانی، اثرات مثبت زیادی بر مراجعان دارد، برای مثال افراد احساس می‌کنند که مشکل آنها عمومیت دارد و سایرین نیز برای حل مشکلاتشان راه‌حل‌هایی دارند که برای آنان نیز قابل استفاده است. در جلسات درمانی پژوهش حاضر، کلیه شرکت‌کنندگان از اینکه در محیطی صمیمی، راحت حرف زده و سخنان سایرین را نیز شنیدند، راضی بودند. پژوهش‌های کمی، پاسخی برای سؤالاتی مثل «اثر بخشی چگونه و در چه فرایندی روی می‌دهد؟» دارند. با توجه به اینکه مقوله محوری پژوهش حاضر اثر بخشی درمان جامع‌نگر دینی است. این پژوهش به‌طور محوری به بررسی کیفی اثر بخشی درمان جامع‌نگر دینی پرداخته است. برای اثر بخشی یک شیوه درمانی، عوامل متعددی نقش دارند و محتوای درمانی به تنهایی همه فرایند اثر بخشی را تبیین نمی‌کند. شناسایی عوامل و شرایط تأثیرگذار در یک شیوه درمانی، از قدرت پژوهش کمی گرایانه خارج است.

در فرایند انجام پژوهش حاضر، پژوهشگر پس از بررسی و دستیابی شرایط علی، به شرایط زمینه‌ای دست یافت. شرایط زمینه‌ای، علل محیطی است که اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش داشتند و بر راهبردهای پژوهش مؤثر بود. برخی از این شرایط عبارتند از:

• عوامل محیطی

عواملی که مربوط به محیط پیرامون اعم از زمان و مکان بوده است، عوامل محیطی را تشکیل می‌دهد. مثل سرما، گرما و... در حقیقت، بعضی عوامل نه به ویژگی‌های درمانگر مربوط می‌شود و نه به محتوا و ساختار جلسات درمان، و نه به ویژگی‌های فردی درمانجویان، بلکه

وابسته به شرایط بیرونی است که اغلب اوقات قابل تغییر نیست. عوامل و محدودیت‌های محیطی در زمان درمان، نوعی درگیری ذهنی برای برخی از مراجعان ایجاد می‌کند.

• عوامل ساختاری

عوامل ساختاری مربوط به ساختار جلسات است و به محتوای اصلی جلسات درمان مربوط نیست، مثل تعداد جلسات. در گروه درمانی پژوهش حاضر، تمامی جلسات قبل از تعطیلات نوروزی شروع شد و در همان مقطع زمانی پایان یافت؛ درمانگر معتقد بود که اگر ادامه جلسات به بعد از تعطیلات موکول شود، انسجام گروهی تحت شعاع قرار می‌گیرد.

• عوامل خانوادگی

عوامل خانوادگی، از جمله عوامل قبل از شروع درمان است. بسیاری از مراجعان از برخی بی‌ملاحظگی‌های خانواده‌هایشان سخن می‌گویند. عوامل مثل سرزنش، عدم حمایت، گرم و صمیمی بودن خانواده یا برعکس. بی‌شک خانواده گرم، صمیمی و حمایت‌گر می‌تواند نقش پیشگیری‌کننده داشته باشد یا در بهبود اختلالات و مشکلات روحی و عاطفی مؤثر واقع شود و خانواده سرد و سخت می‌تواند عامل ایجاد و پایداری بسیاری مشکلات روانی باشد.

• عوامل فرهنگی

شرایط و محیط فرهنگی و قومی مراجعان نیز موضوعی است که بر همه مراجعان تأثیرات ویژه‌ای دارد. گاهی عبور از برخی آداب و رسوم غلط فرهنگی برای مراجعان و حتی افراد بدون اختلال روانی، بسیار دشوار است و فرد را با چالش‌های مهمی در زندگی مواجه می‌کند.

• عوامل فردی

فقر شناختی و مهارتی، چالش‌های زندگی را برای درمانجویان بیشتر می‌کند. برخی عوامل مربوط به ویژگی‌های فردی و شخصیتی درمانجویان است که راهبردها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله این عوامل در پژوهش حاضر فقر انگیزشی است. برخی از مراجعان انگیزه و امید کافی برای تغییر نداشتند که این سرعت پیشرفت جلسات را کند می‌کرد.

همچنین هیچ‌یک از آنها آشنایی قبلی با گروه درمانی نداشتند و این موضوع روند اثربخشی جلسات را تحت تأثیر قرار می‌داد. همچنین دو نفر از شرکت‌کنندگان، درگیری

ذهنی با موضوعات عاطفی را مانعی برای همراه شدن بیشتر با تحولات گروه می‌دانستند. باید افزود بسیاری از مراجعان قدرت کلامی محدودی داشتند. افکار خودکشی از دیگر موضوعاتی بود که در سه یا چهار نفر از درمانجویان دیده می‌شد. بسیاری از مراجعان توانایی‌ها و استعداد‌های خود را نادیده می‌گرفتند و روابط اجتماعی محدودی داشتند. عوامل واسطه‌ای یا مداخله‌گر هم بر راهبردهای درمانی مؤثرند، با این تفاوت که این عوامل شرایطی عمومی هستند و خاص این پژوهش نیست. برخی از این عوامل عبارتند از:

• ضعف اعتقادات معنوی

از عوامل و شرایط مداخله‌گر که می‌تواند بر راهبردهای درمانی مؤثر باشد اعتقادات معنوی و دینی منفی برخی از اعضای گروه است. در جامعه ایران، افکار مخالف مذهب نیز وجود دارد و حتی برخی هر مشکلی را با این موضوع مرتبط می‌دانند. فردی که در چنین جوی زندگی می‌کند ممکن است دیدگاه خوبی نسبت به مذهب و افراد مذهبی نداشته باشد. گاهی در جلسات درمانی، نوعی مقاومت در برابر دین و حتی پروردگار مشاهده می‌شد. نگاه به پروردگار در برخی از مراجعان، خدای انتقام‌گیرنده بود.

• اعتماد نکردن

برخی ویژگی‌های شخصیتی درمانجویان از جمله درونگرایی و دیراعتماد کردن، از دیگر عوامل مداخله‌گر در درمان است. برخی انسان‌ها راحت اعتماد نمی‌کنند یا دوست ندارند مشکلاتشان را برای دیگران مطرح کنند، حال این موضوع در میان برخی فرهنگ‌ها یا خانواده‌ها و بین خانم‌ها بیشتر دیده می‌شود.

راهبردها، کنش‌ها یا برهم کنش‌های خاصی است که از یک پدیده محوری منتج می‌شود. راهبردها در این پژوهش، بیشتر ناظر به طرح تحقیق و کوشش پژوهشگر برای غالب شدن به عواملی است که ممکن است به خاطر شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر باعث کاهش اثربخشی شوند و در نهایت بر پیامدهای درمان جامع‌نگر دینی مؤثر می‌شوند. راهبردهای ناظر به محتوا شامل توجه به چهار بعد اساسی وجود انسان است؛ بعد زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی. تمامی این ابعاد در قالب دستورهای دینی در این گروه مطرح شد.

از دیگر راهبردها، صمیمیت و ایمان به خدا و علاقه درمانگر به مراجعین است. خلوص درمانگر و علاقه حقیقی او در دستگیری از انسان‌های آشفته یا افسرده و تلاش بی‌وقفه او برای برقراری رابطه درمانی شایسته در این درمان اهمیت بسیاری دارد و بر بسیاری شرایط زمینه‌ای یا مداخله‌گر که می‌توانند تأثیر درمان را بکاهند تا حد زیادی غالب می‌گردد. در واقع یکی از تفاوت‌های درمان دینی با درمان‌های دیگر این است که نیت خالصانه و دعای درمانگر برای خود و مراجعان در فرایند درمان مهم‌تر از تکنیک‌های درمانی رایج است. همچنین درمانجویان، درمانگر را مهربان، خوشرو و پرتلاش توصیف می‌کردند. البته برای برخی درمانجویان عدم راه‌حل‌های روشن و زودبازده در این شیوه درمانی، مورد توجه ویژه‌ای بود. برای مثال دو نفر از مراجعان بیان می‌داشتند که راهکارهای عینی‌تر و جزئی‌تر بهتر است.

تشویق به اعتماد کردن و سخن گفتن در گروه، از دیگر راهبردهای درمانی این پژوهش بود. درمانگر در جلسات مختلف، بر اهمیت سخن گفتن در گروه و تأثیر آن تأکید داشت. اگر درمانجویان راحت صحبت نکنند و مشکلاتشان را در گروه بیان ندارند، احتمال بهره‌گیری از جلسات درمان کاهش می‌یابد. همچنین توجه درمانگر به رازداری، بستری برای تشویق درمانجویان به اعتماد کردن به درمانگر و گروه بود.

درمان جامع‌نگر دینی پیامدهای مثبتی داشته است، به طوری که همه شرکت‌کنندگان از شرکت در گروه ابراز رضایت کردند. مراجعان بیان داشتند که در صورت تکرار چنین برنامه‌ای، دوباره در آن شرکت خواهند کرد.

• افزایش ایمان، توکل و امید

درمان جامع‌نگر دینی می‌کوشد که نگاه توحیدی و آخرت‌گرایانه مراجعان را تقویت نماید. این نگاه، باورهای فرد را تعمیق می‌بخشد، خدا را قدير خیر خواهی می‌داند که می‌توان براو تکیه کرد در نتیجه، امید در وجود مراجع، تحقق بیشتری می‌یابد.

در پژوهش حاضر، بسیاری از مراجعان نگاه مثبت‌تری نسبت به پروردگار پیدا کردند، برای مثال یکی از مراجعان بیان داشت: «دیگر خداوند را در مشکلاتم مقصر نمی‌دانم و سرزنش نمی‌کنم و این باعث آرامش بیشتر و لذت بیشتر از زندگی شده است. احساس می‌کنم از زمانی که به او تکیه

کرده‌ام، اراده‌ام قوی‌تر شده است، چون می‌دانم او مرا تنها نمی‌گذارد». درمان جامع‌نگر دینی برای این مبنا استوار است که دین و معنویت بیش از هر مؤلفه و رویکردی می‌تواند به انسان‌ها در عبور از انواع چالش‌های پیچیده زندگی کمک کند. بی‌تردید انسان چون از غیب آگاه نیست و به خیر و شر خود به‌طور کامل واقف نیست، گریزی جز آغوش مهربان دین ندارد.

• احساس عاملیت

از دیگر پیامدهای مثبت درمان جامع‌نگر دینی احساس عاملیت یا عامل بودن است. درمانگر می‌کوشد تا به مراجع بیاموزد که همه تقصیرها را به گردن افراد و شرایط نیندازد تا بدین وسیله بتواند نقش مؤثرتری در تغییر و بهبود شرایط زندگی خود داشته باشد.

• تغییر نگرش به زندگی

نگاه خداپاورانه و آخرت محور، موجب تغییر نگرش در زندگی می‌شود، تا جایی که مراجعان می‌آموزند که با دید مثبت‌ترو واقع‌بینانه‌تری به مشکلات بنگرند. برای مثال یکی از مراجعان در جلسات درمانی این پژوهش بیان داشت: «به زندگی واقع‌بین‌ترو به برخی موضوعات سهل‌گیرتر شده‌ام. فهمیدم درس خواندن همه چیز نیست و زندگی فقط همین یک بعد را ندارد». تغییر برخی افکار و نگرش‌ها برای کاهش برخی از دردهای زندگی ضرورت دارد و اگر تغییر نگرش نباشد، شاید پذیرش و کنار آمدن و حتی فائق آمدن به برخی مشکلات زندگی غیر ممکن یا بسیار سخت باشد.

• بهبود عملکرد

از دیگر اثرات مثبت درمان جامع‌نگر دینی، بهبود عملکرد است. وقتی روح فرد از بسیاری تشویش‌های بی‌ثمر فاصله گیرد، بهبود عملکرد، پیامد مثبت طبیعی دیگر این درمان است. درمان‌های مختلف روانشناختی، بر بهبود عملکرد مراجعان متمرکز است. بهبود عملکرد مراجعان، نشاط آنان و احساس رضایت از زندگی را به همراه دارد.

• افزایش نشاط و کاهش افسردگی

افزایش امید، ایمان و توکل، احساس عامل بودن، تغییر نگرش به زندگی و بهبود عملکرد، به‌طور طبیعی با افزایش نشاط و کاهش افسردگی همراه است. تمرکز درمان جامع‌نگر دینی

برکم کردن وابستگی به دنیا و نگاه معاد محور و متوکلا نه، شرایطی را ایجاد می‌کند که نشاط بیشتری به دنبال دارد؛ چراکه فرد می‌آموزد که یک قدیر خیرخواه مواظب اوست. کاهش افسردگی یکی از اهداف اصلی درمان جامع‌نگر دینی است. درمان دینی، غم را مانع رشد انسان‌ها می‌داند. همانطور که در سوره یونس، آیه ۶۲ آمده است: «الا ان اولیا الله لاخوف علیهم ولا هم یحزنون؛ همانا که دوستان خدا نه غمی دارند و نه اضطرابی».

۴. بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله آشکارا نشان داده شده است که چگونه می‌توان با استفاده از روش‌شناسی نوین به بررسی و تحلیل چگونگی و چرایی و فرایند اثربخشی درمان‌های روانشناختی دست یافت. همچنین تأکید می‌شود که این پژوهش برای اولین بار است که اجرا شده و می‌تواند برای بسیاری از پژوهشگران جهت دهنده و الهام‌بخش باشد. براساس نتایج به دست آمده، مقوله اصلی درمان جامع‌نگر دینی بود. دو مقوله محتوای درمانی جلسات و اثر حضور در گروه، به عنوان مقوله‌های علی‌شناسایی شدند. محتوای درمانی همه جلسات با تأکید بر متون دینی و با هدف تغییر نگرش افراد از فضای دغدغه‌های مادی به آخرت‌گرایی و تلاش برای زندگی دینی است. راهبرد به کار گرفته شده توسط درمانگر، تقویت بعد زیستی، اجتماعی، روانی، معنوی و همچنین علاقه و ایمان درمانگر و تشویق مراجعان به اعتماد و سخن‌گفتن در گروه بود. شرایط زمینه‌ای که در این پژوهش بر راهبردها اثرگذار بود، عبارتند از: عوامل محیطی، عوامل ساختاری، عوامل خانوادگی، عوامل فرهنگی و عوامل فردی. همچنین شرایط واسطه‌ای یا مداخله‌گر که بر به‌طور عمومی مؤثر بر راهبردها عبارتند از: ضعف اعتقادات معنوی و اعتماد نکردن. در نهایت مشخص شد که راهبردهای به کار گرفته شده برای اثربخشی درمان جامع‌نگر دینی، پیامدهایی مثل افزایش توکل، ایمان و امید، احساس عامل بودن، تغییر نگرش به زندگی و بهبود عملکرد دارد. نتایج یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که روش‌های روان‌درمانی با رویکرد اسلامی و بومی شده، می‌تواند در کاهش مشکلات افسردگی مؤثر باشد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت از جمله اینکه برخی رویکردهای درمانی قدمتی بسیار طولانی‌تر از رویکرد جامع‌نگر دینی دارد.

از این رو، منابع علمی و عملی محدودی در اختیار پژوهش‌گر بود. محدودیت دیگر این بود که این پژوهش بر روی جمعیت دانشجویی انجام گرفته است که تعمیم‌پذیری آن را در جمعیت‌های غیر دانشجویی محدود می‌کند. از سوی دیگر، این روش برای گروه‌های افسرده انجام شده و هنوز موفقیت آن در درمان سایر اختلالات روان‌پزشکی مشخص نشده است و همین امر، جامعیت این روش را محدود می‌کند. به درمانگران توصیه می‌شود که از این روش برای درمان سایر مشکلات روان‌پزشکی نیز استفاده کرده و کارایی آن را به صورت روش آموزشی و درمان، تحلیل و بررسی کنند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

*قرآن کریم

۱. احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری بررسی‌های انجام‌شده. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۴(۶)، ۵۴-۶۹.
۲. بحرینیان، عبدالمجید.. و برهانی، حسین (۱۳۸۲). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم. نشریه پژوهش‌های پزشکی، ۴(۲۷)، ۳۰۵-۳۱۲.
۳. بهرامی دشتکی، هاجر،، علیزاده، حمید.. غباری بناب، باقر.. و کرمی، ابولفضل (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان. نشریه پژوهش‌های مشاوره، ۵(۱۹)، ۴۹-۷۲.
۴. حمدیه، مصطفی (۱۳۸۷). تأثیر گروه‌درمانی شناختی- معنوی بر میزان افسردگی. نشریه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳(۵)، ۳۸۳-۳۸۹.
۵. دمازی، بهزاد (۱۳۸۸). سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه.
۶. رعایی، فرزانه.. دلاور، علی.. و فرخی، نورعلی (۱۳۸۹). فراتحلیل تحقیقات انجام‌شده در حوزه اضطراب و افسردگی. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۱(۴)، ۸۹-۱۱۰.
۷. زرقعی عیسی، محمد (۱۳۸۵). به سوی اسلامی سازی روانشناسی. ترجمه حبیب‌الله نوری. نشریه حوزه و دانشگاه، ۴۸(۱۳)، ۷۷-۱۰۸.
۸. زحمتکش، وجیهه.. و زمانی، رضا (۱۳۸۶). رابطه افکار مثبت و منفی اتوماتیک با افسردگی. نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳(۳۷)، ۲۱-۴۰.
۹. سادوک، بینامین.. و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی. مترجم: پورافکاری، نصرت‌الله. تهران: انتشارات شهرآب.
۱۰. سلگی، زهرا (۱۳۸۹). عمل به باورهای دینی و سبک مقابله با استرس. مجموعه مقالات پنجمین سیمینار سراسری بهداشت روانی، تهران.
۱۱. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۶). مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان. نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳(۳۷)، ۴۱-۷۲.
۱۲. شیخ نظامی، سمانه (۱۳۸۵). بررسی، تحلیل و مقایسه سه رویکرد معنوی. مذهبی معاصر در روان‌درمانی. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد.
۱۳. غلامی، علی (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳۱(۳)، ۳۳۱-۳۴۸.
۱۴. فقیهی، علی‌نقی..، شکوهی یکتا، محسن.. و غباری بناب، باقر (۱۳۹۰). رویکرد اسلامی به انسان و بازتاب آن در سلامت روان. چکیده مقالات کنگره بین‌المللی روانشناسی، دین و فرهنگ، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران و دانشگاه تهران.
۱۵. فقیهی، علی‌نقی..، غباری بناب، باقر.. و قاسمی‌پور، بدالله (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱(۱)، ۶۹-۸۶.
۱۶. کوئینگ، هارولد (۱۳۹۴). ایمان و سلامت روان. مترجم: طهماسبی‌پور، نجف.. و شعبانی، محمد. تهران: انتشارات آوای نور.
۱۷. وست، ویلیام (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت. مترجم: شهیدی، شهریار.. و شیرافکن، سلطانه‌علی. تهران: انتشارات رشد.
۱۸. ویسی، شوبو (۱۳۹۲). اثربخشی درمان رویکرد چندوجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز.
۱۹. یعقوبی، حسن.. فرامرزی، سهراب.. و محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. نشریه تحقیقات علوم رفتاری، ۲(۱۰)، ۹۹-۱۰۷.

20. Argyle, M. (2000). *Psychology and religion*. London: Routledge.

21. Bergin, A.E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Amcap Journal*, 48: 3-11.

22. Chan, E.K. (2006). *Efficacy of cognitive-behavioral, pharmacological and combine treatment of depression: A meta-analysis*. PhD thesis, University of Calgary, Canada.

23. Clark, T.C. (2007). *Factors associated with reduced depression and suicide risk among moari high school students of New Ziland*. PhD thesis, University of Minesota, USA.
24. Cox, R.H., Cox, B.E., & Hoffman, L. (2005). *Spirituality and psychological health*. Colorado: Colorado School of professional psychology Press.
25. Dobbeling, C.C. (2000). *Epidemiology, risk factors & pereventio*. American: College of Physitions.
26. Lines, D. (2006). *Spirituality in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
27. Loewenethal, K.M. (2007). *Religion, culture and mental health*. New York: Cambridge University Press.
28. Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequence of disphoric rumination, In Papagiorgiou, C. & A. Wells Eds, *Depression rumination: Nature, theory and treatment*. New York. Wiley. 21-40.
29. Moulds, M. C., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A.C.M. (2007). The relationship between rumination. avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviuor reaserch and therapy*. 45: 251-261.
30. Shults, F.L., & Sandage, S.J. (2006). *Transforming spirituality: Integrating theology and psycholog*. Michigan, Baker Academic.
31. Vaughan, F. (1991). Spritual issues in psychotherapy .*The Journal of Transpersonal Psychology*, 2 (23), 105-119.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

پژوهش نامه اسلامی زمان و خالواده

