

مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان

لیلا ولی‌الهی

کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل و گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر نهاوند در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. سپس از بین آن‌ها پس از آزمون اضطراب به عنوان ملاک ورود ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به‌طور گمارش تصادفی در سه گروه به‌حکم گروه آزمایشی اول (مداخله رفتاردرمانی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (مداخله روان‌درمانی معنوی-مذهبی) و گروه کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه‌های آزمایشی هر یک در دوازده جلسه مداخله درمانی به‌صورت گروهی دو ساعت در هفته شرکت کردند و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. در پایان مداخله درمانی، هر سه گروه بار دیگر با آزمون یاد شده مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان تفاوت معناداری ($p < 0.05$) وجود ندارد و هر دو شیوه درمانی به‌طور معناداری در کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، رفتاردرمانی شناختی، روان‌درمانی - مذهبی.

مقدمه

شایع‌ترین بیماری‌های روانی در میان دانش‌آموزان اختلال‌های خلقی، اضطرابی و رفتاری است (بارانی و فولاد چنگ، ۱۴۰۱). زندگی در قرن اخیر سبب شده است که انسان به طور مداوم در برابر ناملایمات از خود سازگاری نشان دهد و اضطراب شایع‌ترین اختلالی است که در مقابل ناسازگاری‌ها بروز می‌کند (دهقانی و ازرمی بستان آباد، ۱۴۰۱). اضطراب شرایط یا احساسی است که فرد زمانی که متوجه می‌شود خواسته‌های او بیش از داشته‌های فردی و اجتماعی است، آن را تجربه می‌کند (بهارگاو و تری ودی، ۲۰۱۸). همه انسان‌ها به نوعی با این معضل دست به‌گریبانند به‌ویژه دانش‌آموزان که این اضطراب در رابطه با امتحان، کنفرانس درسی، و فعالیت در کلاس درک می‌کند (دهقانی و ازرمی بستان آبادی ۱۴۰۱). بر اساس معیار چندبعدی اضطراب کودکان، اضطراب در دانش‌آموزان ۱۲/۹ درصد گزارش شده است و ۴۹/۳ درصد از آن‌ها اضطراب متوسط تا شدید همراه با افسردگی یا بدون آن داشته‌اند (دیتی و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعه‌ای که روی دانش‌آموزان دبیرستان دخترانه ی شهر یزد انجام گرفت نشان داد میزان شیوع اضطراب در بین دانش‌آموزان ۱۹/۰۱ درصد است (صادقیان و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج فراتحلیل مدارا و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد، از میان گروه‌های مختلف بررسی شده، نوجوانان بیشترین نمره اضطراب را داشتند و اضطراب مهم‌ترین اختلال روانی در ایران محسوب می‌شود. این مشکلات روانی در نوجوانی پیش‌بینی‌کننده‌ی فعالیت‌های آسیب‌رسانی مانند خودآزاری، اقدام به خودکشی و مصرف مواد (بالاز و همکاران و ۲۰۱۳)، مشکلات تحصیلی، ترک تحصیل، روابط اجتماعی ناسازگار و... است.

از آنجاییکه عوامل متعددی بر اضطراب بیماران مؤثرند، لزوم استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی در جهت کاهش آن، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از تکنیک‌های مهم در این رابطه، رویکرد درمان شناختی- رفتاری است. در سال‌های اخیر به جایگاه عوامل شناختی در درک پویایی‌های تعاملات در روابط بین فردی، بیشتر توجه شده است (دیناروند و همکاران، ۱۴۰۰).

برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به وجود آمده‌اند و نشان‌دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (یوسشر و همکاران، ۲۰۱۷). در روان‌درمانی به استفاده از رویکرد شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. تکنیک‌های شناختی، باورهای مرتبط با افکار را مورد توجه قرار می‌دهند و تکنیک‌های رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند (والاس و همکاران، ۲۰۲۱).

از طرف دیگر در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روانشناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است، اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده است در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روانشناختی اجتماعی مذهبی (پروپست، ۱۹۹۸) بوده است؛ و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (لیزیستا و همکاران، ۲۰۲۲). با عنایت به ساخت کلی باورهای اعتقادی هر جامعه که در روان‌درمانی معنویت مدار به آن توجه می‌شود، روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، نوعی درمان است که با استفاده از قوه بالقوه ایمان به خدا و معنویت درمان جویان و استناد به آیات قرآن و روایات در درمان و بهبودی مراجعان، مداخله‌های مبتنی بر آموزه‌های دینی- اسلامی به کار می‌گیرد (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴). شواهدی وجود دارد که عموم مردم به طور فزاینده‌ای به معنویت تمایل دارند و بررسی‌های همگانی افزایش قابل ملاحظه در علاقه به امور معنوی را تأیید می‌کنند (میلر و تورسن، ۲۰۰۳).

هیل و پارگامنت (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که آثار بسیار زیادی وجود دارد که مذهب و معنویت را با سلامت جسمی در ارتباط می‌داند. مطالعات آزمایشی نیز نشان می‌دهد بین مذهب و معنویت و سلامت رابطه معناداری وجود دارد، با این حال دلایل این ارتباط مبهم است. مطالعه کریستوفر و همکاران (۲۰۰۹)، بر روی جوانان آمریکایی نشان داد که غالباً تمایلات و اعتقادات مذهبی به زندگی پس از مرگ، ارتباط معکوسی با احساس اضطراب و ارتباط مثبتی با احساس آرامش دارد. در ارزیابی‌های

مربوط به مذهب و معنویت که رابطه بین فعالیت های مذهبی و پیامدهای سلامتی را مورد آزمایش قرار داده اند، اکثراً نشان داده اند که افراد مذهبی سالم تر هستند (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). تحقیقات متعددی در مورد رفتاردرمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی صورت گرفته است که به برخی از آن ها در ذیل اشاره می شود:

اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی بر روی اختلال اضطراب تعمیم یافته در مجموعه ای از نتایج اولیه تحقیقات فرا تحلیلی بررسی شد که رفتاردرمانی شناختی نسبت به گروه کنترل، درمان غیر مستقیم و قرص دارونما برتری دارد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). مالتبی (۱۹۹۸) تأثیر اعمال مذهبی بر سطوح مختلف اضطراب بررسی شد. او پرسشنامه حالت رگه اضطرابی را ۳۰ دقیقه قبل از مراسم کلیسا و ۳۰ دقیقه بعد از مراسم کلیسا اجرا کرد، در نتیجه بیان کرد که مراسم کلیسا اضطراب را کاهش می دهد. شفر و گورساج (۱۹۹۱) نشان دادند که آموزش روش های حل مسئله در چارچوب مذهبی، سازش یافتگی روانشناختی را افزایش و اضطراب را کاهش می دهد. همچنین یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) در گزارش پژوهشی خود نشان دادند که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، تأثیرات موقعیت های اضطراب انگیز را کاهش داده و به صورت مثبتی بر افسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود اثر می گذارد. در این راستا نیز ازهر و دیگران (۱۹۹۵) نشان دادند که وقتی از روان درمان گری با زمینه مذهبی استفاده می شود نشانه های اضطراب تعمیم یافته به طور معنی داری کاهش می یابند (ازهر و دیگران، ۱۹۹۵). در کشورمان ایران مطالعات اندکی درباره روان درمانی با رویکرد معنوی پرداخته شده است به طور مثال: در بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه مدت آموزش خودمهارگری و بدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، نتایج پژوهش جان بزرگی (۱۳۷۸) نشان داد که درمانگری چند بعدی با یا بدون جهت گیری مذهبی اسلامی اضطراب و تنیدگی را کاهش می دهد (جان بزرگی، ۱۳۷۸). همچنین بر اساس تحقیقات مؤثر بودن روش های گوناگون در کاهش اضطراب بوده است، اما می توان از خود درباره تأثیر زمینه فرهنگی مراجع در افزایش اثربخشی آن ها سؤال کرد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). به این معنی که ارزش ها و اخلاقیات از جمله عوامل فرهنگی هستند که نقش زیادی در مشاوره و روان درمانی ایفا می کنند و روان شناسان میتوانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود فایده ببرند. در میان سیستم های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی بر این امر دارند، به نظر الکنز (۱۹۹۵) وظیفه اصلی روان درمانی پرورش و شفافبخشی برای روح است. به بیان دیگر، روان درمانی فرایند ارتباطی برای مراقبت و رفع بیماری ها و گرفتاری های روان آدمی است و ما با بازگشت به این شکل از درمان میتوانیم به مراجعان کمک کنیم و در حقیقت به کار گیری عناصر مذهبی در قالب تکنیک های مشاوره و روان درمانی در ارتقاء سطح معنویت و درمان روحانی مراجعان سهم به سزایی خواهد داشت (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). حال با توجه به مطالب فوق هدف از این تحقیق مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب دانش آموزان است.

روش تحقیق

جامعه آماری و روش نمونه گیری

در این مطالعه از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش تعدادی از دانش آموزانی دختر دوره دوم متوسطه که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول بودند. طرح پیش آزمون - پس آزمون چند گروهی با گروه کنترل، شامل مراحل اجرایی زیر است: (۱) جایگزین کردن آزمودنی ها به صورت تصادفی، (۲) اجرای پیش آزمون و جمع آوری داده های ناشی از اجرا این آزمون، (۳) اجرای متغیر مستقل برای آزمودنی هایی که به صورت تصادفی در گروه های مختلف قرار گرفته اند، (۴) اجرای پس آزمون و جمع آوری اطلاعات و داده های ناشی از اجرای این آزمون پژوهش حاضر دارای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است و برای هر سه گروه پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد، همچنین مداخله به صورت درمان گروهی بود. نگاره زیر طرح مورد بحث را نشان می دهد:

RGI TI x T2

RGI TI y T2

RGI TI- T2

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد؛ نخست از بین ۵ مدرسه به تصادف ۳ مدرسه انتخاب شد، سپس از بین کلاس‌های این مدارس به تصادف ۳ کلاس انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. پرسشنامه مقیاس اضطراب کتل بین دانش‌آموزان به طور تصادفی اجرا شد. پس از نمره‌گذاری، ۴۵ نفر از میان دانش‌آموزان که نمره اضطراب متوسط به بالا (۳۶) داشتند به صورت تصادفی به منظور سازمان‌دهی ۳ گروه ۱۵ نفری انتخاب شدند. در مرحله گمارش تصادفی هر یک از آزمودنی‌ها در یکی از گروه‌های: ۱- گروه آزمایشی اول (برای و بالاخره ۳ گروه سوم گروه کنترل، انتخاب شدند؛ بنابراین، آزمودنی‌ها از پیش نمی‌دانستند در کدام گروه قرار خواهند گرفت و نوع درمان به صورت تصادفی در مورد گروه‌ها اعمال شد. داده‌ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کتل: این مقیاس احتمالاً مؤثرترین ابزاری است که به منظور سنجش اضطراب در قالب یک پرسشنامه کوتاه فراهم آمده است و می‌توان آن را در همه سنین بعد از ۱۵-۱۴ سالگی و در اکثر فرهنگ‌ها استفاده شود. مقیاس حاضر نه فقط مختص تشخیص نخستین است، بلکه برای ترسیم نمودار تحول بیمار نیز به کار می‌رود، چه می‌توان آن را پس از یک هفته یا بیشتر مجدداً به کار بست بدون آن که آزمودنی بخش مهمی از پاسخ‌های گذشته خود را به یاد آورد. این مقیاس از ۴۰ ماده تشکیل شده که با اجرای آن سه نمره اضطراب کل، اضطراب پنهان و اضطراب آشکار به دست می‌آید. پایایی آزمون کتل در مورد دانش‌آموزان پسر ۰/۷۳ و در مورد دختران ۰/۷۷ گزارش شده است. مقیاس اضطراب کتل در ایران نیز توسط منصور و دادستان (۱۳۸۱) با همکاری گروهی و با استفاده از نمونه‌ای ۲۴۸۹۴ نفری از دانش‌آموزان که در گستره سنی ۱۲ تا ۲۰ سالگی قرار داشتند، هنجاریابی شده و روایی آن نیز مشخص گردیده است.

روش‌های درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش عبارت بودند از: الف) رفتاردرمانی شناختی بر اساس دیدگاه فری (محمدی و فرنام، ۱۳۸۴) که ترکیبی از رویکرد شناختی بک و درمان عقلانی-عاطفی الیسو درمان بازسازی شناختی مک مالین است. ب) روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین (۲۰۰۴) با تأکید بر آموزه‌های اسلام. این مداخلات شامل: دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت‌کنندگان بود. هر دو روش درمانی در یک دوره ۱۲ جلسه‌ای درمان گروهی به منظور کاهش میزان اضطراب در قالب جلسات هفتگی به مدت ۲ ساعت در هفته اجرا شد. فعالیت‌های هر جلسه درمانی عبارتند از: ۱- چک کردن تکالیف شرکت‌کنندگان که جلسه قبل، برای آن‌ها مشخص شده را انجام داده‌اند. ۲- دادن بازخورد به شرکت‌کنندگان از سوی درمانگر. ۳- بیان فهرست وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت‌کنندگان برای بحث جدید. ۴- انجام تمرین‌های جدید. ۵- دادن تکالیف خانگی برای هفته جاری. ۶- بیان توضیحات و جمع‌بندی از سوی درمانگر در خصوص موضوع جلسه.

یافته ها

آزمودنی ها در دامنه سنی ۱۲-۲۰ با میانگین سنی ۲۲/۷۳ سال و انحراف معیار ۴/۱۸ قرار داشتند. تقریباً ۸۰ درصد آن ها در مقطع کارشناسی و ۲۰ درصد نیز در مقطع کارشناسی ارشد بودند. از نظر جنسیتی نیز همه مذکر بودند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس جهت بررسی آثار روش های درمانی و نیز کنترل آماری اثر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب) استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس، پیش فرض همگنی واریانس ها به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد پیش فرض تساوی واریانس ها تأیید شده است ($F=0/64$) و استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع است. علاوه بر آزمون لوین، مهمترین مفروضه های استفاده از تحلیل کوواریانس یعنی کنترل خطی بودن رابطه بین پیش آزمون (به عنوان متغیر همراه) و پس آزمون (به عنوان متغیر وابسته) و همگنی ضرایب رگرسیون انجام گرفت. در کنترل خطی بودن، نمودار پراکنش و خط برازش برای متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون حاکی از رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده بود. همگنی ضرایب رگرسیون نیز به صورت آماری و به منظور بررسی این که تعاملی بین مداخله و متغیر هم تغییر وجود دارد، باید بررسی شود که نتایج آن نشان داد بین متغیرهای گروه و پیش آزمون تعامل وجود ندارد ($F=1/9$, $p>0/05$)، لذا تخطی از همگنی ضرایب رگرسیون به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس وجود ندارد. جداول زیر نتایج تحلیل کوواریانس را نشان می دهد.

جدول ۱. تحلیل کوواریانس نمره ی اضطراب پنهان در بین گروه ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۳۰۸	۱				
گروه ها	۲۰۱	۲	۳۰۸	۲۶	۰/۴۵	
خطا	۳۷۸	۳۲	۱۰۰/۷	۸/۵	۰/۳۵	۰/۹۵
کل	۱۶۵۱۶	۳۶	۱۱/۸			

نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس یک عاملی نشان می دهد که با کنترل آماری واریانس پیش آزمون حداقل واریانس یکی از سطوح گروه ها از لحاظ آماری معنادار است. از این رو فرض صفر با ۹۵ درصد اطمینان در سطح آلفای ۵ درصد رد می شود. ضریب همبستگی بین سطوح گروه ها و متغیر اضطراب برابر با ۰/۳۵ است؛ به عبارت دیگر ۳۵ درصد واریانس اضطراب از روی سطوح گروه ها قابل تبیین است. توان آزمون نیز برابر با $1-\beta=0/95$ یعنی در سطح ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت فرض صفر غلط به درستی رد شده است. برای بررسی تفاوت میانگین اضطراب پنهان در بین سطوح گروه ها از آزمون تعقیبی LSD به شرح جدول زیر استفاده می شود.

جدول ۲. تفاوت میانگین اضطراب پنهان بین سطوح گروه‌ها

$X_3=24$	$X_2=18/8$	$X_1=19/5$	میانگین تعدیل شده ی اضطراب
۵/۴			$X_1=19/5$ میانگین گروه شناختی
۰/۶۱	۴/۷	---	$X_2=18/8$ میانگین گروه معنوی
---	---		$X_3=24$ میانگین گروه کنترل

نتایج حاصل از اجرای آزمون LSD نشان می‌دهد فرض‌های صفر در سطح ۹۵ درصد اطمینان با آلفای ۵ درصد رد می‌شود. رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی -مذهبی هر دو در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش اضطراب پنهان تأثیر دارند. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین اضطراب پنهان دو گروه درمانی وجود ندارد. نمودار ۱ نیز میانگین تعدیل یافته گروه‌ها در متغیر اضطراب پنهان را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان انجام شد. در تبیین نتایج یافته‌های حاصل از بررسی این پژوهش و با وجود اینکه، هر دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان مؤثر هستند. ولی بین این دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان تفاوت معناداری وجود ندارد. اساسی‌ترین سؤالی که در ارتباط با نتیجه این فرضیه می‌توان مطرح کرد این است که چرا بین دو شیوه درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. پاسخی که می‌توان ارائه کرد مربوط به شباهت‌هایی است که بین این دو روش درمانی وجود دارد؛ ۱- هر دو شیوه با فرایند تفکر و باورها سروکار دارند. رفتاردرمانی شناختی با فرایندهای تفکر و باورهای غیر منطقی افراد سروکار دارد و تأکید آن بر رفتار کلامی و تصورات ذهنی مددجویان در رابطه با خودشان و جهان پیرامونشان و آینده است (سیف، ۱۳۸۳) در درمان معنوی -مذهبی نیز تغییرات شناختی و فکری مد نظر است، یعنی مراجعان به درک‌آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آن‌ها با یکدیگر نایل میشوند ۲- در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. در رفتاردرمانی شناختی نحوه عملکرد و یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تأثیر می‌گذارد جسی و همکاران (۲۰۰۶) در درمان معنوی -مذهبی تغییرات رفتاری و عاطفی نیز مطرح است. بدین معنی که عملکرد مراجعان در جهت اعمال اجتماعی سازنده و رضایت بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت بخش، خوشایند، امیدوار کننده و شادی بخش رشد می‌یابند. شاید بتوان گفت که رفتاردرمانی شناختی و هم تغییر و توجه در مذهب، در درجه اول شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش بروز می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را در بر می‌گیرد؛ اما هنوز به پژوهش‌های دقیق‌تری در این زمینه نیازمندیم. اما تفاوت‌هایی نیز در این دو روش درمانی وجود دارد که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌کند. اولاً، هدف رفتاردرمانی شناختی بازسازی شناختی است و آن کمک به مددجویان در تغییر الگوهای فکری غلط است (سیف، ۱۳۸۳)؛ اما هدف اصلی و نهایی درمان معنوی -مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است یعنی ایمان به خداوند و پرستش او مطابق این دیدگاه تمام مخلوقات آفریده شده اند برای عبادت خداوند که انسان ذاتاً به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان میخواهد که دوباره

به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی-مذهبی به‌حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد

که وحدت بخش وجود فرد خواهد شد (طهرانی، ۱۹۹۶) ثانیاً، رفتاردرمانی شناختی به ارزش‌ها و اخلاقیات که از جمله عوامل فرهنگی هستند بی توجه است ولی ارزش‌ها و اخلاقیات نقش زیادی در مشاوره و روان‌درمانی معنوی-مذهبی دارند؛ بنابراین، با وجود تفاوتی که بین دو شیوه درمانی وجود دارد، شباهت زیادی بین این دو روش وجود دارد که می‌توان توجیه‌کننده سؤال اول این پژوهش باشد.

همچنین در پاسخ به سؤال دوم مطرح شد که رفتاردرمانی شناختی نقش مؤثری در کاهش میزان اضطراب پنهان دانش‌آموزان دارد که شاید به دلیل ناهشیاری آن بخش از اضطراب باشد که فرد از دستکاری هشیارانه آن محروم و ناتوان است و این امر در نتیجه بحث و درمان هر فرد به کمک اعضای گروه نسبت به اضطراب پنهان خویش (اضطرابی که نسبت به آن هشیار نبوده و بیشتر در رفتار و حرکات وی می‌توان مشاهده نمود) آگاهی یافته و بر اساس رویکرد درمانی مذکور که علت اساسی ایجاد اختلال را ادراک تحریف شده و تفکر غیرمنطقی میدانند، هر فرد محور تلاش خویش را بر اصلاح تفکر خود قرار داده است. این یافته نیز همسو، با یافته‌هایی است که تأثیر رفتاردرمانی شناختی را بر کاهش اضطراب گزارش کرده اند (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶).

در بررسی سؤال سوم پژوهش نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که دانش‌آموزانی که در معرض روان‌درمانی معنوی-مذهبی قرار گرفتند با دانشجویانی که در معرض چنین روشی قرار نگرفتند، میزان اضطراب آن‌ها کاهش یافت که این کاهش در سطح $(p < 0.05)$ معنادار بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه درمان معنوی-مذهبی برای کاهش اضطراب انجام شده همسو است. مثلاً مالتبی (۱۹۹۸) تأثیر اعمال مذهبی بر سطح مختلف اضطراب را بررسی کرده و در نتیجه مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد. همچنین در این راستا انزایت و همکاران (۱۹۹۸)، به این نتیجه رسیده‌اند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان می‌شود. در بررسی موردی نیز تأثیر عفو و بخشایش بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود روابط فردی مشاهده گردید. هیل و ان‌رایت (۱۹۹۳)، نیز در بررسی خود در یافتند که عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب در افراد می‌شود. در دیگر شفر و گورساج (۱۹۹۱) نشان دادند که آموزش روش‌های حل مسئله بر پایه‌ی مذهبی، سازش یافتگی روان‌شناختی را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد. همچنین میتون (۱۹۹۸)، به نقل از بهرامی احسان (۱۳۸۱) در گزارش پژوهشی خود نشان داد که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، تأثیر موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش می‌دهد. کوئینگ و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که تلاش‌های مذهبی و معنوی مانند مراقبه، دعا، نماز و حضور در مراسم مذهبی شانس بهبودی مراجعان را افزایش می‌دهد. نیز ازهر و دیگران (۱۹۹۴) نشان دادند که وقتی از روان‌درمانی با زمینه مذهبی استفاده می‌شود نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته به طور معناداری کاهش می‌یابند. همچنین پژوهش حاضر با نتایج جان بزرگی (۱۳۷۸) که نشان داد درمانگری با جهت‌گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیری فراتر از درمانگری بدون جهت‌گیری مذهبی در کاهش اضطراب دارد، همسو است.

با توجه به یافته‌های تحقیقات انجام گرفته و پژوهش حاضر می‌توان گفت تفاوتی که این پژوهش با پژوهش‌های دیگر دارد در این است که اصولاً پژوهش‌های مطرح شده بر روی افرادی صورت گرفته که به بیمارستان یا کلینیک‌های درمانی داوطلبانه مراجعه کرده‌اند. در حالی که در این پژوهش شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی از بین افراد به ظاهر سالم یا افرادی که بستری نشده بودند انتخاب شدند. درباره رابطه بین معنویت، مذهب و سلامت روان

یافته‌ها متنوع و متعدد هستند، در حالی که برخی پژوهش‌ها به رابطه منفی بین معنویت، مذهب و اضطراب دست یافته‌اند (به نقل از کوئینگ و همکاران، ۲۰۰۱)، اما مطالعه‌های دیگر نیز وجود دارد که چنین رابطه‌ای را گزارش نکرده‌اند

(سالسمن، ۲۰۰۵). همچنین مطالعه های تجربی نشانگر رابطه معنادار میان مذهب و معنویت و سلامت هستند. با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳) برای توضیح و تفسیر این تعارض ها با پژوهش حاضر شاید بتوان به کیفیت و نوع دین داری افراد اشاره کرد: چرا که مذاهب از جنبه وحدت دهی به رفتارها با یکدیگر متفاوتند و بدیهی است مذهبی که از نظر اصول اولیه توحیدی نباشد نمیتواند وحدت یافتگی ایجاد کند. همچنین تحقیقات متعدد نشان می دهد که کسانی که جهت گیری مذهبی درونی دارند نسبت به کسانی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. (جینا، ۱۹۹۸).

منابع

۱. بارانی، حمید. فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه های اضطراب و افسردگی دانش آموزان، فصل نامه پژوهش های روانشناختی کاربردی، ۱۳(۱)، ۲۸۷-۳۰۴.
۲. مدارا، ف.، ساروخانی، د.، ولی زاده، ر. و ساروخانی، م. (۱۳۹۶). بررسی میانگین نمره اضطراب در ایران: مرورسیستماتیک و متآنالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲۵(۲)، ۱۸۱-۲۰۶.
۳. دهقانی، مرضیه. کریمه، ازرمی بستان آباد. (۱۴۰۱). روایت پژوهی تجارب زیسته یک مشاور: بررسی اختلالات اضطراب در دانش آموزان دبیرستانی، فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، انتشارات دانشگاه تهران، (۴)، ۲۱۷-۲۳۳.
۴. صادقیان، عفت. مقدری کوشا، مهناز. گرجی، سمیرا. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۸۸-۸۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان. ۱۷(۳)، ۳۹-۴۵.
۵. جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت " آموزش خود ومهارگری " با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
۶. دیناروند، فاطمه. بختیار پور، سعید. علیرضا، حیدری. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذربرو و هد رر برر را نشانه ای اضطراب بیماران مبتال به اختلال اضطراب فراگیر در زمان شیوع وویرس-۱۹.
۷. سیف، علی اکبر (۱۳۸۳). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه ها و روش ها، چاپ ششم، تهران: نشر دوران.
۸. بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۱). رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود، مجله روانشناسی، ۲۴(۴).
9. Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C., Carli, V., Wasserman, C & Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment, and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677.
10. Bhargava, D., & Trivedi, H. (2018). A Study of Causes of Stress and Stress Management among Youth. *IRA- International Journal of Management & Social Sciences*, 11(3), 108-117. <http://dx.doi.org/10.21013/jmss.v11.n3.p1>.
11. Wallace DD, Carlson RG, Ohrt JH. 2021 Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Panic Episodes and Depression in an African American Woman: A Clinical Case Illustration. *Journal of Mental Health Counseling*.;43(1):40-58.
12. Maltby, J. (1998). Church attendance and anxiety change. *Journal of Social psychology*, 139(4), 537-538.
13. Propst, L. R. (1998). *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Press.
14. Lissita, S., Ben-Zamara, Rinat- T., & Chachashvili- Bolotin, S. (2022). Gender and / or Religiosity? Intersectional approach to the challenges of religious women in STEM fields. *International Journal of Educational Development*. Volume 96 <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2022.102709>

15. Miller, W. R., Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and Health, an emerging research field. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 24-35.
16. Hill, P. C., Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 64-78.
17. Azhar, M. Z., Varma, S, L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
18. Christopher, G., Ellison, A., Burdette, M. & Terrence D. H. (2009) "Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US Adults". *Social Science Research*, 38 .656-667.
19. Schaefer, C. A., Gorsuch, R.L. (1991). Psychological adjustment and religiousness; The multivariate belief- motivation theory of religiousness. *The scientific study of Religion*; 3(4) 448-461.
20. Jesse, H. W, Monica, R. B, & Michael, E. T. (2006). *Learning Cognitive- Behavior Therapy: an illustrated guide*. American psychiatric publishing. Inc.
21. Maltby, J. (1998). Church attendance and anxiety change. *Journal of Social psychology*, 139(4), 537-538.
22. Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
23. Hill, P. C., Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 64-78.
24. Koenig, H. G., Mc Cullough, M. E., & Larson, D. B. (2001).
25. *Handbook of religion and health*, Oxford, N.Y: Oxford University press.
26. Salsman, J.M., Tramara, L., Brechting, E.H. & Carlson, C.R. (2005). The Link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Society and Social Psychology*, 31(4), 522- 535.
27. Genia, V. (1998). Religiousness and psychological adjustment in college students. *Journal of College student psychotherapy*. 12(3); 67-71.

Comparing the effect of cognitive behavioral therapy and spiritual-religious psychotherapy on reducing students' anxiety

Lila Valiolahi

Master's degree, family counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of this research was to compare the effect of cognitive behavioral therapy and spiritual-religious psychotherapy on reducing students' anxiety. The design of the research was semi-experimental with pre-test, post-test and control group. The statistical population of this research was the female students of the second year of secondary school in Nahavand city in the academic year of 2020-2021. Then, after taking the anxiety test as an entry criterion, 45 people were randomly selected and randomly assigned to three groups as the first experimental group (cognitive behavioral therapy intervention), the second experimental group (spiritual-religious psychotherapy intervention) and the experimental group. were controlled. The members of the experimental groups participated in twelve therapeutic intervention sessions as a group for two hours a week, and no intervention was done in the control group. At the end of the therapeutic intervention, all three groups were measured again with the aforementioned test. The obtained data were analyzed using covariance analysis. The results showed that there is no significant difference ($p < 0.05$) between the two methods of treatment in reducing students' anxiety, and both methods of treatment are significantly effective in reducing students' anxiety.

Key words: Anxiety, cognitive behavioral therapy, psychotherapy-religious.
