

کارآمدی برنامه ذکرگویی در کاهش اضطراب

مسعود نورعلیزاده میانجی*

اباذر رضایی**

سیددانه‌ی موسوی***

چکیده

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در زمینه سلامت روانی و رشد تکنیک‌های درمان اختلالات روانی، هنوز بشر امروز در اعماق وجود خود از یک اضطراب ناشناخته رنج می‌برد. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی یک شیوه درمانی از نوع مداخلات مذهبی در کاهش اضطراب، با بهره‌گیری از ذکرها و دعاهای مأثور در متون اسلامی، انجام شد. طرح این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل در لیست انتظار بود. جامعه آماری کلیه زندانیان مرد زندان مرکزی قم بودند. بدین منظور از بین زندانیانی که بالاتر از نرم اضطراب داشتند، ۳۴ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش مقیاس اضطراب کتل و پروتکل آموزشی و برنامه ذکرگویی در مورد اضطراب و براساس منابع اسلامی بود که در قالب هفت جلسه آموزشی-توجیهی و در ۴۰ روز تمرین ارائه و روایی محتوایی آن نیز با ارزیابی ۱۲ خبره متخصص دینی و روان‌شناسی تأیید شد. تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری ($P < 0.001$) پیدا کرده است. نتایج این پژوهش نشان داد که ذکر خدا اثر آرام بخشی و کاهش اضطراب دارد. برنامه ذکرگویی می‌تواند به عنوان یک عامل مؤثر در کاهش اضطراب تعمیم یافته استفاده شود و از پروتکل این برنامه می‌توان به عنوان درمان مکمل اختلالات اضطرابی بهره برد.

واژگان کلیدی: اضطراب، ذکرگویی، دعا، زندانیان، مداخلات مذهبی.

مقدمه

بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پژوهان به دنبال پرسش‌هایی از جمله اینکه چرا با وجود این همه پیشرفت‌های چشمگیر در زمینه بهداشت روانی و تکنیک‌های درمان اختلالات روانی، هنوز بشر امروز در اعماق وجود خود از یک اضطراب و تشویش ناشناخته رنج می‌برد؟ چه بُعدی از انسان مورد غفلت قرار گرفته و چه شیوه‌های درمانی مکمل را باید به کار گرفت تا درمان کامل اضطراب امکان‌پذیر شود و آرامش مطلوب به دست آید؟ و سرانجام از دین و معنویت سردرآوردند. آنها در پژوهش‌های گوناگون خود (برای نمونه: پالینکاس،^۱ ۱۹۸۲؛ پارگامنت،^۲ ۱۹۸۷؛ پراپست^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ کونینگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۴؛ ورتینگتن^۵ و همکاران، ۱۹۹۶؛ مک‌کلو^۶ و همکاران، ۱۹۹۸؛ میلر و تورسن،^۷ ۱۹۹۹؛ پیکوک و پالوما،^۸ ۱۹۹۹؛ مالتبی^۹، ۱۹۹۹؛ هیل و پارگامنت،^{۱۰} ۲۰۰۳؛ ویلیامز،^{۱۱} ۲۰۱۰؛ نوربالا، ۱۳۸۲؛ سرگلزایی و دیگران، ۱۳۸۲؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ بیانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ گل‌پرور و خاکسار، ۱۳۸۸؛ نورعلیزاده و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ یگانه و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲؛ نورعلیزاده میانجی، ۱۳۹۵) تأثیر مثبت دینداری و عوامل مذهبی در افزایش سطح بهزیستی و سلامت روانی، بهبودی بیماری‌های جسمی و روانی و مقاوم کردن افراد در برابر تنیدگی، اضطراب و افسردگی و ایجاد آرامش، رضایت از زندگی و شادکامی را به دست آورده‌اند. تنها در بررسی ۱۳۹ مطالعه تحقیقاتی که در مجله روان‌پزشکی آمریکا از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۹ انتشار یافت، لارسون^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۲) به‌طور کلی رابطه مثبتی را بین التزام دینی و بهداشت روانی یافتند (تورسن و همکاران، ۱۳۸۳).

امروزه یک موج خروشان معنوی^{۱۳} و علاقه عمومی و علمی روزافزون به واکاوی نقش عوامل دینی و معنوی در سلامت ایجاد شده است^{۱۴} و متخصصان برای درمان بیماری‌های روانی و حفظ

1. Palinkas
2. Pargament
3. Propst
4. Koenig
5. Worthington
6. McCullough
7. Miller & Thoresen
8. Peacock & Paloma
9. Maltby
10. Hill & Pargament
11. Williams
12. Larson
13. Spiritual surge

۱۴. اطلاعات گالوپ نشان داد که آمریکاییان افزایش شدیدی را در نیازشان به «تجربه رشد معنوی» از ۵۴ درصد در ۱۹۹۴ تا ۸۲ درصد در سال ۱۹۹۸ گزارش کرده‌اند (تورسن و همکاران، ۱۳۸۳).

سلامت روانی، بیش از پیش بر باورها و رفتارهای مذهبی تأکید می‌کنند (همان). اصولاً یکی از کارکردهای مهم مذهب، همواره برقراری ارتباط و اتصال انسان با خالق هستی بخش بوده است. دعا و نیایش در همه ادیان به‌عنوان یک عامل ارتباطی مهم است که بهداشت روانی و تندرستی بشر را نیز فراهم می‌کند (ر.ک: بوتراپی، ۱۳۸۲). از نظر ویلیام جیمز^۱ تنها منبعی که می‌تواند نیروی روانی از دست رفته را جبران و شادکامی و آرامش درونی را ایجاد کند، اتصال به قدرت لایزال الهی است و آن اتصال تنها با مناجات حاصل می‌گردد (جیمز، ۱۳۷۲، ص ۱۷۷؛ ر.ک: نجاتی، ۱۳۷۳، ص ۳۶۵). شاید آنچه ویژگی انسانی در زندگی هیجانی ماست، توانایی ما در گشودن ذهنمان تا اندازه‌ای است که به عمق و کنه ارتباط با «خدا» دست یابیم. این فضای ذهنی توسعه یافته به نوبه خود می‌تواند سرچشمه‌ای از هیجان‌های عمیقاً تجربه‌شده را ارائه دهد که بسیاری از آنها مثبت‌اند. از این رو، اعمال مذهبی می‌تواند راه مختص انسانی در پرورش مؤثر هیجان‌های مثبت با فواید سازگارانه همراه با آن باشند (فردریکسون، ۱۳۷۸).

در حال حاضر چنین به نظر می‌رسد مشاوران و روان‌درمانگران به‌طور روزافزونی درمی‌یابند که فنون روان‌شناختی و زیستی، به تنهایی برای درمان اختلالات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری کافی نیستند و باید مذهب و مسائل معنوی مراجعان نیز در این فرایند، مورد توجه جدی قرار گیرند؛ زیرا هر روز تعداد بیشتری از انسان‌ها در تلاش برای کاستن از آلام روانی و احساس پوچی و بی‌هویتی و رسیدن به یک زندگی عمیق و معنادار به معنویت روی می‌آورند (شریفی‌نیا، ۱۳۹۲).

یافته‌های فراوانی گویای وجود ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و سلامت روانی (اضطراب، پریشانی و افسردگی) است (لارسون، ۲۰۰۴؛ رومرو و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). در تحقیق گرلیلی (۱۹۷۵) که به همراه پژوهش پیمایشی، با نمونه‌های بالایی (۱۴۶۰ شرکت‌کننده) درباره تجربه عرفانی تقرب و احساس معنوی حضور (امر متعالی) انجام گرفت، کسانی که چنین تجربه‌هایی را گزارش کرده بودند، از سلامت روانی مثبتی برخوردار بودند. مورسی و هی با تکرار کار گرلیلی روی ۱۸۶۵ آزمون‌شونده، به نتایج مشابهی به استناد تداوم تجربه عرفانی و کاهش اختلالات روانی و احساس خوشبختی ارائه کردند (فونتان، ۱۳۸۵، ص ۳۶۰ و ۳۶۱). بر همین اساس، بسیاری از پژوهشگران معتقدند درمانگر برای اینکه بتواند بر سلامت جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، باید در روند درمان خود به مسائل معنوی و مذهبی مراجع نیز بپردازد (میلر، ۲۰۰۳^۲). واید^۳ و همکارانش (۲۰۰۷) نیز در

1. William James

2. Miller

3. Wade

مقایسه درمانجویان با التزام مذهبی بیشتر و کمتر که درمان آنها با مداخلات دینی همراه بود، به این نتیجه رسیدند که بهبودی گروه اول به مراتب بیشتر از گروه کمتر دیندار بود؛ بنابراین، فرضیه ما بر این اساس استوار است که بازیابی سلامت روانی زمانی کامل خواهد بود که همراه با برنامه درمانی با جهت‌گیری این بعد مهم معنوی-مذهبی انسان باشد.

بررسی‌های مختلف علمی در زمینه کاربرد دعا و نیایش در زندگی روزمره و نیز تأثیر آن بر سلامت روانی را نشان داده است که بین فراوانی استفاده از نیایش با سلامت روانی رابطه معنادار وجود دارد؛ یعنی افرادی که بیشتر به ذکر و دعا می‌پردازند، سلامت روانی بیشتری دارند (فینی و مالونی،^۱ ۱۹۸۵؛ کونینگ، ۱۹۹۰؛ پالوما و پندلتون،^۲ ۱۹۹۱؛ مک‌کلو، ۱۹۹۵؛ مالتبی،^۳ ۱۹۹۹؛ میلر، ۱۹۹۹؛ به نقل از شجاعیان و زمانی، ۱۳۸۱؛ روحی عزیز و روحی عزیز، ۱۳۸۲). ماتیوس^۴ (۱۹۹۷) با بازبینی بیش از ۲۰۰ بررسی مربوط به رابطه بین باورهای مذهبی و سلامتی، دریافت که دعا در سلامتی روانی مؤثر می‌باشد (شجاعیان و زمانی، ۱۳۸۱).

اضطراب یکی از نشانگان مهم عدم سلامت روانی و پایه بسیاری از اختلالات روانی است. طبق اعلام مؤسسه ملی بهداشت روانی آمریکا،^۵ اختلالات اضطرابی رایج‌ترین بیماری‌های روانی در ایالات متحده است که ۴۰ میلیون بزرگسال بالای ۱۸ سال، و یا ۱۸ درصد از کل جمعیت این کشور را تحت تأثیر قرار داده است. برخی آمارهای جدیدتر گویای آن است که اضطراب در آمریکای شمالی به مسئله شماره یک سلامت روان تبدیل و برآورد شده است که یک سوم از جمعیت بزرگسال در آن مسائل و مشکلات اضطراب را تجربه می‌کنند (فولک^۶ و فولک، ۲۰۱۵). اگرچه مؤلفان مختلف، اضطراب را به عوامل متفاوتی نسبت داده‌اند و حدی از آن را برای تأمین سازش‌یافتگی فرد لازم دانسته‌اند؛ اما علت هرچه باشد، حالت‌های اضطرابی شدید می‌توانند موانع قابل ملاحظه‌ای را در تحقق امکانات بالقوه فرد ایجاد کنند (دادستان و همکاران، ۱۳۸۰). این نکته شایان ذکر است که حالت‌های اضطرابی همواره با چارچوب ضوابط تشخیصی آن‌چنان که در مجموعه‌های تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM یا ICD) ارائه شده‌اند، مطابقت نمی‌کنند و در این موارد با آنچه «اضطراب روزمره» روبه‌رویم (سلیگمن و روزنهان، ۱۹۹۸). با وجود اینکه شدت این نوع اضطراب نیز می‌تواند در حدی باشد که معلولیت‌هایی را در کنش‌وری

1. Finny & Maloney

2. Paloma & Pendelton

3. Maltby

4. Mathews

5. National Institute of Mental Health (NIMH)

6. Folk

عقلی، ارتباطی و اجتماعی افراد ایجاد کند و یا زمینه مساعدی را برای بروز اختلال‌های اضطرابی فراهم کنند، متأسفانه روان‌شناسان به آن توجه زیادی نکرده‌اند (دادستان و همکاران، ۱۳۸۰).

از نظر اسلام، دوری از منبع هستی بخش و یاد خدا، همچنین از خودبیگانگی انسان، موجب اضطراب و نارضایتی از زندگی می‌شود^۱ (طه، ۱۲۴). در مقابل، این ایمان به خدا و ذکر اوست که دل‌ها را آرام می‌کند و آرامش و اطمینان خاطر را به ارمغان می‌آورد؛ «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آگاه باشید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد» (رعد، ۲۸). در احادیث و دعا‌های اسلامی نیز از «ذکر خدا» با عنوان «دوا و شفا» یاد شده است (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۴۷۰؛ قمی، ۱۳۷۷، ص ۱۲۰؛ محمدی ری‌شهری، ۱۳۶۲، ج ۳، ص ۴۱۹).

در همین راستا، پژوهش‌های فراوانی انجام شده است؛ برای نمونه: بررسی‌ها رابطه بین نماز و کاهش اضطراب (پناهی، ۱۳۸۷؛ رادفر و عروجی، ۱۳۸۲) و تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب (عطاری و همکاران، ۱۳۷۹؛ گله‌دار و ساکی، ۱۳۸۲؛ اکبری و همکاران، ۱۳۹۰) گروه‌درمانگری مبتنی بر بُعد معنوی در کاهش اضطراب (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین بین دعا و کاهش اضطراب رابطه معنادار وجود داشته (واعظی و همکاران، ۱۳۸۲؛ شجاعیان و زمانی، ۱۳۸۱) و بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۵). نتیجه پژوهش پهلوانی‌نژاد (۱۳۸۷) نیز نشان داد که ذکر و دعا در کاهش فشار روانی و ایجاد آرامش روانی نقش بسزایی دارد. همچنین شیخیان و میثمی بناب (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب در بیماران همودیالیزی پرداختند؛ نتایج نشان داد که قرائت قرآن میانگین نمرات اضطراب را به طور معناداری در گروه آزمایش کاهش داده است. رضایی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش مشابهی به بررسی تأثیر تلاوت قرآن بر سلامت روان پرداختند، نتایج بیانگر آن بود که تلاوت قرآن موجب افزایش سلامت روان می‌شود.

هرچند در سال‌های گذشته پژوهش‌های فراوانی با موضوع رابطه دین و سلامت روان انجام شده است؛ اما با توجه به خلأهای پژوهشی در مورد تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای اسلامی-روان‌شناختی و تکنیک‌های روانی-معنوی انتظام‌یافته براساس متون مآثور اسلامی و همچنین بررسی کارآمدی آن به شیوه طرح‌های مقبول و معتبر آزمایشی در زمینه اختلالات روانی، ضروری بود تا این پژوهش انجام شود؛ بنابراین، پژوهش کنونی در راستای جستار پرسش‌های کلی آغازین و با هدف بررسی اثر ذکرگویی در کاهش اضطراب و در نهایت دستیابی به یک شیوه درمانی از نوع مداخلات مذهبی در درمان مکمل اختلالات روانی، با بهره‌گیری از ذکرها و

۱. وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا؛ هر کس از یاد من رویگردان شود، زندگی (سخت و) تنگی خواهد داشت.

2. Liu

دعاهای مأثور در متون اسلامی و متناسب با نوع بیماری، به بررسی «کارآمدی برنامه ذکرگویی در کاهش اضطراب» می‌پردازد.

روش

روش این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه آزمایش و کنترل در فهرست انتظار است. جامعه آماری زندانیان مرد ندامتگاه مرکزی قم بودند که دست‌کم سه ماه از حبس آنها باقی مانده بود. برای سرند و انتخاب افراد مناسب برای این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس، حدود ۸۰ نفر از این زندانیان به مقیاس اضطراب کتل پاسخ دادند. از این تعداد، ۴۰ نفر بر پایه نمره‌های شاخص کلی بیان اضطراب، مناسب شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند که در نهایت پس از ریزش تعدادی از این افراد، ۳۴ نفر به‌عنوان گروه هدف انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) جای گرفتند.

ابزار پژوهش برای سنجش سطح اضطراب افراد، «مقیاس اضطراب کتل»^۱ بود. ریموند برنارد کتل^۲ این مقیاس را تدوین کرده است و امروزه کاربردهای پژوهشی و تشخیصی فراوانی دارد. مقیاس اضطراب کتل بر پایه تحقیقات گسترده استوار است و احتمالاً یکی از معتبرترین وسیله‌هایی است که به صورت پرسشنامه کوتاه ارائه می‌شود و می‌تواند تشخیص‌های بالینی را تکمیل کند (گنجی، ۱۳۸۴، ص ۱۵۹). این مقیاس از آغاز سال ۱۳۶۷ با همکاری گروهی از دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه تهران، هنجاریابی شده است (ساعتچی و همکاران، ۱۳۹۳) و در هنجاریابی ایرانی این مقیاس تعداد ۲۴۸۹۴ آزمودنی (۱۶۳۴۲ مرد و تعداد ۸۵۳۲ زن) در گستره سنی ۱۸ تا ۳۰ سال شرکت داشتند (کراز و همکاران، ۱۳۸۱). مقیاس اضطراب کتل دارای ۴۰ پرسش است که هر سؤال دارای نمره‌ای بین صفر تا دو می‌باشد. نمره به دست آمده بین صفر تا هشتاد بوده که با استفاده از این نمرات آنها به نمرات تراز شده بین صفر تا ده تبدیل می‌شوند. این مقیاس پس از جلب همکاری آزمودنی‌ها از سوی همکار روان‌شناس بالینی و ارائه توضیحات لازم در اختیار آنان گذاشته شد که پس از تکمیل و جمع‌آوری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از آنجا که نمرات تراز شده بین صفر تا شش در محدوده طبیعی بود، افرادی که سطح اضطراب آنها در این رنج قرار داشت، برای پژوهش انتخاب نشدند.

برنامه ذکرگویی یک مداخله معنوی-اسلامی است که از میان ذکرهای مأثور و معتبر نقل شده از ائمه معصومین (علیهم‌السلام) در مورد مقابله و درمان اضطراب و پریشانی انتخاب شده و در قالب پروتکل

1. Cattell Anxiety Scale

2. Raymond Bernard Cattell

مداخله‌ای توسط پژوهشگران در این تحقیق ارائه گردیده است. روایی محتوایی^۱ این برنامه با ارزیابی دوازده نفر از خبرگان متخصص در حوزه دین و روان‌شناسی بررسی شد. از آنها خواسته شد به دو پرسش روایی سنجی؛ ۱. به چه میزان، برنامه ذکرگویی به صورت مناسب از منابع اسلامی استخراج و تدوین شده است؟ و ۲. برنامه ذکرگویی تا چه میزان با اضطراب و کاهش آن مرتبط است؟ در قالب پنج گزینه لیکرتی ۱ (خیلی کم)، ۲ (کم)، ۳ (متوسط)، ۴ (زیاد)، و ۵ (خیلی زیاد) پاسخ دهند. با محاسبه شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR)^۲ (لاوشه،^۳ ۱۹۷۵) که در صورت تأیید دوازده ارزیاب باید بالای ۰/۵۶ باشد، به میزان ۰/۶۶ برای پرسش اول و ۱/۰۰ برای پرسش دوم و شاخص روایی محتوایی (CVD)^۴ (والتز و بازل،^۵ ۱۹۸۱) که باید بالای ۰/۷۹ باشد، به میزان ۰/۸۳ برای پرسش اول و ۱/۰۰ برای پرسش دوم به دست آمد که نشان از تأیید روایی محتوایی این پروتکل دارند.

برنامه ذکرگویی در چهل روز اجرا می‌شود و برنامه‌ها به صورت هفتگی ارائه شد. خلاصه این پروتکل در پیوست آمده است. شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که نخست توضیحات لازم از قبیل اهمیت، فضیلت و آثار ذکر و یاد خدا در زندگی، مراتب و درجات ذکر از دیدگاه اسلام، شرایط و نحوه ذکرگویی، فرایند ذکرگویی، سلسله مراتب ذکرهای منتخب و معانی ذکرها، و فرم ارزیابی و نظارت بر خویشتن در اجرای درست برنامه، در جلسات گروهی به افراد گروه آزمایش (رنج برده از اضطراب روزمره) داده شد. پروتکل این برنامه شامل شش جلسه هفتگی آموزش-توجیهی و به صورت گروهی و یک جلسه تداوم و سنجش نهایی بود. افراد در هر جلسه نسبت به برنامه ذکرگویی سلسله مراتبی ارتقایافته توجیه شده، نحوه عملکرد آنها ارزیابی و بازخوردهای لازم دریافت می‌شد. فرایند اجرا به گونه‌ای بود که از آنها در هر جلسه خواسته می‌شد تا جلسه بعد براساس یک جدول روزانه، ذکر مورد نظر را بگویند. این افراد برنامه ذکرگویی را به مدت ۴۰ روز، روزانه دست‌کم دو نوبت (صبح و شب) ادامه دادند. گروه کنترل در این مدت برنامه ذکرگویی نداشتند و به‌عنوان فهرست انتظار، پس از پایان دوره و گرفتن پس‌آزمون از گروه آزمایش، برنامه‌ها به آنان نیز آموزش داده شد. پس از اتمام این دوره، مقیاس اضطراب کتل دوباره در هر دو گروه اجرا و نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

داده‌های گردآوری شده با نرم‌افزار SPSS سازماندهی و تجزیه و تحلیل شد. به منظور تجزیه و

1. content validity
2. content validity ratio
3. Lawshe
4. content validity index
5. Waltz & Bausell

تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. این آزمون اثر تهدیدکنندگی پیش‌آزمون را از تحلیل بیرون و خنثی می‌کند و در نتیجه اثر خالص مداخله‌ای را در پس‌آزمون نشان می‌دهد.

یافته‌ها

برای آزمون همگنی واریانس در گروه آزمایش از آزمون لوین^۱ استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۱ آمده است. در این قسمت سطح معناداری بیشتر از عدد ۰/۰۵ نشانگر تجانس و همگنی واریانس گروه‌هاست.

جدول ۱: آزمون همگونی واریانس لوین

آماره لوین	df1 / درجه آزادی	df2 / درجه آزادی	Sig / سطح معناداری
۰/۰۴۸	۱	۲۶	۰/۸۲۸
۰/۳۱۹	۱	۲۶	۰/۱۴۰

اصلی‌ترین آماره‌های این پژوهش برای مقایسه سطح اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل و سنجش اثر مداخله‌ای، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس است که در جدول ۲ گزارش می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۲۸۰/۵۶۱	۱	۲۸۰/۵۶۱	۱۵/۸۴۲	۰/۰۰۱
گروه	۸۸۹/۳۷۲	۱	۸۸۹/۳۷۲	۵۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
خطا	۴۴۲/۷۳۲	۲۵	۱۷/۷۱۰		
کل	۴۴۲۷۵/۰۰۰	۲۸			
اصلاح کل	۱۶۰۸/۹۶۴	۲۷			

براساس جدول ۲، از آنجا که میزان F پیش‌آزمون برابر با $F(15/84) = 15/84$ و در سطح $0/001$ معنادار است، نشانگر برقرار بودن همبستگی خطی بین متغیر همپراش (Covariate) و متغیر مستقل است. مقدار F متغیر مستقل (گروه / Group) به اندازه $50/217$ در سطح $(0/001)$ معنادار است. بدین معنا که پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون

1. Levene

گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، فرضیه صفر (معنادار نبودن یا نبود تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر احتمالی نمرات پیش‌آزمون) رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی کارآمدی ذکرگویی در کاهش اضطراب و در نهایت دستیابی به یک شیوه درمانی مکمل از نوع مداخلات مذهبی در درمان اختلالات اضطرابی با بهره‌گیری از ذکرها و دعاهای مأثور در متون اسلامی بوده است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در این پژوهش، نشان داد که ذکرگویی موجب کاهش اضطراب افراد حاضر در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل (کنترل) شده است. این نتیجه در کلیت خود به معنای تأثیر مثبت دینداری و عوامل مذهبی و معنوی در افزایش سطح بهزیستی و سلامت روانی و بهبودی اختلالات روانی و مقاوم کردن افراد در برابر تنیدگی، اضطراب و ایجاد آرامش، رضایت از زندگی و شادکامی، با بسیاری از پژوهش‌های پیشین که نمونه‌هایی از آنها در مقدمه ذکر شد، همسو بوده است.

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات دیگر با موضوع خاص کاربرد دعا و نیایش در زندگی و رابطه فراوانی آنها با میزان بیشتر سلامت روانی (فینی و مالونی، ۱۹۸۵؛ کونینگ، ۱۹۹۰؛ پالوما و پندلتون، ۱۹۹۱؛ مک‌کلو، ۱۹۹۵؛ مالتبی، ۱۹۹۹؛ میلر، ۱۹۹۹؛ به نقل از شجاعیان و زمانی، ۱۳۸۱؛ روحی عزیز، ۱۳۸۲) همسو است؛ همچنین نتایج حاصل از این پژوهش در مورد اضطراب، تحقیقات پیشین در زمینه تأثیر عوامل مذهبی و عبادات اسلامی در کاهش اضطراب (عطاری و همکاران، ۱۳۷۹؛ شجاعیان و زمانی منفرد، ۱۳۸۱؛ واعظی و همکاران، ۱۳۸۲؛ گله‌دار و ساکی، ۱۳۸۲؛ پناهی، ۱۳۸۷؛ رادفر و عروجی، ۱۳۸۲؛ اکبری و همکاران، ۱۳۹۰؛ لیو و همکاران، ۲۰۰۸) را کاملاً تأیید می‌کند.

دعا و نیایش فراتر از حاجت‌های خاص برای شفای جسمانی می‌تواند برای فردی که دعا می‌کند؛ امید، امنیت، آرامش، معناداری، تخفیف افسردگی، کاهش تنش و بهزیستی ذهنی بیشتر فراهم کند (پارگامنت، ۱۹۹۰؛ مک‌کلو، ۱۹۹۵؛ هود^۱ و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از: تان و دانگ، ۱۳۸۳). کارکردهای ذکر و دعا حتی بر دعای خویش نیز محدود نمی‌شود؛ بلکه تحقیقات تجربی اثر بخشی دعای میانجی یا شفاعت‌آمیز^۲ و شفابخشی از راه دور^۳ را نیز ثابت کرده‌اند که هم‌اکنون

1. Hood

2. intercessory prayer

3. distant healing

به‌عنوان یک شیوه درمانی در طب مکمل (CAM)^۱ و کل‌نگر - که به مسائل ذهن، بدن و روح به‌عنوان یک کل یکپارچه می‌پردازد (تونیه،^۲ ۱۹۶۵؛ به نقل از: همان) - مطرح می‌باشد (تراگ،^۳ ۱۹۹۷؛ بیرد،^۴ ۱۹۹۸؛ سیچر^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ هریس^۶ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از: تورسن و همکاران، ۱۳۸۳؛ فرونزا،^۷ ۲۰۰۷).

کیگان^۸ و همکارانش (۲۰۰۳) دعا کردن را به‌عنوان یک گزینه عمیق انسانی که از هسته انسانیت و جایی که فرد نسبت به ارتباط خود با منبع زندگی آگاهی یافته، تعریف می‌کنند. از نظر آنها دعا بیان و اظهار روح و گزینه عمیق انسانی است که از مرکز انسانیت و جایی برمی‌خیزد که اشتیاق و آگاهی به ارتباط فرد با منبع این جهان وجود دارد. دعا از جریان روح انسان سرچشمه گرفته و با کلماتی عمیق به زبان آورده می‌شود و به سوی فضایی ماورای کلمه حرکت می‌کند (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۵). به‌ویژه اینکه پی بردن به معنای ذکر و دعا و راه‌هایی که حضور خداوند و ارتباط با او تجربه می‌شود، موجب اتصال به منبع امید و هستی و افزایش قدرت معنوی افراد می‌شود. چنین فردی، حتی اگر در سخت‌ترین شرایط زندگی قرار داشته باشد؛ مثلاً دچار شکست مالی یا عشقی شده، دست به بزهکاری زده، جایگاه اجتماعی خود را از دست داده است و اکنون در زندان به سر می‌برد و یا با سرطان و مرگ دست و پنجه نرم می‌کند، آن را شر نمی‌بیند؛ بلکه آن را خیر و نعمتی از سوی خدا می‌بیند که موجب تقرب او می‌شود. بدین‌روی، دعا با معنا در زندگی و سلامت معنوی مرتبط است. مطالعات لیو و همکارانش (۲۰۰۸) نشان داد که گروه‌درمانگری مبتنی بر بُعد معنوی در کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. پژوهش سیدفاطمی و همکارانش (۱۳۸۵) نیز نشان داد که دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

بنابراین، سرّ اثربخشی ذکر و یاد خدا را می‌توان در معنایابی زندگی و هستی‌یابی وجودی، زیر سایه‌رهایی از اضطراب وجودی^۹ جست، زیرا ریشه بسیاری از روان‌رنجوری‌ها و اختلالات روانی در اضطراب وجودی است که آن هم ریشه در خلأ بی‌خدایی دارد. این درد بی‌خدایی است

1. Complementary and Alternative Medicine

2. Tounier, Paul

3. Trag

4. Byrd

5. Sicher

6. Harris

7. Frunza

8. Keegan

9. Existential Anxiety

که زندگی را برای انسان تیره و تار و سخت و تنیدگی‌زا می‌نماید؛ «وَمَنْ أَعْرَضَ عَنِ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا؛ هر کس از یاد من رویگردان شود، زندگی (سخت و) تنگی خواهد داشت» (طه، ۱۲۴). این نوع اضطراب پایه‌ای با ایجاد بی‌معنایی، خلأ وجودی^۱ و از خودبیگانگی (گود^۲ و گود، ۱۹۷۴)، ریشه روان‌آزردگی و اضطراب روزمره‌ای است که سلامت روانی را تهدید می‌کند. تحقیقات استرجن و حاملی^۳ (۱۹۷۹؛ به نقل از شوئیگر و ادلسون،^۴ ۲۰۰۴) و نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی (۱۳۸۹) نیز تأیید کرد که «اضطراب وجودی» می‌تواند خاستگاه اولیه بیماری‌های روانی، به‌ویژه اضطراب مرضی و بالینی باشد. از دریچه نگاه فرانکل،^۵ ما از یک منبع غنی معنابخش به نام ناهشیار معنوی برخورداریم که متأسفانه نادیده گرفته می‌شود. به باور او سرکوب احساس مذهبی عامل روان‌آزردگی است. در این معنا روان‌آزردگی غرامتی است که بشر برای جدایی از خدای ناهشیار خود می‌پردازد. نه تنها لیبیدوی ناهشیار و سرکوب‌شده وجود دارد، بلکه احساس مذهب سرکوب‌شده و ناهشیار نیز می‌شود؛ بر این اساس، راه درمان خلأ وجودی مانند سایر اختلالات روانی بازیابی آنچه به سطح ناهشیار رانده شده است (فرانکل، ۱۳۷۵، ص ۲۲ و ۷۹ و ۱۰۸؛ محمدپور، ۱۳۸۵، ص ۱۸۰-۱۸۵).

در آموزه‌های اسلامی از برقراری ارتباط با خدا و ذکر و یاد او به‌عنوان عامل گشایش و تعالی روانی یاد شده است که برای انسان آثار روان‌شناختی و سلامت‌بخشی بسیاری را به ارمغان می‌آورد (امام صادق علیه السلام، ۱۴۰۰ق، ص ۱۲۱). به هنگام غفلت‌زدایی از طریق ذکر و دعا، دل روشنی و جلا می‌یابد و انسان احساس می‌کند که با اصل خود ارتباط پیدا کرده و نیز یک نحوه ارتباطی است که از عمق جان آدمی برمی‌خیزد. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «إِنَّ اللَّهَ سُبْحَانَهُ وَتَعَالَى جَعَلَ الذِّكْرَ جِلاَةً لِلْقُلُوبِ تَسْمَعُ بِهِ بَعْدَ الْوَقْرَةِ وَتُبْصِرُ بِهِ بَعْدَ الْعَشْوَةِ وَتَتَّقَادُ بِهِ بَعْدَ الْمَعَانِدَةِ؛ همانا خدای سبحان و بزرگ، ذکر و یاد خود را روشنی‌بخش دل‌ها قرار داد، تا گوش پس از ناشنوایی بشنود و چشم پس از کم‌نوری بنگرد و انسان پس از دشمنی رام گردد» (شریف الرضی، ۱۳۷۹، ص ۴۵۵). ذکر حالتی است که به انسان توجه، آگاهی و هشیاری به ارمغان می‌آورد. انسان‌های مؤمن در گرداب ترس از تنهایی و آینده‌ای مبهم، با ذکر خدا انس گرفته و آرامش می‌یابند؛ «إِنْ أَوْحَشْتَهُمُ الْعُرْيَةَ أَنْسَهُمُ ذِكْرَكَ» (همان، ص ۴۶۵).

1. existential vacuum
2. Good
3. Sturgeon and Hamley
4. Shreve-Neiger & Edelstein
5. Frankl, V. E.

۶. اگر تنهایی و غربت به وحشتان اندازد، یاد تو آرامشان می‌کند.

خداآگاهی و ذکر و یاد خدا، با ایجاد ارتباط و اتصال به این منبع هستی‌بخش الهی و با هشیار ساختن انسان نسبت به این وجود متعالی در درون خویشتن، راه سلامت را باز می‌جوید. در چنین حالتی است که انسان با ذکر و یاد خدا، به منبع غنی ایمن متصل و از بیم و اضطراب و اندوه و نومیدی رها می‌شود؛ «إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ؛ کسانی که گفتند: پروردگار ما الله است، سپس استقامت کردند، نه بیمی برای آنان است و نه اندوه‌گین می‌شوند (احقاف، ۱۳). بنابراین، ذکر و یاد خدا ترس و اضطراب را از انسان می‌کاهد و به او ایمنی می‌بخشد، زیرا انسان خداآگاه با چنگ زدن به ریسمان بندگی خدا نسبت به هراس خود امداد می‌جوید و اضطرابش ایمنی می‌یابد و با ذکر و یاد خدا، روانش زنده می‌شود و با راز و نیازش با خدا، ترسش تسکین می‌یابد؛ «بِحَبْلِ طَاعَتِكَ مَدَدْتُ رَهْبَتِي مَوْلَايَ بِذِكْرِكَ عَاشَ قَلْبِي وَبِمَنَاجَاتِكَ بَرَدْتُ أَلَمَ الْخَوْفِ عَنِّي»^۱ (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۲، ص ۵۹۲).

در تبیینی دیگر، از آنجا که یکی از دلایل ناآرامی و اضطراب انسان، احساس نقص، ضعف و درماندگی است؛ فرد با ارتباط و اتصال به تکیه‌گاه مطمئن و قدرت برتر ایمنی‌بخش، این احساس منفی هیجانی از بین رفته و به آرامش دست می‌یابد. این اتصال همراه با ایجاد تعادل باطنی است که در اثر آن تغییراتی در کانون قوای شخصی از حالت عصبی و نگران بودن، به حالت آرامش و صلح و صفا می‌باشد (جیمز، ۲۰۰۲؛ به نقل از: آذربایجانی، ۱۳۸۷، ص ۲۶۱ و ۲۶۶). ذکر خدا در هر سطحی که باشد، با شدت و ضعف آن نیروبخش، تاب‌آور، استقامت‌ده و یاری‌رسان است (بقره، ۴۵ و ۱۵۳). اینجاست که یاد خدا شفابخش می‌شود؛ «ذِكْرُ اللَّهِ شِفَاءٌ الْقُلُوبِ؛ یاد خدا شفابخش روان است» (پاینده، ۱۳۸۲، ص ۴۹۳) و از همین روست که به ذکر نام او برای درمان خود چنگ می‌نهم؛ «يَا مَنْ اسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شِفَاءٌ؛ ای کسی که اسم او دارو و یادش شفاست» (ابن طاووس، ۱۴۰۹ق، ج ۱، ص ۷۰۹). با این تبیین شاید اثر روان‌درمانی ذکرگویی در اضطراب، به این گونه باشد که فرد دیگر ترسی را که منبع آن نامشخص و مبهم است، به دل راه ندهد (شرفاوی، ۱۳۶۳، ص ۴۸۰).

نتایج این پژوهش، گام مثبتی است در تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای اسلامی-روان‌شناختی و تکنیک‌های روانی-معنوی انتظام‌یافته براساس متون مأثور اسلامی. با توجه به اینکه در طرح پژوهشی کنونی از روش مقبول و معتبر مداخله‌ای، یعنی روش آزمایش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در فهرست انتظار بهره گرفته شد، نتایج آن را در کاربردهای بالینی (دست‌کم به صورت مکمل و یکپارچه با روش‌های دیگر) درمان و کاهش اضطراب تعمیم‌یافته و سایر اختلالات

۱. به ریسمان بندگی‌ات هراسم را مدد می‌رسانم، ای آقا و سرورم به ذکر و یاد تو قلبم زنده گشته و با مناجات و راز و نیازت، درد ترس را می‌کاهم (بخشی از دعای ابوحمزه ثمالی).

اضطرابی چون ترس و هراس به کار گرفت. البته با توجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش فقط زندانیان مرد در یک ندامتگاه بودند، طبعاً انجام پژوهش‌های مکرر در همین زمینه در جوامع آماری دیگر می‌تواند به تحکیم و تعمیم این نتیجه و غنای ادبیات پژوهشی در این باره کمک شایانی کند؛ افزون بر اینکه می‌توان کارآمدی ذکرگویی (در قالب همین پروتکل و با استخراج و انتخاب ذکرهای متناسب) را در دیگر اختلالات مشابه روانی، همچون افسردگی نیز بررسی کرد.

منابع

۱. قرآن کریم، ترجمه آیت‌الله مکارم شیرازی.
۲. ابن طاووس، علی بن موسی (۱۴۰۹ق)، اقبال الاعمال، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۳. احمدی، خدابخش و همکاران (۱۳۹۱)، «نقش دلبستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر»، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، س ۶، ش ۱، ص ۱-۹.
۴. آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۷)، روان‌شناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۵. اکبری، مصطفی و همکاران (۱۳۹۰)، «اثر بخشی آوای قرآن بر کاهش میزان اضطراب زندانیان»، طب و تزکیه، س ۲۰، ش ۳ و ۴، ص ۲۵-۳۱.
۶. امام صادق (ع) (۱۴۰۰ق)، مصباح الشریعة، بیروت: مؤسسة الأعلمی للمطبوعات.
۷. بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک (۱۳۸۳)، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، س ۳۴، ش ۲، ص ۴۱-۶۴.
۸. بوترابی، خدیجه (۱۳۸۲)، «وجوه مشترک بهداشت روانی در ادیان توحیدی و کتب مقدس»، اسلام و بهداشت روان ۲ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، تهران: معارف.
۹. بیانی، علی اصغر و همکاران (۱۳۸۷)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ش پیاپی ۳۹، ص ۲۰۹-۲۱۴.
۱۰. پاینده، ابوالقاسم (۱۳۸۲)، نهج الفصاحه، تهران: دنیای دانش.
۱۱. پناهی، علی احمد (۱۳۸۷)، «نقش نماز در آرامش روان»، فصلنامه روان‌شناسی و دین، س ۱، ش ۱، ص ۱۵-۲۸.
۱۲. پهلوانی‌نژاد، شریف الزمان (۱۳۸۷)، بررسی عوامل مؤثر در کاهش فشارهای روانی از دیدگاه قرآن و حدیث، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد شمال.
۱۳. تان، سیانگ-یانگ و نتالی جی دانگ (۱۳۸۳)، «دخالت معنویت در بهبودی و تمامیت»، ترجمه مهدی شیرینی، نقد و نظر (دین و بهداشت روانی ۱)، ش ۳۳ و ۳۴، ص ۳۸۷-۳۹۳.

۱۴. تورسن، کارل ای. و همکاران (۱۳۸۳)، «معنویت، دین و بهداشت-شواهد، موضوعات و علائق»، ترجمه احمدرضا جلیلی، فصلنامه نقد و نظر (دین و بهداشت روانی ۱)، ش ۳۳ و ۳۴، ص ۱۶۶-۲۱۶.
۱۵. جیمز، ویلیام (۱۳۷۲)، دین و روان، ترجمه مهدی قانعی، تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
۱۶. دادستان، پریخ؛ مسعود جان‌بزرگی و ناهید نوری (۱۳۸۰)، «تأثیر روش تنش‌زدایی بر اضطراب، پیشرفت تحصیلی و حافظه کودکان دبستانی»، مجله روان‌شناسی، س ۵، ش ۱ (پیاپی ۱۷)، ص ۴-۳۰.
۱۷. رادفر، شکوفه و زهرا عروجی (۱۳۸۲)، «بررسی نقش نماز در میزان شیوع اضطراب در دختران دانش‌آموز مقطع دبیرستان شهرستان قم سال تحصیلی ۷۸-۷۹»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۱۱۹-۱۲۶.
۱۸. رضایی محمد؛ اسماعیل سعدی‌پور؛ فردین دارابی و جواد محمدی (۱۳۹۷)، «بررسی تأثیر تلاوت قرآن بر سلامت روان»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۱۲، ش ۲۳، ص ۱۱۹-۱۳۲.
۱۹. روحی عزیزی، مهتاب و مریم روحی عزیزی (۱۳۸۲)، «تأثیر نماز به‌عنوان یکی از ارکان اسلام بر سلامت جسمانی-روانی نسل جوان»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۲۲۳-۲۲۸.
۲۰. ساعتچی، محمود؛ کامبیز کامکاری و مهناز عسگریان (۱۳۹۳)، آزمون‌های روان‌شناختی، تهران: نشر ویرایش.
۲۱. سرگلزایی، محمد و دیگران (۱۳۸۲)، «همبستگی بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت روانی»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۲۱۵-۲۲۲.
۲۲. سیدفاطمی، نعیمه؛ محبوبه رضایی؛ اعظم گیوری و فاطمه حسینی (۱۳۸۵)، «اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان»، فصلنامه پایش، س ۵، ش ۴، ص ۲۹۵-۳۰۴.
۲۳. شجاعیان، رضا و افشین زمانی منفرد (۱۳۸۱)، «ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۸، ش ۲، ص ۳۳-۳۹.

۲۴. شرفاوی، حسن محمد (۱۳۶۳)، گامی فراسوی روان‌شناسی اسلامی، ترجمه و نگارش سیدمحمدباقر حجتی، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۲۵. شریف الرضی، محمد بن حسین (۱۳۷۹)، نهج البلاغه، ترجمه محمد دشتی، قم: مشهور.
۲۶. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۲)، الگوهای روان‌درمانی یکپارچه، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۲۷. شیخیان، محمدرضا و سهیلا میثمی بناب (۱۳۹۸)، «تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی-رفتاری در بیماران همودیالیزی»، روان‌شناسی و دین، س ۱۲، ش ۴۸، ص ۴۳-۵۲.
۲۸. طوسی، محمد بن الحسن (۱۴۱۱ق)، مصباح‌المتجهّد و سلاح‌المتعبّد، بیروت: مؤسسه فقه الشیعه.
۲۹. عطاری، محمدعلی؛ پروین ساجدی و سیدمرتضی حیدری (۱۳۷۹)، «بررسی تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب و ثبوت علایم حیاتی بیماران قبل از القا بیهوشی»، فصلنامه طب و تزکیه، ش ۳۷، ص ۹۱-۹۴.
۳۰. فرانکل، ویکتور (۱۳۷۵)، خدا در ناخودآگاه، ترجمه ابراهیم یزدی، تهران: رسا.
۳۱. فردریکسون، باربارا ال (۱۳۷۸)، «دین چگونه به سلامتی و بهزیستی [ما] کمک می‌کند؟ آیا هیجان‌های مثبت عناصر فعال آن هستند؟»، ترجمه سیدهدانی موسوی، فصلنامه روان‌شناسی و دین، ش ۳، ص ۱۲۷-۱۴۰.
۳۲. فونتانا، دیوید (۱۳۸۵)، روان‌شناسی، دین و معنویت، ترجمه الف، ساوار، قم: ادیان.
۳۳. قمی، شیخ عباس (۱۳۷۷)، مفاتیح‌الجنان، مشهد: هاتف.
۳۴. کراز، ژ؛ محمود منصور و پریخ دادستان (۱۳۸۱)، بیماری‌های روانی، تهران: انتشارات رشد.
۳۵. کفعمی، ابراهیم بن علی عاملی (۱۴۰۵ق)، المصباح‌للكفعمی (جنة الأمان الواقیة)، قم: دارالرضی.
۳۶. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۶۵)، الکافی، تهران: اسلامیه.
۳۷. گل‌پرور، محسن و سروره خاکسار (۱۳۸۸)، «سلامت عمومی دانشجویان تابعی از جهت‌گیری مذهبی، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای»، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۳، ش ۴، ص ۴۳-۶۴.
۳۸. گله‌دار، نسرین و ماندانا ساکی (۱۳۸۲)، «تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۱۱۳-۱۱۸.

۳۹. گنجی، حمزه (۱۳۸۴)، ارزشیابی شخصیت، تهران: انتشارات ساوالان.
۴۰. لطفی کاشانی، فرح؛ بهرام مفید و سعیده سرافراز (۱۳۹۲)، «اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان»، فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، س ۷، ش ۲۷، ص ۲۷-۳۶.
۴۱. محمدرضا، احمدرضا (۱۳۸۵)، ویکتور امیل فرانکل بنیانگذار معنا درمانی، تهران: دانژه.
۴۲. محمدی ری شهری، محمد (۱۳۶۲)، میزان الحکمة، قم: دارالحدیث.
۴۳. نجاتی، محمدعثمان (۱۳۷۳)، قرآن و روان‌شناسی، ترجمه عباس عرب، مشهد: آستان قدس رضوی.
۴۴. نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۲)، «شواهد پژوهشی در رابطه بین وابستگی مذهبی و افسردگی»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۱۵-۲۲.
۴۵. نورعلیزاده میانجی، مسعود و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۹)، «رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آنها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی»، روان‌شناسی و دین، س ۳، ش ۲ (پیاپی ۱۰)، ص ۲۹-۴۴.
۴۶. نورعلیزاده میانجی، مسعود (۱۳۹۵)، شخصیت متعالی و سلامت روانی در پرتو خداآگاهی، قم: پژوهشکده باقرالعلوم.
۴۷. واعظی، سیداحمد و همکاران (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه دعا و اضطراب»، اسلام و بهداشت روان ۱ (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان در سال ۱۳۸۰)، قم: نشر معارف، ص ۱۵۳-۱۸۷.
۴۸. یگانه، طیبه و عباسعلی حسین خانزاده (۱۳۹۲)، «مقایسه سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار»، فصلنامه روان‌شناسی و دین، س ۶، ش ۱ (پیاپی ۲۱)، ص ۴۵-۵۸.
49. Folk, Jim; Folk, Marilyn. (2015), "Anxiety Effects on Society Statistics", (27.03.2017). <http://www.anxietycentre.com/anxiety-statistics-information.shtml>.
50. Frunza, M. (2007), "Ethical Aspects of Spiritual Medicine. The Case of Intercessory Prayer Therapy", *Journal for the Study of Religions and Ideologies*. V. 6, nr. 17, p. 101-115.
51. Good, L. R., & Good, K. C. (1974), "A preliminary measure of existential anxiety", *Psychological Reports*, 34, p. 72-74.

52. Hill, Peter C. & Pargament, Kenneth I. (2003), "Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research", *American Psychologist*. 58 [1], p. 64-74.
53. Lawshe, C. H. (1975), "A quantitative approach to content validity¹", *Personnel Psychology*. 28(4), 563-575.
54. Liu, Chun-Ju & et al. (2008), "A study on the efficacy of body–mind–spirit group therapy for patients with breast cancer", *Journal of Clinical Nursing*. 17, p. 2539–2549.
55. Maltby, John. (1999), "Religious Orientation and Eysenck's Personality Dimensions: The Use of the Amended Religious Orientation Scale to examine the Relationship Between Religiosity, Psychoticism and Extraversion", *Personality and Individual Difference*. 26, p. 79-84.
56. Miller, G. (2003), *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique*, New Jersey in Canada. Willey & Sons.
57. National Institute of Mental Health (NIMH), "Any Anxiety Disorder Among Adults", (27.03.2017), <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-anxiety-disorder-among-adults.shtml>.
58. Peacock, James R. and Poloma, Margaret M. (1999), "Religiosity and Life Satisfaction Across the Life Course", *Social Indicators Research*. 48, p 321-345.
59. Propst L.R. & et al. (1992), "Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(1), p. 94-103.
60. Shreve-Neiger, A.K. & Edelstein, B.A. (2004), "Religion and anxiety: A critical review of the literature", *Clinical Psychology Review*. 24, p. 379–397.
61. Wade, Nathaniel G. & et al. (2007), "Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy", *Psychotherapy Research*. 17 (1), p. 91-105.

62. Waltz, C. F., & Bausell, B. R. (1981), *Nursing research: design statistics and computer analysis*, New York: Davis FA.
63. Williams, Allison. (2010), "Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada", *Social Science & Medicine*. 70, p. 1633–1640.

پیوست

خلاصه طرح‌نمای برنامه ذکرگویی کاهش اضطراب

چگونگی و شرایط ذکرگویی

- ✓ زمان: دو وعده (صبح و شب): پس از نماز صبح و مغرب عشا؛ یا ابتدای روز و شروع به فعالیت و انتهای شب پیش از خواب. در صورت فراموشی هر وقت یادتان افتاد قضا کنید؛
- ✓ مکان: تا حد امکان در محل نماز و جای آرام و ساکت؛
- ✓ سعی شود حداقل مکان با وضو و طهارت و لباس پاکیزه مشغول به ذکر شوید؛
- ✓ با پاکسازی درونی به وسیله استغفار، طلب بخشودگی و توبه همراه باشد؛ چراکه وقتی تیرگی‌ها زدوده می‌شود، طراوت و روشنائی درونی ظاهر می‌گردد؛
- ✓ ذکرگویی با حالت توجه درونی و حضور قلب و اخلاص (توجه منحصر به خدا و به ذکر که مشغول به آن هستید) باشد؛
- ✓ خود را در حالتی تصور کنید که امیدتان از هر چیزی بریده است (مانند دعای فرد در حال غرق شدن) و در حالت انقطاع، اضطراب و دل‌شکستگی مشغول به ذکر باشید؛ چراکه خداوند می‌فرماید: «من در کنار قلب‌های شکسته‌ام».
- ✓ سیر تدریجی و افزایشی داشته باشید: ابتدا فقط ذکر زبانی، بعد ذکرگویی با توجه و هشیاری خاص، بعد ذکرگویی با توجه به معانی آنها، سپس ذکر باطنی و درونی و در نهایت کوشش در تجلی مفاهیم و حقیقت اذکار در وجود خویش گویی که همه وجودتان غرق در خدا و در حضور اوست.
- ✓ تکرار و مداومت داشته باشید؛ که نتیجه آن اقبال قلب و گشودگی روحی و روانی و برطرف شدن سختی کار است؛
- ✓ در مراحل پایانی، سعی کنید ذکر خدا را در تمامی اوقات و امور زندگی گسترش دهید؛
- ✓ در مراحل نهایی، سعی کنید هنگام ذکرگویی نفس خود را فراموش کنید، متوجه خود نباشید و فقط به خدا و حضور او فکر کنید.

جدول ذکرها و دعاهای منتخب برای ذکرگویی

شماره	مراحل ذکر	محتوای ذکر	مقدار ذکرگویی
<p>شروع هر ذکرگویی: با «بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ» و «استغفار و طلب بخشودگی» پایان هر ذکرگویی: شکرگزاری و سپاس از توفیق الهی و موفقیت در ذکر و یاد او</p>			
۱	ذکر دائمی	لا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ	هر مقدار که توانستید پیشنهاد: هر وعده ۱۰۰ بار
۲	ذکر اولیه	لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ الْعَلِيِّ الْعَظِيمِ	دو وعده در روز، هر وعده هفت بار
۳	ذکر میانی	<p>حضرت رسول ﷺ این ذکر را به مردی از صحابه که به ناخوشی و پریشانی مبتلا بود، تعلیم فرمود و از برکت خواندن این دعا به اندک زمانی از او برطرف شد.</p> <p>لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ، تَوَكَّلْتُ عَلَى اللَّهِ الَّذِي لَا يَمُوتُ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي لَمْ يَتَّخِذْ وَلِداً وَلَمْ يَكُنْ لَهُ شَرِيكٌ فِي الْمُلْكِ وَلَمْ يَكُنْ لَهُ وِليٌّ مِنَ الدَّلِّ وَ كَبْرُهُ تَكْبِيراً (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۸، ص ۹۳).</p> <p>سپس بعد از آن بگو: اَللّٰهُمَّ اِنِّى اَسْتَجِىْرُكَ بِاَمَانِكَ فَصَلِّ عَلٰى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ وَ اَمْنِىْ فَاِنَّكَ لَا تَخْذُلُ مَنْ اَمَّنْتَهُ (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۹۰).</p> <p>خداوندا! بيم من به امان تو پناه گزيده، پس بر محمد و آل او درود فرست و مرا ايمنى بخش، زيرا هر کس را که تو امان دهی خوار و محروم نمی گردانی.</p>	دو وعده در روز هر وعده هفت بار
۴	ذکر نهایی	<p>دعای اویس قرنی:</p> <p>يَا سَلَامَ الْمُؤْمِنِ الْمُهَيَّبِ الْعَزِيزِ الْجَبَّارِ الْمُتَكَبِّرِ الطَّاهِرِ الْمَطَهَّرِ الْقَاهِرِ الْقَادِرِ الْمُقْتَدِرِ، يَا مَنْ يُنَادِي مِنْ كُلِّ فَجٍّ عَمِيقٍ بِالسَّبْتِ سَبْتِي وَ لِعَاتٍ مُّخْتَلِفَةٍ وَ حَوَائِجِ أُخْرَى، يَا مَنْ لَا يَشْغَلُهُ شَأْنٌ عَنْ شَأْنٍ، أَنْتَ الَّذِي لَا تُغَيِّرُكَ الْأَزْمِنَةُ وَ لَا تُحِيْطُ بِكَ الْأَمْكِنَةُ وَ لَا تَأْخُذُكَ سِنَةٌ وَ لَا نَوْمٌ، يَسِّرْ لِي مِنْ أَمْرِي مَا أَخَافُ عُسْرَهُ وَ فَرِّجْ لِي مِنْ أَمْرِي مَا أَخَافُ كَرْبَهُ وَ سَهِّلْ لِي مِنْ أَمْرِي مَا أَخَافُ حَزْنَهُ. سُبْحَانَكَ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ، إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ؛ عَمِلْتُ سُوءاً وَ ظَلَمْتُ نَفْسِي، فَاعْفُزْ لِي إِنَّهُ لَا يَغْفِرُ الذُّنُوبَ إِلَّا أَنْتَ؛ وَ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ وَ لَا حَوْلَ وَ لَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ الْعَلِيِّ الْعَظِيمِ وَ صَلَّى اللَّهُ عَلَى نَبِيِّهِ وَ آلِهِ وَ سَلَّمَ تَسْلِيماً (كفعمی، ۱۴۰۵ق، ص ۲۸۳).</p> <p>ای سلامتی بخش، ایمنی ده، مراقب ... آنچه بيم دشواری را دارم، برایم آسان گردان؛ و آنچه بيم گرفتاری را دارم از کارم بگشا؛ و از آنچه بيم ناهمواری و اندوهش را دارم، برایم هموار ساز...</p>	دو وعده در روز هر وعده هفت بار

جدول زمانی برنامه ذکرگویی

توضیح	شماره ذکر	هفته
تکرار ذکر مورد نظر	۲	اول
ذکرگویی با توجه به معانی و مفاهیم و با تدبّر و حضور قلب	۲	دوم
تکرار ذکر مورد نظر	۳	سوم
ذکرگویی با توجه به معانی و مفاهیم و با تدبّر و حضور قلب	۳	چهارم
تکرار ذکر مورد نظر	۴	پنجم
ذکرگویی با توجه به معانی و مفاهیم و با تدبّر و حضور قلب	۴	ششم

فرم هفتگی ارزیابی، نظارت و مراقبت بر خویشتن

روز	تاریخ	میزان موفقیت در ذکرگویی	موانع یا اسباب موفقیت	احساس قبل از ذکرگویی	احساس بعد از ذکرگویی	فکرهایی که به ذهن می‌رسد
شنبه						
یکشنبه						
.						
.						
.						
جمعه						

تذکر: برای هر هفته از این جدول تهیه کنید و حداقلاً مکان همه موارد را هر روز، آخر شب پر کنید و اگر نشد حداقل میزان موفقیت و موانع و اسباب آن یادداشت شود.

وظایف درمانگر و اجرا کننده

الف) وظایف آموزشی-توجیهی

توضیح و یادآوری موارد زیر (محتوای آنها به‌طور تفصیلی در پروتکل و جزوه آموزشی اصلی موجود است) در جلسات آموزشی-توجیهی (توضیح اصلی در جلسه اول و در جلسات بعدی تکمیل توضیحات و یادآوری موارد دیگر):

۱. انگیزه‌سازی برای ذکرگویی، با بازگویی اهمیت، فضیلت و جایگاه ذکر و یاد خدا در زندگی انسان و فواید آن، به‌ویژه آثار روان‌شناختی آن؛

۲. امیدبخشی و افزایش محبت و علاقه، با یادآوری محبت خدا به انسان و پذیرش و بخشش او و دور از دسترس نینداشتن و سخت ندانستن رشد و تعالی؛
۳. مفهوم و مراتب ذکر و منطق و فرمول ذکرگویی؛
۴. چرایی و چگونگی ارتباط انسان با خدا، عوارض قطع این ارتباط و فواید برقراری ارتباط با خدا؛
۵. عوامل و موانع ارتباط با خدا؛
۶. چگونگی و شرایط ذکرگویی، به صورت روشن و عملیاتی؛
۷. فرایند و مراحل برنامه ذکرگویی و وضعیت مطلوب تر آن؛
۸. جدول زمان بندی و طبقه بندی اذکار، وعده‌های ذکرگویی و میزان و مقدار آن؛

ب) وظایف اجرایی، پیگیری، نظارت و ارزیابی

۹. اجرای تدریجی و هفتگی برنامه ذکرگویی؛ هر هفته مجزا برنامه‌ها و اذکار مربوطه داده می‌شود و نباید همه جدول اذکار یکجا داده شود. منطق کار به گونه‌ای است که بعد از شروع برنامه ذکرگویی از ذکرهای کم و آسان، توانایی و اعتماد به نفس افراد به تدریج افزایش می‌یابد و از نارزنده‌سازی یا دشواری کار بازداری می‌شود؛
۱۰. ابتدای هر هفته (به‌ویژه هفته‌های دوم که باید ذکرها با توجه به معانی و حضور قلب انجام شود)، معانی و مفاهیم ذکرها به صورت شفاف بازگو می‌شود و به آنها حضور خدا و ارتباط با او یادآوری و القا می‌گردد؛
۱۱. در هر جلسه بازخوردهای لازم در مورد تأثیر اذکار در آنها و احساس‌شان نسبت به آن گرفته می‌شود از آنها خواسته شود که احساس‌ها و تجارب معنوی و رمز موفقیت خود را بازگو کنند و اگر برخی با مشکلی در اجرای برنامه داشته است، برطرف می‌گردد. سعی می‌شود به توان‌افزایی و موفقیت و تجارب معنوی و لذت‌بخش آنها تکیه شود و افراد موفق‌تر تشویق شود؛
۱۲. در مورد نحوه ارزیابی، مراقبه و نظارت بر خویش‌توضیح داده می‌شود. تأکید شود که این فرم‌ها روزانه آخر شب حداقل امکان به صورت کامل پر شود. توضیح داده شود که این کار بر آگاهی و حالت حضور آنها به‌طور کلی می‌افزاید و از تبلی، غفلت و بی‌توجهی به دور می‌کند.