

## بررسی اثر بخشی مداخله ای آیات قرآنی بر سلامت روان در زنان

### مضطرب و افسرده

دکتر حسن احدی<sup>۱</sup> / آرزو شمالی اسکویی<sup>۲</sup> / عاطفه عبدالمنافی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۵ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۲۶ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۰۴

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی مداخله ای آیات قرآنی بر سلامت روان در زنان مضطرب و افسرده انجام گرفت. بدین منظور ۶۰ زن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. از شرکت کنندگان خواسته شد که قبل از شروع درمان و بعد از اتمام آن، مقیاس های سلامت عمومی (GHQ)، مقیاس اضطراب بک (BAI) و مقیاس افسردگی بک (BDI) را تکمیل کنند. داده های پژوهش با استفاده از روش ها و شاخص های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، t مستقل و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANOVA) بررسی شد. نتایج تحلیل نشان داد که سطح سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری ارتقا یافته است و مداخله درمانی آیات قرآنی در کاهش علائم مرضی و افزایش سلامت عمومی مؤثر بوده است. همچنین مداخله درمانی آیات قرآنی در کاهش علائم اضطرابی در بیماران نیز مؤثر بوده، اما تأثیر چندانی در کاهش علائم افسردگی نداشته است.

کلید واژه ها: آیات قرآن، اضطراب، افسردگی، سلامت روان

<sup>۱</sup> استاد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران

ایمیل: arezooskoei@yahoo.com

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

## مقدمه

مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی و اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خود شکوفایی، توانایی‌های بالقوه و هیجانی است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، که سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده‌اند، بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر تجربیات گوناگون زندگی به صورت انعطاف پذیر و معنا دار است (صالحی، لیلی و همکاران، ۱۳۸۶).

در سال‌های اخیر دانشمندان اهمیت بسیاری برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد در جامعه قائل شده‌اند. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارآور به کار می‌گیرد. به همین منظور، مذهب و گرایش‌های مذهبی عامل فرهنگی قوی‌ای در برابر فشارهای ناشی از زندگی محسوب می‌شود. از آن جا که این مقابله‌ها هم منابع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی‌اند، می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل کنند. بنابراین به کارگیری آن‌ها برای بیشتر افراد سلامت ساز است (باتسن، شونراد و ونتیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ کوینگ، مک کالوگ و لارسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

معنویت مؤلفه مهمی است که در چند دهه اخیر به صورتی روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (وست<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

<sup>1</sup> Batson, C., Schoerode, P., & Ventis, W.

<sup>2</sup> Koenig, H. G., Mc Cullough, M. E., & Larson, D. B.

<sup>3</sup> West, W.

معنویت براساس برخی تحقیقات، پیش بینی کننده قوی امید و سلامت روان به شمار می‌رود (دیویس<sup>۱</sup>؛ موس و دابسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه‌های روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره آثار اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند. مثلاً فروید و ایلس نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان داشته‌اند، اما افرادی چون جیمز، یونگ، آلپورت، مازلو، آدلر و فرام با نگرش مثبت از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (معمدی، ۱۳۸۴). بنابراین، برخی از پژوهشگران رابطه مثبت بین دین و سلامت روانی را بیان می‌کنند، ولی برخی دیگر هیچ‌گونه رابطه معناداری بین این دو پدیده نمی‌بینند (گارتنر، لارسون و الن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). بعضی‌ها بر این باورند که این ابهام ناشی از تفاوت در سنجش بحث مذهب و گرایش‌های مذهبی است که برخی از محققان رفتارهای مذهبی (الیسنون، ویلیامز و جکسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱) و برخی هم نگرش‌های مذهبی را می‌سنجند (اوکونر، کوب و اوکونر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). اخیراً شواهد حاکی از این است که تفاوت در نگرش‌های مذهبی در پیش بینی سلامت روانی افراد بسیار با اهمیت‌تر از تفاوت در رفتارهای مذهبی است (فرانسیس، روبینز، لوئیس، کویگلی و وهلر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

طی دو دهه اخیر، بسیاری از متخصصان برجسته روانشناسی بالینی در درمان بیماری‌های جسمی و روانی مداخلات معنوی و مذهبی را به کار بردند. شواهد دیگر نیز نشان می‌دهد که مداخلات معنوی می‌تواند در پیشگیری و بهبود طیفی از بیماری‌های روانی و جسمی مختلف و کنار آمدن با درد مزمن، بیماری و مرگ، کمک‌کننده باشد. به

<sup>1</sup> Davis, B.

<sup>2</sup> Moss, E. L., & Dobson, K.

<sup>3</sup> Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D.

<sup>4</sup> Elison, C. G., Boardman, G. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S.

<sup>5</sup> O-Connor, D., Cobb, J., & O-Connor, R.

<sup>6</sup> Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quighley, C. F., & Wheeler, C.

عبارتی، دین به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد و نقش مهمی در رویارویی با استرس‌ها و تعدیل بحران‌های شدید زندگی ایفا می‌کند و راهبردی برای مقابله با مشکلات زندگی است (روزنستیل و کف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). بنابراین می‌توان گفت، دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر را برای افراد به ارمغان می‌آورد که بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر مثبت و معناداری می‌گذارد (برگین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱؛ پالوتزیان و پارک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ لیوان و ابرایت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ فینکلشتاین، وست، گوپین، فینکلشتاین و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

در یک مطالعه بالینی، نقش دعا کردن توسط خود و دیگران بر میزان اضطراب، عزت نفس و افسردگی از طریق شاخص‌های عینی و ذهنی ارزیابی شد. یافته‌ها نشان داد که در همه شاخص‌های ذهنی و بیشتر میزان‌های عینی، دعا موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس می‌شود (اولویرس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

در پژوهشی که درباره رابطه میان ذکر و دعا با میزان اضطراب دانشجویان انجام شد، نتایج نشان داد که بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب دانشجویان رابطه معکوس معنا داری وجود دارد و ذکر خدا نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۴).

در تحقیق اکس لاین<sup>۷</sup> (۲۰۰۸)، نیز مذهب منع آرامش تلقی شد و در آن ارتباط میان متغیرهای مذهبی و پریشانی روانی در میان دو گروه آزمایشی بیماران مراکز درمانی و گروه دانشجویان بررسی شد. نتایج نشان داد که آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد. آزمودنی‌های پژوهش گرایش به نداشتن مذهب را با سطح بالای افسردگی و افکار

<sup>1</sup> Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J.

<sup>2</sup> Bergin, A. E.

<sup>3</sup> Paloutzian, R. F., & Park, C. L.

<sup>4</sup> Lyon, B., & Ebright, P. R.

<sup>5</sup> Finkestein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H., & et al.

<sup>6</sup> OLaoires, A.

<sup>7</sup> Exline, J. J.

خودکشی مرتبط می‌دانستند و آرامش را در داشتن مذهب نشان دادند. در میان دانشجویان، افسردگی با احساس بیگانگی از خدا و تضادهای میان فردی در زمینه‌های مذهبی همراه بود. نتایج پژوهشی پیرامون رابطه بین باور مذهبی با سلامت روان روی سالمندان تهران، نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمند رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنا که هرچه نمرات به سمت جهت‌گیری مذهبی به جهت بیرونی افزایش می‌یابد، نمرات اختلال در سلامت روان و افسردگی بالاتر می‌رود و هرچه نمرات به سمت جهت‌گیری مذهب درونی متمایل شود، نمرات اختلال در سلامت روان کاهش می‌یابد. در نهایت نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که باور مذهب بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و باور مذهب درونی با سلامت روان رابطه دارند (بهرامی و رمضان‌فرانی، ۱۳۸۴).

با توجه به تأثیر مداخله‌های مذهب بر درمان برخی بیماری‌های جسمی و روانی، توجه به پژوهش‌هایی که گویای ارتباط بین مذهب و سلامت روان است ضروری به نظر می‌رسد. از آن جا که مذهب و معنویت در عرصه‌های گوناگون زندگی، به ویژه در فرهنگ ایرانی، جایگاه بسیار مهمی دارد و با توجه به کمبود شواهد پژوهش داخلی در زمینه مداخلات معنوی در بیماری‌های روانی، بررسی این قبیل پژوهش‌ها ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آیات قرآنی بر سلامت روان در افراد مضطرب و افسرده طراحی و اجرا شده است.

### روش

جامعه مورد مطالعه این پژوهش زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال اضطرابی یا افسردگی بودند که طی سه ماه نخست سال ۱۳۹۰ به سه مرکز مشاوره و روانشناسی در شرق و شمال و مرکز تهران مراجعه کرده بودند. معیار ورود به گروه داشتن گرایش مذهبی

و تشخیص بالینی یاد شده بود، که بر اساس مصاحبه ساختار نیافته منطبق بر ملاک‌های متن بازنگری شده، ویراست چهارم، و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، توسط یک روان‌پزشک یا روان‌شناس تنظیم شده بود و در صورتی که افراد در آزمون ساختاریافته سلامت عمومی نمره ۲۲ به بالا و نمره اضطراب بک را بین (۲۰-۳۵) و نمره افسردگی بک را بین (۱۵-۳۰) دریافت می‌کردند وارد گروه می‌شدند. ۶۰ بیمار از فهرست مراجعان مبتلا به اختلال یاد شده به عنوان نمونه‌های این پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۳۰ نفر از آنها در سه گروه آزمایشی به صورت تصادفی قرار گرفتند و ۳۰ بیمار دیگر که از نظر متغیرهای سن، جنس و میزان تحصیلات با گروه نخست، همتا شده بودند، به عنوان گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفتند. معیارهای خروج از گروه مصرف دارو و بیماری‌های طبی دیگر بود.

بعد از معرفی پژوهش و اجرای پیش آزمون، ۸ جلسه گروهی ۱/۵ ساعته به مدت ۸ هفته در سه گروه آزمایشی برگزار شد. در هر جلسه گروهی شامل ۱۰ نفر شرکت داشتند. محوریت بحث در جلسات گروهی خواندن آیات قرآنی مشخص، تفسیر آیات و اعتقادات مذهبی و نقش معنویت در راستای کاهش علائم مرضی بیماران بود. بدین منظور از افراد خواسته شد هر روز بعد از نماز صبح سوره یاسین (که در روایات آن را قلب قرآن نامیده اند)، بعد از نماز ظهر سوره فتح، بعد از نماز عصر سوره نبا، بعد از نماز مغرب سوره تبارک و بعد از نماز عشا سوره واقعه خوانده شود. در جلسه اول پس از توضیح درباره مشکل افسردگی و اضطراب، از گروه خواستیم که مشکلات خود در رابطه با اختلال را بازگو و راهکارهای به کار برده شده را اعم از کارساز یا غیر کارساز مطرح کنند. سپس از آنها خواسته شد این بار از روش جدیدی را به کار گیرند و آن هم استفاده آیات قرآنی است؛ البته بعضی افراد از کاربرد آیات قرآنی و نماز به صورت پراکنده برای کسب آرامش و تخفیف علائم به صورت مقطعی گزارش دادند. اما این بار از آنها خواستیم به

صورت مرتب و در زمان مقرر آیات بیان شده را به کار ببرند. در جلسات بعدی به کمک فردی که در تفسیر آیات تبحر داشت، به بحث درباره معانی و تفسیر پرداختیم. در هر جلسه ابتدا تغییر حالات روحی بیماران و خواندن سوره‌ها توسط اعضای گروه آزمایشی و مداومت در خواندن روزانه آیات بررسی و پی‌گیری می‌شد و سپس در ارتباط با تفسیر این آیات بحث می‌شد. بعد از اتمام جلسات (۱۲ جلسه یک ماهه)، ضمن تقدیر از همکاری آزمودنی‌های دو گروه (آزمایشی و کنترل)، به اجرای پس آزمون پرداختیم.

به منظور جمع آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استفاده شد که عبارت‌اند از:

مقیاس سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی یک آزمون ۲۸ سؤال است که توسط و هیلر<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) برای سرنند کردن اختلالات روانی در جمعیت عمومی تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی و خیم است. نمره گذاری آزمون در مقیاس چهار درجه ای لیکرت (۰= اصلاً تا ۳= به مراتب بیشتر از حد معمول) صورت می‌گیرد. هر فرد در این آزمون چهار نمره دریافت می‌کند و از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. نمره ۲۲ به بالا بیانگر اختلالات مرضی است. نوربالا و همکاران (۲۰۰۴)، از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، ثبات درونی این آزمون را بر حسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ ذکر کردند. هومن (۱۹۹۹)، همسانی درونی<sup>۲</sup> زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، علائم افسردگی و خیم ۰/۹۱ و برای نمره کل مقیاس، که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، ۰/۸۳ بیان کرده است. در این پژوهش نیز، آلفای کرونباخ برای تمام

<sup>۱</sup> Goldberg, D. P., & Hillier, V.

<sup>۲</sup> internal consistency

ابعاد سلامت عمومی در نمونه ۶۰ نفری پژوهش حاضر، ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی بسیار بالای مقیاس است.

مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک آزمونی ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهاردرجه ای از نمره ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی<sup>۱</sup> و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (بشارت، ۱۳۸۳؛ بک، استیروگاریین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹). بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برحسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضرایب پایایی بازآزمایی<sup>۴</sup> آن را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک، با مقیاس درجه بندی روانپزشکی همیلتن برای افسردگی<sup>۵</sup>، ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ<sup>۶</sup>، ۰/۷۶، با مقیاس افسردگی MMPI<sup>۷</sup>، ۰/۷۴، به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). بشارت (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک را برای نمره نمونه‌هایی از آزمودنی‌های بهنجار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ و برای نمونه ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۵۷) و بیمار (n=۶۳) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب  $r=0.81$  و  $r=0.79$  محاسبه شد. در همین پژوهش، روایی همزمان مقیاس افسردگی بک از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌های بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون

<sup>1</sup> reliability

<sup>2</sup> validity

<sup>3</sup> Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G.

<sup>4</sup> test- retest reliability

<sup>5</sup> the Hamilton rating scale for depression

<sup>6</sup> Zung self- rating depression scale

<sup>7</sup> The Minne sota Multiphasic Personality Inventory

نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ( $r=0.77, p<0.001$ ) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ( $r=0.81, p<0.001$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس افسردگی بک را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی<sup>۱</sup> مقیاس افسردگی بک از طریق مقایسه نمره‌های دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۳). آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی در نمونه ۶۰ نفری پژوهش حاضر، ۰/۸۶ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی بسیار بالای مقیاس است.

مقیاس اضطراب بک: مقیاس اضطراب بک<sup>۲</sup> (BAI؛ بک و اپستین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳) آزمونی ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های اضطراب را در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن، شامل پایایی و روایی، مورد تأیید قرار گرفته است (بک و اپستین، ۱۹۹۳). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک برای نمره نمونه ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمره نمونه ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بشارت، فرهادی و میرزاکمسفیدی، ۱۳۸۴)، که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. در این پژوهش نیز، آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب در نمونه ۶۰ نفری، ۰/۸۷ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی بسیار بالای مقیاس است.

برای تحلیل داده‌ها، متغیرهای پژوهش (سلامت عمومی، اضطراب و افسردگی) در دو گروه آزمایش و کنترل و در دو مرحله پیش‌تست و پس‌تست مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANOVA) استفاده

<sup>1</sup> differential validity

<sup>2</sup> Beck Anxiety Inventory.

<sup>3</sup> Epstein, G.

شد. در این حالت نمرات پس آزمون متغیرها به عنوان متغیرهای وابسته، متغیر گروه (با دو سطح) به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای هم پراش وارد معادله تحلیل کوواریانس شدند.

### یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب متغیرهای دموگرافیک

گروه	تحصیلات					شغل
	زیر دیپلم	دیپلم	لیسانس به بالا	خانه دار	کارمند	
آزمایش	۶ (۲۰)	۱۷ (۵۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۱۸ (۶۰)	۹ (۳۰)	۳ (۱۰)
کنترل	۱۷ (۵۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	۹ (۳۰)
کل	۲۳ (۳۸/۳)	۲۷ (۴۵)	۱۰ (۱۶/۶۶)	۲۲ (۳۶/۶۶)	۲۶ (۴۲/۳۳)	۱۲ (۲۰)

\*اعداد داخل پرانتز درصد هستند

جدول شماره ۱، توزیع فراوانی آزمودنی‌ها را بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت عمومی، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه‌ها

در مرحله پیش‌تست و پس‌تست

گروه	متغیر	سلامت عمومی		اضطراب		افسردگی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۵۶	۱۱/۰۲	۳۳/۸۹	۸/۵۶	۲۹/۶۰	۹/۹۰
	کنترل	۳۶/۶۲	۱۳/۲۴	۲۹/۲۰	۱۱/۸۳	۲۶/۳۳	۱۰/۴۱
پس آزمون	آزمایش	۲۵/۳۰	۶/۵۳	۲۴/۵۰	۸/۱۷	۲۰/۶۳	۶/۴۵
	کنترل	۳۲/۹۶	۸/۹۳	۲۵/۲۳	۸/۱۳	۲۴/۴۰	۷/۲۳

جدول شماره ۲، شاخص‌های آماری مربوط به متغیرهای سلامت عمومی، اضطراب و افسردگی را به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌تست و پس‌تست نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ می‌بینید میانگین‌های دو گروه در دو مرحله پیش‌تست و پس‌تست متفاوت‌اند. نتایج تحلیل t مستقل نشان داد که گروه‌های پژوهش در سنجش اول (پیش‌تست) از نظر شاخص سلامت عمومی ( $p=0/109, t=1/62$ )، اضطراب ( $p=0/089, t=0/92$ ) و افسردگی ( $p=0/218, t=0/92$ ) تفاوت معناداری نداشتند (در مقیاس سلامت عمومی نمره بالا بیانگر اختلال است).

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تک متغیره در مورد تأثیر درمانی آیات قرآنی بر سلامت عمومی

منبع واریانس	متغیر وابسته	P	درجه آزادی	MS	آماره F
مداخله درمانی آیات قرآنی (حضور و عدم حضور در گروه مداخله)	میزان سلامت عمومی	۰/۰۰۱	۱	۵۴۶/۱۷۰	۱۵/۳۲

همان‌طور که در جدول ۳ می‌بینید عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش در مورد متغیر سلامت عمومی ( $F=15/32, P<0/001$ ) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه می‌توان گفت که مداخله درمانی به ایجاد تفاوت در این شاخص بین دو گروه آزمایش و کنترل می‌انجامد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تک متغیره در مورد تأثیر درمانی آیات قرآنی بر اضطراب

منبع واریانس	متغیر وابسته	P	درجه آزادی	MS	آماره F
مداخله درمانی آیات قرآنی (حضور و عدم حضور در گروه مداخله)	میزان اضطراب	۰/۰۵	۱	۳۲۹/۱۷۰	۱۳/۰۸۱

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش در مورد متغیر اضطراب ( $F=13/081$ ،  $P<0/05$ ) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه می توان گفت که مداخله درمانی باعث ایجاد تفاوت در این شاخص بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تک متغیره در مورد تأثیر درمانی آیات قرآنی بر افسردگی

منبع واریانس	متغیر وابسته	P	درجه آزادی	MS	آماره F
مداخله درمانی آیات قرآنی (حضور و عدم حضور در گروه مداخله)	میزان افسردگی	۰/۱۸	۱	۳۸/۴۹۴	۱/۷۷۶

با توجه به جدول شماره ۵، نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F=1/776$ ،  $p<0/18$ ). بنابراین مداخله درمانی باعث ایجاد تفاوت در این شاخص بین دو گروه آزمایش و کنترل نشده است. به عبارت دیگر، آیات قرآنی در کاهش افسردگی تأثیر نداشته است.

### بحث

در سال های اخیر دانشمندان اهمیت بسیاری برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن ها در جامعه قائل شده اند. بدین منظور مذهب و گرایش های مذهبی عامل فرهنگی قوی ای در برابر فشارهای ناشی از زندگی هستند. از آن جا که این مقابله ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند می توانند مقابله های بعدی را تسهیل کنند. بنابراین، به کارگیری آن ها برای بیشتر افراد سلامتی را به ارمغان می آورد (باتسن و همکاران، ۱۹۹۳؛ کوینگ و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین شواهدی نشان می دهد که گرایش های معنوی می تواند در پیشگیری و بهبود طیفی از بیماری های روانی و جسمی مختلف و کنار آمدن با درد مزمن، بیماری و مرگ، فرد را یاری کند. به عبارتی، این مطالعات گویای ارتباط مثبت بین معنویت و سلامت روان است (پالوتزیان و پارک، ۲۰۰۵؛ لیوان و ابرایت، ۲۰۰۴؛ فینکلشتاین و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش های دیگر نیز ارتباط معنادار بین معنویت و سلامت روان را تأیید کرده و مداخلات معنوی را منبعی مؤثر در ارتقای سطح آن ها معرفی کرده است (بریتبارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ بکلمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ دیویس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ غباری بناب، متولی پور، حکیمی راد و همکاران، ۲۰۰۹؛ فلاح و همکاران، ۲۰۱۰؛ فهرینگ، میلر و شاو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ فیزایفانت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ مراویگلیا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷؛ نلسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

<sup>1</sup> Breitbart, W.

<sup>2</sup> Bekelman, D. B.

<sup>3</sup> Davis, B.

<sup>4</sup> Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C.

<sup>5</sup> Phisaiphanth, S.

<sup>6</sup> Meraviglia, M.

<sup>7</sup> Nelson, C.

تحلیل یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج به دست آمده نشان داد که آیات قرآنی بر ارتقای سطح سلامت روان در زنان مبتلا به اختلال افسردگی و اضطرابی مؤثر است ( $P < 0/001$ ). بنابراین، می‌توان گفت که مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های دینی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی برتر، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط دشوار زندگی، برخورداری از حمایت روحانی و... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با بهره‌گیری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با رویدادهای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. مذهب می‌تواند نقش مؤثری در بهبود استرس داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، حمایتی و... سبب کاهش گرفتاری روانی شود. در این زمینه مالتی و دی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نیز بیان کرده‌اند که مقابله‌های دینی در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی می‌توانند کارکرد مثبتی در سلامت روانی ایفا کنند.

هم‌چنین، یافته‌ها نشان داد که مداخله درمانی آیات قرآنی در کاهش اضطراب در زنان مبتلا به این اختلال مؤثر بوده ( $P < 0/05$ ) اما در کاهش افسردگی تأثیر چندانی نداشته است. محققان بسیاری رابطه بین نگرش‌های مذهبی و پریشانی روانی را بررسی کردند و نشان داده‌اند که بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب رابطه معکوس معنا داری وجود دارد و ذکر خدا نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۴؛ اکس لاین، ۲۰۰۸؛ اولویرس، ۱۹۹۷؛ روزنستیل و کف، ۱۹۹۳؛ وودز و همکاران، ۱۹۹۹).

توکل به خداوند، زیارت و دعا می‌توانند با ایجاد امیدواری و تشویق به نگرش دینی در زندگی، موجب آرامش درونی فرد شوند. باور به این که خدایی وجود دارد که

<sup>1</sup> Maltby, J., & Day, L.

موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر عبادت و نیایش عبادت‌کننده‌هاست، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری که بیشتر افراد مؤمن معتقدند که می‌توان با اتکا و توسل به خداوند اثر موقعیت‌های کنترل‌ناپذیر را به طریقی کنترل کرد. به همین دلیل می‌گویند که مذهب می‌تواند به شیوه‌ی فعالی در فرایند مقابله مؤثر باشد. بر مبنای نظریه دینر (۱۹۸۴) احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند می‌کند و به تبع آن موجب ارتقای سلامت روان می‌شود. سلیگمن نیز معتقد است هر قدر توانایی انسان در کنترل وقایع استرس‌زا بیشتر باشد، توانایی او برای سازگاری با محیط بیشتر و عوارض ناشی از استرس مانند اضطراب و افسردگی کمتر خواهد شد (دوبی و آگاروال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ هایللی هری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

در تبیین رد مداخله درمانی آیات قرآنی در کاهش علائم افسردگی در بیماران مضطرب و افسرده می‌توان گفت که در زمینه ارتباط مستقیم بین افسردگی و مذهب و اثر آن روی بیماران افسرده مطالعات کمی صورت گرفته است و با توجه به این که افسردگی بیماری مقاومی است و نیاز به جلسات روان درمانی طولانی مدت به صورت فردی دارد، گروه درمانی مؤثر نخواهد بود.

بنابراین می‌توان گفت که باورهای دینی و معنوی موجب احساس تسلط بر سرنوشت می‌شود و اگر فرد معتقد، اعتقاد کامل به خداوند داشته باشد، قادر است از هر وضعیتی نتیجه خوب به دست آورد و چنین اعتقادی احتمالاً نتایج روانشناختی مؤثری نیز دارد (نجفی، ۲۰۰۱). از این رو پیشنهاد می‌شود که در راستای برنامه ریزی‌های جامع‌نگر در مراقبت‌های درمانی - حمایتی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی، مقوله معنویت و انسجام آن در روان درمانی به عنوان مقوله‌ای مهم، مورد توجه بیشتر متخصصان سلامت روان قرار گیرد.

<sup>1</sup> Dubey, A., & Agarwal, A.

<sup>2</sup> Hayley Harriet, R.

## منابع

- ابراهیمی، امراله؛ طاهر نشاط دوست، حمید و حمید مهرداد نصیری. (۱۳۸۴). رابطه بین ذکر دعا با میزان اضطراب دانشجویان. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه اصفهان*، شماره ۳.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۳). بررسی مشخصه های روان سنجی مقیاس افسردگی بک. *گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران*.
- بشارت، محمدعلی؛ فرهادی، مهرا و رضا میرزاکسفیدی. (۱۳۸۴). پایایی و اعتبار پرسشنامه احساس غربت (HQ-33). *مجله علم و فناوری*، شماره ۳ و ۴.
- بهرامی، فاضل و عباس رضانی فرانی. (۱۳۸۴). رابطه بین باور مذهبی با سلامت روانی. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری روان شناسی*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران.
- صالحی، لیلی و همکاران. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، شماره ۱.
- غباری بناب، باقر؛ متولی پور، عباس و مجتبی حبیبی عسگر آبادی. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، شماره ۲ (۱۰).
- محمودی، قهرمان؛ نصیری، ابراهیم و کیومرث نیاز آذری. (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام.اس در استان مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، شماره ۶۸.
- معمدی، عبدالله. (۱۳۸۴). مذهب در نگرش نظریه پردازان و در گستره پژوهش (تحلیل روانشناختی از مذهب). *فصلنامه مطالعات تربیتی و روانشناسی*، شماره ۱ (۱۱).
- هارولد جی، کوینگ. (۹). آیا دین برای سلامتی شما سودمند است؟ آثار دین بر بهداشت جسم و روان. (مترجم، بتول نجفی، ۱۳۸۶). تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. چاپ دوم. صفحه ۸۶.
- وست، ویلیام. (۹). روان درمانی و معنویت: ارتباط بین درمان و مذهب. (مترجم، شهیدی و شیر افکن، ۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.

- Batson, C., Schoenrade, P., & Ventis, W. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A.T., & Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: J. Wiley and Sons.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- Bekelman, D. B., & et al. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of Gen Intern Med*, 22(4): 470-7.
- Bergin, A. E. (1991). Values and Religious in Psychotherapy and Mental Health. *American Psychology*, 46: 394-403.
- Breitbart, W., & et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19(1): 8-21.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3): 253-272.
- Dubey, A., & Agarwal, A. (2007). Coping Strategies and life satisfaction: Chronically ill patients perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(2): 161-168.
- Elison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001). Religious involvement, stress, and mental health: Finding from the 1995 Detroit Area Study. *Social Forces*, 80: 215-249.
- Exline, J. J. (2008). Beliefs about god and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*, 27: 131-139.
- Fallah, R., & et al. (2010). Spirituality, Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients. *Palliative medicine in the 21st century*, 14-17 Sep. Adelaide, Australia.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual wellbeing, religiosity, hope depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing forum*, 24(4): 663-71.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H., & et al. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patients. *Journal of Nephrology Dialysis transplantation*, 22(9): 2432-2434.
- Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. F., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor, Cobb, and O'Connor. (2003). *Journal of Personality and Individual Differences*, 37: 485-494.

Woods, T. E., Antoni, M. H., Ironson, G. H., & King, D. W. (1999). Religiosity is associated with affective status in symptomatic HIV, Infected African women. *Journal of Health Psychology*, 4 (3): 312-326.

Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A Review of the Empirical Literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19: 6-25.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9: 131-145.

Hayley Harriet, R. (2008). *Hope and Ways of coping after breast cancer*. Ph.D. dissertation of Arts in clinical psychology in Johannesburg University.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: University Press.

Lyon, B., & Ebricht, P. R. (2004). *The Role of Religious/Spirituality in Cancer Patients and their Care givers*. [http:// www.The Free Library.Com](http://www.TheFreeLibrary.Com).

Maltby, J., & Day, L. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Journal of Personality and Individual Difference*, 36: 1275-1290.

Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1): 1-7.

Meraviglia, M. (2007). Effects of spirituality on Wellbeing of people with lung cancer. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1): 89-94.

Murphy, E. J., & Mahalingam, R. (2006). Perceived congruence Between Expectations and Outcomes: Implications for Mental Health Among Caribbean Immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76: 120-127.

Nelson, C., & et al. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Journal of Annals of Behavioral Medicine*, 38(2): 105-114.

Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health of survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*, 184: 7-70.

O'Connor, D., Cobb, J., & O'Connor, R. (2003). Religiosity, stress and psychological distress. *Journal of Personality and Individual Difference*, 34: 211-217.

Olaoires, A. (1997). An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Alter the Health Med*, 3(6): 38-53.

Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford press.

Phisaiphant, S. (2007). *The relationship of internal coping resources and mental health problems in early breast cancer patients*. (Doctora tethesis of Nursing science in Mahidol University). Thailand.

Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1993). The Use of Coping Strategy in Chronic Low Back Pain Patient: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. *Journal of Pain*, 17: 33-43.

Schere, M. F. (1987). Disposition Optimism and Psycal Well-being: The influence of generalized outcome expectancies of health. *Journal of Personality*, 55: 120-169.