



اثربخشی استماع آوای قرآن کریم در بهبود افسردگی زنان نابارور

محسن گل محمدیان: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه کرمانشاه
ابراهیم نعیمی: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی
موسی چوپانی*: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی

دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم

سال ششم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۴، ص ۹۹-۱۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۸

چکیده

هدف: در عصر حاضر ناباروری یکی از استرس‌زاترین مشکلات زناشویی است که موجب آشفتگی‌های هیجانی و روانی در زوجین می‌شود که در این میان، آسیب‌پذیری زنان از پیامدهای منفی ناباروری بیش‌تر از مردان می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی استماع قرآن کریم بر افسردگی زنان نابارور بوده است. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام زنان نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری شهرستان شاهین‌دژ می‌باشد. این پژوهش بر روی ۳۰ زن نابارور که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند، انجام شد. سپس آزمودنی‌های انتخاب شده به طور کاملاً تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند که هر گروه تشکیل شده شامل ۱۵ نفر بودند. در مورد گروه آزمایشی ۱۵ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای مداخله‌ی استماع آوای قرآن کریم اجرا گردید اما در مورد آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویراست دوم (BDI-II) بود. یافته‌های نتایج این پژوهش نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل پس از اجرای مداخله‌ی استماع آوای قرآن کریم تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$). همچنین میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. نتایج: استماع قرآن کریم باعث کاهش افسردگی زنان نابارور شده است.

کلید واژه‌ها: استماع قرآن کریم؛ افسردگی؛ زنان نابارور



۱- مقدمه

ناباروری^۱ بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عدم وقوع حاملگی پس از یکسال یا بیش تر مقاربت بدون جلوگیری گفته می شود (استانتون و بورنس^۲، ۱۹۹۹: ۴۷). ناباروری تجربه ای استرس زا برای زوجین است که تمامی جنبه های زندگی: زناشویی، اجتماعی، جسمانی، عاطفی، مالی و روحی را تحت تأثیر قرار می دهد (سدلر^۳ و سیروپ^۴، ۱۹۹۸: ۶۹). این بیماری به دو نوع ناباروری اولیه (primary infertility) و ناباروری ثانویه (secondary infertility) تقسیم بندی می شود که در ناباروری اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است ولی در ناباروری ثانویه بارداری حداقل یک بار صورت گرفته است (پاک گوهر، ۱۳۸۷: ۲۳). ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار بدهد (کلخوران و همکاران، ۱۵۹: ۲۰۰۶). ناباروری فرآیندی است که جسم، شغل، ذهنیت و شخصیت زوجین را تحت تأثیر قرار می دهد و پیامدهای نامطلوبی در جنبه های روانی، جسمانی و اجتماعی فرد بر جای می گذارد (دومار و فریدمن، ۱۹۹۳: ۸۰). طبق گزارش سالیانه سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۱۰ تا ۱۵ درصد از زنان جهان دچار ناباروری هستند همچنین حدود ۷۵ درصد از این افراد پیوسته به دنبال درمان این بیماری بوده که به طور تقریبی ۵۰ تا ۶۰ درصد آنها مشکل ناباروری خود را رفع می کنند. ۵۰ تا ۸۰ درصد ناباروری ناشی از فاکتورهای مردانه و ۲۰ تا ۵۰ درصد ناشی از فاکتورهای زنانه می باشد (الوتو^۵ و همکاران، ۲۰۱۲) و سیاهکل و همکاران در پژوهش خویش شیوع ناباروری را در شهر تهران ۱۲/۶ درصد گزارش کردند (پاک گوهر و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۶). به گزارش صفری نژاد (۱۳۹۲) میزان کل ناباروری در ایران ۸ درصد می باشد که ۴/۶ درصد آن ناباروری اولیه و ۳/۴ درصد آن ناباروری ثانویه می باشد، همچنین استان کرمان با ۱۳ درصد و استان اردبیل با ۳/۵ درصد از بیش ترین و کم ترین درصد ناباروری رنج می برند. با وجود مطالعات متعدد درباره اهمیت ارتباط بدن و ذهن در ناباروری، متأسفانه سایر جنبه های مربوط به آن به ویژه جنبه های روانی آن چندان مورد توجه قرار نگرفته است. البته در سال های اخیر جنبه های روانی ناباروری بیش تر مورد توجه قرار گرفته است و به اهمیت جنبه های روانشناختی آن توجه بیش تری شده است، که از میان این تحقیقات می توان به تحقیق انجام شده توسط کلخوران و همکاران (۲۰۰۶) اشاره کرد که طی آن جنبه ها و واکنش های روانشناختی زوجین نابارور را مورد بررسی قرار داده و نتایج حاصل را با زوجین بارور مورد مقایسه قرار دادند که نتایج به دست آمده نشان داد میزان اضطراب و افسردگی زوجین نابارور در مقایسه با زوجین بارور در سطح بالاتری قرار دارد و میزان رضایت زناشویی آن ها به مراتب نسبت به گروه مورد مقایسه پایین تر است. ولگستن، اسوانبرگ، اکسلوس، لندویست و پروما^۶ در پژوهشی که در سال (۲۰۰۸: ۶۶) بر روی زوجین نابارور

1. infertility
2. Stanton and Bourns
3. Sedler
4. Sirop
5. Domar and Friedman
6. Velgeston, Esvanberg, Ekselius, Poromaa, Landkvist

انجام دادند سلامت روانشناختی آنها را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این گروه از زوجین نسبت به زوجین نابارور درصد بالاتری از اختلالات خلقی به ویژه افسردگی را نشان می‌دهند. کورمی نورای^۱ (۲۰۰۰: ۵۹) نیز در پژوهش خویش ابعاد روانشناختی ناباروری را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که ناباروری آسیب‌های روانشناختی زیادی به دنبال دارد که از جمله آن می‌توان به واکنش‌های نامعقول به ناباروری، پریشانی، نگرانی و احساس خشم اشاره کرد.

ناباروری یک بحران شدید محسوب می‌شود که پیامدهای روانشناختی زیادی را به دنبال دارد از آنجایی که باروری و تولیدمثل در اکثر فرهنگ‌ها به ویژه در فرهنگ ایران از ارزش بالایی برخوردار است، لذا ناباروری می‌تواند فشارهای زیادی را بر زوجین وارد کرده و زمینه‌ی انواع آسیب‌های جسمانی و روانی و اجتماعی را در آنها فراهم بکند (مطیعی، آقاییوسفی و شقاقی، ۱۳۹۰: ۹۱).

۵۰ درصد از زوجین ناباروری را به عنوان ناامیدکننده‌ترین تجربه‌ی زندگی تلقی می‌کنند و ۸۰ درصد از زوجین ناباروری را به عنوان یک تجربه‌ی استرس‌زا در زندگی تلقی می‌کنند (فریمان^۲ و همکاران، ۱۹۸۷: ۵۱۹). بدون شک ناتوانی در داشتن بچه و ناباروری، یک تجربه‌ی آسیب‌زا در زوجین می‌باشد که می‌تواند منجر به بروز انواع اختلال‌های روانی به ویژه افسردگی و اضطراب در آنها شود (دی‌یر و هافمن^۳، ۲۰۰۴: ۱۹۳۹).

ناباروری و نداشتن فرزند مشکلات زیادی هم‌چون افسردگی، اضطراب، خشم، ناامیدی، یأس، گناه، حسادت، پرخاشگری، کاهش عزت‌نفس، حس فقدان، سرزنش خود، اندیشه‌ی خودکشی، خودپنداره‌ی جنسی منفی و اختلال در عملکرد جنسی را برای زوجین ایجاد می‌کند (دی‌یر و لومبارد^۴، ۲۰۰۹: ۱۹۴۰)؛ که از جمله مهم‌ترین این مشکلات و پیامدها می‌توان به افسردگی اشاره کرد که یک مشکل مشترک در بین گروه زوجین نابارور به حساب می‌آید و میزان آن در زنان بیش‌تر از مردان می‌باشد که از دلایل این تفاوت می‌توان به سرزنش بیش‌تر زنان به خاطر این بیماری (ناباروری) و پذیرفته شدن نقش مادری توسط آنها اشاره کرد (دی‌یر و لومبارد، ۲۰۰۹). دومار و فریدمن (۱۹۹۳: ۵۷۰) انواع پیامدهای روانی از جمله رفتارهای تکانشی، فشارهای پراکنده، احساس درماندگی و بی‌ارزشی، اضطراب، تشویش و به ویژه افسردگی را برای این مشکل مشخص کرده‌اند، همچنین مطالعات زیادی نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در زنان نابارور بالاتر از جمعیت عمومی زنان می‌باشد. در پاره‌ای از مطالعات میزان شیوع افسردگی در میان زنان نابارور دوبرابر زنان بارور گزارش شده است (بهدانی و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۴۳).

در زوجین نابارور زنان در مقایسه با مردان بیش‌تر دچار استرس و افسردگی می‌شوند ولی هر دو تقریباً به یک اندازه از کاهش عزت‌نفس، احساس ناشایستگی، عدم تکامل و احساس از دست دادن هویت رنج می‌برند (استانتون و برگویش، ۲۰۰۲). زنان ناباروری که انزوای اجتماعی کم‌تری دارند، سطح بالاتری از رضایت زندگی و مهارت بیش‌تری در پاسخ به استرس ناشی از ناباروری را نشان می‌دهند (بهدانی و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۴۴). رمضان‌زاده در

1. Korminouri
2. Friman
3. Diyer, Hafman
4. Lombard



پژوهش خویش که در سال (۱۳۸۳) انجام داد به طور آشکاری نشان داد که افسردگی در زنان نابارور با علت نازایی، مدت نازایی، سطح تحصیلی و شغلی زنان ارتباط دارد، در واقع هر چه مدت زمان نازایی بیش تر باشد و سطح تحصیلی و شغلی زنان نابارور کم تر باشد شیوع و شدت افسردگی در آنها بالاتر می باشد.

در بسیاری از جوامع به ویژه جوامع سنتی نظیر ایران نگرش های منفی زیادی نسبت به زنان نابارور وجود دارد که پیامد آن انزوای اجتماعی این گروه و بی توجهی شدید نسبت به آنها است (لوم بارد، آبراهام و دی یو، ۲۰۰۵: ۱۹۴۱). در برخی جوامع از برچسب های منفی نظیر نامبارک و شوم برای زنان نابارور استفاده می کنند و تا حد زیادی از دخالت دادن آنها در فعالیت های مختلف اجتماعی نظیر مراسم ها امتناع می کنند که این موارد به تشدید آسیب های روانی - جسمانی حاصل از این بیماری در آنها به ویژه افسردگی کمک می کند (الحسن، مونتاکا و زیب لیم، ۲۰۱۴: ۱۸). مردم در جوامع مختلف این بیماری را به علل مختلفی نظیر تنبیه خداوند برای گذشته های ناپاک دختران، سحر و جادو یا نیروی های شیطانی و ماوراء الطبیعه، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری طبیعی و خوردن داروهای ضد بارداری نسبت می دهند. افسردگی حاصل از ناباروری نقش بسیار مهم و تخریب کننده ای بر جنبه های مختلف زندگی (روانی، جسمانی و اجتماعی) زوجین نابارور داشته و می تواند کیفیت رابطه ی زناشویی آنها را به طور کامل مختل کرده و رضایت و سازگاری زناشویی آنها را تا حد زیادی پایین بیاورد و حتی روابط فرا زناشویی آنها را مختل کند (رمضان زاده و همکاران: ۵۶۵، ۲۰۰۴).

میزان افسردگی زوجینی که مدت ۲ تا ۳ سال است از ناباروری رنج می برند بیش تر از زوجینی است که شش ماه تا یکسال است دچار این مشکل هستند و اوج میزان افسردگی زوجین نابارور در طول سال سوم ناباروری است (دومار^۲ و همکاران، ۱۹۹۳: ۵۷۳). پژوهش ها نشان می دهد که بعد از ۶ سال، نشانه های روانشناختی حاصل از ناباروری از جمله افسردگی در زنان کاهش می یابد همچنین زوجینی که از حمایت اجتماعی، ویژگی های شخصیتی مثبت و رضایت زناشویی بالاتری برخوردار هستند نشانه های افسردگی و اضطراب را نشان نمی دهند یا به میزان خیلی کمی نشان می دهند (دومار و همکاران، ۱۹۹۳: ۵۷۳).

موسیقی درمانی یکی از انواع روش های درمانی است که برای دامنه ی گسترده ای از مشکلات روانی به ویژه افسردگی، اضطراب و استرس مورد استفاده قرار می گیرد و استفاده از آن سبب افزایش آرامش، بهبود محاسبه ی ذهنی و کاهش اثرات منفی حاصل از استرس و کاهش احساس درد و اضطراب می شود (انصاری جابری و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۴). قرآن کریم از برترین موسیقی های عرفانی می باشد که آوایی دلنشین آن هر جسم و روحی را جلا می دهد که خواص ویژه آن و ملودی و ریتم خارق العاده ی آن از ابعاد اعجازی این عبارات الهی است که به خوبی اثر بخشی بر بهبود بیماری های روانی بر همگان و به خصوص اهل علم آشکار می باشد (میرباقر آجریز و رنجبر، ۱۳۸۹: ۱۶). قرآن کریم از بیانی رسا و سبکی شیوا برخوردار می باشد و از هر بعدی (روانی و جسمانی) شنوندگان را تحت تأثیر قرار می دهد (کلینی، ۳۲۱ هجری قمری، ۴۱۸ - ۴۱۹). با توجه به پژوهش های صورت گرفته در زمینه ی اثر بخشی موسیقی به ویژه موسیقی برخاسته از آوای قرآن کریم در بهبود بیماری های روانشناختی و با توجه

1 . Alhasan, mountaca and Ziblim

2 . Domar

به فرهنگ اسلامی جامعه‌ی ایرانی و تأثیرپذیری زیاد افراد این خطه از امور دینی، در این پژوهش تلاش می‌کنیم تأثیر آوای قرآن کریم را بر افسردگی زنان نابارور مورد بررسی قرار بدهیم. از میان پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی پژوهش حاضر انجام شده و به گونه‌ای با آن همسو می‌باشند می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد: انصاری جابری و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش خویش تحت عنوان تأثیر آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان مرادی رفسنجان نشان دادند که استماع آوای قرآن کریم در کاهش افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان رفسنجان تأثیر معناداری دارد. حاجی‌وند (۱۳۷۹) در تحقیق خویش از دوبرابر بودن میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های علمی کشور نسبت به دانشجویان حوزه‌های علمیه خبر می‌دهد که یکی از دلایل اصلی این تفاوت را میزان استماع قرآن کریم و تلاوت آن ذکر می‌کند. مداحی و جواهری نیز در پژوهش خویش از کم بودن میزان افسردگی حافظان قرآن کریم نسبت به غیرحافظان خبر دادند (میرباقر آجریز و رنجبر، ۱۳۸۹: ۱۶). این تحقیق‌ها تنها تحقیقاتی است که در زمینه‌ی اثربخشی آوای قرآن کریم بر افسردگی در ایران انجام شده است. محمدی‌نیا نیز در کتاب خود تحت عنوان نسیمی از بهشت (راه‌های درمان افسردگی و ایجاد نشاط و افزایش طول عمر در قرآن کریم و احادیث) از تأثیر مثبت آوای قرآن کریم بر کاهش افسردگی خبر می‌دهد (محمدی‌نیا، ۱۳۹۲: ۱۰-۷). سایر پژوهش‌های مشابهی که اثربخشی آوای قرآن کریم را بر سایر بیماری‌های روانی از جمله اضطراب نشان می‌دهد: علامه، جبل عاملی، لرستانی و اکبری (۱۳۹۲: ۶۰۳) در پژوهش خویش تحت عنوان اثربخشی آوای قرآن کریم بر روی میزان اضطراب و درد بیماران تحت عمل سزارین نشان دادند که آوای قرآن کریم در کاهش اضطراب و درد بیماران مذکور مؤثر می‌باشد. میرباقر آجریز و رنجبر (۱۳۸۹) در پژوهش خویش از مؤثر بودن آوای قرآن کریم بر کاهش اضطراب مادران قبل از عمل سزارین خبر دادند. شمسی، بیاتی و جهانی (۱۳۹۰) در پژوهش خویش از اثربخشی آوای قرآن کریم بر کاهش استرس کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اراک خبر دادند. کاظمی، انصاری، توکلی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش خویش تحت عنوان اثربخشی آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به این نتیجه رسیدند که آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان تأثیر مثبت دارد.

با توجه به افزایش روزافزون تعداد زوجین نابارور و شیوع گسترده‌ی افسردگی به عنوان یک مشکل مشترک در میان آن‌ها به ویژه در میان زنان نابارور، و به دلیل مؤثر بودن آوای قرآن کریم در بهبود بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب همانگونه که در پژوهش‌های بالا بدان اشاره شد و همچنین به دلیل مذهبی بودن جامعه‌ی ایران و نبود مراکز مشاوره‌ای کافی به ویژه در مناطق فقیرنشین و همیشه در دسترس بودن این متغیر آزمایشی (آوای قرآن کریم) پژوهش حاضر بر این هدف است که اثربخشی استماع آوای قرآن کریم بر کاهش افسردگی زنان نابارور را مورد سنجش قرار بدهد.

۲- روش پژوهش

این پژوهش که در سال (۱۳۹۴) انجام شده است از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. شرایط ورود به این مطالعه عبارت بودند از: سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال از تشخیص ناباروری آزمودنی‌ها، عدم سابقه‌ی آزمودنی‌ها به استفاده از روش‌های کمک‌باروری (assisted reproductive)



technology)، نداشتن فرزند، عدم استفاده از داروهایی که بر عملکرد جنسی افراد تأثیر می گذارد و ملیت ایرانی می باشد. ابتدا مشخصات فردی تمامی آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد و سپس آزمون افسردگی بک و ویراست دوم (BDI-II) بر روی آن ها اجرا شد و میزان افسردگی (نمره ی بک) آزمودنی ها به طور دقیق مشخص شد. سپس آزمودنی های مورد نظر به طور کاملاً تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش پژوهش حاضر تعداد ۱۵ جلسه ی مداخله ای استماع آوای قرآن کریم را هر هفته تعداد ۲ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای دریافت کردند، اما گروه کنترل پژوهش حاضر هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. مقیاس افسردگی بک و ویراست دوم (BDI-II) در دو مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون بر روی آزمودنی های هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

۲-۱- جامعه ی آماری و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری شهرستان شاهیندژ می باشد. بر همین اساس و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

۲-۲- ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ی افسردگی بک و ویراست دوم (BDI-II) می باشد. مقیاس افسردگی بک یکی از رایج ترین و معتبرترین آزمون های روانی در دنیا می باشد و در تمام اقشار و محیط های اجتماعی قابل اجرا بوده و به فرهنگ وابسته نیست. این پرسشنامه ی خودسنجی شامل ۲۱ سوال است و نمره ی کلی آن بین صفر تا ۶۳ می باشد. این پرسش نامه برای ارزیابی شدت افسردگی با تأکید بر ابعاد شناختی و رفتاری در اوایل دهه ی (۱۳۶۱) گسترش یافت. پرسشنامه دارای ۲۱ پرسش خودسنجی است و هر کدام از آن ها دارای ۴ گزاره می باشد که میزان رو به افزایش شدت را توصیف می کند. حد اقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ می باشد. با جمع کردن نمرات کسب شده توسط فرد در هر یک از ماده ها، نمره ی افسردگی فرد به طور مستقیم به دست می آید. نمره های زیر را می توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی در آزمون افسردگی بک به کار برد: نمره ی صفر تا ۱۳ هیچ کمترین میزان افسردگی را نشان می دهد، نمره ی ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف را نشان می دهد. نمره ی ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط را نشان می دهد و نمره ی ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهد. امتیاز این آزمون این می باشد که توانایی اندازه گیری میزان افسردگی افراد را در هر دو گروه بالینی و بهنجار را دارد. پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش های زیادی مورد تأیید قرار گرفته است (حمید و همکاران، ۱۳۹۰). در داخل و خارج از کشور مطالعات مختلفی صورت گرفته است که به اندازه گیری ویژگی های روانسنجی این ابزار پرداخته اند از جمله این مطالعات می توان به پژوهش های زیر اشاره کرد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه (۰/۸۹)، ضریب همبستگی بین دو نیمه ی آن (۰/۸۹)، ضریب باز آزمایی آن با فاصله ی دو هفته (۰/۹۴) و ضریب همبستگی این آزمون با ویراست نخست آن (۰/۹۳) می باشد (الیور و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۷). علی پور و نوری در پژوهش خویش که در سال (۱۳۸۵) انجام دادند ضریب پایایی این آزمون را (۰/۸۷ تا ۰/۴۸) گزارش کردند. تشکری و مهریار (۱۳۷۳) در پژوهش خویش ضریب پایایی این پرسشنامه را ۷۸ درصد به دست آوردند. (طلایی، کیمیایی، برهانی مغانی و همکاران، ۱۳۹۳: ۴).

در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال (۱۳۵۴) و وهاب‌زاده در سال (۱۳۵۲) و چگینی در سال (۱۳۸۱) اعتبار پرسش‌نامه افسردگی بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است و تشکری و مهریار نیز در سال (۱۳۷۳) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۳ به دست آوردند (طلایی و همکاران، ۱۳۹۳).

۳- یافته‌ها

با توجه به اطلاعات جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات افسردگی زنان نابارور در گروه آزمایش، در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۳۶/۹۳ و در مرحله‌ی پس‌آزمون ۲۸/۴۰ می‌باشد که چنین تفاوتی در میانگین‌های گروه کنترل دیده نمی‌شود.

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش

انحراف استاندارد		میانگین		مرحله	آماره‌ها متغیرها
گروه گواه	گروه آزمایش	گروه گواه	گروه آزمایش		
۵۶۳/۳	۲۳۳/۴	۴۶۷/۳۴	۹۳/۳۶	پیش‌آزمون	افسردگی
۱۱۷/۴	۳۹۷/۳	۶۶۶/۳۴	۴۰۰/۲۸	پس‌آزمون	

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد مفروضه‌ی همگنی شیب‌ها با مقدار $[F(1 و 26) = 12/5]$ و $P > 0/05$ برای افسردگی زنان نابارور معنادار نشده است، لذا فرض صفر مبتنی بر عدم همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر افسردگی رد می‌شود بنابراین شیب رگرسیونی برابر است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه‌ی مورد نظر از تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره (۲) آزمون تحلیل کوواریانس برای میانگین‌های نمرات افسردگی پس‌آزمون و پیش‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	مقدار f	Sig	ضریب اتا
گروه	۸۸۰/۴۰۲	۱	۸۸۰/۴۰۲	۱۱۸/۴۳	۰۰۰/۰	۵۶/
پیش‌آزمون	۶۵۸/۱۴۶	۱	۶۵۸/۱۴۶	۶۹۶/۱۵	۰۰۰/۰	۰۴/
خطا	۲۷۶/۲۵۲	۲۷	۳۴۴/۹			-

همانطور که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر افسردگی معنی‌دار است $[F(1 و 43) = 11/43]$ و $[P > 0/05]$ و $2 = 0/56$ لذا فرضیه‌ی پژوهش تأیید می‌شود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۰/۵۶ درصد از تفاوت میانگین‌ها به وسیله‌ی مداخله‌ی درمانی انجام شده است. بنابراین می‌توان اذعان



نمود، متغیر آزمایشی (استماع قرآن کریم) موجب کاهش افسردگی زنان نابارور شده است.

۴- بحث

ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی را بر زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند به طرق گوناگون بر سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی زوجین نابارور تأثیر گذاشته و باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، کاهش عمیق رضایت زناشویی، کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه‌ی رابطه‌ی زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی شود که نهایتاً می‌تواند منجر به پیامدهای روانی عمیقی به ویژه افسردگی در زوجین نابارور شود که میزان پیامدهای این بحران زنان نابارور را بیش‌تر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که میزان افسردگی گروه آزمایش پس از انجام مداخله‌ی مورد نظر (استماع آوای قرآن کریم) کاهش پیدا کرده است در حالی که چنین تغییری در میزان افسردگی گروه گواه به هیچ وجه دیده نمی‌شود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با تعداد زیادی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی اثر بخشی آوای قرآن کریم و مذهب همسو می‌باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد: نلسون و همکاران (۲۰۰۲م) در پژوهش خویش نشان دادند که معنویت و مذهب در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران ایدزی و سرطانی تأثیر زیادی دارد. جابری و همکاران (۱۳۸۴) نیز در پژوهش خویش نشان دادند که استماع آوای قرآن کریم در کاهش افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان رفسنجان تأثیر معناداری دارد که این نتیجه به طور کامل با نتیجه‌ی حاصل از پژوهش حاضر تطابق و همخوانی دارد. حاجی‌وند (۱۳۷۹) در تحقیق خویش از دوبرابر بودن میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های علمی کشور نسبت به دانشجویان حوزه‌های علمیه خبر می‌دهد که یکی از دلایل اصلی این تفاوت را میزان استماع قرآن کریم و تلاوت آن ذکر می‌کند. جابری و همکاران (۱۳۸۴) نیز در پژوهش خویش تحت عنوان تأثیر آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان مرادی رفسنجان نشان دادند که استماع آوای قرآن کریم در کاهش افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان رفسنجان تأثیر معناداری دارد. میلر و همکاران (۱۹۹۷م) در پژوهش خویش نشان دادند که اعتقادات مذهبی یک عامل پیشگیری کننده مهم از افسردگی در والدین و فرزندان‌شان می‌باشد. تمامی پژوهش‌های ذکر شده کاملاً با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همسو بوده و نتایج مشابهی را نشان می‌دهند و به طور آشکار تأثیر معنادار استماع آوای قرآن کریم در کاهش افسردگی انواع مختلف بیماری‌های روانی را آشکار می‌سازد. پس با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت که آوای قرآن کریم به عنوان یک موسیقی منظم آسمانی بر حالت روحی و روانی فرد تأثیر زیادی دارد. لذا با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های قبلی می‌توان از خواندن و استماع آوای قرآن کریم به عنوان یک روش درمانی سودمند در درمان بیماران روانی به ویژه در درمان و کاهش اضطراب و افسردگی استفاده کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که استماع آوای قرآن کریم تا حد زیادی باعث کاهش افسردگی زنان نابارور شده

است. با توجه به مذهبی بودن جامعه‌ی ایران و نفوذ باورهای دینی در میان گستره‌ی وسیعی از مردم و تأثیرپذیری زیاد افراد از منابع الهی و دینی می‌توان از این مداخله (استماع آوای قرآن کریم) به عنوان یک مداخله درمانی مستقل یا به عنوان یک مداخله‌ی تکمیلی در کنار سایر رویکردهایی که در درمان افسردگی کاربرد دارد استفاده کرد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان این مداخله (استماع آوای قرآن کریم) را به عنوان یک مداخله‌ی درمانی سودمند در کاهش افسردگی به ویژه در جوامع اسلامی نظیر ایران به مشاورین و درمانگران عرصه‌ی بهداشت و روان پیشنهاد کرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن حجم نمونه به دلیل بی‌سوادی بسیاری از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهرستان شاهیندژ و عدم تمایل برخی دیگر از زنان نابارور برای شرکت و حضور در پژوهش حاضر اشاره کرد. لذا به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با حجم نمونه‌ی بیش‌تر در همین زمینه اجرا گردد و شرایطی برای انجام پژوهش و مداخله‌ی درمانی حاضر (استماع آوای قرآن کریم) بر روی زنان نابارور بی‌سواد فراهم گردد و پژوهش بر روی آن‌ها اجرا گردد تا علاوه بر آشکار شدن تأثیر گذاری یا عدم تأثیر گذاری سطح تحصیلات زنان نابارور در میزان تأثیر پذیری از این مداخله (گوش دادن به آوای قرآن کریم) از مداخله‌ی درمانی مورد نظر بهره‌مند شوند.



منبع

- انصاری جابری، علی؛ نگهبانی بنابی، طیبه؛ صیادی اناری، احمدرضا؛ آقامحمدحسینی، پروین (۱۳۸۴). تاثیر آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان مرادی رفسنجان، مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره دهم (۱).
- بهدانی، فاطمه؛ عرفانیان، مجید؛ جبرانی، پریا؛ حجت، سید کاوه (۱۳۸۳). بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در میان زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه‌ی شهرستان مشهد. فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی، دوره ششم.
- پاک گوهر، مینو؛ ویژه، مریم؛ بابایی، غلامرضا؛ رمضانزاده، فاطمه (۱۳۷۸). تاثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان بارور، نشریه حیات، دوره چهاردهم (۱).
- حاجی‌وند، عبدالله (۱۳۷۹). بررسی میزان و شیوع اختلال افسردگی در میان دانشجویان حوزه‌ی علمیه و دانشگاه‌های علمی و ارتباط آن با نگرش مذهبی. مجموعه خلاصه‌ی مقالات همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام، کرمان، دوره سوم.
- شمسی، محسن؛ بیاتی، اکرم؛ جهانی، فرزانه؛ فرهنگ‌نیا، لیلا (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آوای قرآن کریم بر استرس در ک‌شده کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اراک. ماهنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره نوزدهم.
- علامه، تاج‌السادات؛ جبل‌عاملی، میترا؛ لرستانی، خدیجه؛ اکبری، مجتبی (۱۳۹۲). بررسی تاثیر صوت قرآن کریم بر روی میزان اضطراب و درد بیماران تحت عمل سزارین با روش بیهوشی اسپینال: مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی شاهددار. مجله‌ی دانشکده پزشکی اصفهان، دوره سی و یک.
- عرفانی، حسن (۱۳۶۹). پژوهش در شیوه‌های اعجاز قرآن. انتشارات دارالقرآن کریم، قم.
- علی‌پور، احمد؛ نوری، ناهید (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی در کارکنان دادگستری شهر تهران. فصلنامه اصول بهداشت روانی، دوره هشتم.
- کلخوران، لیلا؛ بهرامی، هادی؛ فرخی، نورعلی؛ زراعتی، حجت؛ ترحمی، مجید (۱۳۸۹). مقایسه‌ی اضطراب افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه منتخب زنان بارور و زنان نابارور. مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره دوازدهم.
- کاظمی، مجید؛ انصاری، علی؛ توکلی، محمد؛ کریمی، سیما (۱۳۸۲). اثربخشی آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره سوم.
- کلینی، محمد. (۳۱۰ق). اصول کافی. سیدجواد مصطفوی، چهارم، انتشارات گلگشت.
- مطیعی، گلاره؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. مجله‌ی روانشناسی کاربردی، دوره سوم.
- میرباقر آجریز، ندا؛ رنجبر، نرگس (۱۳۸۹). تاثیر آوای قرآن کریم بر میزان اضطراب مادران قبل از عمل سزارین: کارآزمایی بالینی تصادفی شده، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره چهارم.
- محمدی‌نیا، اسدالله (۱۳۹۲). نسیمی از بهشت (راه‌های درمان افسردگی و ایجاد نشاط و طول عمر در قرآن کریم واحادیث)، چاپ چهارم، انتشارات سبط اکبر (ص).

طلایی، علی؛ کیمیایی، سیدعلی؛ برهانی‌مغانی، مهدیه؛ محرری، فاطمه؛ طلایی، اندیشه؛ خانقائی، راشین (۱۳۹۳). بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور، مجله زنان مامائی و نازایی، دوره هفدهم. نیکبخت، علیرضا (۱۳۷۳). بررسی میزان تاثیر آوای قرآن کریم بر کاهش درد بعد از عمل جراحی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دوره چهارم.

Alhasan, A., Muntaca, S. Zimbil, A. R. (2000). a survey on depression among infertile womens in Ghana. BMC womens Health, 14 (6): 14-42.

Domar, AD., Zuttermeister, PC., Friedman, R. (1993). the psychological impact of infertility. a comparsion with patient with other medical condation, 19 (9): 568-۷۵.

Dyer, S., Lombard, C., Vanderspuy, Z. (2005). psychological distress among women suffering from couple infertility in south Africa. a quantitative assessment. Hum reprod, 19(4): ۱۹۴۳-۱۹۳۸.

Freeman, E., Rickels, K., Tansig, R., Boxer, A., Mastrienne, L., Tureck, R. (1978). emotional and psychological factors in follow-up of women after IVF-ET treatment A pilot investigation. Acta Obster Gynecol scand, 66, 517-521.

Feizi Boranji, L. (2002). Detection of psychological health self satisfaction and marital

Joshi, HL., Sing, R. (2009). psychological distress, coping and subjective wellbeing among infertitily women. BMC womens Health, 23(2): 329-336.

Kormi Nouri, R. (2000). Psycho-social aspects of infertility. J Reprod Infertil, 1(3): ۶۸-۵۷.

Ramezanzade, F., Aghssa, MM., shariat, M., Jafarabadi, MA. (2005). survey of relationship between anxiety, depression and duration infertitily. BMC womens Health, -۵۶۱ : (۶)۴

۵۷۱

Stanton, L., Burns, L. H. (1999). Behavioral medicine approaches to infertility counseling in infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians (Burns LH, Covington SN, eds). New York: Parthenon Publishing, 7(3): 129-۴۷

Shakeri, J., Hossieni, M., Golshani, S., Sadeghi, Kh., Fizollahy, V. (2006). Assessment of general health stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment. J Reprod Infertil, 7(3), 269-75

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Hum Reprod, 23(9), 2056-63