

## مقایسه تأثیر رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان

حسن یعقوبی<sup>1</sup>، فرامرز سهرابی<sup>2</sup>، علی محمد زاده<sup>3</sup>

تاریخ وصول: تاریخ پذیرش:

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبائی انجام شده است. این پژوهش از جمله پژوهش‌های نیمه آزمایشی است. با اجرای آزمون اضطراب کتل به منظور غربالگری، از بین دانشجویان خوابگاهی که دارای اضطراب بودند تعداد 45 نفر به صورت تصادفی انتخاب و به طور گمارش تصادفی در سه گروه به حکم گروه آزمایشی اول (مداخله رفتار درمانی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (مداخله روان درمانی معنوی - مذهبی) و گروه کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه‌های آزمایشی هر یک در دوازده جلسه مداخله درمانی به صورت گروهی دو ساعت در هفته شرکت کردند و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. در پایان مداخله درمانی، هر سه گروه بار دیگر با آزمون یاد شده مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه

1. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (نویسنده مسئول) [yaghoubi.hassan@yahoo.com](mailto:yaghoubi.hassan@yahoo.com)

2. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی

3. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد، و هر دو شیوه درمانی به طور معناداری ( $P < 0/05$ ) در کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان مؤثر است.

واژگان کلیدی: اضطراب پنهان، رفتار درمانی شناختی، روان درمانی معنوی - مذهبی، معنویت، مذهب

#### مقدمه

اضطراب امروزه از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی جوامع بشری است، نظام‌های روان‌شناختی اغلب از اضطراب سخن گفته‌اند و هر کدام بر اساس روی آورد خود به آن پرداخته و در سطح کاربردی تلاش کرده‌اند، تا شیوه‌هایی برای مهار آن ارائه دهند. اختلال‌های اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگ‌سال یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌سازد (مریکنگاس<sup>1</sup>، 2005). محمدی و همکاران (1380) در یک تحقیق ملی انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع‌ترین دسته اختلال‌های روانی یافته‌اند. کسانی که به هر دلیلی از اضطراب رنج می‌برند، اغلب در سطح نازلی از سازش یافتگی قرار دارند و معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای<sup>2</sup> مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می‌کنند و چه‌بسا این اضطراب شدید به طیفی از مشکلات، از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیر موجه و وحشت‌زدگی‌ها، منجر شده و فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم کند. بدین ترتیب کارآمدی او تقلیل می‌یابد.

برای کاهش اضطراب و جلوگیری از پیامدهای ویرانگر آن، شیوه‌های متعدد درمانگری و مقابله با اضطراب شکل گرفته‌اند. روش‌های روان‌درمانگری، شیوه‌های تغییر رفتار و فنون مختلف دیگر در تلاشند به نوعی انسان‌ها را یاری کنند تا بر این مشکلات فائق آیند. هرچند نوع شیوه‌هایی که برای مهار اضطراب استفاده می‌شود بستگی به علت‌شناسی مشکل دارد، در

1. Merikangas

2. coping strategies

حال حاضر رواج کاربرد این شیوه‌ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را با مشکل روبه‌رو می‌کند. شایان ذکر است که در میان این شیوه‌ها رفتار درمانی شناختی، رشد و توسعه جدیدی در درمان‌ها به شمار می‌آید، این شیوه در این مدت کم توانسته است علاقه زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن که روش‌های شناختی - رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات، که در تمامی اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند، سروکار دارد. دوم آن که رفتار درمانی شناختی شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش‌های صرفاً رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا احساس می‌کنند، پر می‌سازد. سوم آن که این روش جدید درمانی، برعکس مثلاً روان‌پویایی، پایه‌های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهند (ریچاردز<sup>1</sup> و برگین<sup>2</sup>، 2004).

از طرف دیگر در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روان‌شناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است، اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده است در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روان‌شناختی اجتماعی مذهبی (پروپست<sup>3</sup>، 1998) بوده است. شواهدی وجود دارد که عموم مردم به طور فزاینده‌ای به معنویت تمایل دارند و بررسی‌های همگانی افزایش قابل ملاحظه در علاقه به امور معنوی را تأیید می‌کنند (میلر<sup>4</sup> و تورسن<sup>5</sup>، 2003). هیل<sup>6</sup> و پارگامنت<sup>7</sup> (2003) بیان می‌کنند که آثار بسیار زیادی وجود دارد که مذهب و معنویت را با سلامت جسمی در ارتباط می‌دانند. مطالعات آزمایشی نیز نشان می‌دهد بین مذهب و معنویت و سلامت رابطه معناداری وجود دارد، با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت، 2003)، همچنین در خصوص اهمیت و نقش مذهب و معنویت در

- 
1. Richrds
  2. Bergin
  3. Propst
  4. Miller
  5. Thoresen
  6. Hill
  7. Pargament

زمینه سلامتی و بیماری علاقه رو به رشدی وجود دارد. در متون روان‌شناسی مذهبی نکات روشنی درباره این که برخی تمرین‌های مذهبی می‌توانند اثر درمانی داشته باشند وجود دارد. از این میان می‌توان به تجربه‌های مذهبی، تأویل‌ها، عبادات و مناسک مذهبی اشاره کرد. چنانچه ریچاردز و برگین (1997) دعا، عبادات و مناسک مذهبی، خدمت به دیگران، بخشایش و ... را به عنوان مداخله‌های مهم مذهبی مطرح می‌کنند.

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که رشد و معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. همبستگی بین تجربه‌های معنوی و سلامت، انعطاف‌پذیری شخصی و تجربه‌های معنوی، عزت نفس و ایمان مذهبی، داشتن ارتباط با خدا و سلامت نشان داده شده است و تجربه‌های معنوی را می‌توان به مثابه ساز و کار خود شفا دهنده تفسیر کرد (وست<sup>1</sup>، 1383).

در ارزیابی‌های مربوط به مذهب و معنویت که رابطه بین فعالیت‌های مذهبی و پیامدهای سلامتی را مورد آزمایش قرار داده‌اند، اکثراً نشان داده‌اند که افراد مذهبی سالم‌تر هستند. پیدمنت<sup>2</sup> (2004) بیان می‌کند که معنویت بیشتر به ارتباط شخصی فرد با واقعیت‌های بزرگ‌تر و متعالی نظیر خدا و کائنات مربوط است. به نظر می‌رسد شناسایی حوزه‌ای برتر برای معنا، تأثیر سودمندی بر روی احساس فرد از سلامت و بهزیستی شخصی داشته باشد (کوئینگ<sup>3</sup>، مک کالاف<sup>4</sup> و لارسن<sup>5</sup>، 2001).

تحقیقات متعددی در مورد رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی صورت گرفته است که به برخی از آن‌ها در ذیل اشاره می‌شود.

اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر روی اختلال اضطراب تعمیم یافته در مجموعه‌ای از نتایج اولیه تحقیقات فرا تحلیلی بررسی شد، که رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل، درمان غیر مستقیم و قرص دارونما برتری دارد. اضافه بر این، گزارش‌های دیگری نیز بیان

---

1. West  
2. Piedmont  
3. Koenig  
4. Cullough  
5. Larson

کرده‌اند که آثار رفتار درمانی شناختی حتی 10-8 سال بعد از درمان هم پایدار می‌ماند (دارهام<sup>1</sup>، چامبرز<sup>2</sup>، مک دونالد<sup>3</sup>، پاور<sup>4</sup> و ماژور<sup>5</sup> 2003). مالتبی<sup>6</sup> (1998) تأثیر اعمال مذهبی بر سطوح مختلف اضطراب بررسی شد. او پرسشنامه حالت-رگه اضطرابی را 30 دقیقه قبل از مراسم کلیسا و 30 دقیقه بعد از مراسم کلیسا اجرا کرد، در نتیجه بیان کرد که مراسم کلیسا اضطراب را کاهش می‌دهد. ان رایت<sup>7</sup>، فریدمن<sup>8</sup> و ریکاس<sup>9</sup> (1998)، به این نتیجه رسیده‌اند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان می‌شود در بررسی موردی. نیز تأثیر عفو و بخشایش بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود روابط فردی مشاهده گردید. هیل و ان رایت (1993)، در بررسی خود دریافتند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب در افراد می‌شود. شفر و گورساج (1991) نشان دادند که آموزش روش‌های حل مسئله در چارچوب مذهبی، سازش‌یافتگی روان‌شناختی را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد. میتون<sup>10</sup> (1998)، به نقل از بهرامی احسان، (1381) در گزارش پژوهشی خود نشان داد که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، تأثیرات موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش داده و به صورت مثبتی بر افسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود اثر می‌گذارد. ازهر و دیگران (1995) نشان دادند که وقتی از روان‌درمانگری با زمینه مذهبی استفاده می‌شود نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته به طور معنی‌داری کاهش می‌یابند.

در کشورمان ایران مطالعات اندکی درباره روان‌درمانی با رویکرد معنوی پرداخته شده است به حکم مثال: در بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت آموزش خودمهارگری<sup>11</sup> و

1. Durham
2. Chambers
3. MacDonald
4. Power
5. Major
6. Maltby
7. Enright
8. Freedman
9. Rikus
10. Maton
11. self controlling

بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، نتایج پژوهش جان بزرگی (1378) نشان داد که درمانگری چند بعدی با یا بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی اضطراب و تنیدگی را کاهش می‌دهد. همچنین، درمانگری با جهت‌گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیری فراتر از درمانگری بدون جهت‌گیری مذهبی در کاهش اضطراب بود.

بر اساس تحقیقات مؤثر بودن روش‌های گوناگون در کاهش اضطراب بوده است، اما می‌توان از خود درباره تأثیر زمینه فرهنگی مراجع در افزایش اثربخشی آن‌ها سؤال کرد. به این معنی که ارزش‌ها و اخلاقیات از جمله عوامل فرهنگی هستند که نقش زیادی در مشاوره و روان‌درمانی ایفا می‌کنند و روان‌شناسان می‌توانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود فایده ببرند. در میان سیستم‌های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی بر این امر دارند، به نظر الکینز<sup>1</sup> (1995) وظیفه اصلی روان‌درمانی پرورش و شفابخشی برای روح است. به بیان دیگر، روان‌درمانی فرایند ارتباطی برای مراقبت و رفع بیماری‌ها و گرفتاری‌های روان‌آدمی است و ما با بازگشت به این شکل از درمان می‌توانیم به مراجعان کمک کنیم و در حقیقت به کارگیری عناصر مذهبی در قالب تکنیک‌های مشاوره و روان‌درمانی در ارتقاء سطح معنویت و درمان روحانی مراجعان سهم به‌سزایی خواهد داشت.

در خصوص اینکه، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا می‌کند و اکثریت قاطع آن را مسلمانان تشکیل داده‌اند. بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع خسارت عمده‌ای بر روان‌درمانی به دنبال خواهد داشت، هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود، از طرف دیگر، در ارتباط با برتری هر یک از روش‌های درمانی یاد شده (رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی) نسبت به یکدیگر هیچ‌گونه تحقیقی به عمل نیامده است و یا حداقل محقق پژوهشی در این خصوص را ملاحظه نکرده است و مشخص نیست در شرایط

---

1. Elkins

یکسان کدام یک از روش‌های درمانی در مقایسه با یکدیگر بر کاهش میزان اضطراب اثر دارند. از این رو این پژوهش در پی یافتن پاسخ علمی به سؤالات زیر است.

الف) آیا بین دو شیوه رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی- مذهبی در کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان تفاوت وجود دارد؟ ب) آیا رفتار درمانی شناختی میزان اضطراب پنهان دانشجویان را کاهش می‌دهد؟ ج) آیا روان درمانی معنوی- مذهبی میزان اضطراب پنهان دانشجویان را کاهش می‌دهد؟

### روش پژوهش

#### الف) جامعه‌ی آماری، نمونه و روش اجرا

در این مطالعه از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شده است. طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چند گروهی با گروه کنترل، شامل مراحل اجرایی زیر است: 1) جایگزین کردن آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، 2) اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌های ناشی از اجرای این آزمون، 3) اجرای متغیر مستقل برای آزمودنی‌هایی که به صورت تصادفی در گروه‌های مختلف قرار گرفته‌اند، 4) اجرای پس‌آزمون، و جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های ناشی از اجرای این آزمون (دلاور، 1383). پژوهش حاضر دارای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است و برای هر سه گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد، همچنین مداخله به صورت درمان گروهی بود. نگراره زیر طرح مورد بحث را نشان می‌دهد:

RG1	T1	x	T2
RG2	T1	Y	T2
RG3	T1	-	T2

جامعه‌ای که برای آزمون و مطالعه انتخاب شده است، عبارتند از: جامعه دانشجویان پسر دانشگاه علامه طباطبایی که در خوابگاه دانشجویی مستقر هستند و در سال تحصیلی 87 - 86 مشغول تحصیل در مقاطع مختلف تحصیلی بودند (N=1750). در این پژوهش از روش

نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد؛ نخست از بین 5 خوابگاه پسرانه به تصادف 3 خوابگاه انتخاب شد، سپس از بین طبقات این خوابگاه‌ها به تصادف 3 طبقه انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بر اساس جدول کرجسی - مورگان تعداد 274 پرسشنامه مقیاس اضطراب کتل بین دانشجویان خوابگاهی به طور تصادفی اجرا شد. پس از نمره گذاری، 45 نفر از میان دانشجویان که نمره اضطراب متوسط به بالا (36) داشتند به صورت تصادفی به منظور سازمان دهی 3 گروه 15 نفری انتخاب شدند. در مرحله گمارش تصادفی هر یک از آزمودنی‌ها در یکی از گروه‌های: 1- گروه آزمایشی اول (برای اعمال روش رفتار درمانی شناختی)، 2- گروه آزمایشی دوم (برای اعمال روان‌درمانی معنوی - مذهبی) و بالاخره 3- گروه سوم کنترل، انتخاب شدند. بنابراین، آزمودنی‌ها از پیش نمی‌دانستند در کدام گروه قرار خواهند گرفت و نوع درمان به صورت تصادفی در مورد گروه‌ها اعمال شد. داده‌ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

### ب) ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کتل: این مقیاس احتمالاً مؤثرترین ابزاری است که به منظور سنجش اضطراب در قالب یک پرسشنامه کوتاه فراهم آمده است و می‌توان آن را در همه سنین بعد از 14-15 سالگی و در اکثر فرهنگ‌ها استفاده شود. مقیاس حاضر نه فقط مختص تشخیص نخستین است، بلکه برای ترسیم نمودار تحول بیمار نیز به کار می‌رود، چه می‌توان آن را پس از یک هفته یا بیشتر مجدداً به کار بست بدون آن که آزمودنی بخش مهمی از پاسخ‌های گذشته خود را به یاد آورد (پرون و پرون، 1381). این مقیاس از 40 ماده تشکیل شده که با اجرای آن سه نمره اضطراب کل، اضطراب پنهان و اضطراب آشکار به دست می‌آید. پایایی آزمون کتل در مورد دانشجویان پسر 0/73 و در مورد دختران 0/77 گزارش شده است. مقیاس اضطراب کتل در ایران نیز توسط منصور و دادستان (1381) با همکاری گروهی و با استفاده از نمونه‌ای



24894 نفری از دانشجویان که در گستره سنی 18-30 سالگی قرار داشتند، هنجاریابی شده و پایایی و روایی آن نیز مشخص گردیده است.

### ج) فرآیند اجرای پژوهش

روش‌های درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش عبارت بودند از: الف) رفتار درمانی شناختی بر اساس دیدگاه فری (محمدی و فرنام، 1384). که ترکیبی از رویکرد شناختی بک و درمان عقلانی-عاطفی الیس و درمان بازسازی شناختی مک مالین است. ب) روان درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین (2004) با تأکید بر آموزه‌های اسلام. این مداخلات شامل: دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت کنندگان بود. هر دو روش درمانی در یک دوره 12 جلسه‌ای درمان گروهی به منظور کاهش میزان اضطراب در قالب جلسات هفتگی به مدت 2 ساعت در هفته اجرا شد. فعالیت‌های هر جلسه درمانی عبارتند از: 1- چک کردن تکالیف شرکت کنندگان که جلسه قبل، برای آن‌ها مشخص شده را انجام داده‌اند. 2- دادن بازخورد به شرکت کنندگان از سوی درمانگر. 3- بیان فهرست وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت کنندگان برای بحث جدید. 4- انجام تمرین‌های جدید. 5- دادن تکالیف خانگی برای هفته جاری 6- بیان توضیحات و جمع بندی از سوی درمانگر در خصوص موضوع جلسه.

### یافته‌ها

آزمودنی‌ها در دامنه سنی 19-32، با میانگین سنی 22/73 سال و انحراف معیار 4/18 قرار داشتند. تقریباً 80 درصد آن‌ها در مقطع کارشناسی و 20 درصد نیز در مقطع کارشناسی ارشد بودند. از نظر جنسیتی نیز همه مذکر بودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس جهت

بررسی آثار روش‌های درمانی و نیز کنترل آماری اثر متغیر کمکی (پیش‌آزمون) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب) استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها تأیید شده است ( $F=0/64$ ) و استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. علاوه بر آزمون لوین، مهم‌ترین مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس یعنی کنترل خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون (به عنوان متغیر همراه) و پس‌آزمون (به عنوان متغیر وابسته) و همگنی ضرایب رگرسیون انجام گرفت. در کنترل خطی بودن، نمودار پراکنش و خط برازش برای متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاکی از رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده بود. همگنی ضرایب رگرسیون نیز به صورت آماری و به منظور بررسی این که تعاملی بین مداخله و متغیر هم‌تغییر وجود دارد، باید بررسی شود که نتایج آن نشان داد بین متغیرهای گروه و پیش‌آزمون تعامل وجود ندارد ( $p > 0/05$ ,  $F=1/9$ )، لذا تخطی از همگنی ضرایب رگرسیون به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس وجود ندارد. جداول زیر نتایج تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد.

جدول 1. تحلیل کوواریانس نمره‌ی اضطراب پنهان در بین گروه‌ها

توان آزمون	ضریب اتا	F	میانگین مجذورها	درجه آزادی	مجموع مجذورها	منبع تغییرات
			308	1	308	پیش‌آزمون
	0/45	26	100/7	2	201	گروه‌ها
0/95	0/35*	8/5*	11/8	32	378	خطا
				36	16516	کل

\*  $P < 0/05$

نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس یک عاملی نشان می‌دهد که با کنترل آماری واریانس پیش‌آزمون حداقل واریانس یکی از سطوح گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار است. از

این رو فرض صفر با 95 درصد اطمینان در سطح آلفای 5 درصد رد می شود. ضریب همبستگی بین سطوح گروه‌ها و متغیر اضطراب پنهان برابر با  $\eta^2=0/35$  است. به عبارت دیگر 35 درصد واریانس اضطراب پنهان از روی سطوح گروه‌ها قابل تبیین است. توان آزمون نیز برابر با  $0/95=$   $\beta-1$  است. یعنی در سطح 95 درصد اطمینان می توان گفت فرض صفر غلط به درستی رد شده است. برای بررسی تفاوت میانگین اضطراب پنهان در بین سطوح گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD به شرح جدول زیر استفاده می شود.

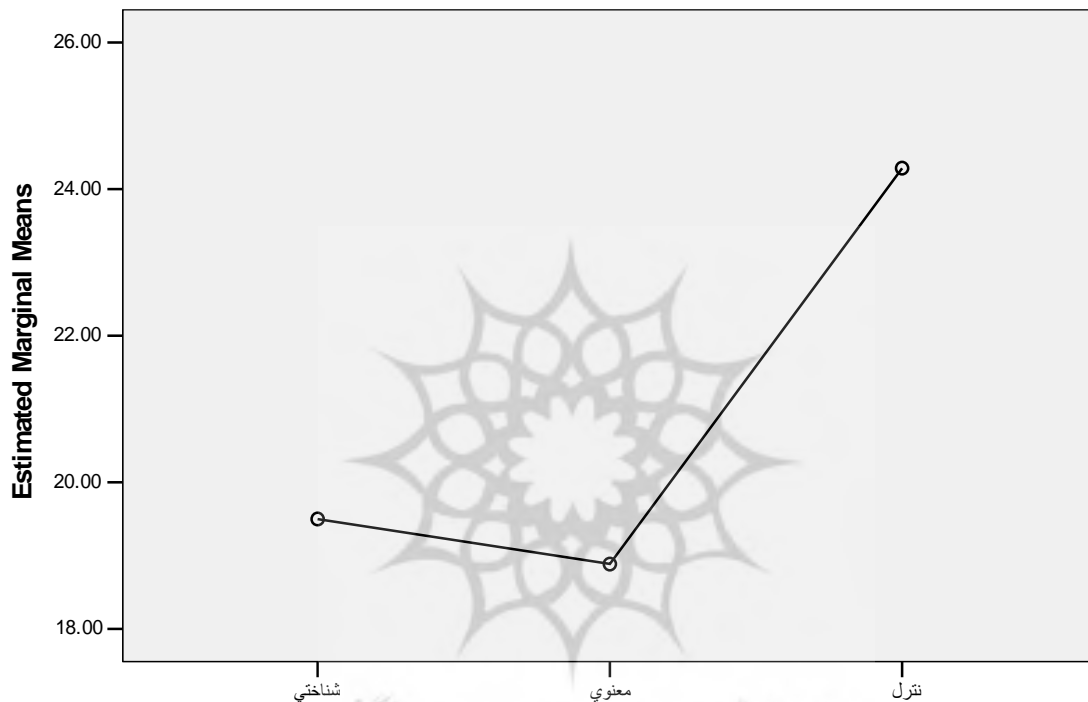
جدول 2. تفاوت میانگین اضطراب پنهان بین سطوح گروه‌ها

$\bar{X}_3 = 24$	$\bar{X}_2 = 18/8$	$\bar{X}_1 = 19/5$	میانگین تعدیل شده‌ی اضطراب پنهان
			$\bar{X}_1 = 19/5$ میانگین گروه شناختی
$5/4^*$	$4/7$		$\bar{X}_2 = 18/8$ میانگین گروه معنوی
$0/61^*$			$\bar{X}_3 = 24$ میانگین گروه کنترل

\*  $P < 0/05$

نتایج حاصل از اجرای آزمون  $LSD^1$  نشان می دهد فرض های صفر در سطح 95 درصد اطمینان با آلفای 5 درصد رد می شود. رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی هر دو در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش اضطراب پنهان تأثیر دارند. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین اضطراب پنهان دو گروه درمانی وجود ندارد. نمودار 1 نیز میانگین تعدیل یافته گروه‌ها در متغیر اضطراب پنهان را نشان می دهد.

### پس پنهان Estimated Marginal Means of



نمودار 1. میانگین تعدیل یافته گروه‌ها در متغیر اضطراب پنهان

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از بررسی این پژوهش و با وجود اینکه، هر دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان مؤثر هستند. ولی بین این دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد. اساسی‌ترین سؤالی که در ارتباط با

نتیجه این فرضیه می‌توان مطرح کرد این است که چرا بین دو شیوه درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. پاسخی که می‌توان ارائه کرد مربوط به شباهت‌هایی است که بین این دو روش درمانی وجود دارد؛ 1- هر دو شیوه با فرایند تفکر و باورها سروکار دارند. رفتار درمانی شناختی با فرایند های تفکر و باورهای غیر منطقی افراد سروکار دارد و تأکید آن بر رفتار کلامی و تصورات ذهنی مددجویان در رابطه با خودشان و جهان پیرامونشان و آینده است (سیف، 1383). در درمان معنوی - مذهبی نیز تغییرات شناختی و فکری مد نظر است، یعنی مراجعان به درک آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آن‌ها با یکدیگر نایل می‌شوند. 2- در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. در رفتار درمانی شناختی نحوه عملکرد و یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تأثیر می‌گذارد (جسی<sup>1</sup>، مونیکا<sup>2</sup> و مایکل<sup>3</sup>، 2006) در درمان معنوی - مذهبی تغییرات رفتاری و عاطفی نیز مطرح است. بدین معنی که عملکرد مراجعان در جهت اعمال اجتماعی سازنده و رضایت بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت بخش، خوشایند، امیدوار کننده و شادی بخش رشد می‌یابند.

شاید بتوان گفت که رفتار درمانی شناختی و هم تغییر و توجه در مذهب، در درجه اول شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش بروز می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را در بر می‌گیرد. اما هنوز به پژوهش‌های دقیق بیشتری در این زمینه نیازمندیم. اما تفاوت‌هایی نیز در این دو روش درمانی وجود دارد که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌کند. اولاً، هدف رفتار درمانی شناختی بازسازی شناختی است و آن کمک به مددجویان در تغییر الگوهای فکری غلط است (سیف، 1383). اما هدف اصلی و نهایی درمان معنوی - مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه تمام مخلوقات آفریده شده‌اند برای عبادت خداوند که

---

1. Jesse  
2. Monica  
3. Michael

انسان ذاتاً به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی - مذهبی به حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت بخش وجود فرد خواهد شد (طهرانی، 1996). ثانیاً، رفتار درمانی شناختی به ارزش‌ها و اخلاقیات که از جمله عوامل فرهنگی هستند بی توجه است ولی ارزش‌ها و اخلاقیات نقش زیادی در مشاوره و روان‌درمانی معنوی - مذهبی دارند. بنابراین، با وجود تفاوتی که بین دو شیوه درمانی وجود دارد، شباهت زیادی بین این دو روش وجود دارد که می‌توان توجیه کننده سؤال اول این پژوهش باشد.

همچنین در پاسخ به سؤال دوم مطرح شد که رفتار درمانی شناختی نقش مؤثری در کاهش میزان اضطراب پنهان دانشجویان دارد، که شاید به دلیل ناهشیاری آن بخش از اضطراب باشد که فرد از دست‌کاری هشیارانه آن محروم و ناتوان است و این امر در نتیجه بحث و درمان هر فرد به کمک اعضای گروه نسبت به اضطراب پنهان خویش (اضطرابی که نسبت به آن هشیار نبوده و بیشتر در رفتار و حرکات وی می‌توان مشاهده نمود)، آگاهی یافته و بر اساس رویکرد درمانی مذکور که علت اساسی ایجاد اختلال را ادراک تحریف شده و تفکر غیرمنطقی می‌داند، هر فرد محور تلاش خویش را بر اصلاح تفکر خود قرار داده است. این یافته نیز همسو با یافته‌هایی است که تأثیر رفتار درمانی شناختی را بر کاهش اضطراب گزارش کرده‌اند (باتلر<sup>1</sup>، چپمن<sup>2</sup>، فرمن<sup>3</sup> و بک<sup>4</sup>، 2006)

در بررسی سؤال سوم پژوهش نتایج به دست آمده حاکی از آن است که دانشجویانی که در معرض روان‌درمانی معنوی - مذهبی قرار گرفتند با دانشجویانی که در معرض چنین روشی

- 
1. Butler
  2. Chapman
  3. Forman
  4. Beck

قرار نگرفتند، میزان اضطراب آن‌ها کاهش یافت که این کاهش در سطح ( $P < 0/05$ ) معنادار بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه درمان معنوی - مذهبی برای کاهش اضطراب انجام شده همسو است. مثلاً مالتبی (1998) تأثیر اعمال مذهبی بر سطح مختلف اضطراب را بررسی کرده و در نتیجه مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد. همچنین در این راستا انرایت و همکاران (1998)، به این نتیجه رسیده‌اند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان می‌شود. در بررسی موردی نیز تأثیر عفو و بخشایش بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود روابط فردی مشاهده گردید. هیل و ان رایت (1993)، نیز در بررسی خود در یافتند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب در افراد می‌شود. در پژوهش دیگر شفر<sup>1</sup> و گورساج<sup>2</sup> (1991) نشان دادند که آموزش روش‌های حل مسئله بر پایه مذهبی، سازش یافتگی روان شناختی را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد. همچنین میتون (1998)، به نقل از بهرامی احسان، (1381) در گزارش پژوهشی خود نشان داد که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، تأثیر موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش می‌دهد. کوئینگ و همکاران (2001) نشان دادند که تلاش‌های مذهبی و معنوی مانند مراقبه، دعا، نماز و حضور در مراسم مذهبی شانس بهبودی مراجعان را افزایش می‌دهد. نیز ازهر و دیگران (1994)، نشان دادند که وقتی از روان درمانی با زمینه مذهبی استفاده می‌شود نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته به طور معناداری کاهش می‌یابند. همچنین پژوهش حاضر با نتایج جان بزرگی (1378) که نشان داد درمانگری با جهت‌گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیری فراتر از درمانگری بدون جهت‌گیری مذهبی در کاهش اضطراب دارد، همسو است.

با توجه به یافته‌های تحقیقات انجام گرفته و پژوهش حاضر می‌توان گفت تفاوتی که این پژوهش با پژوهش‌های دیگر دارد در این است که اصولاً پژوهش‌های مطرح شده بر روی افرادی صورت گرفته که به بیمارستان یا کلینیک‌های درمانی داوطلبانه مراجعه کرده‌اند. در

---

1. Schaefer  
2. Gorsuch

حالی که در این پژوهش شرکت کنندگان به صورت تصادفی از بین افراد به ظاهر سالم یا افرادی که بستری نشده بودند انتخاب شدند. درباره رابطه بین معنویت، مذهب و سلامت روان یافته‌ها متنوع و متعدد هستند، در حالی که برخی پژوهش‌ها به رابطه منفی بین معنویت، مذهب و اضطراب دست یافته‌اند (به نقل از کوینگ و همکاران، 2001)، اما مطالعه‌های دیگر نیز وجود دارد که چنین رابطه‌ای را گزارش نکرده‌اند (سالسمن<sup>1</sup>، ترامارا<sup>2</sup>، بریچتینگ<sup>3</sup> و کارلسون<sup>4</sup>، 2005). همچنین مطالعه‌های تجربی نشانگر رابطه معنادار میان مذهب و معنویت و سلامت هستند. با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت، 2003). برای توضیح و تفسیر این تعارض‌ها با پژوهش حاضر شاید بتوان به کیفیت و نوع دین داری افراد اشاره کرد: چرا که مذاهب از جنبه وحدت دهی به رفتارها با یکدیگر متفاوتند و بدیهی است مذهبی که از نظر اصول اولیه توحیدی نباشد نمی‌تواند وحدت یافتگی ایجاد کند. همچنین تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که کسانی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند نسبت به کسانی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (جینا<sup>5</sup>، 1998).

### پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش و محدودیت‌های آن، موارد زیر پیشنهاد می‌شود: نمونه‌گیری از جامعه‌ای فراتر از گروه دانشجویی، امکان تعمیم نتایج در گروه‌های غیر دانشجویی را فراهم می‌سازد، در پژوهش‌های دیگر می‌توان نمونه را از بین دانشجویان دختر انتخاب کرد و نحوه تأثیر دو شیوه درمانی را بر روی این گروه مورد مطالعه و مقایسه بین دو جنس قرار داد. پژوهشی ساماندهی شود که میزان مذهبی بودن (درونی و بیرونی) را به

- 
1. Salsman
  2. Tramara
  3. Brechting
  4. Carlson
  5. Genia



متابه متغیر تعدیل کننده تعیین کند تا تفاوت‌ها در برابر شیوه‌های درمانی مشخص شود. پژوهشی با برنامه پیگیری ماندگاری حاصل از نتایج تأثیر شیوه‌های درمانی ساماندهی شود.

### منابع فارسی

- بهرامی احسان، هادی. (1381). رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود، مجله روانشناسی، 24، 6(4).
- پرون و پرون. (2002). روان شناسی بالینی، آزمایش بالینی و فرایند تشخیص، ترجمه پریخ دادستان؛ منصور محمود. (مترجمان، 1381)، (چاپ دوم)، تهران: بعثت.
- جان بزرگی، مسعود. (1378). بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت «آموزش خود مهارگری» با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- دلاور، علی. (1383). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، (چاپ سوم) انتشارات رشد، تهران.
- سیف، علی اکبر. (1383). تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه‌ها و روش‌ها، (چاپ ششم)، تهران: نشر دوران.
- فری، مایکل ال. (1999). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، محمدی، مسعود، فرنام، رابرت (مترجمان، 1384)، چاپ اول، تهران: رشد.
- کرمی، فریبا. (1384). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی (درونی و برونی) با میزان تنیدگی دانشجویان دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- محمدی، محمدرضا؛ داویدیان، هارتون؛ نوربالا، احمدعلی؛ ملک افضلی، حسین؛ نقوی، حمیدرضا؛ پوراعتقاد، حمیدرضا؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ رهگذر، مهدی؛ علاقبندراد، جواد؛ امینی، همایون و رزاقی، عمران محمد. (1380). همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در ایران. حکیم، 64(6).
- وست، ویلیام. (2004). روان درمانی و معنویت، شهریار شهیدی، و سلطانعلی شیرافکن. (1383) تهران: رشد.

## منابع لاتین

- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioral therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Elkins, D. N. (1995). Psychotherapy and spirituality: Toward a theory of the soul. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(2)78-98.
- Enright, R. D., Freedman, S., Riquis, J. (1998). *The psychology of Interpersonal forgiveness*: Lawrence Erlbaum Association.
- Genia, V. (1998). Religiousness and psychological adjustment in college students. *Journal of College student psychotherapy*. 12(3); 67-71.
- Heble, J.H., Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy*, 30, 658-667.
- Hill, P. C., Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 64-78.
- Jesse, H. W., Monica, R. B., & Michael, E. T. (2006). *Learning Cognitive- Behavior Therapy: an illustrated guide*. American psychiatric publishing. Inc.
- Koenig, H. G., Mc Cullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*, Oxford, N.Y: Oxford University press.
- Maltby, J. (1998). Church attendance and anxiety change. *Journal of Social psychology*, 139(4), 537-538.
- Merikangas, K. R. (2005). Anxiety disorders Epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of psychiatry* (pp.1720-1727). Philadelphia. Lippincott Williams & wilkins.
- Miller, W. R, Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and Health, an emerging research field. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Piedmont, R. L. (2004). The logoplex as a paradigm for understanding spiritual Transcendence. *Research in the social scientific study of Religion*, 15, 262-284.
- Propst, L. R. (1998). *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Press.
- Richards, P. S, & Bergin, A.E. (2004). *Casebook for A spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington, DC. American psychological Association.
- Richrds, P. S., & Bergin, A.E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Salsman, J.M., Tramara, L., Brechting, E.H. & Carlson, C.R. (2005). The Link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of

- optimism and social support. *Journal of Society and Social Psychology*, 31(4), 522-535.
- Schaefer, C. A., Gorsuch, R.L. (1991). Psychological adjustment and religiousness; The multivariate belief- motivation theory of religiousness. *The scientific study of Religion*; 3(4) 448-461.
- Tehrani, J. (1996). Islamic theory and humanistic psychology. *Journal of the Humanistic Psychologist*, 44(3), 341-346.

