



## اثربخشی مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۸/۱۵

### چکیده

طاهره امامی (MA)<sup>۱\*</sup>

فاطمه عباسی واسکسی (MA)<sup>۲،۳</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران.

۳. موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، قائمشهر، ایران.

\*نویسنده مسئول: طاهره امامی

تهران، دانشگاه پیام نور، گروه روان‌شناسی.

Email:

tahere.emami1366@gmail.com

**سابقه و هدف:** اختلال اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی مشاهده‌شده در مراکز بالینی و جمعیت عمومی است. با این وجود اثربخشی مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی در درمان مشکلات ناشی از این بیماری مورد توجه قرار نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و پس از احراز ملاک‌های لازم وارد فرایند مطالعه شده و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی قرار گرفتند که طی ۴ جلسه‌ی گروهی به صورت یک بار در هفته ارائه شد. هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب بک و نشخوار فکری (RRS) را در دو مرحله پیش و پس از اجرای آموزش تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی به صورت معناداری موجب کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $P \leq 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی می‌تواند یکی از گزینه‌های مؤثر در کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کنار سایر مداخلات دارویی باشد. یافته‌های این مطالعه، موید قابل‌قبول بودن مباحث نظری ارائه‌شده در این حوزه می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی، کاهش اضطراب، نشخوار فکری، اختلال اضطراب فراگیر

### مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند (۱). در این میان اختلال اضطراب فراگیر (GAD) که یکی از مقاوم‌ترین اختلالات به درمان این گروه می‌باشد، به طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار که غیرقابل کنترل و فراگیر است مشخص می‌گردد و اضطراب ناشی از آن معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است (۲).

اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده و نیز به‌عنوان یک عامل خطر در سبب‌شناسی گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی به‌ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه‌ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از چالش‌های مهم در محافل بالینی است (۳). افراد مبتلا به اختلال اضطراب به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر، در اثر احساس‌های مزمن و شدید اضطراب درمانده می‌شوند. این احساس‌ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال قادر نیستند فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند. اضطراب موجب ناخوشایندی این افراد می‌شود و سبب می‌گردد که نتوانند از

موقعیت‌های عادی لذت ببرند، علاوه بر آن، این افراد می‌کوشند از موقعیت‌هایی که باعث می‌شوند احساس اضطراب کنند اجتناب ورزند. به علت ماهیت عاجزکننده و اختلال‌های مربوط، داروهای تجویزی برای اضطراب، از جمله پر مصرف‌ترین داروها در جهان هستند (۴).

طی دو دهه گذشته، نشخوار فکری به‌عنوان سازه‌ای مهم در فهم چگونگی ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نشخوار فکری به‌طور معنی‌داری با آسیب‌پذیری برای خلق افسرده و سیمایه‌های مشخص اختلالات اضطرابی ارتباط دارد (۵).

Seegerstrom و همکاران در پژوهشی نشان دادند که افکار بازانجامی همچون اندیشناکی و نشخوار فکری تفاوتی در رابطه با اضطراب و افسردگی ندارند (۶). علاوه بر این، Muris و همکاران نشان دادند که در نمونه غیربالینی اندیشناکی و نشخوار فکری، در مقایسه با افسردگی به‌طور نیرومندتری با اضطراب ارتباط دارند (۷). تداوم اختلال اضطراب فراگیر، در صورت درمان نشدن، موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در ابعاد مختلف عملکردی فرد خواهد شد (۸). با

وجود مطالعات گسترده در حوزه درمان اختلال اضطراب فراگیر و همبسته‌های روانشناختی آن، اکثر پژوهش‌ها کاستی‌های مطالعات پیشین و نتایج درمانی نامیدکننده را به دلیل فقدان مدل خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیرقابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مد نظر قرار دهد (۹).

گسترده‌گی مسأله اختلال اضطراب فراگیر باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارو درمانی و روان درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با این حال علی‌رغم تأثیر روش‌های مختلف، به نظر می‌رسد در پاره‌ای از مواقع در بلندمدت، دارو درمانی و روان درمانی نمی‌تواند مفید و موثر واقع گردد. دلیل این امر آن است که با وجود تأکید بر افکار ناکارآمد و غیر منطقی و جایگزین نمودن آن با افکار کارآمد در روان درمانی، فرد به دلیل نداشتن معنا و مفهوم در زندگی خود نمی‌تواند فلسفه حیات را درک نموده و در نتیجه احساس ناامنی باعث می‌شود که افکار منفی و اضطراب مجدداً در ذهن فرد جریان یابد (۱۰). به همین دلیل، در سال‌های اخیر معنویت و مراقبت معنوی به‌عنوان عاملی مهم و تأثیرگذار برای ارتقای سلامت روان، مورد توجه قرار گرفته است (۱۱).

بر اساس گزارش بیماران، اعتقاد به خدا عامل مهمی در تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان است، که اغلب بیشتر از اثر درمان است (۱۲). شواهد حاکی از آن است که تأمین نیازهای معنوی افراد بستری، در سرعت بهبودی و دستیابی به سلامت معنوی و کاهش اضطراب بسیار مهم است. تجربه معنوی می‌تواند به فرد کمک کند تا با شرایط استرس‌زای زندگی و بهبود شرایط گام بردارد (۱۳). همچنین باورها و فعالیت‌های مذهبی منجر به سلامت معنوی بهتر بیماران گردیده است (۱۴).

ابعاد مراقبت معنوی، همه جنبه‌های مراقبت‌های بهداشتی را فراهم می‌کند و چارچوبی برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی برای برقراری ارتباط با بیماران، گوش دادن به ترس و نگرانی آن‌ها و همچنین مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری مشترک به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع فراهم می‌کند (۱۵). مشاوره معنوی نوعی درمان روان‌شناختی است که درمانگر، درمانجو را در جهت کاوش در موضوع‌ها و مسایل معنوی که مرتبط با بهبودی و بازیابی سلامت او است، هدایت می‌کند، در واقع مشاوره معنوی مداخله‌ای متکی بر قدرت بالقوه ایمان و معنویت مددجو در راستای درمان و بهبودی وی می‌باشد (۱۶). همچنین ممکن است شامل مراقبه، آزادی احساسات، افشای معنوی، یادداشت‌های روزانه، نماز و یا مطالعه کتاب مقدس و قرائت الهام‌بخش باشد (۱۷). مطالعات بسیاری در مورد نقش مراقبت معنوی در درمان اضطراب و اختلالات اضطرابی انجام شده است که حاکی از این مسأله هستند که مداخلات مبتنی بر معنویت می‌تواند موجب کاهش علائم و مشکلات اختلالات اضطرابی شود. به‌طور مثال، مومنی و همکاران نشان دادند که برنامه مراقبت معنوی، اضطراب بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلب را کاهش می‌دهد (۱۸). علاوه بر این باقری و همکاران نیز نشان دادند که رفتار درمانی مبتنی بر معنویت، بر کاهش میزان اضطراب زنان دارای همسران معنادار تأثیر معنادار دارد (۱۹).

Koenig نیز با تدوین مدل روان‌درمانی مبتنی بر معنویت، اثربخشی آن را بر علائم افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار داد و نشان داد که مدل درمانی مبتنی بر مراقبت بر کاهش علائم اضطرابی افراد دارای اختلالات اضطرابی تأثیر معنادار دارد (۱۴). از آنجا که پژوهش‌های محدودی در مورد تأثیر مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به

اختلال اضطراب فراگیر به صورت تجربی و آموزشی صورت گرفته است، و همچنین با توجه به اینکه مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی می‌تواند در ایجاد و حفظ آرامش، تمرکز و کاهش اضطراب و استرس و بالابردن سلامت روانی بیماران موثر باشد، در این پژوهش به این رویکرد توجه شده است. بنابراین هدف اصلی در این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. با توجه به نکات مطرح‌شده به نظر می‌رسد بررسی ظرفیت‌های مداخلات مبتنی بر مراقبت معنوی در بهبود اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند نقش مهمی در گسترش ابعاد نظری و کاربردی دانش روانشناختی در درمان این مشکلات داشته باشد.

### مواد و روش‌ها

روش تحقیق، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و از نظر هدف، کاربردی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر ساری در سه ماهه اول سال ۱۴۰۰ بودند. پس از انجام مصاحبه بالینی و مصاحبه‌ی ساختاریافته جهت تشخیص اختلالات اضطراب فراگیر توسط روانشناس بالینی، تعداد ۳۰ نفر از بین بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر به صورت در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از اخذ رضایت آگاهانه به روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل)، با توجه به معیارهای ورود و خروج قرار گرفتند. در نظر گرفتن این تعداد برای هر یک از گروه‌ها، بر اساس توصیه‌های مطرح‌شده توسط دلاور (۱۳۹۸) برای تعداد نمونه در پژوهش‌های آزمایشی بود.

ملاک‌های ورود شامل: نداشتن سوء مصرف مواد؛ عدم دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماه اخیر؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ داشتن اضطراب خفیف رو به بالا (نمره ۸ به بالا)؛ بر اساس نمره‌ی آن‌ها در سیاهه‌ی اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران و همچنین بر اساس مصاحبه‌ی بالینی انجام‌شده توسط روانشناس بالینی؛ داشتن دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال. ملاک‌های خروج نیز شامل: رعایت نشدن ملاک‌های ورود در هر مرحله از آموزش؛ غیبت بیشتر از یک جلسه در جلسات مشاوره؛ وقوع پیشامدهای ناگوار حین مطالعه؛ مبتلا بودن به سایر اختلال‌های شخصیتی و روانی بود. گروه آزمایشی و کنترل، هر دو در یک مکان قرار داشتند به‌طوری‌که جلسات مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی برای گروه آزمایشی در ۴ جلسه، هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت برگزار می‌گردید ولی گروه کنترل از هیچ‌گونه برنامه درمانی استفاده نکرد. قبل و بعد از مداخله برای هر دو گروه مورد بررسی پرسشنامه‌های اضطراب بک و نشخوار فکری (RRS) تکمیل شد.

پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7)؛ پرسشنامه اضطراب فراگیر توسط Kroenke, Spitzer, Williams و Bernd (۲۰۰۶) به‌عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را نیز مشخص نماید ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است و هر سوال بین صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌های اصلاً (۰)، چندین روز (۱)، بیشتر از نصف روزها (۲)، و تقریباً هر روز (۳)، به سوالات پاسخ می‌دهد. بالاترین نمره‌ی این مقیاس ۲۱ است. نمره برش پرسشنامه مساوی یا بزرگتر از ۱۰ می‌باشد. اعتبار همگرایی

شد که ۲۱ سوال دارد و مقیاس پاسخگویی آن چهار درجه‌ای (صفر تا سه) است. کالوینی و موسوی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی به ترتیب روایی برابر با ۰/۷۲ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند (۲۲).

برای سنجش نشخوار فکری، نولن Nolen-Hoeksema و Morrow (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۳). پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. این پرسشنامه ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS ۰/۶۷ است (۲۴). از آنجا که مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی به صورت یک مدل تعریف شده و متناسب با فرهنگ و آموزه‌های مذهبی و ایرانی آماده و در دست نبود، برای دستیابی به پروتکل درمانی، از نظر متخصصان و منابع دینی استفاده شد. شرح تفصیلی پروتکل مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی در جدول ۱ ارائه گردید. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند.

پرسشنامه‌ی اضطراب فراگیر کوتاه با پرسشنامه‌ی اضطراب صفت و حالت اسپیلگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت برابر ۰/۵۲ است. نتایج آلفای کرونباخ برای نیمه اول و نیمه دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و برای همبستگی دو نیمه برابر با ۰/۷۶ بوده است که نتایج نشان می‌دهد این آزمون از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است و قادر است افراد مبتلا به اضطراب فراگیر را از افراد عادی تفکیک کند.

در ایران مطالعه‌ای توسط نائینیان و همکاران با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) صورت گرفت. در این مطالعه آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-بازآزمون برابر ۰/۴۸ به دست آمد. اعتبار هم‌زمان مقیاس از طریق بررسی رابطه آن با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیل برگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت ۰/۵۲ و از طریق خرده مقیاس اضطراب SCL-90-R، ۰/۶۳ به دست آمد که بیانگر اعتبار قابل‌قبول برای مقیاس مذکور در جامعه ایرانی است (۲۰). Spitzer و همکاران همسانی درونی این مقیاس را فوق‌العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون-بازآزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش نموده‌اند. حساسیت و ویژگی در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر از ۸۰ درصد می‌گذرد و همبستگی آن با دو مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب SCL-90-R، ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۱). برای سنجش اضطراب، از پرسشنامه اضطراب بزرگسالان یک استفاده

#### جدول ۱. خلاصه محتوای پروتکل مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی

| جلسات          | مداخلات/محتوا                                                                                                                                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| پیش جلسه       | آشنایی اولیه با مشارکت‌کننده و برقراری رابطه مناسب با هدف پرکردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد و اجرای پیش‌آزمون                                                                                 |
| جلسه اول:      | تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، فواید و اثرات ایمان به خدا                                                                                                  |
| جلسه دوم:      | تمرین چگونگی اعتماد کردن به نیروی لایزال الهی و آرام گرفتن، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند در هنگام اعتماد به خداوند، ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و توکل و اعتماد به خداوند |
| جلسه سوم:      | تمرین دیدن یا شنیدن تجارب دیگران در رابطه با اعتماد به خداوند، آشنایی با مفهوم صبر و صبر در همه شرایط زندگی                                                                                        |
| جلسه چهارم:    | آموزش راه دستیابی به مقام رضا و تقویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی                                                                                                             |
| قضا و قدر الهی | بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی. اجرای پس‌آزمون                                                                                                                                                     |

#### یافته‌ها

آزمودنی‌ها ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند. میانگین گروه سنی آزمودنی‌های گروه کنترل برابر ۳۱/۱۳ و در گروه آزمایش برابر ۳۲/۴۶ بود. در هر دو گروه کنترل و آزمایش بیشتر افراد دارای مدرک لیسانس بودند. اکثریت گروه کنترل را زنان و اکثریت گروه آزمایش را مردان تشکیل می‌دادند. همچنین نتایج آزمون تی مستقل و کای دو حاکی از آن است که بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوتی وجود ندارد. یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

همچنین شاخص‌های میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری مربوط به گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه گردید. نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه آزمایش در قبل از مداخله برابر ۵۰/۸۰±۰/۹۴ و در بعد از مداخله برابر ۴۶/۶۰±۳/۶۸ و میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری گروه آزمایش در قبل از مداخله برابر ۵۴/۵۳±۳/۲۹ و در بعد از مداخله برابر ۵۱/۲۶±۲/۰۱ می‌باشد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

| متغیر   | گروه کنترل             |      | گروه آزمایش |       | P-value |
|---------|------------------------|------|-------------|-------|---------|
|         | فراوانی                | درصد | فراوانی     | درصد  |         |
| جنسیت   | مؤنث                   | ۱۰   | ۲           | ۱۳/۳٪ | ۰/۱۰۵   |
|         | مذکر                   | ۵    | ۱۳          | ۸۶/۷٪ |         |
| سن      | ۲۰ تا ۳۰ سال           | ۴    | ۳           | ۲۶/۷٪ | ۰/۳۷    |
|         | ۳۱ تا ۴۰ سال           | ۱۰   | ۹           | ۶۶/۷٪ |         |
|         | ۴۰ تا ۵۰ سال           | ۱    | ۳           | ۲۰٪   |         |
| تحصیلات | کاردانی و پایین‌تر     | ۲    | ۱           | ۱۳/۳٪ | ۰/۹۹    |
|         | کارشناسی               | ۹    | ۱۱          | ۷۳/۳٪ |         |
|         | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۵    | ۳           | ۳۳/۳٪ |         |

جدول ۳. مشخصه‌های آماری اضطراب و نشخوار فکری گروه آزمایش و کنترل

| گروه کنترل  |               | گروه آزمایش   |               |
|-------------|---------------|---------------|---------------|
| شاخص مولفه  | قبل از مداخله | بعد از مداخله | قبل از مداخله |
| Mean±SD     | Mean±SD       | Mean±SD       | Mean±SD       |
| اضطراب      | ۵۰/۷۳±۱/۰۳    | ۵۰/۶۷±۱/۱۷    | ۵۰/۸۰±۰/۹۴    |
| نشخوار فکری | ۵۲/۲۰±۲/۰۷    | ۵۳/۱۳±۱/۷۲    | ۵۴/۵۳±۳/۲۹    |

قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ( $p>0.05$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لون ارزیابی شد که بیانگر عدم معنی‌داری آن بود و نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده

است ( $p>0.05$ ). در انتها به دلیل استفاده از تحلیل کواریانس، پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از عدم معنی‌داری شیب خط رگرسیون بود ( $p>0.05$ ). جهت مقایسه میانگین اضطراب و نشخوار فکری در گروه‌های مورد مطالعه از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی اثرات مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر اضطراب و نشخوار فکری

| منبع تغییر  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معنی‌داری | مجذور اتا | توان آماری |
|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|-----------|------------|
| اضطراب      | ۱۴۳/۷۲        | ۱          | ۱۴۳/۷۲          | ۲۳/۳۲  | ۰/۰۰۰     | ۰/۴۷      | ۰/۹۸۹      |
| نشخوار فکری | ۴۲/۲۷         | ۱          | ۴۲/۲۷           | ۱۹/۵۳  | ۰/۰۰۰     | ۰/۴۲۹     | ۰/۹۸۹      |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری پس از تعدیل پیش‌آزمون نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، اثر مداخله بر نمره‌ی پس‌آزمون متغیرها معنادار است. با توجه به نتایج ( $F=23/32$  و  $sig=0.000$ ) و ( $F=19/53$  و  $sig=0.000$ ) در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت تقریباً ۴۷ درصد تغییرات در نمرات اضطراب و ۴۲/۹ درصد بهبود در نمرات نشخوار فکری افراد گروه آزمایش ناشی از مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی است و این بدان معناست که مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که، مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی باعث کاهش

اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه آزمایش شده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های مومنی راد و همکاران (۱۸)، حاج باقری و همکاران (۱۹)، Koenig (۱۴) که نشان دادند بین مراقبت معنوی باعث کاهش اضطراب در بیماران می‌گردد، همسو می‌باشد. همچنین همسو می‌باشد با نتایج پژوهش پوراکیان و همکاران (۲۵) که نشان دادند معنویت‌درمانی بر کاهش نشخوار فکری بیماران موثر می‌باشد.

در تبیین این امر می‌توان این‌طور بیان نمود که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود. امروزه استفاده از شیوه‌های روان‌درمانگری از جمله مراقبت معنوی به این بیماران کمک می‌کند تا افکار خود را شناسایی و تغییر دهند. به بیان دیگر معنویت، با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه را در آن‌ها به وجود می‌آورد (۲۶). احساس کنترل،

می‌گردد در پژوهش‌های آینده اثربخشی رویکردهای دیگر با رویکرد مبتنی بر مراقبت معنوی برای مقایسه اثربخشی آن برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شود. همچنین به درمانگران و متخصصین پیشنهاد می‌شود، مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی را جهت کمک به درمان اضطراب و استرس و سایر مشکلات روان‌شناختی مورد دقت و توجه قرار دهند.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، محدود بودن نمونه آن صرفاً به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که این مسئله می‌تواند قابلیت تعمیم‌دهی به انواع بیماری‌ها را تا حدی کاهش دهد. نپرداختن به اختلال‌های همبود از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با مشکلاتی مواجه می‌کند. همچنین عدم بررسی نقش عوامل زمینه‌ای در اثربخشی این مداخله نیز از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

### ملاحظات اخلاقی:

تمامی فرایندهای تحقیق حاضر با رعایت ملاحظات و استانداردهای اخلاقی از جمله آزادی در قبول همکاری توسط پاسخگویان، تمایل و رضایتمندی نسبت به تکمیل پرسشنامه، امانتداری در استفاده از داده‌ها و محرمانه بودن آن‌ها لحاظ گردید.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان عزیز که صبورانه در انجام این پژوهش همراهی کردند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند نموده و به دنبال آن موجب ارتقای سلامت روانی آن‌ها می‌شود (۲۷).

به‌طور کلی مهارت‌های معنوی موجب می‌شود فرد حس درونی سرزندگی و خوش‌بینی را تجربه کند که شاخصی معنی‌دار برای سلامت ذهنی بوده و زمینه‌های فکر خلاق از این طریق فراهم می‌شود (۲۸). از طرف دیگر، آموزش مهارت‌های معنوی در برگزیده تمایل انسان برای جست‌وجوی معنای زندگی از طریق تعالی نفس یا از طریق نیاز به ارتباط با چیزی فراتر از خودش است که می‌تواند خصلت خوش‌بینی را در فرد تقویت کرده کند (۲۹). بنابراین وقتی افراد می‌آموزند که خطرهای و بحران‌ها را بیش از حد، وخیم ارزیابی نکنند دچار احساس ناکارآمدی که یکی از عوامل اضطراب است نخواهند شد. عواملی از قبیل توکل به خدا، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، می‌تواند باعث ایجاد آرامش در فرد و در شکل عملیاتی‌تر باعث کاهش اضطراب در او گردد. در واقع معنویت زمینه‌ساز احساس آرامش، سازگاری با قدرت بالاتر و ایجاد یک احساس ارزش و هدف در زندگی است (۳۰). همچنین مذهب و معنویت باعث تغییر در سبک زندگی مراقبین بیماران و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر می‌گردد و این باعث افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. این یافته بدان معناست که مداخله معنوی می‌تواند یک شبکه اجتماعی و یاری‌رسان را برای بیماران و مراقبین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که در حال تجربه یک اضطراب حاد هستند، فراهم نماید.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان بیان داشت که، مداخله مبتنی بر معنویت به افراد این امکان را می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد، معنا ببخشند و نسبت به زندگی امیدواری بیشتری داشته باشند که این خود بر خوشحالی و روحیه و خلق بالای افراد اثر دارد. پس می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر مراقبت معنوی می‌تواند بر کاهش اضطراب و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر باشد. به‌طور کلی با توجه به مطالب توجه شده، پیشنهاد

## References

1. Barlow DH. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
2. Mahmoud-Alilou M, Hashemi-Nosratabad T, Sohrabi F. Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 3(31): 61-76. [In Persian]
3. NooshKia M, Rasooli M, Zare Bahram Abadi M. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Reduction of Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Islamic Life Style*. 2020; 4 (1): 26-34. Available at: <http://islamiclifej.com/article-1-393-fa.html> [In Persian]
4. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA. Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: Acomparison with Social Anxiety Disorder. *Cognit Ther Res*. 2015; 29(1): 89-106.
5. Gote MA., Watkins ER, Simmons JG, Byrne ML, Schwartz OS, Whittle S, et al. Maternal Parenting Behaviors Adolescent Depression: The Mediating Role of Rumination. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*. 2013; 42(3): 348-57.
6. Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cogn Ther Res*. 2000; 24(6): 671-88.
7. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and Worry in Nonclinical Adolescents. *Cogn Ther Res*. 2004; 28(4): 539-54.
8. Taghavi F, Mirzaie P, Azandariani M. Rezaei Shojaei S. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Depression and Happiness in Women with Generalized Anxiety. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 62(1): 456-65. [In Persian]
9. Propst LR. Psychotherapy in a Religious Framework: Spirituality in the Emotional Healing Process. New York: Human Sciences Press, 1988.
10. Tazakori Z, Valizadeh S, Mohamadi E, Hasankhani H. Process of Spiritual Care Learning In Iranian Nursing Students: A Grounded Theory Study. *Nurs Midwifery J*. 2013; 11(1): 51-63. [In Persian]
11. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating Religion and Spirituality into Treatment for late-life Anxiety: Three Case Studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(2): 346-58.
12. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A Meta-Analytic Approach to Examining the Correlation between Religion/Spirituality and Mental Health in Cancer. *Cancer*. 2015; 121(21): 3769-78.
13. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The Effect of Spiritual Care on Death Anxiety in Hemodialysis Patients with End-Stage of Renal Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Hayat*. 2018; 23(4): 332-44.
14. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: a Review and Update. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2015; 29(3): 19-26.
15. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of Spiritual Counseling on Spiritual Well-Being in Iranian Women with Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2018; 30: 79-84. [In Persian]
16. Baljani E, Babaloo T, Azimpour A, Rahimi J, Cheraghi R. The Impact of Spiritual Counseling In Hope Of Patients with Cancer. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 15(9): 696-703.
17. Aghajani M, Afaze MR, Morasai F. The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients. *Evidence Based Care*. 2014; 3(4): 19-28. [In Persian]

18. Momeni Rad A, Aliabadi K, Fardanesh H, Mazini N. Qualitative content analysis in research procedure: nature, stages and validity of results, Quarterly of educational measurement. 2013; 4(14): 187-222. [In Persian]
19. Hajbaghery MA, Saeadnejad Z. Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints. Medical Ethics Journal. 2016; 10(37): 49-59. [In Persian]
20. Nainian MR, Shaeiri MR, Sharifi M, Hadeyan M. Reliability and Validity of the Short Scale for Generalized Anxiety Disorder (GAD-1). Clinical Psychology and Personality. 2011; 2(4): 41-50. [In Persian]
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine. 2006; 166(10): 1092-7.
22. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian Version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2008; 66(2): 136-40. [In Persian]
23. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Response to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. J Abnorm Psychol. 1991; 100(4): 569-82
24. Papageorgiou C, Wells A. Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd, 2003.
25. Porakbaran E. Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SMR. Evaluate the Effectiveness of Therapy on Cognitive Emotion Regulation Spirituality in Women With Breast Cancer. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 61(4): 1122-36.
26. Simoni JM, Marton MG, Kerwin J. Spirituality Andpsychological Adaptation among Women with HIV/AIDS: Implications for Counseling. Journal of Counseling Psychology. 2002; 49(2): 139-47.
27. Lotfi Kashani F, Waziri SH, Arjomand S, Mousavi M, Hashemieh M. The Effectiveness of Spiritual Intervention on Reducing the Anxiety of Mothers of Children with Cancer. Quarterly Journal of Medical Ethics. 2011; 6(20): 173-86. [In Persian]
28. Solberg P, Hopkins W, Ommundsn Y, Halvari H. Effects of three Training Types on Vitality Among Older Adults: A Self- Determination Theory Perspective. Psychology of Sport and Exercise. 2012; 13: 407-17.
29. Abbasian H, Hidrzadeh S. Explain the Role of Academic Optimism and empowerment Structure in Students' Academic Achievement. Leadership Research and Educational Management. 2015; 1(2): 147-65. [In Persian]
30. Radmehr P, Yousefvand L. The Relationship between Spiritual Welfare and Happiness with Alexithim or in Students of Lorestan University of Medical Sciences. Third National Conference on New Studies and Research in the Field of Educational Sciences and Psychology. Qom: Soroush Hekmat Mortazavi Islamic Studies and Research Center. Available at: <https://civilica.com/doc/647682/> [In Persian]



## Effectiveness of spiritual care-based intervention on reducing anxiety and reducing rumination in patients with generalized anxiety disorder

Received: 6 Nov. 2021

Accepted: 15 Jan. 2022

Emami T (MA) <sup>1\*</sup>

Abbasi Vaskasi F (MA) <sup>2,3</sup>

1. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran.

3. Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Qaemshahr, Iran.

\*Corresponding Author:

Tahereh Emami

Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: tahere.emami1366@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Generalized anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders observed in clinical centers and the general population. However, the effectiveness of spiritual care-based intervention in treating the problems caused by this disease has not been considered. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the spiritual care-based intervention on reducing anxiety and reducing rumination in patients with generalized anxiety disorder.

**Methods:** The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. From the statistical population, 30 people were selected by convenience sampling, entered the study process after fulfilling the necessary criteria and randomly divided into two groups of 15 experimental and control. The experimental group underwent an intervention based on spiritual care, which was presented in 4 group sessions once a week. Both groups completed the Beck Anxiety and Ruminant Anxiety Inventory (RRS) in two stages before and after the training. Data were analyzed using SPSS 20.

**Findings:** Findings from analysis of covariance showed that the intervention based on spiritual care significantly reduced anxiety and rumination in patients with generalized anxiety disorder in the experimental group compared to the control group ( $P \leq 0/05$ ).

**Conclusion:** Spiritual care-based intervention can be one of the most effective options in reducing anxiety and rumination in patients with generalized anxiety disorder along with other medication interventions. The findings of this study confirm the acceptability of the theoretical arguments presented in this area.

**Keywords:** Spiritual care-based intervention, Reduced anxiety, Rumination, Generalized anxiety disorder