

اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی - اسلامی

بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

صدیقه خیاطان مصطفوی^۱، * اصغر آقایی^۲، محسن گل‌پرور^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

(تاریخ وصول: ۹۶/۱۲/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۰۷)

The Effectiveness of Stress Management Based on Iranian-Islamic Spiritual Therapy on Stress, Anxiety and Depression in Women with Fibromyalgia

Sedigheh_khayatan Mostafavi¹, *Asghar Aghaei², Mohsen Golparvar³

1. Ph.D Student, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch.

2. Professor of psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch.

3. Associate professor of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch.

(Received: Feb. 28, 2018 - Accepted: Sept. 29, 2018)

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of stress management training with Iranian-Islamic spiritual therapy on stress, anxiety, and depression in women with fibromyalgia. **Method:** the Research method was semi-experimental with two-group and three-stage (pre-test-post test-follow up). Among the statistical population of women with fibromyalgia, 30 patients were selected in Isfahan according to the criteria for entering the research and were randomly assigned to the experimental group (n = 15 = under the educational program; Stress management with Iranian-Islamic spiritual therapy content was assigned to 12 sessions once a week), and control group (n = 15 = no intervention). All participants completed the Depression, Anxiety and Stress Measurement Scale (21DASS) in three stages of the baseline, after implementation of Iranian-Islamic spiritual therapy and at the follow-up stage. **Result:** The results of repeated measure analysis of variances showed that stress-management program with Iranian-Islamic spiritual therapy content after intervention and follow-up (45 days after baseline measurement) had a significant effect on reduction of stress, anxiety, and depression ($p < 0.01$). **Conclusion:** According to the results of this study, stress management training with Iranian-Islamic spiritual therapy content is an effective method for reducing the severity of stress, anxiety, and depression in women with fibromyalgia.

Keywords: stress management, Iranian-Islamic spiritual therapy, Fibromyalgia, stress, anxiety, depression.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب، افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) سه مرحله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بودند که تعداد ۳۰ نفر از میان آن‌ها در شهر اصفهان بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش (n=15) تحت برنامه آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی طی 12 جلسه گروهی یک بار در هفته) و گروه کنترل (n=15) مداخله‌ی دریافت نکرد) گمارده شدند. کلیه شرکت‌کنندگان مقیاس سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (21DASS) را در سه مرحله خط پایه، پس از اجرای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی و در مرحله پیگیری تکمیل کردند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که برنامه مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی پس از مداخله و پیگیری (۴۵ روز پس از سنجش خط پایه) بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.01$). نتیجه-گیری: طبق نتایج این پژوهش، آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی به شیوه گروهی روش موثری برای کاهش شدت استرس، اضطراب، افسردگی در زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا است.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، معنویت درمانی ایرانی-اسلامی، فیبرومیالژیا، استرس، اضطراب، افسردگی.

* نویسنده مسئول: اصغر آقایی

* Corresponding Author: Asghar Aghaei

Email: aghaeipsy@gmail.com

۲۰۰۸). تخمین زده می‌شود که فیبرومیالژی به طور تقریبی ۲٪ تا ۷٪ جمعیت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (بنت^۸، ۲۰۰۹؛ ولف و هازر^۹، ۲۰۱۱). فیبرومیالژیا در زنان هفت برابر شایعتر از مردان است؛ و بیش از ۸۰ درصد مبتلایان آن را زنان با دامنه ی سنی ۲۵ تا ۵۵ سال تشکیل می‌دهند و با افزایش سن، شیوع آن نیز افزایش می‌یابد (لامی، مارتینز، سانچز، میروس، دینر، پرادوس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۶). همچنین شیوع این بیماری در سال ۲۰۱۱ در ایالات متحده حدوداً ۴ درصد برآورد شده است (حسینی، یعقوبی و مبینی، ۱۳۹۳). شیوع این بیماری در مطالعه انجام شده توسط ناجی و عرب چهار درصد گزارش شد و در این مطالعه بیان شد که نسبت مبتلایان زن به مرد نه به یک بوده است (ناجی و عرب، ۱۳۸۵).

این سندرم صرفاً بر اساس تاریخچه بیماری و معاینه بالینی توسط پزشک، بر اساس معیارکالج روماتولوژی آمریکا (ACR)^{۱۱} تشخیص داده می‌شود (ولف و همکاران، ۲۰۱۰؛ میلر، گروگان-کاپلر، پررون، کیلیورن، ولتمن و بائر^{۱۲}، ۲۰۱۳). نشانگان درد مزمن^{۱۳} مشکلی شایع در بین بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا است که به علت ماهیت پیچیده، سبب شناسی مبهم و همچنین پاسخ ضعیف به درمان، چالش‌های اساسی برای

فیبرومیالژی^۱ سندرم شایع و ناتوان کننده‌ای است که با درد پراکنده و چندجانبه عضلانی-استخوانی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد، آشفتگی خواب، خستگی و انعطاف ناپذیری عضلانی مشخص است (ولف، کلاو، فیتچارلز، گلدنبرگ، کتز، ماسه و همکاران^۲، ۲۰۱۰؛ ولفولک، آلن و آپتر^۳، ۲۰۱۲). مکانیسم‌های سببی مختلفی برای فیبرومیالژی و بیماری‌های دیگری که در آن درد گسترده در اعضای مختلف وجود دارد، فرض شده‌اند تا احساس درد غیرطبیعی را توضیح دهند (سومر، هاوسر، گرهولد، یوراسچکی، پتزک، تولت و همکاران^۴، ۲۰۰۸؛ مک‌بث، تومنسون، چوگراهام، مک‌فارلین، جکسون، لیتل‌وود و همکاران^۵، ۲۰۱۵). اختلالات دستگاه‌های عصبی خودمختار و محیطی، کاهش پاسخ کورتیزول به استرس، افزایش سطح میانجی عصبی ماده P در مایع مغزی - نخاعی، وجود سطوح پایین‌تری از هورمون رشد، سطوح پایین متابولیت‌های سروتونین در مایع مغزی - نخاعی، آشفتگی خواب از پاتورن‌های^۶ مطرح شده در این بیماران است (ستی‌سی، کوزولا، باسکولا، اسپیت، گیمبراردینو، سارزی‌پوتینی و همکاران^۷،

8. Bennett
9. Wolfe & Häuser
10. Lami, Martínez, Sánchez, Miró, Diener, Prados et al
11. American College of Rheumatology (ACR)
12. Miller, Grogan-Kaylor, Perron, Kilbourne, Woltmann & Bauer
13. Chronic Pain Syndrom (CPS)

1. Fibromialgia
2. Wolfe, Clauw, Fitzcharles, Goldenberg, Katz, Mease et al.
3. Woolfolk, Allen & Apter
4. Sommer, Häuser, Gerhold, Joraschky, Petzke, Tölle et al
5. McBeth, Tomenson, Chew-Graham, Macfarlane, Jackson, Littlewood et al
6. Pathogenesis
7. Stisi, Cazzola, Buskila, Spath, Giamberardino, Sarzi-Puttini et al

جرم اختلالات خلقی محسوب می‌شود که بر اساس معیارهای *DSM-5* با علائم خلق افسرده به معنی غم، ناامیدی و احساس خلاء، از دست دادن لذت یا علاقه، کندی روانی- حرکتی، احساس گناه و افکار مربوط به مرگ، ناتوانی در تمرکز و از دست دادن انرژی می‌باشد (قربانی، علیپور و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۶؛ گنجی، ۱۳۹۳). افسردگی جزء بیماری‌های روانی است که سیستم ایمنی بدن را تضعیف نموده و بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های جسمانی می‌کند (زائو، فورد، تسایی، لی، دهنگرا و بالوز^۵، ۲۰۱۱). در تایید تاثیر و تاثیر متقابل میان استرس، اضطراب و افسردگی با مشکلات درد در بیماری‌های مزمنی مانند فیبرومیالژیا، درمانگران متعلق به تمامی حوزه‌های فکری اتفاق نظر دارند که کاهش اضطراب و استرس بهترین راه برای کاهش اختلال درد مزمن می‌باشد (گچل و ترک^۶، ۱۳۸۳/۱۹۹۶). برای نمونه برخی از اندیشمندان بر این نظر هستند که امید و استرس^۷ هر دو در شرایط سخت، بر بهزیستی روانی تأثیر می‌گذارند. وقتی که عامل استرس‌زا، زندگی انسان را تحت تاثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی انسان از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی، آسیب پذیر می‌گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب، افسردگی و استرس فرا خوانده می‌شود (ریو^۸، ۱۳۹۰/۲۰۰۵). استرس شدید و بلند مدت نظیر

درمانگران ایجاد می‌کند (کتز، رزنبلوم و فاشلر^۱، ۲۰۱۵). استرس، اضطراب، ناامیدی و افسردگی پیامدهای هیجانی زندگی با درد محسوب می‌شود (چو، گوردون، لئون کاسازولا، رزنبرگ، بیکلر، برنان و همکاران^۲، ۲۰۱۶). بر این اساس، از یکسو، درد هیجان منفی به دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجان منفی موجب تداوم درد می‌شود (هیوز، هلند، زانینو، لینک، میچل و تامپسون^۳، ۲۰۱۵). سه متغیری که در راستای نظریات و پژوهش‌های انجام شده بر روی افراد دارای بیماری‌های مزمن همراه با درد می‌تواند هم متاثر از درد و همه در یک چرخه معیوب موجب تداوم درد مزمن و مشکلات جانبی دیگر شوند، استرس، اضطراب و افسردگی هستند.

استرس به عنوان مجموعه واکنش‌های غیر اختصاصی جاندار در مقابل هر نوع تقاضای سازگاری با آن تعریف شده است. این نوع تقاضاهای سازگاری تحت عنوان عوامل استرس‌زا شناخته شده است (عبدی و آریاپوران، ۱۳۹۲). در کنار استرس، اضطراب عبارت است از یک حالت روانی برانگیختگی شدید که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از ترس، تردید، و نگرانی مفرط (سندی، احتشام‌زاده، عسگری و کافی، ۱۳۹۶؛ گنجی، ۱۳۹۳) که با یک یا چند احساس جسمی مانند تپش قلب، تنگی نفس، سردرد، ناراحتی معده و بی‌قراری همراه است (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۰۷). به دنبال استرس و اضطراب، افسردگی از

5. Zhao, Ford, Tsai, Li, Dhingra & Balluz
6. Gatchel & Turk
7. stress
8. Reeve

1. Katz, Rosenbloom & Fashler
2. Chou, Gordon, de Leon-Casasola, Rosenberg, Bickler, Brennan et al
3. Hughes, Holland, Zanino, Link, Michael & Thompson
4. Kaplan & Sodack

تأیید شده است. دیویس و لیساکر^۴ (۲۰۰۵) اثربخشی تکنیک‌های شناختی- رفتاری را در بهبود مهارت‌های فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب، مؤثر نشان داده‌اند. با این حال، علیرغم تأثیر روش مدیریت استرس، به نظر می‌رسد که در پاره‌ای از مواقع در بلند مدت، روش مدیریت استرس به شیوه شناختی و رفتاری نمی‌تواند سودمند واقع گردد. دلیل این امر آن است که با وجود تأکید بر افکار غیرمنطقی و جایگزین نمودن آن با شناخت‌های کارآمد در درمان شناختی و رفتاری، فرد به دلیل نداشتن معنا و مفهوم در زندگی خود، نمی‌تواند فلسفه حیات را درک نموده و در نتیجه احساس ناامنی باعث می‌شود که افکار منفی مجدداً در ذهن فرد، جریان یابد. به همین دلیل در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان افراد، معنویت^۵ به عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد پیشینه نظری و پژوهشی شده است (یونکر، سچنابلراچ و دهان^۶، ۲۰۱۲؛ والبورن^۷، ۲۰۱۴).

معنویت اغلب به عنوان باورها و اعمال شخصی که متأثر از ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر در جهان است تعریف می‌شود. لازم به ذکر است که معنویت منعکس‌کننده تعالیم مذهبی نیست، اما بخشی مهم از بسیاری از مذاهب است (ماسون، سینگلتون و وبر^۸، ۲۰۰۷). بر پایه تعریف مورد اشاره، از نگاه کلی، معنویت و گرایش به معنویت همواره با شدت و ضعف‌های متفاوتی با

تغییرات زندگی (هارکنس و لوتر، ۲۰۰۱) می‌تواند توانایی سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار دهد، موجب افسردگی شود و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (کی‌کولت - گلاسر، اسپیچر، هالیدی و گلاسر^۱، ۲۰۰۲).

طیف مشکلات مربوط به استرس، اضطراب و افسردگی که به‌طور جدی می‌تواند کیفیت زندگی و فرایند سازگاری انسان از جمله افراد مبتلا به بیماری‌های مزمنی چون فیبرومیالژیا را تحت تأثیر قرار دهد، روان‌شناسان و پزشکان را بر آن داشته تا تلاش‌های زیادی را در راستای کمک به بیمارانی نظیر فیبرومیالژیا برای کنترل استرس، اضطراب و افسردگی صرف نمایند. بر اساس پژوهش‌های مختلف، اکنون شواهد تکرار پذیر و قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش مدیریت استرس مبتنی بر رویکردهایی نظیر درمان شناختی-رفتاری درآمیخته شده با محتوای معنوی می‌تواند سبب بهبود وضعیت سلامت جسمانی بیماران شود. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس آور افزایش می‌دهد (آخته، علی‌پور و شریفی‌ساکي، ۱۳۹۳؛ لیندن^۳، ۲۰۰۶). اثربخشی راهبردهای مقابله با استرس در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، از جمله مشکلات مرتبط با استرس

4. Davis & Lysaker

5. Spirituality

6. Yonker, Schnabelrauch & DeHaan

7. Walborn

8. Mason, Singleton & Webber

1. Harkness & Luther

2. Kiecolt-Glaser, Speicher, Holiday & Glaser

3. Linden

زندگی و حیات بشر عجین بوده و در آینده نیز خواهد بود. این درآمیختگی در بیانی ساده حاصل فطرت خداجو و معنویت‌گرای بشر است. این‌که دلایل فراز و فرود گرایش و تمایل انسان به معنویت نتیجه چه عوامل و دلایلی است، خود مجاللی جداگانه را می‌طلبد. اما افزایش قابل توجهی از پژوهش‌های یک تا دو دهه پیش تاکنون به‌خوبی نشان داده‌اند که گرایش به معنویت به‌سان جنبشی به نسبت فراگیر در میان درمانگران و مشاوران تاکنون به حیطه‌های مختلف حرفه یاری‌رسانی و درمان روان‌شناختی وارد و شواهدی نیز در باب تأثیرات مثبت این رویکردها و درمان‌ها به ثبت رسیده است. از جمله جمعیت‌هایی که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد می‌توانند از درمان‌های معنویت‌گرا بهره‌مطلوبی ببرند، افراد مبتلا به اختلال‌های روان-تنی هستند (موریسون، بروزوویچ، لی، جزایری، گلدین، هیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). شواهدی وجود دارد که حاکی از نقش پر اهمیت معنویت و مذهب در مقابله با بیماری است. دلیل این امر آن است که سلامت معنوی، حفاظت بیشتری را در مقابل ناامیدی و یأس به خصوص در بیماران دچار دردهای مزمن پدید می‌آورد (کلهرنیا گلکار، بنی‌جمالی، بهرامی، حاتمی و احدی، ۱۳۹۳). علاوه بر این معنویت نقشی مهم در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد (لیونه، ارین و تود، ۲۰۰۴). در زمینه‌ی تأثیر مثبت روانی و ارتباط با پروردگار چه به صورت

فردی و چه در مراسم جمعی، به هنگام روبه‌رو شدن با سختی‌ها، در گنجینه‌ی ذخایر اسلامی شواهد بسیاری در راستای کمک به بیماران و یا دیگر افراد وجود دارد (مبارکی، تازی، نجدی، تاجفوتی، آریانی و اسکوالی، ۲۰۱۵). افکار مثبت و سخت‌رویی، هر دو از مؤلفه‌های معنویت بوده و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد. همچنین بین سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبت وجود دارد. نوع نگرشها عامل مؤثری در تحمل درد است (ریکو-ویلاداموروس، سلیم و کالاندره، ۲۰۱۵؛ گیلن، باری و باطر، ۲۰۱۶). در تعالیم اسلامی نیز از یک سو، حفظ سلامتی تکلیف شده و از سوی دیگر، بر ایجاد نگرشی مثبت نسبت به بیماری و درد تأکید ویژه‌ای شده است. همچنین در تعالیم اسلامی برای مقابله با درد روش‌هایی از جمله روش‌های شناختی، عاطفی-معنوی، عملی و حمایت اجتماعی معرفی شده است. طبق آیه‌ی 22 سوره‌ی حدید «ما أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِی الْأَرْضِ وَلَا فِی أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِی كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا وَ آیه‌ی 93 سوره‌ی كهف، «لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ»؛ باید این اعتقاد در شخص تقویت شود که گرچه جهان دارای نظام علت و معلولی است، ولی رخدادهای این نظام تحت اشراف خداوند و به نیرو و اذن او تحقق می‌یابد و خداوند دارای قدرت، حکمت و رحمت بی‌انتها

3. Mbarki, Tazi, Najdi, Tachfouti, Arrayhani & Sqalli

4. Rico-Villademoros, Slim & Calandre

5. Gillen, Barry & Bater

1. Morrison, Brozovich, Lee, Jazaieri, Goldin, Heimberg et al

2. Livneh, Erin & Todd

رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی را نتیجه گرفتند. حمید و ویسی (۱۳۹۱) اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا را در کاهش علائم افسردگی را گزارش نمودند. یعقوبی، سهرابی و محمدزاده (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند شیوه‌های درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی همانند روش‌های شناختی و رفتاری در کاهش اضطراب مؤثر است.

مطالعات مورد اشاره در داخل و خارج از ایران، در عمل هیچ‌یک از مداخله‌ای متمرکز بر مدیریت استرس معنویت‌محور با تمرکز ایرانی-اسلامی را دنبال ننموده‌اند. این امر در حالی است که دین مبین اسلام و جامعه ایران از ظرفیت‌های معنوی اسلامی و ایرانی بالایی برای یاری‌رسانی به بیماران مختلف از جمله به بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا برخوردار است. بر پایه آنچه که در حوزه مبانی نظری و پژوهشی بیان گردید، از آنجایی که طبق بررسی‌های انجام شده، تاکنون در ایران کمتر پژوهشی درباره‌ی مبتلایان به فیبرومیالژیا و به کارگیری روش‌های درمانی معنویت‌محور با تمرکز بر آموزه‌های دین مبین اسلام در بیماران مزمن تمرکز صرف است، پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ساز توجه بیشتر به درمان‌های موازی روانی-معنوی برای بیمارانی مانند بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا باشد. بنابراین هدف اصلی در این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر آن با روش مدیریت استرس درمانی بر متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس در درمان بیماران مبتلا فیبرومیالژیا مورد بررسی قرار می‌گیرد. جمله از نظر ادبی اشکال دارد - به -

است. در کنار مبانی نظری مطرح شده، تحقیقات متعددی در مورد اثربخشی روان‌درمانی معنوی و مذهبی صورت گرفته است.

پاکرت، فیلیپ، کولی، لوبوپرابو، لومکس و استنلی^۱ (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی رفتاری با مذهب و معنویت نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود. الیسون، باردت و هیل^۲ (۲۰۰۹) با انجام پژوهشی در یک نمونه افراد عادی نشان دادند که شدت پایبندی به باورهای مذهبی و باور به مفاهیمی مانند معاد، همبستگی منفی و معنی‌داری با احساس اضطراب و همبستگی مثبت و معنی‌داری با آرامش دارد. کوسکی، راب، الدوسری و بردوجن^۳ (۲۰۱۰) نشان دادند که مداخله مبتنی بر معنویت، باعث کاهش نگرانی و علائم اضطراب می‌شود. باررا، زنو، باش، باربر و استنلی^۴ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب باعث کاهش علائم بارز اختلال از جمله نگرانی می‌شود. کجباف، حسینی، قمرانی و رزازیان (۱۳۹۶) در پژوهشی دیگر نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر معنویت اسلامی در کاهش تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سردرد تنشی تأثیر معنی‌داری دارد. ویسی، حمید و بساک‌نژاد (۱۳۹۳) نیز بررسی اثربخشی درمان

1. Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu, Lomax & Stanley

2. Ellison, Burdette & Hill

3. Koszycki, Raab, Aldosary & Bradwejn

4. Barrera, Zeno, Bush, Barber & Stanley,

همین منظور پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش گروهی مدیریت استرس مبتنی بر معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا تأثیر دارد؟ و فرضیه پژوهش نیز به این شرح بوده است: مداخله مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی مبتنی بر رویکرد ایرانی-اسلامی براسترس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا در شهر اصفهان دارای تاثیر است.

روش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت یک پژوهش نیمه آزمایشی (بر مبنای روش انتخاب هدفمند) و طرح پژوهش، طرح دو گروهی (یک گروه، گروه مدیریت استرس با تاکید بر معنویت درمانی اسلامی و یک گروه به عنوان کنترل) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بود. متغیرهای پژوهش شامل یک متغیر مستقل (در دو سطح اجرای مدیریت استرس مبتنی بر معنویت درمانی با رویکرد ایرانی-اسلامی و عدم اجرای این رویکرد در گروه کنترل) و سه متغیر وابسته استرس، اضطراب و افسردگی بود. در گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی رویکرد مدیریت استرس مبتنی بر معنویت درمانی با رویکرد ایرانی-اسلامی اجرا شد.

جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه کننده به کلینیک‌های درد شهر اصفهان در پائیز و زمستان ۱۳۹۵ به تعداد ۴۰ نفر بودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر که بنا به

تشخیص پزشک معالج متخصص، مبتلا به فیبرومیالژیا شناخته شده بودند، با روش نمونه-گیری هدفمند انتخاب شدند. تشخیص قطعی فیبرومیالژیا در زنان با گرفتن شرح حال و معاینه های معمول و به کمک متخصص روماتولوژی بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی درد و همچنین انجمن روماتولوژی آمریکا شامل: وجود سابقه ی درد مزمن (دست کم به مدت ۹ ماه) و درد منتشر(بالا و پایین کمر و دو طرفه)؛ و همچنین درد در ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه‌ی حساس در معاینه های تشخیصی، در نظر گرفته شده است (مکبته، تومنسون، چو-گراهام، مکفرلانه، جکسون، لیتلوود و همکاران^۱، ۲۰۱۵). در نهایت ۳۰ نفر نمونه انتخاب شده با رعایت موازین اخلاقی پژوهش و منطق درمان به صورت تصادفی در یکی از دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. رضایت آگاهانه به شکل مکتوب از شرکت کنندگان اخذ شد.

معیارهای ورود به این شرح بودند: (۱) سن ۲۵ سال و بالاتر؛ (۲) تشخیص قطعی بیماری فیبرومیالژیا که شش ماه از تشخیص بیماری فیبرومیالژیا آنها گذشته باشد و تحت درمان بسر می برند؛ (۳) داشتن تمایل به شرکت در پژوهش؛ (۴) توانایی فهم و تکلم و سواد خواندن و نوشتن زبان فارسی. معیارهای خروج نیز شامل: (۱) داشتن بیماری بدنی غیر از فیبرومیالژیا؛ (۲) داشتن اختلالات روانی به تشخیص روانپزشک؛ (۳) مصرف داروهای روانپزشکی و روانگردان و اعتیاد؛ (۴) عدم حضور پیاپی کمتر از سه جلسه؛

1. McBeth, Tomenson, Chew-Graham, Macfarlane, Jackson, Littlewood et al

خیاطان مصطفوی، آقایی و گل پرور: اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی...

۵) مخالف بودن بیمار با پروتکل درمانی بودند. و
 بالآخره معیارهای اخلاقی نیز شامل این موارد بود:
 ۱- رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و
 اطلاعات شرکت کنندگان، ۲- استفاده از داده‌های
 حاصل از اجرای پژوهش فقط در راستای اهداف
 پژوهش؛ ۳- عدم استفاده از اجبار برای شرکت یا
 ادامه مشارکت در پژوهش؛ ۳- بررسی عمیق و
 تخصصی محتوای جلسات مداخله به منظور
 اطمینان از آسیب زا نبودن مداخله‌ها؛ ۴- گروه
 کنترل که طی دوره انجام پژوهش هیچ گونه
 مداخله‌ای را دریافت ننمودند، پس از پایان دوره
 پیگیری، مورد درمان قرار گرفتند. هر دو گروه سه
 مرحله به ابزار پژوهش که در ادامه معرفی شده
 پاسخ دادند. شرح تفصیلی پروتکل درمانی در
 جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مدیریت استرس مبتنی بر معنویت درمانی ایرانی-اسلامی

شماره جلسه	هدف و شرح جلسه
جلسه اول معناداری زندگی	هدف: معارفه و توزیع پرسشنامه، آشنایی کلی گروه با نحوه درمان و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین
جلسه دوم ایمان به خدا	هدف: ایمان و توکل به خدا و گسترش تجربه‌های معنوی و ابراز عقاید و تجربه‌های معنوی.
جلسه سوم توکل و اعتماد به خداوند	هدف: اعتماد کردن به نیروی لایزال الهی و آرام گرفت
جلسه چهارم نقش صبر در زندگی	هدف: آشنایی با مفاهیم صبر و مثبت اندیشی و تشریح نقش آنها در زندگی
جلسه پنجم بخشش	هدف: افزایش بخشش و حل و فصل خشم معظوف به خود، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسئولانه "دعای ابتدای جلسه با هدف تحریک انگیزه معنوی، یادآوری و تذکر حضور در جلسه‌ای معنوی و احساس قرب و نزدیکی به پروردگار خوانده می‌شود.
جلسه ششم قضا و قدر الهی و نقش رضا	هدف: آموزش راه دستیابی به مقام رضا و تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی
جلسه هفتم قدردانی و شکرگزاری	هدف: قدردانی و شکرگزاری و ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته تر از خود
جلسه هشتم تأثیر عبادت و ایمان به خدا در ایجاد آرامش روح و روان	موضوع: تأثیر عبادت و ایمان به خدا در ایجاد آرامش روح و روان هدف: ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای داشتن نگرش ایمانی در زندگی و آشنایی با بیماری و اضطراب، افسردگی و استرس و علائم آنها
جلسه نهم توبه و بیان واقعیت‌های دنیا و امیدواری	هدف: آموزش واقعیت‌شناسی دنیا و نقش توبه در آرامش روان، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت توبه
جلسه دهم نقش مرگ در آرامش	هدف: نقش مرگ در آرامش - تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی.
جلسه یازدهم نقش ذکر	هدف: ارائه تعریف مفهومی و تحلیلی کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد.
جلسه دوازدهم جمع بندی جلسات پیش و بازخورد گرفتن	هدف: جلسه اختتامیه شامل بیان خلاصه‌ای از کل جلسات، آموزش تعمیم آموخته‌ها به مسائل زندگی

آثار و کتب مرتبط، مورد مطالعه قرار گرفت و هم چنین با چند نفر از اساتید و متخصصان حوزه روان شناسی و صاحب نظران علوم دینی مصاحبه شد. توافق داوران بر سر تناسب و کفایت زمان، محتوای درمان و فرایند درمان بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ در نوسان بود.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از بسته نرم افزاری آماری در علوم اجتماعی^۱ SPSS نسخه ۲۲ در راستای اهداف و سؤالات پژوهش تحلیل گردید. برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر) استفاده شد. برای استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده ابتدا پیش فرض های آن، یعنی

چنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، برنامه آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی- اسلامی، طی ۱۲ اجرا - شده است. شرکت کنندگان در جلسات دو ساعته، یکبار در هفته به شکل گروهی وارد فرایند آموزش و درمان شدند و گروه کنترل، مداخله‌ی درمانی مذکور را دریافت نکرد. پژوهش بدون ریزش و اُفت شرکت‌کنندگان تا پایان انجام شد. پس از اتمام جلسات درمان، هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت کردند. از آنجا که پروتکل درمانی مبتنی بر معنویت اسلامی به صورت یک مدل تعریف شده و متناسب با فرهنگ و آموزه‌های مذهبی و ایرانی آماده و در دست نبود، برای دستیابی به پروتکل درمانی از روش نظریه زمینه‌ای استفاده شد. سپس به منظور تعیین خط سیر پژوهش و شکل دهی به آن تعدادی از مقالات

جدول ۲. متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	اندازه گیری	گروه	
		آزمایش	کنترل
سن	میانگین	۴۵/۶۷	۴۵/۴۷
	انحراف استاندارد	۸/۴۲	۸/۴۵
	سیکل	۰	(/۶/۷)۱
تحصیلات	دیپلم	(/۴۰)۶	(/۴۶/۷)۷
	فوق دیپلم	۰	(/۶/۷)۱
	لیسانس	(/۴۶/۷)۷	(/۳۳/۳)۵
	فوق لیسانس	(/۱۳/۳)۲	(/۶/۷)۱

1. Statistical Package for Social Science (SPSS)

فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنف، پیش فرض برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین، پیش فرض کرویت^۱ از طریق آزمون ماکلی بررسی شدند. نتایج نشان داد که نرمال بودن توزیع داده ها و برابری واریانس های خطا برقرار هستند، ولی پیش فرض کرویت برای افسردگی و استرس برقرار و برای اضطراب برقرار نبود. به همین دلیل برای متغیر اضطراب، به جای استفاده از ردیف رعایت پیش فرض کرویت در جداول نهایی تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده از نتایج مربوط به گرین-هوس-گیسر^۲ استفاده شد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار مؤلفه های استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، در زمان پیش آزمون، میانگین متغیر استرس (۱۷/۶)، اضطراب (۱۳/۷۳)، افسردگی (۱۵/۹۳) در گروه آزمایش و در گروه کنترل برابر با استرس (۱۶/۱۳)، اضطراب (۱۳/۸۷)، افسردگی (۱۵/۸۷) بوده است. در زمان پس آزمون میانگین دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با استرس (۶/۰۷)، اضطراب (۳/۰۷)، افسردگی (۵/۶۷) در مقابل استرس (۱۷/۱۳)، اضطراب (۱۵/۲۷)، افسردگی (۱۳/۷۸) و در زمان پیگیری میانگین دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با استرس (۵/۴۷)، اضطراب (۴/۰۷)، افسردگی (۵/۴) در مقابل استرس

آزمون یکسانی واریانس ها (آزمون لوین- $p > 0/05$) و آزمون توزیع طبیعی نمرات (آزمون شاپیرو-ویلک- $p > 0/05$)، آزمون کرویت (آزمون ماکلی- $p > 0/05$) و آزمون برابری ماتریس واریانس-کواریانس (آزمون ام باکس- $p > 0/05$) بررسی و مشخص شد که این پیش فرض ها رعایت شده است. در جدول ۲ فراوانی و توزیع فراوانی سن و تحصیلات در دو گروه ارائه شده و با استفاده از آزمون t گروه های مستقل (برای سن) و کای-اسکور (برای تحصیلات) مورد مقایسه قرار گرفته است.

چنان که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین سنی زنان گروه آزمایش برابر ۴۵/۶۷ سال و میانگین سنی زنان گروه کنترل برابر ۴۵/۴۷ سال بوده است. در دو ستون آخر روبروی متغیر سن نیز نشان داده شده که از نظر سن بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین چنان که در جدول ۱ مشاهده می شود که ۱ نفر (معادل ۳/۳ درصد) دارای تحصیلات سیکل، ۱۳ نفر (معادل ۴۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱ نفر (معادل ۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۱۲ نفر (معادل ۴۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بوده اند. نتایج آزمون خی دو نشان می دهد (دو ستون آخر در ردیف تحصیلات در جدول ۲) که تفاوت معناداری بین دو گروه در سطح ۰/۰۵ وجود ندارد. پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، برای مؤلفه های استرس، اضطراب و افسردگی پیش

1. Sphericity test

2. Greenhouse-Geisser

(۱۶/۸۷)، اضطراب (۱۵/۲)، افسردگی (۱۴/۸) آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت
 بوده است. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس درمانی مبتنی بر رویکرد ایرانی - اسلامی بر
 اندازه های تکرار شده (مکرر) در بررسی تاثیر استرس، اضطراب و افسردگی ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

متغیر مورد بررسی	زمان مطالعه	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۱۶/۱۳	۳/۰۲
		آزمایش	۱۵	۱۷/۶۰	۲/۷۷
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۱۷/۱۳	۲/۶۷
		آزمایش	۱۵	۶/۰۷	۱/۹۸
	پیگیری	کنترل	۱۵	۱۶/۸۷	۲/۰۳
		آزمایش	۱۵	۵/۴۷	۱/۵۱
اضطراب	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۱۳/۸۷	۲/۸۰
		آزمایش	۱۵	۱۳/۷۳	۳/۱۳
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۱۵/۲۷	۲/۱۹
		آزمایش	۱۵	۳/۰۷	۱/۹۱
	پیگیری	کنترل	۱۵	۱۵/۲۰	۲/۱۵
		آزمایش	۱۵	۴/۰۷	۱/۲۲
افسردگی	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۱۵/۸۷	۳/۵۶
		آزمایش	۱۵	۱۵/۹۳	۳/۳۱
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۱۳/۸۷	۳/۶۸
		آزمایش	۱۵	۵/۶۷	۲/۵۵
	پیگیری	کنترل	۱۵	۱۴/۸۰	۲/۲۱
		آزمایش	۱۵	۵/۴۰	۱/۶۸

تعامل زمان و آموزش ($F=13/136$ و $p<0/01$) در سطح $0/01$ معنادار؛ برای متغیر افسردگی اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ($p<0/01$) و ($F=66/063$)، اثر آموزش (عضویت در گروه آزمایش در برابر گروه کنترل یا کنترل) ($p<0/01$) و ($F=51/575$) و اثر تعامل زمان و آموزش ($F=36/116$ و $p<0/01$) در سطح $0/01$ معنادار بوده است. در مجموع بر اساس نتایج ارائه شده در جداول ۳ و ۴، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه مداخله مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی مبتنی بر رویکرد ایرانی- اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا تاثیر دارد، مورد تایید قرار می‌گیرد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، برای متغیر استرس اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ($p<0/01$ و $F=63/048$)، اثر آموزش (عضویت در گروه آزمایش در برابر گروه کنترل) ($F=146/196$ و $p<0/01$) و اثر تعامل زمان و آموزش ($F=14/202$ و $p<0/01$) در سطح $0/01$ ؛ برای متغیر اضطراب اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ($p<0/01$ و $F=43/013$)، اثر آموزش (عضویت در گروه آزمایش در برابر گروه کنترل یا کنترل) ($F=196/916$ و $p<0/01$) و اثر

جدول ۴. نتایج آزمون اندازه‌های مکرر بر استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

متغیر	اندازه گیری	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان
استرس	اثر زمان	۴۵۰/۷۷۷	۶۳/۰۴۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۲	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۱۱۰۲/۵۰۰	۱۴۶/۱۹۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
	اثر متقابل آموزش و زمان	۶۰۲/۰۲۵	۱۴/۲۰۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۰	۱/۰۰۰
اضطراب	اثر زمان	۱۹۵/۲۳۳	۴۳/۰۱۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۱۳۷۶/۷۱۱	۱۹۶/۹۸۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۶	۱/۰۰۰
	اثر متقابل آموزش و زمان	۳۳۴/۶۷۸	۷۳/۷۳۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۵	۱/۰۰۰
افسردگی	اثر زمان	۴۹۵/۱۹۹	۶۶/۰۶۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۷۶۸/۵۴۴	۵۱/۵۷۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۸	۱/۰۰۰
	اثر متقابل آموزش و زمان	۲۷۶/۴۹۵	۳۶/۸۸۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰۰

نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف تعیین تاثیر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا در شهر اصفهان انجام شد. فرضیه کلی پژوهش نیز مبنی بر این‌که بسته درمانی مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی مبتنی بر رویکرد ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا در شهر اصفهان تاثیر دارد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت. در معنایی ساده‌تر می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا داشته است. از نظر کلی این یافته در پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش کجیاف و همکاران (۱۳۹۶)، ویسی و همکاران (۱۳۹۳)، حمید و ویسی (۱۳۹۱)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱)، باریرا و همکاران (۲۰۱۲) و کوسکی و همکاران (۲۰۱۰) همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین اثربخشی مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی، در اولین گام لازم است بر محتوای جلسات درمانی و آموزشی تمرکز نمود. در نگاه اول، با توجه به تأثیر روش مدیریت استرس بر نظام عدد درون‌ریز و نقشی که نظام هورمونی متأثر از استرس می‌تواند بر تشدید

علایم درد و به دنبال آن استرس، اضطراب و افسردگی داشته باشد، می‌توان تأثیر مدیریت استرس با تمرکز بر رویکرد معنویت درمانی ایرانی-اسلامی را بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی به این شکل توضیح داد که آرامش شناختی حاصل از تمرکز معنوی بر مدیریت استرس می‌تواند هم از طریق دخالت در کنترل نظام‌های بدنی درگیر در درد و هم از طریق دخالت در نظام‌های روان شناختی درگیر در درد، مشکلات همراه با علائم بیماری فیبرومیالژیا در زنان مبتلا را تحت تاثیر قرار داده و کاهش دهد. بر همین مبنا نیز بوده که رویکرد درمانی مدیریت استرس با تمرکز بر معنویت درمانی ایرانی و اسلامی توانسته علائم اضطراب را تقلیل دهد. از نگاه دیگر نیز با کاهش علائم اضطراب بیمار، خلق وی نیز به عنوان واکنشی به استرس‌ها و مشکلات، بهبود می‌یابد. این تغییر حالات خلقی و عاطفی نیز خود را در این پژوهش در کاهش افسردگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا پس از شرکت در درمان مدیریت استرس با تمرکز بر معنویت درمانی ایرانی و اسلامی نشان داده است. در کنار تأثیری که مدیریت استرس بر اضطراب و استرس دارد، کاربست معنویت درمانی نیز می‌تواند اثر این روش بر کنترل استرس را دوچندان کند. در آیه‌ی ۲۳ سوره‌ی زمر و آیه‌ی ۱۲۴ سوره‌ی طه بر جنبه‌های عاطفی و رفتاری تعالیم اسلامی در برخورد با مشکلات و رنج‌ها و پیدایش آرامش زودرس در روان و جسم فرد با یاد خدا، اشاره شده است. تبیین روان‌شناختی این ویژگی، آن است که یاد خدا فرد را از امیال و

ریز و درشت جهان هستی بر قضا و قدر هوشمندانه فرانسائی، حتی در سطح ابتلا به بیماری و درد، نیز از زمره سازوکارهایی است که بستر و زمینه را برای کاهش افسردگی در کنار استرس و اضطراب بیش از پیش فراهم می کند. زیرا گذشته از اینکه مطابق با آموزه های قرآنی 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 نتیجه رسیدن در درجه دوم اهمیت قرار دارد. سعی و تلاش در راه هدف، به خودی خود دارای فواید بسیاری است.

بنابراین وقتی افراد می آموزند که خطرها و بحرانها را بیش از حد، خطرناک یا وخیم ارزیابی نکنند دچار احساس ناکارآمدی، که یکی از عوامل اضطراب است، نخواهند شد. بنابراین عواملی از قبیل توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، اعتقاد به معاد و غیره که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق می شود، می توانند باعث آرامش فرد و در شکل عملیاتی تر موجب کاهش اضطراب، افسردگی و استرس شوند. به همین جهت به نظر می رسد که در تبیین اثربخشی معنویت درمانی در کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب و باقی ماندن تأثیر آن در طول زمان مهم ترین تکنیک ایجاد آرامش روانی در بیمارانش فیرومیالژیا بوده باشد. چرا که با شرکت آنها در دوره آموزش و درمان مدیریت استرس مبتنی بر معنویت ایرانی-اسلامی، احساس می کردند خداوند در زندگی پشتیبان آنهاست، و با احساس

تکانه هایی که برای وی تنیدگی زا است، باز می دارد و سبب می شود به جای توجه صرف به لذت های دنیوی و تمرکز بر درد ناشی از بیماری، به تقویت رابطه با خدا و تقرب او توجه کند. در رویکرد درمانی تدوین شده در پژوهش حاضر نیز سعی شد بر روی باورها در بیماران کار شود، زیرا باورها زیربنای تغییر نگرش ها و در نتیجه رفتار فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش تر باقی می ماند.

همچنین باورهایی نظیر باور به وجود خداوند، باور به معاد و توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می کند تا به اصلاح خود بپردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست نهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند. ارتباط معنوی و پیوند متمرکز و مداوم با منبعی فرانسائی که همان خداوند باری تعالی باشد، یکی از مهمترین عناصر و عوامل تضعیف کننده اضطراب و استرس که همانا حمایت ادراک شده است را تقویت نموده و از این طریق بستر روانی و معنوی لازم را تقویت و ارتقاء توانمندی زنان مبتلا به فیرومیالژیا فراهم می آورد. همین امر بدون تردید وارد فرایند ارتقاء تحمل شدائد و مصائب را فراهم می آورد. از طرف دیگر در کنار نقشی که حمایت فرانسائی ادراک شده در کاهش اضطراب و استرس دارد، آموزش های معنوی ایرانی-اسلامی مورد استفاده در این پژوهش با اتکاء بر آموزه های قرآنی و دیگر آموزه های دینی و معنوی، به طور جدی بر اتکاء امور جهان به قضا و قدری هوشمندانه و فرابشری پایه گذاری شده اند. شکل گیری و تقویت باور به اتکاء امور

هستند که در هنگام استنباط از یافته‌های این مطالعه توجه به آنها اهمیت دارد. بالاخره این که به دلیل تک جنسیتی بودن شرکت‌کنندگان این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به مردان و دیگر مقاطع سنی باید جانب احتیاط رعایت شود. در پایان نیز با توجه به اثربخش بودن برنامه ی آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی- اسلامی بر متغیرهای مورد پژوهش، پیشنهاد می شود این برنامه درمانی به عنوان درمان مکمل درمان پزشکی برای کاهش علائم روان شناختی در بیماران مزمن به کار گرفته شود. همچنین پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر تکرار نمایند و برخی از سوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهشی را مورد بررسی علمی قرار دهند..

سپاسگزاری

در پایان نیز جا دارد از تمامی بیماران شرکت کننده این پژوهش و همچنین، از پزشکان و کارکنان زحمت کش کلینیک‌های درد اصفهان که یاریگر ما و بیماران مراجعه کننده بودند، و در عین حال در عملیاتی نمودن بستر آموزش گروهی مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی- اسلامی و اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش نشی بی بدیل و بسیار سازنده داشتند، تقدیر و تشکر شود.

نزدیکی بین خود وخالق، احساس آرامش بیشتر، امید به آینده و کاهش استرس، شکل می‌گرفت. در مجموع در تبیین و نتیجه‌گیری نهایی می‌توان این چنین بیان نمود که وقتی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا برای مقابله با استرس بر آموزه‌های دینی و معنوی خود و به‌طور ویژه بر آموزه‌های ایرانی اسلامی خود تکیه می‌کنند، به حمایتی نیرومند و فرابشری توکل و تکیه نموده و از این طریق سرمایه معنوی خود را تقویت می‌نمایند. این تقویت سرمایه معنوی از طریق تکیه بر نیرویی فرابشری که برای ما مسلمانان در درجه اول خداوند متعال است، سازوکاری است که از آن طریق بستر برای کنترل اضطراب و افسردگی را فراهم می‌کند. این نتیجه‌گیری از این نظر دارای اهمیت است که در کمتر نظریه‌ای در حوزه مدیریت استرس به طور ویژه و خاص از حمایت و سرمایه معنوی به عنوان راهبردی موثر برای مقابله با مشکلاتی نظیر اضطراب و افسردگی سخن به میان آمده است. این نکته وجه تمایز مطالعه حاضر با مطالعاتی است که تاکنون در ایران انجام شده است.

در این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن بود که شامل زنان مبتلا به مبتلا به فیبرومیالژیا بوده است و در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. انتخاب هدفمند نمونه پژوهش و عدم بررسی نقش عوامل زمینه‌ای در اثربخشی این مداخله مهمترین محدودیت‌هایی

منابع

- آخته، م؛ علی پور، ا و شریفی ساکی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرانگرانی زنان دارای سقوط مکرر جنین. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۱۱(۳)، ۱۱۹-۱۲۹.
- ابوالقاسمی، ع و نریمانی، م. (۱۳۸۴). *آزمون‌های روان‌شناختی*. انتشارات باغ رضوان، چاپ اول.
- افضلی، ا؛ دلاور، ع؛ برجعلی، ا و میرزمانی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون *DASS* -۴۲ بر اساس نمونه ای از دانش آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰، ۸۱-۹۲.
- حسینی، ح؛ یعقوبی، ه و مبینی، م. (۱۳۹۳). بررسی اختلالات روانپزشکی محور یک در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۲۲)، ۳۴۸-۳۵۳.
- حمید، ن و ویسی، ش. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول *T* / کمکی (*CD4+*). *پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم*، ۳(۳۸)، ۲۷-۲.
- ریو، ج. م. (۱۳۹۰/۲۰۰۵). *انگیزش و هیجان*. ترجمه‌ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش.
- سندی، ف؛ احتشام‌زاده، پ؛ عسگری، پ و کلافی، م. (۱۳۹۶). رابطه سندرم شناختی-توجهی با اضطراب و افسردگی در بیماران سوختگی: نقش میانجی سبک‌های مقابله با استرس. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۶(۲۳)، ۷۴-۹۱.
- عبدی، ع و آریاپوران، س. (۱۳۹۲). بررسی رابطه استرس ادراک شده با سبک مقابله‌ای و نقش این متغیرها در پیش بینی عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۴(۱۲)، ۱۶۰-۱۴۴.
- قربانی، م؛ علیپور، ا و علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات رویکرد مثبت‌گرا بر افسردگی، عزت نفس، امید به زندگی و تصویر بدنی زنان ماستکتومی شده. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۶(۲۳)، ۱۵۱-۱۶۷.
- کجباف، م؛ حسینی، ف؛ قمرانی، ا و رزایان، ن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی. *روان‌شناسی بالینی*، ۹(۱)، ۲۱-۲۸.
- کلهرنیا گلکار، م؛ بنی‌جمالی، ش؛ بهرامی، ه؛ حاتمی، ح. ر؛ و احدی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی

- مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۴(۱۰)، ۶۶-۶۰.
- ویسی، ش؛ حمید، ن و بساک نژاد، س. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۱(۲)، ۱۴۴-۱۲۵.
- یعقوبی، ح؛ سهرابی، ف و محمدزاده، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان پسر خوابگاهی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۲)، ۹۹-۱۰۷.
- 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), 346-358.
- Bennett, R. M. (2009). Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 35*, 215- 232.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., et al. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *The Journal of Pain, 17*(2), 131-157.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scale (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 111-131.
- Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2005). Cognitive behavioral therapy and functional and metacognitive outcomes in schizophrenia: A single case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3), 468-478.
- Ellison, C. G., Burdette, A. M., & Hill, T. D. (2009). Blessed assurance: religion, ترکیب آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *روانشناسی بالینی، ۳*(۳)، ۱-۱۱.
- گچل، ر ج و ترک، د. س. (۱۳۸۳/۱۹۹۶). *روان‌شناسی درد*. ترجمه محمد علی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، محسن محمدی و محسن دهقانی. چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
- گنجی، م. (۱۳۹۳). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-V - جلد ۲*. چاپ اول، تهران: نشر سالوان.
- ناجی، ع و عرب، پ. (۱۳۸۵). بررسی شیوع سندرم فیبرومیالژی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۸۴.

- anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research*, 38(3), 656-67.
- Gillen, C. T., Barry, C. T., & Bater, L. R. (2016). Anxiety symptoms and coping motives: Examining a potential path to substance use-related problems in adolescents with psychopathic traits. *Substance Use & Misuse*, 51(14), 1920-1929.
- Harkness, K. L., & Luther, J. (2001). Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 564-572.
- Hughes, R. E., Holland, L. R., Zanino, D., Link, E., Michael, N., & Thompson, K. E. (2015). Prevalence and intensity of pain and other physical and psychological symptoms in adolescents and young adults diagnosed with cancer on referral to a palliative care service. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(2), 70-75.
- Kalpan, H., & Sadock, B. (2007). *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160-167.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Speicher, C. E., Holiday, J. E., & Glaser, R. (2002). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 1-12.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. A. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *Journal of Clinical of Psychology*, 66(4), 430-441.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Diener, F. N., Prados, G, et al. (2016). Gender differences in patients with Fibromyalgia undergoing cognitive-behavioral therapy for insomnia: Preliminary Data. *Pain Practice*, 16(2), E23-34.
- Linden, W. (2006). *Stress management: from basic science to better practice*. Philadelphia: Sage publication.
- Livneh, H., Erin, M., & Todd, B. (2004). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 250-260
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology foundation. Sydney.
- Mason, M., Singleton, A., & Webber, R. (2007). The spirituality of young Australians. *International Journal of Children's Spirituality*, 12, 149-163.
- Mbarki, H., Tazi, N., Najdi, A., Tachfouti, N., Arrayhani, M., & Sqalli, T. (2015). Effects of fasting during Ramadan on renal function of patients with chronic kidney disease. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 320-324.
- McBeth, J., Tomenson, B., Chew-Graham, C., Macfarlane, G., Jackson, J., Littlewood, A., et al. (2015). Common and unique associated factors for medically unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*,

- 79(6), 484-491.
- Miller, C. J., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Kilbourne, A. M., Woltmann, E., Bauer, M. S. (2013). Collaborative chronic care models for mental health conditions: cumulative meta-analysis and meta-regression to guide future research and implementation. *Medical Care*, 51(10), 922-930.
- Morrison, A. S., Brozovich, F. A., Lee, I. A., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2017). Anxiety trajectories in response to a speech task in social anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial of CBT. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 21-30.
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatry Practice*, 15(2), 103-112.
- Rico-Villademoros, F., Slim, M., & Calandre, E. P. (2015). Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: a comprehensive review. *Expert Review* of Neurotherapeutics, 15(10), 1123-50.
- Sommer, C., Häuser, W., Gerhold, K., Joraschky, P., Petzke, F., Tölle, T., et al. (2008). Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain. *Schmerz*, 22(3), 267-282.
- Stisi, S., Cazzola, M., Buskila, D., Spath, M., Giamberardino, M. A., Sarzi-Puttini, P., et al. (2008). Italian fibromyalgia network. Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, 60(1), 25-35.
- Walborn, F. (2014). *Religion in personality theory*. London: Academic Press. p. 21.
- Wolfe, F., & Häuser, W. (2011). Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of Medicine*, 43, 495-502.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.