

اثر بخشی معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+)

نجمه حمید: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
 شوبو ویسی*: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم

سال سوم، شماره دوم، پاییز و زمستان ۱۳۹۱، ص ۳۸ - ۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۵/۲۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر کاهش علائم افسردگی و تقویت سلول T/کمکی (CD4+) بیماران افسرده بوده است. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون، دوره پیگیری و گروه کنترل بوده است. جامعه مورد بررسی شامل ۵۰ زن افسرده نوروتیک است که به مطب‌های خصوصی و مراکز مشاوره و روان درمانی مراجعه نموده‌اند. بیماران از لحاظ سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، دارا بودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، عدم ابتلا به بیماری‌هایی که سیستم ایمنی بدن را مخدوش می‌سازد و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس به طور تصادفی تعداد ۳۰ نفر از آنها انتخاب و به گونه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و ارزیابی سلول‌های ایمنی در آزمایشگاه با استفاده از روش فلوسایتومتری بوده است. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه معنادرمانی توأم با تلاوت آیاتی از قرآن کریم و دعا و نیایش روان درمانی شدند اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس میزان علائم افسردگی و فعالیت سلول‌های ایمنی دو گروه در مراحل مختلف قبل از درمان، پس از خاتمه درمان و در دوره پیگیری سه ماهه ارزیابی شد. نتایج حاصل آشکار ساخت که تفاوت معناداری میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+) وجود داشت (001/0P >). علائم افسردگی در گروه آزمایش، نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل به طور معناداری کاهش اما میزان سلول‌های ایمنی افزایش یافته بود. این نتایج در دوره پیگیری به طور معناداری تداوم داشت.

کلید واژه‌ها: معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا، افسردگی، سلول T/کمکی (CD4+).

۱- مقدمه

زن سرمایه‌ای پربار برای جامعه است و آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود و طبیعت او تحقق می‌یابد. سازمان بهداشت جهانی، سلامت زنان را از شاخص‌های رشدیافتگی کشورها معرفی نموده است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت، سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تأثیر بر سایر ابعاد می‌شود (کاستلو، ۱۹۹۲، پورافکاری، ۱۳۷۳: ۱۳۰). افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که در طی پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده است، و از شایع‌ترین علل بستری شدن شمرده می‌شود (فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور، ۱۳۸۶: ۶۹). افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و انگیزه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه می‌شود و یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی در تمام کشورها و از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به عنوان مشکل سلامت جهانی در تمامی فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند. برخی افراد به دلیل موقعیت خاص نسبت به این اختلال آسیب پذیرند (تقی پور و رسولی، ۱۳۸۷: ۶۹). تحقیقات نشان می‌دهد که هر ساله در ایالات متحده آمریکا حدود ۱۹ میلیون نفر از مردم و در ایران حدود ۱۵-۲۵ درصد جمعیت کشور افسردگی را تجربه می‌کنند. براساس آمارهای مختلف شیوع افسردگی در زنان ۳۰/۵ درصد و در مردان ۱۶/۷ درصد است (نریمانی، خنیا، ابوالقاسمی، گنجی و مجیدی، ۱۳۸۵: ۱۹۵). افسردگی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین‌فردی می‌شود (جان بزرگی، ۱۳۷۸: ۱۲۰). روش‌های درمانی موجود برای درمان این اختلال شامل دارودرمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری و خانواده‌درمانی بصورت ترکیبی، یا به تنهایی می‌باشند (فقیهی و دیگران، ۱۳۸۶: ۷۰)، با وجود اینکه دارودرمانی یکی از شیوه‌های رایج در درمان اختلال‌های عاطفی به خصوص افسردگی است اما عوارض جانبی نامطلوب این داروها کاربرد آنها را در بسیاری از موقعیت‌ها محدود می‌کند. هم‌چنین مطالعاتی که در زمینه پی‌گیری‌های پس از درمان صورت گرفته است نشان دهنده نرخ بالای نشانه‌های افسردگی در بیمارانی که پس از قطع دارو است. از جمله عواملی که می‌تواند با افسردگی مرتبط باشد فقدان معنا در زندگی است. معنادرمانی، روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنی در زندگی‌شان آماده کند. «فرانکل» بر اساس کار بالینی و مطالعه نتیجه گرفت فقدان معنا منبع اصلی استرس وجودی و اضطراب است. او «نوروز وجودی (existential neurosis)» را به عنوان تجربه بی‌معنایی می‌داند. بنابراین بر اساس نظر فرانکل درمان به مراجعان کمک می‌کند تا معنایی را در زندگی‌شان پیدا کنند (یاوریان و نیکاکتار، ۲۰۱۱: ۵۲). هم‌چنین یافته‌های بالینی نشان می‌دهد که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن از جمله سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند آنها را تضعیف و مختل سازد. افسردگی جزء بیماری‌های روانی است که سیستم ایمنی بدن را تضعیف نموده و بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های جسمانی می‌کند (ژو، فورد و تسی، ۲۰۱۱: ۱۳۰).

در سال‌های اخیر محققان به تأثیر گرایش‌های مذهبی بر روی بیماری‌های روانی معطوف شده‌اند. از

جمله در اکثر مطالعات همبستگی منفی معنی داری بین جهت گیری درونی نسبت به دین، با نشانگان افسردگی، اضطراب صفت وجود دارد (اسماعیل زاده، میرمیرانی و عزیزی، ۲۰۰۵: ۳۴۷). برخی تحقیقات نشان می‌دهد که فعالیت‌های معنوی و شهودی مانند تمرکز و اندیشه معنوی تصویرسازی ذهنی نسبت به شگفتی‌های جهان هستی و عظمت پروردگار که قادر مطلق است، نیایش و ارتباط عمیق با خالق هستی و امید به رحمت بیکران وی در حل مشکلات زندگی و نجات انسان اثرات شفاف‌بخش نیرومندی بر مراجعین دارد (مالتابی و دی، ۲۰۰۳: ۱۲۲۴). با توجه، به نتایج ناهمخوان پیشینه پژوهشی در خصوص تاثیر مذهب بر متغیرهای روانشناختی و سلامت روانی، نبود پژوهش کافی در زمینه معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا و جدید بودن این روش درمانی، در پژوهش حاضر این نکته مورد بررسی قرار گرفته است که آیا معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا می‌تواند بر افسردگی تاثیر داشته باشد.

فرضیه اول: معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش سلول T/کمکی (CD4+) می‌شود.

فرضیه دوم: معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش سلول T/کمکی (CD4+) در دوره پیگیری می‌شود.

۱-۱- سؤال پژوهش

آیا معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+) تاثیر دارد؟

۱-۲- اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه بیش از هر زمان دیگر، مردم شیوه‌ها و وسایل گوناگون زندگی کردن را در اختیار دارند، اما معنایی را که برای آن زندگی کنند در اختیار ندارند. از طرف دیگر می‌بینیم مردمانی وجود دارند که در شرایط متضاد، حتی در شرایط بسیار بد نیز خشنود به نظر می‌رسند. بیماران روانی از این جهت پیش روانشناسان و روانپزشکان می‌آیند که در خود احساس بی‌هوگی می‌کنند و این پوچی وجودی یا خلأ وجودی آن‌ها است. جوانان بیش از نسل‌های سال‌خورده از خلأ وجودی رنج می‌برند (ژو و دیگران، ۲۰۱۱: ۱۳۲). فرانکل از دیدگاه دیگری به دین و معنویت توجه داشت. به باور فرانکل در معنای انسان سالم معنویت مستتر است و در سایه همین سلامت معنوی است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی حرکت می‌کند. امروزه مسئله افسردگی چنان غامض شده است که دیگر نمی‌توان به پاک کردن صورت آن پرداخت (فرانکل، ۱۹۵۶ و تبریزی، ۱۳۷۳: ۲۴۰). این معضل را باید جدی گرفت و برای آن چاره‌ای اندیشید که میان وضعیت روانی و سیستم ایمنی ارتباط وجود دارد و افسردگی باعث کاهش سیستم ایمنی و تضعیف آن می‌شود (ریسی و برانت، ۱۹۹۷: ۱۳۵) از آنجائی که درمان‌های شناختی کلاسیک به تنهایی نمی‌توانند باعث بهبود کامل افسردگی شوند لذا تلفیق روان درمانی با امور معنوی و معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به پروردگار، راضی و قانع بودن نسبت به آنچه فرد دارد و مقدر الهی است، توجه به تدبیرات و حکمت الهی در جهان، شناخت واقعیت

دنیا و اینکه مقدمه آخرت است و اینکه زندگی دنیا همراه با سختی‌ها است (کاستلو، ۱۹۹۲، پورافکاری، ۱۳۷۳: ۱۳۰) با توجه به تاثیر مثبت مذهب در پیشگیری و درمان اختلالات روانی (ژو و دیگران، ۲۰۱۱: ۱۳۵) و جایگاه خاص مذهب و اعتقادات دینی در کشورمان و شیوع زیاد اختلالات خلقی، لذا ضرورت ایجاب می‌کند که با استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی و با استفاده از آمیزه‌های دینی نسبت به رفع علائم افسردگی اقدام نمود.

هدف از این پژوهش «اثر بخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+) است». زیرا تجربیات بالینی متعدد نشان داده است که استفاده از روش‌های روان درمانی متداول بدون توجه به تاثیر اعتقادات معنوی فرد، جلب توجه و تمرکز وی به قدرت مطلق خالق هستی در مواردی چندان موثر نبوده و منجر به بازگشت علائم مرضی می‌شود. اما اگر بتوان معنادرمانی را مبتنی بر رویکرد دینی به کار برد، فرد نگرش و باورداشت‌های منطقی جدیدی نسبت به جهان هستی و خود کسب می‌کند که در اطمینان بخشی و امیدواری، افزایش تسلط و اعتماد به نفس و معنی بخشیدن به فعالیت‌هایی که قبلاً در زندگی وی را دچار پوچی کرده‌اند مؤثر خواهد بود (ثنایی ذاکر و نصیری، ۱۳۷۹: ۸۹).

در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه‌ای اثرات روان درمانگری شناختی - رفتاری و شناخت درمانگری با رویکرد دینی بر بیماران افسرده و پاسخ لنفوسیت‌های T آن‌ها در مقابل میتوزن PHA نشان داد که شناخت درمان‌گری توأم با رویکرد دینی نسبت به روان درمانگری شناختی - رفتاری کلاسیک در کاهش افسردگی و تقویت سیستم ایمنی و نظام دفاعی بدن مؤثرتر بوده است (حمید، ۱۳۸۷: ۴۹). دو محقق دیگر (اسکاپین و اندر بیتزن نولان، ۲۰۰۲: ۶۴۵)، نقش رفتار دینی در نشانه‌شناسی اضطراب و افسردگی نوجوانان را با استفاده از پرسشنامه افسردگی (BDI)، پرسش‌نامه رفتار دینی و مقیاس اضطراب آشکار تجدیدنظر شده کودکان مورد بررسی قرار داده و دریافتند که تکرار بیشتر رفتارهای دینی، با نمره پایین‌تر از مقیاس‌های اضطراب و افسردگی آشکار مرتبط بودند. چانگ و اسکینر، ژو و کازیس نیز در سال ۲۰۰۳، ارتباط بین افسردگی و سلامت روانی و دین‌داری را در میان سربازان مذکر قدیمی مورد بررسی قرار دادند. نتایج رگرسیون نشان داد که در میان این افراد، آن‌هایی که بیشترین حضور در جلسات دینی داشتند، نسبت به افرادی که هرگز در جلسات دینی حضور نداشتند، از افسردگی کمتر و سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند (چانگ و اسکینر، ژو و کازیس ۲۰۰۳: ۲۲۳). کوئینگ، جورج و پترسون، در مطالعات مقطعی که رابطه فعالیت‌های دینی سازمان یافته و افسردگی را می‌سنجند، دریافتند کسانی که شرکت بیشتری در فعالیت‌های دینی داشتند، کمتر افسرده بودند. هم‌چنین پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که درمان مذهبی بر بیماران مختلف تاثیر می‌گذارد (کوئینگ، جورج و پترسون، ۲۰۰۱: ۴۹). از جمله در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر بر سه بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار مثبتی داشته است (باربرا، زنو، بوش، باربرا و استانلی، ۲۰۱۲: ۳۵۸).

محققان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی بر بیماران اختلال وسواسی اجباری را بررسی

کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری مذهبی تاثیر مثبتی بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواسی اجباری دارد (کوچکیان، الماسی، میراثی و جمشیدیان، ۲۰۱۱، ۱۶۴۷). درباره اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی بر رضایت زناشویی بیماران اختلال وسواسی اجباری به این نتیجه رسیده‌اند که درمان شناختی - رفتاری مذهبی، بر میزان رضایت زناشویی بیماران اختلال وسواسی اجباری به طور معناداری اثربخش بوده است (عمرانی فرد، کوچکیان، الماسی و میراثی، ۲۰۱۱: ۱۶۳۰)، در پژوهشی پیرامون درمان مذهبی، به عنوان یکی از روش‌های اصلاح رفتار کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با آموزش ترانه‌های قرآنی به این نتیجه رسیدند که درمان مذهبی نقش مهمی در اصلاح رفتار کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم دارد (فیطری، ۲۰۱۱: ۱۷۸۲). ایگل، نیومن، کشتگر و ستگل، به بررسی اثربخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی - معنوی بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پراختند و نشان دادند که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه خاص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی شایع است (ایگل، نیومن، کشتگر و ستگل، ۲۰۰۶: ۱۶۴). در پژوهش گروه درمانی متمرکز بر درمان معنوی در بیماران سرطانی نشان داده شده است که مداخلات درمانی معنوی به صورت فردی برای زنانی که بازماندگان آزار جنسی بودند می‌تواند موثر باشد (کول، ۲۰۰۰) به نقل از ریچارد و دیگران، ۲۰۰۷: ۳۰۷). حمدیه و تریقی جاه، در پژوهش اثربخشی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، بیان کردند که سلامت معنوی بیش تر بویژه معنا، صلح و آرامش به طرز چشمگیری، با افسردگی کمتر همراه است (حمدیه و تریقی جاه، ۱۳۸۸: ۳۸۳).

۱-۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون، دوره پیگیری و گروه کنترل بوده است. جامعه مورد بررسی شامل ۵۰ زن افسرده نوروتیک است که به مطب‌های خصوصی و مراکز مشاوره و روان درمانی مراجعت نموده‌اند. بیماران از لحاظ سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، دارا بودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، عدم ابتلا به بیماری‌هایی که سیستم ایمنی بدن را مخدوش می‌سازد و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس به طور تصادفی تعداد ۳۰ نفر از آنها انتخاب و به گونه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI) که ضریب پایایی همسانی درونی پرسشنامه ۷۳٪، با میانگین ۸۶٪، گزارش شده است. همبستگی بین فرم استاندارد کوتاه شده افسردگی بک ۶۱٪ بود (اسماعیل زاده و دیگران، ۲۰۰۵: ۳۴۰)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعات مشابه قبلی ۸۴٪ تعیین شده است (نریمانی و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۱۰). پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از سؤالات آزمون در یک مقیاس چهار درجه‌ای (از طبیعی تا شدید) مشخص گردید در هر سؤال بالاترین نمره ۳ در نظر گرفته شد. بنابراین، حداکثر نمره مقیاس ۳۹ بود. درجه افسردگی بر اساس نمرات به دست آمده از پرسشنامه بدین صورت بود: نمرات صفر تا ۴ وضعیت طبیعی، ۵ تا ۷ افسردگی در حد

خفیف، ۸ تا ۱۵ افسردگی متوسط و نمرات از ۱۶ به بالا افسردگی شدید. همچنین ارزیابی سلول‌های ایمنی در آزمایشگاه با استفاده از روش فلوسایتومتری انجام شده است. فلوسایتومتری روش دستگاهی بسیار سریع و قدرتمندی است که برای شناسایی ذرات (سلول‌ها) و ارزیابی خصوصیات آنها به کار می‌رود. ذرات مورد آزمایش بصورت معلق در مایع با سرعتی حدود ۵ تا ۵۰ متر در ثانیه از میان منفذی باریک و از مقابل پرتوی باریک از نور لیزر عبور می‌کنند. بدین ترتیب امکان جمع آوری اطلاعات مربوط به ۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ سلول در هر ثانیه فراهم می‌شود. غالباً حجم مورد نیاز از نمونه مورد آزمایش نیز خیلی کم و حدود ۱۰۰ میکرولیتر می‌باشد که ارزیابی‌های سیتولوژیکی و شکل‌ظاهری (مرفولوژی) آنها مبتنی است (حمید، ۱۳۸۷: ۳۰). به منظور صحت تشخیص بیماری افسردگی از آزمودنی‌های گروه نمونه، مصاحبه تشخیصی به عمل آمد، سپس قوانین و مقررات جلسات گروهی برای آنها توصیف شد و آزمودنی‌ها تعهد دادند که به‌طور منظم در جلسات شرکت کنند. این جلسات شامل معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بود. جلسه اول: معرفی کردن اعضا به همدیگر و آگاهی از ارزش‌ها، آموزش آگاهی‌هشیارانه نسبت به ابعاد مختلف زندگی خود. تمرکز و توجه بر قدرت مطلق هستی، آگاهی از داشته‌ها و نعمت‌هایی که پروردگار در اختیار فرد قرار داده است.

جلسه دوم: شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق، بررسی اهداف و مشاغلی که دوست داشته‌اند اما نتوانسته‌اند به آنها برسند. معنی دادن به دشواری‌ها و مشکلاتی که در زندگی با آن مواجه هستند. استعانت الهی و توکل به پروردگار در انجام همه امور و توجه به پیامدهای مثبتی که بدنبال دشواری و مصیبتی رخ می‌دهد. «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (شرح ۶) استفاده از آیات قرآن، احادیث و سیره نبوی در معنی بخشیدن به زندگی. جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی، شفاف‌سازی ارزش‌های تجربی و عینی، بررسی تجارب هنری که برای فرد ارزشمند است. و از آنها لذت می‌برد و یا اشخاصی که برای او جالب و معنی‌دار می‌باشند. تقویت ارزش‌های نگرشی، بررسی اشخاص و موقعیت‌ها و مشاغلی که برای فرد ارزشمند هستند، به منظور تقویت ارزش‌های معنوی و الهی فرد.

جلسه چهارم: شفاف‌سازی ارزش‌های نگرشی، تهیه سلسله مراتبی از ارزش‌ها، بررسی نقل قول‌های خردمندان و گفته‌های حکیمانه مبتنی بر قرآن و احادیث و سیره نبوی جهت تقویت توکل به پروردگار، معنا بخشیدن به هر لحظه از زندگی و در نظر گرفتن خود به عنوان عنصری از یک نظام هستی.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف خانگی، توسعه سلسله مراتب ارزش‌ها، تعیین اهداف و برنامه ریزی در جهت وصول به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، استفاده از نظرات افراد گروه برای اولویت بندی اهداف، استفاده از ورقه ثبت پیشرفت خانگی و مراحل نیل به اهداف.

جلسه ششم: متناسب کردن اهداف با ارزش‌های معنوی و الهی، تحلیل اهداف متناسب با ارزش‌ها، کمک به افراد برای وصول به اهداف خود با تلاش و معنایابی در زندگی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده و یا نادیده گرفته شده، استفاده از روش بارش مغزی برای بررسی اهداف معنوی و متعالی که به شکوفایی استعدادهای فرد کمک می‌کنند.

جلسه هشتم: بحث گروهی در مورد نتایج تکالیف خانگی، هر فرد اهداف جدید را با دیگران در میان

می‌گذارد، ارائه طرح دستیابی به هدف، تعیین چارچوب زمانی معلوم برای اجرای اهداف تعیین شده. جلسه نهم و دهم: بررسی بینش‌های کسب شده، تعیین نقاط ضعف و قوت به وسیله فرد و دریافت بازتاب از دیگران. بررسی پیشرفت معناجویی فرد و موانع احتمالی که وجود دارند، استفاده از نظرات گروه جهت تقویت معناجویی فرد.

جلسه یازدهم و دوازدهم: بررسی تغییرات حاصل از فرد در نتیجه آموزش معناجویی در زندگی در ابعاد مختلف زندگی، آماده کردن فرد برای خاتمه جلسات آموزشی، دادن تکالیف خانگی و خواندن کتب قرآن و متونی که به معناجویی فرد کمک می‌کند.

گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه معنادرمانی توأم با تلاوت آیاتی از قرآن کریم و دعا و نیایش روان‌درمانی شدند؛ اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس میزان علائم افسردگی و فعالیت سلول T / کمکی (CD4+) دو گروه در مراحل مختلف قبل از درمان، پس از خاتمه درمان و در دوره پیگیری سه ماهه ارزیابی شد.

۲- یافته‌ها

۱-۲- میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی را در گروه آزمایش و کنترل

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۵۲/۱۲	۲/۸۷	۲۸/۳۹	۱/۳۶	۲/۷۴
کنترل	۵۴/۶۳	۱/۹۶	۵۳/۹۱	۲/۰۶	۳/۰۶

۲-۲- میانگین و انحراف معیار نمره سلول T/کمکی (CD4+) در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلول T/کمکی (CD4+) در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۸/۰۶	۲/۱۳	۱۴/۲۵	۱/۹۶	۱/۶۲
کنترل	۸/۷۸	۱/۹۳	۸/۰۳	۲/۶۱	۱/۲۳

۲-۳- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و سلول T/ کمکی (CD4+) آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون.

جدول ۳:

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی (Pillai' Trace)	۰/۷۸۱	۱۱۴/۶۳۵	۲	۵۵	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز (Wilks' Iambda)	۰/۲۱۵	۱۱۴/۶۳۵	۲	۵۵	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ (Hotelling' Trace)	۳/۸۳	۱۱۴/۶۳۵	۲	۵۵	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۸۳	۱۱۴/۶۳۵	۲	۵۵	<۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای افسردگی و سلول T/ کمکی (CD4+) تفاوت معنی داری در سطح $P < 0/001$ وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای مذکور، بین دو گروه، تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است.

۲-۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین‌های افسردگی و سلول ایمنی T/ کمکی (CD4+) پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴:

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری P
افسردگی	۱۳۸۹/۹۱۲	۱	۱۳۸۹/۹۱۲	۱۴۵/۴۲	<۰/۰۰۱
سلول T/ کمکی (CD4+)	۱۳۳۲/۱۸۳	۱	۱۳۳۲/۱۸۳	۸۴/۴۵۰	<۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۴ مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر افسردگی، تفاوت معنی داری در سطح $P < 0/001$ وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا باعث کاهش افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

۲-۵- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پی‌گیری افسردگی و سلول ایمنی T/کمکی (CD4+) آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

جدول ۵

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۷۹۵	۵۴/۵۹۵	۲	۵۵	$< 0/001$
لامبدای ویلکز	۰/۲۴۳	۵۴/۵۹۵	۲	۵۵	$< 0/001$
اثر هتلینگ	۳/۹۶۵	۵۴/۵۹۵	۲	۵۵	$< 0/001$
بزرگترین ریشه روی	۳/۹۶۵	۵۴/۵۹۵	۲	۵۵	$< 0/001$

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+) آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در سطح $P < 0/001$ وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای مذکور بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۶ درج شده است.

۲-۶- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های افسردگی و سلول T/کمکی (CD4+) آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

جدول ۶

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری P
افسردگی	۷۲۳/۴۰۸	۲	۷۲۳/۴۰۸	۸۹/۴۵۲	$< 0/001$
سلول T/کمکی (CD4+)	۶۱۲/۹۶۵	۲	۶۱۲/۹۶۵	۵۶/۰۲۱	$< 0/001$

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معنی‌داری در سطح $P < 0/001$ وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا سبب کاهش افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین بر اساس مندرجات جدول ۶ مشاهده می‌شود که میان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سلول T/کمکی ($CD4+$) تفاوت معنی‌داری در سطح $P < 0/001$ وجود دارد. بنابراین معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا سبب افزایش سلول T/کمکی ($CD4+$) آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

۳- بحث و نتیجه‌گیری

معنادرمانی به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها، ارزش‌های درون فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی بودن ایران مطالعه حاضر بر آن شد تا اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی ($CD4+$) را بررسی کند. نتایج حاصل از این پژوهش، آشکار ساخت که معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول‌های ایمنی در سطح $P < 0/001$ تأیید شده است. استفاده از راهبردهای مقابله دینی مثبت، چه راهبردهای مبتنی بر اسلام و چه راهبردهای جهانی دینی که بیشتر بر رابطه بین فرد و خدا، عشق، اعتماد و توکل بر خدا است، پیامدهای مثبت ناشی از چالش‌ها را تسهیل نموده و امکان تعالی پس‌ضربه‌ای را در آنان افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج حاصل نشان داده است که در معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا، علائم افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون (قبل از درمان) در مقایسه با گروه دیگر، کاهش داشته است. یعنی ادغام کردن معنادرمانی با تلاوت قرآن و دعا، باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش عمل کرد نظام ایمنی شده است که با پژوهشی که کامر (۲۰۰۵) به نقل از کرنول، ۲۰۱۱: ۵۱، بیان می‌دارد که افراد دینی در مقایسه با افراد غیر دینی و کسانی که خدا را سرد و بی‌توجه به خود می‌پندارند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. هم‌سو است. هم چنین هم‌سو با تحقیقی که توسط دیویس (۲۰۰۲) به نقل از ریاسی، مقرب، صالحی، ابرقوئی، حسن‌زاده طاهری و حسن‌زاده طاهری، ۱۳۹۱: ۱۰۳، بر تأثیر معنویات بر پیشگیری از افسردگی در افراد تأکید شد. سلامت عمومی به عوامل متعددی بستگی دارد، یکی از این عوامل که از سوی معنادرمان‌گرها بیان شده است، معناتلبی است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معنادرمانی در مجموع به بهبود سلامت عمومی افراد کمک می‌کند. بر این اساس یافته‌های زیر به دست آمد: معنادرمانی بر بهبود وضعیت جسمانی زنان افسرده مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج یافته‌های رودینی (۱۳۸۵)، مبنی بر اثربخش بودن رویکرد معنادرمانی گروهی بر بهبود وضعیت جسمانی و کاهش نشانه‌های درد همخوانی دارد. معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا به عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع روان‌درمانی وجودی باعث کاهش افسردگی در زنان شده است. با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ایرانی می‌توان از این رویکرد درمانی به طور

گسترده‌ای در درمان افسردگی استفاده نمود. اگرچه تعمیم‌پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. به طور کلی با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش به کارگیری معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا به روان درمان‌گران و مشاورین خانواده توصیه می‌گردد.

منابع

قرآن کریم

تقی پور، ابراهیم و رسولی، رویا (۱۳۸۷)؛ تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه، فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۶۸۵-۶۷۳.

ثنایی ذاکر، باقر و نصیری، حمید (۱۳۷۹)؛ بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مرکز پزشکی نور شهر اصفهان، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۸، ۸۹-۸۶.

جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸)؛ بررسی اثر روان درمانگری کوتاه مدت، آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

حمدیه، مصطفی و ترقی جاه، صدیقه (۱۳۸۸)؛ مقایسه تأثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، مجله تحقیقاتی دانشگاه شهید بهشتی، ۵، ۳۸۹-۳۸۳.

حمید، نجمه (۱۳۸۷)؛ بررسی مقایسه‌ای اثرات روان درمانگری شناختی - رفتاری و شناخت درمانگری با رویکرد دینی بر بیماران افسرده و پاسخ لنفوسیت‌های T آن‌ها در مقابل میتوزن PHA، مجله علمی - پژوهشی روانشناسی، ۱۲، ۴۹-۳۶.

رودینی، بالقیس (۱۳۸۵)؛ بررسی سودمندی معنا درمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار ویروس کاهش ایمنی انسان بیماری اکتسابی کاهش ایمنی انسان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشگاه خاتم.

ریاسی، حمیدرضا، مقرب، مرضیه، صالحی ابر قوئی، مهنوش، حسن زاده طاهری، عمالدین و حسن زاده طاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱)؛ مقایسه افسردگی دانش آموزان عادی و تیز هوش شهرستان بیرجند در سال تحصیل ۸۸-۱۳۸۷، مراقبت‌های نوین، ۲، ۱۰۳-۹۵.

فرانکل، ویکتور (۱۳۷۳)؛ فریاد نشنیده برای معنی، مصطفی تبریزی، تهران، چاپ اول.

فقیهی، علی نقی، غباری بناب، باقر و قاسمی پور، یداله (۱۳۸۶)؛ مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی یک در درمان افسردگی، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، ۵، ۸۶-۶۹.

کاستلو، تیموتی و کاستلو، جوزف (۱۳۷۳)؛ روانشناسی ناپهنجاری، نصرت اله پورافکاری، تهران، نشر اول. نریمانی، محمد، خنیا، یوسف، ابوالقاسمی، عباس، گنجی، مسعود و مجیدی، جعفر (۱۳۸۵)؛ ارتباط صفات شخصیتی، استرس و مهارت‌های مقابله با استرس و سیستم ایمنی همورال بدن در پرستاران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۶، ۱۹۵-۱۸۸.

- Akuchekian SH, Almasi A, MeRacy M R, & Jamshidian Z(2011), Effect of Religious Cognitive – behavior Therapy on Religious Content Obsessive compulsive disorders, *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1647-1651.
- Barrera T L, Zeno D, Bush A L, Barber C R, & Stanly M A(2012), Integrating Religion and Spirituality .in to Treatment for late- life anxiety: three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 346- 358
- Carnevale T (2011). An integrative review of Adolescent Depression Screening in strumpets: Applicability .for use by school nurses, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1, 51- 57
- Chang B H, & Skinner K M(2003),. The Relationship between Sexual assault, Religiosity, and Mental .Health among Male Veterans, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 223- 239
- Esmailzadeh A, Mirmiran P, Azizi F(2005),. Evaluation of waist circumference to predict cardiovascular risk factors in overweight Tehran an population finding from Tehran lipid and glucose study, *Int J VI tam .Nutr Ros*, 75, 347- 356
- Fithri, H(2011),. Religious therapy as one of Abe native ways in getting Educational Betterment for children .with autism spectrum disorder, *Social and Behavioral Sciences*, 29, 1782- 1787
- Ingle C, Newoman, S P, Keshtgr M R, & Stygall J A(2006),. Do Religious/ Spiritual Coping strategies affect illness Adjustment in patients with cancer? A systematic re view of the literature, *Social- Science & .Medicine*, 63, 151- 164
- Koenig H G, Gorge L K, & Peterrson B L(2011),. Effect of aerobic exercise on women mental health, *Jour- .nal of Uremia Nursing & Midwifery factually*, 9, 49- 52
- Maltby J, & Day L, (2003),. Religious Orientation Coping and Appraisals of Stress, *Journal of Personality .and Individual Differences*, 34, 1209- 1224
- Omrarifard V, Akuchakian S, Almasi A , & Maraci M R(2011),. Effect of Religious Cognitive- behavior Therapy Content Obsessive Compulsive Disorder and Marital Satisfaction, *Social and Behavioral Sciences*, .31, 1630- 1638
- Reece B L, & Brant R(1997),. Human relations: Principles and Practices, *Journal of Personality and Indi- .vidual Differences*, 8, 134- 135
- Richards P S, Hardman R K, & Berett M(2007),. Spiritual Approaches in the Treatment of Women with .eating Disorder, *Journal Psychiatric Rehabilitation*, 30, 307- 310
- Schapman A M, & Inderbitzen- Nolan H M (2002),. the Role of Religious Behavior in Adolescent Depres- .sive and Anxious Symptomatology, *Journal of Adolescence*, 25, 631- 643
- Yavarian R, & Nikaktar M (2001),. Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older Patients, .*American Journal of Psychiatry*, 155, 434- 542
- Zhao G, Ford E S, LI C, Tsai J, Dhingra S, Balluz L S(2011),. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. Adults: National Health and Nutrition Examination Sur- .vey 2005-2006, *BMC Psychiatry*, 11 ,130