

بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر افسردگی با تأکید بر مفاهیم اسلام

یاسمن عماد^۱، حبیب هادیان‌فرد^۲

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۲۰ - تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۱۷)

چکیده

هدف: از آنجایی که افسردگی یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات روانی می‌باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر میزان افسردگی انجام شد.

روش‌شناسی: طرح تحقیق از نوع نیمه‌تجربی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش نمونه‌ای ۴۸ نفره از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب گردید. گروه آزمایش، روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی را دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل، هیچ نوع درمانی را دریافت نکرد. میزان افسردگی آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک - ۲ اندازه‌گیری شد و متعاقباً دوره پیگیری سه ماهه‌ای انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس و آزمون‌های آماری تی مستقل و تی وابسته استفاده شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی می‌تواند موجب کاهش میزان افسردگی شود ($p < 0/01$ ، $F = 220/37$) و این کاهش در طول زمان پایدار می‌باشد ($t = 2/75$ ، $p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی شایسته است توجه بیشتری از جانب متصدیان بهداشت روان به این درمان مبذول داشته شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، روان‌درمانی اسلامی، مثبت‌نگری

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، (نویسنده مسئول)؛

Email: yasaman.emad@gmail.com

Email: hadianfd@shirazu.ac.ir

۲. استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز؛

مقدمه

سلامت روانی از مهم‌ترین مفاهیم مورد توجه روان‌شناسان می‌باشد. یکی از سازه‌های مهم در حوزه روان‌شناسی سلامت، باور مذهبی است که اخیراً جایگاه ویژه‌ای در روان‌درمان‌گری مثبت‌نگر یافته است [۴۱، ص ۵۸۵]. به طور کلی، روان‌درمانگری، از دیدگاه‌های مختلف موضوعی پیچیده است و ابعاد و شیوه‌های گوناگونی دارد. در عصر حاضر، با توجه به رشد و افزایش نابسامانی‌های روانی و اجتماعی، گرایش به دین‌درمانی، حتی در میان جوامع غربی شتاب بیشتری یافته است؛ از همین رو، روان‌درمان‌گری دینی در دهه‌های اخیر با رویکردهای علمی به بررسی رابطه باورهای مذهبی با متغیرهای روان‌شناختی پرداخته است؛ تا جایی که سازمان جهانی بهداشت^۱ در تعریف ابعاد وجودی انسان، علاوه بر ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، به بعد چهارم، یعنی بعد معنوی نیز در رشد و تکامل انسان اشاره می‌کند [۴۰، ص ۹۹-۹۸]. آثار بجا مانده از تمدن‌های کهن، به روشنی نشان می‌دهد که دین‌داری از مؤلفه‌های اصلی زندگی بشر در همه ادوار گذشته بوده است [۴۲، ص ۱۵۶]. دورکیم^۲ برای اولین بار این موضوع را مطرح می‌کند که تمامی مذاهب و ادیان مختلف، نوعی روان‌درمانی هستند که می‌توانند سلامت روانی و جسمانی انسان را ارتقا بخشند. این مسئله، بعدها توسط روان‌شناسان بزرگی نظیر یونگ، جیمز، فرانکل و فروم مورد تأیید قرار گرفت [۴۳، ص ۴۰]. این مسئله تا جایی پیش می‌رود که پروپست^۳ (۱۹۸۸) اظهار می‌دارد روان‌درمان‌گری، فرزند دین می‌باشد، فلذا بخشی از همه فرهنگ‌های موجود را تشکیل می‌دهد [۱۱، ص ۲۴]. لازم به ذکر است که برای دین، معانی متعددی بیان شده است. در تعریف برگزیده، دین مجموعه‌ای است از باورهای قلبی و رفتارهای عملی متناسب [۷، ص ۷۲]. بنا بر پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه، باور مذهبی می‌تواند فلسفه زندگی را به نحو مؤثری تغییر دهد و توانایی فرد را در تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیری محیطی تا حد زیادی افزایش دهد. لازم است اشاره شود که تفاوت باور مذهبی با دانش مذهبی در این است که باور مذهبی،

1. WHO
2. Durkheim
3. Propst

درونی‌تر بوده و می‌تواند به عمل مذهبی منجر شود، این در حالی است که دانش مذهبی لزوماً به عمل مذهبی منجر نمی‌شود. بر همین مبنا، رابط بین باور مذهبی و سلامت روانی تا حد قابل قبولی قابل تبیین است [۱۰، ص ۵۵].

پیشینه پژوهش

مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر مطالعات متعددی با محوریت مذهب انجام گرفته است و یافته‌های پژوهشی متعددی بر نقش مثبت و مؤثر باورهای مذهبی در ارتقای سلامت روانی و جسمانی صحه گذاشته است [۳۱، ص ۱۲۰]؛ به عنوان مثال، ال‌کینز^۱ (۱۹۹۹) معتقد است که معنویت برای شادی و سلامت روانی ضروری است [۴۴، ص ۴۶]. همچنین، کاسن، ویکراماراتنه و وایسمن^۲ (۲۰۱۲)، به این نتیجه رسیدند که دین‌داری باعث کاهش خطر ابتلای افراد به افسردگی می‌شود [۴۵، ص ۱۱]. به طور کلی، مطالعات تجربی نشان می‌دهد که معنویت و باورهای مذهبی از جمله عواملی هستند که به فرد کمک می‌کند تا هیجانات منفی خود را کاهش داده و راهبردهای کارآمدی را برای کاهش میزان اضطراب و افسردگی در اختیارشان قرار می‌دهد [۷، ص ۸۴]. لذا، می‌توان باورهای مذهبی که در پژوهش حاضر مشتمل بر باورهای اسلامی مبتنی بر قرآن و روایات می‌باشد را به عنوان یکی از عوامل مهم در سلامت روانی به شمار آورد. اژدری‌فرد (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان داد که معنویت می‌تواند در کاهش میزان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان نقش مؤثری داشته باشد [۲، ص ۸۹]. همچنین بهرامی دشتکی (۱۳۸۷) با استفاده از معنویت‌درمانی گروهی بر نقش مؤثر باورهای مذهبی در کاهش میزان افسردگی مهر تأیید می‌زند [۶، ص ۱۰۷]. متأسفانه با وجود نقش پررنگ مذهب در سلامت روان، پژوهش‌های بسیار کمی در این زمینه صورت پذیرفته است. لذا، در پژوهش حاضر، ابتدا به تشریح مثبت‌نگری، به‌مثابه یک روش درمانی و به عنوان یکی از زمینه‌هایی پرداخته می‌شود که به نظر می‌رسد، در دیدگاه روان‌درمان‌گری اسلامی، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. در این رویکرد، فرد

1. Elkins

2. Kasen, Wickramaratne and Weissman

تشویق می‌شود تا تجارب مثبت و نقاط قوت خود را بازشناسد و نقش آن را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت‌نفس بازیابی کرده و توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را نیز کسب کند [۳۳، ص ۱۷۹-۱۷۷]. پژوهش‌گران غربی طی چند دهه اخیر، پژوهش‌های فراوانی در زمینه مثبت‌نگری انجام داده‌اند. نتایج عموماً حاکی از آن است که اگر ذهنیتی که افراد نسبت به خود دارند، مثبت باشد، از سلامت روانی و سازگاری بیشتری برخوردار خواهند بود [۴۶، ص ۲۵۱؛ ۴۷، ص ۱۷۰]. فراتحلیل‌های انجام شده گواه آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند با تأکید بر نقاط قوت فرد و تفسیر مجدد رویدادهای زندگی نقشی مؤثر در بهبود سلامت روانی فرد داشته باشد [۴۸، ص ۱۳۵]. هم‌چنین، پژوهش‌های شناختی - رفتاری اخیر نشان می‌دهد که هرگاه بر جنبه‌های مثبت فرد بیشتر تأکید شود، عملکرد وی، تقریباً یک و نیم برابر زمانی است که بر جنبه‌های منفی تأکید می‌شود [۲۹، ص ۲۴۴]. بایسر^۱ (۲۰۰۵) در مواجهه با مراجعانی که اختلالات روانی داشتند، از روش مثبت‌نگری به‌مثابه فنی رفتاری سخن می‌گوید. بدین صورت که، انگاره‌های رفتاری منفی در فرد اصلاح و رفتار مناسب، به‌صورت مداوم ارائه می‌شود [۵۰، ص ۶۷]. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در درمان افسردگی مکرراً مورد پژوهش قرار گرفته است. این دیدگاه بر این باور است که حذف احساسات و افکار منفی به معنای ایجاد احساسات و افکار مثبت نیست، لذا برخی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بهترین جایگزین برای درمان‌های فعلی افسردگی می‌دانند [۵۱، ص ۴۸۱]. نتایج تحقیقات انجام شده گواه آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌واسطه تغییر نگرش فرد به دیدی خوش‌بینانه و امیدوارانه می‌تواند به میزان قابل قبولی افسردگی فرد را کاهش دهد [۵۲، ص ۱۰۳۰؛ ۵۳، ص ۹۷؛ ۵۴، ص ۶۲۹]. هم‌چنین تمرکز بر احساسات مثبت و پذیرش خود از عوامل کلیدی در کاهش افسردگی دانسته شده است [۵۵، ص ۳]. پژوهش‌گران بر این باورند که ایجاد احساس اتصال، به معنای داشتن ارتباطی دائمی و ناگسستگی با موجودیتی حمایت‌کننده که در مذهب به خوبی دیده می‌شود، می‌تواند به ایجاد امید و نهایتاً کاهش افسردگی منجر شود [۵۶، ص ۵۷۴].

فضای کلی در آموزه‌های اسلامی، مثبت‌نگری است. صفاتی که برای خداوند برشمرده می‌شوند عمدتاً مشوق هستند؛ مواردی نظیر رحمان، رحیم و رؤف که همگی نشانگر تأکید بر مثبت‌نگری است^۱ [۳۰، ص ۳۱-۳۲]. امام علی(ع) می‌فرماید: خوش‌گمانی بنده به خدای سبحان به اندازه امید او به خداوند است^۲ [۱۷، ص ۱۸۹]. در همین راستا، در حدیثی با چند نقل از امام رضا(ع) می‌خوانیم که به خداوند حسن ظن داشته باشید چرا که خداوند می‌فرماید من نزد گمان بنده خویش هستم، اگر گمان او خوب باشد، رفتار من نیز خوب خواهد بود^۳ [۳۴، ص ۱۹۹]. تأکید قرآن بر مفهوم امید تا جایی ادامه دارد که در آیه ۲۳ سوره عنکبوت می‌فرماید: ناامیدی از رحمت الهی کفر است^۴، لذا فردی که به خداوند نگاه مثبت‌تری داشته باشد، امیدوارتر خواهد بود. لازم به ذکر است امیدی از نظر قرآن مطلوب است که همواره از ملزومات هدف در نظر گرفته شود. قرآن همچنین فراتر رفته و راهکارهای عملی مختلفی نظیر ذکرگویی، نمازخوانی، روزه‌داری، قرائت قرآن و انفاق را ارائه می‌دهد که آثار مثبت‌شان طی پژوهش‌های پیشین مورد تأیید قرار گرفته است [۲۵، ص ۲۷]. مجموعاً از آنجایی که امید یکی از مهم‌ترین مباحث در روان‌درمانی مثبت‌نگر محسوب می‌شود، می‌توان از احادیث و روایات مربوط به امیدبخشی در اسلام به عنوان ابزار کارآمدی جهت درمان اختلالاتی نظیر افسردگی بهره جست.

از دیدگاه اسلامی، از آنجایی که خداوند در مقابل ضعف‌های بشر، گذشت فراوان دارد^۵ [۲۶، ص ۶۳] و بیشتر بر نکات مثبت او تأکید می‌کند، چنانچه آدمی را «اشرف مخلوقات» می‌خوانند^۶. در متون اسلامی انسان همواره توصیه شده است که بیشتر به

۱. وَاللَّهُ رَءُوفٌ بِالْعِبَادِ (آل عمران، ۳۱ و بقره، ۲۰۸).

۲. حَسَنَ ظَنِّ الْعَبْدِ بِاللَّهِ سِبْحَانَهُ عَلِيٌّ قَدْرَ رَجَائِهِ لَهُ.

۳. أَحْسَنَ الظَّنِّ بِاللَّهِ فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّوَجَلَّ يَقُولُ: أَنَا عِنْدَ ظَنِّ عَبْدِي الْمُؤْمِنِيِّ، إِنْ خَيْرًا فَخَيْرًا وَإِنْ شَرًّا فَشَرًّا.

۴. وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَلِقَائِهِ أُولَئِكَ يَسْأَوْنَ مِنْ رَحْمَتِي وَأُولَئِكَ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ.

۵. قُلْ إِنْ كُنْتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ وَيَغْفِرْ لَكُمْ ذُنُوبَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ (آل عمران، ۳۱).

۶. و لقد کرمننا بنی آدم و حملنا هم فی البر و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلنا هم علیکثیر ممن خلقنا تفضیلاً (اسراء، ۱۷).

نقاط مثبت توجه کند، چنانچه خوش‌گمانی از بالاترین خصلت‌ها و بزرگ‌ترین نعمت‌هاست^۱؛ این امر، خود، گواه تلاش اسلام جهت تغییر افکار و باورهای فرد به سمت مثبت می‌باشد - مهم‌ترین هدفی که روانشناسی مثبت‌نگر دنبال می‌کند. در واقع، مثبت‌نگری یا همان شناخت نقاط قوت، مجموعه نظام‌داری از شیوه‌هایی است که به‌منظور تسهیل ایجاد نگرش مثبت نسبت به خویشان و دیگران طراحی شده است [۲۰، ص ۶۴]. یکی از انتقاداتی که در این زمینه می‌شود بحث داشتن سوء ظن به نفس خود در اسلام است که می‌تواند به نوعی در تضاد با اصول روانشناسی مثبت‌نگر قرار گیرد. در پاسخ به این نقد آورده شده است که سوء ظن داشتن به نفس خود معادل تأکید بر نقاط ضعف نیست، بلکه به معنای پذیرفتن این واقعیت می‌باشد که انسان همواره در معرض لغزش و گناه قرار دارد و شایسته نیست کسی خود را از این امکان مبرا بداند، لذا در اسلام توصیه شده است همواره به نفس خود بدبین باشید، چرا که همچون عابد برصیصا، هفتاد سال عبادت می‌تواند به وسوسه‌ای از دست برود [۲۹، ص ۷۸-۷۹]. سوء ظن به نفس نه تنها جنبه منفی ندارد، بلکه نگاهی مثبت‌نگر دارد. به عبارت دیگر، اسلام از این طریق فرد را به مراقبت در برابر نفس دعوت می‌کند، بدین معنی که فرد باید لحظه به لحظه بر اعمال و رفتار خود با حضور ذهن نظارت داشته باشد تا به خود - کنترلی یا به تعبیری، تقوا برسد. بنابراین تأکید بر خود - نظارتی در قالب سوء ظن به نفس، تأکید بر یکی از نقاط قوت فرد که همان توانمندی در کنترل خود است، می‌باشد. نقد دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، توجه به عیوب نفس به عنوان تم اصلی توبه می‌باشد. در پاسخ به این پرسش که چگونه می‌توان تضاد ظاهری میان تأکید بر عیوب در اسلام و مثبت‌نگری را توجیه کرد، می‌توان چنین گفت که در اسلام قنوط از رحمت الله گناه کبیره است [۱۶، ص ۴۹]، فلذا هدف توبه حرکتی امیدوارانه به طرف مثبت می‌باشد. نکته دیگری که باید به آن توجه داشت این است که احساس گناه در افسردگی عمدتاً ناشی از نوعی سوء تفسیر است که منجر می‌شود تا افراد افسرده نقاط قوت خود را نادیده انگاشته و دائماً امور منفی و نقاط ضعف خود را به

۱. حسن الظن من افضل السجایا و اجزل العطايا.

خاطر بیاورند [۱۴، ص ۴۱۵]. این در حالی است که در بحث سوء ظن به نفس نگاه به عیوب واقعی نفس مطرح است نه به تخمین بیش از حد عیوب- عارضه‌ای که از علائم تشخیصی افسردگی به شمار می‌رود؛ لذا چنانچه پیش‌تر نیز به آن اشاره شد، سوء ظن به نفس در این تفسیر به معنای نادیده انگاشتن نقاط قوت و تمرکز بر نقاط ضعف فرد نبوده و منافاتی با اصول روانشناسی مثبت‌نگر ندارد. بنابراین شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که میان مثبت‌نگری که در اسلام و تکنیک‌های شناختی شباهت‌هایی وجود دارد که باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. روش مثبت‌نگری، در روان‌درمان‌گری متکی بر دیدگاه اسلامی، در پنج مرحله انجام می‌گیرد. در مرحله نخست، از فردی که دچار افسردگی یا احساس حقارت شده است، خواسته می‌شود نقاط قوت خود را نام ببرد. برخی به علت عزت‌نفس پایین یا به دلیل احساس حقارت و افسردگی شدید و یا بنا به سایر دلایل روانی، توانایی بیان نقاط قوت خود را ندارند یا هیچ نقطه مثبتی در خود نمی‌یابند. از این افراد خواسته می‌شود که نقاط قوت خود را از نگاه دیگران بیان کنند؛ یعنی بگویند به نظر خودشان، دیگران چه نکات مثبتی در آن‌ها می‌بینند. چنانچه لازم باشد، روان‌شناس می‌تواند نکات مثبتی که در مراجع می‌بیند را عنوان کند. در جلسه دوم، از مراجعان خواسته می‌شود، حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب خود را نام ببرند؛ مواردی نظیر انجام کاری که از آن لذت برده‌اند و یا از انجامش احساس شادی و غرور می‌کنند. در جلسه سوم، بر تمرین‌هایی تأکید می‌شود که طی آن، شخص بتواند اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح شده در جلسات قبل را به ترتیب اولویتشان، مشخص سازد. در این مرحله، از فرد خواسته می‌شود به نقاط قوت قابل اتکایی که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است، اشاره کند. بدین ترتیب، شخص طیف وسیعی از قضاوت‌های شخصی خود را نسبت به خود بیان می‌کند که از این دیدگاه، نقاط قوت خوانده می‌شوند. در جلسه چهارم، شخص تحت درمان، نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین می‌کند و با توجه به مراحل قبلی، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند، انتخاب می‌کند. در آخرین جلسه به فرد گفته می‌شود، شواهد و معیارهایی ارائه کند که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت قابل اتکای او هستند. فرد برای سنجش این توانمندی‌ها، به توصیف بسیاری از حوادث

گذشته می‌پردازد که طی آن، وجود این نقاط قوت برای وی به اثبات رسیده و به کار گرفته شده است. در طول تمامی جلسات، روان‌درمان‌گر به آیات و روایات مثبت‌نگری مرتبط با هدف هر جلسه اشاره کرده و بر باورهای مذهبی سازنده وی نظیر رحمت الهی، حکمت الهی، عدالت الهی، مشیت الهی و ... تأکید می‌نماید. لازم به توضیح است که در پایان تمامی مراحل به مراجعین تکالیف خانگی نظیر خواندن نماز، گفتن ذکر، گرفتن روزه، قرائت قرآن و انفاق داده می‌شود [۱۲، ص ۱۵۵-۱۵۰]. لازم به توضیح است که کاربرد آیات و روایات مثبت‌نگری و تأکید بر مفاهیم اسلامی فوق‌الذکر در کنار تکالیف خانگی یادشده، مهم‌ترین وجه افتراق الگوی اسلامی روان‌درمانی مثبت‌نگر با مثبت‌نگری غربی است که عمدتاً شکلی شناختی و نه معنوی دارد. کاربرد روش مثبت‌نگری در روان‌درمان‌گری اسلامی، موجب افزایش احتمال توصیف مثبت فرد از خویش، با توجه به نقاط قوت قابل اتکای خود می‌شود [۱۳، ص ۱۲۶]. به عبارتی دیگر، در این شکل از درمان‌گری، علاوه بر استفاده از روش‌های مرسوم شناخت‌درمانی، به مراجع کمک می‌شود تا باورهای مذهبی خود را تقویت نماید. طبعاً اعتقاد به مهربانی و رحمت الهی سبب می‌شود که امید به زندگی در فرد افزایش یابد [۵۷، ص ۶۰۹]. مسلماً چنین درمانی در کاهش اضطراب [۳۹، ص ۹۱]، افزایش میزان سازگاری [۵۸، ص ۱۴۵] و بهبود کیفیت زندگی [۵۹، ص ۹۸۹] تأثیر مثبتی خواهد گذاشت. نهایتاً این مدل درمانی، بر خلاف مدل شناختی در درمان افرادی که گرایش‌های مذهبی دارند، بیشتر مؤثر واقع می‌شود و در مورد افرادی که افسردگی معنایی یا وجودی دارند، مفیدتر عمل خواهد کرد [۲۸، ص ۸۲].

با توجه به شواهدی که در متون اسلامی وجود دارد [۲۱، ص ۴۳؛ ۲۳، ص ۳۷۶-۳۷۰] و همچنین، پژوهش‌های فراوانی که در زمینه روان‌شناسی دین صورت گرفته است [۶۸، ص ۶۸۷]، می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که روان‌درمانگری دینی می‌تواند در اتاق درمان به‌طور مؤثری به‌کار گرفته شود. مسئله جالب توجه آن است که با وجود تمامی مطالب فوق‌الذکر، پژوهشی که مستقیماً بخواهد نقش روان‌درمانی مبتنی بر باورهای اسلامی را در کاهش میزان افسردگی بسنجد، صورت نگرفته است؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی علمی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی انجام پذیرفت.

سؤالات پژوهش

- مهم‌ترین سؤال پژوهش حاضر آن است که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی می‌تواند بر میزان افسردگی تأثیرگذار باشد؟ لذا فرضیات پژوهش در راستای پاسخگویی به این سؤال تدوین شده است.

فرضیات پژوهش

- روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر میزان افسردگی تأثیر دارد.
- روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر زنان و مردان به طور متفاوتی اثر می‌گذارد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌تجربی است که در آن اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی به عنوان متغیر مستقل بر روی میزان افسردگی، به عنوان متغیر وابسته، با اجرای پیش‌آزمون^۱ و پس‌آزمون^۲ و با استفاده از گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که پژوهش‌گر قصد بررسی تأثیر جنسیت در بهره‌گیری از الگوی اسلامی روان‌درمانی مثبت‌نگر را داشت، جنسیت نیز به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در این پژوهش، بررسی شد. در پژوهش حاضر، گروه آزمایش با استفاده از روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی، طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفت؛ این در حالی است که در گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی در طول پژوهش اعمال نشد؛ لازم به توضیح است که افراد گروه کنترل جهت درمان در لیست انتظار قرار گرفته بودند. طرح تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در پایان، یک دوره پیگیری ۳ ماهه به منظور بررسی ماندگاری اثر درمان توسط پژوهش‌گر انجام شد.

-
1. Pre-test
 2. Post-test

جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی است که با شکایت از افسردگی در پاییز سال ۱۳۹۴ به یکی از مراکز مشاوره تحت نظر بهزیستی در شهرستان شیراز مراجعه کرده بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۴۸ نفر از این مراجعان (۲۷ زن و ۲۱ مرد) با میانگین سنی ۳۲ سال بود که طی دو ماه (از اوایل مهر تا اوایل آذر ۱۳۹۴) به طور غیرتصادفی و به روش نمونه‌گیری در دسترس (آسان)^۱ انتخاب شده بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعان بزرگسال (۱۸ الی ۵۵) با نمره افسردگی بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه افسردگی بک-۲^۲، ایرانی‌الاصل و مسلمان، با سواد خواندن و نوشتن و علاقمند به مشارکت در پژوهش حاضر بود. همچنین، گرفتن تشخیص افسردگی طی مصاحبه بالینی توسط پژوهش‌گر، جهت قرار گرفتن در گروه نمونه پژوهش حاضر ضروری بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم تمایل مراجع به ادامه شرکت در جلسات درمان و غیبت فرد برای بیش از دو جلسه از کل جلسات درمانی در نظر گرفته شد. مضافاً افراد گروه نمونه نایستی به سایر اختلالات روانی نظیر اختلالات خلقی، سایکوتیک و یا اختلالات مرتبط با مصرف مواد مبتلا می‌بودند.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر، چنانچه پیش‌تر اشاره شد، به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) استفاده شده است. ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (IIBD-I) که در سال ۱۹۹۶ منتشر شده است، شکل بازنگری‌شده پرسشنامه افسردگی بک بوده که به منظور سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است و آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای که نشان دهنده شدت علائم افسردگی در مورد خویش است، را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بدین ترتیب، نمره کل پرسشنامه - که شدت افسردگی را مشخص می‌کند -

1. Convenience Sampling
2. Beck Depression Inventory II

در دامنه صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره کمتر از ۱۰ عدم افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۳۰ افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. بک در سال ۲۰۰۰، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳، پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن را با استفاده از تحلیل عوامل ۰/۷۶ گزارش کرد [۶۱، ص ۱۵۵]. ترجمه و هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط جلیلی و اخوت (۱۳۶۳) انجام گرفت. پایایی این پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست آمده از روش تنصیف بر اساس پرسش زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی همزمان و افتراقی این آزمون در ایران توسط دادستان مورد بررسی و ضرایب مربوطه به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است [۱۵، ص ۸۲].

شیوه مداخله

در این پژوهش، الگوی خدایاری فرد که در سال ۱۳۷۹ ارائه شد، با تعدیل توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، در طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در یکی از مراکز مشاوره تحت نظر بهزیستی برگزار شد؛ بدین صورت که در مرحله نخست، از فرد خواسته می‌شود نقاط قوت خود را نام ببرد؛ در صورتی که فرد به هر دلیلی قادر به برشمردن نقاط مثبت خود نباشد، روان‌شناس به او کمک می‌کند که نقاط قوت خود را از نگاه دیگران بیان کند. در جلسه دوم، از مراجعان خواسته می‌شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب خود را نام ببرند. در ادامه، از فرد خواسته می‌شود به نقاط قوت قابل اتکایی که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است، اشاره کند. در جلسه چهارم، شخص با توجه به مراحل قبلی، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند، انتخاب می‌کند. در آخرین جلسه از آزمودنی خواسته می‌شود، با پرداختن به گذشته، شواهد و معیارهایی ارائه کند که وجود این نقاط قوت برای وی به اثبات رسیده است. در طول تمامی جلسات، برای افرادی که به مفاهیم اسلامی معتقد هستند، می‌توان به آیات و روایات مثبت‌نگری اشاره کرده و بر باورهای مذهبی سازنده وی نظیر رحمت الهی، حکمت الهی، عدالت الهی، مشیت الهی و ... تأکید کرد [۱۲، ص ۱۵۵].

شیوه گردآوری اطلاعات

پس از همتاسازی و گمارش تصادفی اعضای نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۲۴ نفر)، ابتدا پرسشنامه افسردگی بک-۲ به عنوان پیش‌آزمون بر روی مبتلایان اجرا گردید و پس از اجرای درمان برای گروه آزمایش، نهایتاً، پس‌آزمون اجرا شد. به منظور بررسی ماندگاری اثر درمان، پس از گذشت سه ماه از اتمام دوره درمانی، پرسشنامه افسردگی بک-۲ مجدداً توسط اعضای گروه آزمایش، تکمیل شد. پس از جمع‌آوری کلیه اطلاعات، داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به فرضیه مطرح شده، نخستین گام در تحلیل داده‌های حاصل از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، محاسبه شاخص‌های توصیفی بود؛ لذا ابتدا فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه محاسبه گردید. از آنجایی که جنسیت به عنوان متغیر تعدیل‌کننده مورد بررسی قرار گرفت، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از آزمون‌های آماری تی مستقل^۲ (جهت بررسی عدم تفاوت آماری معنادار در میزان افسردگی اولیه گروه آزمایش و کنترل) و تحلیل کوواریانس^۳ (در سطح استنباطی) استفاده شد. در پایان، جهت بررسی ماندگاری اثر درمان، داده‌های مربوط به گروه آزمایش با استفاده از آزمون آماری تی وابسته^۴ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول: روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر میزان افسردگی تأثیر دارد. چنانچه اشاره شد، پژوهشگر جهت اطمینان یافتن از عدم تفاوت آماری معنادار در میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، پیش از اعمال درمان و گردآوری داده‌های آماری مربوطه، از آزمون آماری تی مستقل استفاده کرد که نتایج به‌دست آمده ذیل قابل مشاهده می‌باشد.

-
1. Statistical Package for the Social Sciences
 2. Independent T-Test
 3. ANCOVA
 4. Dependent T-Test

جدول ۱: نتایج آزمون تی مستقل مربوط به مقایسه میزان افسردگی اولیه در گروه آزمایش و کنترل

متغیر مورد بررسی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
میزان افسردگی	آزمایش	۱۹/۰۰	۳/۸۲	۴۶	۰/۱۲	۰/۰۹
	کنترل	۱۸/۸۳	۵/۲۵			

جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار t به‌دست آمده از مقایسه میانگین میزان افسردگی اولیه در گروه آزمایش و کنترل، ۰/۱۲ بوده و به لحاظ آماری، معنادار نمی‌باشد؛ این بدان معنا است که میزان افسردگی مراجعانی که پیش از اعمال متغیر مستقل، توسط پژوهش‌گر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شده بودند، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد.

در ادامه، به منظور آزمون فرضیه فوق از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. نتایج حاصله در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه آزمون ANCOVA برای عامل بین‌گروهی (گروه کنترل و آزمایش)

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور ایتای تفکیکی
هم‌پراش	۴۴۹/۳۶	۱	۴۴۹/۳۶	۹۰/۸۹	۰/۰۰	۰/۶۶
گروه	۱۰۸۹/۴۸	۱	۱۰۸۹/۴۸	۲۲۰/۳۷	۰/۰۰	۰/۸۳
خطا	۲۲۲/۴۷	۴۵	۴/۹			
کل	۱۱۰۸۸	۴۸				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول فوق، پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون، مشخص شد روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی، به طور معناداری بر میزان افسردگی تأثیر می‌گذارد ($F=۲۲۰/۳۷$ ، $p<۰/۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین گروه آزمایش در میزان افسردگی، به طور چشمگیری کاهش داشته است؛ لذا می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی موجب کاهش میزان افسردگی آزمودنی‌ها شده است. همچنین، مجذور ایتای تفکیکی مربوط به گروه (۰/۸۳) نشان می‌دهد که تقریباً ۸۰ درصد واریانس افسردگی توسط گروه (آزمایش و کنترل) قابل تبیین است.

فرضیه دوم: روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر زنان و مردان به طور متفاوتی اثر می‌گذارد.
به منظور آزمون فرضیه فوق از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. نتایج حاصله ذیلاً آورده شده است.

جدول ۳: خلاصه آزمون ANCOVA برای عامل بین‌گروهی (جنسیت)

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور ایتای تفکیکی
هم‌پراش	۴۸۱/۶۷	۱	۴۸۱/۶۷	۲۸/۱۷	۰/۰۰	۰/۱۷
جنس	۵۷/۷۱	۱	۵۷/۷۱	۲/۰۷	۰/۰۰	۰/۲۷
خطا	۱۲۵۴/۲۴	۴۵	۲۷/۸۷			
کل	۱۱۰۸۸	۴۸				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۳، پس از تعدیل نمرات هم‌پراش، اثر معنی‌داری در عامل بین‌گروهی وجود دارد ($F=۲/۰۷$ ، $p<۰/۰۱$). از این روی، می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی در مراجعین مؤنث و مذکر یکسان نمی‌باشد. مقدار مجذور ایتای تفکیکی نیز

برابر با ۰/۲۷ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر، حدود ۳۰ درصد از واریانس افسردگی، از طریق انتساب به گروه‌های جنسیتی قابل تبیین است.

پژوهشگر جهت بررسی بیشتر تفاوت اثرپذیری متفاوت زنان و مردان از روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی، از آزمون تی مستقل استفاده نمود که نتایج به‌دست آمده در جدول ۳ به تفصیل آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تی مستقل مربوط به مقایسه میانگین افسردگی، پیش و پس از درمان بر

مبنای جنسیت در گروه آزمایش

متغیر مورد بررسی	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
میزان افسردگی	مؤنث	۱۱/۵۰	۲/۳۴	۲۲	۳/۹۹	۰/۰۰
	مذکر	۷/۳۰	۲/۶۶			

جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار t به‌دست آمده از مقایسه میانگین میزان افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در زنان و مردان، ۳/۹۹ بوده و در گروه آزمایش، به لحاظ آماری، معنادار می‌باشد؛ این بدان معنا است که مراجعان زن و مردی که توسط پژوهشگر و طی ده جلسه، تحت درمان قرار گرفته بودند، به طور متفاوتی از روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی تأثیر پذیرفته‌اند، به طوری که میزان افسردگی زنان بیش از مردان تحت تأثیر این درمان کاهش یافته است.

بررسی نتایج دوره پیگیری

چنانچه گفته شد، به‌منظور بررسی ماندگاری اثر روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی، پس از گذشت سه ماه از اتمام دوره درمانی، پرسشنامه افسردگی بک-۲ مجدداً توسط اعضای گروه آزمایش، تکمیل شده و نتایج به‌دست آمده، به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با استفاده از آزمون تی وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۵: نتایج آزمون تی وابسته مربوط به مقایسه میزان افسردگی در دوره پیگیری در گروه آزمایش

متغیر مورد بررسی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
میزان افسردگی	۱۰/۴۲	۱/۸۵	۲۳	۲/۷۵	۰/۰۱

جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار t به دست آمده از دوره پیگیری ۲/۷۵ بوده و در گروه آزمایش، به لحاظ آماری، معنادار می‌باشد؛ این بدان معنا است که مراجعانی که توسط پژوهش‌گر و طی ده جلسه، تحت درمان قرار گرفته بودند، پس از گذشت سه ماه، همچنان از میزان افسردگی پایینی برخوردار بودند؛ این امر، خود، گواه ماندگاری اثر درمان و تبعاً بهره‌مندی از راهبردهای اسلامی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

چنانچه پیش‌تر گفته شد، هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر میزان افسردگی بود. در این بخش، نتایج پژوهش به تفکیک فرضیات، مورد بحث قرار خواهد گرفت. در ادامه، به محدودیت‌های پژوهش اشاره شده و پیشنهادهایی برای انجام پژوهش‌های آتی ارائه می‌گردد.

بررسی فرضیه اول

هدف فرضیه اول، بررسی تأثیرگذاری روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی نظیر رحمت الهی، حکمت الهی، عدالت الهی و مشیت الهی بر میزان افسردگی بود. برای این منظور از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی می‌تواند تأثیر معناداری در کاهش میزان افسردگی داشته باشد. یافته حاضر، اگرچه پژوهش‌های چندانی در این زمینه انجام نشده است، با نتایج مقیمی زاده (۱۳۸۰)، موسوی، شیخ‌سجادیه، رحیمی، فرهمند، ابراهیمی و یعقوبی (۱۳۸۰) و فقیهی (۱۳۸۰) همسو می‌باشد. در توجیه این یافته، پیش از هر چیز،

می‌توان به نظریه آلپورت^۱ (۱۹۶۶) اشاره کرد. از نظر او مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد، معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنایابی است که خود، انگیزه اصلی زندگی فرد می‌شود و ارزشی درونی دارد؛ به عبارتی دیگر، دو جهت‌گیری کلی نسبت به مذهب وجود دارد: درونی و بیرونی. به زعم آلپورت، جهت‌گیری مذهبی بیرونی، برانگیزاننده نیست، این در حالی است که مذهب درونی، یک تعهد همه‌جانبه و اساساً انگیزشی است؛ لذا آلپورت معتقد است که تنها مذهب با جهت‌گیری درونی است که می‌تواند سلامت روان را تضمین کند [۶۲، ص ۱۷]. فردی که باور دارد «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» ... به‌درستی که پس از هر سختی، آسانی است (انشراح، ۶)، درد روانی خود را به‌زعم شناسایی می‌کند^۲، بی‌پایان تصور نمی‌کند [۶۳، ص ۸]؛ لذا اعتقاد فرد به مفاهیمی مذهبی همچون عدالت الهی، رحمت الهی، مشیت الهی و مواردی از این دست، چونان سپری دفاعی او از گزند افسردگی حفظ می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد، عقاید معنوی و باورهای مذهبی از طریق هضم وقایع، برخوردهای سازشی، صبر در مقابل حوادث ناخوشایند و داشتن نگرشی مثبت و توأم با عزت نفس به خود و آینده و پرهیز از نومیدی، نقش بااهمیتی در کم‌رنگ کردن عوامل روانی - اجتماعی افسردگی داشته باشد.

در همین راستا، لازاروس^۳ در تئوری خود به دو نوع سبک مقابله‌ای^۴ اشاره می‌کند: سبک مسئله‌مدار^۵ و سبک هیجان‌مدار^۶ (مثبت و منفی). روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار عموماً زمانی بروز پیدا می‌کند که شخص احساس کند می‌تواند موقعیت را کنترل کرده و یا آن را تغییر دهد. برعکس، روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد احساس کند موقعیت، غیرقابل تغییر و غیرقابل کنترل است؛ لذا در مقابل آن واکنش هیجانی نشان داده و یا سعی در تحمل آن دارد. چنانچه این واکنش هیجانی به شکل مثبت باشد، سبک هیجان‌مدار مثبت^۷ و چنانچه این واکنش، هیجان‌

-
1. Alport
 2. Schneidman
 3. Lazarus
 4. Coping style
 5. Problem-focused
 6. Emotion-focused
 7. Positive

منفی را فراخوانی نماید، سبک هیجان‌مدار منفی^۱ نامیده می‌شود. باید توجه داشت که روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار باعث می‌شود فرد احساس بهتری در مورد مشکل داشته باشد، اما در نهایت به حل مشکل منتهی نمی‌شود [۵، ص ۵۷۶]. طبیعی است اگر فرد نتواند با استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب، تنیدگی را برطرف کند، فشار روانی مزمن شده و به نتایج سوئی همچون افسردگی منجر می‌شود [۱۹، ص ۲۹]. از زمان انتشار کتاب پارگامنت (۱۹۹۷) با عنوان روان‌شناسی دین و مقابله، موضوع مذهب به‌طور چشمگیری مورد توجه محققان مختلف بوده است [۶۴، ص ۲۱]. از مجموع پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه می‌توان چنین نتیجه گرفت که فرد می‌تواند از مذهب به عنوان یکی از مؤثرترین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار مثبت استفاده کند. از طرفی دیگر، فرد به واسطه اعتقادات مذهبی خود، با استفاده از سایر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار مثبت نظیر دعا، نماز، قرائت قرآن، توکل، گریستن و توسل، علاوه بر تخلیه هیجانی، به‌نوعی به حمایت الهی پناه می‌برد [۶۵، ص ۹۴]. همچنین فردی که نسبت به مذهب، به‌ویژه دین مبین اسلام که مذهب مورد بررسی در پژوهش حاضر می‌باشد، جهت‌گیری درونی داشته باشد، عمیقاً بر این باور است که - همان‌گونه که از پیامبر گرامی (ص) نقل شده است - هیچ مصیبتی برای مسلمان پیش نمی‌آید، مگر این‌که خداوند آن مصیبت را اگرچه خاری باشد که به دستش فرو رفته باشد، کفاره گناهان او قرار دهد [۲۲، ص ۲۳۱]. همان‌طور که می‌دانیم، کفاره به نوعی تنبیه محسوب می‌شود، به‌عبارتی فرد به دلیل گناهی که مرتکب شده است، از جانب خداوند و در راستای عدالت الهی، مجازات می‌شود. برخی بر این باورند که چنین برداشتی می‌تواند به ناامیدی منجر شود، این در حالی است که در الگوی اسلامی روانشناسی مثبت‌نگر باور بر این است که تعبیر مصیبت به کفاره، نه‌تنها سبب برداشته شدن بار گناه از دوش فرد و فراهم آوردن فرصتی جهت توبه می‌شود [۸، ص ۱۳۰]، بلکه به واسطه تحکیم این باور که اعمالش به او باز می‌گردد^۲، زمینه آرامش روانی فرد را ایجاد می‌کند؛ چرا که اگر امر شری منجر به بروز مشکلاتی در زندگی فرد شده است، مسلماً

1. Negative

۲. من يعمل مثقال ذره خیرا یره و من يعمل مثقال ذره شرا یره (الزلزله، ۷ و ۸).

امر خیری می‌تواند نویدبخش تغییری مثبت و امیدوارکننده باشد [۳۷، ص ۲۱۱]. همچنین با در نظر گرفتن دیدگاه روانشناسانی نظیر کارور و شیرر^۱ که بازچارچوب‌دهی مثبت را یکی از انواع مهارت‌های مقابله‌ای می‌دانند [۲۴، ص ۲۲]، این امر محتمل به نظر می‌رسد که فرد متقی به واسطه تفسیر مجدد حوادث تلخ، به آن‌ها به چشم کفاره گناهانش بنگرد. واضح به نظر می‌رسد که چنین عقایدی، بیش از هر چیز دیگری، بازسازی شناختی را به دنبال خواهد داشت؛ راهکاری که بک در درمان شناختی افسردگی، به عنوان مؤثرترین تکنیک درمانی مورد استفاده قرار می‌دهد [۶۶، ص ۱۴۲].

بررسی فرضیه دوم

هدف این فرضیه، بررسی تفاوت اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی در مراجعان مذکر و مؤنث بود. برای این منظور، از روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. هماهنگ با یافته‌های شاددل و نوربالا (۱۳۸۳)، کلانتری، نوروزی، بختیار نصرآبادی، دهباشی و احمدی (۱۳۸۴) و باقری (۱۳۸۵)، در این پژوهش، نتایج به‌دست آمده بر نقش معنادار جنسیت در بهره‌گیری مراجعان از روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی، صحه می‌گذارد. در تبیین یافته‌های مربوط به فرضیه دوم، می‌توان به طور ضمنی این‌گونه استنباط کرد که جنسیت به واسطه تأثیری که بر حداقل برخی متغیرهای شناختی و انگیزشی دارد، می‌تواند در میزان بهره‌گیری مراجعان مذکر و مؤنث از روان‌درمانی، تفاوت ایجاد کند. بیدجرانو^۲ (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که زنان به طور معناداری از راهبردهای شناختی بیشتر از مردان استفاده می‌کنند. او به این فرضیه باور دارد که زنان، انعطاف‌پذیری بالاتری دارند و نسبت به آنچه که محیط برای یادگیری ارائه می‌دهد، با ذهنی بازتر مواجه می‌شوند [۶۷، ص ۹۰-۹۱]. مضافاً اینکه، بسیاری از پژوهش‌گران اعتقاد دارند که مردان بیش از زنان از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. با در نظر گرفتن این نکته که راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، رابطه مثبت و معناداری با میزان افسردگی

1. Carver & Scheier

2. Bidjerano

دارند، می‌توان یافته‌ی فوق را توجیه کرد [۳۵، ص ۷۴]. از طرفی دیگر، می‌توان این درمان را به نوعی کنترل هیجانی دانست؛ لذا تعجبی ندارد اگر زنان به‌عنوان افرادی که عموماً هیجان‌مدارتر از مردان هستند، به این درمان پاسخ بهتری دهند [۶۰، ص ۱۰۴]. همچنین، حسین‌چاری و دهقانی (۱۳۸۷) نشان می‌دهند که در جامعه‌ی ایرانی، سیستم آموزشی، فرهنگ و خانواده، از زنان انتظار انجام رفتار خود - نظم‌یافته‌ی بیشتری دارند [۹، ص ۷۳]؛ بدیهی است در چنین شرایطی زنان، از کودکی و به‌واسطه‌ی فرهنگ غالب جامعه و شیوه‌های فرزندپروری متأثر از این فرهنگ، خود - مهارگری را درونی کرده و در اکثر عرصه‌های زندگی خود به‌کار می‌گیرند [۶۹، ص ۵۷۰-۵۷۱]. بنابراین به نظر می‌رسد، بخشی از تفاوت معنادار در بهره‌گیری از روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر مفاهیم اسلامی در بین زنان و مردان، از این مجرا توجیه‌پذیر باشد.

نهایتاً با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، انتظار می‌رود که روان‌شناسان در پژوهش‌های و درمان‌های روانشناختی به‌ویژه در درمان افسردگی، به این سبک درمانی متناسب با فرهنگ و اعتقادات مسلط در کشور عزیزمان ایران، توجه ویژه‌ای داشته باشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به استفاده از ابزارهای خود-گزارش‌دهی^۱ اشاره کرد که طبیعتاً می‌تواند موجب تحریف اطلاعات از سوی آزمودنی‌ها (چه به صورت وانمود خوب و چه به صورت وانمود بد) شود. از طرفی دیگر، عدم کنترل متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات، عوامل فرهنگی و غیره نیز می‌تواند نتایج این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد؛ لذا انجام تحقیقاتی با کنترل چنین متغیرهای مداخله‌گری مؤکداً پیشنهاد می‌شود. همچنین استفاده از مصاحبه‌ی بالینی جهت تشخیص اختلالات روانی همراه، به ویژه در سطح جمع‌آوری داده‌ها توصیه می‌شود. یکی از مواردی که مؤکداً توصیه می‌شود، بررسی اثر جهت‌گیری مذهبی در بهره‌گیری از الگوی اسلامی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌باشد. همچنین لازم است آثار چنین الگویی با سایر الگوهای روان-درمانی، بالاخص روان‌درمانی مثبت‌نگر مورد واکاوی بیشتر قرار گیرد.

1. Self-reporting

منابع

- [۱] قرآن کریم.
- [۲] ازدری‌فرد، مونا (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان‌های منطقه ۱۳ شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- [۳] اعتصامی‌نیا، حسن؛ ناروئی‌نصرتی، رحیم و احمدی، محمدرضا (۱۳۹۴). «رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و تحول اخلاقی»، *مجله روان‌شناسی دین*، سال ۸، شماره ۱، صص ۱۱۵-۱۲۸.
- [۴] باقری، محمدعلی (۱۳۸۵). «پیش‌فرض‌ها، عناصر و بنای روانشناسی و روانپزشکی مبتنی بر قرآن»، *اخلاق در علوم و فناوری (ویژه‌نامه اخلاق پزشکی)*، شماره ۱، صص ۶۹-۷۹.
- [۵] بشارت، محمدعلی؛ پورنگ، پریسا؛ صادق پورطیایی، علی و پورنقاش تهرانی، سعید (۱۳۸۷). «رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با فرآیند بهبود بیماران قلبی - عروقی»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، سال ۸، شماره ۶۶، صص ۵۷۹-۵۷۳.
- [۶] بهرامی دشتکی، هاجر (۱۳۸۵). «بررسی اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۷] بهزادپور، سمانه؛ مطهری، زهرا سادات و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). «نقش دین‌داری و تاب‌آوری در پیش‌بینی استرس زناشویی مادران دارای فرزندان پسر با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی»، *فصلنامه افراد استثنایی*، سال ۵، شماره ۱۸، صص ۷۱-۸۷.
- [۸] پوردرویش، اصغر و فتاحی، زکیه (۱۳۹۶). «چشم‌انداز روانشناسی مثبت‌نگر و دین در زمینه مفهوم شادی با تأکید بر دین اسلام»، پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی، ایران، تهران، صص ۱۳۴-۱۱۵.
- [۹] حسین‌چاری، مسعود و دهقانی، یوسف (۱۳۸۷). «پیش‌بینی میزان اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس راهبردهای خودتنظیمی در یادگیری»، *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، شماره ۴، صص ۶۳-۷۵.
- [۱۰] حسین‌چاری، مسعود و محمدی، مژگان (۱۳۹۰). «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس اعتقادات مذهبی در دانشجویان شهری و روستایی»، *مجله روان‌شناسی معاصر*، سال ۲، شماره ۶، صص ۴۵-۵۶.
- [۱۱] حسینی بیرجندی، سید مهدی (۱۳۷۵). *مشاوره و راهنمایی در تعلیم و تربیت اسلامی*، تهران، امیرکبیر.

- [۱۲] خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). «کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمان‌گری با تأکید بر دیدگاه اسلامی»، *نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، شماره ۳۰، صص ۱۴۰-۱۶۴.
- [۱۳] خدایاری فرد، محمد؛ غباری‌بناب، باقر؛ اکبری زردخانه، سعید؛ زمان‌پور، عنایت‌اله؛ درخشان، مریم و موسوی، سمیراالسادات (۱۳۹۳). «مقیاس مثبت‌نگری ایرانیان: ساخت و استانداردسازی»، *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال ۵، شماره ۴، صص ۱۰۳-۱۳۰.
- [۱۴] خواجه موگهی، ناهید؛ بهروزیان، فروزان؛ فنوتی، فروغ (۱۳۸۸). «بررسی رابطه ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال‌های خلقی»، *مجله علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز*، سال ۴، شماره ۸، صص ۴۱۳-۴۰۷.
- [۱۵] دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). «مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی»، *توانبخشی*، شماره ۲۹، صص ۸۶-۸۰.
- [۱۶] دستغیب، سید عبدالحسین (۱۳۹۴). *گناهان کبیره*، قم، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- [۱۷] سیدرضی، محمد (۴۰۶ ق). *نهج البلاغه*، ترجمه سید جعفر شهیدی (۱۳۶۸)، تهران، انتشارات علمی فرهنگی.
- [۱۸] شاد دل، فرشاد؛ نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳). «شواهد پژوهشی درباره تأثیر اعتقادات مذهبی فرد در کاهش ابتلا به افسردگی»، *مجله دانشور*، سال ۴، شماره ۱۳، صص ۲۵-۳۰.
- [۱۹] شمس‌خانی، سهیلا؛ ره‌گوی، ابوالفضل؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود و رهگذر، مهدی (۱۳۸۵). «تأثیر آموزش حل مسئله بر مهارت مقابله‌ای افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، *پژوهش پرستاری*، شماره ۳، صص ۲۹-۳۱.
- [۲۰] عبادی، ندا و فقیهی، علینقی (۱۳۸۹). «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر شهر اهواز»، *مجله روان‌شناسی و دین*، سال ۲، شماره ۳، صص ۶۱-۷۴.
- [۲۱] عبدی، حمزه؛ پسندیده، عباس و غروری، سیدمحمد (۱۳۹۳). «الگوی نظری تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد اسلامی»، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم حدیث*، شماره ۷۳، صص ۴۲-۵۸.
- [۲۲] علامه مجلسی، محمدباقر بن محمدتقی (۱۳۶۳). *بحارالأنوار*، ج ۱۵، ترجمه ابوالحسن موسوی همدانی، تهران، انتشارات حضرت ولی عصر (عج).
- [۲۳] عماد، یاسمن (۱۳۸۹). «روان‌درمانی اسلامی/افسردگی»، *کنفرانس منطقه‌ای سلامت‌پژوهی در قرآن کریم*، ایران، یاسوج، صص ۳۶۹-۳۹۱.

- [۲۴] _____ (۱۳۹۱). «پیش‌بینی خطر خودکشی در دانشجویان بر مبنای جنسیت، وضعیت تأهل، راهبردهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و میزان افسردگی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- [۲۵] فرنام، علی و حمیدی، محمد (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش امید با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی»، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال ۶، شماره ۲۲، صص ۲۳-۴۶.
- [۲۶] فرنام، علی و مددی زاده، طاهره (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر حالت‌های روانشناختی مثبت (توانمندی‌های منش) دانش‌آموزان دختر دبیرستانی»، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، سال ۳، شماره ۱، صص ۶۱-۷۵.
- [۲۷] فقیهی، علی‌نقی (۱۳۸۰). «نقش شناخت‌درمانگری در درمان افسردگی با تأکید بر منابع اسلامی»، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ایران، تهران، صص ۲۳۱-۲۴۲.
- [۲۸] _____؛ غباری‌بناب، باقر؛ قاسمی‌پور، یداله (۱۳۸۶). «مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی»، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال ۱، شماره ۱، صص ۶۹-۸۶.
- [۲۹] قرائتی، محسن (۱۳۸۳). تفسیر نور، تهران، مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن.
- [۳۰] کلویانی، محمد و پناهی، علی‌احمد (۱۳۹۳). مفاهیم روانشناختی در قرآن، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- [۳۱] کلانتری هرمزی، آتوسا؛ عسلی طالکوئی، سکینه و مرادی لیاولی، قاسم (۱۳۹۴). «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس میزان پایبندی مذهبی در زنان متأهل»، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، شماره ۵، صص ۱۱۹-۱۳۸.
- [۳۲] کلانتری، مهرداد؛ نوروزی، علی؛ بختیار نصرآبادی، حسن علی؛ دهباشی، مهدی؛ احمدی، سید احمد (۱۳۸۴). «طرح اندیشه اسلامی در روان‌شناسی بالینی - افسردگی»، دانشنامه مجازی، شماره ۱، صص ۱۴۵-۱۴۶.
- [۳۳] لورد، پاتریک (۱۳۸۴). روان‌درمانی در روانشناسی اسلامی، ترجمه محمد وحیدی مطلق، تهران، پیوند نو.
- [۳۴] مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ ق). بحارالانوار الجامعه‌ی لدرر اخبار ائمه الاطهار (ع)، المكتبه الاسلامیه، ترجمه محمد محمدی، قم، افق.
- [۳۵] محمدزاده، جهان‌شاه (۱۳۹۰). «بررسی میزان شیوع افسردگی و علائم آن در دانشجویان دانشگاه ایلام»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال ۱۹، شماره ۲، صص ۷۱-۷۶.

- [۳۶] مقیمی‌زاده، آناهیتا (۱۳۸۰). «اسلام‌درمانی برای افسردگی»، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ایران، تهران، صص ۲۲۱-۲۳۴.
- [۳۷] مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۸). قرآن کریم و شرح آیات منتخب، قم، اسوه.
- [۳۸] موسوی، سید غفور؛ شیخ سجادیه، حسین؛ رحیمی، حجت‌ا...؛ فرهمند، محمد؛ ابراهیمی، امرا...؛ یعقوبی، محمد (۱۳۸۰). «رابطه نحوه به‌پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی»، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ایران، تهران، صص ۳۰۱-۳۱۲.
- [۳۹] مولایی، مهری؛ جانی، ستاره؛ محمدعلیلو، مجید و پوراسمعی، اصغر (۱۳۹۴). «کارآمدی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان»، مجله روان‌شناسی و دین، سال ۸، شماره ۱، صص ۸۶-۹۸.
- [۴۰] وست، ویلیام (۱۳۸۷). روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطان‌علی شیرافکن، تهران، رشد.
- [41] Campbell- Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. B. (2006). "Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults", *Behavior Research and Therapy*, Vol. 44, pp. 585-599.
- [42] Bush, R. C. (1982). *The religious world: communities of faith*, New York, Macmillan Publishing Co.
- [43] Fernandez, G. P. (2004). *Encyclopedia of religion and war*, New York & London, Rutledge.
- [44] Elkins, D. N. (1999). "Spirituality: it is what missing in mental health", *Psychology Today*, Vol. 2, pp. 45-48.
- [45] Kasen, S., Wickramaratne, P., & Weissman, M. M. (2012). "Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression", *Psychological Medicine*, Author Manuscript, NIH Public Access.
- [46] Aklina, O. (1998). "Healing from spirituality and mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 8, pp. 235-254.
- [47] Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J. & Riper, H. (2013). "Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies", *BMC Public Health*, Vol. 13, pp. 119-139.
- [48] Winter, U. (2009). "The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees", *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 78, No. 4, pp. 240-247.
- [49] Bicer, S. (2005). "Religious commitment and mental health and moral development", *Journal of The Indian Academy of Applied Psychology*, Vol. 52, pp. 66-68.
- [50] Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). "Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65, No. 5, pp. 467-487.

- [51] Lopez-Gomez, I., Chavez, C., Hervas, G. & Vazquez, C. (2017). "Comparing the acceptability of a positive psychology intervention versus a cognitive behavioural therapy for clinical depression", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 24, No. 5, pp. 1029-1039.
- [52] Akhtar, M. & Hammond, P. (2012). *Positive psychology for overcoming depression: self-help strategies for happiness, inner strength and well-being*, London, Watkins Publishing, PDF e-book.
- [53] Meyers, M. C., Woerkom, M. V. & Bakker, A. (2012). "The added value of the positive: a literature review of positive psychology interventions in organizations", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 22, No. 5, pp. 618-632.
- [54] Mac, V. W. M. & Chan, C. K. Y. (2017). "Effects of cognitive-behavioural therapy (CBT) and positive psychology interventions (PPI) on female offenders with psychological distress in Hong Kong", *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 28, No. 2, pp. 158-173.
- [55] Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drosart, C. H. C., Walburg, J. A. & Bohlmeijer, E. T. (2017). "Possible mechanisms in a multicomponent email guided positive psychology intervention to improve mental well-being, anxiety and depression: a multiple mediation model", *The Journal of Positive Psychology*. DOI: 10.1080/17439760.2017.1388430.
- [56] Shapira, L. B. & Mongrain, M. (2010). "The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression", *The Journal of Positive Psychology*, Vol. 5, No. 5, pp. 555-578.
- [57] Lambert, N. M., & Dollahite, D. C. (2008). "The threefold cord: marital commitment in religious couples", *Journal of Family Issues*, Vol. 29, pp. 592-614.
- [58] Simoni, J. M. (2002). "Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: implications for counseling", *The Journal of Counseling Psychology*, Vol. 49, pp. 139-148.
- [59] Delgado-Guay, M. O. (2011). "Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients", *The Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 41, pp. 986-994.
- [60] Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religio.*, NewYork & London, The Guilford Press.
- [61] Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- [62] Alport, G. W. (1966). "Religious context of prejudice", *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 5, No. 12, pp. 7-21.
- [63] Schneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- [64] Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*, New York, London, The Guilford Press.

- [65] Carver, C. S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE", *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 4, pp. 92-100.
- [66] Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1967). *Cognitive therapy of depression*, New York, The Guilford Press.
- [67] Bidjerano, T. (2005). "Gender difference in self-regulation learning", *Annual Meeting of The Northeastern Educational Research Association*, 36th.
- [68] Kring, A. M., & Gordon A. H. (1998). "Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 74, No. 3, pp. 686-703.
- [69] Barrett, L. F., Robin, L., Pietromonaco, P. R., & Eysseil, K. M. (1998). "Are women the "more emotional" sex? evidence from emotional experiences in social context", *Cognition and Emotion*, Vol. 12, No. 4, pp. 555-578.