

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مذهبی

بر اضطراب دانش آموزان

The effectiveness of cognitive-behavioral and religious cognitive therapy on anxiety in students

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۲۶

Vahidi-Motlagh L. MSc, Kajbaf M.B. PhD ✉
Salehzade M. MSc

لیدا وحیدی مطلق^۱، محمدباقر کجباغ ✉
مریم صالح زاده^۱

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the efficacy of cognitive behavioral therapy and religious cognitive therapy on anxiety in Tehranian high school students.

Method: In an experimental study, Forty-five students with high anxiety levels were randomly assigned to a cognitive behavioral therapy (CBT), religious cognitive therapy (RCT), or control groups. CBT and RCT were applied to the experimental groups during eight sessions once per week, whereas the control group did not receive any therapy. Cattle's Anxiety Scale was used as the pre-test, post-test, and follow-up for each of the three groups. Analysis of covariance was applied to analyze the data.

Results: The analysis of data showed that mean anxiety scores in the experimental groups were significantly lower than those in the control group on the post test and follow-up. However, no significant difference was observed between the effectiveness of CBT and RCT for decreasing anxiety in students.

Conclusion: CBT and RCT were remarkably effective for reducing anxiety in students. These results have implications for future research in the field of multidimensional psychotherapy for psychological disorders.

Keywords: Cognitive-Behavior Therapy, Religious Cognitive Therapy, Anxiety

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری مذهبی بر اضطراب دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران بود.

روش: در یک مطالعه تجربی، ۴۵ دانش آموز دارای سطوح بالای اضطراب به تصادف در سه گروه درمانگری شناختی-رفتاری، شناخت درمانگری مذهبی و گروه کنترل قرار گرفتند. درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری مذهبی در طول ۸ جلسه هفته‌ای یک‌بار برای دو گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. مقیاس اضطراب کتل به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌کار برده شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود، لیکن بین اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری مذهبی در کاهش اضطراب دو گروه، تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری مذهبی تاثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش اضطراب دانش‌آموزان دارند. نتایج این پژوهش، برای تحقیقات آینده در زمینه کاربرد روان‌درمانی چند بعدی در درمان اختلالات روانی تلویحاتی را در بر دارد.

کلیدواژه‌ها: درمانگری شناختی-رفتاری، شناخت درمانگری مذهبی، اضطراب

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran
Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

۱- دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
✉ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

آشنایی انسان با مذهب بسیار قدیمی‌تر از مفاهیم علمی روانشناسی، بهداشت روانی و دیگر دانش‌های بشری است. اگرچه روانشناسی در بدو تولد خود رابطه مسالمت‌آمیزی را با مذهب نشان نداد و روانشناسان کلاسیک اولیه نیز علاقه چندانی به آن نشان نمی‌دادند اما دیری نگذشت که روانشناسی اجتماعی و حوزه‌های مربوط به آن با رویکردی علمی‌تر و بدون سوگیری‌های منفی روانشناسان پیشین، پا به عرصه گذاشته و موضوعاتی چون ارزش‌ها، نگرش‌ها، عقاید و باورها را مورد بحث و بررسی قرار دادند [۱]. امروزه نمی‌توان انکار کرد که مذهب یکی از عمومی‌ترین تظاهرات روح انسانی است و هر روانشناسی که سروکارش با ساختمان روانی شخصیت انسان باشد دست کم نمی‌تواند این حقیقت را نادیده بگیرد که مذهب تنها یک پدیده اجتماعی و تاریخی نیست، بلکه برای بسیاری از افراد بشر حکم یک مسأله مهم و شخصی را دارد [۲]. آلپورت و روس، مذهب را یکی از عوامل بالقوه مهم برای سلامت‌روان می‌دانند و معتقدند که مذهب می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و نیرویی عظیم برای سلامت‌روان کمک‌کننده باشد [۳]. سه دهه اخیر، شاهد پژوهش‌های گسترده در زمینه نقش متغیرهای دینی و معنوی در ابعاد مختلف سلامت جسمی و روانشناختی بوده است [۴]. علاقه پزشکان و درمانگران به‌معنویت به‌دلیل افزایش مطالعاتی که همبستگی بین التزامات دینی و نتایج بهتر سلامتی را نشان می‌دهد به‌طور روزافزونی در حال افزایش است [۵]. تحقیقات زیادی از این فرضیه که فقدان یا کاهش باورهای دینی سبب افزایش اختلالات روانی می‌شود حمایت می‌کنند [۶ و ۷]. لوین اشاره می‌کند که حدود ۴۰۰ مقاله پژوهشی دهه گذشته را درباره آثار جنبه‌های مذهبی بر سلامت و بیماری مورد بررسی قرار داده است و به‌رغم مشکلات و محدودیت‌های متعدد در سنجش مذهب، اغلب این یافته‌ها بیانگر نقش موثر مذهب بوده اند [۵]. ارتباط معنویت و نگرش دینی با کاهش خطر خودکشی و افکار خودکشی [۸، ۹ و ۱۰]، رابطه مذهب با کیفیت زندگی زناشویی [۱۱]، ارتباط اعتقادات مذهبی و سازگاری با بیماری‌های صعب‌العلاج [۱۲]، خودتنظیمی و خودکنترلی [۱۳] و ارتباط بین مذهب و بهزیستی ذهنی در کهنسالی [۱۴] نیز در سایر پژوهش‌ها بدست آمده است.

اضطراب به‌عنوان بخشی از زندگی هر انسان، در حد متعادل آن به‌عنوان پاسخی سازش‌یافته تلقی می‌شود اما اضطراب مرضی که جنبه مزمن و مداوم اضطراب می‌باشد فرد را دچار استیصال کرده و از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند. در این میان اهمیت اضطراب نوجوانی از آن جهت پررنگ‌تر می‌شود که پژوهش‌ها بیانگر آن است که اختلالات اضطرابی مزمن غالباً در خلال نوجوانی آغاز می‌شوند. گریستن و همکاران به نقل از

کلارک و همکاران [۱۵] در پژوهشی در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات اضطرابی در نوجوانان دریافتند که سن شروع اختلالات اضطرابی به‌طورمتوسط ۱۵ سالگی بوده است. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که تقیدات، نگرش‌ها و اعمال دینی با کاهش اضطراب ارتباط دارد. در پژوهش‌های متعددی نیز ارتباط اضطراب و متغیرهای چندگانه دینی [۱۶] و رابطه بهزیستی معنوی و اضطراب [۱۷] بررسی شده است که دلالت بر رابطه معکوس اعتقادات معنوی و اضطراب دارد. بر مبنای نتایج مطالعه‌ای دیگر [۱۸]، التزامات دینی با کاهش اضطراب ارتباط داشت و یکی از متغیرهای مهم در پیش‌بینی اضطراب شناخته شد. رابطه منفی معنادار میان میزان مذهبی‌بودن، عبادت و علائم افسردگی و اضطراب [۱۹ و ۲۰]، رابطه معکوس دعا و اضطراب [۲۱]، رابطه معکوس بین توکل و امیدواری با اضطراب [۲۲]، رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت‌روان [۲۳] و رابطه بین اعتقادات مذهبی و جهت‌گیری فرهنگی خانواده [۲۴] نیز در گروهی از مطالعات یافت شده است. با توجه به تأثیرپذیری روش‌های درمانی اختلالات روانی از زمینه‌های فرهنگی و ارزش‌های دینی و معنوی بیماران، توجه درمانگران در دهه‌های اخیر به متغیرهای فرهنگی، معنوی و دینی در فرایند درمان به میزان زیادی افزایش یافته است [۲۵]. علاوه بر توصیه به تدوین پروتکل‌های درمانی تقویت‌شده با آموزه‌های دینی، انجمن روانپزشکی امریکا تأکید و توصیه می‌نماید که پزشکان جهت‌گیری مذهبی بیماران را بررسی نموده و در کار با آنها لحاظ نمایند. زیرا شناخت جهت‌گیری و نیازهای معنوی بیماران، ورود آنها به درمان مناسب‌تر را تسهیل می‌نماید [۲۶]. در زمینه بررسی تأثیر روان‌درمانی مذهبی، در دو مطالعه کارآزمایی بالینی قابل توجه، درمان استاندارد اضطراب (دارو درمانی و روان‌درمانی حمایتی) را با روان‌درمانی دینی در بیماران مسلمان مقایسه نمودند. نتایج نشان داد که روان‌درمانی دینی به‌طور معنادار، بهبودی سریع‌تری را نسبت به دو درمان دیگر نشان داد [۲۷]. در زمینه کاربرد مفاهیم مذهبی در درمان اعتیاد [۲۸] و استفاده از باورهای مذهبی بیماران روانی در درمان آنها نیز پژوهش‌هایی صورت گرفته است [۲۹]. تحقیقات انجام یافته در زمینه درمان اضطراب نوجوانی با استفاده از روش‌های تلفیقی مذهبی و غیرمذهبی اندک است و در ایران نیز پژوهش‌های معدودی، پیامدهای روانشناختی مذهب را مورد بررسی قرار داده اند. برای نمونه پژوهش‌هایی با عنوان اثربخشی تکنیک‌های شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان [۳۰]، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-مذهبی بر افسردگی و اضطراب و همچنین میزان عود آنها [۳۱] و پژوهش‌های تجربی و شبه‌تجربی در زمینه اثربخش بودن برخی آداب و اعمال مذهبی بر کاهش اضطراب [۳۲ و ۳۳] صورت گرفته است. با توجه به اینکه تاکنون

تحلیل عوامل طرح شده، لذا دارای روایی محتوا و سازه و عاملی می‌باشد [۳۴]. این مقیاس در سال ۱۳۶۷ توسط *د/دستان* و همکاران بر روی نمونه وسیعی از دانشجویان، برای جامعه ایرانی هنجاریابی و ویژگی‌های مطلوب روانسنجی آن تایید گردید [۳۵].

روش اجرا

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش در یک جلسه عمومی، مقیاس اضطراب کتل را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. اعضای دو گروه آزمایش ضمن امضای رضایتنامه کتبی هر کدام در یکی از کلاس‌های دبیرستان طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌طور گروهی تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. به‌منظور اخذ داده‌های پس‌آزمون و پیگیری، کلیه افراد، مقیاس اضطراب کتل را در جلسه‌ای پس از اتمام درمان و سپس دو ماه بعد از آن تکمیل نمودند. مداخلات درمانی توسط یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دارای آموزش کافی در زمینه درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی بر اساس آموزه‌های دینی ارائه گردید. چهارچوب جلسات درمان شناختی- رفتاری ارائه شده به‌طور مختصر به شرح زیر می‌باشد:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی، آشنایی کلی با اضطراب، علائم و الگوی سه نظامی آن، آموزش فنون تنش‌زدایی و اجرای گروهی آن، معرفی و تشریح شناخت‌ها و افکارخودآیند و تأثیر آنها بر خلق و احساس، آموزش فرمول‌بندی شناختی (ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار). جلسات چهارم تا ششم: آموزش راهبردهای شناسایی افکار، روش‌های ارزیابی و اصلاح افکارناکارآمد، آموزش آرامش از طریق کنترل نشانه و تکنیک‌های توجه برگردانی، آموزش اصول برنامه‌ریزی فعالیت و تنظیم وقت و آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود مثبت به‌عنوان بهترین سبک ارتباطی همراه با تمرین رفتار و ایفای نقش به‌منظور کاهش تنش در روابط بین فردی. جلسات هفتم و هشتم: آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره، جمع‌بندی کلی نکات ارائه‌شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان و واکنش صحیح در زمان عود علائم.

محتوای درمان شناخت درمانی مذهبی ارائه شده نیز به‌طور مختصر به شرح زیر می‌باشد:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی، آشنایی کلی با اضطراب و علائم آن، بحث در مورد تفکر در خلقت آسمان‌ها و زمین، معنای ایمان به خداوند و آثار و پیامدهای داشتن نگرش ایمانی و آشنایی با مفهوم فضل و رحمت الهی و جلوه‌های آن. جلسات چهارم تا ششم: آشنایی با مفهوم خودشناسی و راه‌های

پژوهشی که اثربخشی درمان‌های مذهبی و غیرمذهبی را با یکدیگر مقایسه کند در کشور صورت نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری، شناخت درمانی مذهبی و مقایسه تأثیر این دو نوع مداخله درمانی بر اضطراب دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان‌های شهر تهران صورت گرفت تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا روان‌درمانی با رویکرد مذهبی در کاهش سطوح اضطراب نوجوانان مؤثر است؟ و در صورت تأیید این تأثیر، در جهت بومی‌سازی و غنی‌سازی هر چه بیشتر پروتکل‌های درمانی تلاش شود.

روش

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر تهران (سنین ۱۵ تا ۱۸ سال) تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. به این ترتیب که ابتدا از نواحی آموزش و پرورش تهران، یک ناحیه و سپس از بین دبیرستان‌های دخترانه این ناحیه سه دبیرستان به‌طور تصادفی انتخاب گردید و از میان کلاس‌های هر دبیرستان، سه کلاس به تصادف انتخاب شدند. مجموع دانش‌آموزان انتخاب‌شده از هر مدرسه ۹۰ نفر بود. از آنجا که متغیر آماج درمان، اضطراب بود، کلیه این دانش‌آموزان (۲۷۰ نفر)، مقیاس اضطراب کتل را تکمیل نمودند و در مرحله بعد ۴۵ نفر از کسانی که نمره طراز شده آنها در مقیاس اضطراب کتل بالاتر از ۴ (اضطراب متوسط و بالاتر) بود به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. دانش‌آموزان گروه اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. گروه دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی مذهبی دریافت نمود و گروه سوم (گروه گواه) هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. شیوه اجرایی درمان‌ها در ادامه بیان شده است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

مقیاس اضطراب کتل: این مقیاس بر اساس پژوهش‌های گسترده فراهم شده و یکی از مؤثرترین ابزارهایی است که به‌صورت یک پرسشنامه کوتاه تهیه شده است. این مقیاس، یک پرسشنامه ۴۰ سؤالی است که شامل ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب پنهان است که می‌توان آن را در هر دو جنس، در همه سنین بعد از ۱۵-۱۴ سالگی و در اکثر فرهنگ‌ها مورد استفاده قرار داد. در این مقیاس نمره خام آزمودنی به نمره طراز شده تبدیل می‌شود. نمرات صفر تا ۳ بیانگر شخصی آرام و تنش زوده، ۴ تا ۶ اضطراب متوسط، ۷ تا ۸ مشخصه یک روان‌آزرده مضطرب و ۹ تا ۱۰ نمایانگر فردی است که به مداخلات درمانی جدی نیازمند است. از آنجا که سؤال‌های این مقیاس توسط کتل و طبق نظریات خود او در رابطه با اضطراب و

شناخت خود، آشنایی با مفاهیم وجودی خود به عنوان یک انسان و ارزش خویش، بحث پیرامون معنای صبر و پیامدهای مثبت بردباری و کنترل خود.

جلسات هفتم و هشتم: بحث پیرامون ذکر و مفهوم یاد خدا و تأثیرات روانی آن، آشنایی با مفهوم دعا و نیایش و فلسفه آن، آشنایی با مفهوم توکل و نتایج توکل به نیروی مافوق، جمع بندی آموزش های جلسات قبل، تبیین احتمال برگشت نشانه های اضطراب پس از اتمام درمان و عملکرد صحیح در این زمینه.

در جلسات درمانی هر دو گروه، ارزیابی خلق از طریق برگه های بازبینی خلق و تکالیف خانگی، به طور مستمر در جریان کار هر جلسه قرار داشت. با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش آزمون و پس آزمون برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب اعضای گروه شناختی- رفتاری در گروه آزمایش $3/09 \pm 45/53$ ، در گروه شناختی رفتاری مذهبی $2/58 \pm 44/60$ و در گروه گواه برابر با $2/58 \pm 47/13$ در مرحله پیش آزمون بود. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات اضطراب سه گروه با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. سطح معناداری در گروه شناختی- رفتاری $0/68$ ، در گروه شناختی رفتاری مذهبی $0/33$ و در گروه گواه $0/58$ محاسبه و بنابراین این پیش فرض در هر ۳ گروه تأیید گردید. پیش فرض دیگر تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس های ۳ گروه است که با آزمون لوین بررسی شده و با سطح معناداری $0/36$ این پیش فرض نیز تأیید گردید. از میان متغیرهای

جمعیت شناختی، شغل پدر، شغل مادر و تعداد فرزندان خانواده با نمرات اضطراب، همبستگی نشان دادند که در تحلیل کنترل شدند. جدول ۱، نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اضطراب آزمودنی ها در سه گروه شناختی- رفتاری، شناختی رفتاری مذهبی و کنترل را در مرحله پس آزمون نشان می دهد. مطابق با یافته ها، بین میانگین نمرات اضطراب حداقل دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. میزان این تفاوت (اندازه اثر) $0/78$ است. سطح معناداری ($p < 0/01$) و توان آماری بالا بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت بالای آزمون است. نتایج مقایسه های زوجی میانگین های تعدیل شده سه گروه در مرحله پس آزمون (جدول ۲) نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب در گروه شناختی رفتاری و گروه گواه در سطح معناداری ($p < 0/01$) تفاوت وجود دارد. همچنین بین میانگین های دو گروه شناختی رفتاری مذهبی و گروه گواه نیز تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p < 0/01$). بین میانگین های تعدیل شده دو گروه شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری مذهبی تفاوت معناداری مشاهده نگردید. نتایج تحلیل داده ها در مرحله پیگیری (جدول ۳) نیز حاکی از پایداری نسبی تأثیرات درمان طی ۲ ماه پس از اتمام درمان می باشد. سطح معناداری ($p < 0/01$) و توان آماری $0/83$ دقت بالای آزمون را نشان می دهد لیکن اندازه اثر (معناداری عملی) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش یافته است (ضریب اثا: $0/19$). نتایج مقایسه های زوجی میانگین های تعدیل شده سه گروه در مرحله پیگیری (جدول ۴) نیز تفاوت بین میانگین های تعدیل شده هر یک از دو گروه شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری مذهبی با گروه گواه را معنادار و تفاوت میانگین های نمرات اعضای دو گروه درمانی را با یکدیگر غیرمعنادار نشان می دهد.

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی، شغل پدر، شغل مادر و تعداد فرزندان بر اضطراب سه گروه در مرحله پس آزمون

متغیر	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
نمرات پیش آزمون	۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۰۵
عضویت گروهی	۲	۶۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
شغل پدر	۱	۲/۵۹	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۳۹
شغل مادر	۱	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
تعداد فرزندان	۱	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۴۲

جدول ۲- مقایسه میانگین های تعدیل شده افراد در سه گروه در مرحله پس آزمون

شناختی- رفتاری	شناختی- رفتاری مذهبی	کنترل	تفاوت میانگین ها	معناداری
۳۲/۰۴	-	۴۶/۲۶	۱۴/۹۰۹	۰/۰۰۱
-	۳۱/۰۹	۴۶/۲۶	۱۵/۰۲۲	۰/۰۰۱
۳۲/۰۴	۳۱/۰۹	-	۰/۱۱۲	۰/۹۳

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی، شغل پدر، شغل مادر و تعداد فرزندان بر اضطراب سه گروه در مرحله پیگیری

متغیر	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
نمرات پیش‌آزمون	۱	۰/۲۰۹	۰/۶۵	۰/۰۰۵	۰/۰۷۳
عضویت گروهی	۲	۸/۹۵	۰/۰۰۵	۰/۱۹	۰/۸۳
شغل پدر	۱	۱/۲	۰/۲۷۶	۰/۳۱	۰/۱۹
شغل مادر	۱	۱/۶	۰/۲۱	۰/۰۰۵	۰/۰۷۳
تعداد فرزندان	۱	۶۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

جدول ۴- مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده اعضا در سه گروه در مرحله پیگیری

شناختی- رفتاری	شناختی- رفتاری مذهبی	کنترل	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
۳۷/۰۴	-	۴۵/۱	۸/۰۶	۰/۰۰۳
-	۳۶/۰۹	۴۵/۱	۹/۰۱	۰/۰۰۱
۳۷/۰۴	۳۶/۰۹	-	۰۰/۵۹	۰/۸۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری و شناخت درمانی مذهبی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری به‌طور معناداری میانگین نمرات اضطراب دانش‌آموزان را کاهش داده است. این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متعدد مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اختلالات خلقی و به‌ویژه اضطراب همخوانی دارد [۳۶ و ۳۷]. طبق نظر *دستان* [۳۸] نوجوانی با نوعی بی‌ثباتی و دمدمی مزاج‌بودن همراه است. نوجوان عملی را انجام می‌دهد و پس از چند لحظه پشیمان می‌شود و خود را به‌خاطر احساساتش مورد سرزنش قرار می‌دهد. افراط در احساسات از دیگر ویژگی‌های دوره نوجوانی است. به‌کارگیری فنون رفتاری در کنار روش‌های شناختی جهت مهارت بخشیدن به نوجوان برای مواجهه موثر با تظاهرات هیجانی اضطراب و تسلط‌یافتن بر موقعیت می‌تواند موثر باشد. یافته‌ها همچنین حاکی از این است که شناخت درمانی مذهبی، سطوح اضطراب اعضای گروه درمان را نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش داده است که این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان است [۳۰ و ۳۹]. اثربخشی شناخت درمانی مذهبی در کاهش سطوح اضطراب دانش‌آموزان را از این جنبه می‌توان تبیین نمود که ابعاد مختلف دین با توجه به مولفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایی خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی هیجانی افراد ایفا نماید و مهارت‌های ایمانی نظیر نیایش، ذکر و درگیری در فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی می‌تواند تغییرات خلقی و رفتاری مطلوبی را پدید آورد. درمان‌های معنویت‌گرا با تمرکز بر مؤلفه‌های کنترل، معنایابی و هویت‌یابی، به‌صورت مجزا یا تلفیق‌شده با روان‌درمانی‌های رایج می‌توانند در کاهش سردرگمی‌ها و حل بحران‌های مربوط به نوجوانی نقش مؤثری ایفا نمایند. در پژوهش حاضر با آموزش استفاده از آموزه‌های دینی به منظور

کسب آرامش، کنترل‌خود، برخورد مؤثر و صحیح با چالش‌های محیط بیرونی و ... به دانش‌آموزان، تلاش شد تا راهبردهای صحیح مقابله با استرس‌زاهای روزمره از طریق کسب یک دیدگاه وسیع و معنایابی گسترده برای وقایع زندگی و به‌ویژه تمرین "خودکنترلی" آموزش داده شود. اثربخشی روان‌درمانی مذهبی ارائه شده در پژوهش حاضر در کاهش اضطراب دانش‌آموزان می‌تواند بنابر نظر *پترسون و سلینگمن* به نقل از *ابراهیمی* [۲۵] مربوط به این موضوع باشد که آموزه‌های دینی به افراد کمک می‌کند تا معنایی برای زندگی خود بدست آورند، احساس هدفمندی برای حیات خود ایجاد نمایند و این درمان‌ها حمایت و خوش‌بینی ویژه‌ای را به درمان‌جو ارائه می‌نمایند. معنویت و دین با مکانیسم‌ها و واسطه‌هایی نظیر تأثیر بر فرایندهای مقابله‌ای فرد، توانایی حل مساله، افزایش عزت‌نفس، امید، صمیمیت، کنترل، تسلی‌خاطر، تأمین حمایت عاطفی، تأمین تکیه‌گاه معنوی، تفسیر یکپارچه (توحید) از جهان، برانسجام و بهزیستی فردی اثر گذاشته و توانمندی‌های درون روانشناختی را تقویت می‌کند. از طرف دیگر بنا به نظر *کول و پارگامنت* [۴۰] وقتی درمان با ساختارهای فرهنگی، نیازهای معنوی و محتوای تفکر دینی بیماران هماهنگ شود پذیرش و پاسخ به درمان بهبود می‌یابد. اثربخشی شناخت درمانی مذهبی در کاهش اضطراب دانش‌آموزان را بر مبنای دیدگاه شناختی *الیس* در زمینه اختلالات عاطفی هیجانی نیز می‌توان تبیین نمود. علائمی از قبیل اضطراب، وابستگی زیاد، علائم خودبه‌خودی، اختلال در خواب، تمرکز ضعیف و گوش به‌زنگی شدید که از علائم اضطراب به‌شمار می‌روند حاکی از آسیب‌پذیر تلقی‌کردن خود، تهدیدآمیز دانستن محیط و غیرقابل پیش‌بینی دانستن آینده است. محتوای مذهبی، سراسر سرشار از دستورات و پیام‌هایی است که القاکننده‌ی نگرش مثبت به‌خود: چرا که انسان را جزئی مهم از خلقت دانسته و حتی روح انسان را از باری تعالی می‌داند، نگرش مثبت به محیط: به‌طوری که در نگاه دین همه چیز تحت سیطره قدرت لایزال می‌باشد و نگرش

نوع درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی دینی بتواند اثربخشی درمان را در کاهش اضطراب و پایداری هر چه بیشتر تأثیرات درمانی افزایش دهد.

تشکر و قدرانی

از کلیه کسانی که در به انجام رساندن این تحقیق به محققین کمک نمودند کمال تشکر و قدرانی را داریم.

منابع

- 1- Argyle M. Psychology and religion. London and New York: Rautledge; 2001.
- 2- Jung KG. Psychology and alchemist. Translated by Parvin Faramarzi. Mashhad: Astan Qods Razavi Pub; 1373. [Persian]
- 3- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice: J Pers Soc Psychol. 1967;5(4):432-43.
- 4- Rippentropa E, Altmaierb EM, Chena JJ, Founda EM, Keffalaa VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain. 2005;116:311-21.
- 5- Jekins RA, Pargament AI. Religion and spirituality as recourses for coping with cancer. J psychol soc. 1995;13(1-2):51-74.
- 6- Schaefer AC, Goruch LR. Psychological adjustment and religiousness. The multivariate belief-motivation theory of religiousness. Scient Stud Relig. 1991;30(4):448-67.
- 7- Levin JS, Charters LM. Religion, health and psychological well-being in older adults. J aging healt. 1998;10(4):504-31.
- 8- Rasicc DT, Belika SL, Eliasb B, Katza LY, Ennsa M, Sareena J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. J Affect Disord. 2009;114(1-3):32-40.
- 9- Hugueta PH, Mohra S, Junga V, Gillieronb C, Brandtc PY, Borrassa L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. Eur Psychi. 2007;22(3):188-94.
- 10- Hovey JD. Religion and suicidal ideation in a sample at Latin American immigrants. Psychol rep. 1999;85:171-7.
- 11- Lichtera DT, Carmaltb JH. Religion and marital quality among low-income couples. Soc Sci Res. 2009;38(1):168-87.
- 12- Koffmana J, Morgana M, Edmondsa P, Specka P, Higginson IJ. I know he controls cancer: The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. Soci Sci Med. 2008;67(5):780-9.
- 13- McCullougha ME, Willoughbya BLB. Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations and implications. Psychol Bull. 2009;135(1):69-93.
- 14- Philip HB, Brian T. Religion and subjective well-being among the elderly in China. J Soc-Econom. 2009;38(2):310-9.
- 15- Clark DB, Nelighors BD, Skerlec LM, Randan J. Anxiety disorders in adolescence: Characteristic, prevalence and comorbidity. Clinic psychol rev. 1994;14(2):113-37.
- 16- Koeng HG, George LK, Hays JC. The relationship between religious activates and blood-pressure in older adults. Intern J psychi med. 1998;28(2):189-213.

مثبت به آینده است که در تمام تعالیم و محتواهای مذهبی به چشم می‌خورد. دیدگاه مذهبی، نگرش آسیب‌پذیر تلقی‌نکردن خود، احساس امنیت در محیط و قابل پیش‌بینی دانستن آینده را به انسان گوشزد و القا می‌نماید [۴۱]. نتایج پژوهش حاضر بین میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و شناخت درمانی مذهبی در کاهش اضطراب دانش‌آموزان، تفاوت معناداری را نشان نداد. شناخت درمانی مذهبی از حیث به‌کارگیری یکی از عناصر مهم فرهنگی یعنی مذهب در اصلاح طحوااره‌های شناختی مراجعان نقطه امتیاز ارزشمندی را نسبت به درمان شناختی رفتاری دارا می‌باشد و درمان شناختی رفتاری نیز از لحاظ به‌کارگیری فنون رفتاری و استفاده از این فنون در تداوم‌بخشی هرچه بیشتر به بازسازی‌های شناختی نسبت به شناخت درمانی مذهبی واجد امتیاز بیشتری می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد که در نظر گرفتن باورها و طحوااره‌های مذهبی درمان‌جویان در تنظیم پروتکل‌های شناختی رفتاری به‌ویژه در جوامع مذهب‌گرایی همچون جامعه ایرانی می‌تواند اثربخشی این مداخلات را افزایش دهد. به‌عقیده آدلر درمانی که هر کار دیگری انجام دهد، از قبیل رفع مشکل و یا کاهش نشانه‌ها، اصلاح رفتار یا ایجاد بینش، ولی مراجع را به فلسفه خاصی از زندگی مجهز نکند درمان ناقصی خواهد بود [۴۲]. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. با وجود تلاش محققین به منظور ایجاد سه گروه همگن، اعضای سه گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهایی همچون سابقه ابتلا به سایر اختلالات روانی، مصرف دارو، سابقه استفاده از خدمات روان‌درمانی، میزان اعتقاد اولیه به باورهای مذهبی و ... دارای تفاوت‌هایی بودند و هر چند که قرار گرفتن اعضا به‌طور تصادفی در گروه‌ها و استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها خود تا حدودی تأثیر تفاوت‌های اولیه بر نتایج را خنثی می‌کند لیکن استفاده از گروه‌های همگن‌تر در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود. با توجه به اینکه نمونه پژوهش، دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بودند در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. با توجه به اینکه تاکنون پژوهش دیگری که به مقایسه روان‌درمانی‌های مذهبی و غیرمذهبی در درمان اختلالات روانی پرداخته باشد در کشور صورت نگرفته است لذا انجام پژوهش‌های بیشتر به‌منظور افزایش اطمینان به یافته‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از ساختارهای فرهنگی و محتوای معنوی در روان‌درمانی می‌تواند به‌عنوان نوعی درمان مؤثر در کاهش علائم اضطرابی به کار رود. بنابراین با توجه به تأثیرپذیری نسبتاً زیاد روان‌درمانی از بافت فرهنگی در جامعه ایرانی، شاید تدوین یک پروتکل درمانی تلفیقی و غنی از هر دو

- 30- Dustdar-Gholi M. Therapeutic effects of cognitive therapy techniques combined with prayer on reducing of anxiety. *J Analyt Islam Azad Univ.* 1379;4(12-13):19-32. [Persian]
- 31- Arab-Nosfadrany M. Effectiveness of religious cognitive group therapy on anxiety and depression on the addicts of Yazd. [Dissertaion]. Tehran. Islamic Azad University. Rudehen Branch. 1378. [Persian]
- 32- Amini F, Malik-Shahi F. Investigation of the effect of prayer on anxiety before the test in nursing and midwifery students at the University of Khorram-Abad In 1379. Abstracts of international conference of the role of religion on mental health. 1380. [Persian]
- 33- Galledar M, Saki M. Effect of Koran on reducing of the anxiety before the test in students. Abstracts of International Conference of the Role of Religion on Mental Health. 1380. [Persian]
- 34- Dadsetan P. Assessment and treatment of test anxiety and ways to reduce it. Tehran: Counc Edu Res: 1376. [Persian]
- 35- Pervin BM. Clinical psychology: Fundamentals of clinical testing and diagnosis process, including pattern of diagnostic interview, Beck depression scale and Cattle anxiety scale. Dadsetan p, Mansour M. translator. Tehran: Besat Pub. 1376. [Persian]
- 36- Njabatiyan M. Effect of cognitive - behavioral therapy on anxiety in university of medical sciences students in 79-78 years. [Dissertation]. Khorasgan Isfahan: Islamic Azad University; 1379. [Persian]
- 37- Behpajoo A, Besharat MA, Ghobari-Bonab B, Fooladi F. Effect of training of cognitive behavioral strategies on students anxiety. *Psychol Edu.* 1388;39(1):3-21. [Persian]
- 38- Dadsetan P. Developmental morbid psychology. Tehran: Samt Pub: 1376. [Persian]
- 39- Janbozorgi M. Effectiveness of psychological therapy with and without the Islamic religious orientation on anxious and stress in students. *J Psychol.* 1377;2(8):368-43. [Persian]
- 40- Cole B, Pargament K. Recreating your life, a spiritual/ psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psychol.* 1999;5:407-95.
- 41- Sanaei B, Nasiri H. Effectiveness of religious-cognitive group therapy on depression and anxiety anxiety in in-patient with mood disorders – Noor medical center in Isfahan. *Counsel Res Dev.* 1379;2(7-8):89-96. [Persian]
- 42- Alizadeh H. Adler pioneer of community based psychology. Tehran: Danzhh Pub; 1383. [Persian]
- 17- Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospital J.* 1989;5:105-16.
- 18- Muller PS, Plevak DJ. Religions involvement, spiritual and medicine: Implication for clinical practice. *Mayo Clinic Proceed.* 2001;76(12):1225-35.
- 19- Mshoof BA. Investigation of the relationship between worship and mental health in male students in Teacher Training Center of Hamedan. [Dissertation]. Tarbiat Moallem University; 1373. [Persian]
- 20- Birashk B. The role of religion in experience and ranking of life stress, depression and anxiety. Abstracts of international conference of the role of religion on mental health. Tehran. 1380. [Persian]
- 21- Vaezi A. Relationship between anxiety and pray in a group of schools students in Tehran. Proceedings of first congress on young and mental peace: problems and counseling and therapy with the Islamic attitude, Qom: Res Hawzah Univ; 1382. [Persian]
- 22- Ghobari BB, Khodayarifard M, Shokuhi-Yekata M, Faghihi AN. Relationship between trust to God and wait with, anxiety and hope in horrific conditions at Tehran University students. The first international conference on the role of religion on mental health. Tehran; 1380. [Persian]
- 23- Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi-Jalal H, Azarmi H, Fathi-Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *J Behav sci.* 1387;2(2):149-56. [Persian]
- 24- Ahmadi Kh. Investigation of the relationship between religious beliefs and cultural vulnerability of families. *J Behav sci.* 1386;1(1):7-16. [Persian]
- 25- Ebrahimi A. Effectiveness of integrated treatment of religious, cognitive behavioral and drug therapy on depression and dysfunctional attitudes of patients with dysthymic disorder. [Dissertation]. Isfahan University; 1388. [Persian]
- 26- Falloot DR. Spirituality and religion in psychiatry rehabilitation and recovery from mental illness. *Intern rev psychi.* 2001;13(2):110-6.
- 27- Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Comparative efficacy of religious psychotherapy and traditional therapy for treatment of general anxiety disorder in Muslims patients. *Acta psychi Scandia.* 1994;90:30-1.
- 28- Sanchez ZM, Nappoa SA. Religious treatments for drug addiction: An exploratory study in Brazil. *Soc Sci Med.* 2008;67(4):638-46.
- 29- Mamani AGW, Tuchmana N, Duarte EA. Incorporating religion/spirituality into treatment for serious mental illness. *Cogn Behav Pract.* Article in Press.