



Effectiveness of Spiritual Group Therapy with an Islamic Approach on Decreasing the Anxiety and Worry of the Female Students with Generalized Anxiety Disorder

Nasrin Sadat Hosseini Ramghani¹ , Seyedeh Khadijeh Moradiani Gizeh Roud²
Mohammad Zarei Topkhaneh³ , Mohammad Gholipour⁴

1. PhD in Psychology, Visiting Lecturer, Farhangian University, Fars, Iran.

nasrin.ramaghani@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran (Corresponding author).

Leylabahari@ymail.com

3. Assistant Professor, Family Department, University and Research Institute, Qom, Iran.

mohammad1358z@gmail.com

4. Master of Arts in History and Philosophy of Education, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

nasrin.hosseini66@gmail.com

Received: 2016/11/15; Accepted: 2024/11/23

Extended Abstract

Introduction and Objectives: Generalized anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders and its main processes reflect the fundamental processes of all anxiety disorders (Wells, 2013). Anxiety, worry, or physical symptoms cause impairment in social or occupational functioning, create inner suffering for the individual, and disrupt important areas of the individual's life. Research results indicate that among students, the prevalence of generalized anxiety disorder is higher than other anxiety disorders, and female students are more likely to exhibit this disorder than male students (Rashtbari et al., 2020). Among all anxiety disorders, generalized anxiety is the disorder that has less therapeutic effectiveness (Newman & Fisher, 2013). One of the most important reasons for the failure of therapeutic approaches is the lack of attention to cultural contexts, beliefs, and intracultural values. This is because psychotherapy and its effectiveness depend on the degree of harmony with the cultural and religious backgrounds of the individuals being treated (Loewenthal, 2006). Today, a new wave of studies has focused on examining the effect of spiritual therapies on reducing psychological stress (Koenig, 2012). A lot of research has been conducted on the effectiveness of spiritual therapies in the field of mental health and reducing psychological stress, However, little research has been conducted on the impact of spirituality-based interventions on generalized anxiety disorder. Considering the extensive role of spirituality and religion on mental health and anxiety reduction, as well as the prominent role of religion in our





Original Article

country, the present study aimed to investigate the effectiveness of spiritual group therapy with an Islamic approach on reducing symptoms of anxiety and worry in female students with generalized anxiety disorder.

Method: This study was an experimental design with pre-test-post-test and control group. The statistical population included all female students with generalized anxiety disorder at Lorestan University in the academic year 2015-2016. In this study, 712 students of Lorestan University completed the generalized anxiety disorder questionnaire using a one-stage cluster sampling method. Then, based on the cut-off point of the questionnaire and clinical interview, 34 students with generalized anxiety disorder were selected. The implementation method was as follows: after the identification and sampling stages, an introductory session was held for students with the necessary conditions and their consent to participate in the intervention sessions and cooperate in the research was obtained. Then, the selected members were randomly assigned to two experimental and control groups, and a pre-test was administered to them. In the next stage, the students in the experimental group participated in the spiritual group therapy program with the Islamic approach of Kopani (2014). This program was prepared in consultation with academic and religious scholars and reliable sources for use in anxiety disorders, and was held in eight two-hour sessions weekly for two months on designated days. In the training sessions, methods such as group discussion, providing a role model or example in the form of stories from the Quran, religious and literary texts, and homework were used. It is worth mentioning that after the post-test, an intensive course of spiritual group therapy with an Islamic approach was implemented in three sessions for the control group.

Results: Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance) were examined using SPSS software version 23. The assumptions of normal distribution of scores and homogeneity of variances of dependent variables, which are statistical assumptions for using parametric tests, were confirmed by Kolmogorov-Smirnov, Levine, and M-box tests with values of ($p > 0.05$), and the assumption of homogeneity of regression was examined by the test of homogeneity of slopes assumption, which showed that the interaction effect was not significant ($p > 0.05$); therefore, analysis of covariance can be used. The results of univariate covariance showed that there was a significant difference between the groups in anxiety scores in the post-test ($F(1,31) = 31.27, P < 0.001$); meaning that the anxiety scores in the post-test in the experimental group were significantly different from the control group. Looking at the means, it was determined that the anxiety scores in the post-test in the experimental group were significantly reduced, so spiritual group therapy with an Islamic approach significantly reduced anxiety in the experimental group (compared to the control group). The effectiveness of the treatment was 50 percent. Also, the results of the univariate covariance on the post-test scores of worry by controlling the pre-test showed that there is a significant difference between the groups in the scores of worry in the post-test ($F(1,31) = 56.97, (P < 0.001)$). Looking at the means, it was found that the post-test worry scores in the experimental group were significantly reduced; therefore, the spiritual group therapy with an Islamic approach significantly reduced worry in the experimental group (compared to the control group). The effectiveness of the treatment was 64 percent.

Discussion and Conclusions: The results showed that spiritual group therapy significantly reduced the average anxiety and worry scores of this group of students. In explaining the effectiveness of this treatment method, it can be said that the first and perhaps most important factor is related to the special effect of spiritual therapy in improving the individual's attitude and interpretation of life; in fact, spirituality, by targeting the individual's beliefs, influences important cognitive evaluations in the coping process and helps the individual evaluate negative events in a different way and create a stronger sense of control, which leads to his peace and confidence in life (Falah et al., 2011). On the other hand, faith in God creates a sense of security in an anxious person who has a negative perception of threat and risk assessment, especially in situations that are uncontrollable and unpredictable, because the person considers the events of the world to be in the hands of an active and wise resourceful being. Another factor that can facilitate the effectiveness of this research is related to some of the indigenous and cultural characteristics of our society. Iranian people are religious people based on cultural conditions and turn to religion more to adapt to critical and stressful situations



Research Institute of
Hawzah and University

Studies in Islam & Psychology

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



Original Article

(Rezaei et al. 2009). In our society, religion is considered one of the most effective psychological supports that can provide meaning to life throughout life and save the individual from meaninglessness; especially in difficult and critical times, it can be an important help for the individual. Accordingly, some experiences and evidence show that in our country, the treatment of many psycho-emotional disorders is in interaction with spiritual issues and without paying attention to them, diagnosis and treatment will not be successful (Gadampour et al. 2015).

Acknowledgement: We hereby express our gratitude to all the students who participated in this study and who helped us in the implementation of this research.

Conflict of Interests: The authors declare no conflict of interest for this study.

Keywords: Group Therapy, Spirituality, Anxiety, Worry.

Cite this article: Nasrin Sadat Hosseini Ramghani & Seyedeh Khadijeh Moradiani Gizah Roud & Mohammad Zarei Topkhaneh & Mohammad Gholipour. (2025). "Effectiveness of Spiritual Group Therapy with an Islamic Approach on Decreasing the Anxiety and Worry of the Female Students with Generalized Anxiety Disorder", Studies in Islam and Psychology, 19(36): 77-93.



Research Institute of
Hawzah and University

مطالعات اسلام و روانشناسی

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



نوع مقاله: پژوهشی

بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب و نگرانی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

نسرين السادات حسيني رمقاني^۱ ، سیده خدیجه مرادیانی گیزه رود^۲
محمد زارعی توپخانه^۳ ، محمد قلی پور^۴

۱. دکترای روانشناسی، مدرس مدعو دانشگاه فرهنگیان، فارس، ایران.

nasrin.ramaghani@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

leylabahari@gmail.com

۳. استادیار گروه خانواده، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

mohammad1358z@gmail.com

۴. کارشناس ارشد تاریخ و فلسفه آموزش و پرورش، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

nasrin.hosseini66@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

چکیده گسترده

مقدمه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی و فرایندهای اصلی آن انعکاس فرایندهای بنیادین همه اختلالات اضطرابی است (ولز، ۲۰۱۳). اضطراب، نگرانی یا علائم فیزیکی سبب اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود، رنج و عذاب درون‌ذهنی برای فرد ایجاد و حوزه‌های مهم زندگی فرد را مختل می‌کند. نتایج تحقیقات بیانگر این است که در دانشجویان، شیوع اختلال اضطراب فراگیر بیش از سایر اختلالات اضطرابی است و دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر به احتمال بیشتری این اختلال را نشان خواهند داد (رشتبری و همکاران، ۱۳۹۸). از بین همه اختلالات اضطرابی، اضطراب فراگیر اختلالی است که اثربخشی درمانی کمتری دارد (نیومن و فیشر، ۲۰۱۳). یکی از مهم‌ترین دلایل در عدم توفیق رویکردهای درمانی، توجه نداشتن به زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی است؛ بدین علت که روان‌درمانی و کارآیی آن به میزان هماهنگی با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (لوونتال، ۲۰۰۶).

امروزه موج تازه‌ای از مطالعات، متوجه بررسی تأثیر درمان‌های معنوی بر کاهش فشارهای روانی شده است (کوئینگ، ۲۰۱۲). تحقیقات فراوانی درباره اثربخشی درمان‌های معنوی در حیطه سلامت روان و کاهش فشارهای روانی انجام شده است؛ اما تحقیقات اندکی در مورد تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. با توجه به نقش گسترده معنویت و مذهب بر سلامت روان و کاهش اضطراب و همچنین نقش پررنگ مذهب در کشور ما پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی با رویکرد اسلامی بر کاهش علائم اضطراب و نگرانی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود. در این پژوهش به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای ۷۱۲ نفر از دانشجویان دانشگاه لرستان پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر را تکمیل کردند، سپس با توجه به نقطه برش پرسشنامه و



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Research Institute of
Hawzah and University

مطالعات اسلام و روان شناسی

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



نوع مقاله: پژوهشی

مصاحبه بالینی ۳۴ نفر دانشجو مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های اضطراب بک و نگرانی پنسیلوانیا برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روش اجرا نیز به این صورت بود که پس از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری برای دانشجویان دارای شرایط لازم، جلسه معارفه‌ای برگزار و رضایت آنها برای شرکت در جلسات مداخله و همکاری در پژوهش جلب شد. سپس اعضای منتخب به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعدی دانشجویان گروه آزمایش در برنامه گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی کوپانی (۱۳۹۳) شرکت کردند. این برنامه از راه مشورت با اندیشمندان حوزه‌ی و دانشگاهی و منابع معتبر به منظور کاربرد برای اختلالات اضطرابی تهیه شده بود که در هشت جلسه دوساعته به صورت هفتگی و مدت دوماه در روزهای تعیین‌شده برگزار شد. در جلسات آموزشی از شیوه‌هایی چون بحث گروهی، ارائه الگو یا سرمشق در قالب داستان‌هایی برخاسته از قرآن، متون دینی و ادبی و تکالیف خانگی استفاده به عمل آمد. گفتنی است پس از اجرای پس‌آزمون، یک دوره فشرده گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی در سه جلسه برای گروه کنترل اجرا شد.

نتایج: شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس یک متغیره) با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS، مورد بررسی قرار گرفتند. پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است، به وسیله آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف، لوین و آزمون M باکس با مقادیر $(p > 0/05)$ تأیید و مفروضه همگنی رگرسیون به وسیله آزمون فرض همگنی شیب‌ها بررسی شد که نتایج نشان‌دهنده عدم معناداری اثر متقابل بود $(p > 0/05)$ ؛ از این رو می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. نتایج کواریانس تک‌متغیری نشان داد که بین گروه‌ها در نمرات اضطراب در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شده است $(F(1,31) = 31/27, P < 0/001)$ ؛ به این معنا که نمرات اضطراب در پس‌آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است که با نگاهی به میانگین‌ها مشخص شد که نمرات اضطراب در پس‌آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است پس گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی به طور معناداری اضطراب را در گروه آزمایش (در مقایسه با گروه کنترل) کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۵۰ درصد بوده است. همچنین نتایج کواریانس تک‌متغیری روی نمرات پس‌آزمون نگرانی با کنترل نمودن پیش‌آزمون نشان داد که بین گروه‌ها در نمرات نگرانی در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $(F(1,31) = 56/97, P < 0/001)$. با نگاهی به میانگین‌ها مشخص شد که نمرات نگرانی در پس‌آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است؛ بنابراین گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی به طور معناداری نگرانی را در گروه آزمایش (در مقایسه با گروه کنترل)، کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۶۴ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که گروه‌درمانی معنوی به طور معناداری میانگین نمرات اضطراب و نگرانی این گروه از دانشجویان را کاهش داده است. در تبیین اثربخشی این شیوه درمانی می‌توان گفت که نخستین و شاید مهم‌ترین عامل، مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است؛ در واقع معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی و حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد کند و موجب آرامش و اطمینان خاطر وی در زندگی شود (فلاح و همکاران، ۱۳۹۰). از سوی دیگر، ایمان به خداوند سبب ایجاد احساس ایمنی در فرد مضطربی می‌شود که برداشت منفی از تهدید و ارزیابی خطر، به‌ویژه در موقعیت‌هایی دارد که غیرقابل کنترل و پیش‌بینی هستند؛ زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می‌داند.

عامل دیگر که می‌تواند اثربخشی این پژوهش را تسهیل کند مربوط به برخی از ویژگی‌های بومی و فرهنگی جامعه ماست. مردم ایران براساس شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی هستند و برای سازگاری با شرایط بحرانی و استرس‌زا بیشتر به مذهب روی می‌آورند (رضایی، سیدفاطمی و حسینی، ۱۳۸۷). در جامعه ما مذهب از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که می‌تواند معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی‌معنایی نجات دهد؛ به‌ویژه در مواقع سخت و بحرانی می‌تواند کمک مهمی برای فرد باشد. بر این اساس برخی از تجارب و شواهد نشان می‌دهند که در کشور ما درمان بسیاری از اختلالات روانی - عاطفی در تعامل با مسائل معنوی قرار دارند و بدون توجه به آنها، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود (قدم‌پور، رحیمی‌پور و سلیمی، ۱۳۹۴).

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی، معنویت، اضطراب، نگرانی.

استناد: نسرين السادات حسینی رمقانی، سیده خدیجه مرادیانی گیزه‌رود، محمد زارعی توپخانه، محمد قلی‌پور (۱۴۰۴)، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب و نگرانی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر»، مجله مطالعات اسلام و روانشناسی، ۱۹ (۳۶): ۷۷-۹۳.

۱. مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی و فرایندهای اصلی آن انعکاس فرایندهای بنیادین همه اختلالات اضطرابی است (ولز، ۲۰۱۳). بنابر ملاک‌های DSM-5 مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل است که در چندین واقعه یا فعالیت در بیشتر ایام و در یک دوره دست‌کم شش ماهه بروز می‌یابد. اضطراب و نگرانی تجربه‌شده با علائم جسمانی همانند تنیدگی عضلانی، مشکل تمرکز، به آسانی خسته شدن، تحریک‌پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است. اضطراب، نگرانی یا علائم فیزیکی سبب اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود، رنج و عذاب درون‌ذهنی برای فرد ایجاد و حوزه‌های مهم زندگی فرد را مختل می‌کند. بررسی همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد اختلال اضطراب فراگیر شیوع یک ساله ۳ تا ۸ درصد دارد. نسبت زن به مرد در این اختلال حدود دو به یک است، ولی این نسبت در مورد زنان و مردانی که برای درمان این اختلال بستری می‌شوند، حدود یک به یک است. شیوع مادام‌العمر این اختلال نیز نزدیک به ۵ درصد است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳)؛ همچنین نتایج تحقیقات بیانگر این است که در دانشجویان، شیوع اختلال اضطراب فراگیر بیش از سایر اختلالات اضطرابی است و دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر به احتمال بیشتری این اختلال را نشان خواهند داد (رشتیری و همکاران، ۱۳۹۸).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به آسانی ناراحت شده، درباره پیامدهای آن مشکلات بیش از حد نگران می‌شوند و به جای توجه به خود مشکل بر نگرانی‌های برخاسته از مشکل تمرکز می‌یابند و در نتیجه نگرانی آنها دوچندان می‌شود؛ بنابراین وقتی اضطراب به هر دلیلی آغاز می‌شود از کنترل خارج و نگرانی روی هم انباشته می‌شود. آنچه بسیار زیان‌بار است اطمینان نداشتن فرد به توانایی خود در کنترل کردن احساسات و واکنش‌های اضطرابی و نیز توانایی اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته است (هالجین و ویتبرن، ۲۰۰۶).

از بین همه اختلالات اضطرابی، اضطراب فراگیر اختلالی است که اثربخشی درمانی کمتری دارد (نیومن و فیشر، ۲۰۱۳). یکی از مهم‌ترین دلایل در عدم توفیق رویکردهای درمانی، توجه نداشتن به زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی است؛ بدین علت که روان‌درمانی و کارآیی آن به میزان هماهنگی با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (لوونتال، ۲۰۰۶).

با توجه به اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که دین نقش مهم و انکارناپذیری در زندگی افراد ایفا می‌کند و مفاهیم دینی، پیوند گسترده و همه‌جانبه‌ای با زندگی مردم دارد؛ طوری که این مفاهیم باید به تمامی ابعاد زندگی انس-ان (ف-ردی، اجتم-اعی، م-ادی، معن-وی، اخلاقی، اعتقادی، عاطفی، جسمانی و...) پرداخته باشد که در میان ادیان الهی، این ویژگی جامعیت را تنها می‌توان در آموزه‌های اسلام جست‌وجو نمود (علی‌تبار، ۱۳۹۹). بدیهی است که به‌کارگیری آموزه‌های اسلامی به‌عنوان یک اصل در هر برنامه‌ریزی درمانی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. امروزه موج تازه‌ای از مطالعات، متوجه بررسی تأثیر درمان‌های معنوی بر کاهش فشارهای روانی شده است (کونینگ، ۲۰۱۲). اندیشمندان اسلامی بر این اعتقادند که تأمین نیازهای روانی و عاطفی انسان در گرو معنویت و دین نهفته است و با تمسک به قرآن و سیره علمی و عملی ائمه معصومین (ع) می‌توان به آرامش، سلامت و سعادت دست یافت (کوپانی و تقوی، ۱۳۹۴). آرامش پدیده‌ای الهی می‌باشد که بر دل‌های مؤمنان و افراد با ایمان فرو می‌آید و در قرآن مجید نیز به این مطلب اشاره شده است: «او کسی است که بر دل‌های مؤمنان آرامش فرو فرستاد» (فتح، ۴)؛ همچنین قرآن کریم در یک آیه کوتاه، اساسی‌ترین عامل در کاهش فشارهای روانی را بیان می‌کند و آن ذکر خدا و ایمان به اوست: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد، ۲۸) و به همین صورت در آیات فراوانی به صبر و تأثیر آن در کاهش فشارهای روانی (بقره، ۱۵۳ و آل‌عمران، ۲۰۰)؛ توکل بر خدا و تأثیر آن بر حل مشکلات و آرامش روانی (احزاب، ۳ و آل‌عمران، ۱۵۹)؛ تأکید بر محبت به پدر و مادر و تأثیر آن بر سلامت روان افراد خانواده (اسراء، ۲۴ و بقره، ۸۳) تأکید کرده است.

1. Generalized anxiety disorder

2. Wells

3. Halgin & Whitbourne

4. Newman & Fisher

5. Loewenthal

6. Koenig

تحقیقات فراوانی درباره اثربخشی درمان‌های معنوی در حیطه سلامت روان و کاهش فشارهای روانی انجام شده است؛ از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های چیدا، شرمفت و استپتو^۱ (۲۰۱۵) و کوئینگ و همکاران (۲۰۱۵) اشاره کرد که یافته‌های آنها نشان داد گروه‌درمانی معنوی - مذهبی سبب کاهش نشانگان افسردگی می‌شود؛ همچنین باررا^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت موجب کاهش علائمی همچون نگرانی و اضطراب در افراد سالمند می‌شود. در مطالعه دیگر که راجاکوپال^۳ و همکاران (۲۰۰۲) انجام دادند، نتایج بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت در کاهش علائم اضطرابی و افسردگی بود. در پژوهش‌های فراوانی نیز ارتباط اضطراب و متغیرهای معنوی - مذهبی و رابطه بهزیستی معنوی و اضطراب بررسی شده است که دلالت بر رابطه معکوس اعتقادات معنوی و اضطراب دارد (احمدی و شاه‌محمدی، ۲۰۱۵؛ کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ پترمن، لابل و اشتبرگ، ۲۰۱۴).

همچنین تحقیقات اندکی در مورد تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است؛ برای نمونه در مطالعه کازوکی^۴ و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخله مبتنی بر معنویت برای کاهش نشانه‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر را بررسی و نتیجه‌گیری شد که هر دو مداخله به کاهش معناداری در نشانه‌های اضطراب در این گروه از افراد می‌انجامد. در پژوهش کوپانی و تقوی (۱۳۹۴) نیز نتایج نشان داد تأثیر گروه‌درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب صفت و حالت در گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود؛ همچنین مطالعه کازوکی و همکاران (۲۰۱۴) نشان‌دهنده آن بود که مداخله مبتنی بر معنویت سبب کاهش معناداری در اضطراب، نگرانی و بلا تکلیفی در گروه آزمایش (مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) می‌شود.

با توجه به مطالب ارائه‌شده و نقش گسترده معنویت و مذهب بر سلامت روان و کاهش اضطراب و اینکه امروزه بیش از هر زمان دیگری، ضرورت تفکر و اندیشه درباره تأثیرگذاری اعتقادات دینی بر تمامی امور انسانی، به‌ویژه مسائل عاطفی و روحی احساس می‌شود و همچنین کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر یکی از اهداف مهم درمان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب است؛ از این رو یافتن راهکارهایی برای کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر بودن با توجه به جامعه مذهبی کشور ما، امری ضروری است. پس هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی بر کاهش علائم اضطراب و نگرانی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

۲. روش

این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان (سال ۹۵-۱۳۹۴) بود.

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی یک مرحله‌ای استفاده شد؛ نخست از بین شش خوابگاه دخترانه مقطع کارشناسی به تصادف سه خوابگاه انتخاب شد و سپس تمام دانشجویان این خوابگاه‌ها که برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند (۷۱۲ نفر)، پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) را تکمیل کردند. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه با توجه به نمره برش ۱۰ (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰)، ۵۳ نفر از دانشجویانی انتخاب شدند که نمره بالاتر از نقطه برش را به دست آورده بودند. سپس مصاحبه بالینی از سوی یک دانشجوی دکتری روان‌شناسی براساس ملاک‌های DSM-5 بر روی افراد انتخاب‌شده اجرا شد. در نهایت ۳۴ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و پس از هم‌تاسازی به صورت تصادفی در دو گروه هفده نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. گفتنی است ملاک‌های ورود به پژوهش بدین شرح بود: ۱. گرفتن تشخیص اختلال اضطراب فراگیر؛ ۲. نبود اختلالات بارز روان‌پزشکی همچون سایکوز، افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت و ۳. دریافت نکردن درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی.

1. Chida, Schrempft & Steptoe
2. Barrera
3. Rajagopal
4. Peterman, LaBelle, & Steinberg
5. Koszycki

۳. ابزار پژوهش

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس را اس-پیتزر، کروینیک، ویلیامز و لاوی^۱ (۲۰۰۶) ساخته‌اند که دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است و وجود اختلال اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می‌سنجد. سؤالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شدند تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که گستره‌ای بین ۰ تا ۲۱ داشتند. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس به وسیله نائینیان شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۸۹) بررسی شده که پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمده و روایی همگرایی آن با پرسشنامه‌های اضطراب صفت - حالت و زمینه‌یابی سلامت عمومی مطلوب گزارش شده است؛ همچنین نقطه برش ۱۰ از اعتبار تشخیصی مناسبی برخوردار بود. پرسشنامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتا کلارا (SCSORF): پلانته و بوکاجینی^۲ (۱۹۹۷) این پرسشنامه را ساخته‌اند. این مقیاس ده سؤال برای سنجش میزان دینداری فرد دارد، صرف‌نظر از گرایش مذهبی آن فرد براساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۱= به شدت مخالف و ۴= کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شود. نمره کل مقیاس با جمع کردن نمرات کلیه مواد به دست می‌آید. پایایی نسخه فارسی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی همگرایی از راه همبستگی آن با پرسشنامه‌های مشارکت و باورهای معنوی، معنای معنوی، مشارکت معنوی، کنار آمدن مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی محاسبه و مطلوب گزارش شد (جوشن‌لو، کلهرنیا گلکار و ناظمی، ۱۳۹۱).

پرسشنامه اضطراب بک BAI: این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه است که علائم شایع اضطراب (نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی) را دربردارد. آزمودنی‌ها جهت پاسخگویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن ضربدر می‌زنند. شیوه امتیازبندی سؤالات به شکل اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است؛ به این ترتیب دامنه نمره فرد از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. بنابر راهنمای بک و استیر^۳ (۱۹۹۰) کسب نمره ۰-۷ نشان‌دهنده اضطراب جزئی، نمره ۸-۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ نشان‌دهنده اضطراب متوسط، نمره ۲۶-۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. همسانی درونی این آزمون در ایران از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): مولینا و برکوویک^۴ (۱۹۹۴) این مقیاس شانزده گویه‌ای را برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی ساخته‌اند که روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. در ایران دستگردی (۱۳۸۵) پایایی آزمون را به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی چهار هفته‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش کردند.

شیوه اجرا: پس از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری برای دانشجویان دارای شرایط لازم، جلسه معارفه‌ای برگزار و رضایت آنها برای شرکت در جلسات مداخله و همکاری در پژوهش جلب شد. سپس اعضای منتخب به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعدی دانشجویان گروه آزمایش در برنامه گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی کوپانی (۱۳۹۳) شرکت کردند. این برنامه از راه مشورت با اندیشمندان حوزوی و دانشگاهی و منابع معتبر به منظور کاربرد برای اختلالات اضطرابی تهیه شده بود که در هشت جلسه دوساعته به صورت هفتگی و مدت دوماه در روزهای تعیین شده برگزار شد. در جلسات آموزشی از شیوه‌هایی چون بحث گروهی، ارائه الگو یا سرمشق در قالب داستان‌هایی برخاسته از قرآن، متون دینی و ادبی و تکالیف خانگی استفاده به عمل آمد. گفتنی است پس از اجرای پس‌آزمون، یک دوره فشرده گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی در سه جلسه برای گروه کنترل اجرا شد.

محتوای جلسات گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی به اختصار در جدول ۱ آورده شده است:

1. Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe
2. Plante & Boccaccini
3. Beck & Steer
4. Molina & Borkovec

جدول ۱: محتوای جلسات گروه‌درمانی معنوی با رویکرد اسلامی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	عنوان جلسه: آشنایی و ارزیابی رفتاری و شناختی مراجعان ایجاد شرایط درمان: - برقراری رابطه درمانی؛ - ایجاد امید و دلگرمی و بازخورد به درمان؛ - پرداختن به شکایت اصلی مراجعان، درک همدلانه از مشکل و تسهیل بیان عواطف؛ - بیان منطق درمان: معرفی نوع درمان و تأکید بر جنبه آموزشی بودن، تشریک مساعی، خودیاری و تعامل با درمانگر و یکدیگر، توانمندسازی فردی، جمعی و معنویت-گرایی؛ - ارزیابی رفتاری و روان‌شناختی درباره نحوه شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر و بی‌تابی و عوامل تداوم‌بخش آن و مهارت‌های مقابله‌ای در مراجعان؛ - مفهوم‌سازی و صورت‌بندی اولیه مشکل مراجعان در قالب مدل معنویت درمانی با رویکرد اسلامی؛ - جمع‌بندی، دریافت بازخورد از مراجعان، تشریک مساعی، تعیین تکالیف برای منزل، نظارت و ثبت فعالیت‌های روزانه و پنج مورد از حالات و افکاری که ممکن است با مشکل وی ارتباط داشته باشد.
جلسه دوم	عنوان: شناخت صفات خداوند و ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای داشتن نگرش ایمانی در زندگی و آشنایی با مفهوم خودشناسی - بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف‌شان، بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی؛ - بحث و گفتگو در مورد شناخت خداوند و ارتباط انسان با خداوند (شناخت نسبت به نیازمندی انسان، صفات و ویژگی‌های منفی در انسان و فضل و رحمت، بخشش و حمایت خداوند نسبت به انسان، وحدت صفات در خداوند و نظام هستی و توبه)؛ - تمرین و تولید باورها و نگرش‌های الهی و وحدت‌بخش؛ - بررسی و بحث پیامدهای باورهای الهی و وحدت‌بخش و احساس بهزیستی فردی و روابط اجتماعی؛ - تمرین، توصیف و تفسیر معنادار معنوی و وحدت‌بخش به وقایع و رخداد‌های زندگی شخصی مراجعان با توجه به احادیث و آیات قرآن کریم؛ - تمرین، بحث و گفتگو در مورد صبر و جایگاه آن در کاهش و کنترل اضطراب و تشش در زندگی؛ - بحث و گفتگو در مورد پیامدهای برداشت‌های معنوی افراد از شرایط و دشواری‌های زندگی؛ - جمع‌بندی، دریافت بازخورد از مراجعان، تعیین تکالیف برای منزل.
جلسه سوم	عنوان: توکل - بازبینی انجام تکالیف منزل، میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی؛ - جمع‌آوری تجارب و اطلاعات حمایتگر مراجعان در مورد مطالب و تمرینات ارائه‌شده در طول جلسات؛ - شناخت، بحث و گفتگو در مورد توکل و امید به خداوند نسبت به مسائلی که در آینده با آن روبه‌رو خواهیم شد؛ - نقش توکل و اعتماد به خداوند در زندگی؛ - بیان احادیث و روایات مبتنی بر نقش اعتماد به خداوند در آرامش روان؛ - بیان مصداق‌هایی از نقش توکل به خداوند در کارهای روزمره؛ - بررسی آثار توکل به خدا در زندگی روزمره؛ - آموزش، تبیین و تمرین تکنیک توسل و توکل؛ - جمع‌بندی مطالب جلسه، ارائه تکلیف منزل با توجه.
جلسه چهارم	عنوان: ذکر، دعا و شکرگزاری - بازبینی انجام تکالیف منزل و بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی؛ - ارائه تعریف مفهومی و تحلیلی ذکر؛ - بیان نقش ذکر و عبادت در آرامش روان؛ - تعریف مفهومی و تحلیلی دعا، بحث و گفتگو در مورد دعا و جایگاه آن در زندگی و تعالی انسان؛ - بیان فواید دعا و شکرگزاری در شناخت انسان و نیازهایش (ایجاد بهبودی در حالات و نگرش‌های انسان، ایجاد ارزش‌ها و باورهای الهی در زندگی انسان)؛ - آموزش و تمرین دعا مبتنی بر اصولی که در منابع دین اسلام بیان شده است؛ - تمرین و اصلاح جملات و گفتارهای ظاهری هماهنگ با شخصیت‌های اضطرابی و غیرتاب‌آور و تمرین جملات هدایت‌شده در قالب دعا و شکرگزاری و درخواست از خداوند؛ - بحث و گفتگو در مورد اینکه در دعا و شکرگزاری انسان به شناخت خود، خدا، طرح درخواست‌های خود از خداوند، طرح درخواست خداوند از خود می‌پردازد؛ - جمع‌بندی مطالب جلسه، ارائه تکلیف منزل.
جلسه پنجم	عنوان: نقش رضا به قضا و قدر الهی در زندگی؛ - بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف‌شان، جمع‌آوری تجارب و نگرش‌های حمایتگر مراجعان در طول هفته گذشته؛ - تعریف مفهوم قضا و قدر؛ - ذکر مصادیق عینی از قضا و قدر الهی در زندگی واقعی؛ - بحث در مورد تسلیم و رضا در برابر قضا و قدر الهی؛ - بحث در مورد عدم منافات رضا با دعا و تلاش و کوشش؛ - آثار و پیامدهای داشتن رضا در برابر قضا و قدر الهی در زندگی روزمره و بهبود سلامت روان؛ - آموزش راه دستیابی به مقام رضا؛- بیان آیات و روایات در مورد رضا به قضا و قدر الهی؛

	- جمع‌بندی، دریافت بازخورد از مراجعان، تعیین تکالیف برای منزل.
جلسه ششم	عنوان: جستجوی معنا، مسئولیت‌پذیری - بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف‌شان؛ - ارائه تجارب، دریافت‌ها و نگرش‌های حمایتگر در طول هفته گذشته؛ - بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی؛ - جستجوی معنا از رنج‌ها و سختی و تفسیر صبر بر سختی‌ها و مصائب؛ - شناخت فضیلت‌های شخصی و معنادار زندگی؛ - جستجوی معنا از راه فرارفتن از خود (تفسیر خودخواهی‌های دگرخواهانه)؛ - بررسی آیات و روایات مرتبط با موضوع هدف و معنا در زندگی؛ - بررسی اهمیت و آثار و پیامدهای داشتن معنا و هدف در زندگی؛ - آموزش و تمرین مسئولیت‌پذیری نسبت به خود، دیگران و هستی (پذیرفتن مسئولیت نگهداری از یک گیاه و همچنین انتقال آموخته‌های این کلاس به یک انسان مضطرب و نیازمند و به کارگیری این آموخته‌ها در خود با ارائه گزارش آن در جلسه پیگیری)؛ - بررسی آیات و روایات مرتبط با مسئولیت‌پذیری؛ - بحث در مورد آثار و پیامدهای مسئولیت‌پذیری در زندگی؛ - جمع‌بندی، دریافت بازخورد از مراجعان، تعیین تکالیف برای منزل.
جلسه هفتم	عنوان: آشنایی با مفاهیم صبر و کارکردهای آن - بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف‌شان؛ - ارائه تجارب، دریافت‌ها و نگرش‌های حمایتگر در طول هفته گذشته؛ - بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی؛ - آشنایی با مفهوم صبر، آشنایی با انواع صبر با تأکید بر صبر در سختی‌ها؛ - آشنایی با نشانه‌های صابران؛ - آوردن مصادیق عینی از صابران در آیات و روایات - توانایی شناخت نقاط ضعف و قوت خویش در صبر بر سختی‌ها و افزایش میزان توانایی در این مورد؛ - کسب توانایی در شناخت علل رنج و سختی‌های زندگی، یادآوری خوشی‌ها و نعمت‌ها به هنگام مواجهه با سختی‌ها؛ - کسب توانایی در شناخت نقاط ضعف و قوت خود در صبر بر خوشی‌ها؛ - کسب توانایی در شناخت نقاط ضعف و قوت خود در صبر در برابر گناه؛ - صبر در برابر خشم و ایجاد انگیزه در صبر بر طاعت؛ - جمع‌بندی، بازبینی یادداشت‌های مراجعان، بازخورد و ارائه تکلیف منزل.
جلسه هشتم	عنوان: اختتامیه - مرور بر آنچه تاکنون از مجموع جلسات آموخته و تأثیرپذیری‌ها و تجارب شخصی که از جلسات داشته‌اند. - یادآوری مهارت‌های مختلفی که در طول جلسات آموخته‌اند، جهت بررسی کاربرد آنها در موقعیت‌های واقعی و اجتماعی زندگی که می‌تواند ماشه‌چکان افکار و علانم اضطراب باشد. - پاسخگویی به سؤالات.

۴. یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۲۳) تجزیه و تحلیل شد. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس یک متغیره) و نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov و Leven در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سن و پیشینه مذهبی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها و مقایسه میانگین‌های دو گروه

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش		t-test	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی
سن	۲۱/۲۹	۲/۴۹	۲۰/۷۰	۲/۰۸	-۰/۷۴	۳۲
پیشینه مذهبی	۲۶/۸۲	۸/۷۸	۲۵/۵۲	۸/۸۳	-۰/۴۲	۳۲

در جدول ۲ مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و پیشینه مذهبی) شرکت‌کنندگان ارائه شده است؛ همان‌گونه که ملاحظه می‌شود دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و پیشینه مذهبی تفاوت معناداری به لحاظ آماری نشان ندادند.

جدول ۳: ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و کنترل در نمرات اضطراب و نگرانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	اضطراب	۱۷	۲۳/۱۱	۹/۱۷	۱۹/۵۸	۸/۹۵
	نگرانی	۱۷	۵۶/۲۹	۱۱/۷۱	۳۴/۸۸	۷/۳۸
کنترل	اضطراب	۱۷	۲۲/۳۵	۹/۹۴	۲۲/۱۷	۱۰/۱۱
	نگرانی	۱۷	۵۵/۸۸	۱۰/۳۵	۵۶/۴۱	۱۱/۴۶

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و نگرانی به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش ارائه شده است؛ چنان‌که این جدول نشان می‌دهد میانگین نمره‌های اضطراب و نگرانی در گروه آزمایش پس از مداخله درمانی کاهش یافته است. برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنادار از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است، به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لوین و آزمون M باکس با مقادیر $(p > 0/05)$ تأیید و مفروضه همگنی رگرسیون به وسیله آزمون فرض همگنی شیب‌ها بررسی شد که نتایج نشان‌دهنده عدم معناداری اثر متقابل بود $(p > 0/05)$ ؛ از این‌رو می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

خلاصه نتایج کوواریانس تک متغیری روی نمرات پس‌آزمون اضطراب با کنترل کردن پیش‌آزمون در جدول ۳ آمده است. بر این اساس، بین گروه‌ها در نمرات اضطراب در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $(F_{(1,31)} = 31/27, P < 0/001)$ ؛ به این معنا که نمرات اضطراب در پس‌آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است. پس گروه درمانی معنوی با رویکرد اسلامی به طور معناداری اضطراب را در گروه آزمایش (در مقایسه با گروه کنترل) کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۵۰ درصد بوده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرهای بین‌گروهی در متغیرهای وابسته

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	پیش‌آزمون اضطراب	۲۸۲۶/۷۶	۱	۲۸۲۶/۷۶	۹۳۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۹۴/۶۴	۱	۹۴/۶۴	۳۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۹۳/۸۲	۳۱	۳/۰۲	-	-	-
نگرانی	پیش‌آزمون نگرانی	۷۹۷/۷۴	۱	۷۹۷/۷۴	۱۱/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۶
	عضویت گروهی	۴۰۰۶/۷۶	۱	۴۰۰۶/۷۶	۵۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	خطا	۲۱۸۰/۱۳	۳۱	۷۰/۳۲	-	-	-

همچنین جدول ۴ خلاصه نتایج کوواریانس تک متغیری روی نمرات پس آزمون نگرانی با کنترل نمودن پیش آزمون را نشان می دهد؛ بر این اساس، بین گروه ها در نمرات نگرانی در پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($F_{(1,31)} = 56/97$, $P < 0/001$). با نگاهی به میانگین ها در جدول ۲ مشخص می شود که نمرات نگرانی در پس آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است؛ بنابراین گروه درمانی معنوی با رویکرد اسلامی به طور معناداری نگرانی را در گروه آزمایش (در مقایسه با گروه کنترل)، کاهش داده است. میزان اثربخشی درمان ۶۴ درصد بوده است.

۵. بحث و نتیجه گیری

تحقیقات اندکی درباره تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است؛ برای مثال مطالعه کازوکی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخله مبتنی بر معنویت برای کاهش نشانه های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر بود و نیز پژوهش کوپانی و تقوی (۱۳۹۴) به این نتیجه رسید که تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب صفت و حالت در گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب و نگرانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. نتایج نشان داد که گروه درمانی معنوی به طور معناداری میانگین نمرات اضطراب و نگرانی این گروه از دانشجویان را کاهش داده است. این نتایج با پژوهش هایی همسو بود، از آن جمله: چیدا و همکاران (۲۰۱۵) و کوئینگ و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند گروه درمانی معنوی - مذهبی سبب کاهش نشانگان افسردگی می شود؛ مطالعه باررا و همکاران (۲۰۱۲) که دریافتند درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت موجب کاهش علائمی همچون نگرانی و اضطراب در افراد سالمند می شود؛ مطالعه کازوکی و همکاران (۲۰۱۰) که گویای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخله مبتنی بر معنویت برای کاهش نشانه های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر بود و نیز با پژوهش کوپانی و تقوی (۱۳۹۴) که نتیجه گرفت تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب صفت و حالت در گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

در تبیین اثربخشی این شیوه درمانی می توان گفت که نخستین و شاید مهم ترین عامل، مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است؛ در واقع معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می دهد و به فرد کمک می کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی و حس قوی تری از کنترل را ایجاد کند و موجب آرامش و اطمینان خاطر وی در زندگی شود (فلاح و همکاران، ۱۳۹۰).

از سوی دیگر، ایمان به خداوند سبب ایجاد احساس ایمنی در فرد مضطربی می شود که برداشت منفی از تهدید و ارزیابی خطر، به ویژه در موقعیت هایی دارد که غیرقابل کنترل و پیش بینی هستند؛ زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می داند. در نظر وی، وقوع حوادث جهان براساس حکمت است، جهان هستی دارای نظم می باشد و تمام امور با اراده و تدبیر الهی اتفاق می افتند. پس این دیدگاه که حوادث جهان تصادفی نیست و تحت تدبیر و قدرت خداوند مشفق و خیرخواه است، می تواند احساس تهدید در فرد مضطرب را کاهش دهد؛ همچنین ویژگی توکل به خدا این گونه سبب کاهش اضطراب و نگرانی می شود که فرد مضطرب با نوعی سوگیری و نگرش منفی حوادث احتمالی آینده را پیش بینی می کند (موهلمن، پرایس و ویتری، ۲۰۱۳)^۱ و از آنجاکه توانایی مقابله با آن را در خود نمی بیند، دچار تنش شده و واکنش های جسمانی / روان شناختی در وی برانگیخته و در نهایت نگرانی و اضطراب وی تشدید می شود؛ ولی وقتی از توکل (از راهبردهای مقابله ای مذهبی) استفاده می کند به این موضوع که خالق هستی بزرگ ترین حافظ و تکیه گاه اوست، آگاه تر شده و احساس می کند پشتیبانی دارد که در همه مسائل او را کفایت می کند. امید به کمک و یقین به یاری خداوندی که قدرتش بالاتر از قدرت هاست موجب می شود که فرد به این اطمینان برسد که با استعانت و طلب یاری از خالق هستی، توانایی مقابله با مشکلات احتمالی آینده را خواهد داشت (باقری، میریان و باقری، ۱۳۹۲)؛ چنان که قرآن کریم یکی از راه های غلبه بر یأس و ناامیدی و کاهش فشارهای روانی را توکل به خدا

می‌داند: «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بَالِغُ أَمْرِهِ؛ هرکس بر خدا توکل کند کفایت امرش را می‌کند، خداوند فرمان خود را به انجام می‌رساند» (طلاق، ۳).

اعتقاد به قضا و قدر الهی نیز به نوبه خود می‌تواند احساس تنش را کاهش دهد. فرد مضطرب نتیجه امور را نتیجه توانایی و دستاوردهای خویش قلمداد می‌کند؛ بنابراین ترس از دست دادن نتیجه و شکست‌های احتمالی زمینه اضطراب او را فراهم می‌کند. در صورتی که فرد معتقد به قضا و قدر الهی از یک‌سو می‌داند که گرچه انسان مختار است، ولی اختیار او مطلق نیست و از تلاش‌های خود تنها در محدوده مقدرات بهره می‌گیرد و از سوی دیگر بر این باور است که آنچه خداوند متعال تقدیر و حکم می‌کند، چیزی جز خیر و نیکی نیست و اساساً از حکیم، عمل غیرحکیمانه سرنمی‌زند. پس فرد معتقد نتیجه را (خوشایند یا ناخوشایند)، خیر می‌داند (کوپانی و تقوی، ۱۳۹۴)؛ چنان‌که امام رضا علیه السلام درباره قضا و قدر الهی می‌فرماید: «چیزی در آسمان و زمین جز به تقدیر و خواست خداوند نیست» (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۵، ص ۸۸) و به نظر می‌رسد که این نوع نگاه می‌تواند ترس ناشی از پیش‌بینی شکست و نتایج منفی در آینده (از ویژگی‌های افراد با اختلال اضطراب فراگیر) را کاهش دهد و در نتیجه زمینه کم شدن تنش و نگرانی فرد را فراهم کند.

یکی دیگر از مفاهیم مورد تأکید در این مداخله آموزش صبر و نشان دادن فواید آن بود. در آموزش صبر افراد می‌آموزند که مهم سعی و تلاش است و در درجه دوم اهمیت به نتیجه رسیدن است؛ زیرا سعی و تلاش در راه هدف به‌خودی‌خود دارای فواید زیادی است؛ بنابراین انسان صبرپیشه، اگر در راه رفع مشکلات به اهداف خود نرسد، دچار ادراک ناکارآمدی (یکی از علل اضطراب) نمی‌شود. در آموزش صبر تلاش بر آن است که افراد خطرناک و بحران‌ها را بیش از حد خطرناک یا وخیم ارزیابی نکنند. این کار با تفهیم این مطلب صورت می‌گیرد که گاهی بحران‌ها از سوی پروردگار و برای امتحان انسان و نیز روشن شدن نتیجه برای انسان است و حتی به رشد و تعالی انسان می‌انجامد و سعی می‌شود به جای تمرکز بر مشکل به نحوه مقابله با مشکل تأکید گردد و فرد از حداکثر منابع مقابله خود استفاده کند (ثابت، ۱۳۸۷).

در قرآن کریم آیات بسیاری درباره صبر و استقامت آمده است که آن را ریشه موفقیت‌های مادی و معنوی و حل مشکلات فردی و اجتماعی دانسته است و حتی در مواردی که برای پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله نگرانی و ناراحتی پیش می‌آمده، خداوند به او دستور صبر داده است: «فَاصْبِرْ إِنَّ وَعْدَ اللَّهِ حَقٌّ؛ صبر و استقامت پیشه کن که وعده خدا حق است» (مؤمن، ۵۵) و «فَاصْبِرْ صَبْرًا جَمِيلًا؛ پس صبر زیبا پیشه کن» (معارف، ۵)؛ به‌طور کلی می‌توان گفت قرآن کلید پیروزی در بیشتر مشکلات را صبر می‌داند و این چیزی است که به انسان دلگرمی و آرامش می‌بخشد.

عامل دیگر که می‌تواند اثربخشی این پژوهش را تسهیل کند مربوط به برخی از ویژگی‌های بومی و فرهنگی جامعه ماست. مردم ایران براساس شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی هستند و برای سازگاری با شرایط بحرانی و استرس‌زا بیشتر به مذهب روی می‌آورند (رضایی، سیدفاطمی و حسینی، ۱۳۸۷). در جامعه ما مذهب از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که می‌تواند معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی‌معنایی نجات دهد؛ به‌ویژه در مواقع سخت و بحرانی می‌تواند کمک مهمی برای فرد باشد. بر این اساس برخی از تجارب و شواهد نشان می‌دهند که در کشور ما درمان بسیاری از اختلالات روانی - عاطفی در تعامل با مسائل معنوی قرار دارند و بدون توجه به آنها، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود (قدم‌پور، رحیمی‌پور و سلیمی، ۱۳۹۴).

پس عواملی همچون توکل به خداوند، صبر، نگرش مثبت به آینده و... که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق می‌شود، می‌توانند سبب کاهش اضطراب و نگرانی در جامعه دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. تاکنون محققان درباره تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم مذهبی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه، بهبودبخشی بیماران روانی و مقاوم کردن افراد در برابر حوادث و وقایع دردناک و ایجاد آرامش به نتایج مثبت و قابل ملاحظه‌ای دست یافته‌اند. با وجود اختلاف روش‌ها، محیط‌ها و موضوعات موردبررسی، تقریباً همه این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی یک ارزش مثبت شناخته می‌شود، میزان اختلال‌های روانی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی به‌طور محسوسی کمتر از میزان آنها در محیط‌ها و جوامع غیرمذهبی است و به‌طور کلی افراد مذهبی از سلامت روانی بیشتری نسبت به دیگران برخوردارند.

پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش در راستای آموزش مشاوران و روان‌درمانگران بالینی، به‌ویژه در مراجعان مذهبی، استفاده به عمل آید. در بعد پیش‌گیری نیز می‌توان با ارائه نتایج پژوهش حاضر، نقش آموزه‌های مذهبی همچون توکل، صبر، ذکر و دعا و نیایش، نگرش

مثبت به آینده و... مورد تأکید قرار داد که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق و خالصانه با خالق هستی به دست می آید.
 از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دو نکته اشاره کرد: ۱. در این پژوهش بررسی اثربخشی درمان در مرحله پیگیری به دلیل در دسترس نبودن نمونه انجام نشد؛ ۲. امکان تعمیم نتایج تحقیق به دانشجویان پسر با توجه به محدود بودن گروه نمونه به دانشجویان دختر فراهم نشد.

منابع

۱. باقری، حسین؛ میریان، سید احمد و مائده باقری (۱۳۹۲). «بررسی رابطه بین توکل به خدا و سلامت روان بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد نکا»، دین و سلامت، دوره ۱، ش ۱، ص ۴۸-۵۸.
۲. ثابت، فریده (۱۳۸۷). «اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب و شادکامی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۲، ص ۷۹-۹۴.
۳. جوشن‌لو، محسن؛ کلهرنیا گلکار، مهدی و صبا ناظمی (۱۳۹۱). «بررسی ویژگی‌های آماری پرسشنامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتاکلارا در دانشجویان ایرانی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۶، ش ۱۱، ص ۱۴۷-۱۶۳.
۴. رشتیری، علیرضا؛ داداشی، محسن؛ وکیلی، محمدمسعود و حسین مالکی‌زاده (۱۳۹۸). «بررسی میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر و ارتباط آن با نگرانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان»، مجله توسعه آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۲، ش ۳۶، ص ۳-۲۵.
۵. رضایی، محبوبه؛ سیدفاطمی، نعیمه و فاطمه حسینی (۱۳۸۷). «سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دوره ۱۴، ش ۳-۴، ص ۳۳-۳۹.
۶. شیرین‌زاده دستگیری، صمد (۱۳۸۵). «مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.
۷. علی‌تبار، رمضان (۱۳۹۹). «دین و الهیات جهانی در منظومه فکری اسلام»، فصلنامه علمی پژوهشی قبسات، دوره ۲۵، ش ۹۵، ص ۵-۳۰.
۸. فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیرالدینی، علیرضا؛ موسوی، سیدمهدی و محمد اسماعیل اکبری (۱۳۹۰). «اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۵، ش ۱۹، ص ۶۹-۸۸.
۹. قدم‌پور، عزت‌اله؛ رحیمی‌پور، طاهره و حسین سلیمی (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان»، روان‌شناسی و دین، س ۸، ش ۴ (پیاپی ۳۲)، ص ۶۱-۸۰.
۱۰. کاویانی، حسین؛ صفوریان، حسن؛ شریفی، ونداد و نرگس ابراهیم‌خانی (۱۳۸۸). «پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، س ۶۷، ش ۵، ص ۲۷۹-۲۸۵.
۱۱. کوپانی، سمیه (۱۳۹۳). «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
۱۲. کوپانی، سمیه و سیدمحمدرضا تقوی (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، س ۵، ش ۲، ص ۱۸۳-۲۰۰.
۱۳. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ق)، بحارالانوار، بیروت: مؤسسة الوفاء.
۱۴. نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و مهدی هادیان (۱۳۸۹)، «بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)»، دوفصلنامه دانشگاه شاهد، س ۳، ش ۴، ص ۴۱-۵۰.
15. Ahmadi, A. & Shahmohammadi, N. (2015). Studying the Relationship between Mental Health, Spirituality and Religion in Female Students of Tehran Azad University: South Branch, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 236-241.
16. Ali Tabar, R. (2019). Religion and World Theology in the Intellectual System of Islam, *Qabsat Quarterly Scientific Research Journal*, 25(95), 5-30 [In Persian].
17. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA.

18. Bagheri, H., Mirian, S. A., & Bagheri, M. (2013). Investigating the Relationship Between Trust in God and Mental Health among Students of Azad University, Neka Branch, *Religion and Health*, 1(1), 48-58 [In Persian].
19. 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.
20. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). Beck Anxiety Inventory Manual Inventory Manual. *San Antonio, TX: Psychological, San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
21. Chida, Y., Schrepft, S. & Steptoe, A. (2015). A Novel Religious/Spiritual Group Psychotherapy Reduces Depressive Symptoms in a Randomized Clinical Trial, *Journal of religion and health*, 1-12.
22. Fallah, R., Golzari, M., Dastani, M., Zahiraldini, A., Mousavi, S., & Esmaeili, A. (2011). Effectiveness of spiritual intervention in a group method for improving mental health in women with breast cancer, *Journal of Thought and Behavior*, 5(19), 69-88 [In Persian].
23. Ghadampour, E., & Rahimipour, T. (2015). Investigating the effectiveness of spiritual group therapy approach on increasing the resilience of female high school students in Isfahan. *Quarterly Journal of Psychology and Religion*, 8(4), 61-69 [In Persian].
24. Halgin, R. P. & Whitbourne, S. K. (2006). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*, McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.
25. Joshanolou, M., Kalthornia, M., & Nazemi, S. (2012). Investigating the statistical characteristics of the Santa Clara Religious Faith Strength Questionnaire in Iranian students, *Studies in Islam and Psychology*, 6(11) 147-163 [In Persian].
26. Kaviani, H., Safoorian, H., Sharifi, V. & Ebrahimkhani, N. (2009). Reliability and validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Iranian depressed and anxious patients, *Journal of the Faculty of Medicine Tehran University of Medical Sciences*, 67(5), 279-285 [In Persian].
27. Koenig, H. G., Al Zaben, F. & Khalifa, D. A. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East, *Asian journal of psychiatry*, 5(2): 180-182.
28. Koenig, H. G., King, D. E. & Carson, W. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.), New York, NY: Oxford University Press.
29. Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J., Daher, N. S., & Rosmarin, D. H. (2015). Religious vs. Conventional Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Persons With Chronic Medical Illness: A Pilot Randomized Trial, *The Journal of nervous and mental disease*, 203(4): 243-251.
30. Kopani, s. (2014). *Investigating the effectiveness of religious spiritual group therapy with emphasis on Islamic teachings on reducing students' generalized anxiety*, Master's thesis, *Clinical Psychology*, Shiraz University [In Persian].
31. Kopani, S., & Taghavi, S. M. (2015). Investigating the Effectiveness of Spiritual Religious Group Therapy with Emphasis on Islamic Teachings on Reducing Students' General Anxiety, *Culture in the Islamic University*, 5(2), 183-200 [In Persian].
32. Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K. & Bradwejn, J. (2014). A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial, *Journal of clinical psychology*, 70(6): 489-509.
33. Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F. & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial, *Journal of clinical psychology*, 66(4): 430-441.
34. Loewenthal, K. (2006). *Religion, culture and mental health*, Cambridge University Press.

35. Majlisi, M. B. (1403 AH). *Bihar al-Anwar*, Beirut: Al-Wafa Foundation [In Persian].
36. Mohlman, J., Price, R. B. & Vietri, J. (2013). Attentional bias in older adults: effects of generalized anxiety disorder and cognitive behavior therapy, *Journal of anxiety disorders*, 27(6): 585-591.
37. Molina, S., & Borkovec, T.D. (1994). *The Penn state worry questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics*. In Davey GCL, Tallis F, Editors. *Worrying: Perspectives on theory, Assessment and treatment*. Chichester: Wiley, 265–283.
38. Naeinian, M. R., Shairi, M. R., Sharifi, M., & Hadian, M. (2010). Reliability and validity of the short scale of generalized anxiety disorder (GAD-7), *Shahed University Bi-Quarterly Journal*, 3(4), 41-50 [In Persian].
39. Newman, M. G. & Fisher, A. J. (2013). Mediated moderation in combined cognitive behavioral therapy versus component treatments for generalized anxiety disorder, *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3): 405.
40. Peterman, J. S., LaBelle, D. R. & Steinberg, L. (2014). Devoutly anxious: The relationship between anxiety and religiosity in adolescence, *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(2): 113.
41. Plante, T.G., & Boccaccini, M. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith psychological well-Being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069- 1081.
42. Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C. & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults, *Journal of Religion and Health*, 41(2): 153-166.
43. Rashtbari, A., DADASHI, M., Vakili, M., & Malekizadeh, H. (2020). valuation of the Prevalence of Generalized Anxiety Disorder and Its Association with Worry in Students of Zanjan University of Medical Sciences. *Journal of medical education development*, 12(36), 25-31 [In Persian].
44. Rezaei, M., Seyed Fatemi, N., and Hosseini, F. (2008). Spiritual health in cancer patients undergoing chemotherapy, *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services*, 14(3), 33-39 [In Persian].
45. Sabet, F. (2008), The Effectiveness of Patience Training on Anxiety and Happiness, *Studies in Islam and Psychology*, 2(2), 79-94 [In Persian].
46. Shirinzadeh Dastgiri, S. (2006). *Comparison of metacognitive beliefs and responsibility among patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and normal individuals*, Master's thesis in Clinical Psychology, Shiraz University [In Persian].
47. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7, *Archives of internal medicine*, 166(10): 1092-1097.
48. Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*, John Wiley & Sons.