

## اثر بخشی آموزش گروهی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن

دکتر صبا حسنوندی<sup>۱</sup>، دکتر زهرا تنها<sup>۲</sup>، دکتر راضیه جلیلی<sup>۳</sup>، فاطمه بابایی مطلق<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران.
۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۵۲-۴۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

### چکیده

هدف این پژوهش کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن از طریق برنامه آموزش گروهی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان مبتلا به افسردگی مشغول به تحصیل در حوزه علمیه معصومیه شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه شامل ۳۸ طلبه بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. ۸ جلسه معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده برای گروه آزمایش انجام شد. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶) و نشخوار فکری نولن - هکسما و مورو (۱۹۹۱) را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد که برنامه آموزشی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده تفاوت معناداری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ایجاد کرده است. با توجه به یافته‌های این پژوهش، توجه به بعد معنوی در خانواده، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت روان، می‌تواند در بالا بردن شاخص‌های سلامت روان زنان طلبه به‌صورت خاص و کل زنان مفید باشد. از این‌رو، استفاده از برنامه‌های درمانی معنویت محور مبتنی بر خانواده در پروتکل‌های سلامت عمومی مراکز آموزشی و علمی می‌تواند کارآمد و کاربردی باشد.

**کلیدواژه:** معنویت درمانی مبتنی بر خانواده، افسردگی، نشخوار فکری، طلاب زن.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

## مقدمه

افسردگی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است و دوره‌های افسردگی اساسی درمان‌نشده، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند. اختلالات خلقی را که افسردگی یکی از طبقات آن است، می‌توان به بهترین وجه با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد (و نه به‌عنوان بیماری‌های مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه و علامت ترکیب یافته‌اند که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً عودکننده بوده و با الگویی دوره‌ای یا چرخه‌ای تظاهر می‌یابند (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). افسردگی تأثیر وسیعی بر وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد افسرده دارد و زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، روابط بین فردی و خانوادگی فرد را نیز به شدت متأثر می‌سازد (گالدریس، گاش، دیسهاک و کریس-کریستوف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). افسردگی با داشتن تابلوی بالینی خاص خود نشانه‌هایی از قبیل خلق پایین، نوسان خلقی، کاهش لذت، افکار خودکشی، کاهش میل جنسی و کاهش اشتها و وزن را به همراه دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). برخی از مطالعات نشان می‌دهند که خلق غمگین و اختلال افسردگی با پاسخ‌های نشخواری مرتبط است (نولن-هوکسما و رکتور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵)، به‌گونه‌ای که نشخوار فکری ۵ چگونگی پاسخ افراد به خلق افسرده را تعیین می‌کند، یعنی، افرادی که با پاسخ‌های نشخواری با خلق افسرده مواجه می‌شوند، مدت‌زمان بیشتری خلق افسرده دارند (طیب زاده و سپهریان آذر، ۱۳۹۶).

نشخوار فکری واژه عمومی است که به چند نوع تفکر اشاره می‌کند و غالباً به‌عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده شناخته می‌شود که غالباً پاسخی به خلق پایین است (چسین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). طبق دیدگاه روان‌شناختی، نشخوار فکری به‌عنوان افکاری شناخته می‌شود که در پاسخ به هدف ناکام بروز می‌کند و راهی برای دستیابی به هدف محسوب می‌شود و موجب ناامیدی و افسردگی می‌شود (نولن-هوکسما، ۲۰۰۰). ولز و پایاجورجیو<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نشخوار فکری را شیوه مقابله هیجان‌مدار در مقابله با شروع خلق افسرده در پی عدم دستیابی به شادکامی می‌دانند که مقدمه‌ای برای ورود به دوره‌های ناامیدی و نگرانی محسوب می‌شود. مسئله مهم چگونگی برخورد با خلق افسرده و نشخوارهای فکری متعاقب آن است که با برخی روش‌های درمانی قابل‌بهبودی است.

تاکنون روش‌های رفتاری<sup>۸</sup> (پاسیار، بخشایش و سعیدمنش، ۱۳۹۷، درایزن و هولون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰)، شناختی<sup>۱۰</sup> (برندون و گوایدیانو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸، ولیان، سودانی، شیرالی نیا و خجسته مهر، ۱۳۹۶)، درمان فراشناختی<sup>۱۲</sup> (حسنوندی، منشی، سهرابی فرد و احمدی، ولی زاده،

- 1 . depression
- 2 . Sadock, Sadock
- 3 . Gladis, Gosch, Dishuk, Crits-Christoph
- 4 . Nolen-Hoeksema & Rector
- 5 . rumination
- 6 . Chesin
- 7 . Wells & Papageorgiou
- 8 . behavioral
- 9 . Driessen & Hollon
- 10 . cognitive
- 11 . Brandon, Gaudio
- 12 . metacognitive therapy

مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۲) و هم اکنون درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (کانتر، باروچ و گاینر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) به‌عنوان درمان‌های مفید در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری به‌کاررفته‌اند و در مطالعات مختلفی اثربخشی آن‌ها تأیید شده است. هرکدام از این درمان‌ها درصدد کاهش علائم افسردگی و بهبود روابط بین فردی و خانوادگی افراد دارای علائم افسردگی هستند. در کنار درمان‌های ذکر شده، یکی از بسته‌های درمانی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده<sup>۳</sup> است (حسینی، دیویدسون، صالحی و فلاحی، ۲۰۱۲). چرا که خانواده به‌عنوان بنیانی مهم می‌تواند تمرکز بسیاری از اهداف درمانی باشد. معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بر این فرض استوار است که ابعاد متعالی در زندگی انسان منجر به بهبود خلق می‌شود و ارتباط نزدیکی با پروردگار در این بهبودی نقش دارد (هاستینگز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

در معنویت درمانی از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی، و فضیلت‌های اخلاقی استفاده می‌شود. این فنون می‌تواند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشد و در رفتارهایی مانند توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش و غیره تجلی می‌یابد (لیند، سندل‌باچ، و استین، ۲۰۱۱؛ نقل از نیاز آذری، عبدالهی، ذبیحی حصاری و عاشوری، ۱۳۹۶). برخی درمان‌های روانی شناختی بر این اصل مبتنی هستند که مشکلات انسان به دلیل چند بعدی بودن ریشه در مسائل معنوی دارند و می‌توان از مذهب به‌عنوان ابزاری کارآمد استفاده کرد (لیم، سیم، رنجان، سام و کواچ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). همان‌طور که سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴)، سلامتی را نبود بیماری نمی‌داند بلکه، سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. به‌طور کلی افرادی که گرایش‌های معنوی دارند در هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند می‌دهند، فشار را بهتر تحمل کرده و از سلامتی بهتری برخوردارند (بایرامی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳؛ خدابخشی، رحیمی کیا و جعفری، ۱۳۹۳؛ نادری و روشنایی، ۱۳۸۹). همسو با سلامت معنوی، کارکرد خانواده به‌عنوان اولین پایگاه ایمن برای فرد، در سلامت روانی و جسمانی افراد نقش مهمی را بازی می‌کند (فرگوسن و وودوارد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده از چند جنبه اهمیت دارد (بواله‌ری، نازینی، و زمانیان، ۱۳۹۱). به این صورت که لیست انتظار طولانی برای آموزش کاهش می‌یابد و در نتیجه درمانگر می‌تواند از زمان خود بهتر استفاده کند (نیاز آذری، عبدالهی، ذبیحی حصاری و عاشوری، ۱۳۹۶). همچنین به‌منظور رفع محدودیت‌های روان‌درمانی فردی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش‌دیده و همچنین میزان زمان موردنیاز و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مانند انسجام گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنای داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، این رویکرد به‌صورت گروهی مورد استفاده قرار گرفت

1. acceptance and commitment therapy
- 2 . Kanter, Baruch, & Gayner
- 3 .Spiritual Therapy Based Family (STBF)
- 4 . Hastings
- 5 . Lim, Sim, Renjan, Sam, Quah
- 6 . Fergusson, Woodward

موسوی دیوا، مقدم فر و امانی (۱۳۹۶) در مطالعه ای با عنوان بررسی عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلا و درمان یافته از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلا نشان دادند که پیامد عملکرد خانواده و سلامت معنوی به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان و تسریع در روند بهبودی جسمانی اثرگذار بوده است.

نظر به این که افسردگی می تواند مشکلات فراوانی برای افراد افسرده ایجاد کند تهیه برنامه های درمانی که بتواند علائم افسردگی را کاهش دهد بیش از پیش احساس می شود. با توجه به مطالب مطرح شده معنویت نقش بسزایی در سلامت روان ایفا می کند. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن شهرستان خرم آباد بود. به منظور رفع محدودیت های روان درمانی انفرادی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و همچنین، میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت های روان درمانی گروهی مانند انسجام گروهی، بینش و یادگیری های ناشی از تعامل، عمومیت به معنای داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، این رویکرد درمانی به صورت گروهی مورداستفاده قرار گرفت (صاحبی و جمعه پور، ۲۰۰۲).

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آمار شامل کلیه طلاب زن مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۸ بود. به منظور انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، از طریق فراخوان همکاری در حوزه علمیه معصومیه شهرستان خرم آباد، از کسانی که مایل به شرکت در این طرح پژوهشی بودند دعوت به عمل آمد که به منظور گرفتن تست و انجام مصاحبه تشخیصی به محقق مراجعه کنند. ۹۰ نفر، آزمون افسردگی بک (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. از این تعداد ۴۸ نفر واجد شرایط شرکت در درمان بودند. ملاک های ورود شامل متأهل بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۶ سال، نبود بیماری کم کاری تیروئید، عدم سایکوز و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. ۴۸ نفر از افرادی که در آزمون افسردگی بک و مصاحبه تشخیصی دارای نمره مساوی یا بالاتر از نمره برش (یعنی نمره ۱۳) بودند به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. در نهایت بنا به دلایلی از قبیل اتمام تحصیل، تغییر محل سکونت، کمبود وقت و عدم تمایل به شرکت در پژوهش گروه آزمایش به ۲۰ نفر و گروه کنترل به ۱۸ نفر (مجموعاً ۳۸ نفر) کاهش یافت. ۵ نفر از گروه آزمایش شامل طلاب ۲۲ و ۲۳ ساله و ۵ نفر از گروه کنترل شامل طلاب ۲۳ و ۲۵ و ۲۶ ساله بودند. هر ۱۰ نفر از مطالعه کنار گذاشته شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۸۰ دقیقه ای معنویت درمانی مبتنی بر خانواده شرکت کردند. بسته معنویت درمانی گروهی توسط کجباغ، رضوانی و عاشوری (۱۳۹۲) طراحی شد است. گفتنی است این بسته درمانی با محتوای خانواده درمانی اسلامی در آمیخته است و در نهایت، بسته ای متشکل از معنویت درمانی و خانواده درمانی اسلامی حاصل شده است و در این پژوهش از این بسته بهره گرفته می شود. پرسش نامه های افسردگی و نشخوار فکری قبل و بعد از جلسات به شرکت کنندگان داده شد. در جلسات معنویت درمانی مبتنی بر خانواده از دو روش آموزشی شامل پیش فرض های زندگی معنوی و راهبردهای معنوی استفاده شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و ایشان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله بخواهند، مختارند از ادامه شرکت انصراف دهند. همچنین، بعد از پایان پیگیری جلسات درمانی، به منظور رعایت اصول اخلاقی ۴ جلسه

درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل در نظر گرفته شد. در ادامه، محتوای جلسات معنویت درمانی مبتنی بر خانواده به صورت مشروح توضیح داده می‌شود.

جدول ۱. شرح محتوای جلسات معنویت درمانی مبتنی بر خانواده (برگرفته از کجیاف، رضوانی و عاشوری، ۱۳۹۲)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معارفه و خوش آمدگویی، ایجاد امید و روابط همدلانه با اطرافیان به خصوص اعضای خانواده، مفهوم سازی مشکلات براساس مدل معنویت درمانی مبتنی بر خانواده
جلسه دوم	تبیین پیش‌فرض اول (واقعیت نجات‌بخش) و دوم (احساسات خوشایند و ناخوشایند وابسته به پدیده‌ها نیستند، بلکه وابسته به نگرش‌ها و احساسات درونی‌اند)، انسان معنوی، ارتقای نیت و هدفمندی رفتارها، تصویرسازی مثبت نسبت به خدا
جلسه سوم	تبیین پیش‌فرض سوم (اصل عمل) و پیش‌فرض چهارم (تقسیم‌پذیری)
جلسه چهارم	تبیین پیش‌فرض پنجم (جهان اخلاقی)، نقش دعا در زندگی و تعالی انسان، افزایش کیفیت تعاملات خانوادگی، تعامل با فرزند و همسر بر اساس مبانی اسلامی
جلسه پنجم	تبیین پیش‌فرض ششم (آینده کامل در اختیار ما نیست)، توضیح راهبردهای ذکر، توکل و امید به خدا
جلسه ششم	تبیین پیش‌فرض هفتم انسان دائماً در حال ارتباط با خداوند است)، توصیف و تبیین معنوی و وحدت‌بخش اتفاقات و وقایع زندگی، تبیین اصول ارتباطی بر مبنای تعالیم الهی
جلسه هفتم	تبیین پیش‌فرض هشتم (انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند نه با اموال و دارایی‌هایش) و پیش‌فرض نهم (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند انفاق، گذشت، بخشش و محبت ورزیدن است)
جلسه هشتم	پیش‌فرض دهم (درک معنای سختی‌ها و مشقت‌ها، مسئولیت‌پذیری نسبت به خدا، دیگران و هستی)، خلاصه‌ای بر محتوای کل جلسات

## ابزار

**الف- نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک در DSM-IV (SCID-I/CV):** یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است که برای هدف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است (فرست، اشپیتز، گیبون و ویلیامز، ۱۹۹۷). اجرای SCID-I/CV به فضاوت بالینی مصاحبه‌کننده درباره پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد، بنابراین، مصاحبه‌کننده باید در مورد آسیب‌شناسی روانی، دانش و تجربه کافی داشته باشد. SCID-I دو نسخه دارد: نسخه SCID-I/CV که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و برای کاربرد در محیط‌ها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه پژوهشی SCID-I/RV کامل‌تر و طولانی‌تر که تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلالات را نیز پوشش می‌دهد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون، قابل قبول گزارش شده است (مارنات، ۲۰۰۳). برای مثال، در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شده است (زنارینی و همکاران، ۲۰۰۰). بنا بر یک پژوهش اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان تأیید و پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (مارنات، ۲۰۰۳). در این پژوهش، پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای ۰/۷ به دست آمد.

**ب- پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۵</sup> (ویرایش دوم) (BDI-II):** این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی طراحی شده است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
2. First, Spitzer, Gibbon, Williams
3. Marnat
4. Zanarini etal
5. Beck Depression Inventory
6. Beck, Steer, Brown

را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این نسخه نیز همانند نسخه اولیه از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت افسردگی است را انتخاب می‌کند. اعتبار سازه این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفته است و مؤلفه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی شناسایی شده‌اند. ثبات درونی این پرسش‌نامه ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است (حسنوندی، ۱۳۸۸). همچنین، میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (بک، استیر و براون، ۲۰۰۰). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است.

**ج- پرسش‌نامه نشخوار فکری:** این پرسش‌نامه توسط نولن-هوکسما و موروا<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شده است. این مقیاس ۲۲ ماده دارد که ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط منصوری (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفته است و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. نمره کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود. شواهد مربوط به روایی محتوا در اختیار اساتید و کارشناسان مربوطه قرار گرفته و معتبر شناخته شده است. با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ نشان داده شده است که نشان‌دهنده پایایی درونی بالای آن است و همبستگی درون طبقه‌ای آن با پنج بار اندازه‌گیری (همبستگی ۰/۷۵) نیز بالا بوده است (پاچورجیو و ولز، ۲۰۰۴). همچنین، همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۸۹) و در بررسی اولیه نیز آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ به دست آمد (نولن - هوکسما و موروا، ۲۰۰۹). در این پژوهش اعتبار پرسش‌نامه برای کل مقیاس از طریق نمره یکی از ماده‌های مقیاس که محتوای آن با تعریف مقیاس هماهنگی داشت با جمع نمره باقی‌مانده ماده‌های مقیاس همبسته شد که حاکی از روایی رضایت‌بخش مقیاس است و نیز پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است.

#### یافته‌ها

از نظر بررسی متغیرهای جمعیت شناختی، میانگین سنی طلاب خانم گروه آزمایش ۲۴/۸۶ سال (انحراف استاندارد ۲/۲ سال) و میانگین سنی گروه کنترل ۲۵/۲ سال (انحراف استاندارد ۲/۵ سال) بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان هر دو گروه با سطح معنی‌داری ( $P < 0.235$ ) در یک محدوده سنی قرار دارند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و نشخوار فکری را در گروه آزمون و شاهد، در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
پیش‌آزمون	افسردگی	آزمایش	۲۰	۱۸/۴	۷/۶	۰/۰۰۵
		کنترل	۱۸	۲۱/۵۶	۸/۲	۰/۰۸۷
	نشخوار فکری	آزمایش	۲۰	۵۳/۲۳	۱۷/۸۳	۰/۰۰۳
		کنترل	۱۸	۴۱/۱۲	۱۰/۲۳	۰/۲۳۴
پس‌آزمون	افسردگی	آزمایش	۲۰	۶/۹۸	۷/۸۱	۰/۰۰۶
		کنترل	۱۸	۲۲/۳۴	۸/۲۳	۰/۲۳۱
	نشخوار فکری	آزمایش	۲۰	۳۶/۹	۹/۱۶	۰/۰۰۷
		کنترل	۱۸	۴۳/۱۲	۱۲/۱۲	۰/۱۱۳
پیگیری	افسردگی	آزمایش	۲۰	۱۱/۲۳	۳/۳۴	۰/۰۰۸

1 . Morrow

۰/۶۵۰	۵/۶۲	۲۲/۲۳	۱۸	کنترل	
۰/۰۰۸	۸/۱۲	۴۱/۱۲	۲۰	آزمایش	نشخوار فکری
۰/۹۸۷	۸/۵۴	۴۶/۴۵	۱۸	کنترل	

این اطلاعات حاکی از بالا بودن نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمون در مرحله‌ی پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری است. نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهشی نشان نمی‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون علائم افسردگی و نشخوار فکری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
علائم افسردگی	۱۰۷۷/۶۹	۱	۱۰۷۷/۶۹	۲۳/۸۳۱	< 0/001	مجذورات
نشخوار فکری	۸۸۷/۶۵	۱	۸۸۷/۶۵	۱۳/۱۲۲	< 0/001	مجذورات

\*\*P < 0/001

با توجه به مندرجات جدول ۳ در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، از لحاظ متغیر علائم افسردگی در سطح  $P < 0/001$  و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پس‌آزمون شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در مرحله پیگیری در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر میانگین نمره‌های علائم افسردگی و نشخوار فکری در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
علائم افسردگی	۶۰۸/۲۲۱	۱	۶۰۸/۲۲۱	۲۰/۸۱۴	< 0/001	مجذورات
نشخوار فکری	۵۷۶/۱۶	۱	۵۷۶/۱۶	۸/۲۷۷	< 0/003	مجذورات

\*\*P < 0/001

با توجه به جدول ۴ در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، از لحاظ متغیر علائم افسردگی در سطح  $P < 0/001$  و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح  $P < 0/003$  معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پیگیری شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب خانم حوزه علمیه معصومیه شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کجباف و همکاران (۱۳۹۲)، بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱) طی پژوهشی نشان دادند معنویت درمانی گروهی منجر به کاهش علائم افسردگی می‌گردد. در این پژوهش محتوای جلسات معنویت درمانی با گرایش به خانواده و برقراری تعاملات سالم گره‌خورده است، از این رو، به نظر می‌رسد یکی از

نکات بین اثربخشی بسته درمانی مذکور ادغام معنویت درمانی با خانواده درمانی است. همچنین، به باور آدرمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و نشانه‌های بیماری‌زا است. اهمیت عوامل فشارزا از طریق ارزیابی‌های شناختی تعیین می‌شود که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی و باورهای معنوی است. براساس این دیدگاه می‌توان گفت باورهای معنوی فرد بسیاری از ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله متأثر می‌سازد. از آنجایی که افراد دارای علائم افسردگی عمدتاً ارزیابی‌های شناختی معیوبی دارند و همواره ارزیابی‌های شخصی و نادرستی از حوادث پیرامون دارند، سبک تأمل معنوی همراه با آمیزه‌ای از خانواده درمانی می‌تواند به آن‌ها در بهبود چرخه ارزیابی شناختی و تفکرشان کمک‌کننده باشد.

آموزش پیش‌فرض‌های معنویت درمانی مانند پیش‌فرض اول (واقعیت نجات‌بخش) و پیش‌فرض دوم (نگاه مثبت به مسائل زندگی و ارتقاء نیت‌ها و هدف‌ها در آن) باعث می‌شوند که فرد به مرگ مانند نجات از زندگی دنیوی و رسیدن به سعادت اخروی بنگرد، نگاه مثبت‌تری نسبت به زندگی داشته باشد و کمتر خود را به دلیل مسائل زندگی سرزنش کند که این عوامل همگی دست‌به‌دست هم داده و می‌تواند نشخوارهای فکری و خود سرزنش‌گری را در افراد دارای نشانه‌های افسردگی کنترل کند (نیاز آذری و همکاران، ۱۳۹۶). توجه به بعد اجتماعی بودن انسان، نقش خانواده در سلامت روان و پیش‌فرض‌هایی از قبیل بخشندگی خداوند، اخلاقی و بدن جهان، اهمیت دعا، ذکر، توکل و امید، اهمیت انفاق و درک معنای سختی‌ها باعث می‌شود. افراد خداوند را حاضر و ناظر بر کارهای خود ببینند که این امر باعث می‌شود با دیگران و به‌ویژه اعضای خانواده و همکاران رفتار محترمانه و محبت‌آمیز داشته باشند، بیشتر از یکدیگر تشکر و قدردانی کنند و به تفاوت‌های فردی هم احترام بگذارند. با در نظر گرفتن بعد خانواده در تکامل معنوی و روحی بشر، برخی نظریات روان‌درمانی قرن بیستم به پیوندهای اجتماعی مبتنی بر درک متقابل تأکید دارند. نگاهی دقیق به بافت نظریه خانواده درمانی مینوچین<sup>۲</sup> نشان می‌دهد نشانه‌های ناراحتی و نابهنجاری روانی را می‌توان به بهترین شکل ممکن در بافت خانواده و در بستر الگوهای ارتباطی اعضای خانواده شناخت. به عبارتی هر چه اعضای خانواده کارکرد سالم‌تری داشته باشند نشانه‌های اختلالاتی از قبیل افسردگی و اضطراب کمتر به چشم می‌خورد. روش مداخله‌ای پژوهش حاضر نیز با ترکیبی از معنویت درمانی و خانواده درمانی سعی در بهبود الگوهای ارتباطی اعضای خانواده در قالبی دینی داشت. از این رو، پیوندهای دین و خانواده با تأکید بر پاسخگویی به نیازهای عاطفی اعضا نسبت به یکدیگر در نظریه‌های خانواده درمانی به‌دقت مورد تفحص قرار گرفته است. در واقع، تعالیم اسلامی با تأکید بر پذیرش اعضا و بخشش یکدیگر به‌صورت کاملاً شفاف ارتباط سالم بین اعضا را تشویق می‌کند. تعالیم دینی نمونه بارزی از سبک سالم خانوادگی در کنار زندگی معنوی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت نمونه‌گیری طلاب زن حوزه علمیه معصومیه در شهرستان خرم‌آباد بود. همچنین، افت شرکت‌کنندگان در حین پژوهش از جمله محدودیت‌های دیگر است که ممکن است تعمیم یافته‌ها را با مشکل روبه‌رو کند؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های درمانی مانند بسته‌های متفاوت درمان‌های معنوی خانواده محور استفاده شود و بررسی‌های مقایسه‌ای بین

1. Udermann

2. Minuchin



محتوای بسته‌های مداخله‌ای صورت گیرد. همچنین، از سایر گروه‌های جمعیتی در مناطق دیگر استفاده شود تا امکان تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

### منابع

- بوالهری، جعفر؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۳(۱)، ۱-۱۰.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه (۱۳۹۲). نقش هوش معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک شده، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۶(۱)، ۵۶-۶۲.
- پاسیار، مریم؛ بخشایش، علیرضا؛ سعید منش، محسن. (۱۳۹۷). تاثیر درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان. طلوع بهداشت، ۱۷(۲)، ۴۸-۵۹.
- حسنوندی، صبا (۱۳۸۸). بررسی ارتباط بین طحواره های ناسازگارانه اولیه، سبک های دلبستگی، سبک های مقابله و افسردگی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- خدابخشی، شراره؛ رحیم کیا، امین؛ جعفری، حسن. (۱۳۹۳). شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. یافته، ۱۶(۱)، ۵۸-۶۵.
- طبیب زاده، ف و سپهریان آذر، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلوزیس. مطالعات ناتوانی، ۱۳(۷)، ۱-۱۰.
- صاحبی، علی؛ جمعه پور، حمید (۱۳۷۹). گروه درمانی شناختی: اصول و روش ها: تازه های روان‌درمانی، ۵، ۸۴-۸۵.
- کجاف، محمد باقر؛ رضوانی، روح‌الله؛ عاشوری، جمال. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر اضطراب دانشجویان دختر. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۴(۱)، ۱-۱۲.
- منصور، محمد. (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی نگرانی، وسواس و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- نادری، فرح، روشنی، خدیجه. (۱۳۸۹). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. زن و فرهنگ، ۲(۶)، ۵۵-۶۷.
- نیاز آذری، عبداللهی؛ ذبیحی حصار، و عاشوری (۱۳۹۶). تأثیر معنویت درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. دین و معنویت، ۵(۱)، ۱۱-۲۰.
- ولیان، علی محمد؛ سودانی، منصور؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ خجسته مهر، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی- رفتاری و کیفیت زندگی دانشجویان. روان‌شناسی معاصر، ۱۲(۱)، ۷۳-۸۴.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). Beck depression inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (2000). Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brandon, A., Gaudiano, H. (2008). Cognitive-Behavioral Therapies: Achievements and Challenges. Evidence-based mental health, 11(1), 5-7.
- Chesin, M. S., Benjamin-Phillips, C. A., Keilp, J., Fertuck, E. A., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2016). Improvements in Executive Attention, Rumination, Cognitive Reactivity, and Mindfulness Among High-Suicide Risk Patients Participating in Adjunct Mindfulness- Based Cognitive Therapy: Preliminary Findings. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22(8), 642-649.

- Drissen, E., & Hollon, S. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *Psychiatry Clinical North American*, 33(3), 537-555.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59(3), 225-31.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), Clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hosseini, M., Davidson, P., Salehi, A., Fallahi, M.K. (2012). The effect of spiritual training on anxiety of CABG candidates in Iran. *Heart, Lung and Circulation*, 21(1), 289-93.
- Gladis, M.M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M., Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*, 67(2), 320-31.
- Hastings, OP. (2016). Not a lonely crowd? Social connectedness, religious service attendance, and the spiritual but not religious. *Social Science Research*, 57(5), 63-79.
- Hasanavandi, S., Manshaee, G., Sohrabifard, M. M., Ahmadi, S. (in press). Effect of metacognitive therapy in metacognitive beliefs, anxiety, and social phobia of male high school students. *Journal of Research & Health*.
- Kanter, J. W., Baruch, D., & Gayner, S. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *Behavioral Annual*, 29(2), 161-185.
- Lim, C., Sim, K., Renjan, V., Sam, H.F., Quah, SL. (2014). Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 3-12.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Symptoms after a natural disaster. (1991). The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol*, 61(2), 115-21.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). Depressive rumination: Nature, theory, and treatment. Chichester, UK: Wiley, 21-41.
- Sadock, B., Sadock, V. (2003). Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry. New York: New York university press, 3, 234-6.
- Udermann, B. E. (2000). The effect of spirituality on health and healing: a critical review for Athletic trainers. *Journal of Athletic Training*, 35(2), 194-7.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2004). 13 Metacognitive Therapy for Depressive Rumination. *Depressive rumination*, 259.