

مقایسه اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی و افسردگی در بازماندگان کرونا

مریم پیروی^۱، مریم نصیردهقان*^۲، نیلوفر طهمورسی^۳

<https://doi.org/10.71588/eetj.2022.1101335>

چکیده

معنویت و ادراک واقعیت، نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی دارند. هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی، افسردگی در بازماندگان کرونا بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بازماندگان کرونا ساکن تهران و کرج در سال ۱۴۰۰ بودند. ۴۵ نفر از داوطلبین ۳۰ تا ۵۰ سال واجد شرایط به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی و گروه گواه (هرگروه پانزده نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۶۶)، پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با کرونا (پویان فرد و همکاران، ۱۳۹۹) استفاده شد. پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از شش ماه پیگیری، انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرونی در محیط نرم افزار spss26 با سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$) اثر کاهنده و بر خودمراقبتی ($P = ۰/۰۰۱$) اثر افزایش‌دهنده داشتند. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$) و افزایش خودمراقبتی ($P < ۰/۰۰۱$) نسبت به گروه گواه شد. نتایج آزمون تعقیبی بون‌فرونی نشان داد که اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی، بیشتر از معنویت‌درمانی و معنادار است ($P = ۰/۰۳۱$) و هر دو درمان نسبت به گروه گواه از اثر بخشی بیشتر و معناداری برخوردار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش خودمراقبتی در بازماندگان کرونا مؤثر بودند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، بازماندگان کرونا، رفتار خودمراقبتی، معنویت‌درمانی، واقعیت‌درمانی.

۱: دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲: دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، نویسنده مسئول:

[. nasirdehghanmaryam58@gmail.com](mailto:nasirdehghanmaryam58@gmail.com)

۳: استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مقدمه

کرونا ویروس^۱ ۲۰۱۹ ابتدا از شهر ووهان استان هوبی کشور چین شیوع یافت و فقط در طول دو ماه، طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت^۲، به یک بیماری همه گیر در سطح جهانی تبدیل شد (Reznik & et al., 2022). کووید-۱۹ یک بیماری عفونی تنفسی حاد با علائم اصلی تب، سرفه و تنگی نفس شناخته می‌شود که قدرت انتقال و شیوع بالایی دارد (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹).

جدید بودن کرونا ویروس و سرعت بالای ابتلای به آن باعث شده است تا بیشتر مردم با ترس از مواجهه با بیماری، روزهای خود را سپری کنند؛ ترسی که در بسیاری از موارد باعث مشکلات روانی اجتماعی می‌شود. ازجمله واکنش‌های روانی متداول می‌توان به فوبیای کرونا، اضطراب^۳، افسردگی^۴، اختلال در خواب و رفتار وسواسی^۵ اشاره کرد؛ البته اینها فقط بخشی از حقایق در مورد کرونا ویروس است (عباسی، سیدفاطمی، مردانی و کدیور، ۱۴۰۰) و این بیماری برخی از مسائل روان‌شناختی را نیز ایجاد می‌کند که شامل قرنطینه خانگی، اختلال در فعالیت‌های روزانه، وسواس در مورد تمیزی و شست و شوی، سوگواری غیرطبیعی برای مرگ عزیزان و مشکلات اقتصادی جامعه و ... است (فیاضی و همکاران، ۱۳۹۹).

متأسفانه آسیب این ویروس تنها به فوت فرد منتهی نمی‌شود؛ مسئله مهم دیگر خانواده این افراد است که اجازه مراسم سوگواری، تخلیه هیجانات و ابراز غم و ناراحتی را نداشته‌اند و تا مدتها بعد از مرگ عزیز از دست رفته قرنطینه هستند و نمی‌توانند با خویشاوندان دیگر ارتباط داشته باشند، بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت این افراد بازماندگان کرونا هستند که عوامل روان‌شناختی ایجاد شده ناشی از کرونا و فوت عزیزان موجب بروز در ناراحتی‌های بدنی (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹) و یا اختلالات روان‌پزشکی (صدری و ثابتیان، ۱۴۰۰) می‌کند، بنابراین استفاده از درمان‌های روان‌شناختی به عنوان نوش دارویی در جهت کاهش یا کنترل این علائم در بیماری‌های حاد^۶ و مزمن^۷ می‌توان بهره جست. بیماری‌های شدید یا مزمن، روحیه بیمار را متزلزل می‌کند و روزه‌های امید را به روی او می‌بندد (تسلیمی تهرانی، ۱۴۰۰).

افسردگی ناشی از مرگ عزیزان باعث می‌شود که بازماندگان کرونا نتوانند رفتار فکری خود را به طور منسجم تحت کنترل داشته باشند که پیامدی جز کاهش خودمراقبتی^۸ و افزایش افسردگی نخواهد داشت (خزائی پول، ۱۳۹۹)؛ زیرا بازماندگان کرونا عموماً امکان سوگواری ندارند یا ممکن است در طی دوران قرنطینگی دچار نشخوار فکری شوند (شمالی احمدآبادی و برخوردار احمدآبادی، ۱۳۹۹).

از جمله ویژگی‌های روانی بازماندگان کرونا، بروز ناراحتی‌های هیجانی است، به گونه‌ای که با تصور اینکه نبود عزیزان طاقت فرساست و نمی‌توان آن را کنترل کرد، به توصیه‌های متخصصین این حوزه عمل نکرده و چیزی جز ابتلا به بیماری جسمانی

1 : coronavirus

2 : health world organization

3 : anxiety

4 : depression

5 : obsessive behavior

6 : acute disease

7 : chronic disease

8 : self-care

نظیر ناراحتی‌های قلبی- عروقی، بیماری‌های مرتبط با رعایت نکردن تغذیه سالم نظیر دیابت و بیماری‌های خودایمنی در زمان‌های طولانی برای او نخواهد داشت (صدری و ثابتیان، ۱۴۰۰)، همین امر موجب بروز استرس^۱ و در نهایت قرارگرفتن فرد بیمار در چرخه باطلی از استرس می‌شود که بر خودمراقبتی آنها تأثیر نامطلوب می‌گذارد (عباسی، سیدفاطمی، مردانی و کدیور، ۱۴۰۰) و در نهایت آخرین عارضه‌ی بیماری روانی یعنی افسردگی و خلق پایین در سراسر طول عمر این بیماران شاهد این ماجراست (Muralidharan & Pookulangara, 2021). در همین راستا پژوهش‌های صدری و ثابتیان (۱۴۰۰) و جوادی و سجادیان (۱۳۹۹) گواه براین موضوع است، آنان در پیشینه مطالعاتی خود اذعان داشتند که کاهش افسردگی در بازماندگان کرونا می‌تواند با افزایش خودمراقبتی همبودی مثبت و جهت داری داشته باشد (صدری و ثابتیان، ۱۴۰۰ و جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹).

از آنجاییکه شیوع کرونا رو به فزونی است و درمان‌های زیستی و روان‌شناختی متفاوتی برای کنترل و کاهش عوارض آن وجود دارد، بنابراین می‌توان با توجه به فشار روانی حاصل از این بیماری که متوجه بازماندگان است، بکار بردن مداخلات روانی اجتماعی ضروری و به صرفه‌تر را مورد توجه قرار داد (تسلیمی تهرانی، ۱۴۰۰). خزائی و همکاران نشان دادند که استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی می‌تواند با کاهش افسردگی و استرس در بازماندگان کرونا یا سایر بیماری‌های مزمن به افزایش خودمراقبتی منجر شوند (خزائی پول، ۱۳۹۹).

لزوم خودمراقبتی در بحث عود نشانه‌های جسمانی نظیر مشکلات قلبی عروقی و در نتیجه آن تعیین عوامل روانی-اجتماعی موثر در کاهش این عوامل نقش مهمی در انتخاب درمان‌های روانشناسانه در جهت افزایش آگاهی فرد از چگونگی مراقبت از خود، پیشگیری یا کاهش عوارض بیماری و ارتقای سطح سبک زندگی آنها خواهد داشت (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹). همانگونه که کویی و همکاران در پیشینه مطالعاتی خود اذعان داشتند که یکی از درمانی‌های روان‌شناختی موج مثبت در جهت افزایش خودمراقبتی و کیفیت زندگی بازماندگان کرونا، واقعیت‌درمانی می‌باشد (Cui, J., Li, F., & Shi, Z. L. 2019).

در این رابطه پژوهش خزائی گزارش می‌کند که سطوح بالای خودمراقبتی و بهبود سبک زندگی در زمان‌های کنترل افسردگی رابطه معناداری دارد (خزائی پول، ۱۳۹۹). همچنین عباسی و همکاران نیز به بررسی فاکتورهای مرتبط با افسردگی کمتر در بازماندگان کرونا پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان روان‌شناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) موجب کاهش نشانگرهای روان‌شناختی می‌شود. آنان در پیشینه مطالعاتی خود بیان کردند که درمان اکت با مدنظر قرار دادن توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار موجب کاهش علائم افسردگی در بازماندگان کرونا شد. آنها پس از دستیابی به این مهم از نظر ذهنی به این پذیرش رسیدند که کرونا و مرگ عزیزان قابل کنترل است و آنها را از زندگی ساقط نکرده، بنابراین در نهایت توانستند به سبک درست زندگی و فاکتورهای خودمراقبتی متوسط دست یابند (عباسی، سیدفاطمی، مردانی و کدیور، ۱۴۰۰).

امروزه اعتقاد بر این است که درمان و کنترل کرونا، یک رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی مورد نیاز است، به طوری که تغییرات کیفیت زندگی این بیماران و پابندی به درمان می‌تواند شیوع و کنترل افسردگی ناشی از کرونا و قرنطینه را تا ۸۵ درصد کاهش دهد (فیاضی و همکاران، ۱۳۹۹). حال آنکه بر اساس نظریه روان‌شناسی مثبت یکی از درمان‌های موثر در افزایش خودمراقبتی، معنویت‌درمانی است که در بسیاری از متون و نظریات دیگر نیز به آن اشاره شده است. پشتیبانی معنوی از بازماندگانی که رشته‌های امید آنها ناشی از مرگ عزیزان قطع شده است، می‌تواند امید به بازگشت به مسیر طبیعی زندگی را در آنان زنده کند (فیاضی و همکاران، ۱۳۹۹). معنویت‌درمانی از مولفه‌های روان‌شناسی مثبت گرا است که در آن به درمان جویان کمک می‌کند تا اهداف را فرمول بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آنها بسازند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب بندی کنند (تسلیمی تهرانی، ۱۴۰۰).

¹: stress

در همین راستا، بسیاری از متخصصان علوم پزشکی در زمینه کرونا اذعان می‌دارند که ابعاد معنویت به عنوان یک منبع مهم در افزایش بهزیستی روان‌شناختی این افراد می‌باشد به همین جهت ضروری است که در فرآیند درمان مسائل معنوی بازماندگان مورد توجه قرار گیرد (عباسی، سیدفاطمی، مردانی، کدیور، ۱۴۰۰).

با توجه به اظهارات فوق، می‌توان با مواجهه فرد با واقعیت و بهره‌گیری از متون معنویت به وی توان بخشید، او را از افسردگی، ترس و نگرانی از آینده نجات داد، روحیه او را تقویت کرد و بهبود او را سرعت بخشید (Sun & et al., 2020). البته همه اطرافیان باید فضای امید بخشی پیرامون او به وجود آورند ولی روانشناس سلامت می‌تواند در این امر موثر باشد (فیاضی و همکاران، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر، واقعیت‌درمانی روش درمانی است که در آن به بازماندگان کرونا کمک می‌شود تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌ها و راه‌های رسیدن به نیازهایشان را بررسی کنند و در واقع هدف اصلی آن ایجاد حس مسئولیت‌پذیری است، که در بازماندگان کرونا، که بار اصلی مراقبت بر دوش خودشان است می‌تواند، بسیار مورد توجه باشد (شمالی احمدآبادی و برخورداری احمدآبادی، ۱۳۹۹)، که در این راستا، پژوهش‌فرمانی و همکاران، نشان داد که استفاده از واقعیت‌درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب بازماندگان کرونا، موثر است و می‌توان از این پس از این روش درمانی سود برد (فرمانی، تقوی، فاطمی و صفوی، ۲۰۱۹).

بنابراینچه گفته شد، درمانهای روانشناسانه در کنار درمانهای دارویی می‌توانند با کاهش افسردگی و سایر فاکتورهای روانی در بازماندگان کرونا افزایش خودمراقبتی منجر شده و در برخی موارد در کنترل نشانه‌های جسمانی نیز مؤثر واقع شوند (فیاضی و همکاران، ۱۳۹۹). لذا تحقیق حاضر برای رفع نقایص موجود با هدف مقایسه اثربخشی درمان معنویت و واقعیت‌درمانی بر افسردگی و رفتار خودمراقبتی در بازماندگان کرونا ۳۰ تا ۵۰ سال که از طریق فراخوان در بیمارستان‌های (امام خمینی تهران و شهید رجایی کرج) صورت پذیرفت، انجام شد.

روش شناسی

این پژوهش، در زمره‌ی تحقیقات نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، با دو گروه آزمایش معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی و یک گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بازماندگان کرونا که از طریق فراخوان در بیمارستان‌های (امام خمینی تهران و شهید رجایی کرج) بودند و با توجه به نظر دلاور، که حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه عنوان شده (الهی‌نژاد، مکوند حسینی و صباحی، ۱۳۹۷)، ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب ۳۰ تا ۵۰ سال، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گرفتند و ابتدا و پیش از ورود به شرایط آزمایش، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۲) را پر کرده و افرادی که نمره افسردگی بیش از نمره ۱۳ داشتند، به صورت تصادفی وارد پژوهش شدند و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، پرکردن فرم رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن حداقل نمره افسردگی ۱۳، سن بین ۳۵-۵۰ سال، فوت حداقل یک نفر از اعضای خانواده با نسبت درجه یک به دلیل ابتلا به کرونا و معیارهای خروج نیز شامل دریافت درمانهای روان‌شناختی طی پژوهش، بیماریهای جسمی شدید ناشی از کرونا در طی پژوهش، مصرف هرگونه داروی آرامبخش و یا داروهای اعصاب و روان در طی پژوهش و یا تمایل نداشتن فرد برای ادامه درمان بود.

در مطالعه انجام شده، ملاحظات اخلاقی همچون پر کردن فرم رضایتنامه کتبی قبل از ورود به پژوهش، آگاهی از موضوع و روش اجرای پژوهش، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و عدم خسارت یا هر نوع آسیب، توضیح چارچوب پژوهش، هماهنگی با موازین دینی و فرهنگی، آزادی در خروج از پژوهش و در انتها قدردانی از شرکت کنندگان انجام گرفت.

شیوه اجرای پژوهش

برای انجام این پژوهش در سال ۱۴۰۰، ابتدا در بیمارستان های (امام خمینی تهران و شهید رجایی کرج) فراخوان داده شده و سپس با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، شرکت کنندگان انتخاب شدند و پرسشنامه افسردگی برای آنها به شکل آنلاین ارسال شد. گروههای آزمایشی معنویت درمانی و واقعیت درمانی که هر کدام ۱۵ نفر انتخاب شدند، هشت جلسه ی ۹۰ دقیقه ای مداخله، دریافت کردند درحالیکه برای گروه گواه هیچ مداخله ای ارائه نشد. پس از پایان پژوهش در صورت تمایل افراد گروه گواه درمان مؤثر برای آنها انجام پذیرفت. در ابتدا و پایان جلسات گروهها تحت پیش آزمون و پس آزمون قرار گرفتند و درنهایت شش ماه بعد از اجرای پس آزمون، جهت انجام مرحله ی پیگیری، بار دیگر همه ی اقدامات مذکور اجرا شد. جمع آوری داده ها به شکل تصادفی و با اطمینان از واجد شرایط بودن و رضایت بازماندگان کرونا و به شکل آنلاین بود. پیش از ارائه مداخله و پس از آن پرسشنامه ها توسط خود شخص و در صورت نیاز با راهنمایی درمانگر تکمیل شد.

برنامه مداخلات درمانی ارائه شده در جدول (۱)، توسط نویسنده اول و به شکل گام به گام با نسخه فارسی پروتکل معنویت درمانی ریچاردز و همکاران (۲۰۰۷) که بر اساس کتاب معنویت درمانی نوشته جعفر بوالهیری، استفاده و روایی این پروتکل نیز در پژوهش های مختلف بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ اعلام شده است (حمیدی و همکاران، ۲۰۱۵ و سان و همکاران، ۲۰۲۰) و پروتکل واقعیت درمانی که از درمانهای شناخته شده و معتبر در حوزه روان شناسی است، بر اساس کتاب واقعیت درمانی گلسر (Stress) ترجمه علی صاحبی، اجرا شد، لازم به ذکر است که روایی این پروتکل در پژوهش های مختلف بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ عنوان شده است (صاحبی، ۱۳۹۸) اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسات	معنویت درمانی	واقعیت درمانی
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون ها	آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین و اجرای آزمون ها
جلسه دوم	توضیح نقش معنویت، آموزش راهکارهای آرام سازی بر اساس نیاش	شناخت افراد از خود، شناسایی نقاط ضعف و قوت افراد
جلسه سوم	آموزش تفکر مثبت، ایجاد بینش در حل تعارض های درونی و رسیدن به تعالی معنوی	آموزش رفتار کلی، مهارت تصمیم گیری و اهمیت زمان حال
جلسه چهارم	آموزش شیوه های مقابله با تنش های اجتماعی، شرح داستان زندگی خود و عدم خودمراقبتی ها	معرفی تعارض های چهارگانه و رفتارهای اجباری
جلسه پنجم	ایجاد بصیرت، دیدن موهبت های درونی و بیرونی، کشف مولفه های معنوی، بیان شرح افسردگی	آشنایی با افسردگی و آموزش مهارت تن آرامی
جلسه ششم	کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و کشف مولفه های آن و زنده نگه داشتن آن در جهت کاهش افسردگی	معرفی رفتارهای تخریب گر و سازنده و زندگی در زمان حال
جلسه هفتم	تمرین و گفتگو در رابطه با چگونه شاد زیستن و از زندگی	آموزش اصول دهگانه نظریه انتخاب و مسئولیت پذیری

	لذت بردن در زمان حال، گفتگو راجع به لحظات شاد معنوی و انجام آرام تنی	
جلسه هشتم	مرور و جمع بندی مطالب جلسات گذشته با تاکید بر نگاه به داشته ها، شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند، اجرای آزمون ها	مرور جلسات قبلی و جمع بندی و اجرای آزمون ها

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۹۶۶)

در این پژوهش از ویرایش دوم پرسشنامه بک استفاده شد که در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران ارائه شد (Beck, Steer, Brown, 1996). این پرسشنامه ابزاری برای سنجش نشانه های افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیک است؛ ۲۱ ماده دارد و طیف لیکرت چهاردرجه ای از صفر تا ۳ را شامل می شود. برای به دست آوردن نمره کلی باید اعداد را با یکدیگر جمع کرد؛ بنابراین دامنه صفر تا ۶۳ محدوده نمرات این پرسشنامه است. افزایش نمره نشان دهنده شدت افسردگی است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). بک و همکاران همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و با میانگین ۰/۸۶ به دست آوردند (Beck, Steer., Carbin, 1988). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط طاهری تنجانی و همکاران بررسی شد و ضریب همبستگی درون طبقه های ۰/۸۱ بود. ثبات داخلی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمد (حمیدی و همکاران، ۲۰۱۵).

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با کرونا (۱۳۹۹)

این پرسشنامه توسط پویان فرد و همکاران (۱۳۹۹) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با کرونا می باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵). این پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با کرونا را در حیطه های فاصله گذاری اجتماعی، استفاده از ماسک و رفتارهای بهداشتی می سنجد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات را با هم محاسبه نموده و امتیازها دامنه ای از ۱۵ تا ۷۵ خواهد داشت. روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۸۷ بدست آمد. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بدست آمد (پویان فرد، طاهری، قوامی، احمدی و محمدپور، ۱۳۹۹).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور توصیف داده ها از شاخص های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش فرض های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنف (جهت نرمال بودن توزیع داده ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. جهت مقایسه سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به دیابت از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. تحلیل های آماری فوق با بهره گیری از نرم افزار SPSS.26 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

الف) توصیف جمعیت شناختی

در این پژوهش کلیه افراد شرکت کننده زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه معنویت درمانی $3 \pm 39/07$ و در گروه واقعیت درمانی $39/33 \pm 5/30$ و در گروه گواه $37/66 \pm 5/55$ بود. سه گروه تفاوت معنا داری از نظر سن نداشتند. ($p = 0/20$).

ب) توصیف شاخص ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه شده مشاهده می شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مولفه های خودمراقبتی و افسردگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی	معنویت درمانی	36/26	2/34	39/26	2/21	38/60	3/86
	واقعیت درمانی	36/60	1/90	42/26	1/66	42/66	3/41
	گواه	37/26	1/75	34/60	3/66	34/00	4/27
افسردگی	معنویت درمانی	27/53	2/66	19/13	3/75	18/60	6/20
	واقعیت درمانی	29/66	3/82	22/13	5/40	21/33	5/20
	گواه	28/40	2/97	28/60	3/15	28/46	3/29

ج) توصیف نرمال شاخص ها

در ادامه پیش فرضهای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شد. ارزیابی پیش فرض نرمال بودن به وسیله کولموگروف اسمیرنف صورت گرفت و نشان داد که توزیع متغیرهای مورد مطالعه در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نرمال است ($p > 0/05$). قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، به منظور رعایت پیش فرضها، نتایج آزمون کرویت موچلی و لوین بررسی شد. معنادار نبودن هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین مشخص کرد که فرض برابری واریانس های بین گروهی رد نمی شود ($p > 0/05$). بررسی نتایج کرویت موچلی نشان داد، این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است، از این رو فرض کرویت رعایت نشد ($P < 0/001$)، بنابراین با توجه به مقدار اپسیلون از شاخص های اصلاح گرین هاوس-گیسر یا هیون فلت به منظور بررسی نتایج برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد.

د) آزمون فرضیه ها

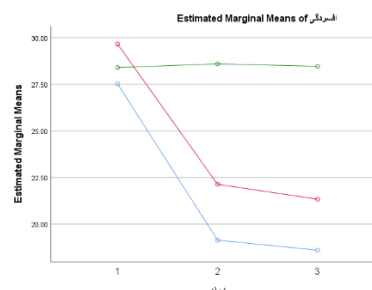
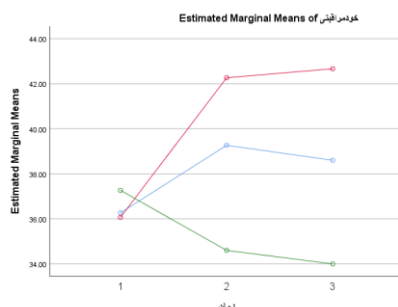
جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی و خودمراقبتی در گروه های آزمایش

مقیاس	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
خودمراقبتی	گروه	۱۷/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
	زمان	۱۲/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۵
	زمان*گروه	۲۳/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
افسردگی	گروه	۱۳/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
	زمان	۶۲/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
	زمان*گروه	۱۶/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۱

بررسی میانگین‌ها در جدول ۲ و مقدار احتمال در جدول ۳ و نمودار ۱ مشخص کرد، معنویت درمانی و واقعیت درمانی بر خودمراقبتی اثر افزایشدهنده ($P < ۰/۰۰۱$)، و بر افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$)، اثر کاهشدهنده دارند. با توجه به جدول ۳، میانگین خودمراقبتی و افسردگی در طول زمان تغییرات معناداری نشان دادند. همچنین بر اساس جدول ۳ و نمودار ۱، اثر متقابل زمان*گروه موجب افزایش خودمراقبتی ($P < ۰/۰۰۱$) و کاهش افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$) در مقایسه با گروه گواه شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
معنویت درمانی	واقعیت درمانی	-۲/۲۸	۰/۸۵
خودمراقبتی	گواه	۲/۷۵	۰/۸۵
	واقعیت درمانی	۵/۰۴	<۰/۰۰۱
افسردگی	معنویت درمانی	-۲/۶۲	۱/۳۱
	گواه	-۶/۷۳	۱/۳۱
	واقعیت درمانی	-۴/۱۱	۱/۳۱
تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودمراقبتی	پس آزمون	-۲/۱۷	۰/۳۶
	پیش آزمون	-۱/۸۸	۰/۵۶
	پس آزمون	۰/۲۸	۱/۰۰۰
افسردگی	پس آزمون	۵/۲۴	۰/۵۴
	پیش آزمون	۵/۷۳	۰/۶۰
	پس آزمون	۰/۴۸	۰/۵۴



نمودار ۱. تغییرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای خودمراقبتی و افسردگی در گروههای واقعیت درمانی و فراشناخت درمانی و گروه گواه

با توجه به بررسی جداول و نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی مشخص شد که اثربخشی واقعیت درمانی بر خودمراقبتی، بیشتر از معنویت درمانی و معنادار است ($P= ۰/۰۳۱$) و هر دو درمان نسبت به گروه گواه از اثر بخشی بیشتر و معناداری برخوردار بودند. دو درمان واقعیت درمانی و معنویت درمانی در متغیر افسردگی با هم تفاوت معناداری را نشان نداده و هر دو درمان نسبت به گروه گواه اثربخشی بیشتر و معناداری داشتند. همچنین در مقایسه پیش آزمون، پس آزمون در هر دو متغیر خودمراقبتی و افسردگی مشخص شد که تفاوت معنا دار ($P< ۰/۰۰۱$) بود ولیکن از پس آزمون تا پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و واقعیت درمانی بر افسردگی، خودمراقبتی در بازماندگان کرونا صورت گرفت که نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان دادند که هر دو درمان معنویت درمانی و واقعیت درمانی در کاهش افسردگی یکسان بودند. همچنین هر دو درمان در افزایش خودمراقبتی اثرگذار بودند اما واقعیت درمانی به شکل معناداری بیش از معنویت درمانی بر افزایش خودمراقبتی در بین بازماندگان کرونا، مؤثر گزارش شد و این نتایج در پیگیری ۶ ماهه نیز پایدار بودند.

افسردگی سوگ ناشی از کرونا، از مشکلات شایع امروز همه جوامع است که تشخیص دیر هنگام و حتی گاهی بی توجهی به افسردگی، پیش آگهی این بیماری را بدتر کرده و خودمراقبتی افراد مبتلا را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد (Wu, McGoogan.,2020).

با توجه به آنچه عنوان شد، انواع درمانهای روان شناختی می توانند در کاهش افسردگی و ارتقاء خودمراقبتی در بازماندگان کرونا (Su& et al. 2016) و همچنین انواع چالش های مرتبط با آن مؤثر واقع شوند.

در تبیین اثر گذاری معنی دار معنویت درمانی می توان عنوان کرده که آموزش وجودیت پروردگار به عنوان نیرویی لایزال در جهت خودکاوای موهبت های درونی و بیرونی است که در بازماندگان کرونا به شدت می تواند مؤثر واقع شود، زیرا درمانگر به نوعی به فرد کمک می کند که مسیرهای معنوی متعدد در رسیدن به آرامش را بررسی کرده و از احساسات منفی درگیری فرد با از دست دادن عضو یا اعضای خانواده اش در شناخت موقعیتهای استفاده کند. شواهد بسیاری نشان داده که رشد معنویت و تجربه های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. همبستگی بین تجربه های معنوی و سلامت، انعطاف پذیری شخصی و

تجربه‌های معنوی، عزت نفس و ایمان مذهبی، داشتن ارتباط با خدا و سلامت نشان داده است که تجربه‌های را می‌توان به مثابه ساز و کار خود شفادهنده تفسیر کرد (Kiyimba., Anderson, 2022).

افزایش خودمراقبتی در این پژوهش، به دنبال درمان واقعیت‌درمانی نسبت به معنویت‌درمانی، با پژوهش وو و مک گوگان (۲۰۲۰)، کییمبا و اندرسون (۲۰۲۲) و فرمانی و همکاران (۲۰۱۹) همسو و همخوان است. فرمانی و همکاران (۲۰۱۹) تحلیل مسائل واقعی را در افزایش متغیرهای وابسته به بازماندگان کرونا مانند خودمراقبتی مؤثر دانست. وو و مک گوگان (۲۰۲۰) نیز در مقاله‌ای از تاثیر یکی از مولفه‌های واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی بازماندگان کرونا اینگونه ذکر کردند که مسئولیت‌پذیری‌های گزارش شده در آموزش خودمراقبتی با افزایش امید و انجام امور مربوط به بازماندگان کرونا مؤثر دانست. کییمبا و اندرسون (۲۰۲۲) تأثیر واقعیت‌درمانی را بر روی خودمراقبتی و کیفیت زندگی معنی دار گزارش کرد.

کاهش افسردگی در این پژوهش، به دنبال درمان‌های معنویت و واقعیت‌درمانی با پژوهش خزائی پول (۱۳۹۹) و رزینیک و همکاران (۲۰۱۹) همسو و همخوان بودند. خزائی در بررسی اثربخشی درمان معنویت بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی سخن گفتند (فرشچی، کیانی و چیتی، ۱۳۹۷). از طرفی رزینیک با انجام درمان‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا همچون امید و معنویت به افزایش خودمراقبتی و کاهش افسردگی دست یافتند (وو و مک گوگان، ۲۰۲۰). همچنین مورالید هاران و پوکالاگرا در بازماندگان کرونا به بررسی نقش واقعیت در کاهش افسردگی پرداخته و آن را اثربخش بیان کردند (مورالید هاران و پوکالاگرا، ۲۰۲۱). فرشچی و همکاران نیز در همین راستا به وجه دیگری از واقعیت‌درمانی پرداخته و به نتایج کاهش افسردگی رسیدند (فرشچی، کیانی و چیتی، ۱۳۹۷).

این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌های متعددی مواجه بود که از جمله آنها می‌توان به شرایط ویژه کرونا اشاره کرد. این پژوهش گروه مردان را در برنداشت که امکان تعمیم نتایج را به گروه مردان، دچار مخاطره می‌کند. بعلاوه در این پژوهش خود بازماندگان کرونا از شرایط خودمراقبتی خود اطلاع می‌دادند و نمرات خودگزارش دهی بر اساس دید شخصی شان بر شرایط بود که می‌توان این نکته را نیز مدنظر قرار داد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی این پژوهش را بر روی بازماندگان مرد تکرار کرده و از این پس درمان‌های معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی نیز در کنار درمانهای دارویی بر روی بازماندگان کرونا انجام گیرد.

نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی و افسردگی در بازماندگان کرونا در پس آزمون و همچنین در دوره پیگیری حاکی از اثربخشی هر دو درمان بود، از این رو به همکاران روانشناس و مشاور توصیه می‌شود که در پروتکل‌های درمان بازماندگان کرونا از این درمانها نیز استفاده نمایند.

سیاسگزاری

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به دلیل همکاری صادقانه‌شان تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

این پژوهش هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان ندارد.

منابع و مآخذ

الهی‌نژاد، ساناز، مکوند حسینی، شاهرخ، صباحی، پرویز. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و نوروفیدبک بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه با کارآزمایی بالینی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۳۹۷؛ ۱۱ (۴): ۵۲-۳۹.

پویان فرد، سحر، طاهری، امیرعباس، قوامی، مهدیه، احمدی، سیدمجتبی، محمدپور، حسن. (۱۳۹۹). تفاوت‌های فردی، جنسیتی و کرونا: رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های جنسیتی با رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با کرونا. *مجله روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت*. سال هفتم، شماره ۴، ۶۷-۷۷.

تسلیمی تهرانی، رضا. (۱۴۰۰). توصیف و تحلیل آیین‌های عزاداری در بین بازماندگان طبقه ی متوسط جدید در دوران همه گیری کرونا. *مطالعات بین‌رشته‌ای در رسانه و فرهنگ*. ۱۱(۲)، ۳۱-۶۱.

جواد، سید محمد حسین و سجادیان، مریم. (۱۳۹۹). پاندمی کروناویروس عاملی برای سوگ تأخیری در بازماندگان: نامه به سردبیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۳۹۹؛ ۲۳ (۱): ۷-۲.

خزائی پول، معصومه. (۱۳۹۹). پیشبینی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس پریشانی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در بازماندگان افراد قربانی کرونا ویروس (کووید-۱۹). *اولین همایش بین‌المللی مشاوره*. ۲۰ اسفند ۱۳۹۹، اردبیل، ایران.

شمالی احمدآبادی، مهدی و برخورداری احمدآبادی، عاطفه. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی موردی به شیوه مجازی بر اضطراب کرونا. *رویش روان‌شناسی*. سال نهم مهر ۱۳۹۹، ۷ (۵۲).

صدری، مسعود و ثابتیان، غزال. (۱۴۰۰). مقاله پژوهشی اثربخشی درمان ACT بر بهبود انعطاف پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب کرونا در بیماران دارای نقص ایمنی با دریافت واکسن. *فصلنامه نفس*، ۸. عباسی، زهرا، سیدفاطمی، نعیمه، مردانی، مرجان، کدیور، ملیحه. (۱۴۰۰). کووید ۱۹ و سوگ بازماندگان: سوگواری در سکوت. *اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*. ۱۴۰۰؛ ۱۴ (۱): ۱۶۹-۱۷۳.

فرشچی، نگار، کیانی، قمر، چیتی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران دیابتی نوع ۱. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. ۱۳۹۷؛ ۲۶ (۱۱۷): ۷۴-۸۵.

فیاضی بردبار، محمدرضا، چالاکی نیا، نسرین، علیزاده جویمنندی، فرح، دلشاد نوقابی، علی، حسینی، سیده طیبه، محرری، فاطمه. (۱۳۹۹). ارتباط بین سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ در شهر مشهد-۱۳۹۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۴۰۰؛ ۳۱ (۱۹۸): ۱۱۸-۱۰۹. گلسر، ویلیام. (۱۳۹۶). *واقعیت درمانی*. ترجمه علی صاحبی. تهران: انتشارات سایه سخن، چاپ چهارم.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K.(1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: *Psychological Corporation*; 1996.

Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G.(1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8(1):77-100.

Cui, J., Li, F., & Shi, Z. L. (2019). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature reviews Microbiology*. 17(3), 181-192.

Farmani, F., Taghavi, H., Fatemi, A., & Safavi, S. (2015). The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2(4), 33- 38.

Hamidi, R., Fekrizadeh, Z., Azadbakht, M., Garmaroudi, G., Taheri Tanjani, P., Fathizadeh, S., et al. (2015). Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *J Sabzevar Uni Med Sci*. 2015;22(1):189-98

Kiyimba, N., Anderson, R. (2022). Reflecting on cultural meanings of spirituality/wairuatanga in post-traumatic growth using the Māori wellbeing model of Te Whare Tapa Whā. *Mental Health, Religion & Culture* 0:0. pages 1-17.

Muralidharan, S., Pookulangara, S. (2021). Exploring the functional distinction between Hindu religiosity and spirituality in direct and indirect domestic violence prevention PSAs: a study of bystander intervention in the era of COVID-19. *International Journal of Advertising* 0:0, pages 1-22.

Reznik ,A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Zinurova, R., Kulesh, E., Osipenko, I., Isralowitz, R. (2022) COVID 19 fear impact on Israeli and Russian female student mental health, substance use and resilience. *Health Care for Women International* 43:4, pages 378-381.

Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C., Zhou, J., ... & Gao, G. F. (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in microbiology*, 24(6), 490-502.

Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., ... & Liu, N. (2020). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*, 169, 1-17.

Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID19) outbreak in China: summary of a report of 72 31 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*. Published online February 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648.

Abstract

Comparison of the Effectiveness of Teaching spiritual therapy and reality therapy on Self-care Behavior and Depression in Coronary Survivors

Background & Objective:

Spirituality and perception of reality play an important role in the health of individual and social life. The aim of this study was to compare the effectiveness of spiritual therapy and reality therapy on self-care behavior and depression in coronary survivors.

Methods: The current research was a semi-experimental type of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population was all the survivors of Corona in the year 1400. 45 qualified candidates were included in the research as a sample using available sampling method. Then they were randomly placed in two experimental groups of spiritual therapy and reality therapy and control group (15 people in each group). To collect data, depression questionnaire (Beck, 1966) and questionnaire of self-care behaviors related to Corona (Pouyan Fard et al., 2019) were used. The pre-test, post-test and after six months of follow-up were done. The data were analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test in the SPSS26 software environment with a significance level of 0.05.

Results: In the present study, spiritual therapy and reality therapy had a reducing effect on depression ($P < 0.001$) and an increasing effect on self-care ($P = 0.001$). The interaction of time * of the groups reduced depression ($P < 0.001$) and increased self-care ($P < 0.001$) compared to the control group. The results of Bonferroni post hoc test showed that the effectiveness of reality therapy on self-care is more than significant and spiritual therapy ($P = 0.031$) and both treatments were more effective and significant than the control group.

Conclusion: Based on the findings of this study, spiritual therapy and reality therapy were effective in reducing depression and increasing self-care in corona survivors.

Keywords: Coronary survivors, Depression, Reality therapy, Self-care behavior, Spiritual therapy.

