


 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0> 10.22034/ravanshenasi.2024.2017741 20.1001.1.20081782.1403.17.3.7.9

The Effect of Relaxation with an Integrated Monotheistic Approach on Anxiety Caused by the Covid-19 Pandemic among Mothers in Tehran

✉ **Mohammad Husain Sharifinia**  / Associate Professor, Department of Psychology, Hawza and University Research Institute, Qom, Iran sharifinia1@gmail.com

Reyhaneh Aminian / M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran reyamin23@gmail.com

Received: 2023/06/09 - **Accepted:** 2023/10/25

Abstract


With the spread of the Covid-19 virus, a wave of anxiety and concern swept across families, especially mothers. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of a researcher-made self-soothing package with an integrated monotheistic approach on reducing anxiety caused by the COVID-19 pandemic in Tehrani mothers. The research method was a quasi-experimental type with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the study consisted of mothers living in Tehran. 30 eligible individuals were selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups. The data collection tool was the Corona Anxiety Scale, which was administered to both groups before and after the educational package was provided. Covariance analysis of the data showed that the anxiety level of the experimental group decreased significantly after the intervention ($F=44/303, P<0/01$). Based on the above findings, the effect of the self-relaxation training package with an integrated monotheistic approach in improving anxiety caused by the COVID-19 pandemic in mothers was confirmed. Therefore, counselors and psychotherapists can use this educational package to help people who are struggling with anxiety of this type.

Keywords: relaxation, maternal anxiety, COVID-19, integrated monotheistic approach, coronavirus.

تأثیر بسته خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹

sharifinia1@gmail.com

reyamin23@gmail.com

محمدحسین شریفی نیا  / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران
ریحانه امینان / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹ - پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۳

چکیده

با شیوع ویروس کووید - ۱۹ موجی از اضطراب و نگرانی خانواده‌ها به‌ویژه مادران را فراگرفت. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر بسته محقق‌ساخته خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر کاهش اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹ در مادران تهرانی اجرا شد. روش تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران ساکن تهران تشکیل می‌دادند، که به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس اضطراب کرونا بود که پیش و پس از ارائه بسته آموزشی بر روی هر دو گروه اجرا شد. تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد میزان اضطراب گروه آزمایشی پس از مداخله به‌طور معناداری کاهش یافت ($F=44/303, P<0/01$). بر اساس یافته‌های فوق، تأثیر آموزش بسته خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی در بهبود اضطراب ناشی از همه‌گیری بیماری کووید - ۱۹ در مادران تأیید گردید. بنابراین مشاوران و روان‌درمانگران برای کمک به افرادی که درگیر اضطراب‌هایی از این نوع هستند، می‌توانند از این بسته آموزشی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: خودآرام‌سازی، اضطراب مادران، کووید - ۱۹، رویکرد یکپارچه توحیدی، کرونا ویروس.

در سال ۲۰۱۹ که ویروس مرگ‌بار جدیدی در شهر ووهان (Wuhan) چین شناسایی گردید، هیچ‌کس گمان نمی‌کرد که این ویروس بتواند در مدت کوتاهی اغلب کشورهای جهان را درگیر کند و جان میلیون‌ها انسان را بگیرد. اما ویروس کووید-۱۹ (COVID-19) به‌سرعت در سراسر گیتی گسترش یافت و سلامت جسمی و روانی میلیاردها انسان را با چالش‌های جدی مواجه کرد. هرچند با واکسیناسیون اکثر مردم جهان، در حال حاضر بیماری کرونا (Coronavirus disease) تا حدود زیادی مهار شده است؛ اما طبق آمار رسمی سازمان جهانی بهداشت تاکنون قریب ۶۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری دچار شده‌اند که از آن میان بیش از ۶ میلیون و ۷۹۰ هزار جان خود را از دست دادند (سازمان بهداشت جهانی، فوریه ۲۰۲۳). در ایران نیز بیش از ۷ میلیون و ۶۷۰ هزار نفر به ویروس کووید-۱۹ مبتلا و ۱۴۴۸۰۰ نفر جان باختند (وزارت بهداشت، اسفند ۱۴۰۱).

از زمانی که اولین موارد مرگ‌ومیر ناشی از این ویروس در شهر قم در بهمن ۱۳۹۸ اعلام گردید، موجی از اضطراب و نگرانی خانواده‌های ایرانی، به‌ویژه مادران را فراگرفت. بسیاری از فعالیت‌های اقتصادی محدود و محصور شد و انسان‌های بی‌شماری شغل خود را از دست دادند. افزون بر این، قرار گرفتن مداوم در معرض اطلاعات رعب‌آور، هشدارهای مکرر رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی، نگرانی از سرایت ویروس و ابتلا به آن، کاهش روابط اجتماعی به علت قرنطینه و ترس از واگیری، و ماندن طولانی مدت در خانه به دلیل توصیه‌های بهداشتی و ممنوعیت‌های قانونی، موجب تغییرات عمیقی در سبک زندگی روزمره گردید که عواقب شدیدی بر سلامت جسمی و روانی (mental health) خانواده‌ها به‌جا گذاشت (جیمز ریگلر و دیگران، ۲۰۲۰).

همان‌طور که می‌دانیم اضطراب اساسی‌ترین ویژگی شرایط بحرانی است و در ایجاد آن، پیش‌بینی‌ناپذیری آینده بیشترین سهم را دارا می‌باشد (منک، چپرفیلد و پری، ۲۰۰۹). بر این پایه، اضطراب کرونا بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی افراد دربارهٔ این ویروس است. ترس از ناشناخته‌ها ادراک ایمنی را در آدم‌ها کاهش می‌دهد و زمینه را برای تشویش و نگرانی بیشتر فراهم می‌سازد. علاوه بر این، آمار بالا و فزایندهٔ تعداد افراد آلوده به ویروس و جان‌باختگان، محدودیت‌های ارتباطی و احساس تنهایی ناشی از شرایط قرنطینه، ترس از بیمار شدن و مردن، از دست دادن شغل و نگرانی از مشکلات مالی و اقتصادی و مانند آن استرس و پریشانی روان‌شناختی افراد را تشدید می‌کند (کیو و دیگران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، حوادث آسیب‌زا می‌توانند احساس امنیت افراد را کاهش دهند، واقعیت مرگ را به آنها یادآوری کنند و اثرات نامطلوبی بر سلامت روان آنها بگذارند. به همین دلیل، خصوصیت ماندگاری بالای کرونا ویروس در هوا، جهش‌های متعدد، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ‌ومیر ناشی از آن را می‌توان بر دلایل شدت تشویش و اضطراب مردم در شرایط کرونایی افزود (ریو و چان، ۲۰۲۰). لیاناژ و دیگران (۲۰۲۱) با انجام فراتحلیل بر روی ۳۶ مطالعه انجام‌شده در فاصلهٔ سپتامبر ۲۰۲۰ تا فوریه ۲۰۲۱، شیوع اضطراب در سطح جهان را در دورهٔ همه‌گیری کرونا ۴۱٪ برآورد کردند که توزیع آن در زنان ۴۳٪ و در مردان ۳۹٪ بود.

بدین ترتیب اضطراب ویروس کرونا به‌عنوان یک شاخص کلیدی سلامت روان در زمان همه‌گیری بیماری کووید - ۱۹ برجسته شد و بسیاری از مردم علائم اضطراب شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبی بودن، احساس خستگی و کم‌انرژی بودن، مشکل تمرکز و حواس‌پرتی مفرط، نگرانی و تشویش خاطر دائمی، افکار تکرار شونده مربوط کرونا ویروس، ترس از بیمار شدن خود یا اعضای خانواده، استرس، بی‌اشتهایی یا پراشتهایی مرضی، سرگیجه و مشکلات خواب را تجربه کردند (لی، ۲۰۲۰؛ لی، جوب و ماتیز، ۲۰۲۱؛ لی، ماتیز، جوب و پایالاردو، ۲۰۲۰). علاوه بر این، افراد با اضطراب بالا افکار و احساسات ناسازگار بیشتری را در مورد روند و عواقب بیماری از خود نشان می‌دهند (ارسلان، بیلدیریم و آیتک، ۲۰۲۲).

نگرانی‌های فزاینده در مورد شیوع اضطراب مرتبط با کووید - ۱۹ منجر به توصیه‌هایی برای خودآرام‌سازی و فنون تقویت سلامت روان شده است. در عین حال، برجستگی ابعاد وجودی در اضطراب ناشی از همه‌گیری، پژوهشگران را متوجه اهمیت نقش معنویت و منابع مذهبی در مقابله با اضطراب کرونا نمود (فیرل و دیگران، ۲۰۲۰). افزون بر این، کارشناسان توصیه می‌کنند برای کاهش تشویش خاطر و تنش‌های ذهنی، مردم در دوران قرنطینه برنامه روزانه منظمی داشته باشند و سعی کنند ارتباطات اجتماعی و فعالیت‌های روزمره خود را به نوعی ادامه دهند. آنان همچنین به نقش امید، آگاهی، شادی، خوش‌بینی نیز در آرامش روانی تأکید کرده‌اند.

اهمیت بالینی و فراگیری گسترده این اختلال سبب گردید روان‌شناسان الگوها و تکنیک‌های متعددی برای مقابله با اضطراب در شرایط بحرانی همه‌گیری کرونا پیشنهاد نمایند. یکی از این الگوها، بسته آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی است. رویکرد یکپارچه توحیدی (MIT) که چند سال پیش در ایران ارائه شده است، یک الگوی جامع و چندوجهی است که با ادغام انواع فنون خودآرام‌سازی و درون‌مایه‌ای معنوی - توحیدی، می‌کوشد با بازسازی نظام شناختی، ارزشی و هیجانی بیمار و اصلاح سبک زندگی وی، او را به ساحل آرامش رهنمون گردد (شریفی‌نیا، ۱۳۹۲، ص ۲۳۵).

طبق این رویکرد بشر دارای چهار بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است که میان آنها ارتباط متقابل پیچیده‌ای برقرار است. به‌طوری‌که تغییر در هر یک از این ابعاد، موجب بروز تغییرات مستقیم یا غیرمستقیم در سایر ابعاد می‌گردد. در الگوی یکپارچه توحیدی تصریح شده است که در بروز اختلالات روانی مجموعه عوامل زیستی؛ مثل آمادگی ارثی، بدکارکردهای غدد و دستگاه اعصاب مرکزی و همچنین نوع مزاج و نظام تغذیه؛ عوامل روان‌شناختی؛ مانند مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری؛ عوامل اجتماعی؛ نظیر مختصات خانوادگی و فرهنگی، شغل و جایگاه مدنی، کمیت و کیفیت ارتباطات بین فردی؛ و مسائل معنوی؛ از قبیل خودآگاهی، معناداری، هدفمندی، ایمان به خدا و باورهای مذهبی نقش دارند (ر.ک. شریفی‌نیا، ۱۳۹۲).

تحقیقات نشان داده است افرادی که دارای معنویت بیشتری باشند، کمتر دچار افسردگی، اضطراب، تلاش برای اقدام به خودکشی و مصرف مواد می‌شوند (بونلی و کوئینگ، ۲۰۱۳). این افراد همچنین کیفیت زندگی مطلوب‌تر، آرامش و طمأنینه بیشتر، رضایتمندی فزون‌تر و بهبودی سریع بیماری‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند (کوئینگ، کوئینگ، کینگ و کارسون، ۲۰۱۲).

از آنجا که مشکلات روانی ماهیتی مزمن، متعامل و درهم‌تنیده دارند و هر اختلال رفتاری معمولاً دارای نشانه‌های جسمی، شناختی، هیجانی، ارتباطی و معنایی می‌باشد، بهبود یا وخامت هر کدام از این نشانه‌ها، بر التیام یا تشدید مشکل اصلی فرد اثر می‌گذارد. به همین جهت، برای دستیابی به سلامتی کامل بایستی متناسب با شرایط مراجع، هریک از ابعاد مزبور در جای خود مورد توجه قرار گیرند. بنابراین در این الگو اولاً بر وحدت و یکپارچگی وجودی انسان تأکید می‌گردد؛ ثانیاً بهره‌گیری از تمامی فنون و روش‌های رفتاری، شناختی، هیجانی و وجودی که اثربخشی آنها به اثبات رسیده است، مجاز می‌باشد؛ ثالثاً استفاده از عنصر ایمان به خدا و رشد معنوی در سایه ارتباط خالصانه با خداوند را در آرامش روانی و تسکین آلام روحی - روانی مؤثر می‌داند (امیدیان و دیگران، ۱۳۹۳).

با توجه به اینکه برخی تحقیقات اثربخشی این رویکرد نوین بومی را در زمینه‌های مختلف؛ همچون درمان وابستگی به مواد مخدر و کاهش رفتارهای پرخطر زندانیان (شریفی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۶)، اختلالات خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷)، مؤلفه‌های شخصیت و بالینی (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد (چوپانی، ۱۳۸۹)، کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه (طیسی، ۱۳۹۰)، درمان اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی (مشهدی‌پور، ۱۳۹۳)، کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی (جایروند، ۱۳۹۶)، کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت (اکبری و دیگران، ۱۳۹۹) و بهبود اضطراب و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی (چابکی‌نژاد و صابراشکذری، ۱۳۹۸) مورد تأیید قرار داده‌اند، به نظر می‌رسد می‌توان بر اساس این رویکرد بسته آموزشی جامعی برای پیشگیری و یا بهبود اضطراب افراد طراحی نمود. افزون بر این، مطالعات نشان داده است با توجه به اعتقاد اغلب ایرانیان به آموزه‌های دین اسلام، بسیاری از خانواده‌های ایرانی در شرایط بحرانی به دعا و نیایش می‌پردازند و در طول همه‌گیری کرونا و بیروس وقت قابل توجهی را صرف قرائت قرآن و انجام اعمال عبادی می‌کنند. به همین خاطر، آموزش‌های معنوی و دینی می‌توانند نقش برجسته‌ای در آرامش بخشی به خانواده‌های ایرانی به‌ویژه مادران ایفا نمایند (فردین، ۲۰۲۰).

از این رو با توجه به مطالب گفته شده و عدم وجود پژوهش‌های کافی در این زمینه، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن بود که آموزش بسته خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی چقدر توان کاستن از نشانگان جسمی و روانی اضطراب ناشی از همه‌گیری ویروس کووید - ۱۹ را در مادران شهر تهران دارد؟

روش پژوهش

این تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود که جامعه آماری آن را مادران شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی از میان کسانی انتخاب شدند که به علت مشکلات اضطرابی با مراکز مشاوره و روان‌درمانی تماس گرفته و آمادگی خود را برای شرکت در یک دوره آموزش خودآرام‌سازی اعلام کرده بودند. به دلیل شرایط قرنطینه و محدودیت در رفت‌وآمد، ارتباط با افراد نمونه عمدتاً از طریق شبکه‌های اجتماعی واتس‌آپ و اسکایپ انجام می‌گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن نمره بالا در مقیاس اضطراب کرونا ویروس، متأهل و دارای فرزند بودن، داشتن سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و عدم ابتلا به اختلالات

اعصاب و روان که منجر به مصرف دارو شده باشد. ملاک‌های خروج نیز شامل سابقه مداخلات روان‌پزشکی در طول یک‌سال گذشته و مصرف داروهای اعصاب و روان و همچنین ناتمام گذاشتن شرکت در جلسات آموزش روانی بود. بعد از نام‌نویسی اینترنتی، برای تمام افراد علاقه‌مند به مشارکت در این تحقیق، به‌صورت الکترونیکی پرسش‌نامه معرفی خود و مقیاس اضطراب کرونا ویروس ارسال گردید. در پرسش‌نامه معرفی خود، ضمن درج مشخصات داوطلبان، وجود یا عدم وجود شرایط حضور در تحقیق نیز بررسی شده بود. آنگاه طبق اطلاعاتی که متقاضیان شرکت در دوره آموزشی ارسال کرده بودند، از میان حدود ۲۵۰ نفر ثبت‌نام‌کننده واجد شرایط حضور در تحقیق به‌صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و گواه جای گرفتند. لازم به ذکر است همان‌طور که علی‌پور و دیگران (۱۳۹۸) تصریح کرده‌اند، نمره کل مقیاس اضطراب کرونا برای کسانی که در پژوهش حضور داشتند، باید بیشتر از ۱۷ می‌بود؛ زیرا پدیدآورندگان مقیاس این نمره را به‌عنوان نقطه برش «اضطراب متوسط» در جمعیت ایرانی معرفی کرده بودند. پس از اجرای دوره آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی برای گروه آزمایشی، دوباره میزان اضطراب مادران هر دو گروه با همان مقیاس ارزیابی گردید. ضمناً به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، به اعضای گروه گواه گفته شد که پس از اتمام پژوهش، آنان نیز می‌توانند در دوره آموزش مذکور که توسط محققان برگزار خواهد شد، شرکت نمایند.

ابزار پژوهش

گردآوری داده‌ها با استفاده از مقیاس اضطراب بیماری کرونا ((Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)) صورت گرفت. این پرسش‌نامه خودسنجی که در سال ۱۳۹۸ توسط علی‌پور و دیگران تدوین گردید، از دو مؤلفه نشانه‌های جسمی و روانی و ۱۸ ماده تشکیل شده است. ماده‌های ۱ تا ۹ نشانه‌های روانی و ماده‌های ۱۰ تا ۱۸ نشانه‌های جسمی را مورد سنجش قرار می‌دهند. پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره آن بین ۰ تا ۵۴ است. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب می‌باشد. علی‌پور و دیگران (۱۳۹۸) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمی ۰/۸۷۹ و برای نشانه‌های روانی ۰/۸۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۹۱۹ به‌دست آوردند. برای بررسی روایی این مقیاس از روش هم‌بسته کردن آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (Goldberg General Health Questionnaire) استفاده شد. نتایج نشان داد پرسش‌نامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به‌ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است.

بسته خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی

ابزار مداخله بسته آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی بود که طی ده جلسه به صورت غیرحضور (آنلاین)، از طریق پلتفرم اسکایپ به اعضای گروه آزمایش ارائه گردید. گفتنی است پاولی و دیگران (۲۰۲۳) با بررسی نظام‌مند تحقیقات دو دهه مداخلات دیجیتال برای درمان اختلالات اضطرابی، مؤثر بودن این شیوه مداخله‌ای را تأیید کرده‌اند. طبق توافقی که با اعضای گروه آزمایشی شده بود، هر هفته روزهای یکشنبه و چهارشنبه رأس ساعت مقرر

جلسات آموزش خودآرام‌سازی برگزار می‌گردید. مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و کل دوره ۵ هفته به درازا کشید. در این دوره آموزشی از پروتکل خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی که توسط محققان تدوین شده بود، استفاده گردید. در پروتکل مذکور به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی مراجعین توجه شده و هم‌زمان از فنون شناختی، رفتاری، تحلیلی و معنوی برای مقابله با اضطراب استفاده شده است. اعتبار و روایی محتوایی این پروتکل بر اساس مقیاس ارزیابی راهنماهای درمانی انجمن روان‌شناسی آمریکا و پرسش‌نامه ۴۲ سؤالی، توسط اساتید و متخصصان ارزیابی و داده‌ها با استفاده از شاخص روایی محتوا (Content validity index (CVI) و ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio (CVR) تجزیه و تحلیل شدند. بدین منظور از ۱۸ متخصص روان‌شناسی بالینی و مشاوره خواسته شد پس از مطالعه پروتکل تدوین‌شده، به پرسش‌نامه ارزیابی محتوای پروتکل پاسخ دهند. نتایج نشان داد CVI این پروتکل ۰/۸۹ و CVR آن ۰/۵۴۸ بود که مبین اعتبار مناسب محتویات پروتکل از منظر خبرگان است. یادآوری می‌شود حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس تعداد خبرگانی که سؤالات را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، تعیین می‌شود. چنانچه تعداد متخصصان از ۱۵ نفر بیشتر باشند، نمره بالای ۰/۴۹ شاخص CVR اعتبار دارد. خلاصه اهداف و محتوای جلسات گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول ۱: پروتکل جلسات آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف منزل	نتایج مورد انتظار
اول	آشنایی با اضطراب و علل بروز آن، آگاهی از اهداف دوره	معرفی علائم جسمی و روانی اضطراب، توضیح علل بروز اضطراب، ویژگی‌های اضطراب ناشی از کرونا، اهداف دوره آموزشی	یادداشت بررسی نشانه‌های اضطراب در خود و اثر آنها بر زندگی روزمره	توانایی تشخیص علائم اضطراب و درک علل بروز آن
دوم	افزایش خودآگاهی و خودپذیری	توضیح نیازهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و اقدامات مربوط به هر یک از این ابعاد در فرایند بهبودی	تکمیل جدول نیازهای ابعاد چهارگانه و شیوه ارضای آنها	درک عمیق‌تر خویشتن و پذیرش وضعیت کنونی خود
سوم	درک نقش عوامل زیستی در ایجاد و مهار اضطراب	تأثیر عوامل وراثتی، هورمونی و تغذیه در تشدید یا کاهش اضطراب، معرفی گیاهان و آرام‌بخش‌های طبیعی، ارائه پرهیزهای غذایی، آموزش تن‌آرامی با تنفس دیافراگمی	تدوین برنامه غذایی ضد اضطراب، تمرین آرام‌سازی پیشرونده حداقل یک بار در روز با تنفس دیافراگمی	اصلاح سبک غذایی و اجتناب از مواد غذایی اضطراب‌زا، تقویت آرام‌بخش‌های طبیعی
چهارم	شناخت زمینه‌های ذهنی اضطراب و شیوه مقابله با آنها	تبیین چرخه فکر، احساس و رفتار، شرح چند خطای شناختی و باورهای غیرمنطقی و رابطه آن با ایجاد اضطراب، نقش خودگویی‌ها و تلقین‌های محیطی (مانند دریافت اطلاعات و اخبار اطلاعات منفی در مورد کرونا) در تشدید اضطراب	تکمیل کاربرگ رابطه افکار، احساسات و کنش‌های اضطرابی، کم کردن میزان گوش دادن به اخبار کرونایی تلویزیون	آگاهی از افکار و باورهای اضطراب‌زا و اصلاح آنها، مهار خودگویی‌ها و تلقین‌های شخصی

پنجم	تخلیه هیجانی و کاهش فشار درونی	توضیح تأثیر هیجانات منفی بر تشدید اضطراب و استرس، آموزش شیوه‌های تخلیه هیجانی (مثل نوشتن نامه خشم، تکنیک صدلی خالی و...)، اهمیت بخشش در تعالیم دینی و آرامش روانی و فنون بخشایشگری	نوشتن نامه خشم، کاربرد فنون بخشایش برای سه نفر از نزدیکان	کاهش خشم‌های ابراز نشده و رسیدن به آرامش نسبی
ششم	توسعه روابط اجتماعی کاستن از انزوا و تنهایی ناشی از قرنطینه	اهمیت فعالیت‌های اجتماعی و رابطه با دوستان و آشنایان در آرامش روانی، انواع راه‌های ارتباطی در دوران قرنطینه، ارتباط با افراد آرام و الگوپردازی از آنها و اجتناب از افراد اضطراب‌آفرین و دارای افکار سمی	رابطه فعال با سه نفر از کسانی که به وی آرامش می‌دهند	تقویت ارتباطات اجتماعی آرام‌بخش و کاهش احساس بی‌بناهی و تنهایی
هفتم	تحکیم ایمان به خدا و انجام مناسک دینی آرامش بخش	نقش ایمان، نماز، دعا و انجام مناسک دینی در آرامش روانی، بیان نمونه‌هایی از آرام شدن افراد با یاد خدا، آموزش نحوه صحیح دعا و عبادات برای کسب آرامش روانی	خواندن منظم نمازهای یومیه، یک صفحه قرآن و یک دعای مورد علاقه در هر روز	تحکیم ایمان و ایجاد حس پیوند معنوی با پروردگار
هشتم	ارتقای حالات معنوی آشنایی با ذکر، توکل و شکرگزاری	تأثیر ذکر، شکرگزاری و توکل در آرامش روانی، آشنایی با چند ذکر آرام‌بخش، شیوه‌های عملی شکرگزاری و توکل در زندگی روزمره	انتخاب دو ذکر مورد علاقه و تکرار تعداد معینی از آنها در هر روز، انجام شکرگزاری با صدای بلند	کسب آرامش از طریق یاد خدا و توکل به او
نهم	درک حکمت مصائب و مشکلات و تبدیل آن به فرصتی برای رشد و کمال	تبیین مفهوم عدل و حکمت الهی در حوادث ناگوار و اعتماد به رحمت او، توجه به جنبه‌های مثبت و رشدی مصائب و حوادث ناگوار، مواجهه سازنده با بیماری یا مرگ خود یا عزیزان	تفکر در جنبه‌های مثبت برخی حوادث و بیان آنها برای اطرافیان	کاهش اضطراب از طریق نگاه مثبت به حوادث ناگوار
دهم	جمع‌بندی مباحث و تدوین برنامه جامع فردی برای تقویت آرامش روانی	مروری بر موضوعات ارائه شده و تغییرات ایجادشده، دریافت بازخورد و حل ابهامات شرکت‌کنندگان، مرور تمرین‌های رفتاری مؤثر و معرفی کتاب‌های مناسب	ثبت مؤثرترین روش‌های کاهش اضطراب، انتخاب یک فرد حامی مطمئن برای نظارت بر انجام مستمر فعالیت‌های آرام‌بخش یادگرفته شده	استمرار رفتارهای جدید و تبدیل آنها به سبک زندگی

پس از پایان دوره آموزشی، مجدداً میزان اضطراب هر دو گروه آزمایش و گواه با پرسش نامه اضطراب کرونا اندازه‌گیری و نتایج به‌دست‌آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با نسخه ۲۵ نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

تمام مادران شرکت‌کننده در این پژوهش دارای حداقل یک فرزند بالای ۳ سال بودند و دست‌کم ۵ سال از زندگی مشترک‌شان گذشته بود. ۳۳/۳ درصد آنان بین ۳۰ تا ۳۵ سال، ۴۰ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۶/۷ درصد بین ۴۱

تا ۵۰ سال داشتند. به لحاظ سطح تحصیلات، ۶/۷ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم، ۶۰ درصد لیسانس و ۲۰ درصد فوق لیسانس بودند. ضمناً ۵۳/۳ درصد آنان شاغل و ۴۶/۷ درصد خانه‌دار بودند.

جدول (۲)، یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار اضطراب مادران را در گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب کرونا در گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر وابسته	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۲۷۰	۲۱/۵۳	۱/۵۹۸	۲۱/۸۷	پیش‌آزمون	علائم روانی کرونا
۳/۰۰۵	۲۱/۲۰	۱/۸۰۷	۱۵/۵۳	پس‌آزمون	
۲/۹۹۲	۲۱/۶۷	۳/۷۳۹	۲۰/۴۷	پیش‌آزمون	علائم جسمی کرونا
۲/۸۲۵	۲۰/۸۷	۲/۹۴۹	۱۴/۱۳	پس‌آزمون	
۴/۹۶۰	۴۳/۲۰	۴/۲۷۱	۴۲/۳۳	پیش‌آزمون	نمره کل اضطراب کرونا
۴/۷۵۸	۴۲/۰۷	۳/۸۳۰	۲۹/۶۷	پس‌آزمون	

در جدول (۱)، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم روانی و جسمی اضطراب و همچنین اضطراب کل گروه آزمایش و کنترل آمده است. همان‌طور که داده‌ها نشان می‌دهد میانگین نمره‌های پس‌آزمون مقیاس اضطراب کرونا در گروه آزمایش به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر از نمرات پیش‌آزمون‌شان می‌باشد (پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب ۴۲/۳۳ و ۲۹/۶۷)؛ درحالی‌که در گروه کنترل تغییر محسوسی در میانگین‌ها وجود ندارد (پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب ۴۳/۲۰ و ۴۲/۰۷).

برای بررسی معناداری اثرات مداخله بر گروه آزمایشی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش با میانگین گروه کنترل مقایسه شده و نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی به‌کار گرفته شدند. اما پیش از آن، برای اطمینان از برقراری مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته و همگنی شیب رگرسیون، کولموگروف اسمیرنوف و تحلیل واریانس اجرا گردید که نتایج آن در جداول (۳) گزارش شده‌اند.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی خطای واریانس‌ها

متغیر وابسته	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
علائم روانی کرونا	۲/۳۰۲	۱	۲۸	۰/۰۵۷
علائم جسمی کرونا	۰/۴۵۳	۱	۲۸	۰/۸۰۹
نمره کل اضطراب کرونا	۱/۹۲۴	۱	۲۸	۰/۰۵۱

طبق داده‌های جدول (۳)، چون سطح معنی‌داری متغیرها بزرگ‌تر از $\alpha=0/05$ هستند؛ ازاین‌رو فرض صفر رد نمی‌شود و مفروضه برابری واریانس‌ها بین گروه‌های گواه و آزمایش برقرار است. نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته بود ($Z=0/204$).

جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از تحلیل واریانس تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. چنانچه تعامل بین این دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار باشد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی نمی‌کنند. در جدول (۴)، اطلاعات مربوط به متغیر وابسته (به تفکیک نشانگان روانی و جسمی اضطراب و اضطراب کل) ارائه شده‌اند.

جدول ۴: نتایج همگنی شیب خط رگرسیون

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مقدار F	معناداری
علائم روانی کرونا	گروه × پیش‌آزمون	۱/۷۳۱	۰/۱۹۷
علائم جسمی کرونا	گروه × پیش‌آزمون	۰/۷۲۰	۰/۴۲۰
نمره کل اضطراب کرونا	گروه × پیش‌آزمون	۱/۶۲۱	۰/۲۹۸

سطح معناداری پیش‌آزمون در هر سه متغیر نشانه‌ها روانی، نشانه‌های جسمی و اضطراب کل بیانگر آن است که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نمی‌باشند ($F=1/621$ و $p>0/05$). بنابراین تعامل شیب رگرسیون متغیر اضطراب کرونا با گروه معنی‌دار نیست و فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌گردد. جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس و کواریانس آزمون Box's M اجرا گردید. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری ۰/۳۳۱ و بزرگ‌تر از $\alpha=0/05$ بود ($F=1/339$, $P>0/05$)، می‌توان ادعا کرد که فرض همگنی ماتریس واریانس و کواریانس متغیرها نیز برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس، مجاز به استفاده از روش جهت‌آزمون فرضیه پژوهش هستیم.

جدول ۵: نتایج آزمون‌های چند متغیره پس‌آزمون ابعاد اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر بیلابیلی	۰/۸۴۱	۶۶/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۹	۶۶/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۵/۳۰۰	۶۶/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۰/۹۹۹
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۵/۳۰۰	۶۶/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۰/۹۹۹

داده‌های جدول (۵)، به‌ویژه آزمون لامبدای ویلکز ($F=66/249$ و $Sig=0/001$) به‌روشنی معنادار بودن تأثیر مداخله را تأیید می‌کنند. نتایج مؤید آن است که بین گروه آزمایش که آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی را دریافت کرده‌اند و گروه کنترل از لحاظ پس‌آزمون ابعاد اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹ تفاوت معناداری وجود دارد. ضمناً ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۸۴/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی می‌باشد. بعد از تأیید اثربخشی آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی، به منظور بررسی این موضوع که آیا هریک از دو بعد علائم جسمی و روانی اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹ به‌طور جداگانه از این بسته آموزشی تأثیر پذیرفته‌اند یا خیر؟ آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره اجرا گردید که نتایج آن در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج اثرات بین‌آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره ابعاد اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید - ۱۹

متغیرهای وابسته	مجموع مجزوات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
علائم روانی کرونا	۲۵۵/۰۴۴	۱	۱۱/۶۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۱	۰/۹۹۹
علائم جسمی کرونا	۲۵۳/۰۵۳	۱	۸۳/۷۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۰/۹۹۹

چنانچه در جدول (۶) مشاهده می‌شود استفاده از آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی باعث کاستن از علائم روانی ($F=۱۱/۶۴۶$ و $Sig=۰/۰۰۱$) و علائم جسمی ($F=۸۳/۷۰۸$ و $Sig=۰/۰۰۱$) اضطراب کرونا در مرحله پس‌آزمون شده است. بنا بر این داده‌ها می‌توان ادعا کرد که آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی می‌تواند اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ را در مادران به‌طور معناداری کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش میزان تأثیر بسته آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر کاهش اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در مادران تهرانی ارزیابی گردید. نتایج حاکی از آن بود که این بسته آموزشی توانسته است میانگین علائم جسمی اضطراب مادران مورد مطالعه را از $۲۰/۴۷$ به $۱۴/۱۳$ ، علائم روانی آنان را از $۲۱/۸۷$ به $۱۵/۵۳$ و اضطراب کل را از $۴۲/۳۳$ به $۲۹/۶۷$ کاهش دهد. این تغییرات به‌معنای آن است که خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی منجر به کاهش معنادار علائم جسمی و روانی اضطراب کرونا در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ریاس و دیگران (۲۰۲۰) درباره تأثیر معنویت، دانش و نگرش افراد بر اضطراب کووید-۱۹ که در میان جمعیت عمومی آندونزی صورت گرفته، پرازرس و دیگران (۲۰۲۱) در باب مقابله‌های معنوی - مذهبی با ترس و اضطراب مرتبط با کرونا در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در پرتغال، کاساپوگلو (۲۰۲۱) در زمینه رابطه بین معنویت، خودکارآمدی و اضطراب و ناامیدی ناشی از همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ در ترکیه انجام گرفته، مطابقت دارد. افزون بر این مطالعه سانحه، دلال، ساوه و ساروه (۲۰۱۷) در مورد تأثیر مراقبت معنوی بر بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی، تحقیق کاروالیو و دیگران (۲۰۱۴) در باب اثربخشی نماز در کاهش اضطراب بیماران سرطانی، پژوهش پارک و دیگران (۲۰۱۳) در زمینه پیامدهای دین‌داری و معنویت در تقویت آرامش روانی و سلامت عمومی نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

در تبیین این اثر می‌توان گفت طبق مبانی رویکرد یکپارچه توحیدی، یک مشکل رفتاری یا اختلال روانی بایستی از ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد توجه و درمان قرار گیرد. به همین دلیل در این بسته آموزشی نیز ضمن تأکید بر عنصر معنویت، به سایر عوامل مختلف کاهنده اضطراب از قبیل تن‌آرامی، مصرف غذاها و گیاهان آرام‌بخش (بعد زیستی)، مدیریت افکار و احساسات، اصلاح باورهای غیرمنطقی، مثبت‌سازی خودگویی‌ها و تلقین‌های محیطی از طریق کم کردن میزان گوش دادن به اخبار و اطلاعات منفی و وحشت‌آفرین به‌منظور کاهش نگرانی‌های ذهنی (بعد شناختی)، تخلیه هیجانی و افزایش قدرت بخشایشگری (بعد احساسی)، توسعه روابط اجتماعی و کاستن از انزوا و تنهایی ناشی از قرنطینه، ارتباط با افراد آرام و الگوبرداری از آنها و اجتناب از افراد اضطراب‌آفرین و دارای افکار سمی (بعد اجتماعی) هم توجه شده است.

برای مثال، نظر به اینکه تنش عضلانی یکی از نشانه‌های جسمی مهم اضطراب است، تکنیک تن‌آرامی با تنفس دیافراگمی به رفع این نشانه‌ها کمک شایانی می‌کند (کنراد و روت، ۲۰۰۷)؛ یا از آنجاکه یکی از مؤلفه‌های اصلی

اضطراب، مؤلفه شناختی است که به صورت نگرانی و تشویش خاطر تبلور می‌یابد، اصلاح باورهای معیوب، تغییر خودگویه‌های منفی و همچنین کاستن از دامنه اطلاعات و اخبار ورودی به ذهن می‌تواند نقشی محوری در کاهش نگرانی‌های فرد ایفا نمایند (ژانگ، ۲۰۰۹).

افزون بر این، در بعد زیستی مطالعه رحیمی و دیگران (۱۳۹۳) آشکار ساخت که آموزش تمرینات تن‌آرامی می‌تواند به کاهش اضطراب در زنان باردار مضطرب کمک کند. همچنین زمانپور و دیگران (۱۴۰۱) دریافتند دمنوش بابونه می‌تواند اضطراب و افسردگی را در زنان یائسه کاهش دهد. از آنجایی که اضطراب در بدن آرام قابلیت حضور ندارد، با رفع نشانه‌های جسمانی و آرام شدن نسبی بدن، نشانه‌های ذهنی اضطراب از قبیل نگرانی و توجه مفرط به محرک‌های تهدیدآمیز محیطی نیز کاهش می‌یابند.

در بعد شناختی کرمی بلداجی و دیگران (۱۳۹۸) نشان دادند که چگونه با اصلاح باورهای غیرمنطقی می‌توان افسردگی و اضطراب را در زنان مطلقه کاهش داد. الاحمد و حسین (۲۰۲۱) نیز در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که وابستگی دندان‌پزشکان و سایر متخصصان به رسانه‌های اجتماعی و توجه زیاد به اخبار منتشر شده در مورد کرونا باعث تشدید اضطراب در آنها شده است. گودوین و دیگران (۲۰۲۱) نیز طی یک نظرسنجی ملی در جمعیت عمومی تایلند دریافتند بین توجه بیش‌ازحد به اخبار و اطلاعات کرونایی و اضطراب در مردم آن سامان رابطه نیرومندی وجود دارد. در بعد هیجانی، سندین و دیگران (۲۰۲۱) نقش عواطف منفی، عدم تحمل و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها در بروز علائم اضطراب و افسردگی را برجسته کرده‌اند. داتو و دیگران (۲۰۲۲) نیز بر اثرات سپاسگزاری و مهربانی بر کاهش احساسات منفی و اضطراب کرونایی تأکید کرده‌اند.

کارسو و دیگران (۲۰۲۱) با بررسی رابطه ارتباطات بین‌فردی و اضطراب مرگ در افراد مبتلا به کووید - ۱۹ این نکته را روشن ساختند که هرچه حمایت‌های اجتماعی از این افراد بیشتر باشد، ترس و نگرانی آنها کمتر خواهد بود. علاوه بر همه عوامل فوق، ایمان به خداوند متعال یک عامل نیرومند و شفافبخش است که همواره در دسترس است و همگان به‌خصوص افراد با ایمان می‌توانند حضور او را در زندگی خود احساس کنند و از او برای بهبودی خود یاری بطلبند. این عامل می‌تواند انرژی زیادی برای غلبه بر مشکلات روان‌شناختی فراهم آورد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸). برخی روان‌شناسان مانند ساواتزکی، راتنر و چپو (۲۰۰۵) عقیده دارند که معنویت به انسان کمک می‌کند تا معنای مثبتی که در پس حوادث ناگوار زندگی وجود دارد را درک کند و بدین ترتیب از این حوادث کمتر ترس و اضطراب گردد. مراقبت‌های معنوی همچنین می‌توانند نقش حمایتی داشته باشند و در شرایط دشوار فرد را قادر به کنار آمدن با مشکلات زندگی نمایند و سبب احساس آرامش در او شوند (گیجسبرتس و دیگران، ۲۰۱۹؛ ویلسون و دیگران، ۲۰۱۸).

به عبارت دیگر، معنویت و مذهبی بودن موجب می‌شود افراد در هنگام مواجهه شدن با حوادث منفی زندگی با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تفسیرهای مثبت مرتبط با یاری خداوند، به استقبال رویدادها بروند و در مواجهه با مشکلات باور داشته باشند

که خداوند آنها را تنها نخواهد گذاشت (پارگمنت، کوئینگ و پرز، ۲۰۰۰). در قرآن مجید به‌صراحت اعلام‌شده که یاد خدا آرامش‌بخش قلوب مؤمنان است (رعد: ۲۸). این امر از آنجا ناشی می‌شود که ایمان به خدا و توکل به قدرت لایزال او، تمامی ابعاد و لایه‌های اضطراب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این طریق موجب کنترل و مدیریت آن می‌گردد. به همین دلیل در بسته آموزش خودآرام‌سازی با رویکرد یکپارچه توحیدی ضمن تأکید بر جهت‌گیری درون‌سوی ارزش‌های دینی و معنوی در باب مسائل؛ مانند هدفمند بودن زندگی، درک پدیده مرگ به‌عنوان یک پدیده تکاملی در صعود به یک مرحله بالاتر، راضی بودن به قضا و قدر الهی و واکنداشتن امور به پروردگار مهربان و عطف، گفت‌وگو می‌شود تا مراجع با درک عمیقی از این مفاهیم، به آرامش درونی دست یابند (بیاتی اشکفتکی و دیگران، ۱۳۹۹).

بدین‌سان ترکیب رفتارهای دینی در قالب مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه همراه با پرورش مهارت‌های ایمانی؛ مانند نیایش، ذکر و فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی به اعضای گروه آموخت که اگر دشواری‌های پیش‌آمده ناشی از شیوع ویروس کرونا را جزئی از امتحان الهی محسوب نمایند و از برخی راهکارهای دینی؛ مانند توکل و توسل به خداوند و ائمه اطهار علیهم‌السلام بهره ببرند، می‌توانند در جهت کاهش اضطراب‌شان گام بردارند (خواجه و عزیزی ابرقویی، ۱۳۹۷)؛ به‌خصوص اگر به این نکته توجه داشته باشیم که در ایران بسیاری از اختلالات روانی - عاطفی و حتی بین شخصی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت نسبت به این تعامل، تشخیص و درمان مشکلات رفتاری موفقیت‌آمیز نخواهد بود (اعتمادی، ۱۳۸۴).

بر این اساس با توجه به جامعیت آموزش‌های ارائه‌شده در این بسته آموزشی و نگاه همه‌جانبه، هم‌زمان و متوازن به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد، بهبود شاخص‌های اضطراب در گروه آزمایش می‌تواند نتیجه طبیعی چنین رویکردی باشد.

دو محدودیت مهم این پژوهش؛ یکی عبارت است از اجرای آنلاین و غیرحضور آموزش‌ها و دومی طول نسبتاً کوتاه‌مدت اجرای برنامه‌های آموزشی، که هر دو به علت محدودیت‌های قانونی ناشی از بحران همه‌گیری بیماری کرونا بودند؛ زیرا در شرایط مطلوب، هم این آموزش‌ها بهتر است به صورت حضوری و چهره‌به‌چهره انجام گیرند و هم دست‌کم طی پانزده تا بیست جلسه برگزار شوند، تا امکان توضیح بیشتر مطالب، تمرین‌های رفتاری بیشتر و پاسخ به پرسش‌های احتمالی شرکت‌کنندگان فراهم گردد. دوره پیگیری نیز به دلیل همین محدودیت و در دسترس نبودنشان، امکان‌پذیر نبود. از آنجا که نتایج حاضر در شرایط شبه‌آزمایشی حاصل شده است، برای به‌دست آوردن نتایج با تعمیم‌پذیری و اعتبار بیشتر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته در کنار پرسش‌نامه‌ها استفاده گردد. با این وجود، مشاوران و متخصصان سلامت روانی می‌توانند از این بسته آموزشی برای آموزش مادران و خانواده‌هایی که اضطراب بالایی دارند استفاده نمایند. همچنین علاوه بر آموزش‌های روان‌شناختی آنها می‌توانند از یافته‌های این پژوهش به‌عنوان یک الگوی کاربردی و حمایتی در کنار سایر فنون و روش‌های روان‌درمانی بهره ببرند تا اثرات درمانی طولانی‌تر و عمیق‌تر گردد.

منابع

قرآن کریم.

- اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. *تازه‌های روان‌درمانی*، ۱۰ (۳۵ و ۳۶)، ۱۳۱-۱۴۶.
- اکبری، امیرحسین و دیگران (۱۳۹۹). اثربخشی توحیددرمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۱۱ (۴۱)، ۹۰-۶۱.
- امیدیان، مهدی و دیگران (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری. *روان‌شناسی و دین*، ۱۷ (۱)، ۱۷-۳۹.
- بیاتی اشکفتکی، منیره و دیگران (۱۳۹۹). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های اضطراب وجودی، صبر و امید در زنان افسرده. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱۴ (۲۷)، ۹۵-۱۱۵.
- جایروند، حمداله (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵ (۵)، ۹۱-۹۹.
- چابکی‌نژاد، زهرا و صابراشکذری، فاطمه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی (IT) بر اضطراب و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی استان یزد. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۴ (۳۳)، ۴۱-۶۰.
- چوپانی، مراد (۱۳۸۹). بررسی تأثیر گروه‌درمانی مذهبی و شناختی - رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد شهر قم. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۴ (۶)، ص ۳۱-۶۱.
- خواججه، زهرا و عزیزی ابرقوتی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شفقت با رویکرد درمان یکپارچه توحیدی بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*، ۴ (۹)، ۵۵-۶۶.
- رحیمی، فرزانه و دیگران (۱۳۹۳). تأثیر آموزش تمرینات تن‌آرامی بر میزان اضطراب زنان باردار گروه پرخطر. *ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها*، ۲ (۳)، ۱۸۰-۱۸۹.
- زمانپور، زهره و دیگران (۱۴۰۱). بررسی تأثیر دمنوش بابونه بر اضطراب و افسردگی زنان یائسه. *زنان، ملامی و نازایی ایران*، ۲۵ (۱۲)، ۳۳-۸۴.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۲ (۲)، ۷-۳۲.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۸). درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی. *اسلام و روان‌شناسی*، ۳ (۴)، ۶۵-۸۲.
- _____ (۱۳۹۲). *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی*. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- شریفی‌نیا، محمدحسین و دیگران (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان. *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۲۷ (۳)، ۴۱-۷۲.
- طیبی، هاجر (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی - رفتاری در کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- علی‌پور، احمد و دیگران (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *روان‌شناسی سلامت*، ۸ (۴)، ۱۶۳-۱۷۵.
- کرمی بلداجی و دیگران (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان ودیعه‌های انسانی (HGT) بر کاهش افسردگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۹ (۱)، ۷۶-۵۷.
- مشهدی‌پور، مریم (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی. *روان‌شناسی و دین*، ۱۲ (۲)، ۷۱-۱۰۴.

- Al-Amad, S. H. & Hussein A. (2021). Anxiety among dental professionals and its association with their dependency on social media for health information: insights from the COVID-19 pandemic. *BMC psychology*, 9(1), 1-9.
- Arslan, G., Yildirim, M. & Aytaç M. (2022). Subjective vitality and loneliness explain how coronavirus anxiety increases rumination among college students. *Death studies*, 46(5), 1042-1051.
- Bonelli, R. M. & Koenig H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52, 657-673.
- Carvalho, C. C., Chaves, E. D. C. L., Iunes, D. H., Simão, T. P., Grasselli, C. D. S. M. & Braga, C. G. (2014). Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 684-690.
- Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how?. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 243-264.
- Curşeu, P. L., Coman, A. D., Panchenko, A., Fodor, O. C. & Raţiu, L. (2021). Death anxiety, death reflection and interpersonal communication as predictors of social distance towards people infected with COVID 19. *Current Psychology*, 1-14.
- Datu, J. A. D., Valdez, J. P. M., McInerney, D. M. & Cayubitt, R. F. (2022). The effects of gratitude and kindness on life satisfaction, positive emotions, negative emotions, and COVID-19 anxiety: An online pilot experimental study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(2), 347-361.
- Fardin, M. A. (2020). COVID-19 and anxiety: A review of psychological impacts of infectious disease outbreaks. *Archives of clinical infectious diseases*, 15(COVID-19).
- Ferrell, B. R., Handzo, G., Picchi, T., Puchalski, C. & Rosa, W. E. (2020). The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. *Journal of pain and symptom management*, 60(3), 7-11.
- Gijsberts, M. J. H., Liefbroer, A. I., Otten, R. & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, 7(2), 1-21.
- Goodwin, R., Wiwattanapantuwong, J., Tuicomepee, A., Suttiwan, P., Watakokosol, R. & Benzra, M. (2021). Anxiety, perceived control and pandemic behaviour in Thailand during COVID-19: Results from a national survey. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 212-217.
- James Riegler, L., Raj, S. P., Moscato, E. L., Narad, M. E., Kincaid, A. & Wade, S. L. (2020). Pilot trial of a telepsychotherapy parenting skills intervention for veteran families: Implications for managing parenting stress during COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 290-303.
- Kasapoğlu, F. (2020). Examining the relationship between fear of COVID-19 and spiritual well-being. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5, 343-356.
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D. & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 51(8), 1403-1404.

- Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C. & Pappalardo, E. A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry Research*, 290, 112-113.
- Liyanage, S., Saqib, K., Khan, A. F., Thobani, T. R., Tang, W. C., Chiarot, C. B. ... & Butt, Z. A. (2021). Prevalence of anxiety in university students during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 62-75.
- Menec, V. H., Chipperfield, J. G., Perry, R. P. (1999). Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control, and health. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 54, 85-93.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Park, N. S., Lee, B. S., Sun, F., Klemmack, D. L., Roff, L. L. & Koenig, H. G. (2013). Typologies of religiousness/spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 52, 828-839.
- Pauley, D., Cuijpers, P., Papola, D., Miguel, C. & Karyotaki, E. (2023). Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychological Medicine*, 53(2), 567-579.
- Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C. & Teixeira, A. (2021). COVID-19-related fear and anxiety: Spiritual-religious coping in healthcare workers in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 221-231.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Rias, Y. A., Rosyad, Y. S., Chipojola, R., Wiratama, B. S., Safitri, C. I., Weng, S. F. ... & Tsai, H. T. (2020). Effects of spirituality, knowledge, attitudes, and practices toward anxiety regarding COVID-19 among the general population in Indonesia: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 97-114.
- Ryu, S., & Chun, B. C. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health*, 42-59.
- Sandín, B., Espinosa, V., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Schmitt, J. C., Arnáez, S. & Chorot, P. (2021). Effects of coronavirus fears on anxiety and depressive disorder symptoms in clinical and subclinical adolescents: the role of negative affect, intolerance of uncertainty, and emotion regulation strategies. *Frontiers in Psychology*, 12, 71-84.
- Sankhe, A., Dalal, K., Save, D. & Sarve, P. (2017). Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: a randomized controlled study. *Psychology, health & medicine*, 22(10), 1186-1191.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A. & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social indicators research*, 72, 153-188.
- Vasegh, S., Rosmarin, D. H., Koenig, H. G., Dew, R. E. & Bonelli, R. M. (2012). *Religious and spiritual factors in depression*. Depression research and treatment.
- Wilson, J., Hodgson, J., Jones, E. & Wilson, G. (2018). Medical family therapy in spiritual care. *Clinical methods in medical family therapy*, 463-495.
- Zhang, L. F. (2009). Anxiety and thinking styles. *Personality and individual differences*, 47(4), 347-351.