

بررسی مقدماتی تغییرات نگرش و افسردگی در دانشجویان پزشکی با کاربرد آموزش گروهی اصول رشد

AN ELEMENTARY STUDY ON THE ATTITUDE MODIFICATION AND DEPRESSION OF MEDICAL STUDENTS BY GROUP EDUCATION OF THE FUNDAMENTALS OF DEVELOPMENT

Hosseini SA, MD ; Ghaispoor A, MD ; Hosseinalizadeh MR, MD

The role of cultural aspects on psychotherapy and counseling has been confirmed in a vast dimension. Zuzuki & Alexander (1995) believe that all counselings are accomplished in a cultural milleu, and culture has a very important role in these trends which acts insidiously. It is the duty of Moslem research workers to elicit the role of Islamic education on psychotherapy and counseling. The first author who worked on this trend over the past 30 years has published books and papers in this field and has directed the study with the help of two general practitioners.

(PBUH),

has allowed or for what He has forbidden. In another verse of the Quran, when God put His aim of the Quran in

remember them, the first author summarized them in 40 Basic Principles which have been discussed in his books either in detail or abstract. The abstract of this principle was given to the medical students during their clinical course in the Psychiatric Department and was discussed in 3 two-hour sessions. This study was done during one year on 162 medical students. We used a very open atmosphere. Beck Inventory and Dysfunction Attitude Scale (DAS) were used before the beginning and after these interventions. The results show a significant difference for the rate of depressio

confirm the effect of Divine instruction to modify depression and attitude dysfunction. It should, however, be restudied in a larger group and should be compared with a control group.

نکات کلیدی:

سبک و روش زندگی، استاندارد، اصول رشد،
مهارتهای زندگی، بک (Beck)، معیار اختلال در نگرش
(DAS)

بررسی مقدماتی تغییرات نگرش و افسردگی در دانشجویان پزشکی با کاربرد آموزش گروهی اصول رشد

دکتر سید ابوالقاسم حسینی

استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر ابوالفضل غیث پور

پزشک عمومی

دکتر محمد رضا حسینعلی زاده

پزشکی عمومی

مقدمه:

فطرت اصلی که دارای طبیعت کمال گرایانه است، کل شخصیت را نسبت به دست یابی به رشد و تکامل، قدرت و علم تحریک می کند.

فطرت تبعی بعدی از فطرت است که از هرگونه نقص منزجر و متنفر است.

این محقق معتقد است که شهوت با فطرت در تضاد است و موجب محبوب ساختن آن می گردد و اعزاز پیامبران الهی را بر اساس بشارت و انذار به منظور از بین بردن این حجاب ها و کمک به بشر، در مسیر کمال تلقی می کند و کلیه آموزش های الهی را در رابطه با فطرت می داند و چنین ادامه می دهد:

“بعضی از آموزش های پیامبران الهی مانند توحید، مستقیماً مورد پذیرش فطرت اصلی قرار می گیرند. دسته ای از احکام پیامبران الهی که به صورت نهی از کفر و کارهای زشت صادر گردیده اند، منطبق با مقتضیات فطرت تبعی می باشند و در نتیجه حجاب هائی را که مانع رشد می گردند از بین می برند، فطرت راتقویت می کنند و انسان را در مسیر رشد قرار می دهند. پس کلیه تعالیم دینی، همه الطاف الهی و داروهای ربانی برای درمان روان های بیمار و دل های ناخوش می باشند و پیامبران الهی اطبای نفوس و مربیان ارواح اند که آن ها را از تاریکی ها به نور و از نقص به کمال رهنمون می شوند.” (۷)

علامه طباطبائی نیز معتقد است که “کلیه دستورات دینی، راهی برای پرداختن و اشتغال به امر نفس می باشند و قوانین فطری، عامل از بین بردن نقص و رسیدن به کمال می باشند و هرکدام یکی از نیازهای حقیقی انسان را برآورده می نمایند. پذیرش توحید و عمل به قوانین دین فطری، نیروهای فطری را شکوفان می کند و ظرفیت روانی فرد را گسترش می دهد و در صورت عدم پذیرش آن ظرفیت روانی او بسیار محدود خواهد بود و قدرت توجیه جهان هستی را از دست خواهد داد و احساس های ناخوشایند و زندگی تیره و تار خواهد داشت” (۱۰).

به طور خلاصه به نظر می رسد زندگی انسان دارای قوانین قطعی است که کاربرد آن ها موجب امنیت خاطر و

نقش جنبه های فرهنگی در روان درمانی و مشاوره اینک در مقیاس وسیعی مورد توجه قرار گرفته است. سوزوکی و الکساندر (Suzuki & Alexander- 1995) معتقدند که تمام مشاوره ها در یک زمینه فرهنگی انجام می شوند و فرهنگ به عنوان عاملی مهم وارد عمل می شود که به صورت بی سروصدا و غیر قابل مشاهده نقش خود را ایفا می کند. (۱۶)

این نیاز احساس می شود که ما به عنوان پژوهشگران مسلمان نقش آموزش های اسلامی را در روان درمانی و مشاوره استخراج نمائیم. اینجانب (دکترحسینی) طی حدود سی سال مطالعه در این باره، برداشت های خود را به صورت مقاله ها و کتاب هائی منتشر نموده ام (۱۳و۶-۲) که خلاصه آن ها به صورت یک طرح پژوهشی که با همکاری دونفر از همکاران تهیه شده است، در این مقاله ارائه می گردد.

در قرآن مجید (رعد: ۲۸) آمده است که با یاد خدا قلب ها آرام می گیرند.

امام صادق (ع) در تفسیر آیه فوق می گوید: منظور از مفهوم یاد خدا (ذکر) فقط گفتن سبحان الله و الحمد لله نیست، بلکه یاد خدا در مورد آنچه حلال کرده و آنچه حرام کرده است، می باشد. به عبارت دیگر مفهوم ذکر یعنی تطبیق رفتار ارادی با آموزش های توحیدی که در این صورت “آرامش خاطر” پدید می آید.

وقتی خداوند می خواهد هدف خود را در قرآن مجید در یک کلمه خلاصه کند می فرماید:

“یهدی الی الرشده”. یعنی این کتاب به رشد دعوت می کند. بر این اساس می توان قرآن مجید را به عنوان “کتاب رشد” معرفی نمود.

امام خمینی (رض) فطرت انسان را دارای دو بعد می داند:

۱ فطرت اصلی

۲ فطرت تبعی

بدیهی است اصول فوق عملا شامل تمام آموزش های قرآن مجید، پیامبر (ص) و پیشوایان اسلام می باشند که تنها در صورتی که خلاصه و طبقه بندی شوند، می توان به طور عملی در مورد اهدافی که اشاره شد، از آن ها استفاده نمود.

باید توجه داشت که اصول تکاملی بهداشت روانی را در هر کدام از دسته های اصلی فوق، به صورت های مختلف می توان طبقه بندی نمود. اینجانب با بررسی هایی که در این زمینه نموده ام و در ضمن چند دوره تدریس این اصول در دانشکده های علوم تربیتی، پزشکی و دانشگاه تربیت مدرس، طبقه بندی زیر را پیشنهاد می نمایم:

- ۱ اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان و خدا:
اصل اول اصل توحید یعنی تطبیق رفتار ارادی با آموزش های توحیدی
- اصل دوم** اصل لزوم قضاوت براساس علم و بی اعتبار بودن حدس و گمان و تخمین
- اصل سوم** اصل هدف دار بودن جهان هستی و دست یابی به رشد و تکامل (فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام)
- اصل چهارم** اصل نظارت خداوند بر انسان، دخالت او در امور و تصادفی نبودن رویدادها
- اصل پنجم** اصل پاداش، مجازات و جبران
- اصل ششم** اصل لزوم توجه به نعمت های خدادادی و جنبه های مثبت زندگی و شکرگزاری
- ۲ اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان با خود:
اصل هفتم - اصل اختیار، تکلیف، مسئولیت انسان و دریافت پاداش متناسب با کارکرد.
- اصل هشتم** اصل اصالت اراده و تصمیم گیری ولزوم برنامه ریزی براساس تفکر، تعقل، هدف های تکاملی، مشورت و تجربه.
- اصل نهم** اصل آزادی و کرامت انسان براساس کنترل نفس.

عدم کاربرد آن ها موجب اضطراب و پیامدهای ناجور خواهد بود که مجموعا می توان آن ها را به عنوان "قوانین و یا اصول رشد" (رشدفطرت) نامگذاری کرد. این قوانین را می توان به قوانین راهنمایی و رانندگی تشبیه نمود. بررسی تصادف ها و اشکال هائی که در جاده ها پیش می آیند نشان می دهند که اکثر آن ها (۹۰ درصد تصادف های رانندگی) به علت عدم مراعات قوانین راهنمایی و رانندگی است و عواملی مانند نقص فنی، مسئول درصد کمی از تصادف ها می باشند (۱۰ درصد تصادف های رانندگی) (۳).

به نظر می رسد وضع مشابهی در مورد اختلال های رفتاری انسان وجود دارد. مطالعات انجام شده نشان می دهند ۷۰٪ اختلال های بدنی و روانی ناشی از سبک و روش زندگی می باشند. اصول یا قوانین رشد چکیده دستورهای پیامبران الهی هستند و اثری مشابه آئین نامه رانندگی در زندگی انسان دارند زیرا موجب رشد و شکوفائی فطرت انسان می شوند.

براین اساس توجه به این قوانین در تمام جنبه های زندگی و از جمله انواع مشاوره و روان درمانی الزامی است و در حقیقت این قوانین شالوده ای هستند که در تمام انواع مشاوره و روان درمانی باید مورد توجه قرار گیرد تا بازده مطلوب به دست آید.

ما اصول فوق را به صورت کلی زیر طبقه بندی می کنیم که به طور تفصیلی و خلاصه منتشر شده اند (۶-۲):

- ۱ اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان با خدا
- ۲- اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان با خود
- ۳ اصول تکاملی بهداشت روانی که هم در رابطه انسان با خود و هم در رابطه انسان با دیگران مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۴ اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان با دیگران.

- اصل دهم** اصل نظم، اقتصاد و تعادل
- اصل یازدهم** اصل لزوم توجه به ظرفیت روانی و عوامل تقویت کننده و محدود کننده آن
- اصل دوازدهم** اصل امامت یا همانند سازی بالگوه‌های برتر و حرکت به سوی برترین شدن
- اصل سیزدهم** اصل لزوم شناخت نیازها و برآوردن آن‌ها در حد تکلیف
- اصل چهاردهم** اصل لزوم توجه به این واقعیت که احکام الهی براساس دست یابی به مصلحت و دوری از ضرر می‌باشند.
- اصل پانزدهم** اصل لزوم حفظ آگاهی و تمرکز فکر دائمی
- اصل شانزدهم** اصل لزوم توجه به وجود راه حل اختصاصی و تخصصی برای هر کار
- اصل هفدهم** اصل لزوم پیش بینی مشکلات عمومی و پایداری در مقابل آن‌ها
- اصل هیجدهم** اصل تکرار در رفتارهای تکاملی و عدم اصرار در رفتارهای سقوط دهنده
- اصل نوزدهم** اصل لزوم آماده شدن زمینه و زمان مناسب برای هر کار فردی و اجتماعی و آموزش تدریجی اصول رشد
- اصل بیستم** اصل احتیاط در امور فردی و اجتماعی و تأکید بر واقع بینی
- اصل بیست و یکم** اصل لزوم توجه و کاربرد تمام امکانات خدادادی در ایجاد رشد در خود و دیگران
- اصل بیست و دوم** اصل لزوم توجه به امکانات و محدودیت‌های افراد جامعه و تعدیل توقعات
- اصل بیست و سوم** اصل لزوم سالم بودن افکار و رفتار فرد برای خود و جامعه
- اصل بیست و چهارم** اصل لزوم توجه به شرایط زمان و مکان و دفع افسد به فاسد
- اصل بیست و پنجم** اصل توسعه در انجام تکلیف و لزوم برآوردن آن به مقدار ممکن
- اصل بیست و ششم** اصل لزوم اقرار به تقصیر در موارد کوتاهی از انجام تکلیف و پذیرش عذر دیگران
- اصل بیست و هفتم** اصل تأکید بر حفظ امید و چشم داشت پیروزی فردی و اجتماعی در صورت حاکمیت فطرت و عمل به تکالیف الهی
- اصل بیست و هشتم** اصل لزوم توجه به نقش مثبت و منفی یادگیری در زندگی فردی و اجتماعی
- اصل بیست و نهم** اصل عدل- اصل لزوم ارزیابی خود و دیگران براساس عدل و دست کم نگرفتن رفتارهای تکاملی انسان
- اصل سی و ام** اصل برائت و لزوم حمل به صحت کردن عمل مسلمانان
- اصل سی و یکم** اصل لزوم رازداری در مورد خود و دیگران
- اصل سی و دو** اصول تکاملی بهداشت روانی در رابطه انسان با دیگران:
- اصل سی و سوم** اصل لزوم شناخت زمان و جامعه
- اصل سی و چهارم** اصل مدیریت و لزوم توجه به تقسیم کار در محیط‌های اجتماعی براساس استعداد
- اصل سی و پنجم** اصل معیار قرار دادن خود در روابط اجتماعی
- اصل سی و ششم** اصل لزوم همکاری و همبستگی با گروه‌های زیر حاکمیت فطرت و مبارزه با گروه‌های زیر حاکمیت شهوت
- اصل سی و هفتم** اصل تأکید بر وجدان عمومی و معتبر بودن نظر جامعه
- اصل سی و هشتم** اصل واکنش متقابل در روابط اجتماعی با توجه به تحمل و تغافل.
- اصل سی و نهم** اصل لزوم خودداری از ستیزه جوئی
- اصل سی و دهم** اصل امر به معروف و نهی از منکر و لزوم شرکت در سالم سازی محیط

اصل چهارم اصل لزوم اصالت دادن به حق و نه به اکثریت.

به منظور ارزیابی مقدماتی میزان کارائی و اثربخشی این اصول در زندگی روزمره انسان، پژوهش زیر به صورت یک پژوهش کاربردی آینده نگر انجام شد. جامعه آماری ۱۶۲ نفر از دانشجویان (دختر و پسر) دانشکده پزشکی در دوره یک ماهه روان پزشکی بالینی بود. هدف ما از این پژوهش در دو نکته زیر خلاصه می شود:

۱- بررسی شیوع افسردگی و نوع

نگرش در دانشجویان پزشکی با استفاده از آزمون های متداول روان شناسی

۲- بررسی اثر احتمالی آموزش های

گروهی براساس اصلاح شناخت و استفاده از آموزش های فرهنگی اسلام برای کاهش افسردگی و اصلاح نگرش.

فرضیه های پژوهش:

فرضیه های پژوهش را می توان به صورت زیر خلاصه کرد:

۱ در دانشجویان پزشکی افسردگی وجود دارد. فرضیه صفر آماری (H_0): در دانشجویان پزشکی افسردگی وجود ندارد.

۲ آموزش گروهی براساس اصلاح شناخت با استفاده از فرهنگ اسلامی در اصلاح نگرش و کاهش افسردگی موثر است.

فرضیه صفر آماری (H_0): بین آموزش گروهی براساس اصلاح شناخت با استفاده از فرهنگ اسلامی و اصلاح نگرش و کاهش افسردگی ارتباطی وجود ندارد.

۳ بین میزان افسردگی و نگرش فرد ارتباط وجود دارد.

فرضیه صفر آماری (H_0): بین نگرش فرد و افسردگی ارتباطی وجود ندارد.

توضیح: در فرض H_0 با مفهوم هیچ یا بی تفاوت بودن (Null Hypothesis) فرض می کنیم پارامترهای دو جامعه، یعنی میانگین های دو جامعه با یکدیگر تفاوتی ندارند.

در تشکیل فرض H_0 یا فرضیه صفر آماری از استنتاج عقلی هیچ گونه استفاده ای نمی شود. مثلاً بین دو نمونه فیل ها و مورچه ها فرض می کنیم که این دو جامعه هم وزن هستند! یعنی $\mu_1 - \mu_2 = 0$

روش پژوهش:

نوع تحقیق آینده نگر انتخاب شد و آزمودنی ها ۱۶۲ نفر از دانشجویان (دختر و پسر) دوره بالینی (کارآموزی) بخش روان پزشکی بودند.

بررسی میزان افسردگی و نوع نگرش دانشجویان با استفاده از دو آزمون روان شناختی بک (Beck) و داس (DAS) (Dysfunction Attitude Scale) ارزیابی گردید.

پرسش نامه افسردگی بک در سال ۱۹۶۱ تدوین گردید. هدف آن دست یابی به سیستم عینی تشخیصی برای افسردگی بود. این پرسش نامه شامل ۲۱ گروه از علائم افسردگی است که هر گروه از ۴ تا ۵ فراز تشکیل شده است. این آزمون توسط آقای دکتر بطحائی و همکاران در ایران استاندارد شده است. (۱) مقیاس مورد استفاده در مطالعه ما به صورت زیر بود:

وضعیت به هنجار و عدم افسردگی معادل نمره ۹-۰

افسردگی خفیف ۱۹-۱۰

افسردگی متوسط ۲۹-۲۰

افسردگی شدید ۶۳-۳۰

مقیاس نگرش های ناسالم (Dysfunction Attitude Scale) (DAS) توسط ویسمن و بک (Weissman & Beck, 1978) تهیه و تنظیم گردید.

کنیم دستورالعمل استفاده از آن را از کارخانه سازنده درخواست می کنیم. به همین ترتیب در مورد دستورالعمل زندگی سالم، لازم است از آفریننده انسان کمک بگیریم.

در این حال مطالب مطرح شده در مقدمه برای دانشجویان تشریح می شد. در ادامه بحث اصول چهل گانه فوق الذکر به صورت نسبتاً مبسوط مورد بررسی قرار می گرفتند تا دانشجویان از طریق بحث آزاد نسبت به پذیرش و کاربرد آن ها متقاعد گردند. البته باید اذعان داشت که با توجه به طیف وسیع این آموزش ها در شرایط ایده آل به منظور دستیابی به بازدهی مطلوب نیاز به جلسات بیشتری وجود دارد ولی با توجه به حجم کارهای موجود سعی گردید به عنوان یک کار ابتدائی به همین مقدار بسنده گردد.

در پایان دوره مجدداً ارزیابی سطح افسردگی و نوع نگرش دانشجویان توسط دو آزمون فوق الذکر بعمل می آمد.

بررسی نتایج:

نتایج به دست آمده به صورت زیر در جدول های شماره ۱ تا ۶ ارائه می گردند و نتایج براساس T-student و محاسبه ضریب همبستگی ارزیابی شده اند.

این پرسش نامه شامل ۴۰ ماده می باشد که برای شناسایی نگرش و اعتقاداتی که فرد را مستعد به افسردگی می سازد تنظیم شده است. این پرسش نامه بر مبنای نظریه شناختی بک برای افسردگی تهیه شده است. هریک از نگرش های این پرسش نامه را آزمودنی با مقیاس هفت درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق ارزیابی می نماید. مقیاس بندی مورد استفاده در مطالعه ما بصورت زیر بوده است:

- ۱ نمره (۰-۹۰) عدم افسردگی
- ۲ نمره (۹۱-۱۴۰) مستعد افسردگی خفیف تا متوسط
- ۳ نمره (۱۴۱-۲۸۰) مستعد افسردگی شدید.

روش بررسی به این صورت بود که ارزیابی اولیه در ابتدای دوره با استفاده از دو آزمون فوق به عمل آمد و در همان جلسه، اصول رشد استخراج شده از کتاب اصول بهداشت روانی تألیف دکتر سید ابوالقاسم حسینی در ۳۶ صفحه در اختیار دانشجویان قرار می گرفت و سپس این اصول طی سه جلسه دو ساعته در طول دوره توسط استاد راهنما به صورت زیر به بحث گذاشته می شدند:

جلسه بااعلام نتایج بعضی از پژوهش های انجام شده در مورد شیوع افسردگی، اضطراب، اعتیادهای دارویی و بستری شدن در بیمارستان های روان پزشکی که درمورد پزشکان گزارش شده است شروع و لزوم پیش گیری از بروز این اختلال ها و واکنش های در مقابل تغییرات فشار انگیز روانی مطرح می گردید و به این واقعیت اشاره می شد که عامل بروز ۷۰٪ اختلال های بدنی و روانی سبک و روش زندگی (Style of Life) می باشد و جلسه با طرح این سؤال که آیا برای زندگی سالم سبک و روش خاصی وجود دارد یا خیر؟ ادامه می یافت.

هر یک از دانشجویان نظر خود را ارائه می کردند و بالاخره استاد راهنما سعی می کرد تا دانشجویان به این نتیجه کلی برسند که وقتی یک دستگاه الکتریکی تهیه می

جدول شماره ۱ نتایج آزمون بک در دو گروه اول و آخر دوره

گروه آخر دوره		گروه اول دوره		طبقه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۶/۵	۷۵	۶۶	۱۰۷	عدم افسردگی (۰-۹)
۲۲/۴	۲۲	۳۰	۴۹	افسردگی خفیف (۱۰-۱۹)
۱	۱	۳/۷	۶	افسردگی متوسط (۲۰-۲۹)

جدول شماره ۲ نتایج آزمون داس (DAS) در دو گروه اول و آخر دوره

گروه آخر دوره		گروه اول دوره		طبقه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸/۲	۸	۱/۲	۲	عدم افسردگی (۰-۹۰)
۵۵/۱	۵۴	۵۳/۷	۸۷	افسردگی خفیف تا متوسط (۹۱-۱۴۰)
۳۶/۷	۳۶	۴۵/۱	۷۳	افسردگی شدید (۱۴۱-۲۸۰)

جدول شماره ۳ نتایج T-Test آزمونهای Beck گروه ۱ و ۲

خطای معیار = SE	انحراف معیار = SD	متوسط امتیاز = \bar{x}	تعداد	گروه
۱/۹۵۶	۲۴/۸۹۵	۱۳۹/۴۶۳۰	۱۶۲	گروه اول دوره
۲/۸۶۶	۲۸/۳۷۳	۱۳۲/۳۹۸۰	۹۸	گروه آخر دوره

$$T = ۲/۱۰$$

$$DF = ۲۵۸$$

$$P\text{-value} = ۰/۰۳۶$$

فرض H_0 - میانگین افسردگی در دو جامعه یکسان است.

نتیجه: چون $P\text{-value}$ کمتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین فرض H_0 رد می شود یعنی اختلاف معنی داری بین میانگین دو

جامعه وجود دارد.

جدول شماره ۴ نتایج T-Test آزمونهای DAS گروه های ۱ و ۲

گروه	تعداد	متوسط امتیاز = \bar{x}	انحراف معیار = SD	خطای معیار = SE
گروه اول دوره	۱۶۲	۷/۴۸۷۷	۵/۶۲۶	۰/۴۴۲
گروه آخر دوره	۹۸	۵/۸۲۶۵	۵/۲۶۲	۰/۵۳۲

$$T = ۲/۳۶$$

$$DF = ۲۵۸$$

$$P\text{-value} = ۰/۰۱۹$$

فرض H_0 - میانگین نگرش های دو جامعه یکسان است.

نتیجه: چون P-value کمتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین فرض H_0 رد می شود یعنی اختلاف معنی داری بین میانگین

دو جامعه وجود دارد.

جدول شماره ۵ نتایج آزمون همبستگی بین دو آزمون بک و داس در گروه اول دوره

نوع آزمون	تعداد	متوسط امتیاز \bar{x}	انحراف معیار (SD)
بک (BECK)	۱۶۲	۷/۴۸۷۷	۵/۶۲۶۳
داس (DAS)	۱۶۲	۱۳۹/۴۶۳۰	۲۴/۸۹۴۶

$$r = ۰/۳۱۹۷ = \text{ضریب همبستگی}$$

$$P\text{-Value} < .001$$

نتیجه: چون براساس جدول فوق $r = ۰/۳۱۹۷$ عددی است بین +۱ و -۱ و در جهت مثبت قرار دارد، لذا بین نوع نگرش ها

و میزان افسردگی در گروه اول رابطه خطی مستقیم و مثبتی وجود دارد.

جدول شماره ۶ نتایج آزمون همبستگی بین دو آزمون بک و داس در گروه آخر دوره.

نوع آزمون	تعداد	متوسط امتیاز \bar{x}	انحراف معیار (SD)
بک (BECK)	۹۸	۵/۸۲۶۵	۵/۲۶۲۲
داس (DAS)	۹۸	۱۳۲/۳۹۸۰	۲۸/۳۷۳۳

$$r = ۰/۵۴۳۸ = \text{ضریب همبستگی}$$

$$P\text{-Value} < .001$$

نتیجه: باتوجه به این که r عددی است مثبت و بین دو عدد +۱ و -۱ قرار دارد لذا بین نوع نگرش ها و میزان افسردگی

در گروه آخر دوره نیز رابطه خطی مستقیم و مثبتی وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری:

تعداد آزمودنی هائی که در پژوهش شرکت داشتند در گروه اول دوره (گروه یک) ۱۶۲ نفر و در گروه آخر دوره (گروه دو) ۹۸ نفر بودند. علت کم شدن تعداد در آخر دوره این بود که تعدادی از دانشجویان پرسش نامه خود را به موقع تحویل ندادند ولی چون براساس آزمون مجذور خی نتیجه گیری شد، نتیجه به دست آمده قابل ارائه می باشد.

بهبود نگرش در گروه مستعد عدم افسردگی با ۷٪ افزایش و در گروه مستعد افسردگی خفیف تا متوسط با ۱/۴٪ کاهش و در گروه مستعد افسردگی شدید با ۸/۴٪ کاهش همراه بوده است.

بهبود میزان افسردگی در گروه فاقد افسردگی ۱۴/۵٪ افزایش و در گروه با افسردگی خفیف ۷/۷٪ کاهش و در گروه با افسردگی متوسط ۲/۸٪ کاهش داشته است به عبارت بهتر ۳۴٪ دانشجویان در ابتدای دوره و ۲۳/۵٪ در انتهای دوره، افسردگی خفیف تا متوسط داشته اند.

وجود افسردگی در دانشجویان هم در پژوهش های خارجی و هم در پژوهش های داخلی جلب توجه می نماید.

در یک بررسی بر روی ۲۹ دانشجو در دانشکده رایت آمریکا (فوریه ۱۹۹۵) شیوع استرس با کاهش اعتماد به نفس همراه بود.

در نوامبر ۱۹۹۴ مطالعه استرس، اضطراب و افسردگی در بیمارستان لینکلن روی ۸۱ کارمند بیمارستان، ۳۲۲ پزشک عمومی و ۱۲۱ مدیر بیمارستان نشان داد که حدود ۸۰٪ (۶۵ نفر) از کارمندان و ۸۰٪ (۲۵۷ نفر) از پزشکان عمومی و ۵۶٪ (۶۷ نفر) از مدیران و در مجموع در ۳۸۰ مورد اضطراب و افسردگی وجود داشت. پزشکان عمومی بیشتر از مدیران دچار افسردگی بودند ولی هیچ

تفاوت قابل ملاحظه ای بین گروه پزشکان و کارمندان وجود نداشت. در پزشکان عمومی به طور قابل ملاحظه ای افکار خودکشی بیشتر از کارمندان دیده می شود (۱۴٪ در مقابل ۵٪).

در یک مطالعه که توسط دسموند کلی در انگلستان انجام شد، تعداد تصادفات جاده ای در پزشکان در مقایسه با عامه مردم دو برابر، میزان سیروز و خودکشی ۳ برابر، اعتیادات داروئی حداقل ۳۰ برابر می باشد. همچنین تعداد مراجعان به بیمارستانهای روانی ۲/۵ برابر به دست آمد. (۱۳)

در یک بررسی میزان افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی سبزوار که در زمستان ۱۳۷۴ بعمل آمد، شیوع افسردگی ۲۱/۳٪ به دست آمده است که این رقم در مقایسه با مطالعات انجام شده در مورد دانشجویان سایر دانشگاه های علوم پزشکی ایران اندکی کمتر است.

چنانچه مشاهده می شود گزارش های فوق تنها به کشف واقعیت های موجود بسنده کرده اند و دخالت خاصی انجام نشده است. باتوجه به این که نقش فرهنگ و سبک و روش زندگی یک نقش کلیدی است و بنابه پژوهش های انجام شده عامل به وجود آمدن ۷۰٪ اختلال های بدنی و روانی می باشد، به نظر می رسد روش توصیه شده توسط گروه ما بتواند نقطه شروع خوبی در اصلاح شناخت باشد. چنانچه در نتایج به دست آمده مشاهده می شود براساس آموزش اصول رشد در عرض ۶ ساعت اختلاف معنی داری در نگرش و کاهش افسردگی به وجود آمده است. البته این پژوهش صرفاً یک پژوهش ابتدائی می باشد که براساس امکانات محدود ما انجام شده است. در شرایط ایده آل چنانچه این آموزش ها در سه واحد درسی ارائه شوند یقیناً زمینه مناسب تری برای

اساتید نقش کلیدی دارد و با فرض هزینه بری این پژوهش ها باتوجه به نتایج وسیع الطیف آن باز هم این کار قابل دفاع می باشد.

۲ متأسفانه کاربرد فرهنگ اسلامی در زمینه های روان درمانی تاکنون مورد تأکید زیادی قرار نگرفته است. باتوجه به پژوهش های منتشر شده در این زمینه لازم است از آموزش های اسلامی در آموزش های گروهی و روان درمانی به صورت گسترده ای استفاده شود.

۳ باتوجه به این که دست یابی به امنیت خاطر به عنوان نتیجه مستقیم کاربرد آموزش های الهی- اسلامی مطرح شده است (الا بذكر الله تطمئن القلوب) (رعد: ۲۸)، این آموزش ها می توانند در پیش گیری اضطراب و افسردگی که مشکلات اصلی واکنشی روانی در جامعه بشری می باشد کمک نمایند. بنابراین لازم است از طریق وسائل ارتباط جمعی به آن پرداخته شود.

بدیهی است در صورتی این آموزش ها می توانند توسط رسانه های گروهی مورد استفاده قرار گیرند که متصدیان این امور آموزش اختصاصی در این زمینه دیده باشند. به نظر می رسد اختصاص ۳ واحد درسی به اصول تکاملی بهداشت روانی در دانشگاه ها می تواند در این زمینه راه گشا باشد. آموزش این اصول به عنوان آموزش های قبل از ازدواج نیز کمک مؤثری می نماید.

روش پیاده شدن این اصول عملاً در خود آن ها مطرح شده است. روش تدریج در آموزش، تکرار و استمرار آموزش و کاربرد آنها را می توان در این زمینه به عنوان مثال ذکر کرد.

مقایسه نتایج با گروهی که آموزش های مزبور را دریافت نداشته اند، به وجود می آید.

این پژوهش از آن نظر اهمیت دارد که با تأیید تأثیر آموزش گروهی اصول رشد، کارآیی آن ها مورد تأیید نسبی قرار می گیرد. با تکرار این پژوهش و دریافت تأیید قطعی می توان به این نتیجه رسید که لازم است این اصول به عنوان الزامی ترین مهارت زندگی در فرهنگ سازی اسلامی جامعه مورد استفاده قرار گیرند. به این منظور لازم است استادان حوزه و دانشگاه، نویسندگان کتاب های درسی در مقاطع ابتدایی تا دانشگاه، برنامه ریزان و مسئولان فرهنگی و وسایل ارتباط جمعی در کارگاه های آموزشی روان شناسی اسلامی که اساس این نظریه می باشد و در کارگاه های اصول رشد، شرکت نمایند تا بتوانند نسبت به تدوین این اصول در کلیه آموزش های خود شامل تدوین کتاب های درسی، سناریوهای تلویزیونی، تئاتر و فیلمنامه های سینمایی و مقاله نویسی، آمادگی لازم را پیدا نمایند. این برداشت به عنوان نتیجه گیری اصلی پژوهش نیز می تواند مطرح شود.

کمبود این بررسی عدم وجود گروه شاهد است که باتوجه به موقعیت بررسی امکان ملحوظ کردن آن وجود نداشت. در بررسی های دیگر لازم است این نقص برطرف گردد و آزمون های مورد استفاده در این طرح در ابتدا و آخر دوره برای دانشجویانی که آموزش های فوق را دریافت نداشته اند پیاده و نتیجه پایان دوره دو گروه مقایسه شوند.

پیشنهادها:

۱ ارزیابی نگرش و شناخت دانشجویان در تمام مقاطع دانشگاهی کاری ضروری است که لازم است توسط واحدهای بهداشت روانی دانشگاهی مورد بررسی قرار گیرد. در این مورد علاقه مندی و همکاری دانشجویان و

منابع

12. Beck Cognitive Therapy and Emotional Disorder

13-Kelly, Desmond : Stress and Profesional burnout. Abstracts of Eight International psychiat Ric Conference, 1990

14. S.A. Hosseini. The criteria of counseling in Islamic Perspective and Practical Structure for Psychotherapy- Abstract of International Seminar on Counseling and Psychotherapy. An Islamic Perspective (August 15-17, 1997).

15. ICD10. Publication of WHO- Geneva, 1989.

16. Ponter H, Casas, Suzuki & Allexander-Counceling across cultures, 1995.

۱- دکتر بطحائی، دکتر واهب زاده، دکتر نهپتیان:

ارزیابی آزمون بک در ایران. مجله نظام پزشکی ۱۳۵۳ سال چهارم شماره ۳ ص ۱۹۱-۱۸۹.

۲ دکتر سید ابوالقاسم حسینی ، اصول بهداشت

روانی- جلد اول- انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۱

۳ دکتر سید ابوالقاسم حسینی اصول بهداشت

روانی و بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان درمانی و برنامه ریزی در مکتب اسلام. مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۴.

۴ دکتر سید ابوالقاسم حسینی: بررسی مقدماتی

اصول روان شناسی اسلامی. نشر فرهنگ اسلامی، ۱۳۷۳

۵ دکتر سید ابوالقاسم حسینی: روان شناسی

اسلامی برای دانشجویان. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۰.

۶ دکتر سید ابوالقاسم حسینی: بررسی هدفمندی و

خود نظم بخشی در سیستم عصبی مرکزی و فرآیندهای رابط بین شناخت و حرکت ارادی. فعالیتهای عالی قشر مخ (مقاله های ارائه شده در نخستین سمپوزیوم نوروسیکولوژی ایران). انتشارات انزلی، ۱۳۶۵. ص ۱۲۵-۱۰۶.

۷ امام خمینی (رض): طلب و اراده (ترجمه سید

احمد فهري)، مرکز انتشارات علمی و فرهنگی. ص ۱۵۷-۱۵۳.

۸ دکتر روحانی. آمار پزشکی انتشارات داخلی

دانشکده پزشکی مشهد، ۱۳۶۸.

۹- سازمان بهداشت جهانی: طبقه بندی اختلالات

روانی و رفتاری. تجدید نظر دهم. ۱۹۸۹.

۱۰ علامه محمدحسین طباطبائی: تفسیر المیزان.

انتشارات محمدی. ج ۱۱ ص ۳۱۶

۱۱ - فیض الاسلام. ترجمه و شرح نهج البلاغه.

جلد اول، صفحه ۲۴.