

اثربخشی آموزش گروهی «الگوی مراقبه اسلامی» بر «سبک زندگی» و «اضطراب فراگیر» زنان متأهل

هاجر احمدی دستجردی*

محمدباقر کجیاف**

حمید کاظمی زهرانی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی بر سبک زندگی و اضطراب فراگیر زنان متأهل، به صورت نیمه‌تجربی در سال ۱۳۹۳ در منطقه بنرود اصفهان انجام شد. نمونه‌گیری در سه مرحله، در دسترس، هدفمند و تصادفی از بین جامعه آماری زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ساکن در منطقه بنرود انجام شد. در نهایت ۲۴ نفر به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر براساس DSM-IV، مقیاس کوتاه شده GAD-7 و پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) بود که این دو پرسشنامه در سه مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. داده‌های آماری به روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد مداخلات آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی منجر به ارتقای سبک زندگی و کاهش اضطراب فراگیر زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شد ($p=0/001$).

واژه‌های کلیدی: الگوی مراقبه اسلامی، سبک زندگی، اختلال اضطراب فراگیر

Email: ahmadihajar64@gmail.com

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)، اصفهان، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ تأیید: ۹۴/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۷

مقدمه

در عصر کنونی که تجدید حیات تفکر اسلامی، به سرعت در سراسر جهان در حال گسترش است و دانشوران مسلمان با استفاده از آموزه‌های قرآن و سنت و ارائه رهنمون‌های شناختی، احساسی، رفتاری بسیار تلاش کرده‌اند که اسلام را یک روش زندگی هماهنگ با جهان آفرینش معرفی کنند که راه تکامل انسان را هموار می‌کند، پاسخ به این پرسش که ارائه یک شیوه مراقبه براساس منابع اسلامی تا چه اندازه می‌تواند در ارتقای سبک زندگی مؤثر باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است.

سبک زندگی شامل مجموعه رفتارها و الگوهای کنشی و باورداشت‌های پنهان در ذهن هر فرد است که معطوف به ابعاد هنجاری و معنایی زندگی اجتماعی است و بیانگر تأثیر اجتماع، فرهنگ و باورهای هر فرد بر مسیری است که جهت ادامه حیات خویش برمی‌گزیند؛ در نتیجه، نداشتن الگویی صحیح و یا احراز از باورها و آنچه فطرتاً برای انسان مطلوب است، نتیجه‌ای جز رسیدن به نقطه سقوط، ناامیدی، گرفتاری در گرداب پوچ‌گرایی، اضطراب و افسردگی، نابسامانی در سیستم خانواده، معضلات اخلاقی و انواع اختلالات روانی نخواهد داشت، اما شاید در نگاه اول همه مسئله را متوجه مدرنیته و پیامدهای آن - از جمله تغییر در سبک زندگی - بدانیم که البته این‌طور نیست، ما نیازمند آن هستیم تا با رجوع به دین و سبک زندگی ایرانی - اسلامی، بتوانیم سازمان جهانی و دستاورد آن، یعنی مدرنیته را متناسب با سبک زندگی همخوان با خودمان و فرهنگ و باورهایی که ریشه در ذات هر انسان دارد، تعریف و به کاربریم تا بدین ترتیب خود را از ابتلا به انواع بیماری‌های روانی و جسمی در امان بداریم. چنان‌که اریک فروم روانکاو آلمانی درباره‌ی نیاز دینی بشر در عصر حاضر می‌گوید: «نیاز به دین، یعنی نیاز به یک الگو و مرجع برای اعتقاد و ایمان. به نظر من هیچ‌کس را نمی‌توان پیدا کرد که فاقد آن نیاز باشد» (قاسمی، ۱۳۹۲).

همچنین، در زمان حاضر نشانه‌های فراوانی از وقوع تغییرات فرهنگی در جوامع و از جمله جامعه ما خبر می‌دهد. نوع معماری، نحوه پوشش، ظهور مشاغل جدید، تنوع رسانه‌ها و افزایش جمعیت شهرنشین از جمله این نشانه‌هاست (شالچی، ۱۳۹۰). شواهد علمی نیز نشان‌دهنده این نکته هستند که الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و

طول عمر آنها تأثیرگذار است (ساکیر و پینر^۱، ۲۰۰۶؛ لاک، لیکوتوریر و ماسون، دایکینسون^۲، ۲۰۰۶؛ راکو، ناردونی و دایت^۳، ۲۰۰۷؛ تالیدو، منشیکوا و ریتاو، آزوما، رادیکوا، دلانی^۴، ۲۰۰۷) و علت عمده مرگومیر و ابتلا در جوامع امروزی به اعمال نادرست سبک زندگی مانند سیگار کشیدن، عدم تحرک و عادات تغذیه‌ای ناکافی مربوط می‌شود (دپارتمان سلامت و خدمت جهانی، ۲۰۰۴) (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۹۰).

به طور کلی، هجوم به سوی تنوع‌طلبی و تغییر باورداشت‌ها از این نظر نگران‌کننده است که پیامد آن آسیب‌های روانی و در طبیعی‌ترین حالت اضطراب خواهد بود؛ اما اگر اضطراب به گونه نابهنجار در فرد ظاهر شود، اختلالات اضطرابی نمود می‌یابد. اختلالات اضطرابی عبارتند از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که خصوصیات اصلی آن ترس، شک و نگرانی مفرط است (دی وی، ۲۰۰۸، به نقل از کریمی و همکاران، ۱۳۹۱) و نیز اختلال اضطراب فراگیر^۵ (GAD) یکی از اختلال‌های شایع روان‌پزشکی می‌باشد (ولز^۶ و کارتر^۷، ۲۰۰۶) که با نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود و همراه با نشانه‌های جسمانی است. برخلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها یا موقعیت‌های خاص است (دهشیری، ۱۳۹۱).

نتایج برخی از پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران (جاویدی، ۱۳۷۲؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۱؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ افشاری منفرد و همکاران، ۱۳۷۶؛ کویانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۶)، نیز نشان داده‌اند که GAD شایع‌ترین اختلال اضطرابی است. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۸، ۲۰۰۰) حدود دوازده درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، دچار GAD هستند. پژوهش‌های سازمان بهداشت

1. Cakir, H., Pinar, R.
2. Lock, C.A., Lecouturier, J., Mason, J.M., Dickinson, H.O.
3. Rocco, A., Nardone, G., Diet, H.
4. Toledo, F.G., Menshikova, E.V., Ritov, V.B., Azuma, K., Radikova, Z., DeLany, J.
5. Generalized Anxiety Disorder
6. Wells
7. Carter
8. American Psychiatry Association

جهانی^۱ نیز نشان داده‌اند که هشت درصد از کسانی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه‌اند، دارای ملاک‌های تشخیص GAD هستند (مایر^۲ و همکاران، ۲۰۰۰) و نسبت آن در بین زنان به مردان دو به یک است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۲).

با توجه به اشکالات ایجاد شده در تمرکز، تنش عضلانی، برانگیختگی اتونومیک و بیقراری که در اثر تمرکز بر آینده و گوش به زنگی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به وجود می‌آید، یکی از تکنیک‌های مورد استفاده برای کاهش علائم اضطراب، به جهت تمرکز بر حال بدون قضاوت بر احساسات که از لحاظ کارآیی تحقیقات زیادی حاکی از تأثیر مفید این تکنیک است، انجام مدیتیشن یا مراقبه درمانی است (برنارد^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ پاول، الم و ورهوست، ۲۰۰۷^۴). الگوی مراقبه اسلامی یکی از راهبردهای روان‌درمانی است که با معنویت ارتباط تنگاتنگ دارد و با توجه به آموزش‌های گام‌به‌گام، نخست افراد به خودباوری و درنهایت به سمت توجه به خداوند مجهز خواهند شد که از مهم‌ترین نتایج این مهم را می‌توان رسیدن به آرامش حقیقی در پرتوی کسب هویت انسانی، خودباوری و اتکای به خداوند برشمرد که شاید مهم‌ترین تفاوت این الگو مراقبه با سایر روش‌های مراقبه در همین مسئله، یعنی هدایت افراد به سمت توجه همیشگی به نیکوترین محافظ انسان «فالله خیرٌ حافظاً» (یوسف، ۶۴)؛ یعنی حضرت حق دانست (بالایی، یوسف‌ثانی و فریدونی، ۱۳۸۹).

خداوند در قرآن می‌فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید، از خدا بترسید و هرکس باید بنگرد که برای فردایش چه فرستاده است. از خدا بترسید که خدا به کارهایی که می‌کنید، آگاه است» (حشر، ۱۸). خداوند در این آیه شریفه، نخست به تقوا و سپس به مراقبت، فرمان داده است. امام صادق(ع) در این رابطه فرموده‌اند: «از ما نیست هر که روزانه خویش را محاسبه نکند» (مظاهری، ۱۳۸۱) و اصلی‌ترین گام، طبق روایت حضرت علی(ع) جهت مراقبه خودشناسی است.

علامه طباطبایی(ره) مراقبه را چنین تعریف نموده‌اند: «مراقبه عبارت است از توجه

-
1. World Health Organization
 2. Mair
 3. Bunard
 4. Paul, Elam, & Verhulst

به سکوت خود و گاهی به نفس خود و گاهی به بالاتر از آن، از مراتب حقیقت از اسماء و صفات کلّیه الهیه. مراقبه حکم پرهیز از غذای نامناسب برای مریض را دارد، و ذکر و فکر حکم دارو و تا وقتی که مریض مزاج خود را پاک ننماید و از آنچه مناسب او نیست، پرهیز نکند، دارو بی اثر خواهد بود و چه بسا گاهی اثر معکوس می دهد، پس بزرگان و اساتید عظام این راه، سالک بدون مراقبه را از ذکر و فکر منع می کنند و ذکر و فکر را بر حسب درجات سالک انتخاب می کنند (علامه طباطبایی، ۱۳۹۰).

از نظر ملا احمد نراقی، یکی از عوامل مهم خودسازی، مراقبت و توجه به نفس است. انسانی که به سعادت خود می اندیشد نمی تواند از اخلاق رذیله و بیماری های نفسانی خویش غافل بماند، بلکه همواره باید مراقب و مواظب نفس خود باشد و اخلاق و کردار و حتی افکارش را تحت نظارت کامل بگیرد و تمام توجهش به خدا شود. در مراقبه انسان باید دادگاهی در درون خویش ایجاد کند. در حدیثی قدسی آمده است: «در بهشت عدن کسانی ساکن می شوند که چون قصد معصیتی کردند، عظمت مرا یاد آورند و متوجه من باشند و به این جهت آن را ترک کنند (نراقی، ۱۳۶۲).

امام خمینی (ره) و آیت الله بهاری همدانی از دیگر افرادی هستند که در رسالاتی به تفصیل مفاهیم و مراحل مراقبه در دو معنای کلی و جزئی پرداخته اند. امام خمینی در تعریف «مراقبه به تعبیر جزئی» به عمل تأکید دارند و می فرمایند: پس از مشارطه باید وارد مراقبه شوی و آن چنان است که در تمام مدت شرط، متوجه عمل به آن باشی و خود را ملزم بدانی به عمل کردن به آن (امام خمینی، ۱۳۸۲). آیت الله بهاری نیز در تعریف مراقبه می فرمایند: مراقبه، کشیک نفس را کشیدن است که مبادا اعضا و جوارح را به خلاف وادارد و عمر عزیز را که هر آنی از آن بیش از تمام دنیا و مافیها قیمت دارد، تباه گرداند (بهاری همدانی، ۱۳۸۲).

در تعریف مراقبه در معنای کلی، آیت الله بهاری مراقبه را عدم غفلت از حضور خداوند متعال دانسته اند (بهاری همدانی، ۱۳۸۲). همچنین، برای درک عدم غفلت از حضور خداوند، اشاره ای به بیان امیرالمؤمنین (ع) در مورد وجود خداوند دارند: «مَعَ كُلِّ شَيْءٍ لَا بِمُقَارَنَةٍ وَ غَيْرِ كُلِّ شَيْءٍ لَا بِمُزَايَلَةٍ؛ خداوند با هر چیزی همراه است نه به طوری که همسر و قرین آن باشد و غیر از هر چیزی است نه به طوری که از آن بر کنار باشد». به نظر می رسد که درک و فهم همین عبارت کوتاه یا آیه «هُوَ مَعَكُمْ أَيْنَمَا كُنْتُمْ» (حدید، ۴)،

روح مراقبه را در سالک پدید می‌آورد؛ همچنین، آیت‌الله بهاری در تعریف «مراقبه به تعبیر کلی» بر عنصر استمرار و مداومت بسیار تأکید دارند و در مراسلات خویش فرموده‌اند: «سالک، هیچ وقتی از اوقات زندگی‌اش از مولای خود غافل نباشد». پس از اینکه سالک این فهم و معرفت را به دست آورد از مجاهدت بی‌نیاز نیست؛ بنابراین، در هر روز بر وی اموری لازم است، از جمله مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه (بهاری همدانی، ۱۳۸۲). به طور کلی آیت‌الله بهاری بعد از محاسبه بر معاقبه و معاتبه به معنای عقاب نفس و توبه تأکید بسیاری دارند.

غزالی برای مراقبه شش جزء مشارطت، مراقبت (به معنای جزئی)، محاسبت، معاتبه، مجاهدت و معاقبت را ذکر کرده است که در حقیقت الگوی مراقبه اسلامی براساس مراتب مراقبه از دیدگاه غزالی می‌باشد و سعی شده است که از واژه‌هایی هم‌معنا با واژه‌های عربی آن استفاده و از معادل‌سازی واژگان فارسی استفاده شود. الگوی مراقبه اسلامی بر مبنای اخلاق اسلامی، اهمیت ترکیه نفس و ایدۀ اصلی آن از کتاب معراج‌السعاده ملا احمد نراقی گرفته شده است. محور اصلی این الگو کسب آرامش حقیقی از راه ارتباط با منبع لایزال هستی و صداقت با قلب است.

یکی از مفاهیم اصلی آن تکنیک «آینه دل» است. در این تکنیک از مراجع خواسته می‌شود که در صورت امکان قبل از دو وعده از نمازهای یومیه (زمان آغازین روز مصادف با زمان نماز صبح و دیگری در ساعات پایانی شب) زمانی که سکوت جاری است، بدن را به حالت آرام و راحت قرار دهد و چشمان خود را ببندد، سپس دست خود را بر قلب خود قرار دهد و با تجسم آینه‌ای بزرگ در جلو چشمان خود احساس کند که این آینه در حقیقت بازتابی از قلب اوست. در مراحل ابتدایی مراقبه اسلامی، به مراجع القا می‌شود که با قلب خود در سخن شود و صادقانه ویژگی‌های مثبت خود را در مرحله اول شناسایی کند و در مرحله بعد به بررسی ویژگی‌های منفی و شناسایی آنها می‌پردازد. در هر مرحله که به پیش می‌رود، در آغاز مرحله قرارداد خودجوش قراردادی را با خود می‌بندد که براساس آن دو یا سه ویژگی مشکل‌ساز را (در این پژوهش مشخصاً ویژگی‌های عدم برنامه‌ریزی در کارها، بدگفتن مداوم از دیگران و نفرت مدنظر بود) در نظر گیرد و مراحل پیشرفت خود را در واریسی و جایگزینی ویژگی مقابل آن همواره با نظارت قلب خود انجام دهد و در هر مرحله این تکنیک

انجام می‌شود. و به مرور فرد باید به اهمیت حضور خدا در قلبش و این نکته که خداوند از رگ گردنش به او نزدیک‌تر است، متوجه شود تا مفهوم اصلی مراقبه تحقق یابد. درحقیقت، می‌توان از این تکنیک به «خودمراقبتی یا خودنظارتی مداوم» یاد کرد، اما نکته حائز اهمیت یادآوری عدم افراط در واری رفتار و افکار و نیات است و به جهت تحقق این مهم و خصیصه گوش به زنگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مراحل گام‌به‌گام در نظر گرفته می‌شود تا فرد شاهد کوچک‌ترین پیشرفت خود باشد و بدان بها دهد و از عجله و شتاب پرهیز و بر نگرانی آنها افزوده نشود. از موارد دیگری که در این روش استفاده می‌شود، یکی کسب آرامش از راه وضو، ذکر صلوات، تلاوت روزانه چند آیه در حد توان، و آرام‌سازی بدن به مدت ده تا پنج دقیقه قبل از نماز و خواندن نماز بدون شتاب و سرشار از حضور قلب و در مکان آرام و بدون سروصدا است. همچنین، اشعار، اذکار و ادعیه‌هایی کوتاه، عرفانی و آرامش‌بخش که گفتگویی عاشقانه و آسان با خدا در آن جریان داشته باشد، همراه با ترجمه فارسی در اختیار آنها قرار می‌گیرد تا در طول روز زمانی هرچند اندک را به خواندن آن مشغول باشند (در این رابطه می‌توان از صحیفه سجادیه، نهج‌البلاغه و مناجات‌های امام سجاد و اشعار مولوی و حافظ استفاده کرد) و آخرین نکته و یکی از مؤثرترین راهکارها در این الگو، ایجاد انگیزه در افراد برای ثبت و مرور لحظاتی از زندگی است که حتی برای چند ثانیه خدا را در کنار خویش با نیرویی تمام حس کرده‌اند. چند مورد از اصول و مهم‌ترین اهداف درمانی الگوی مراقبه اسلامی شامل موارد زیر است:

بازشناسی مفاهیم اخلاقی، به یاد داشتن مداوم حضور خدا در قلب، خودنظارتی و خودشناسی، تعامل سازنده با محیط و خانواده، تمرکز از راه اذکار معنوی، آرامش از راه وضو، اجرای تکنیک آینه دل، صبر، توکل و رضا، انس با قرآن و ادعیه‌های آرامش‌بخش، پیوند با مضامین ادبیات عارفانه و عاشقانه.

و اهداف درمانی: تبیین و تشریح اهمیت مراقبه و تأثیر آن در افزایش آرامش، تمرکز و شادکامی و کاهش اضطراب؛ پذیرش واقعیت، تغییر سبک‌های رفتاری، فکری هیجانی ناکارآمد؛ پذیرش نامشروط خود؛ تخلیه هیجان‌های مخرب و هدایت آن در جهت رفتار سودمند از راه دعا؛ مناجات و قرائت مضامین عرفانی و الهی؛ ایجاد الگوها و فضایل اخلاقی کارآمد و شناسایی رذایل اخلاقی ناکارآمد مقابل آن و تبیین آنها به عنوان عوامل

مداخله‌کننده و زمینه‌ساز تنش‌های روحی روانی.

در یک جمع‌بندی کلی، اگر شفابخشی را رهایی از نشانه‌های بیماری و در سطحی فراتر، پیمودن مسیر درست تکامل به سمت شکوفایی استعدادهای بالقوه انسانی بدانیم، مذهب اسلام و به‌ویژه قرآن کریم مملو از راهبردهایی برای دستیابی به این اهداف است. خداوند متعال، «قرآن کریم را شفادهنده و مایه رحمت» (اسراء، ۸۲)، «یاد خدا را مایه آرامش دل‌ها» (رعد، ۲۸)، «اطاعت او را مایه دوری از هر گونه افسردگی و اضطراب» (بقره، ۲۶۲ و ۲۷۴ و مائده، ۶۹)، و کتاب قرآن را کتاب «شفابخش» برای نظام روان‌شناختی (قلب) مؤمنین (یونس، ۵۷) می‌داند. دانشمندان اسلامی مانند ملااحمد نراقی (۱۳۶۲)، امام محمد غزالی (۱۳۹۰) و امام خمینی (۱۳۶۸) در کتاب‌های خود، در چارچوب اخلاق عملی به توصیف نظام روان‌شناختی بر مبنای آموزه‌های اسلامی و نیز شیوه‌های مقابله‌ای به عنوان راهبردهای «مهار خود» پرداخته‌اند. یکی از راهبردهای مطرح شده از سوی این دانشمندان، انجام مراقبه متداوم است.

تحقیقاتی که درباره نقش مذهب در روان‌درمانگری به عمل آمده‌اند، به تأثیر مثبت مذهب اذعان کرده‌اند (نادیو، رینود و بالوک، ۲۰۱۲^۱ و دووال^۲ و دیگران، ۲۰۱۳)، تا جایی که برخی از پژوهشگران فرایند روان‌درمانگری را با فرایند مذهبی یکسان دانسته‌اند. تمامی فرایندهای روان‌درمانگری، هشیار کردن «خود»^۳ و تجهیز فرد برای مقابله با مشکلات را هدف قرار می‌دهند. هدفی که همه ادیان الهی تحت عنوان «خود را بشناس» به آن پرداخته‌اند. برخی از مؤلفان دیگر نیز توجه به مذهب را به عنوان یک زمینه فرهنگی و ارزشی که مراجع با آن زندگی می‌کند، تأکید کرده و توجه به آن را برای باقی ماندن آثار درمانگری ضروری دانسته‌اند (از جمله برامر و دیگران، ۱۹۹۳؛ به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۷۷).

بالایی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مقایسه آرای امام خمینی و آیت‌الله بهاری همدانی در باب مراقبه، با اشاره به مراحل سیر و سلوک در پرتوی مراقبه به عنوان یکی از اساسی‌ترین مقولات عرفان عملی، خداشناسی را به عنوان عامل معرفتی مؤثر بر حدوث مراقبه، و توبه را به عنوان عامل فعلی مؤثر بر مراقبه طرح و بحث کرده‌اند. خارج شدن

1. Nadeau, Renaud, & Bullock

2. Duvall

3. Self

از شریعت و توقف در مقام کشف و شهود، دو آفت اصلی مراقبه از دیدگاه این دو بزرگوار معرفی شده است.

امیری (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت دینداری جوانان و ارتباط آن با مؤلفه‌های سبک زندگی نشان داد که از میان پنج بعد دینداری سنجیده شده، بین هر کدام از سه بعد اعتقادی، شرعی و اخلاقی افراد نمونه و سبک زندگی آنان رابطه وجود دارد، اما بین هریک از دو بعد مناسکی و تجربی افراد نمونه و سبک زندگی آنان رابطه معناداری وجود ندارد.

همچنین، نادیو، رینود، و بالوک^۱ (۲۰۱۲) با هدف بررسی تأثیر معنویت بر جوانان در خطر خودکشی، از بین جوانانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، پانزده جوان افسرده بین سنین ۱۴-۱۸ سال را، از راه مصاحبه تشخیصی گزینش کردند و خدمات گفتمان معنوی و مذهبی و سلامت روان در اختیار آنها قرار دادند. نتایج نشان داد که معنویت و مذهب می‌تواند نقش مهمی در کاهش خطر اقدام به خودکشی این جوانان داشته باشد. اریکسون نیز پس از بررسی ویژگی افرادی که هویت شخصی داشتند، دریافت که این افراد در مقایسه با بقیه مراجعانش از اعتقادات معنوی و مذهبی قوی بهره‌مند هستند و میزان خودکشی در آنها پایین‌تر و کمتر عصبی‌اند و از اضطراب، افسردگی و مشکلات زناشویی کمتری رنج می‌برند (آقاعلی و همکاران، ۱۳۸۸).

دووال، وات کینز، آسر و تیندال^۲ (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی نشان دادند که معنویت بر ارتباط بین حوادث زندگی پس از سانحه، سلامت روان و مصرف الکل، و نیز بر ارتباط بین وقایع زندگی پس از سانحه و استفاده از کوکایین در زنان آفریقایی آمریکایی تبار مؤثر است.

با توجه به این یافته‌ها و با توجه به اینکه در جامعه‌ای به سر می‌بریم که بیش از ۹۸ درصد افراد آن معتقد به دین اسلام هستند، استفاده از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری به معنای کسب حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمق و تداوم نتایج درمانگری است.

1. Nadeau, L., Renaud, J. & Bullock

2. Duvall, J., Stevens-Watkins, D., Oser, C. B. & Staton-Tindal, M

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون — پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری این پژوهش زنان متأهل ساکن در منطقه بن‌رود واقع در استان اصفهان است. نمونه‌گیری این مطالعه در سه مرحله انجام شد. در مرحله نخست براساس فراخوان ارائه‌شده، مقیاس کوتاه شده GAD-7 در بین سیصد نفر از بانوان منطقه بن‌رود به عنوان نمونه در دسترس توزیع شد. سپس از بین آنها، از پنجاه نفر از افرادی که براساس مقیاس GAD-7، در گروه متوسط و شدید قرار داشتند (نمرات ۱۰)، جهت بررسی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس ملاک تشخیصی DSM-IV-TR، مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و ۲۴ نفر از این افراد که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرده بودند و دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در مرحله پایانی، ۲۴ نفر به طور تصادفی به یکی از دو گروه آزمایش و یا گروه کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=12$).

ابزار پژوهش

ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر براساس DSM-IV

- الف) اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توأم با تشویش) برای چند واقعه یا فعالیت (مانند عملکرد تحصیلی) که دست‌کم به مدت شش‌ماه در بیشتر روزها باشد.
- ب) فرد احساس کند تسلط بر این نگرانی دشوار است.
- پ) اضطراب و نگرانی مزبور دست‌کم با سه‌تا از علائم شش‌گانه ذیل همراه باشد (به طوری که لااقل برخی از این علائم در شش‌ماه پیش، در بیشتر روزها وجود داشته باشد).
- ت) اضطراب یا نگرانی فرد به دلیل پیدایش حمله هول، خجالت کشیدن از جمع و... نباشد.
- ث) اضطراب، نگرانی، یا علائم جسمی مذکور رنج و عذابی ایجاد کند که به لحاظ بالینی چشمگیر باشد و یا کارکردهای اجتماعی، شغلی و... فرد را مختل کرده باشد.
- ج) علائم مزبور ناشی از آثار مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی نباشد. در تشخیص افتراقی اختلال اضطرابی فراگیر باید تمام اختلالات طبی را که ممکن است موجب اضطراب شوند، مد نظر داشت.

مقیاس کوتاه شده GAD-7

این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، با هدف ساختن یک مقیاس کوتاه برای تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی، به ساختن مقیاس هفت پرسشی اختلال اضطراب فراگیر که دارای هفت پرسش اصلی و یک پرسش اضافی که میزان دخالت در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی را می‌سنجد، پرداختند. نمره مقیاس کوتاه شده GAD-7، از مجموع نمرات هفت‌گویه اصلی حاصل می‌شود. نمونه پژوهش حاضر را افرادی که نمرات آنها در گروه متوسط به بالا (متوسط و شدید) قرار می‌گرفتند، تشکیل می‌داد. اعتبار و پایایی به دست آمده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب بازآزمایی ۰/۸۳ و اعتبار همگرایی با دو پرسشنامه اضطراب بک و خرده‌مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی (SCL-۹۰) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شد (نائینیان و همکاران، ۱۳۸۹).

پایایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط نائینیان و همکاران (۱۳۸۹)، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵، و ضریب همبستگی پرسش‌های مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-۷) بین ۰/۳۴ تا ۰/۵۳ و اعتبار تشخیصی به دست آمده از آن برابر ۸۷/۵ است.

پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

ساخت، تعیین ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی LSQ با هدف ساخت یک ابزار جامع که تمامی ابعاد سبک زندگی را متناسب با مفهوم نظری آن دربرمی‌گیرد که لعلی، عابدی و کنجاف (۱۳۹۱) آن را ساخته‌اند. نتایج به دست آمده از اجرای تحلیل عوامل با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی ده عامل با ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک استخراج شد که روی هم ۴۶/۲۲ درصد واریانس کل سبک زندگی را تعیین می‌کنند. و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی نیز در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ قرار می‌گیرند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۳ برآورد شد.

محتوای جلسات درمان

آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی براساس آرای امام محمد غزالی، علامه

طباطبایی، امام خمینی، آیت‌الله بهاری همدانی، در رابطه با مراحل مراقبه در مکتب اسلام، توسط پژوهشگر این طرح پژوهشی، پس از یک سال مطالعه در حوزه اخلاق اسلامی و خاصه مراقبه اسلامی و زیرنظر کجبابف، کاظمی و میرباقری فرد تدوین شده است. آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی در ده جلسه به صورت گروهی اجرا شد.

جلسه	مرحله	شیوه اجرا
۱	خودشناسی	تعریف استرس و بررسی راهکارهای مقابله با آن تعریف اختلال اضطراب فراگیر به عنوان ویژگی مشترک تمام اعضای گروه و لزوم توجه و اهتمام برای درمان آن ترسیم نمودار مراحل الگوی مراقبه اسلامی بیان اهمیت مبانی اخلاق اسلامی
۲	خودشناسی	شروع بحث با فرازهایی از دعای صحیفه سجاده بررسی مفاهیم و اصول الگوی مراقبه اسلامی اهمیت خودشناسی تکنیک آینه دل آموزش شناسایی ویژگی‌های رفتاری، فکری و احساسی مثبت و تدوین فرم خودشناسی
۳	قرارداد خودجوش	ادامه بررسی روند خودشناسی در هر کدام از افراد (درگام نخست تأکید بر شناسایی نقاط قوت و مثبت جهت پی بردن به ارزش حقیقی نوع انسان و پس از آن شناسایی یک یا نهایتاً سه ویژگی منفی) آموزش نحوه تنظیم فرم قرارداد خودجوش با تأکید بر ویژگی‌های برتر نوع انسان چون خلیفه‌الله و اشرف مخلوقات بودن، داشتن قدرت تعقل و اختیار، مسخر بودن موجودات در خدمت انسان و... قید فضایل اخلاقی که به سبب نیاز به آراسته شدن به آن در این قرارداد افراد برای موفقیت‌های هر چند جزئی خودپاداشی را مشخص می‌کنند و در صورت عدم پیشرفت و عدم تلاش در روند اجرای مراحل بعد برای خود تنبیه‌ای را در نظر می‌گیرند.
۴	نظارت خودجوش	مشخص کردن سه ویژگی منفی مشترک در افراد نظارت خودجوش از راه مراقبه روزانه بر روند انجام قرارداد خودجوش
۵	نظارت خودجوش	قرائت غزل شماره ۳۱ مولوی تکنیک آینه دل تأکید بر ادای ذکر بسم‌الله در طول روز و ایجاد تمرکز و حضور قلب ۵-۱۰ دقیقه قبل از نماز و تلاوت روزانه پنج آیه قرآن همراه تأمل در معانی آن
۶	ارزیابی خودجوش	قرائت چند فراز از دعای جوشن کبیر در ارتباط با وصف و عظمت خدا همراه با ترجمه و بحث بر روی مفاهیم آن بیان چند حدیث و روایت در ارتباط با اهمیت محاسبه روزانه از اعمال بیان نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی در اثربخشی دعا و نماز و عبادت بر سلامت روان تبیین اهمیت ارزیابی بعد از نظارت، و اهمیت روزانه محاسبه همه افعال و اعمال و افکار و نیاتی که فرد خود را از آن بازداشته تنظیم فرم ارزیابی خودجوش

۷	نکوهش خود	<p>قرائت یکی از غزلیات مولوی آموزش مرحله نکوهش خود بر طبق قرارداد خودجوشی تنظیم شده در افراد و مشخص کردن درجه و سطح پیشرفت مورد نظر خود با ملاک پیشرفت کمترین تغییرات رفتاری نه نقطه کمال (تنها در صورت عدم پیشرفت هر چند جزئی در هیچ کدام از مراحل و یا تثبیت لازم است که فرد خود را مورد سرزنش قرار دهد و از خود در برابر خود پاسخگو باشد و همواره این را مدنظر خود داشته باشد که در هر لحظه در درجه نخست خداوند و پیش از هر کس و هر چیز بهترین نگهبان و مراقب، خود آنها هستند)</p> <p>هدف اصلی این مرحله: ایجاد احساس پشیمانی و بعد از آن ایجاد احساس مسئولیت بیشتر در قبال اعمال، رفتار و افکار خود و آموزش این نکته به افراد که در صورتی که گام‌های هر چند مبتدی و کوچکی در مراحل قبلی برداشته شده است. افراد به این مرحله وارد نمی‌شوند و در مرحله بعد پاداش مورد نظر را دریافت خواهند کرد.</p> <p>ارزیابی گروه در رابطه با کسب توانایی در خودتنظیمی در رفتارها و سبک و سیاق‌های سلامت روان و بهداشت جسم و روان به عنوان یکی از نتایج اصلی توفیق در این مرحله</p> <p>روال پایان جلسات خواندن دعاهای عرفانی توسط خود اعضا یا از روی مناجات امام سجاد</p>
۸	پاداش - تنبیه	<p>قرائت یکی از مناجات‌های امام سجاد(ع). شرح دعای مکارم الاخلاق امام سجاد(ع) و ترغیب افراد برای قرائت دست‌کم چند فراز آن در هر روز. ارائه آموزش در رابطه با مرحله پاداش - تنبیه که در این مرحله نیز به متن تنظیم شده قرارداد خودجوش، مبنی بر تعیین پاداش و تنبیه و شرط دریافت آن استناد می‌شود. اعضای گروه در صورت موفقیت هر چند جزئی پاداش مورد نظر خود را دریافت می‌کنند و در غیر این صورت، تنبیه مورد نظر را برای مراقبت بیشتر از خود دریافت می‌کنند. در رابطه با تنبیه برای افراد تشریح می‌شود که تنبیه باید به سطحی باشد که انسان را از انجام دوباره آن رفتار بازدارد و ذکر تنبیه‌های مورد نظر فرد در قرارداد خودجوش، باعث می‌شود که از طفره رفتن از برنامه و کوتاهی در انجام برنامه او را بازدارد. همچنین تنبیه و پاداش معین شده به ترتیب آنقدر باارزش باشند که مایه حرکت و تکاپو در فرد شود و درحقیقت در فرد انگیزه‌ای برای ادامه راه باشند.</p>
۹	مبارزه خودجوش	<p>قرائت متنی از مولانا در رابطه با مراقبه و قرار دادن آن در اختیار افراد. ارزیابی تکالیف، سپس بررسی دیدگاه کلی افراد در زمینه کسب بینش و درک لازم جهت انجام تکالیف به طور مستمر و اهمیت و نقش مراقبه برای زندگی. آموزش مرحله مبارزه خودجوش. در این مرحله قسمت‌های مختلفی از ادعیه‌های امام سجاد در رابطه با اعتراف به ضعیف بودن انسان و عظمت بدون وصف خداوند قرائت و به بحث گذاشته می‌شود. تبادل نظر با گروه تا خط فکری گروه به سمت اهمیت بازگشت و مجاهده دوباره انسان به سمت خداوند هدایت شود. خواندن چند مورد از آیات قرآن در رابطه با دعوت خدا به بازگشت به سوی درگاهش و ارائه بحث عرفانی درباره جهاد بر علیه نفس و بازگشت هر چند کوتاه به سوی خداوند. گفتگو در رابطه با پذیرش واقعیت و حکمت الهی. یکی از تمرین‌هایی که در طول جلسات مکرراً ارائه می‌شود انس با طبیعت و تفکر در کوچکترین موجودات و نقش آنها در زندگی انسان و خودآگاهی در زمان‌ها و مکان‌های مختلف حتی در کوتاه‌ترین زمان ممکن است. بالا بردن میزان تفکر و تعمق در مورد موجودات و سطح حضور قلب در لحظات خواندن نماز.</p>
۱۰	بررسی کل مراحل	<p>مرور کلی از جلسات قبلی و بررسی روند ادامه کار توسط آزمودنی‌ها جهت رسیدن به نتایج مطلوب. در ادامه تکمیل پرسشنامه‌های سبک زندگی و شادکامی آکسفورد و مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) در مرحله پس‌آزمون. و در نهایت نظرات افراد شرکت‌کننده جمع‌بندی شد (هر کدام از جلسات حدود ۱/۵-۲ ساعت).</p> <p>در هر جلسه از یکی از مضامین عرفانی همچون غزل شماره ۳۱-۴۳-۸۷-۸۷ مولانا، قسمت‌هایی از مناجات‌های امام سجاد و ادعیه صحیفه سجادیه و فرازهایی از دعای جوشن کبیر و نهج‌البلاغه در کلاس برای ایجاد آرامش خوانده می‌شود و با هدف انس دادن بیشتر اعضا با مضامین عرفانی، کپی از آنها در اختیار اعضا قرار می‌گیرد.</p>

یافته‌های پژوهش

با توجه به اینکه نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرینف) برقرار است و با توجه به اینکه تعداد اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل برابر بود ($n=12$)، استفاده از تحلیل کوواریانس درست شناخته شد. در این بخش، نخست میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل و سپس تحلیل کوواریانس برای تفاوت گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره کل اضطراب فراگیر در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۲.۵۰	۲.۳۱۵	۸.۱۶۶	۳.۳۷۰	۶.۹۱۶	۲.۸۱۰
کنترل	۱۲.۷۵	۲.۸۶۴	۱۳.۸۲۲	۴.۰۴۱	۱۳.۲۵	۲.۳۰

اطلاعات جدول ۱ میانگین و انحراف معیار اضطراب فراگیر گروه‌های آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین نمرات اضطراب فراگیر گروه‌های آزمایش پس از مداخلات کاهش داشته که بیانگر اثربخشی الگوی مراقبه اسلامی بر کاهش اضطراب فراگیر زنان متأهل می‌باشد و در مرحله پیگیری نیز همچنان رو به کاهش بوده است که بیانگر ثبات و پایداری اثربخشی الگوی مراقبه اسلامی بر کاهش اضطراب فراگیر زنان متأهل است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی

بر نمره کل اضطراب فراگیر زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۷.۱۸۹	۰.۰۱۵	۰.۲۸۵	۰.۷۱۸
	عضویت گروهی	۱	۱۲.۰۷۹	۰.۰۰۳**	۰.۴۰۲	۰.۹۰۷
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۰.۰۰۱	۰.۹۸۱	۰.۰۰۰	۰.۰۵۰
	عضویت گروهی	۱	۶۳.۴۳۳	۰.۰۰۰**	۰.۷۷۹	۱.۰۰

$p < 0/05 = *$

$P < 0/01 = **$

اطلاعات جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی را بر میزان نمره کل اضطراب فراگیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. چنانچه مشاهده می‌شود بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($p=0.03$) که نشان‌دهنده اثر بخشی الگوی مراقبه اسلامی بر سبک زندگی زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است؛ همچنین، بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0.001$) که نشان‌دهنده ثبات اثر بخشی الگوی مراقبه اسلامی بر اضطراب فراگیر زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کل سبک زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۳۱۶/۴۱۶	۳۴/۲۰۹	۳۴۷/۸۳۳	۲۷/۷۷	۳۵۰/۸۳۳	۲۹/۹۳۲
گواه	۳۲۰	۵۱/۷۲	۳۱۲/۵۰	۵۴/۳۴	۳۳۱/۴۱۶	۴۳/۲۵۷

اطلاعات جدول ۳ میانگین و انحراف معیار عملکرد سبک زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین گروه‌های آزمایش پس از مداخلات افزایش داشته و در مرحله پیگیری افزایش بسیار اندک داشته است که بیانگر ثبات و پایداری اثر بخشی الگوی مراقبه اسلامی بر ارتقای سبک زندگی است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمره کل سبک زندگی زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۰/۴۶۳	۰/۵۱۴	۰/۰۴۹	۰/۰۹۴
	عضویت گروهی	۱	۲۵/۳۴۶	۰/۰۰۱**	۰/۷۳۸	۰/۹۹۴
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	عضویت گروهی	۱	۰/۹۱۲	۰/۳۶۵	۰/۰۹۲	۰/۱۳۷

$p<0/05=*$

$P<0/01=**$

اطلاعات جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی را بر میزان نمره کل سبک زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($p=0.001$) که نشان‌دهنده اثربخشی الگوی مراقبه اسلامی بر سبک زندگی زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مؤلفه‌های سبک زندگی زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

زیر مقیاس	مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت جسمانی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۷۶۰	۰/۴۰۶	۰/۰۷۸	۰/۱۲۲
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۷/۲۸۱	۰/۰۲۴*	۰/۴۴۷	۰/۶۷۲
		پیش آزمون	۱	۰/۴۲۵	۰/۵۳۱	۰/۰۲۵	۰/۰۰۹
ورزش و تندرستی	پس آزمون	عضویت گروهی	۱	۱/۴۱۱	۰/۳۶۵	۰/۱۳۶	۰/۱۸۶
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۰/۰۵۴	۰/۸۲۱	۰/۰۰۶	۰/۰۵۵
		عضویت گروهی	۱	۶/۶۷۱	۰/۰۳۰*	۰/۴۲۶	۰/۶۳۴
کنترل وزن و تغذیه	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۳۰۰	۰/۵۹۷	۰/۰۳۲	۰/۰۷۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۰/۴۳۹	۰/۵۲۴	۰/۰۴۷	۰/۰۹۱
		پیش آزمون	۱	۴/۹۱۵	۰/۰۵۴	۰/۳۵۳	۰/۵۰۸
پیشگیری از بیماری‌ها	پس آزمون	عضویت گروهی	۱	۲۶/۱۹۴	۰/۰۰۱**	۰/۷۴۴	۰/۹۹۵
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۰/۸۲۴	۰/۳۸۸	۰/۸۰۴	۰/۱۲۹
		عضویت گروهی	۱	۰/۵۶۳	۰/۲۷۲	۰/۰۵۹	۰/۱۰۳
سلامت روان شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱/۴۱۷	۰/۳۶۴	۰/۱۳۶	۰/۱۷۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱۳/۱۸۱	۰/۰۰۵**	۰/۵۹۴	۰/۸۹۷
		پیش آزمون	۱	۴/۴۵۶	۰/۰۵۹	۰/۳۴۱	۰/۴۸۷
سلامت معنوی	پس آزمون	عضویت گروهی	۱	۰/۳۴۸	۰/۵۶۹	۰/۰۳۷	۰/۰۸۳
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۸/۴۷۰	۰/۰۱۷*	۰/۴۸۵	۰/۷۳۶
		عضویت گروهی	۱	۱۴/۶۲۰	۰/۰۰۴**	۰/۶۱۹	۰/۹۲۴
سلامت اجتماعی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۵۷۹	۰/۴۶۶	۰/۰۶۰	۰/۱۰۵
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۰/۵۳۷	۰/۴۸۲	۰/۰۵۶	۰/۱۰۱
		پیش آزمون	۱	۰/۲۰۶	۰/۶۶۶	۰/۰۲۲	۰/۰۶۹
اجتناب از سوء مصرف داروها و مواد مخدر و الکل	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۶۰۸	۰/۴۵۶	۰/۰۶۳	۰/۱۰۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۰/۹۲۸	۰/۳۵۸	۰/۹۰۴	۰/۱۴۰
		پیش آزمون	۱	۰/۱۵۶	۰/۷۰۲	۰/۰۱۷	۰/۰۶۵
پیشگیری از حوادث	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۴	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱/۵۹۲	۰/۲۳۹	۰/۱۵۰	۰/۲۰۴
		پیش آزمون	۱	۱/۲۴۱	۰/۲۹۴	۰/۱۲۱	۰/۱۷۰
سلامت محیطی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۲۲۰	۰/۶۵۱	۰/۰۲۴	۰/۰۷۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۰/۰۳۴	۰/۸۵۸	۰/۰۰۴	۰/۰۵۳
		پیش آزمون	۱	۶/۸۷۱	۰/۰۲۸*	۰/۳۳۳	۰/۶۴۷
سلامت معنوی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۰/۰۸۵	۰/۷۷۸	۰/۰۰۹	۰/۰۵۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۲/۷۴۴	۰/۱۲۲	۰/۲۳۴	۰/۳۱۷
		پیش آزمون	۱	۱۰/۳۵۳	۰/۰۱۱*	۰/۵۳۳	۰/۸۱۳
سلامت معنوی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۵/۹۱۸	۰/۰۳۸*	۰/۳۹۷	۰/۵۸۳
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۳/۱۳۴	۰/۱۱۰	۰/۳۵۸	۰/۳۵۳
		پیش آزمون	۱	۲/۵۳۹	۰/۱۴۶	۰/۲۲۰	۰/۲۹۷
سلامت معنوی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۷/۰۷۱	۰/۰۰۳**	۰/۶۵۵	۰/۹۵۶
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱۴/۷۴۴	۰/۰۰۴**	۰/۶۲۱	۰/۹۲۶
		پیش آزمون	۱	۲/۰۳۹	۰/۱۸۷	۰/۱۸۵	۰/۲۴۸
عضویت گروهی	۱	۱/۲۷۷	۰/۲۸۸	۰/۱۲۴	۰/۱۷۳		

p<0/05=*

P<0/01=**

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی بر نمره کل سبک زندگی ($p=0.01$) در مرحله پس‌آزمون و بر نمره کل اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون ($p=0.003$)، و در مرحله پیگیری ($p<0.001$) در زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده است.

با توجه به اینکه الگوی مراقبه اسلامی برای نخستین‌بار بررسی شد و نیز عنصر اصلی الگوی مراقبه اسلامی، اخلاق و معنویت است، این نتایج با یافته‌های امیری (۱۳۹۰) که نشان داد، سه بعد اعتقادی، شرعی و اخلاقی معنویت با سبک زندگی جوانان در ارتباط است، و نادیو، رینود و بالوک (۲۰۱۲) که نشان دادند گفتمان معنوی مذهبی می‌تواند خطر اقدام به خودکشی را در جوانان در خطر اقدام به آن کاهش دهد، و دووال و دیگران (۲۰۱۳) که دریافتند معنویت بر ارتباط بین حوادث زندگی پس از سانحه و سوء‌مصرف مواد مؤثر است، همسو می‌باشد. همچنین، این نتایج با یافته‌های دوستدارقلی (۱۳۷۹)، رضوانی (۱۳۸۹)، یوسفی (۱۳۹۱)، جان‌بزرگی (۱۳۷۷)، تولسکی^۱ و دیگران (۲۰۱۱)، برنان^۲ (۲۰۰۴)، سعیدی‌نژاد، مظاهری و غباری‌بناب (۱۳۸۸) و هادی بهرامی (۱۳۸۱) همسو است.

در تبیین تأیید معناداری اثربخشی الگوی مراقبه اسلامی بر مؤلفه اضطراب فراگیر زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت، مطابق با تبیین‌های نظری ارائه شده در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر، در دیدگاه شناختی، علت ابتلا افراد به اختلال اضطراب فراگیر، تجربه مقداری از بلا تکلیفی و عدم اطمینان، ناشی از عدم وجود علائم مطمئن در محیط این افراد است؛ همچنین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نه تنها افکار ترسناک مکرر دارند، بلکه همواره اطلاعات تهدیدکننده را به صورت جهت‌دار پردازش می‌کنند، و زمانی که هم نشانه‌های تهدیدآمیز و هم غیرتهدیدآمیز وجود دارند، به صورت ترجیحی توجه خود را به سمت نشانه‌های تهدیدآمیز معطوف می‌کنند. به طور کلی، این افراد بیشتر گرایش دارند اطلاعات مبهم را به صورت تهدیدآمیز تعبیر کنند. در دیدگاه روان‌پوشی نیز فرض می‌شود که

1. Tulskey

2. Bernnon

مجموعه‌ای از تجارب آسیب‌زا منجر به آرزوها، تمایلات، انتظارات و باورهایی درباره خود و دیگران می‌شود. این آرزوها و تمایلات به نوعی شامل به‌دست آوردن صمیمیت، امنیت، ثبات و محافظت از دیگران است که به ترس از اینکه دیگران طردکننده و سوءاستفاده‌گر هستند، منجر می‌شود. ترس‌هایی که به این تمایلات و باورها مربوط است، به اندازه‌ای قوی و مشکل‌زا هستند که شخص مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ترجیح می‌دهد درباره تمایلات، احساسات و یا وقایع گذشته فکر نکند. در اصطلاح روان‌پویشی مکانیسم‌هایی دفاعی که فعال هستند، منجر به این می‌شوند که بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان روشی برای اجتناب از فکر کردن درباره تمایلات و مسائل هیجانی مهم‌تر و اساسی‌تر، نگرانی زیادی نسبت به وقایع حاضر در زندگی‌اش داشته باشد (کرایتز کریستوف^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در مکتب اسلام، اضطراب از تضاد بین خواسته‌های مکانیسم‌های فطرت و شهوت ناشی می‌شود که در یک جمع‌بندی از نظریات مطرح شده در این حوزه، اضطراب یا حاصل از تعارض‌های حل نشده در ناخودآگاه یا در نتیجه حوادث آسیب‌زای گذشته فرد است و به دنبال ایجاد تمایلات، انتظارات و آرزوها در ارتباط با خود و دیگران، در فرد مکانیسم‌های دفاعی فعال می‌شود که منجر به گرایش به تعبیر اطلاعات تهدیدکننده و اجتناب از مسائل هیجانی مهم‌تری می‌شود که در این موضوع دخیل بوده‌اند؛ زیرا به طور کلی، اختلال اضطراب فراگیر، در نتیجه عدم توانایی فرد در حل مشکلات بین‌فردی به وجود می‌آید که در نتیجه این ناتوانی، فرد به پردازش و تعبیر تنها اطلاعات تهدیدکننده می‌پردازد، اما با تکیه بر منابع اسلام، این مکتب در درجه اول بر راهکارهای پیشگیرانه تأکید دارد و همچنین به ارائه راهکارهای درمانی نیز پرداخته است. در رویکردهای مبتنی بر معنویت، راهکارهایی چون دعا، نماز، نیایش، ارتباط با خدا، حج، اعمال عبادی زیارتی، نوع دوستی و در مجموع، انجام مناسک معنوی و مذهبی، که خود نوعی از مراقبه یا مدیتیشن تمرکزی است، باعث تمرکز فرد بر رفتارهای تعالی‌بخش و آرامش‌دهنده و پرورش مکانیسم دفاعی والایش می‌شود؛ همچنین، پس از انجام این مناسک تا مدت زمان زیادی پس از آن، ذهن مجالی را برای اشتغالات فکری مخرب پیدا نمی‌کند و در این مدت، سیستم فیزیولوژی و روانی فرد به سمت دست یافتن به آرامش حقیقی در حرکت است.

در ساختار جلسات الگوی مراقبه اسلامی نیز از راه برنامه‌ریزی اهدافی چون: به یاد داشتن مداوم حضور خدا در قلب؛ ایجاد رابطه‌ای صمیمانه‌تر با خدا؛ تعامل سازنده با محیط و خانواده؛ تمرکز از راه اذکار معنوی؛ آرامش از راه وضو، اجرای تکنیک آینه دل؛ نیایش و مناجات؛ دعا برای خود و دیگران؛ صبر؛ توکل؛ رضا؛ انس با قرآن و ادعیه‌های آرامش‌بخش؛ پیوند با مضامین ادبیات عارفانه و عاشقانه؛ در فرد این بینش ایجاد می‌شود که پرداختن به امور معنوی ارزشمندتر از اشتغال فکری داشتن به امور است که در ظاهر تهدیدکننده هستند و دلیلی قطعی برای آسیب‌زا بودن آن وجود ندارد. از سویی، از راه انجام مرحله به مرحله الگوی مراقبه اسلامی، در طول شبانه روز، جهت فکری فرد به سمت حضور خداوند در وجودش تغییر می‌یابد و از سوی دیگر، فرد به حکمت خداوند در امور و شرایط دشوار، اعتقاد راسخی می‌یابد و کمتر شرایط دشوار و تهدیدکننده را به عنوان شرایط نامطمئن پایدار تعبیر می‌کند.

همچنین، براساس نتایج به دست آمده، آموزش الگوی مراقبه اسلامی بر زیرمقیاس‌های کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی و سلامت محیطی در مرحله پس‌آزمون در سطح معناداری $p < 0/01$ اثربخش بوده است و بر زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، اجتناب از سوءمصرف داروها، مواد مخدر و الکل و پیشگیری از حوادث در مرحله پس‌آزمون در سطح معناداری $p < 0/05$ اثربخش بوده است. در مرحله پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما نمرات میانگین نیز کاهش نیافته بود که بیانگر ثبات اثربخشی آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی بر خرده‌مقیاس‌های سبک زندگی در مرحله پیگیری می‌باشد.

در تبیین عدم معناداری اثربخشی الگوی مراقبه اسلامی بر زیرمقیاس سلامت معنوی و سلامت اجتماعی، می‌توان به میانگین بالای نمرات گروه آزمایش در این دو زیرمقیاس قبل از آموزش اشاره کرد. میانگین گروه آزمایش در زیرمقیاس سلامت معنوی و سلامت محیطی به ترتیب قبل از ارائه آموزش $28/833$ و $32/0833$ بوده است که بیانگر نمرات بالای گروه آزمایش در این دو خرده‌مقیاس است، زیرا بالاترین نمره در این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب 36 و 42 می‌باشد.

براساس تبیین‌های نظری ارائه شده از سبک زندگی در دیدگاه‌های مکتب اسلام، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، به ترتیب بر مفهوم سعادت و شقاوت در زندگی،

هنجارهای اجتماعی افراد و توصیف نگرش و منش اجتماعی افراد در جامعه و در نهایت، در روان‌شناسی که بر بعد فردی و شخصیتی افراد در ارتباط با سبک زندگی اشاره دارند، و به‌ویژه براساس مبانی علم اخلاق در اسلام، سبک زندگی مطلوب روشی است که دو اصل «توحید» و «عدالت» در آن ملحوظ شده باشد و فقدان این دو اصل یا یکی از آن دو، به تدریج موجب انحطاط جامعه می‌شود. البته لازم است در بعد اجتماعی، دین بر اقامه عدالت اجتماعی و اجرای قسط و برابری استوار باشد و در بعد فردی نیز اهتمام به نماز، روزه، حج و زکات هم لازم و ملزوم بعد اجتماعی است که از لوازم اصل توحید است، زیرا بر پایه آیات تأکید دین بر اصل توحید، بیش از اهتمام آن به امور دیگر است. انسان فاقد معرفت توحیدی و نافرمان در اجرای نماز و روزه و سایر عبادات، موفق به اقامه عدالت نخواهد بود، و نیز بخشی از تحقق سبک زندگی مطلوب در گرو پیروی از مبانی اخلاقی است که در جهت تحقق آن، انسان باید هم رابطه‌اش را با خدا تنظیم کند و بنده خاشع او شود، هم رابطه‌اش را با خود سامان دهد و هم رابطه‌اش را با جامعه مدیریت کند (جوادی آملی، ۱۳۹۱).

به طور کلی، سبک زندگی مفهومی کلی است که بیانگر سبک رفتار فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد و زیرمجموعه‌ای از باورها، پنداشت‌ها، ارزش‌ها و مبانی و قوانین فرهنگی است و برای تحقق و ارتقای سبک زندگی باید ملاک‌هایی چون، سلامت معنوی، اجتماعی، جسمانی، روان‌شناختی و محیطی؛ در کنار پیشگیری از رفتارهایی چون سوء مصرف مواد و داروها، پیشگیری از حوادث و بیماری‌ها، همسوی توجه به ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه؛ در برنامه‌های آموزشی لحاظ شود. در آموزش الگوی مراقبه اسلامی با تمرکز بر انسان و مفاهیم بنیادی اخلاق عملی، از راه تحقق اصل توحید و عدالت و مبانی اخلاق در بعد فردی و اجتماعی، انسان توانایی تغییر در نظامی از ارزش‌ها، نمادها، قوانین و باورها را پیدا می‌کند و آن را به صورت پندارها و تفکرات که نمود درونی و رفتار و الگوها و کنش‌های عملی که نمودی بیرونی دارند، نشان می‌دهد.

همچنین، در جلسات الگوی مراقبه اسلامی از راه تمرکز بر اصلاح رفتارها و ویژگی‌های ناصحیح که مانع تعالی نفس هستند، با تنظیم قرارداد خودجوش که در آن فرد بر اصلاح ویژگی منفی و پیراستن از آن و آراسته شدن به ویژگی مثبت و مقابل آن،

با خود عهد می‌بندد و ارزیابی و نظارت مداومی که در طول تمام مراحل مراقبه بر روند اجرا، تحقق و پیشبرد این اهداف بر خود دارد، در تلاش است که نظام ارزشی، رفتاری، گفتاری، احساسی مناسب‌تری را در اعمال جوارحی و جوانحی افراد ایجاد کند. تمرین‌ها و فنون مورد استفاده در الگوی مراقبه اسلامی سلامت روان‌شناختی را در درجه اول و سلامت محیطی را پوشش می‌دهد و همچنین، رویکرد پیشگیرانه از رفتارهای مخاطره‌آمیز را نیز در برنامه کار قرار می‌دهد.

منابع

- قرآن کریم (۱۳۷۹)، ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای، تهران: انتشارات پیراسته.
- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶)، «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان»، *مجله طب و تزکیه*، ش ۱۰-۱۵.
- آقاعلی، فاطمه؛ رندی‌پور، طیبه و احمدی، محمدرضا (۱۳۸۸)، «مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام. اس. استان قم»، *مجله روان‌شناسی و دین*، س ۴، ش ۱، ص ۳۷-۵۴.
- الهامی‌نیا، علی اصغر (۱۳۸۹)، *اصول اخلاق اسلامی (۲)*، قم: نشر زمزم هدایت.
- امیری، مجید (۱۳۹۰)، بررسی رابطه ابعاد دینداری و سبک زندگی جوانان: مطالعه موردی دانش‌آموزان سال سوم و پیش‌دانشگاهی شهر زرقان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرقان، ص ۳-۲۰.
- امام خمینی (۱۳۸۲)، *شرح چهل حدیث*، چ ۲۷، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (ره).
- بالایی، فائزه؛ یوسف ثانی، محمود و فریدونی، محمدرضا (۱۳۸۹)، «مقایسه آرای امام خمینی (س) و آیت‌الله بهاری همدانی در باب مراقبه»، *پژوهشنامه عرفان*، س ۲، ش ۳، ص ۱۴۹-۱۷۷.
- بهاری همدانی، محمد (۱۳۸۲)، *تذکره المتقین*، چ ۴، تهران: نشر سفیر صبح.
- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۲، ص ۱۹-۲۷.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۷)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی»، *مجله روان‌شناسی*، س ۲، ش ۸، ص ۴، ص ۳۴۳-۳۶۸.

- جاویدی، حجت‌الله (۱۳۷۲)، بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت (فارس)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ص ۲۰-۳۵.
- جوادی آملی، حسن (۱۳۹۱)، *مفاتیح الحیات*، قم: نشر اسراء.
- جوانی، حجت‌الله (۱۳۸۹)، «تأثیر آموزه‌های عرفان اسلامی بر نهاد خانواده»، دانشکده الهیات دانشکده الزهراء»، *مجله اسلام پژوهی*، ش ۴، ص ۸۵-۱۰۹.
- حسینی‌فرد، سید مهدی؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمدکاظم (۱۳۸۶)، «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر رفسنجان»، *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۱، ش ۱، ص ۷۰-۸۱.
- خسروشاهی، هادی (۱۳۸۷)، *تعالیم اسلام (دیدگاه علامه طباطبایی)*، قم: انتشارات بوستان کتاب.
- دستغیب، عبدالحسین (۱۳۸۵)، *اخلاق اسلامی*، قم: دفتر انتشارات اسلامی، جامعه مدرسین قم.
- دوستدار قلی، مصطفی (۱۳۷۹). «اثرات درمانی تکنیک‌های شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش بر کاهش اضطراب»، *فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*، ش ۱۲ و ۱۳، ص ۱۹-۳۲.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱)، «اثر بخشی درمان‌شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر»، *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ش ۱۴، ص ۱۹-۲۸.
- رضوانی، سیدروح‌الله (۱۳۸۹)، مقایسه اثر معنویت‌درمانی و فراشناختی درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان دختر مراجعه‌کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، ص ۱-۲۵.
- سادات، محمدعلی (۱۳۷۹)، *اخلاق اسلامی: روش‌های عملی خودشناسی*، تهران: انتشارات سمت.
- سادوک، ویرجینا؛ سادوک، بنیامین (۱۳۹۲)، *خلاصه روان‌پزشکی*، ج ۲، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند.

سعیدی نژاد، زهرا؛ مظاهری، محمدعلی؛ غباری‌بناب، باقر (۱۳۸۸)، «تأثیر ملاحظات معنوی به شیوه گروهی بر سلامت روان و خودشکوفایی»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۸، ش پیاپی ۳۱، ص ۱۱۵-۱۳۴.

شالچی، وحید (۱۳۹۰)، *طرح پژوهشی بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای، نسلی و جنسیتی سبک زندگی در میان شهروندان تهرانی*، تهران: مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

شهبازنژاد، نجف (۱۳۷۹)، *رازهای ماندگار عرفانی بر مبنای قرآن*، تهران: امید فردا.

شیروانی، علی (۱۳۸۷)، *اخلاق اسلامی و مبانی نظری آن*، قم: نشر دارالفکر.

علامه طباطبایی، محمدحسین (۱۳۹۰)، *مراتب مراقبه از دیدگاه علامه طباطبایی*، برگرفته از سایت انجمن علمی فرهنگی آزادی اندیشه.

غزالی، ابوحامد محمدبن علی، *احیاء العلوم السدین*، ترجمه احمدعلی رجایی (۱۳۹۰)، مشهد: سازمان کتابخانه‌ها، موزه‌ها و مرکز اسناد آستان قدس رضوی.

قاسمی، مهدی (۱۳۹۲)، *معنویت‌درمانی*، برگرفته از سایت: www.maalem.ir.

کاویانی، حسین؛ احمدی، ابهری؛ سیدعلی، دهقان محمد؛ منصورنیا، محمدعلی؛ خرم‌شاهی، مازیار؛ قدیرزاده، محمدرضا؛ دادپی، علیرضا؛ چهاردهی، امیر (۱۳۸۱)، «شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۸، ش ۳ و ۴، ص ۱۱.

کریمی، افسانه؛ بحرینیان، عبدالحمید و غباری‌بناب، باقر (۱۳۹۱)، «بررسی اثربخشی مراقبه متعالی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان دانشجوی»، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۲، ش ۹، ص ۱۱۳-۱۰۰.

لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجباف، محمدباقر (۱۳۹۱)، «ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۵، ش ۱، ص ۶۴-۷۷. مجلسی، محمدباقر (۱۳۸۶)، *آیین زندگی در آداب و اخلاق اسلامی*، قم: نشر نوید اسلام.

محمدی زیدی، عیسی؛ پاک پورحاجی آقا، امیر و محمدی زیدی، بنفشه (۱۳۹۰)، «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء سلامت»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۱، ویژه‌نامه ۱، ص ۱۰۳-۱۱۳.

- مظاهری، حسین (۱۳۸۱)، *کاوشی نو در اخلاق اسلامی*، ج ۱ و ۲، اصفهان: نشر ذکر.
- نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهدی (۱۳۸۹). «بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)»، *دوفصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد*، س ۳، ش ۴، ص ۴۱-۵۰.
- نراقی، ملا احمد (۱۳۶۲)، *معراج السعاده*، تهران: انتشارات رشیدی.
- نراقی، مهدی ابن‌ابیدر (۱۳۸۹)، *جامع السعادات*، ترجمه جلال‌الدین مجتبوی، تهران: نشر حکمت.
- هادی بهرامی، احسان (۱۳۸۱)، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود»، *مجله روان‌شناسی*، س ۸، ش ۲۴، ص ۳۵-۵۰.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۱)، «تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ش ۱۰، ص ۱۳۷-۱۵۸.

- American Psychiatric Association (2000), Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th ed. rev), Washington, D.C; 2000.
- Bernnon, M. (2004), Spirituality and religiousness predict adaptation to visiton lossin middle -aged and older adults, *The luternational journd for psychology of religion*,14(3): 193-214.
- Burnard, P., Rahim, H.T., Hayes, D., Deborah, E.,(2007), A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress, *Nurse Education Today* 27,808-818.
- Cakir, H., Pinar, R. (2006), Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients. *Western J Nurs Res* ; 28(2): 190-209.
- Crits-christorph. P. (2000), Psychodynamic-interpersonal treatment of generalized anxiety disorder, *Clinical psychology: Science and practice*, 9: 81-84.
- Duvall, J., Stevens-Watkins, D., Oser, C. B., Staton-Tindal, M. (2013), The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health, and drug use among African American women, *Subst Use Misuse*; 48(12): 10.
- Lock, C.A., Lecouturier, J., Mason, J.M., Dickinson, H.O. (2006), Lifestyle

- interventions to prevent osteoporotic fractures: A systematic review, *Osteoporosis Int* ; 17(1): 20-28.
- Maier, W., Ganske, M., Freyberyer, H. T., Linz, M., Heun, R. Q., & Lecrabier, Y. (2000), Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-Cultural perspective: A Valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica scandinavica*, 202, 29-36.
- Nadeau, L., Renaud, J., Bullock, M. (2012), Spirituality and Religion in Youth Suicide Attempters' Trajectories of Mental Health Service Utilization: The Year before a Suicide Attempt, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*; 21(3): 186–193.
- Paul, G., Elam, B., Verhulst, S. J. (2007), A longitudinal study of student's perceptions of using deep breathing meditation to reduce testing stress, *Teaching and learning in Medicine* 19 (3), 287–292.
- Propst, L.R. (1988), *Psychotherapy in a religious frame*, Human Sciences Press, Inc.
- Rocco, A., Nardone, G., Diet, H. (2007), pylori infection and gastric cancer: Evidence and controversies, *World J Gastroenterol*; 13(21): 2901-2912.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W and Bernd, Loewe (2006), A Brief Measure, For Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166.
- Toledo, F.G., Menshikova, E.V., Ritov, V.B., Azuma, K., Radikova, Z., DeLany, J. (2007), Effects of physical activity and weight loss on skeletal muscle mitochondria and relationship with glucose control in type 2 diabetes, *Diabetes*; 56(8): 2142-2147.
- Tulsky, J. A., Hays, J. C., Kimberly, R. M., Arnold, S. J., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., Steinhauser, K. E. (2011), Which Domains of Spirituality are Associated with Anxiety and Depression in Patients with Advanced Illness? *Springer, Journal Gen Intern Med*; 26(7): 751–758.
- Wells, A. Q., & Carter, K. (2006), Generalized anxiety disorder. In. A. Carr, & Q. M. McNulty (Eds.), *The handbook of adult clinical psychology*, (pp. 423-457). London: Rutledge.