

The Effectiveness of Family-Based Spiritual Group Therapy on Reducing Depression Symptoms and Rumination among Female Clergies of Masoumiyeh Seminary in Khorramabad (2019)¹

Saba Hasanvandi

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences,
Khorram Abad Branch, Islamic Azad University, Khorram Abad, Iran
(Corresponding Author). Hasanvandi2010@yahoo.com

Zahra Tanha

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences,
Khorram Abad Branch, Islamic Azad University, Khorram Abad, Iran.
Abdollah.bagheri@gmail.com

Raziyeh Jalili

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences,
Khorram Abad Branch, Islamic Azad University, Khorram Abad, Iran.
R.jalili2014@gmail.com

Abstract

The present study aims to investigate the reduction of depression symptoms and rumination among female clergies through a family-based spiritual group therapy. The statistical population of this study includes all women with depression studying in Masoumiyeh Seminary in Khorramabad in 2019. The research sample consists of 38 students, who are randomly assigned in two experimental and control groups by voluntary sampling method. The research design is quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up. Both groups complete the Beck Depression Inventory (BDI-II) (1996) and Nolen-Hoeksema rumination Inventory (1991) in the pretest-posttest and one-month follow-up stages. Findings show that family-based spiritual group therapy makes a significant difference in the post-test and follow-up stages. According to the findings of this study, paying attention to the spiritual dimension in the family, as one of the mental health dimensions, can be useful in raising the mental health indices of female clergies, in particular, and all women, in general. Therefore, the use of family-based spiritual therapies can be effective and applicable in public health protocols of educational and scientific centers.

Keywords: Spiritual Therapy, Family, Depression, Rumination, Female Clergies, and Masoumiyeh Seminary of Khorramabad.

اثربخشی معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن حوزه علمیه معصومیه خرم آباد (1398)¹

صبا حسنوندی

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران
(نویسنده مسئول). Hasanvandi2010@yahoo.com

زهرا تنها

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران.
Abdollah.bagheri@ymail.com

راضیه جلیلی

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران.
R.jalili2014@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی 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 1398 بودند. نمونه پژوهش شامل 38 طلبه بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تعیین شدند. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (1996) و نشخوار فکری نولن - هکسما و مورو (1991) 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، به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان، می‌تواند در بالا بردن شاخص‌های سلامت روان زنان طلبه به صورت خاص و کل زنان مفید باشد. از این رو، استفاده از برنامه‌های درمانی معنویت محور مبتنی بر خانواده در پروتکل‌های سلامت عمومی مراکز آموزشی و علمی می‌تواند کارآمد و کاربردی باشد.

کلیدواژه‌ها: معنویت درمانی، خانواده، افسردگی، نشخوار فکری، طلاب زن، حوزه علمیه معصومیه خرم‌آباد.

1. مقدمه

افسردگی¹ یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است و دوره‌های افسردگی اساسی درمان نشده، معمولاً 6 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 به عنوان بیماری‌های مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه و علامت ترکیب یافته‌اند که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً با الگویی دوره‌ای یا چرخه‌ای تظاهر می‌یابند (سادوک و سادوک²، 2003، ج2، ص34). 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 (گالدیس، گاش، دیسهاک و کریس-کریستوف³، 1999، ص12). 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، 2003، ج2، ص34). برخی از مطالعات نشان می‌دهند که خلق غمگین و اختلال افسردگی با پاسخ‌های نشخواری مرتبط است (نولن- هوکسما⁴، 2000، ص45)، به گونه‌ای که نشخوار فکری⁵ چگونگی پاسخ افراد به خلق افسرده را تعیین می‌کند، یعنی، افرادی که با پاسخ‌های نشخواری با خلق افسرده مواجه می‌شوند، مدت زمان بیشتری خلق افسرده دارند (طیب‌زاده و سپهریان آذر، 1396، ص40).

نشخوار فکری واژه عمومی است که به چند نوع تفکر اشاره می‌کند و غالباً به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده شناخته می‌شود که غالباً پاسخی به خلق پایین است

-
1. Depression
 2. Sadock, Sadock
 3. Gladis, Gosch, Dishuk, Crits-Christoph
 4. Nolen-Hoeksema & Rector
 5. Rumination

(چسین¹)

و همکاران، 2016، ص 2). طبق دیدگاه روان‌شناختی، نشخوار فکری به عنوان 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، 2000، ص 56). ولز و پایاجورجیو² 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 قابل بهبودی است (2004، ص 67).

تاکنون روش‌های رفتاری³ (پاسیار، بخشایش و سعیدمنش، 1397، ص 3؛ درایزن و هولون⁴، 2010، ص 4)، شناختی⁵ (برندون و گوایدیانو⁶، 2008، ص 1؛ ولیان و همکاران، 1396، ص 8)، و هم‌اکنون درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد⁷ (کانتر، باروچ و گاینر⁸، 2006، ص 30) به عنوان درمان‌های مفید در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری به کار رفته و در مطالعات مختلفی اثربخشی آنها تأیید شده است. هر کدام 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

1. Chesin

2. Wells & Papageorgiou

3. Behavioral

4. Driessen & Hollon

5. Cognitive

6. Brandon, Gaudiano

7. Acceptance and commitment therapy

8. Kanter, Baruch, & Gayner

خانواده¹ است (حسینی، دیویدسون، صالحی و فلاحی، 2012، ص23). چرا که خانواده به عنوان 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 نزدیک با پروردگار در این بهبودی نقش دارد (هاستینگز²، 2016، ص45).

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 می‌یابند (لیند، سندلچ، و استین، 2011، به نقل از: نیاز آذری، عبدالهی، ذبیحی حصارى و عاشوری، 1396، ص11-20). برخی درمان‌های روان‌شناختی بر این اصل مبتنی هستند که مشکلات انسان به دلیل چند بعدی بودن، ریشه در مسائل معنوی دارند و می‌توان از مذهب به عنوان ابزاری کارآمد استفاده کرد (لیم، سیم، رنجان، سام و کواچ³، 2014، ص34). همان طور که سازمان جهانی بهداشت⁴، سلامتی را نبود بیماری نمی‌داند، بلکه سلامتی عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. به طور کلی افرادی که گرایش‌های معنوی دارند در هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که در آن هستند می‌دهند، فشار را بهتر تحمل کرده و از سلامتی بهتری برخوردارند (بیرامی، موحدی و موحدی، 1393، ص3؛ خدابخشی، رحیمی‌کیا و جعفری، 1393، ص4؛ نادری و روشنی، 1389، ص3). همسو با سلامت معنوی، کارکرد خانواده به عنوان اولین پایگاه ایمن برای فرد، در سلامت روانی و جسمانی افراد نقش مهمی را بازی می‌کند (فرگوسن و وودوارد⁵، 2002، ص3).

1. Spiritual Therapy Based Family (STBF)

2. Hastings

3. Lim, Sim, Renjan, Sam, Quah

4. WHO

5. Fergusson, Woodward

نظریه خانواده درمانی مینوچین¹ (1398)، بدکارکردی فرد را ناشی از کارکرد معیوب خانواده قلمداد می‌کند. به عبارت دیگر، برای حل مشکلات فردی باید به دنبال حل مشکلات خانوادگی رفت. آدرمن² (آدرمن، 2000، ص 3) نیز بر این باور است وجود خانواده دارای کارکرد سالم در ارزیابی مثبت شناختی و نیفتادن در دام تفکر نشخواری مفید است. در مواقع تنش‌زا این خانواده است که با ظرفیت‌های خود به فرد در مقابله موثر کمک می‌کند. واضح است که خانواده بدکارکرد نمی‌تواند در ارزیابی مقابله سازگاران فرد نقش موثری ایفا کند.

آموزش گروهی معنویت مبتنی بر خانواده از چند جنبه اهمیت دارد (بواله‌ری، نظیری و زمانیان، 1391، ص 34). 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 حصار و عاشوری، 1396، ص 11-20). همچنین به منظور رفع محدودیت‌های روان درمانی فردی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و همچنین میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان درمانی گروهی مانند انسجام گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنای داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، این رویکرد به صورت گروهی مورد استفاده قرار گرفت (صاحبی و جمعه‌پور، 1379، ص 6).

نیاز آذری و همکاران (1396) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلا و درمان یافته از سرطان پستان با هم‌تایان غیرمبتلا 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 (ص 11-20).

نظر به این که افسردگی می‌تواند مشکلات فراوانی برای افراد افسرده ایجاد کند، تهیه برنامه‌های درمانی که بتوانند علایم افسردگی را کاهش دهد، بیش از پیش

1. Minuchin

2. Udermann

احساس می‌شود. با توجه به مطالب مطرح شده معنویت نقش بسزایی در سلامت روان ایفا می‌کند. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن شهرستان خرم‌آباد بود. به منظور رفع محدودیت‌های روان درمانی افرادی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و همچنین، میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان درمانی گروهی مانند انسجام گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنای داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، این رویکرد درمانی به صورت گروهی مورد استفاده قرار گرفت (صاحبی و جمعه‌پور، 1379، ص 4).

2. روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آمار شامل کلیه طلاب زن مشغول به تحصیل در سال 1398 بود. به منظور انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از طریق فراخوان همکاری در حوزه علمیه معصومیه شهرستان خرم‌آباد، 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. 90 نفر، در آزمون افسردگی بک (بک، استیر و براون، 1996، ص 4) شرکت کردند. از این تعداد 48 نفر واجد شرایط شرکت در درمان بودند. ملاک‌های ورود شامل متأهل بودن، دامنه سنی 18 تا 36 سال، نبود بیماری کم‌کاری تیروئید، عدم سایکوز¹ و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. 48 نفر از افرادی که در آزمون افسردگی بک و مصاحبه تشخیصی دارای نمره مساوی یا بالاتر از نمره برش (یعنی نمره 13) بودند به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در نهایت بنا بر دلایلی از قبیل اتمام تحصیل، تغییر محل سکونت، کمبود وقت و عدم تمایل به شرکت در پژوهش، گروه آزمایش به 20 نفر و گروه کنترل به 18 نفر (مجموعاً

38 نفر) کاهش یافت. 5 نفر از گروه آزمایش شامل طلاب 22 و 23 ساله و 5 نفر از گروه کنترل شامل طلاب 23 و 25 و 26 ساله بودند که هر 10 نفر از مطالعه کنار گذاشته شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در 8 جلسه 80 دقیقه‌ای معنویت درمانی مبتنی بر خانواده شرکت کردند. بسته معنویت درمانی گروهی توسط کجباف، رضوانی و عاشوری طراحی شده است (کجباف، رضوانی و عاشوری، 1392، ص 56). گفتنی است این بسته درمانی با محتوای خانواده درمانی اسلامی در آمیخته شده و در نهایت، بسته‌ای متشکل از معنویت درمانی و خانواده درمانی اسلامی حاصل گردید و در این پژوهش از این بسته بهره گرفته شد. پرسشنامه‌های افسردگی و نشخوار فکری قبل و بعد از جلسات به شرکت‌کنندگان داده شد. در جلسات معنویت درمانی مبتنی بر خانواده از دو روش آموزشی شامل پیش فرض‌های زندگی معنوی و راهبردهای معنوی استفاده گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان 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 حضور در پژوهش انصراف دهند. همچنین، بعد از پایان پیگیری جلسات درمانی، به منظور رعایت اصول اخلاقی 4 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 1. محتوای جلسات معنویت درمانی مبتنی بر خانواده
(برگرفته از کجباف، رضوانی و عاشوری، 1392)

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه و خوش‌آمدگویی، ایجاد امید و روابط همدلانه با اطرافیان به خصوص اعضای خانواده، مفهوم‌سازی 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 براساس مبانی اسلامی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه پنجم	تبیین پیش فرض ششم (آینده کاملاً در اختیار ما نیست)، توضیح راهبردهای ذکر، توکل و امید به خدا
جلسه ششم	تبیین پیش فرض 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 پیش فرض هشتم (انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند نه با اموال و دارایی‌هایش) و پیش فرض نهم (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند انفاق، گذشت، بخشش و محبت ورزیدن است)
جلسه هشتم	پیش فرض دهم (درک معنای سختی‌ها و مشقت‌ها، مسئولیت‌پذیری نسبت به خدا، خود و دیگران و هستی)، خلاصه‌ای بر محتوای کل جلسات

2-1. ابزار

الف) نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک در

(SCID-I/CV) DSM-IV

یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV می‌باشد که برای هدف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است (فرست، اشپیتز، گیبون و ویلیامز²، 1997). اجرای SCID-I/CV به قضاوت 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: نسخه‌ی 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 زیرنوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلالات را نیز پوشش می‌دهد.

اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون، قابل قبول گزارش شده است (مارنات³، 2003، ج 1، ص 567). برای مثال، در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها،

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

2. First, Spitzer, Gibbon, Williams

3. Marnat

کاپای¹ بالای 0/7 گزارش شده است (طیبب‌زاده و سپهریان آذر، 1388). بنا بر پژوهش مارنات² اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان تأیید و پایایی بازآزمایی با فاصله يك هفته 0/95 گزارش شد (مارنات، 2003، ج 1، ص 567). در این پژوهش، پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها، کاپای 0/7 به دست آمد.

ب) پرسشنامه افسردگی بک³

این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی طراحی شده است (بک، استیر و براون⁴، 1996، ص 45). ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این نسخه نیز همانند نسخه اولیه از 21 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 مولفه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی شناسایی شده‌اند. ثبات درونی این پرسش‌نامه 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86 و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار 0/86 و غیر بیمار 0/81 گزارش شده است (حسنوندی، 1388). همچنین، میزان آلفای کرونباخ 0/86 می‌باشد (بک، استیر و براون، 2000، ص 45). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ 0/89 محاسبه شده است.

ج) پرسش‌نامه نشخوار فکری

این پرسش‌نامه توسط نولن-هوکسما و مورو⁵ (1991، ص 56) جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شده است. این مقیاس 22 ماده دارد که ماده‌های آن روی يك مقیاس 4 نقطه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط منصوری مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن مورد تأیید است

-
1. Kappa
 2. Marnat
 3. Beck Depression Inventory (BDI-II)
 4. Beck, Steer, Brown
 5. Morrow

(منصوری، 1388، ص 45). 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 0/88 تا 0/92 نشان داده شده است که نشان‌دهنده پایایی درونی بالای آن بوده و همبستگی درون طبقه‌ای آن با پنج بار اندازه‌گیری (همبستگی 0/75) نیز بالا بوده است (پاپاجورجیو و ولز، 2004، ص34). همچنین، همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از 12 ماه 0/67 گزارش شده است (منصوری، 1388، ص 12) و در بررسی اولیه نیز آلفای کرونباخ برابر 0/90 به‌دست آمد (نولن - هوکسما و مورو، 1991، ص 34). 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 رضایت بخش مقیاس بوده و نیز پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ 0/86 محاسبه شده است.

2-2. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل توصیفی داده‌ها، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در تحلیل استنباطی پس از بررسی مفروضه‌های زیربنایی آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره به‌کار رفت. مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس عبارت بودند از آزمون لوین، هم خطی متغیرها و همگنی شیب‌های رگرسیون و نرمال بودن داده‌ها که برای انجام تحلیل واریانس از طریق آزمون شاپیرو و ویلک بررسی شد. همچنین بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس نشان داد مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری می‌باشیم. با توجه به طرح پژوهش و تعداد محدود آزمودنی‌ها و به‌منظور افزایش توان آزمون، سطح معناداری برای آلفا 0/05 در نظر گرفته شد.

3. یافته‌ها

از نظر بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، میانگین سنی طلاب خانم گروه آزمایش 24/86 سال (انحراف استاندارد 2/2 سال) و میانگین سنی گروه کنترل 25/2 سال (انحراف استاندارد 2/5 سال) بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان هر دو

گروه با سطح معنی‌داری ($P < 0.235$) در یک محدوده سنی قرار دارند. جدول 1 میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و نشخوار فکری را در گروه آزمون و شاهد، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول 2. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
پیش آزمون	افسردگی	آزمایش	20	18/4	7/6	0/005
		کنترل	18	21/56	8/2	0/087
	نشخوار فکری	آزمایش	20	53/23	17/83	0/003
		کنترل	18	41/12	10/23	0/234
پس آزمون	افسردگی	آزمایش	20	6/98	7/81	0/006
		کنترل	18	22/34	8/23	0/231
	نشخوار فکری	آزمایش	20	36/9	9/16	0/007
		کنترل	18	43/12	12/12	0/113
پیگیری	افسردگی	آزمایش	20	11/23	3/34	0/008
		کنترل	18	22/23	5/62	0/650
	نشخوار فکری	آزمایش	20	41/12	8/12	0/008
		کنترل	18	46/45	8/54	0/987

این اطلاعات حاکی از بالا بودن نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمون در مرحله‌ی پیش آزمون نسبت به مراحل پس آزمون و پیگیری است. نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش نشان نمی‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول 3 درج شده است.

جدول 3. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر میانگین نمره‌های پس آزمون علائم افسردگی و نشخوار فکری

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
علائم افسردگی	1077/69	1	1077.69	23/831	$< 0/001$
نشخوار فکری	887/65	1	887.65	13/122	$< 0/001$

** $P < 0/001$

با توجه به مندرجات جدول 3 در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود

که تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، از لحاظ متغیر علایم افسردگی در سطح $P < 0/001$ و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان گفت معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پس از آزمون شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در مرحله پیگیری در جدول 4 درج شده است.

جدول 4. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره
بر میانگین نمره‌های علایم افسردگی و نشخوار فکری در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
علایم افسردگی	608/221	1	608/221	20/814	$< 0/001$
نشخوار فکری	576/16	1	576/16	8/277	$< 0/003$

** $P < 0/001$

با توجه به جدول 4 در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، از لحاظ متغیر علایم افسردگی در سطح $P < 0/001$ و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح $P < 0/003$ معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان گفت معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پیگیری شده است.

4. نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی معنویت درمانی مبتنی بر خانواده بر کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری طلاب خانم حوزه علمیه معصومیه شهرستان خرم‌آباد در سال 1398 بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد معنویت درمانی مبتنی بر خانواده باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری در طلاب زن در مرحله پس از آزمون و پیگیری شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کجباف، رضوانی و عاشوری (1392، ص 56)، بوالهری، نظیری، و زمانیان (1391، ص 34)، همسو است. بوالهری و همکاران (1391)، طی پژوهشی نشان دادند معنویت درمانی گروهی منجر به کاهش علایم افسردگی می‌گردد. در این پژوهش محتوای جلسات معنویت درمانی با گرایش به خانواده و برقراری تعاملات سالم گره خورده است،

از این رو، به نظر می‌رسد یکی از دلایل اثربخشی بسته درمانی مذکور، ادغام معنویت درمانی با خانواده درمانی است. همچنین، به باور آدرمن (2000) 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 پیش فرض‌های معنویت درمانی مانند پیش فرض اول (واقعیت نجات‌بخش) و پیش فرض 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 دست به دست هم داده و می‌تواند نشخوارهای فکری و خودسرزنش‌گری را در افراد دارای نشانه‌های افسردگی کنترل کند (نیاز آذری و همکاران، 1396، ص 11-20). توجه به بعد اجتماعی بودن انسان، نقش خانواده در سلامت روان و پیش فرض‌هایی از قبیل بخشندگی خداوند، اخلاقی بودن 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 موجب خواهد شد با دیگران و به ویژه 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 روان درمانی قرن بیستم به پیوندهای اجتماعی مبتنی بر درک متقابل تأکید دارند. نگاهی دقیق به بافت نظریه خانواده درمانی مینوچین 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 عبارت دیگر، هرچه 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 اعضاء نسبت به یکدیگر در نظریه‌های خانواده درمانی به دقت مورد تفحص قرار گرفته است. در واقع، تعالیم اسلامی با تأکید بر پذیرش اعضاء و بخشش یکدیگر به صورت کاملاً شفاف ارتباط سالم بین اعضاء 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، کاهش شرکت‌کنندگان در حین پژوهش از جمله محدودیت‌های دیگر بود که ممکن است تعمیم یافته‌ها را با مشکل روبه‌رو کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از سایر روش‌های درمانی مانند بسته‌های متفاوت درمان‌های معنوی خانواده محور استفاده شود و بررسی‌های مقایسه‌ای بین محتوای بسته‌های مداخله‌ای صورت گیرد. همچنین، از سایر گروه‌های جمعیتی در مناطق دیگر استفاده شود تا امکان تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

منابع

1. بوالهروی، جعفر؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه (1391). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *جامعه‌شناسی زنان*، سال 3، شماره 1، ص 85-116.
2. بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه (1393). نقش هوش معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک شده، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره شانزدهم، شماره 1، ص 56-62.
3. پاسیار، مریم؛ بخشایش، علیرضا؛ سعیدمنش، محسن (1397). تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان. *طلوع بهداشت*، دوره 17، شماره 2، ص 48-59.
4. حسوندی، صبا (1388). بررسی ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های مقابله و افسردگی در دانشجویان. استاد راهنما شهرام محمدخانی. پایان‌نامه کارشناسی. تهران: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی.
5. خدابخشی، شراره؛ رحیمی‌کیا، امین؛ جعفری، حسن (1393). شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *یافته*، دوره 16، شماره 1، ص 58-65.
6. صاحبی، علی؛ جمعه‌پور، حمید (1379). گروه درمانی شناختی: اصول و روش‌ها. *تازه‌های روان‌درمانی*، شماره 5، ص 84-85.
7. طبیبزاده، فریناز؛ سیهریان آذر، فیروزه (1396). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مطالعات ناتوانی*، دوره 7، شماره 13، ص 1-5.
8. کجیاف، محمدباقر؛ رضوانی، روح‌الله؛ عاشوری، جمال (1392). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر اضطراب دانشجویان دختر. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، دوره 4، شماره 1، ص 1-12.
9. منصور، محمد (1388). بررسی تطبیقی نگرانی، وسواس و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد بهنجار. استاد راهنما منصو بیرامی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تبریز: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
10. مینوچین، سالوادور (1398). *خانواده و خانواده‌درمانی*. ترجمه باقر ثنایی ذاکر. تهران: شرکت چاپ و نشر بین‌الملل.

11. نادری، فرح؛ روشنی، خدیجه (1389). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. *زن و فرهنگ*، دوره 2، شماره 6، ص 55-67.
12. نیاز آذری، زهرا؛ عبدالمهدی، لیلا؛ ذبیحی حصاری، مهدی؛ عاشوری، فاطمه (1396). تأثیر معنویت درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. *دین و معنویت*، دوره 5، شماره 1، ص 11-20.
13. ولیان، علی محمد؛ سودانی، منصور؛ شیرالی‌نیا، خدیجه؛ خجسته‌مهر، رضا (1396). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی- رفتاری و کیفیت زندگی دانشجویان. *روان‌شناسی معاصر*، دوره 12، شماره 1، ص 73-84.
14. Beck, A.T.; Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). **Beck depression inventory (II)**. San Antonio: Psychological Corporation.
15. Beck, A.T.; Steer, R.A. & Brown, G.K. (2000). **Manual for the Beck depression inventory (II)**. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
16. Brandon, A. & Gaudiano, H. (2008). Cognitive-Behavioral Therapies: Achievements and Challenges. *Evidence-based mental health*, 11(1), P. 5-7.
17. 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), P. 642-649.
18. Drissen, E. & Hollon, S. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *Psychiatry Clinical North American*, 33(3): P. 537-555.
19. Fergusson, D.M. & Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59(3), P. 31-225.
20. 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.
21. 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): P. 31-320.
22. Hastings, O.P. (2016). Not a lonely crowd? Social connectedness, religious service attendance, and the spiritual but not religious. *Social Science Research*, 57(5), P. 63-79.
23. 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),

- P. 93-289.
24. 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), P.161-185.
 25. Lim, C.; Sim, K.; Renjan, V.; Sam, H.F. & Quah, S.L. (2014). Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, P.3-12.
 26. Marnat, G. (2003). **Guidance for mental assessment**. UK: Hove Erlbaum, Vol.1.
 27. Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J.A. (1991). Prospective study of depression and posttraumatic stress Symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J. Pers Soc Psychol*, 61(2), P. 21-115.
 28. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), P.504.
 29. Papageorgiu, C. & Wells, A. (2004). **Depressive rumination: Nature, theory, and treatment**. UK: Wiley.
 30. Sadock B. & Sadock, V. (2003). **Synopsis of psychiatry, behavioral sciences\ clinical psychiatry**. New York: New York university press, Vol.2.
 31. Udermann, B.E. (2000). The effect of spirituality on health and healing: a critical review for Athletic trainers. *Journal of Athletic Training*, 35(2), P. 7-194.
 32. Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). 13 Metacognitive Therapy for Depressive Rumination. *Depressive rumination*, 259, P. 16-25.

استناد به این مقاله

حسنوندی، صبا؛ تنها، زهرا؛ جلیلی، راضیه (1399). اثربخشی معنویت درمانی گروهی مبتنی بر خانواده بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری طلاب زن حوزه علمیه معصومیه خرم‌آباد (1398). *دین و خانواده*، دوره اول، شماره 1، ص 5-20.