

بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان

سمیه کوپانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول). شیراز. ایران.

koopani_somayeh@yahoo.com

سیدمحمدرضا تقوی

دکترای روان‌شناسی بالینی، استاد دانشگاه شیراز. شیراز. ایران.

mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شد. ۳۰ نفر از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه شیراز، دارای سطوح اضطراب متوسط به بالا، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و پس از هم‌تاسازی، به تصادف در هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه‌درمانی معنوی-مذهبی در طول هشت جلسه، هفته‌ای یک‌بار برای گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل، معادل آن جلسات کتاب‌خوانی برگزار شد. مقیاس اضطراب صفت و حالت اسپیلبرگر، به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌کار برده شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات اضطراب صفت و حالت در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). نتایج نشان داد که گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، تأثیر معناداری در کاهش اضطراب صفت و حالت دانشجویان دارد و از ظرفیت‌های معنوی-مذهبی افراد می‌توان در پیشگیری و

درمان ناهنجاری‌های رفتاری-شناختی استفاده کرد
کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی معنوی-مذهبی، آموزه‌های اسلام، اضطراب فراگیر.

مقدمه

اضطراب هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی نظیر نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و با درجات مختلفی بروز می‌کند.

اختلالات اضطرابی، یکی از مشکلات شایع دانشجویان دانشگاه‌ها در سراسر جهان است. مطالعه‌ای در امریکا نشان داد که از ۱۵ هزار دانشجوی بررسی شده، ۱۵۰۰ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی هستند (جزایری، ۱۳۸۲: ص ۱۲۹). پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد دانشجویان از برخی علائم روان‌پزشکی به‌ویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج می‌برند و ۱۸/۳ درصد مشکوک به برخی اختلالات روانی هستند (حسینی، ۱۳۸۳: ص ۱۰۲).

برای کاهش اضطراب و جلوگیری از پیامدهای آن، شیوه‌های مختلف درمانی و مقابله با اضطراب شکل گرفته‌اند. از مهم‌ترین دلایل عدم توفیق این شیوه‌ها به عوامل مختلفی اشاره شده است از جمله: تک‌عاملی بودن درمان اختلالات روانی به‌جای توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد زیستی، عاطفی، هیجانی، شناختی، رفتاری، جنسیتی و اجتماعی انسان.

از طرفی، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه اخیر به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپیلکا، هود، هانس برگر و گورسوچ، ۲۰۰۳؛ آتن و ورثینگتون، ۲۰۰۹؛ کزدی، مارتوس، بولند و هاروات، ۲۰۱۱؛ حبیب‌وند، ۱۳۸۷). شواهد بسیاری نشان می‌دهد که رشد معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. همچنین، وجود هم‌بستگی بین تجربه‌های معنوی، عزت نفس و ایمان مذهبی، داشتن ارتباط با خدا و سلامت نشان داده شده است (وست، ۱۳۸۳؛ به نقل از یعقوبی، سهرابی، محمدزاده، ۱۳۹۱: ص ۱۴۸). به‌عنوان مثال وایلانته، تمپلتن و میسر (۲۰۰۸)، در پژوهشی برای بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت روان در ۲۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد، به این نتیجه رسیدند که دینداری با بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها، ارتباط مثبت معناداری دارد. درنهایت، آنها از دین به‌عنوان بزرگ‌ترین منبع سلامت روان به‌ویژه در

1. Spilka, Hood, Hansberger & Gorsuch
2. Aten & Worthington

افرادی که دارای منابع شخصی و حمایتی اندکی هستند، یاد می‌کنند.

با توجه به نقش مؤثر معنویت در بهداشت روان، در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روان‌شناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است و تحقیقات متعددی در زمینه کارآمدی این نوع روان‌درمانی صورت گرفته که به برخی از آنها اشاره می‌شود. در مطالعه‌ای کازوکی، راب، آلدوساری و برادویجن^۱ (۲۰۱۰)، نشان دادند که کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت، در درمان اختلال اضطراب فراگیر بسیار مؤثر بوده، باعث کاهش معنی‌داری در نگرانی و علائم اختلال اضطرابی در مبتلایان می‌شود. باررا، زنو، بوش، باربر و استنلی^۲ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، طی ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، باعث کاهش علائم بارز اختلال از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایشی بود. افزون بر موارد یادشده، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که تقی‌دات، نگرش‌ها و اعمال دینی با کاهش اضطراب ارتباط دارد. در پژوهش‌های متعددی نیز ارتباط اضطراب و متغیرهای چندگانه دینی (کونینگ، ۱۹۹۸)، رابطه بهزیستی معنوی و اضطراب (کاکزوروسکی، ۲۰۰۱)^۳ بررسی شده است که بر رابطه معکوس اعتقادات معنوی و اضطراب دلالت دارد.

پناهی (۱۳۸۷) رابطه بین تقیّد به نماز و آرامش روان را بررسی کرد و نتایج مؤید این مطلب بود که هر قدر تقیّد به نماز بیشتر باشد، دانش‌آموزان آرامش روانی بیشتر و اضطراب کمتری دارند. از طرفی، رابطه تقیّد به نماز و اضطراب حالت، بیشتر از رابطه تقیّد به نماز و اضطراب صفت است. واعظی، قدسی و فراغتی (۱۳۸۰) نیز رابطه دعا و اضطراب حالت و صفت در گروهی از نوجوانان و جوانان مقطع متوسطه مناطق آموزش و پرورش شهر تهران را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که افرادی که به میزان بیشتری از دعا استفاده می‌کردند، اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند.

مطالعه کریستوفر، الیسون، بوردت و ترنس^۴ (۲۰۰۹) روی جوانان امریکایی نشان داد که غالباً تمایلات و اعتقادات مذهبی به زندگی پس از مرگ، ارتباط معکوسی با احساس اضطراب و ارتباط مثبتی با احساس آرامش دارد. در تحقیق دیگری که به بررسی نقش تعدیل‌کننده تحمل رنج در ارتباط با حساسیت فیزیکی اضطراب مرتبط با تجربه مجدد علائم حملات وحشت‌زدگی و اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شده بود، رابطه معنادار متقابلی بین حساسیت اضطرابی،

1. Koszycki, Raab, Aldosary & Bradwejn
2. Barrera, Zeno, Bush, Barber & Stanley
3. Kaczorowski
4. Christopher, Ellison, Burdette & Terrence

نگرانی‌های جسمی و تحمل نگرانی به‌دست آمد (کرامر، روبرتو و ملشیل، ۲۰۱۲). در پژوهش دیگری که با هدف بررسی صفات خودشیفتگی، ماده‌گرایی و اضطراب مد در ۵۹۱ دانشجوی دختر تایوانی صورت گرفت، رابطه مثبت بین صفات خودشیفتگی و ماده‌گرایی به‌دست آمد. همچنین، ماده‌گرایی رابطه مثبت معناداری با اضطراب مد نشان داد. اما مهم‌ترین یافته پژوهش، نقش واسطه‌گری ماده‌گرایی بین صفات خودشیفتگی و اضطراب مد بود (شانگ، لو، سو، لین و شان، ۲۰۱۱).

مطالعه آقایی (۱۳۸۸) در رابطه بین آموزش مفاهیم دینی رضا و توکل با اضطراب دانش‌آموزان، نشان داد که گروه آزمایشی که این آموزش‌ها را دریافت کرده بودند به‌طور معنی‌داری، اضطراب کمتری در مقایسه با گروه گواه نشان دادند. خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) تأثیر آموزش مثبت‌نگری همراه با استفاده از شیوه‌های درمانی بر اساس آموزه‌های دینی بر زندانیان را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که شیوه‌های درمانی، با تأکید بر آموزه‌های دینی و آموزش مثبت‌نگری در اکثر مقیاس‌های سلامت عمومی تأثیر معناداری دارد. در مجموع، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که ایمان، اعتقادهای مذهبی، مراسم و آیین‌های مذهبی، عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان به شکل مؤثری به‌کار برده شوند.

با توجه به مطالب ارائه‌شده و نقش گسترده دین در آرامش روان و با توجه به اینکه امروزه بیش از هر زمان دیگری، ضرورت تفکر و اندیشه در باب تأثیرگذاری اعتقادات دینی بر تمامی امور انسانی به‌ویژه مسائل عاطفی و روحی احساس می‌شود و از طرفی، اختلالات اضطرابی یکی از مشکلات شایع دانشجویان دانشگاه‌ها است، پژوهش حاضر قصد دارد تا به روش تجربی به بررسی فرضیه‌های زیر بپردازد:

۱. با استفاده از گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، اضطراب صفت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری دارد.

۲. با استفاده از گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، اضطراب حالت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری دارد.

1. Kraemer, luberton & Meleisha

2. Chang, Lu, Su, Lin & Change

روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شد. متغیر مستقل گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام و متغیر وابسته اضطراب و متغیر کنترل، پیشینه مذهبی، تحصیلات، جنسیت و وضعیت تأهل در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ در مقطع کارشناسی بود.

برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. نخست از بین هفت خوابگاه دخترانه مقطع کارشناسی (مجردان) به تصادف چهار خوابگاه انتخاب و سپس از بین طبقات این خوابگاه‌ها به تصادف دو طبقه انتخاب شد و پس از تکمیل پرسش‌نامه اضطراب صفت اسپیلبرگر، از بین دانشجویانی که نمره بالاتر از ۴۳ کسب کردند، پس از همتاسازی به منظور سازماندهی دو گروه ۱۵ نفری، به صورت تصادفی هریک از آزمودنی‌ها در یکی از گروه‌های آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش به شرح زیر بودند: ۱. پس از مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های DSM-IV-TR تشخیص اول آنها اضطراب فراگیر باشد؛ ۲. نبود اختلالات بارز روان‌پزشکی از قبیل سایکوز، افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت؛ و ۳. عدم دریافت درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی.

ابزار پژوهش

الف - پرسش‌نامه اضطراب صفت و حالت اسپیلبرگر (STAI)

این پرسش‌نامه در قالب ۴۰ عبارت در قالب دو مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت تنظیم شده است. در هر مقیاس ۲۰ عبارت وجود دارد که در قالب درجه‌بندی لیکرت و به صورت چهار درجه‌ای از: اصلاً، تاحدی، متوسط و خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شود. در مقیاس حالت، ۱۰ گویه معکوس وجود دارد که مفهوم مثبت داشته و نشانگر اضطراب نیستند.

در مقیاس اضطراب صفت، چهار درجه لیکرت عبارت‌اند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه. در مقیاس اضطراب صفت، ۹ ماده معکوس وجود دارد. مهram (۱۳۷۳) در هنجاریابی آزمون اسپیلبرگر در شهر مشهد که روی ۶۰۰ نفر پژوهش انجام داد و پایایی تست ذکر شده را از طریق فرمول آلفای کرونباخ درباره مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ و کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرد؛ علاوه بر این، مطالعه دارای روایی از نوع ملاکی هم‌زمان است که جهت روایی، متناسب با حجم نمونه ملاک (۱۳۰) فرد مضطرب با تشخیص

روان‌پزشک)، ۱۳۰ نفر از نمونه هنجار (با رعایت نسبت جنسیت و گروه‌های سنی اعضای نمونه ملاک) به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس جهت مطالعه روایی آزمون، میانگین‌های اضطراب حالت و صفت در دو سطح ۰/۹۵ و ۰/۹۹ به‌صورت مجزا محاسبه شد که نتایج محاسبه اطمینان ۹۵ درصد و ۹۹ درصد معنادار بود.

ب- پرسش‌نامه ایمان مذهبی

این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که گویه‌های آن با انجام تحلیل عاملی توسط گودرزی و نوری (۱۳۹۲)، براساس ۵۳ گویه پرسش‌نامه اصلی استخراج شده‌اند. این آزمون چهار عامل تسلط بر نفس، ایمان افعالی، خویشتن‌داری، خیرخواهی و هدفمندی را می‌سنجد و در یک مقیاس پنج درجه‌ای «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافقم و نه مخالف»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» نمره‌گذاری می‌شود. به هر کدام از عبارات آزمون، براساس پاسخ داده‌شده وزنی بین صفر تا چهار تخصیص می‌یابد و نمره‌گذاری بعضی از گویه‌ها به‌صورت معکوس است. پایایی عامل‌ها از طریق محاسبه آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. ضرایب روایی واگرایی این مقیاس، با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۴۹ - و با پرسش‌نامه نومییدی بک ۰/۵۴ - بود. همچنین، ضرایب روایی همگرایی این مقیاس با دو عامل «عقاید و مناسک» و «خیرخواهی و هدفمندی» پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۵۷ به‌دست آمد.

روش اجرا

اعضای گروه کنترل و آزمایشی در یک جلسه عمومی، مقیاس اضطراب اسپیلبرگر را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. اعضای گروه کنترل، در جلسات کتاب‌خوانی (داستان) و اعضای گروه آزمایشی در جلسات آموزشی که طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد شرکت کردند. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. پس از آن، نتایج نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طرح مداخله

طرح درمانی محقق‌ساخته است که توسط محمدی (۱۳۹۲) تنظیم شده و از طریق مشورت با اندیشمندان حوزوی و دانشگاهی و منابع معتبر تکمیل شده است. به این معنی که نویسندگان این سطور تلاش کردند از مفاهیم بسیار دیگری که در آموزه‌های اسلام توصیه شده است، جهت بسط

این طرح درمانی بهره گیرند. در جلسات آموزشی از شیوه‌هایی چون بحث گروهی، ارائه الگویا سرمشق در قالب داستان‌هایی برخاسته از قرآن، متون دینی و ادبی و تکالیف خانگی استفاده شد. محتوای جلسات گروه‌درمانی معنوی-اسلامی به اختصار به شرح زیر است:

جلسه اول

معارفه و آشنایی کلی با اضطراب و علائم آن، آشنایی گروه با نحوه درمان و روند جلسات درمانی.

جلسه دوم

ارائه مفهوم صحیحی از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای داشتن نگرش ایمانی در زندگی و آشنایی با مفهوم خودشناسی.

جلسه سوم

نقش توکل و اعتماد به خداوند در زندگی، بیان احادیث و روایات مبتنی بر نقش اعتماد به خداوند در آرامش روان، بیان مصداق‌هایی از نقش توکل به خداوند در کارهای روزمره و بررسی آثار آن.

جلسه چهارم

ارائه تعریف مفهومی و تحلیلی ذکر، بیان نقش ذکر و عبادت در آرامش روان.

جلسه پنجم

نقش رضا به قضا و قدر الهی در زندگی، بحث درباره نداشتن منافات رضا با دعا، تلاش و کوشش، آموزش راه دستیابی به مقام رضا.

جلسه ششم

آموزش واقعیت‌شناسی دنیا و نقش قناعت در آرامش روان، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت قناعت و بیان واقعیت‌های دنیا از نگاه دینی.

جلسه هفتم

آشنایی با مفاهیم صبر و مثبت‌اندیشی و تشریح نقش آنها در زندگی، آموزش روش نهادینه کردن این صفات.

جلسه هشتم

اختتام شامل بیان خلاصه‌ای از کل جلسات، آموزش تعمیم آموخته‌ها به مسائل زندگی و پاسخ‌گویی به سؤالات ممکن.

محتوای گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام را می‌توان در پیوست ۱ ملاحظه کرد.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج این محاسبات در ادامه خواهد آمد. در جدول ۱ مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و پیشینه مذهبی) شرکت‌کنندگان ارائه شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و پیشینه مذهبی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری نشان ندادند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن و پیشینه مذهبی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها و مقایسه میانگین‌های دو گروه

متغیر	آزمایش		کنترل		t-test	
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	t	درجه آزادی
سن	۲۱/۲۰ (۱/۴۲)	۲۲ (۱/۷۳)	-۱/۳۸	۲۸	۰/۱۷	
پیشینه مذهبی	۵۱/۲۰ (۹/۷۷)	۵۲/۰۶ (۹/۷۱)	-۰/۲۴	۲۸	۰/۸۰	

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب صفت و اضطراب حالت به تفکیک دو گروه (کنترل و آزمایش) ارائه شده است. چنان‌که نتایج این جدول نشان می‌دهد میانگین نمره‌های اضطراب صفت و اضطراب حالت در گروه آزمایش پس از مداخله درمانی کاهش یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایشی و کنترل قبل و بعد از درمان

متغیرهای پژوهش	قبل از درمان		بعد از درمان	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)

اضطراب صفت	(۷/۷۲) ۵۳/۶۰	(۷/۵۰) ۵۴/۵۳	(۸/۵۵) ۴۶/۴۰	(۷/۲۷) ۵۳/۳۳
اضطراب حالت	(۱/۰۵) ۴۸/۶۰	(۱/۱۵) ۴۶/۷۳	(۱/۱۵) ۳۶/۹۳	(۱/۲۹) ۴۳/۸۶

فرضیه اول: با استفاده از گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، اضطراب صفت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری خواهد داشت.

برای بررسی همگونی واریانس‌ها بین دو گروه، از آزمون لوین استفاده شد که معنی‌دار نبود $[F(1, 28) = 37 / n.s.]$ ، در نتیجه پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها تأمین شد. پس از تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها، مفروضه همگونی شیب رگرسیون محاسبه شد. نتایج بررسی این پیش‌فرض نیز معنی‌دار نشد $[F(1, 28) > 1 / n.s.]$ ؛ بنابراین، شیب رگرسیون یکسان بود، یعنی بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون تعامل وجود ندارد.

خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری روی نمرات پس‌آزمون اضطراب صفت با کووریت پیش‌آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است. بر این اساس، بین گروه‌ها در نمرات اضطراب صفت در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $[F(1, 28) = 14 / 70, p > 0.01]$. به این معنا که نمرات اضطراب صفت در پس‌آزمون در گروه آزمایشی به‌طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است؛ بنابراین، گروه‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، به‌طور معنی‌داری، اضطراب صفت را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۳۵/۳ درصد بوده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری روی نمرات پس‌آزمون اضطراب صفت با کووریت پیش‌آزمون

منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۲۵۲/۱۸	۱	۱۲۵۲/۱۸	۶۵/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۰۹	۱
گروه	۲۷۹/۱۹	۱	۲۷۹/۱۹	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۹۵
خطا	۵۱۲/۷۴	۲۷	۱۸/۹۹				
کل	۷۶۷۲۶/۰۰	۳۰					

$P < 0 / 05$

فرضیه دوم: با استفاده از گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، اضطراب حالت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری خواهد داشت.

برای بررسی همگونی واریانس‌ها بین دو گروه، از آزمون لوین استفاده شد که معنی‌دار نبود [F(۱, ۲۸) = ۰/۶۱, ۲, n.s.]، در نتیجه پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها تأمین شد. پس از تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها، مفروضه همگونی شیب رگرسیون محاسبه شد که به سطح معنی‌داری نرسید [F(۱, ۲۸) = ۰/۱, ۴, n.s.]؛ بنابراین، شیب رگرسیون یکسان است و بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون در اضطراب حالت، تعامل وجود ندارد.

خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری روی نمرات پس‌آزمون اضطراب حالت با کووریت پیش‌آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است. بر این اساس، بین گروه‌ها در نمرات اضطراب حالت در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود [F(۱, ۲۸) = ۳۳/۴۲, > p, ۰۰۱]. به این معنا که نمرات اضطراب حالت در پس‌آزمون در گروه آزمایشی به‌طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است؛ بنابراین، گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، به‌طور معنی‌داری، اضطراب حالت را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۵۵/۳ درصد بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری روی نمرات پس‌آزمون اضطراب حالت با کووریت پیش‌آزمون

منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۷۴۳/۵۴	۱	۳۷۴۳/۵۴	۲۱۲/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۸۸۷	۱
گروه	۵۸۸/۲۴	۱	۵۸۸/۲۴	۳۳/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۳	۱
خطا	۴۷۵/۱۲	۲۷	۱۷/۵۹				
کل	۵۳۵۴۴/۰۰	۳۰					

$P < 0/05$

نتیجه‌گیری بحث یافته اول

اولین یافته حاکی از این بود که گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، اضطراب صفت را کاهش داده است. تحقیقات زیادی همسوبا نتایج پژوهش حاضر، حاکی از اثربخشی

درمان‌های معنوی در کاهش اضطراب است (بولنس، روس، ریپلوگ و کوئینگ، ۲۰۱۲؛ کازوکی و همکاران، ۲۰۱۰؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱؛ مطلق، کج باف و صالح زاده، ۱۳۹۰؛ باررا و همکاران، ۲۰۱۲؛ پاکرت، فیلیس، کالی، لیپرابهو، لامکس و استنلی، ۲۰۰۹؛ آقایی، ۱۳۸۸؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶). رابطه کاهش اضطراب و تقید به نماز (پناهی، ۱۳۸۷؛ رادفر و عروجی، ۱۳۸۰؛ جلیلوند و اژه‌ای، ۱۳۷۶)، اعتقاد به زندگی پس از مرگ (کوین، ۲۰۱۲؛ کریستوفر و همکاران، ۲۰۰۹؛ الیسون، بوردت و هیل، ۲۰۰۹؛ فلانلی، الیسون، گالک و کوئینگ، ۲۰۰۸)، توکل (غباری بناب، خدایاری فرد و شکوهی، ۱۳۸۰؛ آقایی، ۱۳۸۸) نمونه‌هایی از این پژوهش‌ها هستند.

در تبیین اثربخشی این شیوه درمانی می‌توان چنین بیان کرد که ایمان به خداوند و توکل به او باعث ایجاد احساس ایمنی در فرد مضطربی می‌شود که برداشت منفی از تهدید و ارزیابی خطر دارد، به‌ویژه در موقعیت‌هایی که غیرقابل کنترل یا غیرقابل پیش‌بینی هستند. زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می‌داند. در نظر وی، وقوع حوادث جهان براساس حکمت است و جهان هستی واجد نظم بوده و تمامی امور با اراده و تدبیر الهی اتفاق می‌افتند؛ بنابراین، این دیدگاه که حوادث جهان تصادفی نیست و تحت تدبیر و قدرت خداوندی است که مشفق و خیرخواه است، می‌تواند احساس تهدید در فرد اضطرابی را کاهش دهد؛ از طرف دیگر، فرد حوادث احتمالی آینده را پیش‌بینی می‌کند ولی از آنجاکه قابلیت و توانایی مقابله با آن را در خود نمی‌بیند؛ بنابراین، دچار تنش شده و واکنش‌های جسمانی/روان‌شناختی در وی برانگیخته می‌شود. ولی فرد متوکل اعتقاد دارد که خالق هستی بزرگ‌ترین حافظ و تکیه‌گاه او است و احساس می‌کند پشتیبانی دارد که در همه مسائل او را کفایت می‌کند. امید به کمک و یقین به یاری خداوندی که قدرتش برترین قدرت‌ها است، باعث می‌شود که فرد به این اطمینان برسد که با یاری مدبر هستی توانایی مقابله با مشکلات را دارد.

اعتقاد به قضا و قدر الهی نیز به‌نوبه خود می‌تواند احساس تنش را کاهش دهد. فرد مضطرب نتیجه امور را ماحصل توانایی و دستاوردهای خویش قلمداد می‌کند؛ بنابراین، ترس از دست‌دادن نتیجه و شکست‌های احتمالی، موجبات اضطراب را فراهم می‌کند. در صورتی که فرد متوکل و معتقد به قضا و قدر الهی، از یک سو می‌داند که اگرچه انسان مختار است، اختیار او مطلق نیست و از تلاش‌های خویش تنها در محدوده مقدرات بهره می‌گیرد و از سوی دیگر، بر این باور است آنچه خداوند متعال تقدیر کرده و حکم می‌کند مبتنی بر خیر است و اساساً از حکیم، عمل غیر حکیمانه سر نمی‌زند؛ بنابراین، نتیجه را چه خوشایند و چه ناخوشایند، خیر تلقی کرده و به نظر می‌رسد که

این نوع نگاه می‌تواند ترس ناشی از پیش‌بینی شکست را کاهش دهد و در نتیجه، موجبات آرامش فرد را فراهم کند.

اثر بخشی درمان را از این جنبه نیز می‌توان تبیین کرد که اگر نگرش فرد به زندگی و واقعیت‌های دنیا واقع‌گرایانه باشد، آنگاه انتظارات او از زندگی کمال‌گرایانه نخواهد بود. شاید بتوان گفت هماهنگی انتظارات با واقعیت‌ها و قانع‌بودن به داشته‌ها، شرط کلان شادزیستن و دوری از استرس و پریشانی است. همچنین، اعتقاد به معاد و اینکه انسان برای آخرت آفریده شده است، تحمل شدائد و مصائب را آسان می‌کند. زیرا گذشته از اینکه اتفاقات دنیوی نتیجه قضا و قدر الهی است، صبر و شکیبایی در مقابل مصائب نیز دارای اجر عظیمی است و البته آنچه مهم است سعی و تلاش است و به نتیجه‌رسیدن در درجه دوم اهمیت قرار دارد. زیرا سعی و تلاش در راه هدف، به خودی خود دارای فواید بسیاری است؛ بنابراین، افراد می‌آموزند که خطرها و بحران‌ها را بیش از حد خطرناک یا وخیم ارزیابی نکنند و از طرفی، اگر انسان صبرپیشه در مسیر رفع مشکلات به اهداف خویش نرسد، دچار احساس ناکارآمدی، که یکی از عوامل اضطراب است، نخواهد شد (ثابت، ۱۳۸۷: ص ۸۸)؛ از طرف دیگر، فردی که بهره دنیا را بسیار زیاد و مهم می‌شمارد و ارزش خویش را بر اساس دستاوردهای خود در این دنیا ملاک قرار می‌دهد، ممکن است اهداف غیرواقع‌بینانه و کمال‌گرایانه‌ای را برای خود تعیین کند که در صورت عدم دسترسی به آنها زمینه ناکامی و اضطراب برای وی فراهم می‌شود.

بنابراین، عواملی از قبیل توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، اعتقاد به معاد و... که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق می‌شود، می‌توانند باعث آرامش فرد شوند. محققان تاکنون در باب تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم مذهبی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه، بهبود بخشی بیماران روانی و مقاوم‌کردن افراد در برابر حوادث و وقایع دردناک و ایجاد آرامش به نتایج مثبت و قابل ملاحظه‌ای دست یافته‌اند. با وجود اختلاف روش‌ها، محیط‌ها و موضوع‌های بررسی شده، تقریباً تمامی این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی، یک ارزش مثبت تلقی می‌شود، میزان اختلال‌های روانی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی به‌طور محسوسی کمتر از میزان آنها در محیط‌ها و جوامع غیرمذهبی است و افراد مذهبی به‌طور کلی سلامت روانی بیشتری نسبت به دیگران دارند (پناهی، ۱۳۸۲: ص ۱۷).

بحث یافته دوم

دومین یافته حاکی از این بود که، گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، به طور معناداری اضطراب حالت را در گروه آزمایشی کاهش داده است. این نتیجه با نتایج به دست آمده توسط گله‌داری و ساکی (۱۳۸۰)، واعظی، قدسی و فراغتی (۱۳۸۰)؛ عظیمی لولتی و ضرغامی (۱۳۸۰) همخوانی دارد. همچنین، بولنس، روس، رپلوگ و کوئینگ (۲۰۱۲) نشان دادند که ارزیابی نماز در یک ماه و یک سال پس از مداخله منجر به کاهش افسردگی و اضطراب، خوش‌بینی بیشتر و تجربه سطوح بالایی از معنویت شده است.

همان‌طور که بیان شد، اضطراب حالت به سطوح متغیر اضطراب تجربه‌شده در یک لحظه مشخص اشاره دارد. اسپیلبرگر بین اضطراب صفت و حالت تمایز قائل است و معتقد است صفت اضطراب بر حالت اضطراب اثر می‌گذارد. همچنین، موقعیت‌های تهدیدکننده در افرادی که صفت اضطراب بالاتری دارند، ایجاد حالت اضطراب بالاتری می‌کند تا در افرادی که صفت اضطراب پایین‌تری دارند (خسروی، ۱۳۷۶: ص ۲۷)؛ بنابراین، اثربخشی درمان معنوی-مذهبی از همین زاویه قابل تبیین است. به نظر می‌رسد به علت تعاملی که بین اضطراب صفت و حالت وجود دارد، همراه با کاهش اضطراب صفت، اضطراب حالت نیز کاهش می‌یابد. در سایه نگرش ایمانی، به تدریج نوع نگاه فرد معتقد به جهان تغییر می‌کند و به تبیین‌های واقع‌بینانه‌تری دست می‌یابد. متغیرها و عواملی که نقش تعیین‌کنندگی بالاتری در هستی دارند را شناسایی می‌کند و به آنها ایمان می‌آورد و این می‌تواند موجب کاهش اضطراب صفت در وی شود. بر همین اساس، در موقعیت‌های تهدیدکننده، احتمال می‌رود این نوع نگرش در آرامش فرد و کاهش اضطراب حالت او در مواجهه با تهدید آنی نیز مؤثر باشد.

به‌علاوه، این تأثیرگذاری، از طریق ادراک نقش نیایش و دعا در کاهش اضطراب حالت، قابل تبیین است. نیایش و دعا رابطه‌ای است معنوی و فطری که بین انسان و خالق خود به‌عنوان منبع فیض و کرامت و رحمت برقرار می‌شود. فرد از طریق دعا و نیایش خاشعانه و خاضعانه، خود را به مبدأ آفرینش نزدیک کرده و رابطه عاطفی عمیقی که در این حالت بین او و خداوند برقرار می‌شود، روح و روان او را تقویت کرده و می‌تواند علائم روحی و فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب حالت را کاهش دهد؛ از سوی دیگر، نیایش و راز و نیاز حقیقی با خداوند می‌تواند به مثابه شیوه‌ای از برون‌ریزی هیجان مطرح باشد. دعا و نیایش به درگاه باری تعالی، طلب یاری از او و اطمینان از حلم، علم، کرامت، قدرت و مصلحت‌بینی خالق هستی می‌تواند در کاهش اضطراب و ناراحتی فرد مؤثر باشد. روان‌شناسان معتقدند یادآوری و بازگویی مشکلات، موجب کاهش شدت اضطراب

و تخفیف ناراحتی‌ها و مشکلات می‌شود (شاگری نیا، ۱۳۷۹: ص ۳۷۹). به نظر می‌رسد طرح این مسائل نزد خداوند کریم و علیم، اثراتی به مراتب بیشتر داشته باشد؛ موضوعی که می‌تواند در پژوهش‌های آتی به‌طور ویژه مورد مذاقه قرار گیرد. تبیین دیگری که می‌تواند در آینده بررسی‌های بیشتری درباره آن انجام شود این است که فرد با اعمالی از قبیل ذکر، دعا و نیایش (نماز)، سعی می‌کند در آن لحظه همه افکار و خاطره‌ها، از جمله فشارها و سختی‌ها را از ذهن خود دور کند و تنها متوجه خداوند شود. احتمالاً مکانیزم این رفتار شبیه روش‌های توجه برگردانی و آرام‌سازی است که برخی از روان‌درمانگران برای درمان بیماری‌های روانی از آن استفاده کرده‌اند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دو نکته اشاره کرد: ۱. عدم بررسی اثربخشی درمان در مرحله پیگیری به دلیل در دسترس نبودن نمونه، و ۲. عدم امکان تعمیم نتایج تحقیق به دانشجویان پسر. همچنین، پیشنهاد می‌شود در طرح‌های درمانی آتی اولاً، برنامه درمانی به صورتی تدوین شود که به هر مبحث آموزشی، زمان بیشتری اختصاص داده شود، و ثانیاً، توصیه می‌شود جلسات ابتدایی با مباحث جهان‌بینی اسلامی و خداشناسی آغاز شود. نیز در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود میزان اثربخشی هر یک از مؤلفه‌های درمانی مطرح‌شده در این پژوهش دقیق‌تر کنکاش و بررسی شده، اثربخشی این طرح درمان بر روی گروه‌های دیگر غیر از دانشجویان دختر، و بر سایر اختلالات مثل افسردگی، تحلیل و بررسی شود.

پیوست^۱

در میان ادیان الهی، مذهب اسلام مملو از رهنمودهای لازم برای رسیدن به آرامش روح و روان است که این رهنمودها در سه حیطه عوامل شناختی، عوامل رفتاری و عوامل عاطفی-معنوی بحث و بررسی می‌شود. محتوای گروه‌درمانی معنوی-مذهبی برای کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان براساس آموزه‌های اسلامی زیر بود:

۱. عوامل شناختی شامل خداشناسی و ایمان به خداوند مانند آثار و ثمرات ایمان به خداوند از قبیل توکل، اعتقاد به قضا و قدر الهی، تقدیر امور توسط خداوند، تقدیر خیر، رضا و تسلیم و مثبت‌اندیشی؛ هستی‌شناسی شامل اصول حاکم بر هستی، واقعیت‌شناسی دنیا و ایمان به معاد و خودشناسی.

۲. عامل رفتاری مانند صبر، توجه به زمان حال، قناعت و پرهیز از آرزوهای طولانی.

۳. عامل عاطفی-معنوی مانند عبادت (توضیحات مفصل این موارد را در کویانی، ۱۳۹۳ بیابید).

کتابنامه

۱. آقایی، ز. ۱۳۸۸. «بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم دینی رضا و توکل به خدا به شیوه گروهی، بر کاهش اضطراب دختران دانش آموز سال اول دبیرستان». تربیت اسلامی. (۵) ۱۰. صص ۱۰۰-۷۹.
۲. ابراهیمی، ا؛ نشاط دوست، ح؛ کلانتری، م و نصیری، ح. ۱۳۸۴. «رابطه بین ذکر و دعا با میزان اضطراب دانشجویان». تحقیقات علوم رفتاری. (۳) ۲. صص ۴۹-۴۳.
۳. پناهی، ع. ۱۳۸۲. «بررسی رابطه تقید به نماز و سطح اضطراب دانش آموزان سال دوم دبیرستان‌های شهرستان قم». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. قم. مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
۴. _____ ۱۳۸۷. «نقش نماز در آرامش روان». روان‌شناسی در تعامل با دین. (۱) ۱. صص ۵۳-۲۱.
۵. ثابت، ف. «اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب و شادکامی». مطالعات اسلام و روان‌شناسی. ۲. صص ۹۴-۷۹.
۶. جزایری، ع؛ قهاری، ش. ۱۳۸۲. «رویکرد اساسی در بررسی سلامت روان دانشجویان: مدلی برای مداخله». پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی. (۲) ۹. صص ۱۵۵-۱۲۷.
۷. جلیوند، م؛ اژه‌ای، ج. ۱۳۷۶. «مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش آموزان دبیرستان شهر تهران». دانشگاه اسلامی. (۶۱) ۸. صص ۶۸-۶۱.
۸. حبیب‌وند، ع. ۱۳۸۷. «رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی». روان‌شناسی و دین. (۳) ۱. صص ۱۰۷-۷۹.
۹. حسینی، ح؛ موسوی، م. ۱۳۸۳. «مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان کارآموز پزشکی و پیراپزشکی». مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان. (۱۳) ۶. صص ۱۰۷-۱۰۱.
۱۰. خلعتبری، ج. ۱۳۸۴. «بررسی اثربخشی درمان‌های رفتاری-شناختی، شناختی، دارویی و تلفیقی و کاهش علائم اضطراب حالت و صفت». پژوهش‌های تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد. ۲. صص ۵۸-۲۱.
۱۱. خدایاری فرد، م؛ همکاران. ۱۳۸۶. «روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر». سازمان زندان‌های استان تهران. تهران.
۱۲. خدایپناهی شهری، م. ۱۳۷۲. «بررسی مقدماتی روایی، اعتبار و نرم‌یابی سیاهه حالت-صفت اضطراب». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
۱۳. خسروی، ز؛ مهدی‌فر، ز. ۱۳۷۶. «بررسی و مقایسه ثبت اسناد دانش آموزان مضطرب (حالت

- و صفت اضطراب) و عادی شهر تهران». مجله علوم انسانی دانشگاه الزهرا (س). ۲۲. صص ۲۵-۴۶.
۱۴. رادفر، ش؛ عروجی، ز. ۱۳۸۰. «بررسی نقش نماز در میزان شیوع اضطراب دختران دانش آموز مقطع دبیرستان شهرستان قم». اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی ایران. صص ۲۴-۲۷.
۱۵. شهامت ده سرخ، ف؛ صالحی، ج. ۱۳۹۲. «سوگیری توجه در اضطراب حالت، صفت: پارادایم ردیابی نقطه». پژوهش های نوین روان شناختی. ۸(۲۹). صص ۱۹۶-۱۸۳.
۱۶. شریفی نیا، م. ۱۳۸۷. «بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهداری زندانیان». مطالعات اسلام و روان شناسی. ۲. صص ۳۰-۷.
۱۷. شاکری نیا، ا. ۱۳۷۹. «تأثیر باورهای مذهبی بر بهداشت روانی انسان». پیوند. ۲۵۷. صص ۳۹-۳۴.
۱۸. عظیمی لولتی، ح؛ ضرغابی، م. ۱۳۸۰. «مقابله مذهبی و اضطراب». مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی. تهران. صص ۲۷-۲۴.
۱۹. غباری بناب، ب؛ خدایاری فرد، م؛ شکوهی، م. ۱۳۸۰. «رابطه توکل به خدا با اضطراب، صبر و امیدواری در شرایط ناگوار». مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان. تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.
۲۰. کوپانی، س. ۱۳۹۳. «بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان». پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شیراز.
۲۱. گودرزی، م؛ نوری، ا. ۱۳۹۲. ساخت و اعتباریابی مقدماتی مقیاس اسلامی ایرانی ایمان مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز. در دست چاپ.
۲۲. گله داری، ن؛ ساکی، م. ۱۳۸۰. «تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش آزمون دانشجویان». ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۲۳. محمدی، ف. ۱۳۹۲. «اثربخشی درمان معنوی اسلامی بر سلامت معنوی و ولع مصرف بیماران وابسته به مواد ایپودی شهر اصفهان». پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. علوم تحقیقات واحد خوارسگان اصفهان.
۲۴. مهram، ب. ۱۳۷۳. «پژوهش هنجاریابی آزمون اضطراب اسپیلبرگر در شهر مشهد». پایان نامه

کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

۲۵. وحیدی مطلق، ل و همکاران. ۱۳۹۰. «اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مذهبی بر اضطراب دانش آموزان». علوم رفتاری. (۳). صص ۲۰۱-۱۹۵.
۲۶. واعظی، ا؛ قدسی، ص؛ فراغتی، م. ۱۳۸۰. «بررسی رابطه دعا و اضطراب». ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران. فروردین ماه. صص ۳۰-۲۷.
۲۷. یعقوبی، حسن؛ فرامرز سهرابی، علی محمدزاده. ۱۳۹۱. «مقیاسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی-مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان». مطالعات روان‌شناسی بالینی. (۷). صص ۱۶۳-۱۴۵.
28. Aten, J. & Worthington, E. L” 2009 .**Next steps for clinicians in religious and spiritual therapy: An end piece**”. Journal of Clinical Psychology. 65(2). P 224-229.
29. Barrera, T.L., Zeno, D., Bush, A.L., Barber, C.R. & Stanley, M.A. 2012. **"Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies"**. Cognitive and Behavioral Practice. 19(2). P 58-346.
30. Boelens, P., Reeves, R. R., Replogle, W. H. & Koenig, H. G. 2012. **"The effect of prayer on depression and anxiety: Maintenance of positive influence one year after prayer intervention"**. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 43(1). P 85-98.
31. Chang, W.L., Lu, L.C., SU., H. J., Lin, T.A & Change, K. Y. 2011. **"The relationship among consumer vanity trait, materialism and fashion anxiety"**. African Journal of Business Management. 5(9). P 3466-3471.
32. Christopher, G., Ellison, A., Burdette, M. & Terrence D. H. 2009. **"Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US Adults"**. Social Science Research. 38. P 656-667.
33. Ellison, C.G., Burdette, A.M., Hill, T.D. 2009. **"Blessed assurance: religion, anxiety and tranquility among US adults"**. Social Science Research. 38(3). P 67-656.
34. Flannelly, J., Ellison, C.G., Galek, K. Koenig, H.G. 2008. **"Belief about life after death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology"**. Journal of Psychology and Theology. 36(2). P 49-103.

35. Kraemer, K. M., Lubertoa, C. M. & Mcleisha, A. C. 2012. "**The moderating role of distress tolerance in the association between anxiety sensitivity, physical concerns and panic PTSD-related re-experiencing symptoms**". An International Journal of Anxiety, Stress & Coping. 1(13). P 1-13.
36. Kevine, J., Flannelly, C. G., Ellison, K. G. & Nava, R. S. 2012. "**Beliefs about the world and psychiatric symptoms**". Journal of Religion & Health. 1(4). P 1-13.
37. Kezdy, A., Martos, T., Boland, V. & Horvath, S. K. 2011. "**Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes**". Journal of Adolescence. 1(34). P 39-47.
38. Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F. & Bradwejn, J. 2010. "**A multi faith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial**". Journal of Clinical Psychology. 66(4). P 41-430.
39. Kaczorowski, J. 2001. "**Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer**". Hospital Journal. 5. P 105-116.
40. Koenig, H. G. 1998. **Handbook of religion mental health**. New York: Academic Press.
41. Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomx, J. W., Stanly, M. A. 2009. "**Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression**". Journal of Psychiatric Practice. 15(2). P 12-103.
42. Spilka, B., Hood, J. R., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. 2003. **The psychology of religion: An empirical approach**. New York: Guilford.
43. Yaillanta, G. J., Templeton, M. A. & Meyer, S. E. 2008. "**The natural history of male mental health and religious involvement**". Social Science & Medicine. 66. P 221-231.