

## اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر شاخص‌های افسردگی، از منظر قرآن و افسردگی (بک) در زنان

هادی بهرامی احسان<sup>۱</sup>

زهرا بوژمهرانی<sup>۲</sup>

فاطمه فیاض<sup>۳</sup>

منصوره ابوالحسنی<sup>۴</sup>

یاسر مدنی<sup>۵</sup>

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸

### چکیده

امروزه با توجه به رشد روزافزون اختلالات رفتاری در حوزه روان‌شناسی، نیاز به کشف و بررسی علمی نظریات جامع و متقن که یاری‌دهنده هر چه بیشتر متخصصین در تشخیص و درمان اختلالات باشد، بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا هدف از این مطالعه، تعیین اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر افسردگی از منظر قرآن و افسردگی (بک) در زنان بود. بدین منظور، طی یک پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه‌گواه، ۳۰ تن زن متأهل در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال که صاحب فرزندان دختر دبستانی در منطقه ۱۴ آموزش و پرورش شهر تهران بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای‌گذاری شدند (۱۵ تن گروه آزمایش و ۱۵ تن گروه گواه). گروه‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش، پرسشنامه افسردگی از منظر قرآن و افسردگی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت سه ماه (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت مشاوره گروهی رشد مدار، مبتنی بر شاخص‌های افسردگی از منظر قرآن - کریم قرار گرفتند. نتایج حاصل تحلیل کوواریانس نشان داد میانگین نمرات افسردگی (در هر دو مقیاس) و همین‌طور زیرمقیاس‌های افسردگی مبتنی بر قرآن در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون به میزان معناداری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرده است ( $p < 0/0001$ ). معناداری این اثربخشی بر گروه آزمایش، در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد. بدین ترتیب بر اساس یافته‌های فوق می‌توان گفت، تدوین و توسعه مشاوره‌های گروهی مبتنی بر قرآن کریم که همگی در نهایت، موجب ارتقای سطح رشدی و معنویت فردی می‌گردد، می‌تواند بر شاخص‌های سلامت روان - نظیر: افسردگی و اختلالات خلقی - تأثیرات مثبت و معناداری را بر جای گذارد.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی رشد مدار؛ افسردگی از منظر قرآن؛ سلامت؛ زنان.

Hbahrami@ut.ac.ir

۱. استاد روانشناس عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

Z.bouzhmehrani@ut.ac.ir

F.fayyaz@alzahra.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

Abolhasani692@gmail.com

۴. دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران

۵. استادیار، دانشگاه تهران

## مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که حدود ۳۵۰ میلیون تن در جهان به آن مبتلا هستند (لیو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). بر اساس یافته‌های همه‌گیر شناختی افسردگی در مطالعات مختلف در جهان، شیوع این اختلال در زنان بیشتر است و حدود ۱/۵ تا ۳ برابر بیش از مردان دچار افسردگی می‌شوند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعه ملی پیرامون بیماری‌ها و آسیب‌ها نشان می‌دهد، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی بر اساس «شاخص سال‌های تعدیل شده عمر در اثر ناتوانی<sup>۲</sup>» بزرگ‌ترین مشکل و معضل در کشور ایران است (نقوی و همکاران، ۱۳۸۷).

بر اساس یافته‌های همه‌گیر شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران، شایع‌ترین اختلال، اختلالات خلقی و در گروه اختلالات خلقی، اختلال افسردگی است که در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی، متأهلین نسبت به مجردین و زنان نسبت به مردان، شیوع بیشتری دارد (محمدی و همکاران، ۲۰۰۳؛ شریفی و همکاران، ۲۰۱۵) و متأسفانه ارتباط بسیار نزدیکی میان این بیماری با سایر اختلالات روانی وجود دارد (لونسون و همکاران، ۱۹۹۴).

بدین ترتیب، افسردگی در علم روان‌شناسی تا به امروز به عنوان معضل بهداشت روانی مطرح است و نیاز به انجام مطالعات بیشتر پیرامون این حوزه احساس می‌شود (کلارک و فربون<sup>۳</sup>، ۱۳۸۶). در عین حال، یکی از یافته‌های پرتکرار همه‌گیر شناختی افسردگی اساسی که در مطالعات مختلف بیان شده است، شیوع بالاتر آن در زنان است (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳؛ لونسون و همکاران، ۱۹۹۴).

از آن‌جا که عدم رشد و رکود عقلی یک زن می‌تواند زمینه نابودی شخصیت زیربنایی محکم و قابل اعتماد او را فراهم آورد و سبب سستی در زیربنای هویت، شخصیت و کرامت وجودی زن شود (سادات، ۱۳۶۱)، سلامت روحی و جسمی زنان برای رشد و شکوفایی خانواده و در نهایت جامعه ضروری است.

بدین ترتیب، لزوم آغاز پیشگیری و درمان از زنان با توجه به اینکه سلامت روان شناختی ایشان بر سلامت همه اعضای خانواده نیز اثر بسزایی دارد، ضروری تر به نظر می‌رسد. همچنان که رویکرد

1 Liu & et al

2 Disability Adjusted Life Years (DALYS)

4 Clark, D., & Ferbon, F.

درمان زناشویی نیز بر این نکته بسیار تأکید می‌کند که یک همسر می‌تواند به آسانی موجب آسیب روانی یا رفتار نشانه‌ای در طرف مقابل شود (نیکولز، ۱۹۹۸؛ به نقل از گلدنبرگ، ۲۰۰۰، ترجمه حسین شاهی براوتی و همکاران، ۱۳۸۹).

در همین راستا پژوهش‌هایی نیز ارتباط معنادار مثبتی را بین رضایت زناشویی و سلامت روان زنان در خانواده کشف کرده‌اند (بنایان، پروین و کاظمیان، ۲۰۰۶).

در کنار پژوهش‌هایی که تا کنون در حیطه روان‌شناسی در حوزه افسردگی انجام شده است، روان‌شناسان متعددی نیز از منظر دین به این مقوله پرداخته و به نتایج حائز اهمیتی دست یافته‌اند. این در حالی است که با توجه به اینکه قوه معنوی و مذهبی در وجود زن و دریافت و پذیرش معنویت از سوی ایشان قوی‌تر و عاطفه آن‌ها نیز به راحتی در اثر روابط مختلف، به ویژه ارتباط با منبع هستی فعال می‌شود (سادات، ۱۳۶۱)، احتمال اینکه چنین درمان‌هایی با رویکردهای دینی اثرات بیشتری روی ایشان داشته باشد، بیشتر است.

همچنین پژوهش‌های بسیاری طی سال‌های اخیر به این نتیجه رسیده‌اند که میان سلامت روان و جسم با معنویت و مذهب ارتباط معنادار و مستقیمی وجود دارد (پارگامنت و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ هال<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ کوتون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ تاونسند و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

به عنوان مثال پانیر و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۲۰) طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دین و معنویت می‌تواند نقش محافظتی را در برابر خطرات و نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی برای افرادی که از لحاظ خانوادگی در معرض این اختلال هستند، ایجاد کند.

پژوهش‌هایی نیز نشان دادند که باورها و اعمال مذهبی توانسته ارتباط میان افسردگی و یکی از نشانه‌های افسردگی‌های شدید، یعنی اقدام به خودکشی را به شدت کاهش دهد (تیسمن و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷؛ درویس و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

1 Pergament KI, & et al

2 Hall, BA

3 Cotton, S. & et al

4 Townsend, M. & et al

5 Panier, L. Y. & et al

6 Teismann, T. & et al

7 Dervic, K. & et al.

همچنین ادیسه (۱۳۹۹) در پژوهش کاربردی توسعه‌ای به روش اسنادی به این نتیجه رسید که سلامت روانی را می‌توان از روی جهت‌گیری مذهبی پیش‌بینی کرد و مذهب و دین‌گرایی می‌تواند چهارچوب معتبری برای سلامت روانی افراد مؤمن فراهم آورد.

در سال‌های اخیر نیز، گرچه پژوهشگران در این عرصه حرکت‌های پژوهشی دینی خوبی انجام داده‌اند، اما در عین حال بیشتر این مطالعات به بیان شواهدی از آیات و روایات اکتفا کرده‌اند؛ برای مثال در پژوهشی، فقیهی، غباری بناب و باقری (۱۳۸۶) مدل چندوجهی خود را با تکیه بر منابع اسلامی و مدل شناختی بک در درمان افسردگی بر زنان افسرده اجرا کردند که مقایسه نتایج انفرادی و گروهی نشان داد درمان چندوجهی اسلامی (برگرفته از متون حدیثی اسلامی) در کاهش نشانه‌های افسردگی نسبت به درمان شناختی بک مؤثرتر بوده است.

بدین ترتیب خلأ پژوهش‌هایی در این حیطه، با تمرکز بر یافتن دلایل علی و ریشه‌ای افسردگی از قرآن کریم به عنوان منبعی غنی و متقن در اسلام، یکی از نیازهای اساسی است که کمتر به آن توجه شده است؛ چرا که در روان‌شناسی، غالباً به بررسی نشانه‌های اختلالاتی، چون افسردگی در انسان توجه شده و کمتر به بررسی‌های زیربنایی و ارائه درمان‌هایی با این رویکرد پرداخته شده است.

در همین راستا، آنچه مبنای نظری پژوهش حاضر در نظر گرفته شده، ساختار افسردگی از منظر قرآن (فیاض و همکاران، ۲۰۱۵) است که علاوه بر نشانه‌ها، عوامل علی و ریشه‌ای را نیز در فرایندهای تشخیصی خود در نظر گرفته و متناسب با هر نوع دسته‌بندی افسردگی، درمانی را پیشنهاد می‌کند.

در این ساختار، شش الگوی بالینی برای انواع افسردگی از منظر قرآن طراحی و اجرا شده است. این الگوها از شش سوره غاشیه، فجر، طه، محمد، عبس و مطففین به دست آمده‌اند که در هر یک، چرخه ایجاد بر اساس عوامل علی و نشانه‌ای با توجه به ساختار وجودی انسان (اخوت، ۱۳۸۹) تبیین شده است.

این الگوها عبارتند از: الگوی افسردگی تطفیفی با نشانه‌های اصلی احساس در تنگنا بودن، محدودیت و سختی در انجام عمل و احساس حقارت و خواری؛ الگوی افسردگی سرشکستگی با نشانه‌های اصلی احساسات فراگیر شکست نسبت به بی‌نتیجه بودن عمل، ضعف تفکر، بی‌رغبتی در تغییر باورها و کسالت روی داده و احساس نارضایتی و ناامیدی؛ الگوی افسردگی مقایسه‌ای انزواگرایانه، با نشانه‌های اصلی مقایسه‌های زیاد، قضاوت ظاهری در مورد افراد، انزوا و فرار از

نزدیکان و فقدان سعی بیرونی؛ الگوی افسردگی ولایت ستیزی، با نشانه‌های اصلی سوگیری و پیش داوری‌های مبتنی بر قلب مریض، توجیه اعمال ناشایست، بی‌اعتمادی و عدم محبت نسبت به ولی حق، تنهایی و بی‌پناهی؛ الگوی افسردگی ناشی از فقدان معنویت، با نشانه‌های اصلی سختی و احساس بدبختی در زندگی، غم و اندوه، فقدان هدایت یافتگی، اختلال در برنامه‌های زندگی، میل زیاد به رفاه مادی، فقدان دعا و در نهایت، الگوی افسردگی ناشی از حقارت، با نشانه‌های اصلی احساس بی‌ارزشی و نداشتن ارزش ذاتی، نوسان‌های خلقی، احساس زبونی و بدبختی، علاقه شدید فرد به مال و مظاهر نعمت‌های پر زرق و برق.

بدین ترتیب نکته حائز اهمیت در درمان افسردگی از منظر قرآن، بحث توجه به علت‌ها و ریشه‌ها است، چرا که هر کس می‌تواند درجه و میزانی از این علت‌ها را داشته و در عین حال، شکایتی از افسردگی نداشته باشد (فیاض، ۱۳۹۶).

گاهی نیز مشکلات حاصل از بیماری به قدری خفیف است که اطرافیان بیمار با وجود تعامل با او، علائم افسردگی او را احساس نمی‌کنند (رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین درمان مبتنی بر آن، می‌تواند برای عموم افراد - چه در سطح پیشگیری و چه در سطح درمان - مورد استفاده قرار گیرد.

هر چند درمان افسردگی بر اساس قرآن، هنوز در ابتدای راه است، اما تا کنون چندین مطالعه تجربی نیز بر مبنای آن انجام شده که اثربخشی ویژه آن را در مقایسه با سایر رویکردها نشان داده است؛ از جمله مطالعه موردی که توسط فیاض، بهرامی احسان و اخوت (۱۳۹۵) در تشخیص و درمان افسردگی حقارتی صورت گرفته و همچنین، بررسی اثربخشی بسته درمانی افسردگی از منظر قرآن بر نمونه افسرده. در نظر داشته باشید مطالعه چند موردی (فیاض، ۱۳۹۶) که در آن بسته‌های درمانی استخراج شده، از طریق این شیوه مورد آزمون قرار گرفته‌اند.

این مداخله‌های درمانی توانسته موجب کاهش قابل توجه نشانه‌های اختلال افسردگی شود. کوتاه‌مدت بودن، اختصاصی بودن و اثربخش بودن این بسته درمانی، برای اختلال افسردگی از نقاط قوت آن در مقایسه با دیگر مداخلات محسوب می‌شود.

بنابراین با توجه به آمارهایی که در رابطه با فزونی افسردگی در زنان نسبت به مردان، ارتباط سلامت روان زن با سلامت روان خانواده، رضایت زناشویی و اهمیت معنویت و باورهای مذهبی در بهبود سلامت روان افراد، به ویژه زنان در بافت اسلامی جامعه بیان شد، تدوین و اجرای بسته-

های آموزشی و مشاوره‌ای با محوریت آموزه‌های دینی که به صورت اختصاصی برای انواع اختلالات به کار می‌روند، برای ارتقای سلامت روان در زنان از اهمیت بسیاری برخوردار است. در عین حال، یکی از روش‌های درمانی مناسب که می‌تواند اثربخشی بیشتری به نسبت روش‌های فردی داشته باشد، گروه درمانی و استفاده از پروتکل‌های گروهی است.

گروه موقعیتی را فراهم می‌آورد که افراد در آن بهتر می‌توانند ایجاد رابطه کنند. تصمیمات گروهی، معمولاً از ضمانت اجرایی بیشتری برخوردار است. از آن‌جا که اعضای گروه، معمولاً تفاوت سنی زیادی با هم ندارند، تصمیمات آنها با توافق بیشتر و به دور از فشار و اجبار اتخاذ می‌گردد (کوری و کوری، ۱۳۸۲).

گروه درمانی، نه صرفاً به دلیل اینکه در مدت کوتاهی به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت.

در واقع، گروه درمانی فرصتی برای افراد فراهم می‌کند تا از طریق کسب بینش نسبت به خود و جهان ارتباطی‌شان، انتقال، تجربه عاطفی اصلاحی و بودن در جهان اجتماعی کوچک، برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی‌شان، گام‌هایی سازنده بردارند (پلیدرر، ۲۰۰۲).

بدین ترتیب با توجه به عوامل درمانی گسترده‌ای که در گروه درمانی جهت بهبود روابط و کاهش علائم افسردگی وجود دارد (لطیفیان و سیف، ۱۳۹۱)، پژوهش حاضر به تدوین بسته مشاوره گروهی رشد مدار بر اساس پروتکل درمان افسردگی (فیاض، ۱۳۹۶) پرداخته است و به منظور اثربخشی آن بر دو شاخص افسردگی از منظر قرآن و افسردگی بک، پژوهش حاضر در جامعه زنان مورد اجرا قرار گرفت.

دلیل استفاده از عنوان رشد مدار برای این بسته آن بود که طبق تحقیقات بهرامی احسان، اخوت و فیاض (۱۳۹۶) و فیاض و اخوت (۱۳۹۷)، افسردگی از منظر قرآن، مربوط به غمگینی‌های آگاهانه و انتخاب شده فرد است و با ضعف ایمان و فقدان تفکر هدفمند مرتبط می‌باشد.

بدین ترتیب وجود آن به معنای بازماندن از رشد و رفع آن، به معنای کمک به ارتقای رشد، رضایتمندی و تجربه نشاط و پویایی است.

این بسته مشاوره‌ای در قالب درمان‌های معنوی مذهبی قرار می‌گیرد. محققان نیز (الیسن، ۱۹۹۴؛ آدلر و کاسل، ۱۹۹۲؛ به نقل از مختاری، اللهیاری و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۰) معتقدند مذهب به معنای وسیع کلمه، سبب تعدیل آثاری می‌شود که پس از بحران‌های شدید در زندگی افراد به وجود می‌آید و یکی از راه‌های مبارزه با مشکلاتی که به طور معمول در خانواده‌ها ایجاد شده و سبب تلاطم و آسیب و نارضایتی می‌شود، اعتقادات معنوی افراد است.

محورهای این بسته رشد مدار، منطبق با انواع افسردگی شش‌گانه از منظر قرآن کریم است و غایت درمان هر یک از آنها (حرکت از سرشکستگی به سودمندی، حرکت از حقارت به ارزشمندی، حرکت از احساس پوچی به احساس معنا و معنویت، حرکت از انزوا به سعی و نشاط، حرکت از خودجانبداری به نوع دوستی و حرکت از مرجع ستیزی به رفتارهای ضابطه‌مند) در نظر گرفته شده و با توجه به جامعه مخاطب این پژوهش، با ویژگی‌های زنان و شرایط ایشان نیز تلقیق گشته و در جلسات مشاوره گروهی، همراه با مثال‌هایی از سبک زندگی زنان متأهل مورد استفاده قرار گرفته است.

در نهایت، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بسته تدوین شده مشاوره گروهی رشد مدار بر شاخص‌های افسردگی از منظر قرآن کریم و افسردگی (بک) در زنان اثربخشی معناداری دارد یا خیر؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از نوع طرح تحقیق نیمه آزمایشی<sup>۱</sup> و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. این پژوهش از لحاظ هدف به دلیل اثربخشی برگزار جلسات مشاوره گروهی رشد مدار، در حوزه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان ۳۰ تا ۴۰ ساله و داوطلب شرکت در جلسات، از میان مادران دانش‌آموزان دبستان‌های دخترانه منطقه ۱۴ شهر تهران بودند که مشکل روان‌شناختی خاصی غیر از افسردگی نداشته، حداقل مدرک تحصیلی‌شان دیپلم بود و حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت.

از میان ۱۰۰ مادری که داوطلب شرکت در جلسات مشاوره گروهی رشد مدار بودند، ۳۰ تن به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله جای گذاری شدند. اعضای این دو گروه، طی دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، به پرسشنامه‌های افسردگی از منظر قرآن و افسردگی بک پاسخ دادند.

پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، انتساب آن‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه انجام گرفت. قبل از آغاز جلسات، افراد هر دو گروه، پرسشنامه افسردگی از منظر قرآن و افسردگی (بک) را کامل کردند.

طی این مطالعه، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ ماه برای گروه آزمایشی برگزار شد، در حالی که گروه کنترل، هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و پس از پایان جلسه آخر، پرسشنامه‌های پژوهش در هر دو گروه ارائه و تکمیل شد. نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه حاضر، تعهد دادند در تمام طول دوره پژوهش حضور داشته باشند.

**۱. مقیاس تشخیصی افسردگی از منظر قرآن:** این پرسشنامه دارای ۶۵ سؤال است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، شش نوع افسردگی مبتنی بر قرآن را مورد سنجش قرار می‌دهد. شش زیرمقیاس این پرسشنامه، شامل: افسردگی سرشکستگی، افسردگی مرجع ستیزی، افسردگی انزوایی، افسردگی تطفیفی، افسردگی ناشی از حقارت و افسردگی ناشی از فقدان معنویت است که به ترتیب ۱۳، ۱۰، ۱۵، ۱۴، ۶ و ۷ آیتم را به خود اختصاص می‌دهد.

بالاترین نمره انواع افسردگی، به ترتیب برای سرشکستگی، انزوایی، تطفیفی، ناشی از حقارت و ناشی از فقدان معنویت، ۶۵، ۵۰، ۷۰، ۳۰ و ۳۵ است.

ویژگی متمایز این مقیاس نسبت به مقیاس‌های دیگر، سنجش عوامل علی افسردگی - نه نشانه- ای - است که موجب می‌شود هر کس به میزان دارا بودن آن‌ها، طیفی از علل و عوامل زیربنایی افسردگی را در سطح رفتار، باور، هیجان و توجه داشته باشد.

این پرسشنامه در دو مرحله، یکی در نمونه مقدماتی ۱۰۰ نفری (فیاض، بهرامی احسان و اخوت، ۱۳۹۴) و دیگری در یک نمونه ۱۰۲۷ نفری، توسط فیاض (۱۳۹۶) اجرا و تحلیل شده است.

متوسط آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۵ و برای هر یک از زیرمقیاس‌های سرشکستگی، ولایت ستیزی، انزوایی، تطفیفی، ناشی از حقارت و ناشی از فقدان معنویت، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است.



روایی ملاک این مقیاس با مقیاس افسردگی بک ۲۱ سؤالی، در نمونه ۱۰۰ نفری، ۰/۵۰ و در نمونه ۱۰۲۷ نفری، ۰/۴۶ محاسبه شده است ( $p < ۰/۰۱$ ) (فیاض و همکاران، ۱۳۹۴).

**۲. مقیاس افسردگی بک (BDI-II):** مقیاس افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، آزمونی ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد.

این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی<sup>۱</sup> و روایی<sup>۲</sup> آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (بک، استر و گرابین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹) بک و همکاران (۱۹۸۸). همسانی درونی<sup>۴</sup> مقیاس را بر حسب ضریب آلفای کرونباخ، از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۵</sup> آن را از ۰/۴۵ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. این آزمون جهت بررسی رابطه آن با مقیاس طراحی شده از جهت آماری و همچنین بررسی روایی همگرای مقیاس ساخته شده، در بین نمونه اجرا شده است.

**۳. بسته مشاوره گروهی رشد مدار:** این بسته بر اساس پروتکل درمان فردی افسردگی از منظر قرآن (فیاض، ۱۳۹۶؛ بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۶) طراحی شده است که دارای اهداف و تکنیک‌های مشترکی با آن می‌باشد.

علاوه بر آن، از مسائل مربوط به زنان نیز در مثال‌های آن استفاده شده است. دستیابی به سودمندی، ارزشمندی، معنا، نشاط و تحرک، نوع دوستی و رفتارهای ضابطه‌مند از اهداف این بسته است که منجر به رفع افسردگی و در عین حال رشدافزایی می‌گردد.

خلاصه محتوای کلی این بسته، در قالب جلسات دوازده‌گانه در جدول ۱ بیان شده است. اهداف همه جلسات، بر اساس اهداف اصلی درمان افسردگی مبتنی بر قرآن، شامل: کاهش فاصله علم و عمل و برنامه‌ریزی مقصدمدارانه، شناخت و بازسازی تکیه‌گاه‌های باوری ارزشمندی، ارتقای معنویت و معنا در زندگی، شناخت و اصلاح ملاک‌های نزدیکی یا دوری در روابط اجتماعی بر اساس سعی و خشیت، حرکت از خودمداری به دیگرمداری و ارتقای ایمان به خدا و باید و نبایدهای حقیقی تنظیم شده است (بهرامی احسان، اخوت و فیاض، ۱۳۹۵؛ بهرامی احسان و

1 Reliability

2 Validity

3 Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G.

4 internal consistency

5 test-retest reliability

همکاران، ۱۳۹۷؛ فیاض، ۱۳۹۶) که مثال‌ها، تمرین‌ها و تبیین‌های آن، با توجه به مسائل زنان متأهل در قالب گروه درمانی توسط محققین ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای کلی بسته مشاوره گروهی رشد مدار

جلسه	اهداف	برنامه مداخله
۲ و ۳	هدف کلی: برنامه‌ریزی در تعادل عمل و هدف با محوریت رشد در روابط و هماهنگی عمل با اهداف غایی هدف اختصاصی: حرکت از سرشکستگی به سودمندی	۱) توضیح عجله- کندی به عنوان محور مهم تجربه نارضایتی ب) اجرای فعالیت بررسی فاصله آرزوها و رفتارها در گروه ۲) بحث گروهی با موضوع اهداف پایدار و ناپایدار در زندگی و آشنایی با اهمیت و ویژگی‌های مقاصد پایدار در زندگی ۳) توضیح خلاصه‌ای از سه لایه مهم برنامه‌ریزی، شامل: مقاصد، اهداف و برنامه‌ها و تنظیم سه لایه برنامه‌ریزی با محوریت رشد در روابط زناشویی
۴ و ۵	هدف کلی: شناخت و بازسازی تکیه‌گاه‌های باوری هدف اختصاصی: حرکت از حقارت به ارزشمندی	بحث گروهی، پیرامون بررسی عوامل شکست یا موفقیت در برنامه‌ریزی از نگاه اعضا ۲) بحث گروهی و بیان تجربه موقعیت‌های نوسانی و در پی آن، نوسانات خلقی در مواجهه با رخداد‌های زندگی و بررسی علت اصلی آن‌ها ۳) بررسی باورها با توجه به علت‌های اصلی هیچان‌ها ۴) تأکید بر اهمیت تغییر مبناها و تکیه‌گاه‌های پوشالی به تکیه‌گاه‌های حقیقی و مطمئن (دینی، عقلی و فطری) ۵) کشف مبناهای ارزشمندی پوشالی و حقیقی در خود ۶) یادداشت چندین مبنا حقیقی برای عمل در موقعیت‌های بحرانی در رابطه با دیگران
۶ و ۷	هدف کلی: معنویت‌افزایی در افکار و اعمال ذاکرانه در ارتباط با دیگران هدف اختصاصی: حرکت از احساس پوچی به احساس معنا و معنویت	۱) بررسی موضوعات مادی گرایانه، به صورت فردی و گروهی که منجر به از بین رفتن روابط می‌شود ۲) نشان دادن باورهای مهم، برگرفته از سوره مبارکه طه برای سبک زندگی قرآنی ۳) توضیح در مورد بُعد فطری و روحانی انسان و لزوم ارتباط و اتصال با خدا به واسطه اعمال ذاکرانه ۴) نوشتن رفتارهای ذاکرانه که سبب نزدیکی به خدا خواهد شد؛ از نگاه هر فرد و برنامه‌ریزی برای اجرا ۵) بیان گزارشی از تغییرات خود و میزان تغییر سبک زندگی

جلسه	اهداف	برنامه مداخله
۸ و ۷	هدف کلی: آگاهی از ملاک‌های اعتباری یا حقیقی در روابط و اصلاح آن‌ها بر اساس معیار سعی و خشیت هدف اختصاصی: حرکت از انزوا به سعی و نشاط	(۱) بحث گروهی پیرامون معیار برقراری و قطع رابطه در محیط خانوادگی یا دوستانه (۲) معرفی دو عامل سعی و خشیت، به عنوان ملاک‌های برقراری رابطه (۳) نمره‌دهی به روابط، بر اساس دو ملاک سعی و خشیت و ملاک استغنا (۴) برنامه‌ریزی افراد برای بازسازی روابط خانوادگی، با توجه به این دو ملاک
۱۰ و ۹	هدف کلی: حرکت از خودبینی به سمت دیگربینی، در توجهات و رسیدن به بلوغ عاطفی هدف اختصاصی: حرکت از خودجانبداری به نوع دوستی	(۱) اجرای فعالیت استعاره ترازوی حق و تکلیف و کامل کردن کاربرد مربوطه (۲) بحث گروهی، پیرامون پیامدهای انتظارات بالا از دیگران در مقابل کمتر دانستن وظایف خود و بیان تجارب (۳) برنامه‌ریزی افراد، جهت انجام تعدادی وظایف بدون انتظار در قبال افراد و مشاهده واکنش آن‌ها و بررسی کیفیت روابط عاطفی میان یکدیگر (۴) بررسی وظایف و انتظارات، به صورت واقع‌بینانه و تصمیم جهت تغییر وظایف
۱۲ و ۱۱	هدف کلی: اعتماد به خدا، به عنوان ولی و مراتب پس از آن، بر اساس دستورات الهی - خلاصه و جمع‌بندی هدف اختصاصی: حرکت از مرجع ستیزی به رفتارهای ضابطه‌مند	(۱) بحث گروهی پیرامون بیان اقدامات در هنگام اختلاف در روابط، با این مضمون که: «زمانی که خودتان به نتیجه نرسیدید، چه می‌کنید؟» (۲) توضیح لزوم انتخاب حکم برای زندگی و رجوع به او در شرایط اختلاف و مثال اهمیت تقلید در دین (۳) معرفی حکم خود در خانواده، توسط اعضا و بیان ویژگی‌های یک حکم خوب از نگاه اعضا (۴) بررسی علل عدم انجام رفتارهایی که افراد ادعای انجام آن را دارند و برنامه‌ریزی جهت انجام آن‌ها (۵) خلاصه‌ای از تغییرات مورد انتظار در سبک زندگی از افراد شرکت‌کننده در شش حوزه مهم زندگی، شامل: اهداف، پدیده‌ها و مواجهات، رابطه با خدا، حقوق و تکالیف، روابط و رابطه با حکم و ولایت‌پذیری

### یافته‌ها

در این بخش، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها بیان می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و فراوانی و درصد آن‌ها

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه آزمایش فراوانی درصد	گروه کنترل فراوانی درصد
سن	۳۵-۳۰ ۹ ۶۰	۱۱ ۷۳/۳۳
	۴۰-۳۵ ۶ ۴۰	۴ ۲۶/۶۶
تحصیلات	دیپلم ۱۳ ۸۶/۶۶	۱۲ ۸۰
	فوق دیپلم ۱ ۶/۶۶	۲ ۱۳/۳۳
	لیسانس ۱ ۶/۶۶	۱ ۶/۶۶
طول مدت ازدواج	۱۵-۱۰ ۱۳ ۸۶/۶۶	۹ ۶۰
	۲۰-۱۵ ۲ ۱۳/۳۳	۶ ۴۰

به منظور بررسی پیش فرض‌های مورد نیاز جهت اجرای آزمون‌های آماری، به بررسی نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و همچنین، مقایسه نمرات پیش آزمون در دو گروه (گروه آزمایش و کنترل) پرداخته شده است.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که تمامی مقادیر  $Z$  به دست آمده در خصوص توزیع متغیرها، در همه متغیرها به تفکیک آزمون‌ها در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار نیست. همچنین به دلیل تفاوت زیاد میانگین‌ها، آزمون  $T$  مستقل برای عدم تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های مختلف اجرا شد که نتایج، حاکی از عدم معناداری مقادیر  $t$  به دست آمده در سطح  $P \leq 0/05$  است.

در ابتدا جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، به بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون پرداخته شده است. نتایج نشان می‌دهد تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر مستقل در سطح  $P \leq 0/05$  در هر دو متغیر معنادار نیست. در نتیجه، شیب رگرسیون گروه و آزمون، تقریباً موازی بوده و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد تأیید است.

جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد متغیرها را با توجه به گروه‌بندی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها، با توجه به گروه بندی و مراحل ارزیابی

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی از منظر قرآن	آزمایش	M=۱۴۵/۴۷ SD=۷/۴۳	M=۱۲۷/۹۳ SD=۹/۴۷	M=۱۲۴/۴۷ SD=۵/۲۶
	کنترل	M=۱۲۷/۶۶ SD=۶/۵۶	M=۱۲۷/۹۳ SD=۵/۲۷	M=۱۲۹/۱۳ SD=۵/۴۶
سرشکستگی	آزمایش	M=۳۱/۲۷ SD=۲/۴۲	M=۲۵/۰۷ SD=۲/۲۹	M=۲۴/۸۷ SD=۱/۵۳
	کنترل	M=۲۶/۶۷ SD=۲/۱۳	M=۲۷/۶۶ SD=۲/۰۳	M=۲۶/۳۳ SD=۲/۵۵
انزوایی	آزمایش	M=۳۲/۸۷ SD=۲/۰۶	M=۲۹/۴۷ SD=۲/۴۱	M=۲۸/۵۳ SD=۱/۸۳
	کنترل	M=۲۹/۶۰ SD=۱/۹۸	M=۲۸/۰۷ SD=۱/۷۴	M=۲۶/۹۳ SD=۱/۸۱
ناشی از حقارت	آزمایش	M=۲۳/۲۷ SD=۰/۹۷	M=۲۰/۱۳ SD=۱/۲۷	M=۲۰/۵۳ SD=۰/۸۹
	کنترل	M=۲۲/۰۰ SD=۱/۰۵	M=۲۱/۶۰ SD=۰/۹۳	M=۲۱/۹۳ SD=۱/۰۸
خودجانبداری (تطفیفی)	آزمایش	M=۳۰/۴۰ SD=۲/۲۲	M=۲۵/۶۰ SD=۲/۷۹	M=۲۴/۴۰ SD=۱/۸۰
	کنترل	M=۲۴/۱۳ SD=۱/۸۳	M=۲۴/۳۳ SD=۱/۲۷	M=۲۴/۷۳ SD=۱/۶۶
ناشی از فقدان معنویت	آزمایش	M=۱۱/۸۷ SD=۰/۰۷	M=۹/۸۷ SD=۰/۶۹	M=۱۰/۰۰ SD=۰/۵۳
	کنترل	M=۹/۲۰ SD=۰/۳۴	M=۹/۶۷ SD=۰/۴۰	M=۱۰/۹۳ SD=۱/۰۱
مرجع ستیزی	آزمایش	M=۱۵/۸۰ SD=۱/۱۴	M=۱۴/۸۰ SD=۱/۷۱	M=۱۴/۱۳ SD=۱/۰۸
	کنترل	M=۱۶/۰۶ SD=۱/۷۲	M=۱۶/۳۳ SD=۱/۳۷	M=۱۸/۲۷ SD=۲/۱۸

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی بک	آزمایش	M=۱۹/۴۰ SD=۲/۱۵	M=۷/۶۶ SD=۲/۰۲	M=۹/۶۷ SD=۲/۲۲
	کنترل	M=۱۳/۲۶ SD=۲/۸۶	M=۱۳/۰۰ SD=۲/۹۴	M=۱۳/۲۷ SD=۳/۰۰۱

با توجه به این جدول در نمره افسردگی از منظر قرآن کل و هر شش خرده مقیاس و همین طور نمره افسردگی بک، کاهش قابل توجهی از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی اتفاق افتاده است؛ حال آنکه تفاوت محسوسی در نمرات گروه کنترل در مراحل مختلف ارزیابی دیده نمی شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس - بررسی اثر متغیر مستقل بر افسردگی از منظر قرآن و افسردگی بک

مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی از منظر قرآن	۲۴۱۹۹۰/۰۴	۲	۱۲۰۹۹۵/۰۲	۱۹۵/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۹
افسردگی بک	۴۲۵۰/۳۲	۲	۲۱۲۵/۱۶	۲۰/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹

در متغیر افسردگی از منظر قرآن، مقدار F به دست آمده برابر ۱۹۵/۲۶ است که در سطح  $P \leq ۰/۰۱$  معنادار است. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس آزمون (به میزان ۱۷/۵۴ نمره)، می توان گفت مشاوره رشد مدار بر افسردگی از منظر قرآن افراد شرکت کننده در برنامه مشاوره مؤثر بوده است.

در متغیر افسردگی بک نیز، مقدار F به دست آمده برابر ۲۰/۲۷ است که در سطح  $P \leq ۰/۰۱$  معنادار است. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس آزمون (به میزان ۱۳/۰۶ نمره)، می توان گفت مشاوره رشد مدار بر افسردگی بک افراد شرکت کننده در برنامه مشاوره مؤثر بوده است.

به منظور بررسی تأثیر مشاوره رشد مدار بر مؤلفه های افسردگی از منظر قرآن از کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. در ابتدا به منظور بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند

متغیره، به بررسی همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین و همبستگی متغیرهای وابسته با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون پرداخته شده است.

مقدار اثر پیلایی ۰/۱۲ است و مقدار لامبدا ویکر برابر ۰/۸۷ است که هر دو شاخص در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار هستند. همچنین بررسی ها نشان می دهد تفاوت واریانس گروه ها در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار نیست. در واقع، گروه ها همگن هستند و همه همبستگی های به دست آمده میان انواع افسردگی از منظر قرآن، به جز رابطه افسردگی ناشی از فقدان معنویت با انزوایابی و افسردگی ولایی، در سطح  $P \leq 0/01$  و  $P \leq 0/05$  معنادار است. بنابراین با توجه به اینکه اغلب روابط معنادار است، می توان از کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده نمود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره، در خصوص اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر

مؤلفه های افسردگی از منظر قرآن

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین معذورات	درجه آزادی	مجموع معذورات	مؤلفه های افسردگی
۰/۸۲	۰/۰۰۰۱	۱۳۳/۱۹	۶۵۷۱/۸۱	۲	۱۳۱۴۳/۶۲	انزوایی
۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۸۲/۹۶	۵۶۵۴/۹۴	۲	۱۱۳۰۹/۸۸	سرسختگی
۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۳۸/۵۲	۱۴۷۲/۴۹	۲	۲۹۴۴/۹۸	مرجع ستیزی
۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۸۴/۸۷	۶۷۵/۵۶	۲	۶۷۵/۵۶	ناشی از فقدان معنویت
۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۸۹/۳۵	۴۹۱۸/۱۴	۲	۹۸۳۶/۲۸	تطفیفی
۰/۸۹	۰/۰۰۰۱	۲۱۳/۴۶	۳۲۶۶/۷۰	۲	۶۵۳۳/۴۰	حقارتی

بررسی تفکیکی متغیرهای وابسته نشان می دهد که مقدار F به دست آمده در هر شش مؤلفه افسردگی از منظر قرآن در سطح  $P \leq 0/01$  معنادار است. بنابراین در این ابعاد، تفاوت دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. با توجه به اینکه در تمام ابعاد، کاهش نمره گروه آزمایش در پس آزمون، بیشتر از تغییرات نمره در گروه کنترل بوده است، لذا می توان گفت که مشاوره رشد مدار بر مؤلفه های افسردگی از منظر قرآن مؤثر است.

تحلیل کوواریانس برای نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری سه ماهه نیز اجرا شد که نتایج نشان داد، تأثیر این معناداری بر همه متغیرهای مطالعه در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ گردیده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر شاخص‌های افسردگی از منظر قرآن و افسردگی (بک) در زنان بود. برای این منظور، ۳۰ تن از مادران دانش‌آموزان مدارس منطقه ۱۴ تهران در قالب دو گروه آزمایش و گواه انتخاب شدند و گروه آزمایش، مورد مداخله و آموزش بسته مشاوره گروهی رشد مدار قرار گرفت.

نتایج نشان داد بسته آموزشی مشاوره گروهی رشد مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی از منظر قرآن و افسردگی بک مؤثر است. این بسته بر متغیرهایی چون: برنامه‌ریزی و هماهنگی کردن علم و عمل، ارتقای ارزشمندی و مواجهه مثبت و مؤثر با پدیده‌ها، ایجاد تعادل در دو کفه انتظار-وظیفه، اصلاح رابطه با دیگران و دوستان و همین‌طور ارتقای رابطه معنوی با خداوند متعال و ولی یا مرجع باید و نباید تأکید داشت و بر این شاخص‌ها اثرگذار بود.

این شاخص‌ها عوامل علی افسردگی از منظر قرآن هستند که در همه افراد کم و بیش وجود دارند و البته می‌توانند لزوماً موجب آشکار شدن نشانه‌های افسردگی نشوند، اما مداخله بر آن‌ها می‌تواند موجب پیشگیری از آشکار شدن افسردگی یا شدت یافتن آن شود.

در همین راستا، مایرز (۲۰۰۰) به نقل از برنا و سواری (۱۳۸۹) معتقد است ایمانی که شامل: حمایت اجتماعی، هدفمندی، احساس پذیرفته شدن و امیدواری باشد، تأثیر بسیار زیادی بر میزان شادکامی افراد دارد.

با توجه به اینکه بسته مشاوره گروهی رشد مدار بر مبنای انواع شش‌گانه افسردگی (افسردگی سرشکستگی، افسردگی تطفیفی، افسردگی ناشی از حقارت، افسردگی انزوایی، افسردگی ولایت ستیزی و افسردگی ناشی از فقدان معنویت) و نشانگان آن‌ها تدوین شده بود، نتایج را می‌توان در مورد هر یک از آن‌ها به تفکیک تبیین کرد.

آنچه حائز اهمیت است اینکه، افسردگی در هر یک از انواع مذکور، با بروز علایمی در فرد نمایان می‌شود؛ در افسردگی سرشکستگی، با عدم هماهنگی تفکر (علم) و عمل و حس ناکامی؛ در افسردگی ناشی از حقارت با تعاریف نادرست از ارزشمندی، بی‌ارزشی و تجربه حس حقارت و بی‌ارزشی بر اساس ملاک‌های اعتباری؛ در افسردگی ناشی از فقدان معنویت، به صورت کمرنگ شدن اتصال با منبع غیرمادی و بی‌نهایت و قطع جریان ذکر و تجربه حس بدبختی؛ در افسردگی انزوایی، به صورت قضاوت‌های ظاهری و گرایش به افراد به ظاهر بی‌نیاز و در نتیجه،



تجربه حسرت و حسادت؛ در افسردگی تطفیفی، به صورت بروز یک صفت نامطلوب به نام تطفیف و ترجیح خود بر دیگری (استحقاق) و بروز انتظارات و توقعات و در نتیجه، تجربه تنگی، سختی و غمگینی؛ و در نهایت در افسردگی مرجع ستیزی، به صورت ناهماهنگی قول و فعل و اکراه نسبت به باید و نبایدهای تبیین شده از سوی ولی و تجربه حس تباهی اعمال و سقوط خود نمود پیدا می‌کند.

قابل ذکر است که نشانه‌های به وجود آمده در اثر ابتلا به انواع افسردگی از منظر قرآن، همان نشانه‌های افسردگی بر اساس نظام روان‌شناسی و حتی جامع‌تر است و بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، جلسات مشاوره گروهی رشد مدار توانسته ضمن کاهش نشانه‌ها و برطرف کردن عوامل زیربنایی و علی‌انواع افسردگی از منظر قرآن، سبب کاهش معنادار مؤلفه‌های این افسردگی‌ها و پیشگیری از بروز آن در آینده شود.

یکی از نکات مهم در این جلسات، استفاده از تعقل و تفکر در کنار علم‌آموزی است که زمینه عمل را فراهم می‌آورد. قرآن کریم در کنار باور، به اهمیت عمل نیز پرداخته و لازم و ملزوم بودن باور و ایمان با عمل و همراهی این دو را، عامل اصلی رشد و حیات واقعی می‌داند که در بسیاری از آیات قرآن در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند.<sup>۱</sup>

این عوامل، به عنوان نقطه مقابل افسردگی هستند که در این بسته مشاوره‌ای، به شکلی بسیار برجسته به کار گرفته شده‌اند (فیاض، ۱۳۹۶).

بر همین اساس، برنامه‌های آموزشی بعضی از جلسات، مبتنی بر درمان مربوط به افسردگی سرشکستگی پایه‌ریزی شده بود. کشف اهداف غایی، برنامه‌ریزی هدفمند و یافتن معنا، بخشی از اصول درمان این نوع از افسردگی است که طبق نتایج به دست آمده، بر افسردگی از منظر قرآن و افسردگی بک تأثیر معناداری داشته است.

هم‌راستا با این نتایج، جمالی (۱۳۸۱) نشان داد که میان نگرش مذهبی و احساس معناداری زندگی و سلامت روان رابطه وجود دارد. هدفمندی و یافتن معنا در زندگی به افراد بیمار نیز کمک می‌کند تا از این طریق بر احساسات منفی، مانند: اضطراب، افسردگی و ناامیدی غالب شوند و همچنین، از ایجاد نشانه‌های مرضی در خود جلوگیری کرده و سلامت روان خود را حفظ نمایند (فرانکل، ۱۳۷۱ به نقل از جمالی ۱۳۸۱).

یافته‌های بعضی مطالعات نیز نشان می‌دهند افرادی که معنویت بیشتری دارند، به راحتی برای زندگی خود معنا و هدفی می‌یابند و از این معنویت برای مدیریت شرایط دشوار زندگی خود استفاده می‌کنند و هر چه معنویت و گرایش‌های مذهبی بالاتر باشد، سلامت و بهداشت روانی بیشتر، کیفیت زندگی و عزت نفس بالا و غم و اندوه پایین‌تر است (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۱ و هال<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

همچنین در تحقیق لورنز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) بیان شده است افرادی که معنویت را بخش مهمی از زندگی خود می‌دانستند، معنای زندگی و هدف از آن را بر اساس اعتقادات خود یافته بودند.

اینگیل و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) با بررسی اثربخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی - معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری نشان دادند که در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، استفاده از منابع دینی و مذهبی به منظور کنار آمدن با بیماری شایع است و مقابله مذهبی - معنوی، احتمالاً می‌تواند در خدمت عملکردهای متعدد، مانند: اعتماد به نفس، ارائه یک احساس معنا و هدف، آرامش روانی و حس امید به کار رود.

برنامه‌های آموزشی بعضی از جلسات نیز مبتنی بر درمان مربوط به افسردگی تطفیفی صورت گرفت. بر اساس سوره مطففین، افسردگی تطفیفی به صورت بروز یک صفت نامطلوب به نام تطفیف و ترجیح خود بر دیگری (استحقاق) و بروز انتظارات و توقعاتی که زمینه شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی را در افراد به وجود می‌آورد، اتفاق می‌افتد.

بنابراین بر اساس جلساتی که با محوریت افسردگی تطفیفی صورت گرفت، سطح انتظارات از اطرافیان مشخص شده و با تشخیص منشأ و مبنای عمل و رفتار هر فرد، روی اهداف حقیقی اعمال تأکید شد که احساس شادکامی و نشاط، از نتایج اصلاح باور و عمل در مسیر خدمت به دیگران است.

همسو با نتیجه شادی و نشاط و به دنبال اصلاح باور و عمل در افراد، مایرز (۲۰۰۰) به نقل از برنان و سواری (۱۳۸۹) در پژوهشی، شادکامی را به عنوان نقطه مقابل افسردگی و تأثیری که روی سلامت روان دارد، معرفی می‌کند.

1 Hall, B. A.

2 Lorenz. K.& et al

3 Ingle C. & et al

همچنین پورشریفی و همکاران (۱۳۹۱) در نتیجه پژوهشی بیان داشتند که داشتن شادکامی و حمایت‌ها و ارتباطات اجتماعی، از جمله مؤلفه‌هایی است که می‌تواند مانع بروز افکار خودکشی که خود یکی از نشانه‌های افسردگی در افراد است باشد.

لذا به نظر می‌رسد هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر، اصلاح انتظارات در ارتباط با دیگران و تقویت این ارتباطات در کنار احساس شادی که از نتایج اصلاح باور و عمل برای افراد ایجاد می‌شود، می‌تواند خود در بروز این مانع اثرگذار باشند.

درمان افسردگی انزوایی، یکی دیگر از انواع افسردگی‌ها از منظر قرآن بود که برنامه‌های آموزشی تعدادی از جلسات را به خود اختصاص داد، در حالی که افسردگی انزوایی، ناشی از مقایسه خود با دیگری و پایین تر دیدن خود و حسرت و حسادت نسبت به آن‌هاست.

در مباحث درمان این افسردگی، ضمن فراهم کردن زمینه آگاهی افراد از معیارهایی که برای برقراری روابط با دیگران در خانواده خود دارند، ملاک‌های حقیقی در شکل‌دهی روابط و قضاوت‌ها را در ارتباط با دیگران به افراد می‌آموزد.

معیار حقیقی در روابط، سعی و خشیت افراد است. مؤمنان واقعی که هدفمند و اهل تلاش و امید هستند، تواضع و انعطاف بالایی دارند و اهل کنندی و نخوت نبوده و در مسیر الهی گام برمی‌دارند (فیاض، ۱۳۹۶).

بخشی از برنامه جلسات مربوط به درمان افسردگی، ناشی از حقارت بود که این حقارت در فرد به شکل تعریف‌های نادرست از ارزشمندی - بی‌ارزشی، تجربه حس حقارت و بی‌ارزشی بر اساس ملاک‌های اعتباری شکل می‌گیرد.

احساس حقارت، باوری عمیق، غیرواقعی و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و نازل‌سازی فرد منجر می‌شود. از سوی دیگر احساس حقارت، نیروی برانگیزنده رفتار در سطوح مختلف، اعم از بهنجار یا نابهنجار به شمار می‌آید، اما در بعضی از وضعیت‌های آسیب‌شناختی روانی ممکن است بیشتر دیده شود (دان، ۲۰۱۲).

از آن‌جا که احساس حقارت همیشه در مقایسه خود با دیگران به کار می‌رود، داشتن چنین احساسی با احساس انزوای اجتماعی و تعلق نداشتن نیز همراه است (هاسپر، ۲۰۱۳) که خود نشانه‌هایی از افسردگی را به همراه دارد.

هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که در افراد گوشه‌گیر، تنها و منزوی با احساس کمرویی شدید و عزت نفس ضعیف، بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است (دوروتی، ۲۰۱۲).

همچنین، شاهوردی و همکاران (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که متغیر احساس حقارت با ضریب بتای ۰/۲۱، توان پیش‌بینی سلامت عمومی در زنان نابارور را دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد هر قدر احساس حقارت در افراد کمتر شود، سلامت عمومی آنها بهتر می‌شود.

مباحث مطرح شده در جلساتی که به درمان افسردگی مرجع‌ستیزی اختصاص یافته بود، ضمن تغییر نگرش افراد نسبت به دستورات دین، آگاهی افراد از منابع و مراجع باید و نیایدی آنها در زندگی و توقف اطاعت‌های کورکورانه، بر اطاعت و رضایت از خداوند، به عنوان مرجع و ولی که باید به او اعتماد کامل داشت و مراتب پس از او که خداوند به آن سفارش کرده است، پایه‌ریزی شد.

این آموزه بدان معناست که انسان‌ها می‌توانند قدرت خارق‌العاده معنوی را با ایمان به خدا و گرایش‌های معنوی در خود ایجاد کرده و بالا برند. بدین ترتیب، این قدرت می‌تواند آنها را در تحمل سختی‌های زندگی نیز یاری دهد (کجیاف و رئیس‌پور، ۲۰۰۸).

دل‌بستگی به خدا و قدرتی که انسان از این دل‌بستگی به دست می‌آورد، زمانی از اهمیت بالایی برخوردار گشت که مشخص شد کیفیت آن با سلامت روان افراد مرتبط است (فلانلی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰، برادشاو و کنت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که دارای دل‌بستگی ایمن به خدا هستند، سلامت روان بهتری دارند. در همین راستا، یافته‌های تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که دل‌بستگی ایمن به خدا با متغیرهایی چون: خوش‌بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و همچنین کاهش علائم بیماری‌های جسمی رابطه دارد (سیم و له<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳، گرانگویست و کیرکپتریک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

1 Flannelly, KJ, & et al

2 Bradshaw M, Kent B. V.

3 Sim TN, Loh BS

4 Granqvist P, Kirkpatrick LA.

برام و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در تحقیقی که در آن افراد سالخورده (۶۸ تا ۹۳ ساله) شرکت کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با نشانگان افسردگی ارتباط معناداری دارد.

آن‌ها در تحقیق خود دریافتند که به هر میزان تصور افراد از در دسترس بودن خدا منفی باشد (دل‌بستگی نایمن)، میزان ناامیدی آن‌ها افزایش می‌یابد و همچنین به هر مقدار افراد دارای دید مثبتی به خدا باشند، امیدواری بالایی را دارا هستند و در مواجهه با مشکلات، سازگارانه‌تر برخورد می‌کنند.

بخشی از نکات جلسه مشاوره گروهی رشد مدار که با محوریت درمان افسردگی ناشی از فقدان معنویت معنوی و معنویت‌افزایی مطرح شد، مربوط به رفتارهای ذاکرانه فرد است که با توجه به هدف، باور و ارزش‌های افراد شکل می‌گیرد و آدمی را در جهت رسیدن به اهداف غایی یاری می‌کند.

در همین راستا، اهمیت ذکر - مثل: نماز و دعا - و تأثیر آن در زندگی و برنامه‌ریزی جهت انجام آن‌ها به عنوان یادآور باورها، اهداف و ارزش‌ها، در بخش‌هایی از جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان افسردگی ناشی از فقدان معنویت گنجانده شد.

پژوهش‌هایی نیز از این نگاه با پژوهش حاضر همسو بودند؛ از جمله پژوهش‌های مبتنی بر اثربخش بودن مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی، بر افسردگی و نشانه‌های آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان (حقیقی، خدایی و شریف زاده، ۱۳۹۱)، اثربخش بودن گروه درمانی معنوی بر افسردگی، استرس و اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه (بوالهروی، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱) و پژوهش بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس (مهرابی زاده، هاشمی و پاک نژاد، ۱۳۹۰).

همچنین این مطالعه با نتایج پژوهش موردی فقیهی و خدا یاری فرد (۱۳۸۰)، مبنی بر بررسی اثربخشی تکنیک‌های برگرفته از متون دینی برای درمان افسردگی و پژوهش فقیهی و همکاران، (۱۳۸۶) در مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی همسو است. فرضیه دوم نیز مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر افسردگی بک معنادار شده است. در پژوهش فیاض (۱۳۹۶)، ابعاد پرسشنامه افسردگی از منظر قرآن با نمرات افسردگی بک

همبستگی بالایی را نشان داد، در حالی که این پرسشنامه از جهت ساختار و هدف، متفاوت از پرسشنامه‌های تشخیصی نشانه محور افسردگی مانند بک است.

دو نوع افسردگی سرشکستگی و حقارتی که افسردگی‌های خفیف‌تر در این ساختار قرار می‌گیرند، در رگرسیون سلسله مراتبی، قدرت پیش‌بینی افسردگی (بک) را داشتند (فیاض، ۱۳۹۶). بر این اساس می‌توان پژوهش‌های مربوط به افسردگی را همسو با پژوهش حاضر دانست و معناداری فرضیه اول را گامی در جهت سلامت روان و کاهش افسردگی افراد دانست که طی جلسات مشاوره گروهی رشد مدار، آزمودنی‌ها به آن دست یافتند.

بدین ترتیب در این قسمت نیز نتایج پژوهش‌های بسیاری همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند؛ از جمله: مطالعاتی مبنی بر همبستگی بالای معنویت با سلامت روحی و روانی، فشار خون، افسردگی، اضطراب و مرگ و میر انسان‌ها (تاونسند و همکاران، ۲۰۰۲)؛ همبستگی مثبت و معنادار معنویت و گرایش‌های مذهبی با رضایت از زندگی، خوش‌بینی، عزت‌نفس، سلامت روان بیشتر و کاهش علائم افسردگی بر بیماران مبتلا به ایدز (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۱؛ هال، ۱۹۹۸)؛ همبستگی مثبت معنویت و گرایش‌های مذهبی با سلامت و بهداشت روانی بیشتر، کیفیت زندگی و عزت‌نفس بالا و غم و اندوه پایین‌تر (کوتون و همکاران، ۲۰۰۶).

از دیگر پژوهش‌هایی که همسو با نتایج پژوهش حاضر است، مطالعاتی است که اثرات معنویت و گرایش‌های مذهبی را در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش سلامت روان به روش‌های مختلف اثبات کرده است (نژاد نادری و همکاران، ۱۳۹۱ و خدایاری فرد، غباری بناب و شکوهی یکتا، ۱۳۸۱).

در نهایت، لازم به ذکر است با توجه به معیارهای ورود زنان به پژوهش حاضر در تعمیم نتایج به نمونه‌های دارای ویژگی‌های متفاوت، جانب احتیاط ضروری است. همچنین با توجه به جامعیت قرآن کریم، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، میزان اثربخشی مشاوره گروهی رشد مدار بر متغیرهای وابسته دیگر یا عموم افراد سالم - جهت پیشگیری - و همچنین بر افراد افسرده - جهت درمان - اجرا شود تا بتوان با اطمینان بیشتری از تعمیم‌پذیری یافته‌ها سخن گفت.

## منابع

قرآن کریم.  
اخوت، احمدرضا. (۱۳۸۹). ساختار وجودی انسان. تهران: قرآن و اهل بیت نبوت (علیهم‌السلام).

- ادیسه، پروانه. (۱۳۹۹). اهمیت سلامت روانی زن در سلامت خانواده. اولین همایش قرآن و روان‌شناسی، تهران، <https://civilica.com/doc/1032985>
- برنا، محمدرضا و کریم سواری. (۱۳۸۹). ارتباط ساده و چندگانه نگرش‌های مذهبی، سلامت روانی، رضایت از زندگی و عزت نفس با شادکامی در بین دانشجویان. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۲ (۸)، ۷۷-۸۶.
- بوالهروی، جعفر و دیگران. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۳ (۱)، ۸۵-۱۱۵.
- بهرامی احسان، هادی و دیگران. (۱۳۹۶). درمان افسردگی از منظر قرآن. تهران: قرآن و اهل بیت نبوت (علیهم‌السلام).
- بهرامی احسان، هادی و دیگران. (۱۳۹۵). معنائشناسی افسردگی از منظر قرآن (پیشنهاد الگویی برای پژوهش‌های قرآنی در حوزه روان‌شناسی). تهران: دانشگاه تهران.
- پورشریفی، حمید و دیگران. (۱۳۹۱). نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، (۲): ۹۹-۱۰۷.
- حقیقی، فاطمه و دیگران. (۱۳۹۱). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، مراقبت‌های نوین. فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، (۳) ۹، ۱۷۲-۱۶۵.
- جمالی، فریبا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه الزهراء.
- خدایاری فرد، محمد و دیگران. (۱۳۸۱). حدود تحقیقات روان‌شناختی در حوزه دین، سه ماهنامه اندیشه و رفتار، (۲۴) ۶، ۵۳-۴۵.
- رضاعی، فرزین و دیگران. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، ۱۸۸.
- سادات، محمدعلی. (۱۳۶۱). خصوصیات روح زن. تهران: نهضت زنان مسلمان.
- شاهوردی، جمیله و دیگران (۱۳۹۴). رابطه سلامت عمومی با شادکامی، احساس حقارت و تعارضات زناشویی در زنان نابارور شهرستان بروجرد. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۵ (۹۰): ۴۷-۵۴.
- فقیهی، علی‌نقی و دیگران. (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱ (۱)، ۶۹-۸۶.
- فقیهی، علی‌نقی و محمد خدایاری فرد. (۱۳۸۰). کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تأکید بر دیدگاه اسلامی (مطالعه موردی). پژوهشنامه قرآن و حدیث سال اول. تهران: انجمن علوم قرآن و حدیث، ۲، ۱۱۲-۱۸۹.
- فیاض، فاطمه. (۱۳۹۶). طراحی مدل اکتشافی اختلال افسردگی از منظر قرآن کریم و بررسی اثربخشی الگوی درمانی مبتنی بر آن. پایان‌نامه جهت دریافت درجه دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.

- فیاض، فاطمه و احمدرضا اخوت. (۱۳۹۷). درمانگری افسردگی از منظر قرآن؛ راهنمای مشاوران و روان‌شناسان. تهران: قرآن و اهل بیت نبوت (علیهم‌السلام).
- فیاض، فاطمه و دیگران. (۱۳۹۴). ساخت مقدماتی مقیاس تشخیصی افسردگی مبتنی بر سوره‌های قرآن کریم. دو فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۹ (۱۷)، ۱۸۰-۱۵۳.
- فیاض، فاطمه و دیگران. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله درمانی قرآنی برای اختلال افسردگی اساسی: یک مطالعه موردی. نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی).
- کلارک، دیوید و کریستوفر فربون. (۱۳۸۶). *درمان‌های شناختی و رفتاری*، ترجمه کاویانی. تهران: مهر کاویان.
- کوری، ماریان اشنایدر و جرالده کوری. (۱۳۸۲). *گروه درمانی*، ترجمه سیفاله بهاری و همکاران. تهران: روان.
- گلدنبرگ، ایرنه و هربرت گلدنبرگ. (۲۰۰۰). *خانواده‌درمانی*. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و همکاران. (۱۳۸۹). چاپ نهم. تهران: روان.
- لطیفیان، م و سیف، د. (۱۳۹۱). تأثیر خودآگاهی بر اختلال روابط بین فردی دانش‌آموزان. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶، ۴-۱۳.
- مختاری، عباس و دیگران. (۱۳۸۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۱)، ۶۷-۵۶.
- مهرابی‌زاده، مهناز و دیگران. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس. *روان‌شناسی و دین*، ۴ (۳)، ۴۸-۳۱.
- نژاد نادری، سمیرا و دیگران. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای نگرش مذهبی و سلامت عمومی در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری، طب و تزکیه، ۲، ۲۴-۱۸.
- نقوی، محسن و دیگران. (۱۳۸۷). بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴ (۱)، ۱-۱۹.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*
- Banaian, S. H., Parvin, N., & Kazemian, A. (2006). The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 14 (2), 52-62.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 1, 77-100.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory (2nd Ed)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bradshaw M, Kent BV. (2017). Prayer, attachment to God, and changes in psychological wellbeing in later life. *Journal of aging and health* . 0898264316688116.
- Braam AW, Schaap-Jonker H, Mooi B, Ritter Dd, Beekman AT, Deeg DJ. (2008). God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands. *Mental Health, Religion and Culture* .11 (2):221-37.
- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., Paragament, K.H., justic, A.C., Leonard, A.C., & Tsevat, J. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of general internal medicine*, 21 (S5).



- Dorothy, R. (2012). Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent. Trans. Qytasy A. 1st ed. Tehran: Saberin Publication.
- Duane, S. P., Sydney, S. E. (2012). Theories of personality. 10th ed. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American journal of psychiatry*, 161 (12), 2303–2308. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2303>
- Fayyaz, F., Sarmast, Z., Ehsan, H. B., Okhovvat, A., & Fayyaz, R. (2015). Preliminary Construction of depression diagnosis scale based on Quran and investigation of its Psychometric characteristics, *Argos*.
- Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG, Koenig HG. (2010). Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health* . 49 (2):246-61.
- Granqvist P, Kirkpatrick LA. (2008). Attachment and religious representations and behavior. Hall. BA. (1998). Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Res NursHealth*. 21:143–53.
- Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: [www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%202013](http://www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%202013).
- Ingle C. Thuné-Boyle, Jan A. Stygall, Mohammed R. Keshtgar, Stanton P. Newman (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness? Adjustment inpatients with cancer? A systematic re view of the literature *Social Science & Medicine*, Volume 63, Issue 1, Pages 151-164
- Kajbaf. M., & Raiespour H. (2008). (Relation between religious attitude and mental health among female students in Isfahan. *Qtrly Islamic & Psych Studies*. 1 (2):31-43.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal Psychology*, 103 (2), 302.
- Liu, H., He, Y., Wang, J., Miao, J., Zheng, H., Zeng, Q. (2016). Epidemiology of depression at traditional Chinese medicine hospital in Shanghai, China. *Comprehensive Psychiatry*. 65: 1-8.
- Lorenz. K., Hays. R., Shapiro. M., Cleary. P., Asch. S., Wenger, N. (2005). Religiousness and spirituality among HIV-infected Americans. *J Pall Med*. 8:774–81
- Mohammadi, M. R., Rahgozar, M. A. H. D. I., Bagheri Yazdi, A., Naghavi, H. R., Pour Etamad, H. R., Amini, H. O. M. A. Y. O. U. N., ... & Mesgarpour, B. (2003). Epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran province. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9 (2), 4-13.
- Panier, L. Y., Bruder, G. E., Svob, C., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Weissman, M. M., ... & Kayser, J. (2020). Predicting Depression Symptoms in Families at Risk for Depression: Interrelations of Posterior EEG Alpha and Religion/Spirituality. *Journal of Affective Disorders*.
- Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. (2001). Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 40:497–514.
- Pfedeer, B. (2002). Psychoanalytically based psychotherapy with children and adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* ;51:31-8
- Sim TN, Loh BS. (2003). Attachment to God: Measurement and dynamics. *Journal of Social and Personal Relationships* . 20 (3):373-89.
- Teismann, T., Willutzki, U., Michalak, J., Siegmann, P., Nyhuis, P., Wolter, M., & Forkmann, T. (2017). Religious beliefs buffer the impact of depression on suicide ideation. *Psychiatry research*, 257, 276-278.

- Townsend, M., Kladder, V., Ayele, H., & Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *Southern Medical Journal*, 95, 1429–1434.
- Sharifi, V., Amin-esmaeili, M., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Motevalian, A., Hefazi, M., Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian medicine*, 18 (2), 76.



## The Effectiveness of Developmental Group Counseling on Depression Indicators from the Perspective of Quran and Depression (Beck) in Women

Hadi Bahrami Ehsan<sup>1</sup>  
Zahra Boozh Mehrani<sup>2</sup>  
Fatemeh Fayyaz<sup>3</sup>  
Mansoureh Abolhasani<sup>4</sup>  
Yaser Madani<sup>5</sup>

Nowadays, due to the increasing growth of behavioral disorders in the field of psychology, the need to scientifically explore comprehensive and convincing theories that help more and more specialists in the diagnosis and treatment of disorders, seems more than necessary. In this regard, the purpose of this study was to determine the effectiveness of growing group counseling on depression from the perspective of the Qur'an and depression (Beck) in women. For this purpose, in a quasi-experimental study of pre-test-post-test with a control group of 30 married women aged 30 to 40 years who had primary school children in Tehran's 14th education district, randomly divided into experimental and control groups. Experiment and control were placed (15 in the experimental group and 15 in the control group). At the beginning and end of the study, the groups completed a questionnaire on depression from the perspective of the Qur'an ((Fayyaz, Sarmast, Bahrami Ehsan and Okhovat, 2015) and depression (Beck, 1996). Then, the experimental group underwent growth-oriented group counseling based on depressive indicators from the perspective of the Holy Quran for three months (12 sessions of 90 minutes). The results of analysis of covariance showed that the mean scores of depression (in both scales) as well as subscales of Quranic depression in the experimental group, in the post-test phase decreased significantly compared to the control group ( $p < 0.0001$ ). Significance of this effect on the experimental group was maintained in the quarterly follow-up phase. Thus, based on the above findings, it can be said that the development of group counseling based on the Holy Quran, all of which ultimately promote the level of growth and individual spirituality, can have positive and significant effects on mental health indicators such as depression and mood disorders.

**Keywords:** Growth-Oriented Group Counseling, Depression From Quran's Perspective, Health, Women

1. PH.D in Health Psychology, Public Psychologist, Department of Psychology, Tehran University.
2. MA Student in Family Consultancy, Department of Educational Psychology and Consultancy, Tehran University
3. Department of Psychology and Educational Sciences, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran
4. PH.D In Consultancy, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran
5. PH.D in Consultor Education, Assistant Professor, Consultor Education Expert