

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۶/۱۰  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۷/۰۷  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۰۶

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۳  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۱، شماره‌ی ۲  
صص: ۱۸-۱

## اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

شیدا جبل عاملی \*

حمیدطاهر نشاط دوست \*\*

محمدباقر کجباغ \*\*\*

حسین مولوی \*\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. طرح پژوهش به صورت تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شدند، سپس با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی، تحت روان‌درمانی اسلامی قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، توسط همه آزمودنی‌ها در مرحله پیش

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان،

sh.jabalameli@edu.ui.ac.ir

اصفهان

\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

h.neshat@edu.ui.ac.ir

اصفهان، اصفهان (نویسنده مسئول)

\*\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

m.b.kajbaf@edu.ui.ac.ir

اصفهان، اصفهان.

\*\*\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

h.molavi@edu.ui.ac.ir

اصفهان، اصفهان.

آزمون و پس از آن تکمیل شد. داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS<sup>15</sup> و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد که در پس آزمون میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است ( $p < 0/05$ ) و میانگین نمرات اضطراب به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است ( $p < 0/05$ ). مطابق با نتایج این پژوهش، روان‌درمانی اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود.

**کلید واژگان:** اضطراب فراگیر، روان‌درمانی اسلامی، کیفیت زندگی، اضطراب.

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود و همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد (بارلو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از شاهجویی و همکاران، ۱۳۹۰). چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کند که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). میزان شیوع یک ساله اضطراب فراگیر بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر، نزدیک ۵/۷ درصد گزارش شده است (کسلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). حدود ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اضطراب فراگیر می‌باشند (محمودعلیلو، ۱۳۸۹). شیوع بالای اضطراب فراگیر و سیر مزمن و ناتوان‌کننده این اختلال باعث شده است که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بیشترین رجوع را به مراکز خدمات بهداشتی-درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (کورنر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران، مانند پژوهش پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) و کاویانی و همکاران (۱۳۸۱)، اضطراب فراگیر را شایع‌ترین

1- General Anxiety Disorder (GAD)

2- Barlowe

3- Kessler

4- Koerner

اختلال اضطرابی دانسته‌اند.

تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر صدمات فیزیکی، حرفه‌ای و اجتماعی را در بر می‌گیرد (کرمر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، آمار بالای بیکاری و طلاق و سطح پایین کیفیت زندگی<sup>۲</sup> و درآمد سالانه پایینی دارند (روبرگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی به معنای توانایی فرد در انجام رضایتمندانه امور زندگی تعریف شده است که دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌ها و عوامل بدنی و روانی را در بر می‌گیرد (جونز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک براساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علائق آن‌ها می‌باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین کیفیت زندگی بازتابی از اثرات فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماری بر زندگی روزمره فرد می‌باشد و شاخصی از میزان رضایت فرد از زندگی روزمره‌اش است. کیفیت زندگی حالتی از سالم بودن است که ترکیبی از دو جزء می‌باشد: توانایی انجام فعالیت‌های روزمره که بازتابی از بُعد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و رضایت بیمار از میزان عملکردش است (دوامی، ۱۳۷۹).

هزینه‌هایی که اضطراب فراگیر بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه تحمیل می‌کند، در مقایسه با سایر اختلال‌ها بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد (مایر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). با توجه به شیوع بالای اضطراب فراگیر و سیر مزمن و ناتوان کننده این اختلال و هزینه‌های بالای اقتصادی آن، ضرورت پژوهش درباره این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. درمان‌های روانشناختی مؤثر بر اضطراب فراگیر مانند آرام‌سازی عضلانی و درمان شناختی- رفتاری به نتایج امیدوار کننده‌ای منجر شده‌اند (مور و جفرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). علیرغم امیدبخشی نتایج به دست آمده از این درمان‌ها، هنوز برخی از مشکلات اساسی در رابطه با درمان و اثرات آن حل نشده است (مژدهی و همکاران، ۱۳۹۰).

- 
- 1- Kremer
  - 2- Quality of life (QOL)
  - 3- Roberge
  - 4- Jones
  - 5- Maier
  - 6- Moore & Jefferson

به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، درمان‌های روان‌شناختی تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی مراجعان قرار دارد و کارایی آنها به میزان هماهنگی‌شان با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (هافمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) یادآور شده‌اند که در دهه گذشته افزایش قابل توجهی در روان‌درمانی‌های مبتنی بر دین و معنویت پدید آمده است. آنان متذکر شده‌اند که یافته‌های برخی از مطالعات، شواهدی تجربی است که سودمندی روان‌درمانی‌های معنوی را در درمان پاره‌ای از اختلالات از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و غیره نشان می‌دهد.

در یک مطالعه بزرگ در نمونه‌ای با حجم تقریباً ۳۰۰۰ نفر، رابطه بین اضطراب و فعالیت‌های مذهبی مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه آن بود که اشخاص متعهد و پایبند به دین در حد قابل توجهی کمتر از سایرین دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند (کوئینگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین اظهر<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) پژوهشی با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی دینی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام دادند. نتایج نشان داد که بیمارانی که روان‌درمانی دینی را دریافت کردند، به طور معنی‌داری بهبود سریع‌تری را در علائم اضطراب نسبت به بیمارانی که فقط روان‌درمانی حمایتی و دارو دریافت نمودند، نشان دادند. آنها نتیجه گرفتند که بیماران متدین امکان دارد به نوع متفاوتی از روان‌درمانی احتیاج داشته باشند.

پژوهش احمدی ابهری (۱۳۷۵) نیز نشان داد که روان‌درمانی دینی می‌تواند موجب کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی شود.

همچنین گریفیث<sup>۵</sup> و همکارانش در دو پژوهش گسترده دست‌آوردهای درمان‌جویی دینی را در کسانی که مدت‌ها از رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب، افسردگی و دردهای مزمن جسمانی شکایت داشته‌اند، بسیار چشمگیر گزارش کرده‌اند. در پی‌گیری‌های بعدی، درمان‌جویان احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و از میان رفتن دردهای مزمن بدنی را از جمله دست‌آوردهای درمان مبتنی بر دین دانسته‌اند (گریفیث و همکاران، ۱۹۸۶).

- 
- 1- Hofmann
  - 2- Smith
  - 3- Koenig
  - 4- Azhar
  - 5- Griffith

پژوهشگران دیگر نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند؛ هم در نمونه‌های افراد سالم و هم در نمونه‌های بیماران، سطح اضطراب پایین‌تر و کیفیت زندگی بهتر در میان افراد مذهبی‌تر مشاهده می‌شود (تورسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰). جیمز<sup>۲</sup> معتقد است که مؤثرترین داروی شفابخش نگرانی همانا ایمان و اعتقاد مذهبی است، ایمان یکی از قوایی است که بشر به مدد آن زندگی می‌کند و فقدان کامل آن در حکم سقوط بشر است (کازوروسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). کالابرس<sup>۴</sup> (۱۹۸۷؛ به نقل از مهران، ۱۳۹۲) نیز بر این اعتقاد است که هرگاه انسان دردمند از دیگران برای درمان و تسکین دردهای بدنی یا روانی خویش مایوس می‌گردد و درمان‌های کلاسیک نمی‌توانند به او بهبودی بخشند، کمک خواستن از ایمان و باور دینی، تنها راهی است که برای رهایی از اضطراب، افسردگی و دردهای جانکاه برای وی باقی می‌ماند. به طور کلی، امروزه بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران بر این باورند که مذهب تأثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد و در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور کامل‌ترین فرامین است. بنابراین استفاده از این نیروی بالقوه در بهبودی بیماری‌های بدنی و اختلالات هیجانی و رفتاری، آثار مؤثر درمانی را در بر دارد (فاوازا<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از مهران، ۱۳۹۲). به اعتقاد بسیاری از متخصصان مسلمان، اعتقادات و سنت‌های اسلامی می‌تواند چارچوب درمانی جامع و پر محتوایی برای افرادی که با مشکلات روانشناختی مواجه هستند، فراهم آورد. بررسی متون اسلامی نشان می‌دهد، که در بطن اعتقادات اسلامی، شناخت‌ها، اصول و راهبردهای مقابله‌ای متعددی وجود دارد که می‌تواند در کار با مراجعین مختلف مورد استفاده قرار گیرد (مکسود<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). لیکن تاکنون در مورد میزان اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رویکرد اسلامی به صورت تجربی، شواهد چندانی در دست نیست. بر همین اساس و با توجه به رسوخ آیین اسلام در نگرش‌ها و سبک زندگی مردم جامعه ایران، تنظیم یک برنامه درمانی مدون متناسب با فرهنگ ایرانی - اسلامی در زمینه اضطراب فراگیر، گامی در جهت کاربردی‌تر نمودن آموزه‌های اسلامی در این حوزه خاص از

- 
- 1- Thorson
  - 2- James
  - 3- Kaczorowski
  - 4- Kalabres
  - 5- Favaza
  - 6- Maqsood

روان‌درمانی است و تلاشی در راستای تحقق بخشیدن به بومی‌سازی مداخلات روان‌درمانی با فرهنگ جامعه ایرانی می‌باشد. لذا در این پژوهش، میزان اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

## روش

طرح پژوهش حاضر به صورت تجربی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود و هر دو گروه در دو نوبت مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش، کلیه افرادی بودند که در سال ۱۳۹۲ به مراکز مشاوره شهر اصفهان (تحت نظارت سازمان بهزیستی) مراجعه کرده و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر گرفته بودند. ابتدا از میان این مراکز، ۴ مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس از میان افراد مراجعه‌کننده به این مراکز، ۳۰ نفر که دارای پرونده بیماری بوده و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر گرفته بودند و دارای ملاک‌های ورود و فاقد ملاک‌های خروج بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر بر اساس DSM-IV-TR به تشخیص متخصص مربوطه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن سطح تحصیلات دیپلم به بالا و عدم دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی دیگر. همچنین ملاک‌های خروج شامل وجود اختلال ارگانیک، ذهنی یا اختلال روان‌پریشی و غیبت بیش از دو جلسه بود. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان پژوهش، اطلاعات مختصری در مورد زمینه موضوع پژوهش و هدف انجام پژوهش ارائه شد، به آنها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین آنها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی شرکت‌کنندگان انجام شد. به بیماران گروه کنترل نیز اطمینان داده شد که پس از پایان پژوهش، درمان مشابهی را دریافت خواهند نمود. ابتدا در یک جلسه عمومی، پیش‌آزمون اجرا شد و کل آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و کنترل) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی دو ساعته، تحت روان‌درمانی

اسلامی قرار گرفتند. پس از این دوره پس از آزمون اجرا شد و مجدداً کل آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تدوین محتوا و مراحل روان‌درمانی اسلامی، ابتدا متون اسلامی اعم از آیات قرآن، احادیث پیامبر اکرم (ص) و اهل بیت (ع) و همچنین منابع نوشتاری شامل کتاب‌ها، مقالات، پایان‌نامه‌ها و سایر آثار مکتوب، مورد مطالعه قرار گرفت و با توجه به پیشینه پژوهشی به دست آمده اطلاعات لازم به دست آمد. پس از پردازش آیات و احادیث و مطالب مرتبط با موضوع پژوهش و تجزیه و تحلیل مفاهیم و مضامین آن‌ها به شناسایی و کشف روابط علی با تکیه بر تبیین‌های روانشناختی پرداخته شد. سپس ابعادی که در هر آیه و حدیث مورد توجه قرار گرفته، مورد بررسی قرار گرفت و پس از پالایش و طبقه‌بندی آنها، مؤلفه‌های اضطراب و راهکارهای کنترل اضطراب استخراج شد. در نهایت روان‌درمانی اسلامی اضطراب متناسب با یافته‌ها تدوین و ارائه گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- پرسشنامه جمعیت شناختی<sup>۱</sup> شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل.
- ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)<sup>۲</sup>: پرسشنامه WHOQOL-BREF خلاصه پرسشنامه WHOQOL-100 می‌باشد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). نجات و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر به بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه WHOQOL-BREF پرداختند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه از ماتریس همبستگی سؤالات با حیطه‌ها استفاده شد. در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود

1- Demographic

2- World Health Organization Quality Of Life-Brief (WHOQOL-BREF)

از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد.

۳- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطراب تنظیم شده است و بر اساس مقیاس لیکرت (نمره‌های صفر تا سه برای هر پرسش)، نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. در ایران روایی این پرسشنامه ۰/۷۲ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). بک و همکاران (۱۹۹۸) همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۱).

داده‌های پژوهش در نرم افزار SPSS15 و با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ مشاهده می‌گردد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

کنترل	آزمایش	متغیر	
۴۲ (۵/۲)	۴۰ (۴/۳)	میانگین سنی (انحراف معیار)	
۱۱	۹	زن	جنسیت
۴	۶	مرد	
۶	۴	دیپلم	تحصیلات
۹	۱۱	بالای دیپلم	
۱۳	۱۰	متاهل	وضعیت تأهل
۲	۵	مجرد	
۱۰	۱۲	شاغل	وضعیت شغلی
۵	۳	بیکار	



میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۲/۳	۸/۲	۷۴/۶	۹/۴
	پس آزمون	۸۱/۴	۱۰/۷	۷۶/۱	۹/۶
اضطراب	پیش آزمون	۴۴/۶	۵/۲	۴۲/۲	۴/۷
	پس آزمون	۳۸/۴	۴/۹	۴۱/۶	۴/۳

در این پژوهش پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگن بودن واریانس داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش فرض همگن بودن واریانس داده‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن توزیع داده‌ها (با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف) برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین تصادفی بودن انتخاب افراد که در زمان تقسیم به گروه‌های آزمایشی و گواه رعایت شده است و برابر بودن تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل ( $n=15$ )، همگی حاصل بوده‌اند، لذا پس از انجام محاسبات ذکر شده ابتدا یک تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام گرفت (جدول ۳) و سپس فرضیه‌های پژوهشی آزمون شدند (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر تفاضل نمره‌های پس آزمون-پیش آزمون کیفیت زندگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۲۶۴	۴/۵۳	۵	۲۴	۰/۰۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۶۵۱	۴/۵۳	۵	۲۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۲۲	۴/۵۳	۵	۲۴	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۲۲	۴/۵۳	۵	۲۴	۰/۰۰۱

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند، بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری بر تفاضل نمره‌های پس آزمون-پیش آزمون کیفیت زندگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	اضطراب	۳۳۴/۵۱	۱	۳۳۴/۵۱	۷/۳۵	۰/۰۰۲
	کیفیت زندگی	۴۶۴/۴۲	۱	۴۶۴/۴۲	۸/۲۳	۰/۰۰۱
خطا	اضطراب	۶۴/۴۳	۲۸	۵۹/۶۱		
	کیفیت زندگی	۵۱/۴۲	۲۸	۴۳/۴۲		
کل	اضطراب	۲۵۴۱	۳۰			
	کیفیت زندگی	۳۶۸۷	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در هر دو متغیر وابسته (اضطراب و کیفیت زندگی) تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). به این معنی که روان‌درمانی اسلامی در بهبود کیفیت زندگی و اضطراب شرکت کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون تأثیر داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی اسلامی به طور معنی‌داری باعث بهبود کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پس آزمون شده است. بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر میزان کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد، هر چند در چندین پژوهش به تأثیر درمان‌های مبتنی بر معنویت و دین بر کاهش اضطراب و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی اشاره شده است.

لذا نوآوری و ابتکار پژوهش حاضر در استفاده از رویکرد اسلامی در درمان روانشناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده است. با این حال می‌توان یافته‌های این پژوهش را با نتایج پژوهش‌های اسمیت و همکاران (۲۰۰۷)، کوئینگ و همکاران (۱۹۹۳)، اظهار و همکاران (۱۹۹۴)، تورسون و همکاران (۱۹۹۰)، کازوروسکی (۱۹۸۹)، گریفیث و همکاران (۱۹۸۶) و احمدی ابهری (۱۳۷۵)، همسو دانست. در این پژوهش‌ها به تأثیر مثبت آموزه‌های دینی بر بهبود وضعیت روانشناختی افراد از جمله کاهش اضطراب اشاره شده است.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۹ در مورد نقش مذهب بر سلامت روان به صورت رسمی اعلام کرد که «باید از توانمندی‌ها و پتانسیل باورهای دینی و اعتقادی افراد در ارتقای سلامت روانی آنان بهره گرفت» (بیان‌زاده، ۱۳۷۶). برخی باور دارند که لازمه درمان مؤثر مبتنی بر دین، گسترش ایمان دینی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از افراد دارای ایمان بالاتر، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و این توان را دارند که فشارهای عاطفی را بیشتر تحمل کنند. آفرینش انسان به گونه‌ای است که جز با ایمان و یاد خدا آرامش نمی‌یابد، ایمان به خداوند تنها راه رهایی انسان از اندوه و اضطراب است، خداوند می‌فرماید: «هم اوست که آرامش را در دل‌های مؤمنان جای داد تا ایمانی بر ایمانشان بیفزاید» (مهران، ۱۳۹۲). آدم با ایمان، روحی مطمئن‌تر و اعصابی آرام‌تر و قلبی سالم‌تر دارد (مطهری، ۱۳۵۸). لذا در درمان‌های مبتنی بر دین برای بهبود وضعیت روانشناختی بر مؤلفه ایمان به خداوند تأکید بیشتری می‌شود.

افزون بر تأثیرات مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماری‌های جسمی و روانی، تأثیر مراسم ویژه در درمان‌های مذهبی نیز دارای اهمیت است. مانند نماز و نیایش، گذشت و بخشایش و مراقبه. به طوری که پژوهش‌های تجربی و مطالعات میدانی، کارآمدی درمانی نماز و نیایش را در افراد متدین به اثبات رسانیده‌اند. گذشت و ایثار نیز به عنوان یک مؤلفه درمانی در شرایط بالینی به کار گرفته شده‌اند (مهران، ۱۳۹۲). در این پژوهش، طبق بررسی‌های انجام شده در منابع و اسناد معتبر علمی و مذهبی مرتبط با موضوع پژوهش، متغیرها و راهکارهای تأثیرگذار بر اضطراب شناسایی و استخراج شدند. سپس این متغیرها در سه دسته کلی شناختی، رفتاری و اجتماعی تقسیم شدند و در کنار سایر فنون مرسوم در درمان اضطراب فراگیر از جمله بازسازی شناختی، آرامسازی عضلانی و ... مورد استفاده قرار گرفتند.

در بخش شناختی تأکید بر باورها و اعتقادهایی مانند داشتن ایمان و توکل به خدا، اعتقاد به رحمت و عدالت خداوند، اعتقاد به مقدرات و پذیرش مشیت الهی و یاری جستن از او، ایمان به معاد، هم‌چنین اعتقاد افراد به این که خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسئول رفتار خودش قرار داده و این که خداوند بندگان گناه کار خود را می‌بخشاید، بود. این باورهای مذهبی موجب می‌شود تا افراد دیندار، کنترل بیشتری بر وضعیت موجود خود داشته باشند و باعث ایجاد اطمینان و آرامش بیشتر در افراد می‌گردد و مانند یک سپر در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند.

همچنین در این پژوهش از راهکارهای رفتاری مانند دعا و نیایش با خداوند، آداب و مناسک دینی مانند خواندن قرآن و نماز، روزه داری، دادن زکات و خمس و ... استفاده شده است. این راهکارهای رفتاری به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کنند و باعث کاهش اضطراب می‌شوند. برای مثال از عبادت به عنوان شکلی از آرام‌سازی استفاده شد. انجام چنین مناسکی باعث ایجاد تخلیه هیجانی در فرد می‌شود و فرد می‌تواند پس از انجام چنین مناسکی راه حل‌های جایگزین بهتری برای حل مشکلات خویش پیدا کند.

علاوه بر این، روابط و پیوندهای اجتماعی حاصل از فعالیت‌های دینی موجب کنترل و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و از تنهایی و انزوای انسان جلوگیری می‌کند. برنامه‌های مرتبط با ایام مقدس از جمله ماه مبارک رمضان، حج، شرکت در نمازهای جمعه و جماعت، زیارت مکان‌های مقدس، مشارکت در فعالیت‌های سازمان‌های خیریه‌ای و حمایتی، حامی پیوندها و روابط بهتر اجتماعی میان مردم و دینداران است. در این پژوهش با آموزش توصیه‌های اجتماعی دین اسلام و تأکید بر آن‌ها مانند صله رحم، نوع دوستی، حمایت مالی و اجتماعی از دیگران، رفتن به مساجد و زیارتگاه‌ها و شرکت در مراسم مذهبی، سعی شد تا روابط اجتماعی افراد و به موازات آن حمایت اجتماعی و عاطفی افزایش یابد. بدین صورت افراد توانستند در صورت لزوم از کمک‌های دیگران بهره ببرند و لذا بخش زیادی از فشار روانی خود را تخلیه نمایند و این نیز به نوبه خود باعث کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی در آن‌ها شده است.

با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند بنابراین می‌توان گفت مشکلات روانشناختی این بیماران مانند اضطراب و

افسردگی احتمالاً می‌تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود (جارسولد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی- روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود. در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود (سیمون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش تکنیک‌های مختلف روانشناختی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بهبود هر کدام از این مشکلات و نیز بهبود کیفیت زندگی مورد هدف قرار گیرد.

به طور کلی راهبردهای موجود در دین می‌توانند بر واکنش‌های شناختی، رفتاری و عاطفی انسان در مقابله با فشار روانی و اضطراب تأثیر بگذارند. دین از جنبه‌های مختلفی به انسان‌ها کمک می‌کند تا با فشارهای روانی زندگی و اضطراب حاصل از آن‌ها، بهتر کنار بیایند. دین در تمامی عواملی که می‌تواند نقش مؤثری در استرس داشته باشند از قبیل ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی خود فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و ... نقش کاهش دهنده فشار روانی را ایفا می‌کند. همچنین وجود امید، انگیزه و مثبت‌نگری در دین، ایجاد شبکه حمایتی عاطفی و اجتماعی، دادن پاسخ روشن و قاطع به مفهوم خلقت، جهان و زندگی، تبیین و تعریف لذت‌بخش و معقول از رنج، درد و محرومیت می‌تواند باعث ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی گردد. به اعتقاد پارگامنت<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. عقاید دینی در امیدوار کردن انسان‌ها و ایجاد انگیزه شفا یافتن برای بیماری‌های جسمانی و روانی آنان مؤثر است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد، به نظر می‌رسد که افراد متدین بهتر می‌توانند با عوامل فشارزای روانی مقابله کنند و بیماران دارای مشکلات روان شناختی با توجه به داشتن زمینه‌های دینی، از روان‌درمانی‌هایی که محتوای دینی نیز دارد، بیشتر بهره خواهند گرفت. به طور کلی آموزه‌های دینی موجب کاهش اضطراب، کاهش واکنش منفی به استرس، مقابله

---

1- Jaarsveld

2- Symon

3- Pargament

ایمنی مؤثر با عوامل استرس‌زا، افزایش آرامش فکری و احساس امنیت روانی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که اضافه کردن یک برنامه بر پایه قواعد دینی در بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر نقش مؤثری داشته باشد (بیان‌زاده، ۱۳۷۶؛ دادفر، ۱۳۸۰).

این مطالعه نیز نشان داد که در کنار سایر تکنیک‌های شناختی- رفتاری مرسوم در درمان اضطراب فراگیر راهکارهای سازشی مورد استفاده با ماهیت دینی شامل ایمان و اعتقاد به خدا، نمازگزاردن به درگاه خداوند و تقاضای کمک و نیرو از خداوند به صورت دعا و نیایش، توانسته باعث بهبود کیفیت زندگی و اضطراب شود. در این پژوهش، استفاده از آموزه‌های دینی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موجب شده است تا فرایند خود - کنترلی در درون فرد ارتقا یافته و باعث کاهش اثربخشی شرایط بیرونی و موقعیت‌های محیطی شود، در نتیجه فرد کمتر دستخوش شرایط نامناسب قرار گرفته و بیشتر می‌تواند سلامت روان خود را حفظ کند. این درمان با تکیه بر رویکرد اسلامی، مدعی گامی نو به سوی درمان اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر است.

با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر اضطراب فراگیر به متخصصان دست‌اندرکار سلامت از جمله پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی توصیه می‌شود در ارتباط با مراجعان از شیوه‌های درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی استفاده نمایند و درمان اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی را در همسویی با آموزش‌ها و رهنمودهای دینی و اسلامی که ضامن حرکت تکاملی و سلامت روحی است، در نظر بگیرند. همچنین به مسئولین پیشنهاد می‌شود که مهارت‌های دینی مؤثر و کاربردی بر سلامت روان را به قشرهای مختلف مردم آموزش دهند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد. لذا تعمیم نتایج به سایر جامعه‌ها باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر سایر اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

### فارسی

- احمدی ابهری، سیدعلی (۱۳۷۵). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان‌درمانی مذهبی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲ (۴)، ۱۱-۴.
- بیان‌زاده، سید اکبر (۱۳۷۶). ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان‌درمانی. *اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، ایران*.
- پالاهنگ، حسن؛ نصرافهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی و شاه محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲ (۴)، ۱۹-۲۷.
- دادفر، محبوبه؛ بوالهروی، جعفر؛ ملکوتی، سیدکاظم؛ بیان‌زاده، سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷ (۱ و ۲)، ۳۲-۲۷.
- دوامی، مسعود (۱۳۷۹). *بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان در منزل و آسایشگاه شهر اصفهان در سال ۱۳۷۹*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- شاهجویی، تقی؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری، عباس و فخاری، علی (۱۳۹۰). تحمل نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۳۱۲-۳۰۴.
- شفیعی سنگ آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین و نجفی، محمود (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۴)، ۱۶، ۱۹-۳۱.
- کاویانی، حسین؛ احمدی ابهری، سیدعلی؛ دهقان، محمد؛ منصورنیا، محمدعلی؛ خرمشاهی، مازیار؛ قدیری، محمدرضا؛ دادپی، علیرضا و چهاردهی، امیر (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۸ (۳)، ۴-۱۱.
- کاویانی، حسین و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶ (۲)، ۱۲۶.

محمودعلیلو، مجید؛ شاهجویی، تقی و هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)*، ۵ (۲۰)، ۱۶۷-۱۸۵.

مژده‌ی، محمدرضا؛ اعتمادی، احمد و فلسفی‌نژاد، محمد (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. *فرهنگ مشاوره*، ۲ (۷)، ۱-۳۱.

مطهری، مرتضی (۱۳۵۸). *بیست گفتار*. قم، انتشارات صدرا.

مهران، لیلا (۱۳۹۲). *رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان*، پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور بهارستان، اصفهان.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کورش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱-۱۲.

## لاتین

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 Text Revised, Washington DC, APA.

Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorders patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.

Griffith, E. E. H., Mahy, C. E., Young, J. L. (1986). Psychological benefits are spiritual Baptist "mourning" it an empirical assessment. *American Journal of Psychiatry*, 143, 226-9

Hofmann, S.G. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice*, 13 (4), 243-254.

Jaarsveld, CHM., Sanderman, R., Ranchor, AV., Ormel, J., Veldhuisen, DJ., & Kempen, GI JM. (2002). Gender-specific



- changes in quality of life following cardiovascular disease: A prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1105-12.
- Jones, C. J., & Rose, D. (2005). Physical activity instruction of older adults. *Human Kinetics*, 4, 30.
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual wellbeing and anxiety in adults diagnosed with cancer. *The Hospice Journal*, 5 (3/4), 105-116.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218-25.
- Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer, D. G., Ford, S. M. (1993). Religion and anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder*, 7, 321-342.
- Koerner, N., Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Marchand, A. (2004). The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 191-201.
- Kremer, R. J., Means, N. E., Kim, S. J. (2005). Glyphosate affects soybean root exudation and rhizosphere microorganisms. *Int. J. Environ. Anal. Chem*, 85, 1165-1174.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized Anxiety Disorder (ICD-10) in Primary Care from a Cross-cultural Perspective: A Valid Diagnostic Entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- Maqsood, R. W. (2002). *After Death Life: Thoughts to alleviate the grief of all Muslims Facing death and bereavement*, 4th edition, Good Word Books, Ltd, New Delhi.
- Moore, D. P., & Jefferson, J. W. (2004). *Handbook of Medical Psychiatry*. 2nd ed, 174-175.
- Pargament, K. I. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18 (79), 824.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L., Cloutier, K. (2004). Evaluation Economic for Therapies Cognitive – compartmental and Troubles Anxious. *Psychologies Comedienne*, 45, 202-218.
- Smith, T. B., Bartz, P. S., & Richards, J. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655.

Symon, A., Mackay, A., & Ruta., D. (2003). Postnatal quality of life. *Journal of Advanced Nursing.*, 42, 21-9.

Thorson, J. A., & Powel, F. C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 379-391.

