

اثر بخشی کرامت درمانی اسلامی بر روی رضایت از زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی

آسیه غیور باغبانی^۱، محمود آزادی^۲، جعفر طالبیان شریف^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: برخی بیماران افسرده، از کمبود احساس کرامت و شان رنج می‌برند. پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی کرامت درمانی اسلامی بر روی رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی، انجام شد.

روش‌ها: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می‌باشد که در سال ۱۴۰۱ با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شده است. جامعه‌ی این پژوهش کلیه‌ی افراد دارای علائم اولیه افسردگی در شهر مشهد بودند. تعداد ۱۴ نفر از افراد مبتلا به افسردگی به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش، برنامه‌ی کرامت درمانی اسلامی را طی شش جلسه دریافت کردند، در حالی که گروه شاهد تحت هیچ گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی Diener، نسخه‌ی پنج سؤالی و آزمون افسردگی Beck ۲۱ گزینه‌ای، همراه با رضایت و آگاهی کامل اعضای گروه و برای تحلیل یافته‌ها از روش اندازه‌گیری مکرر (ANCOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کرامت درمانی اسلامی به طور معنی‌داری، باعث افزایش مؤلفه‌ی رضایت از زندگی و کاهش مؤلفه‌های افسردگی افراد مبتلا به افسردگی باشد.

نتیجه‌گیری: از این یافته‌ها استنباط می‌شود که کرامت درمانی اسلامی، می‌تواند روش مناسبی برای بهبود افسردگی و افزایش رضایت از زندگی این افراد شود. کرامت درمانی اسلامی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای با بیماران دارای کمبود حس کرامت اجرا گردد.

واژگان کلیدی: اسلام؛ افسردگی؛ کرامت؛ درمان؛ احساس؛ رضایتمندی

ارجاع: غیور باغبانی آسیه، آزادی محمود، طالبیان شریف جعفر. اثر بخشی کرامت درمانی اسلامی بر روی رضایت از زندگی و افسردگی بیماران مبتلا

به افسردگی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۳۱): ۶۸۱-۶۷۴

مقدمه

افسردگی یکی از بیماری‌های بالینی می‌باشد که افراد متعددی در هر سن و وهله‌ای از زندگی بدان مبتلا می‌شوند. به نظر می‌رسد یکی از مؤلفه‌های مهم زندگی یک فرد افسرده که دستخوش تغییر شده است، رضایت او از زندگی باشد.

برخی محققین همانند Terry و Scott Huebner، همبستگی مثبت معنی‌داری بین ارزیابی خود و رضایتمندی از زندگی گزارش کرده‌اند (۱) و چنانچه افراد در تماس با خودشان احساس ارزشمندی داشته باشند دارای حرمت نفس هستند (۲). همچنین در تحقیقی که توسط Coleman صورت گرفت، نشان داده شد که حرمت‌نفس،

تعیین‌کننده‌ی شادمانی و افسردگی می‌باشد (۳).

از طرفی Sowislo و Orth گزارش کردند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی حاد، عزت نفس پایین‌تری دارند (۴). مثلاً افرادی با استانداردهای بالا ترس زیادی دارند که مورد حمایت و تأیید دیگران قرار نگیرند و آن‌ها خودشان را با شدت مورد انتقاد قرار می‌دهند (۵). انسان‌های خود انتقادگر به خاطر ملاک‌های بالایی که دارند، عملکرد خود را زیر سؤال برده و در چرخه‌ی معیوب شکست و انتظار قرار می‌گیرند که در انتها این نوع رفتار ناسالم، آن‌ها را به سوی افسردگی سوق می‌دهد (۶).

حرمت نفس برای بقا و سلامت روان افراد حیاتی می‌باشد و

۱- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: محمود آزادی؛ استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران

یکی از ملزومات عاطفی زندگی آن‌ها است و بدون آن بسیاری از نیازهای اصلی و اساسی برآورده نخواهد شد (۷). تأمین نیاز به حرمت نفس این امکان را می‌دهد تا انسان‌ها از توانمندی‌ها، ارزش و کفایت خود احساس اطمینان داشته باشند و این کمک می‌کند تا در تمام جنبه‌های زندگی خویش شایسته و ثمربخش باشند. افراد وقتی حرمت نفس نداشته باشند، احساس حقارت و عجز و ناامیدی می‌کنند و از توانایی‌های خود برای کنار آمدن مطمئن نیستند (۸).

پژوهشگران، حرمت نفس را به عنوان احساس اشخاص درباره‌ی خودشان تعریف کرده‌اند که یک شاخص مهم از کیفیت زندگی و عملکرد روان‌شناختی و فیزیکی می‌باشد (۹). در حقیقت، حرمت نفس به عنوان یک محافظ برای سلامت عمل می‌کند و انعکاس آن در جنبه‌هایی از زندگی مثل موفقیت، رضایت، پیشرفت و ظرفیت مقابله در بیماران مبتلا به سرطان و قلبی - عروقی نشان داده می‌شود و برعکس آن، کمبود حرمت نفس، تأثیر زیادی در رشد و اختلالات روانی و بروز مشکلات اجتماعی مثل اختلال در خوردن، خشونت، افسردگی و اضطراب و شکل‌گیری رفتارهایی مثل مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر دارد (۱۰).

دو مؤلفه‌ی حرمت نفس و رضایت از زندگی از آن دسته مواردی هستند که در پایداری و حفظ سلامتی انسان نقش مهمی دارند و با یکسری عوامل همچون ارتباطات صحیح با دیگران، فرصت‌های رشد شخصی، داشتن هدف درست و مناسب در زندگی، حس خودمختاری و پذیرفتن خود، مشخص می‌شود. حرمت نفس از مهم‌ترین مصادیق کرامت است و مفاهیمی مثل سخاوت، آزادگی، قول کریم (و قُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا) (سوره اسراء، آیه ۱۷) و استقلال خواهی مستقیماً با کرامت انسانی ارتباط دارد (۱۳).

از نظر دیدگاه اسلامی، انسان به طور ذاتی احساس کرامت می‌کند، و این حس به خاطر داشتن نعمت‌هایی مثل، نعمت عقل (إِنَّا فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَعْقِلُونَ - سوره روم - آیه ۲۴)، امانت الهی (إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا - احزاب - آیه ۷۲)، خودآگاهی (بدلیل داشتن نیروی عقل)، نیروی تکلم، نیروی اختیار و قدرت‌های بسیار دیگری است که پروردگار به انسان لطف کرده و به همین دلیل او را ذاتاً گرامی داشته است (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا - اسراء - آیه ۷۰). در دعای ندبه معصوم (ع) می‌فرماید: وَكَرَّمْتَهُمْ بِوَجْهِكَ: و به وحی‌ات اکرامشان فرمودی، که خداوند این ویژگی را به برخی از انبیاء خود داد و این گونه آن‌ها را تکریم نمود. جان بزرگی و غروری اظهار داشتند، بر اساس بررسی قسمت‌هایی از آنچه در دین بیان شده است، بشر یک سیستم چند بعدی منسجم،

پیچیده (لَعَلِّي أَعْمَلُ صَالِحًا فِيمَا تَرَكْتُ) كَلَّا إِنَّهَا كَلِمَةٌ هُوَ قَائِلُهَا وَ مِنْ وَرَائِهِم بَرْزَخٌ إِلَى يَوْمِ يُبْعَثُونَ - مومنون - آیه ۱۰۰، متعادل (ثُمَّ كَانَ عَاقِبَةُ فَخْلَقَ فَسَوَّى قِيَامَت - آیه ۳۸)، رابطه‌ی خاص او با خالقش (مخلوق ویژه) (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا - اسراء - آیه ۷۰)، دارای انگیزه‌ی اصلی زندگی (چه در بعد کمی؛ بقای کامل و چه در بعد کیفی؛ کمال مطلق) و تعالی جو (هدمند، ساعی و کمال جو)، (یا أَيُّهَا الْإِنْسَانُ إِنَّكَ كَادِحٌ إِلَى رَبِّكَ كَدْحًا فَمُلَاقِيهِ - انشقاق - آیه ۶) هدمند (وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ - ذاریات - آیه ۵۶)، فعال و توانمند (وَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ - انبیا - آیه ۷۳)، برنامه‌ریزی شده و دارای برنامه‌ریزی مشخص (فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ - روم - آیه ۳۰)، مختار (إِنَّا هَدَيْنَا السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا - انسان - آیه ۳)، خودنظم‌جو (یا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَلْ لَكُمْ فُرْقَانًا وَيُكَفِّرْ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيَغْفِرْ لَكُمْ وَاللَّهُ ذُو الْفَضْلِ الْعَظِيمِ - انفال - آیه ۲۹) دارای شرایط و زمینه و ابزارهای لازم برای تحول (وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ - نحل - آیه ۷۸)، ولی در عین حال آسیب‌پذیر (يُرِيدُ اللَّهُ أَنْ يُخَفِّفَ عَنْكُمْ وَخَلَقَ الْإِنْسَانَ ضَعِيفًا - نسا - آیه ۲۸)، معرفی می‌شود (۱۱).

آدمی وقتی خودش را با سایر موجودات در مورد دارایی‌های خاصش مقایسه می‌کند، این حس قدرت در او احساس ارزشمندی می‌دهد و خودش را مورد مخاطب خالق هستی می‌بیند. از نظر اسلام، نفس استعدادها را فراوانی دارد که به معدن طلا و نقره تشبیه شده، (الناس معادن كمعادن الذهب و الفضة - کافی، ۸-۱۷۷) و شناخت نفس باعث شناخت پروردگار عالم می‌شود (جوامع الکلم - المجلد الاول - الصفحة ۱۹۹). استعدادها همان معادن وجودی او هستند و از نظر قرآن و تفاسیر کرامت ذاتی (۱۲) همان استعدادها بالقوه «خود» است، که این نعمت‌ها به سایر موجودات داده نشده است. این توانایی‌ها بالقوه هستند و نیاز دارند تا بالفعل شوند، یعنی این استعدادها، به وسیله‌ی عقل بیرونی (شریعت) و تلاش تخصصی انسان، بالفعل و بیرونی می‌شوند. بر اساس آیات و روایات، پس از شکوفا شدن استعدادها بالقوه، انسان احساس کرامت واقعی می‌کند. آزادی و همکاران پس از تحلیل کیفی مبتنی بر نظریه‌ی معناشناسی زبان، به یک مدل مفهومی در کرامت دست یافتند (۱۳). Azadi و همکاران (۱۴) در یک پژوهش دیگر، برداشت بیماران سرطانی ایرانی را در ارتباط با آسیب در کرامتشان واکاوی کردند. آن‌ها مشابه تحقیق Chochinov و همکاران عمل نمودند (۱۵). همچنین قصد داشتند، مطالعه‌ی کیفی کرامت در آیات و روایات را با

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه شاهد است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی افراد دارای علائم افسردگی (افسرده خوبی) در شهر مشهد است که از طریق فراخوان محقق، برای شرکت در پژوهش مراجعه کردند و از طریق انجام یک مصاحبه‌ی بالینی ۱۵ دقیقه‌ای بر اساس معیارهای گزارش شده در DSM-5 و انجام یک تست افسردگی برای تعیین علائم و سطح افسردگی صورت گرفت. برای انجام مداخله، فراخوانی اعلام شد، که بدلیل شیوع بیماری کوید-۱۹، فقط ۱۴ نفر حاضر به شرکت در پژوهش شدند. بنابراین، نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۴ نفر (۷ نفر در گروه آزمایش و ۷ نفر در گروه شاهد) بود که پس از فراخوان پژوهشگر مراجعه کردند و پس از بررسی ملاک‌های پژوهش، آزمودنی‌های واجد شرایط به شیوه‌ی غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش برای افراد عبارت بود از: ۱. متعهد شوند که در هر جلسه حضور فعالی داشته باشند؛ ۲. بحران‌های اجتماعی و تعارض مانند درگیری‌های خیابانی و کج‌روی‌های اجتماعی مثل شورش‌های دسته‌جمعی نداشته باشند و ۳. به صورت اختیاری و کاملاً داوطلبانه در پژوهش شرکت کنند. گروه آزمایشی طی ۶ جلسه (۶ هفته) هر هفته دو ساعت از تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۱ تا ۱۴۰۱/۰۴/۱۸ در خیریه حضرت ام‌البنین، کرامت درمانی اسلامی را دریافت کردند. اما گروه شاهد، هیچ درمانی را دریافت نکردند. افراد قبل از شروع جلسات، فرم قرارداد درمانی را پر کردند، که در بخشی از این قرارداد درمانی رضایت خود را برای شرکت در جلسات درمانی اعلام نمودند.

کرامت درمانی اسلامی توسط آزادی و همکاران در پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی روانشناسی ارائه گردید (۱۶). در جدول ۱ خلاصه‌ی جدول جلسات درمانی مشاهده می‌شود. تعداد جلسات این درمان شش جلسه می‌باشد.

داده‌های این پژوهش ترکیب کرده، تا بتوانند به مدل نهایی مداخله دست پیدا کنند. سپس در پایان‌نامه‌ی دکتری در رشته‌ی روانشناسی Azadi و همکاران به پروتکل درمانی کرامت بر اساس مبانی اسلامی دست یافتند (۱۶).

علاوه بر تحقیقات داخلی که قبل‌تر اشاره شد، Chochinov و همکاران، کرامت را در طب تسکینی مفهوم‌پردازی کردند؛ آن‌ها با مصاحبه‌ی کیفی بر روی ۵۰ بیماران سرطانی در مراحل پایانی حیات، به مدل مفهومی کرامت دست یافتند (۱۵). آن‌ها بر اساس این پژوهش، تکنیک زاینده‌گی و میراث را در بهبودی کرامت کشف کردند و کرامت درمانی را بر اساس این تکنیک اجرا نمودند؛ بدین صورت که در یک مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته، جلسه با رضایت بیمار ضبط می‌شد و در نهایت سند مکتوبی تهیه می‌گردید که در آن بیمار برای بازماندگان، وصیتی یا چیز ارزشمندی را به جای می‌گذاشت و به این صورت کرامت خود را بهبود می‌بخشید و در نهایت طبق گزارش Chochinov و همکاران، بیمار با کرامت از دنیا می‌رفت (۱۵).

بطور خلاصه می‌توان یکی از تفاوت‌های کرامت درمانی Chochinov و همکاران و اسلامی را مبتنی بر یکی از اصول اساسی در کرامت درمانی اسلامی بشمار آورد که در مداخله‌ی اسلامی، هنگامی افراد افسرده می‌توانند احساس ارزشمندی واقعی را تجربه کنند که بتوانند ابتدا خداانگاره و خودانگاره و همچنین دیگرانگاره‌ی منفی را با کمک کرامت درمانی اسلامی گروهی به چالش بکشند و سپس با کمک درمانگر که تسلط به مبانی اسلامی دارد، بیماران با بازسازی شناختی محتوی ناسازگار درباره‌ی خداوند، به خداانگاره‌ی سالم و مثبتی برسند تا با بازسازی ارتباط خود با خدا، بتوانند رابطه‌ی با خود و دیگران را نیز اصلاح کنند. با این توضیح، این مطالعه قصد دارد تا اثربخشی کرامت درمانی اسلامی را بر روی مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، جسمانی و همچنین بر احساس رضایت از زندگی افراد افسرده آزمایش کند.

جدول ۱. برنامه‌ی جلسات مداخله مبتنی بر مفهوم کرامت

| جلسه | هدف | خلاصه‌ی محتوی جلسه | انجام کار پروتکل |
|-------|----------------------------|---|---|
| اول | زمینه‌سازی برای درمان | ایجاد رابطه، آشناسازی با کرامت آموزش روانی ارتباط بین بدن و روان و رابطه افسردگی و کرامت، هدف‌گذاری، انگیزش شروع درمان، قرارداد درمانی | |
| دوم | فعال کردن عبودیت در بیمار | نوشتن نامه به خدا، فهرست افکار در ارتباط با خداوند، تکنیک هوشیاری نسبت به خداپنداره، چالش افکار و خداانگاره‌های منفی، جایگزین کردن خداانگاره‌ی مثبت | ۱. سیاهه ثبت افکار و خداانگاره‌ی منفی. ۲. خلاصه ثبت سیاهه‌ی افکار با معرفی خداانگاره‌ی جدید و مثبت کاربردگ فهرست داشته‌ها |
| سوم | ارتباط با نعمت و صاحب نعمت | تکنیک GODFULLNES، تنظیم کاربردگ فهرست داشته‌ها، کشف و شناخت داشته‌ها | |
| چهارم | بخشش خود و دیگران | مسئول دانستن خود، بیان احساسات خودسرزنشی، نامه به خود، بیان تجربیات منفی از دیگران، آموزش تکنیک آرامش‌سازی، من چی میگویم، خدا چی میگویم | |
| پنجم | اکتساب حریم خصوصی | آموزش خرده نظام همسران، والدین و فرزندان و ساختار خانواده، کشیدن ژنوگرام خانواده، استفاده از استعاره برای مرزسازی، تغییر روابط فضایی، میدان ارتباطی | |
| ششم | کسب استقلال‌خواهی | آموزش تفاوت جرأت‌مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرأت‌مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری | |

آلفای کرونباخ $0/83$ و با روش باز آزمایی $0/69$ بدست آمده است (20). برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از پرسش‌نامه‌ها، از روش‌های آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد داده‌ها استفاده گردید و سپس از آمار استنباطی برای اندازه‌گیری‌های مکرر (ANCOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد.

یافته‌ها

آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی فرض نرمال بودن استفاده شد. که نتایج این آزمون در هر یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در سطح $0/05$ معنی‌دار نبودند؛ بنابراین، پیروی داده‌ها از توزیع نرمال تأیید شد ($P \geq 0/05$). با توجه به نرمال بودن متغیر مؤلفه‌های شناختی افسردگی، برای مقایسه از آزمون ANCOVA استفاده شد. جدول ۲، وضعیت افراد شرکت‌کننده در مطالعه را در خصوص جنسیت، تحصیلات و سن نشان می‌دهد.

یکی دیگر از الزامات آزمون ANCOVA، این است که محقق از همگنی واریانس چند گروه مطمئن شود. از این‌رو از آزمون Box استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج در متغیر افسردگی در سطوح $0/098$ ، $0/071$ و $0/389$ معنی‌دار بود و همچنین در متغیر رضایت از زندگی در سطح $0/327$ نیز معنی‌دار بود. همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، در خصوص متغیر مؤلفه‌ی شناختی افسردگی، اثر زمان معنی‌دار نیست ($sig = 0/112$)، اما اثر گروه معنی‌دار است ($F = 1/518$)، که با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۵۲ درصد تغییرات مربوط به تفاوت گروه آزمایش و شاهد است.

ابزار سنجش: همچنین پرسشنامه افسردگی Beck که شامل ۲۱ گروه جملات برای سنجش و ارزیابی شدت افسردگی افراد می‌باشد در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت؛ بعد از اتمام درمان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و در نهایت داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck در سال ۱۹۹۶ توسط Beck و همکاران منتشر شد. این آزمون از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی، شامل مؤلفه‌های (شناختی، عاطفی و بدنی) تشکیل شده است. هر ماده بر اساس یک درجه‌بندی چهار نمره‌ای به روشی دیگر از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل این آزمون از ۰ تا ۶۳ است. Ghassemzadeh و همکاران در اعتباریابی فرم فارسی پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۱۲۵ نفری از دانشجویان، همسانی درونی بالایی ($0/87$) آلفای کرونباخ) و پایایی بازآزمایی رضایت‌بخشی $0/74$ را برای فرم فارسی ویرایش دوم این پرسش‌نامه گزارش کردند (۱۷).

پرسش‌نامه‌ی دومی که در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت، پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی Diener بود که شامل ۵ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد. این مقیاس توسط Diener و همکاران (۱۸) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه‌ی شناختی، بهزیستی، فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند تشکیل شده است. دارای ۱ مجموعه سؤالاتی پیرامون قضاوت کلی از زندگی با توجه به شاخص‌هایی در مورد مفهوم رضایت از زندگی می‌باشد. آزمودنی‌ها بیان می‌کنند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی هستند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک می‌باشد. مقیاس رضایت از زندگی به زبان‌های مختلفی در یک مطالعه بین فرهنگی ترجمه شده است (۱۹). هر گزاره دارای ۷ گزینه است و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم به طوری که دامنه‌ی ممکن نمره‌های پرسش‌نامه از ۵ (رضایت پایین) تا ۳۵ (رضایت بالا) متغیر خواهد بود. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش

جدول ۲. توزیع فراوانی وضعیت جنسیت، سن و تحصیلات افراد تحت بررسی

| گروه مورد مطالعه | شاهد | | آزمایش | |
|------------------------|------|---------|--------|---------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| جنسیت | | | | |
| زن | ۲۸/۶ | ۲ | ۷ | ۱۰۰ |
| مرد | ۷۱/۴ | ۵ | ۰ | ۰ |
| تحصیلات | | | | |
| دیپلم و کمتر | ۱۴/۳ | ۱ | ۴ | ۵۷/۱ |
| لیسانس | ۲۸/۶ | ۲ | ۳ | ۴۲/۹ |
| کارشناسی ارشد و بالاتر | ۵۷/۱ | ۴ | ۰ | ۰ |
| سن | | | | |
| بین ۲۰ تا ۲۵ سال | ۱۴/۳ | ۱ | ۰ | ۰ |
| بین ۲۵ تا ۳۰ سال | ۲۸/۶ | ۲ | ۰ | ۰ |
| بین ۳۱ تا ۳۵ سال | ۲۸/۶ | ۲ | ۰ | ۰ |
| بالای ۳۵ سال | ۵۷/۱ | ۴ | ۷ | ۱۰۰ |

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مؤلفه‌ی شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی و رضایت از زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | گروه‌ها | سطح معنی‌داری آزمون Box | پیش‌آزمون | |
|------------------------|---------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | میانگین \pm انحراف استاندارد | میانگین \pm انحراف استاندارد |
| مؤلفه‌ی شناختی افسردگی | شاهد | ۰/۰۹۸ | ۱/۲۶ \pm ۰/۷۶ | ۱/۴۸ \pm ۰/۵۸ |
| | آزمایش | | ۰/۶۹ \pm ۰/۵۳ | ۰/۱۴ \pm ۰/۱۴ |
| مؤلفه‌ی عاطفی افسردگی | شاهد | ۰/۰۷۱ | ۱/۳۴ \pm ۰/۶۷ | ۱/۷۴ \pm ۰/۴۱ |
| | آزمایش | | ۰/۵۴ \pm ۰/۲۹ | ۰/۰۵ \pm ۰/۰۹ |
| مؤلفه‌ی جسمانی افسردگی | شاهد | ۰/۳۸۹ | ۱/۳۹ \pm ۰/۷۴ | ۱/۶۵ \pm ۰/۸۱ |
| | آزمایش | | ۰/۵۱ \pm ۰/۳۳ | ۰/۳۶۵ \pm ۰/۴۴ |
| رضایت از زندگی | شاهد | ۰/۳۲۷ | ۱/۹۷ \pm ۰/۷۶ | ۱/۷۱ \pm ۰/۵۱ |
| | آزمایش | | ۳/۱۱ \pm ۰/۵۹ | ۳/۷۱ \pm ۰/۵۲ |

اثر گروه معنی‌دار است ($F = ۲۵/۲۶۱$, $sig = ۰/۰۰۰۱$) که با توجه به مجذر اِتا می‌توان گفت که ۶۷/۸ درصد تغییرات مربوط به تفاوت گروه آزمایش و شاهد است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنی‌دار بود ($F = ۲۳/۰۷۷$, $sig = ۰/۰۰۰۱$) که با توجه به مجذر اِتا می‌توان بیان کرد که ۶۵/۸ درصد تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله‌ی تأثیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد، کرامت درمانی اسلامی بر روی کاهش مؤلفه‌های افسردگی و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر باشد. با توجه به اینکه هنوز در مورد کرامت درمانی اسلامی و تأثیر آن بر روی مؤلفه‌های افسردگی و رضایت از زندگی پژوهشی صورت نگرفته است، اما تحقیقات مشابهی که در حوزه‌ی مؤلفه‌های کرامت همانند شفقت به خود، حرمت نفس صورت گرفته است نشان می‌دهد، بالا بردن این مؤلفه‌ها می‌تواند بر کاهش افسردگی و رضایت از زندگی مؤثر باشد.

همچنین در ارتباط با مؤلفه‌ی عاطفی افسردگی، اثر زمان معنی‌دار نیست ($F = ۰/۲۰۵$, $sig = ۰/۶۵۹$). در ضمن اثر گروه معنی‌دار است ($F = ۳۶/۵۰۶$, $sig = ۰/۰۰۰۱$) که با توجه به مجذر اِتا می‌توان گفت که ۷۵/۳ درصد تغییرات مربوط به تفاوت گروه آزمایش و شاهد است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنی‌دار بود ($F = ۲۱/۸۴۱$) که با توجه به مجذر اِتا، ۶۴/۵ درصد تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله‌ی تأثیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون است.

در ارتباط با مؤلفه‌ی جسمانی افسردگی، اثر زمان معنی‌دار نیست ($F = ۰/۵۳۹$, $sig = ۰/۴۷۷$) اثر گروه معنی‌دار می‌باشد ($F = ۱۱/۶۲۵$) و با توجه به مجذر اِتا، ۴۹/۲ درصد تغییرات مربوط به تفاوت بین گروه آزمایش و شاهد است. اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار بود ($F = ۴/۳۴۸$, $sig = ۰/۰۵۹$). با توجه به مجذر اِتا، ۲۶/۶ درصد تغییرات زمانی به دلیل اثر مداخله‌ی تأثیر پیش‌آزمون در پس‌آزمون می‌باشد.

همچنین در جدول ۴ مشاهده گردید که متغیر مؤلفه‌ی رضایت از زندگی، اثر زمان معنی‌دار نیست ($F = ۳/۶۹۲$, $sig = ۰/۰۷۹$) ضمناً

جدول ۴. تحلیل واریانس تأثیر کرامت درمانی اسلامی در مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی و رضایت از زندگی

| متغیرها | سطح معنی‌داری آزمون همگنی | اثر زمان | | اثر گروه | |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | | F | (ضریب اِتا) | F | (ضریب اِتا) |
| مؤلفه‌ی شناختی افسردگی | پیش‌آزمون = ۰/۲۱۱ | ۱/۵۱۸ | ۰/۲۴۲ | ۱۳/۰۰۷ | ۰/۰۰۴ |
| | پس‌آزمون = ۰/۰۹۸ | | ۰/۱۱۲ | | ۰/۵۲ |
| مؤلفه‌ی عاطفی افسردگی | پیش‌آزمون = ۰/۰۷۹ | ۰/۲۰۵ | ۰/۶۵۹ | ۳۶/۵۰۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون = ۰/۰۶۱ | | ۰/۰۰۱ | | ۰/۷۵۳ |
| مؤلفه‌ی جسمانی افسردگی | پیش‌آزمون = ۰/۰۵۹ | ۰/۵۳۹ | ۰/۴۷۷ | ۱۱/۶۲۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون = ۰/۰۵۱ | | ۰/۰۴۳ | | ۰/۴۹۲ |
| رضایت از زندگی | پیش‌آزمون = ۰/۱۳۶ | ۳/۶۹۲ | ۰/۰۷۹ | ۲۵/۲۶۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون = ۰/۲۸۹ | | ۰/۲۳۵ | | ۰/۶۷۸ |

تغییراتی در تمام جهات زندگی می‌باشد. فردی که می‌خواهد حرمت نفسش افزایش یابد، افکارش، احساساتش و رفتارش دستخوش تغییراتی می‌شود که این تغییرات در ابتدا بدلیل توجهی که به خویش دارد، بسیار لذت بخش است. اما در ادامه‌ی مسیر با چالش‌هایی مواجه می‌شود که ممکن است بر میزان حرمت نفس تأثیرگذار باشد. همان‌طوری که Rogers بیان می‌کند؛ مسیر تحقق خود، روند دشوار و گاه دردناک است و مستلزم آزمون پیوسته و گسترش و انگیزش‌های توانایی‌ها و استعداد‌های شخص می‌باشد. Rogers می‌گوید؛ تحقق خود شهادت غوطه‌ور شدن و بودن در جریان زندگی است (۸).

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش و هم‌سویی آن با نتایج تحقیقات پیشین، کرامت درمانی اسلامی برافزایش رضایت از زندگی و کاهش مؤلفه‌های افسردگی تأثیرگذار بوده است و اگر افراد به اندازه‌ی کافی به اجرای آن‌چه در جلسات فراگرفته‌اند متعهد شده باشند، می‌توان گفت در سیر تدریجی افزایش حرمت نفس، کرامت نفس و رضایت از زندگی و کاهش مؤلفه‌های افسردگی قرار گرفته‌اند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان گفت که در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که امکان اینکه افراد از ارائه‌ی پاسخ واقعی خودداری کرده باشند، وجود دارد. به دلیل شیوع ویروس کرونا پژوهش و اجرای آن به صورت کاملاً حضوری انجام نشد و تعدادی از جلسات به صورت آنلاین و از طریق فایل‌های صوتی که برای افراد ارسال می‌شد، پیگیری شد و بیماران فرصت یک هفته‌ای برای گوش کردن به آن را داشتند و بعد بازخوردها در جلسه حضوری مورد بررسی قرار می‌گرفت. در حالی که اجرای تمام جلسات به صورت حضوری و ایجاد ارتباط مستقیم می‌توانست اثربخش‌تر باشد. متغیرهای تأثیرگذار زیادی وجود داشتند که خارج از کنترل پژوهشگر بود، مثل بیماری کرونا، وضعیت اقتصادی، پنهان کردن احساسات واقعی که می‌توانست بر افسردگی افراد اثرگذار باشد. با توجه به اینکه افراد به صورت داوطلبانه در جلسات شرکت کردند و اینکه این تحقیق در شهر مشهد صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج یافته‌های تحقیق حاضر، باید جوانب احتیاط را رعایت کرد.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود گروه درمانی‌هایی با رویکرد کرامت درمانی اسلامی برای بالا بردن رضایت از زندگی بیماران افسرده برگزار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این تحقیق بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در اجتماع و فرهنگ‌های مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. با توجه به اثر مثبت و معنی‌دار کرامت درمانی اسلامی در درمان آسیب‌های روحی و جسمی

نتایج پژوهش حاضر، با پژوهش‌های Körner و همکاران (۲۱) و بشر پور و عیسی‌زادگان (۲۲) که رابطه‌ی معنی‌داری بین شفقت خود و افسردگی گزارش کرده‌اند مطابقت داشت. مطالعات نشان داده‌اند که سطوح بالای شفقت خود با سطوح پایین عاطفه‌ی منفی و سطوح بالای عاطفه‌ی مثبت رابطه دارد (۲۳).

همان‌طور که در جلسه‌ی چهارم کرامت درمانی اسلامی بر بخشش خود تأکید می‌شود، این جلسه درمانی می‌تواند به بیماران کمک کند تا بتوانند کمی با خودشان مهربان‌تر رفتار کنند و از احساسات گناه، خشم به خود و احساس شرم‌هایی بایند. منطق این جلسه‌ی درمانی اشاره به فلسفه‌ی توبه و مهربان بودن خداوند با بنده گناه‌کار دارد. همانند آنکه که خداوند می‌فرماید: (فَاسْتَغْفِرُوا اللَّهَ وَاسْتَغْفِرَ لَهُمُ الرَّسُولُ لَوْجَدُوا اللَّهَ تَوَّابًا رَحِيمًا-نساء-۶۴). به دلالت التزامی، زمانی که خداوند بنده را متوجه بخشش و مهربانی خود نسبت به بنده‌ی گناه‌کار می‌کند، می‌توان گفت که خداوند انتظار دارد بنده نیز گناه خود را فراموش کرده و نسبت به خود مهربان‌تر باشد. محتوای این بخش به ادبیات پژوهشی شفقت به خود نزدیک است و به همین دلیل مطالعاتی همانند Allen و Knight (۲۴) در مورد نقش محافظت‌کننده‌ی شفقت خود در برابر افسردگی و یا کاهش افسردگی، بدین نتیجه رسیدند که شفقت خود، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد.

یکی از اصول اساسی کرامت درمانی اسلامی، اهمیت تصاویر منفی بیماران درباره‌ی خدا، خود و دیگران را بیان می‌کند که این تصاویر منفی، نشان‌دهنده‌ی باورهای غلط و یا اسنادهای اشتباه درباره‌ی خدا، خود و دیگران است. در کرامت درمانی اسلامی، درمانگر تلاش می‌کند در جلسات درمانی این باورهای اشتباه را به چالش بکشد. ادبیات پژوهشی درمان شناختی رفتاری، ارتباط بین احساس ارزشمندی و باورهای اشتباه را تأیید می‌کند (۲۵). تأکید جلسات اولیه‌ی کرامت درمانی اسلامی، بر ساختاردهی مجدد شناختی بیماران افسرده نسبت به خدا، خود و دیگران می‌باشد. فرض اساسی این درمان در آسیب‌شناسی بیماران افسرده بیان می‌کند، بیماران افسرده باورهای معیوب و تصاویر منفی متعددی درباره‌ی خدا، خود و دیگران دارند که این باورها و تصاویر، نقش مهمی در افسردگی این بیماران دارد. بدیهی است بر اساس منطق درمان شناختی، هنگامی که تصاویر و باورهای منفی بیماران تغییر کند، بعد عاطفی و جسمانی افسردگی نیز بهبود خواهد یافت.

همچنین برخی پژوهش‌های داخلی (۲۶) نیز نشان دادند که همبستگی معنی‌داری بین کاهش حرمت نفس و تفکرات غیرمنطقی و شرایط ارزشمندی وجود دارد. یافته‌های مذکور از نتایج این پژوهش حمایت کرد و می‌توان ادعا نمود، افزایش حرمت نفس، نیازمند

تشکر ویژه می‌کند و بهبودی هرچه سریع‌تر را برای آن‌ها آرزومند است. این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد که با کد رهگیری ۲۸۵۲۳۶۴ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۲۶ به اتمام رسیده است.

(همانند سرطان)، پیشنهاد می‌شود این درمان در کلینیک‌های روانشناختی مورد استفاده‌ی بیشتری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی بیمارانی که در این طرح پژوهشی شرکت کردند

References

1. Terry T, Scott Huebner E. The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research* 1995; 35(1): 39-52.
2. Pelham BW, Swann WB. From self-conceptions to self-worth: on the sources and structure of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(4): 672-80.
3. Coleman RE. Manipulation of self-esteem as a determinant of mood of elated and depressed women. *J Abnorm Psychol* 1975; 84(6): 693-700.
4. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013; 139(1): 213-40.
5. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JNV, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol* 2004; 43(1): 31-50.
6. Kopala-Sibley DC, Zurhoff DC, Russell JJ, Moskowitz DS. Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: Dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *Br J Clin Psychol* 2014; 53(2): 141-56.
7. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychol Bull* 2004; 130(3): 435-68.
8. Rogers CR. *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. London, UK: Constable & Company Limited; 1977.
9. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68(4): 653-63.
10. Mann M, Hosman CMH, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res* 2004; 19(4): 357-72.
11. Janbozorgi M, Gharavi SM. *The principles of psychotherapy and counseling with an Islamic approach* [in Persian]. Tehran, Iran: Samt Publications; 2015.
12. Tabatabai, Seyyed Muhammad Hussein. Al-Mizan in the Interpretation of the Qur'an. *Dar Al-Kutub Al-Islami. Epistemological studies in Islamic University*. Fall 2018, Volume 23, Number 3 (80 in a row); From page 497 to page 512.
13. Azadi M, Azarbayjani M, Shujaei MS, Rasolzadeh Tabatabai SK. The application of the theory of semantic domains in the study of the concept of dignity based on Islamic sources [in Persian]. *Journal of Epistemological Studies in Islamic University* 2019; 23(3): 497-512.
14. Azadi M, Azarbayjani M, Rasoul Zadeh Tabatabai SK. Dignity in Iranian cancer patients: a qualitative approach. *Mental Health, Religion & Culture*. 2020; 23(7): 519-31.
15. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54(3): 433-43.
16. Azadi M. *Designing an Islamic model of dignity-based intervention and investigating its effectiveness on the quality of life of cancer patients* [in Persian]. [Thesis]. Qom, Iran: Hawzah and University Research Center, Behavioral Sciences Research Institute; 2019.
17. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.
18. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49(1): 71-5.
19. Suh E, Diener E, Oishi S, Triandis HC. The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(2): 482-93.
20. Bayani AA, Kochki AM, Gudarzi H. Reliability and validity of life satisfaction scale (SWLS) [in Persian]. *Evolutionary Psychology Iranian Psychologists* 2007; 3(11): 259- 65.
21. Körner A, Coroiu A, Copeland L, Gomez-Garibello C, Albani C, Zenger M, et al. The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS One* 2015; 10(10): e0136598.
22. Beshrpur S, Isazadegan A. Examining the role of personality traits of self-compassion and forgiveness in predicting the severity of depression in students [in Persian]. *J Res Behav Sci research* 2013; 10(6): 452-61.
23. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Hum Dev* 2009; 52(4): 211-4.
24. Allen NB, Knight WEJ. *Mindfulness, compassion for self, and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression*. Washington, DC: Routledge; 2005. p. 251-74.
25. Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther* 2003; 41(3): 317-32.
26. Dorani Byachali M, Ranjbar F. Irrational beliefs, attachment and self-esteem in patients with migraine [in Persian]. *Proceeding of the 5th Congress of the Iranian Psychological Association*; 2014 May 5-7; Tehran, Iran.

The Effectiveness of Islamic Dignity Therapy on Life Satisfaction and Depression of Patients with Depression

Asia Ghayor Baghbani¹, Mahmoud Azadi², Jafar Talebian Sharif²

Original Article

Abstract

Background: Some individuals with depression suffer from a lack of dignity. The purpose of the present study is to evaluate the effectiveness of Islamic dignity therapy on the life satisfaction of patients with diseases.

Methods: This semi-experimental study utilized a pre-test-post-test design with a control group. The population consisted of individuals exhibiting initial symptoms of depression in Mashhad. 14 participants with depression were selected through voluntary sampling and randomly divided into two control and experimental groups. The experimental group received the Islamic spiritual dignity therapy program during six sessions, while the control group did not undergo any intervention. To collect data, Diener's Life Satisfaction Questionnaire, five-question version, and Beck's 21-choice depression test were used, along with the full satisfaction and awareness of the group members, and the repeated measures method (ANCOVA) was used to analyze the findings.

Findings: The results, obtained in 2022, show that Islamic dignity therapy can significantly increase the life satisfaction component and reduce depression components among individuals suffering from depression at a p level of less than five percent.

Conclusion: Based on these findings, it can be concluded that Islamic spiritual dignity therapy can be an effective approach for alleviating depression and improving life satisfaction in these individuals. Islamic dignity therapy can be used as an intervention with patients with a sense of lacking dignity.

Keywords: Depression; Dignity; Islam; Sensation; Satisfaction; Therapy

Citation: Ghayor Baghbani A, Azadi M, Talebian Sharif J. **The Effectiveness of Islamic Dignity Therapy on Life Satisfaction and Depression of Patients with Depression.** J Isfahan Med Sch 2023; 41(731): 674-81.

1- MSc, Department of Family Counseling, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Mahmoud Azadi, Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran; Email: drazadi@hri.ac.ir