



## امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم در کاهش اضطراب ادراک‌شده: مطالعه تک‌آزمودنی طرح خط پایه چندگانه

سیدمهدی خطیب<sup>✉</sup>، مسعود آذربایجانی<sup>۲</sup>، عباس پسندیده<sup>۳</sup>، مسعود جان‌بزرگی<sup>۴</sup>، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی<sup>۵</sup>

۱. استادیار، گروه روانشناسی، پژوهشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران. نویسنده مسئول: mahdikhatib@yahoo.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

۳. استاد، گروه علوم و معارف حدیث، پژوهشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

۵. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<b>تاریخ‌ها:</b> دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۹ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸	پژوهش حاضر با هدف امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم در کاهش اضطراب ادراک‌شده، انجام شد. روش پژوهش، آزمایشی به شیوه تک‌آزمودنی، طرح خط پایه چندگانه بود. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون، مقیاس اضطراب ادراک‌شده و پروتکل مقابله دینی بود. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد و از بین مراجعه‌کنندگان دارای اضطراب به مرکز مشاوره سماح قم، ۳ نفر انتخاب شدند. برای هر کدام از مراجعان به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. یافته‌های پژوهش، میزان رضایت بالینی مراجعان از اجرای پروتکل مقابله دینی را ۹۳ درصد و مطلوب نشان داد. همچنین یافته‌های پژوهش، میزان بهبودی هر سه مراجع را بر اساس شاخص کاهش میانگین خط پایه، ۳۶ درصد و معنادار نشان داد. در تحلیل دیداری درون موقعیتی، تغییرات سطح، تغییرات ثبات و تغییرات روند در مرحله مداخله برای هر سه مراجع، کاهش و باثبات بود. در تحلیل دیداری بین موقعیتی، تغییرات سطح و تغییرات روند، بیانگر روند کاهش اضطراب هر سه مراجع بود. همچنین، اندازه اثر با روش‌های غیرپارامتری درصد داده‌های همپوش و درصد داده‌های غیر همپوش، سنجیده شد که نتایج بیانگر اثر بسیار بالا (۱۰۰ درصد) در اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک‌شده مراجعان است. بنابراین، امکان کاربرد پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم برای افراد دارای اضطراب ادراک‌شده وجود دارد و این پروتکل، می‌تواند جهت بررسی کارآمدی در مجموعه‌های پژوهشی به کار گرفته شود.
<b>واژگان کلیدی:</b> مقابله دینی اضطراب ادراک‌شده پروتکل دینی قرآن کریم روانشناسی اسلامی تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه	

استناد: خطیب، سیدمهدی، آذربایجانی، مسعود، پسندیده، عباس، جان‌بزرگی، مسعود، رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۴۰۴). امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم در کاهش استرس ادراک‌شده: مطالعه تک‌آزمودنی طرح خط پایه چندگانه. *روانشناسی فرهنگی*، ۹(۱). ۱۴۶-۱۳۱.

<https://doi.org/10.30487/jcp.2026.546264.1840>

© ۱۴۰۴ (۲۰۲۵) نویسندگان مقاله، نشریه روانشناسی فرهنگی، ناشر: سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم انسانی (سمت)



## Feasibility of implementing a religious coping protocol based on the Holy Quran in reducing perceived stress: A single-subject study with multiple baseline design

Seyed Mahdi Khatib<sup>1</sup>✉, Masoud Azarbajani<sup>2</sup>, Abbas Pasandideh<sup>3</sup>, Masoud Janbozorgi<sup>4</sup> , Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei<sup>5</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Research Institute of the Quran and Hadith, Qom, Iran.  
Corresponding author: mahdikhatib@yahoo.com
2. Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran.
3. Professor, Department of Hadith Studies and Islamic Sciences, Research Institute of the Quran and Hadith, Qom, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran.
5. Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

### Article Info

#### History

Received: May 09, 2025

Accepted: August 30, 2025

#### Keywords

Religious coping  
perceived stress  
religious protocol  
feasibility study  
Islamic psychology

### Abstract

The present study was conducted with the aim of examining the feasibility of implementing a religious coping protocol based on the Holy Quran in reducing perceived stress. The research method was a single-subject, multiple-baseline experiment. The research instruments were the Milon Clinical Multiaxial Questionnaire, the Perceived Stress Scale, and the religious coping protocol. Purposive sampling was conducted and 3 people were selected from among the stressed clients of the Samah Qom Counseling Center. Each client was randomly assigned between 3 and 7 baseline sessions. The research findings showed that the clinical satisfaction of the clients with implementing the religious coping protocol was 93% and desirable. The research findings also showed that the improvement rate of all three clients based on the baseline mean reduction index was 36% and significant. In the intra-situational visual analysis, the level changes, stability changes, and trend changes in the intervention phase for all three clients were decreasing and stable. In the inter-situational visual analysis, the level changes and trend changes indicated a decreasing trend in stress for all three clients. Also, the effect size was measured using non-parametric methods of percentage of overlapping data and percentage of non-overlapping data, and the results indicate a very high effect (100 percent) in implementing the religious coping protocol on reducing the perceived stress of clients. Therefore, it is possible to use the religious coping protocol based on the Holy Quran for people with perceived stress, and this protocol can be used to examine its effectiveness in research groups.

**Citation:** Khatib, M., Azarbajani, M., Pasandideh, A., Janbozorgi, M., & Rasoulzadeh Tabatabaei, K. (2025). Feasibility of implementing a religious coping protocol based on the Holy Quran in reducing perceived stress: A single-subject study with multiple baseline design. *Cultural Psychology*, 9(1), 131-146.

<https://doi.org/10.30487/jcp.2026.546264.1840>

© 2025 Authors, Cultural Psychology.

**Publisher:** Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT).

## مقدمه

اضطراب که پاسخی فیزیولوژیک یا روان‌شناختی به اضطراب‌زای درونی یا بیرونی است (وندن‌باس، ۲۰۱۵)، یکی از شایع‌ترین پدیده‌های روان‌شناختی زندگی امروزی است و اثرات قابل توجهی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۳). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند قرار گرفتن مداوم در معرض اضطراب و ناملايمات زندگی می‌تواند بر عملکرد انسان، سیستم ایمنی و طول عمر او تأثیر منفی بگذارد (شیلدز و اسلاویچ، ۲۰۱۷). برای نمونه مطالعات مقطعی و طولی نشان می‌دهد مشاغل پر اضطراب، با فشارخون بالا (رزنتال و التر، ۲۰۱۲) و خطر بیماری کرونری قلب (کیویماکی و دیگران، ۲۰۰۲) در ارتباط است و افراد شاغل در این گونه مشاغل نسبت به سایر شغل‌ها، نمره کمتری در شاخص‌های بهبایشی روانی، سلامت جسمی و رضایت شغلی دارند (جانسن و دیگران، ۲۰۰۵). افزون بر این، فیلیپس، در و کارول (۲۰۰۸) در مطالعه طولی درباره ۹۶۸ مرد و زن ۵۶ ساله گزارش دادند که تعداد رویدادهای زندگی مرتبط با سلامت و میزان اضطراب شرکت‌کنندگان در خط پایه، مرگ‌ومیر آنان را در ۱۷ سال بعد پیش‌بینی کرد. در مطالعه‌ای دیگر، به افراد قطره بینی حاوی ویروس سرماخوردگی یا دارونما داده شد و سپس سطح اضطراب آنان از لحاظ رویدادهای زندگی در سال گذشته، ارزیابی شد. نتایج نشان داد همه افرادی که قطره ویروس دریافت کرده بودند، دچار ویروس نشده و همه کسانی که دچار ویروس شدند، علائم سرماخوردگی را نشان ندادند و مریض نشدند. این پژوهش نشان داد که اضطراب در وهله اول پیش‌بینی کرد چه کسی دچار ویروس می‌شود و در وهله بعد چه کسی علائم را نشان می‌دهد (اُگدن، ۲۰۱۲).

یافتن شیوه‌های غلبه بر پیامدهای منفی برجای مانده از اضطراب از جمله دغدغه‌های پژوهشگران معاصر بوده است (وزکز-لارا و همکاران، ۲۰۲۵؛ مارتینز، پالمیرا و ماتوس، ۲۰۲۵؛ امیری، محمود، جاوید و خان، ۲۰۲۴). مطالعات اخیر، توجه پژوهشگران را به نحو فزاینده‌ای به نقش دین به‌عنوان منبع مقابله‌ای مؤثر در مدیریت اضطراب، به خود جلب کرده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد مقابله دینی یکی از مؤثرترین سازوکارها در پیامدهای سلامت روانی است و شواهدی نیز مبنی بر اثرگذاری آن بر سلامت جسمانی وجود دارد (نونو و وودرام، ۲۰۰۲). علاوه بر این، مطالعات اخیر در حوزه روان‌شناسی سلامت نشان می‌دهند که دین نه تنها به‌عنوان سیستمی معنابخش عمل می‌کند، بلکه می‌تواند با ایجاد احساس کنترل، تقویت حمایت اجتماعی و کاهش واکنش‌های فیزیولوژیک به اضطراب، به طور مستقیم در فرایندهای زیستی و روانی اضطراب تأثیرگذار باشد (کونینگ، ۲۰۱۸؛ پارک، هولت، لی، کریستی و ویلیامز، ۲۰۲۱). دین می‌تواند از طریق مکانیزم‌هایی مانند بازسازی معنا، تقویت شبکه حمایتی اجتماعی و افزایش کنترل درونی عمل کند؛ اما اثرات دقیق آن بستگی به نوع «مقابله دینی» دارد. شواهد نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای «مقابله مثبت دینی» (مانند دعا، توکل، احساس حمایت الهی و جستجوی معنا) می‌تواند به کاهش اضطراب، افزایش امید، و بهبود کیفیت زندگی منجر شود (پارگامنت و پارک، ۲۰۱۹). به طور خاص، مطالعات مروری نظام‌مند و فراتحلیل‌های جدید نشان می‌دهند که مقابله دینی مثبت به طور معنی‌داری با کاهش سطوح اضطراب ادراک شده و کاهش شاخص‌های افسردگی و اضطراب مرتبط است (شرمن، سیمونتون و لطیف، ۲۰۲۳؛ گارسن، ویسل و پل، ۲۰۲۱).

با وجود شواهد فزاینده در حمایت از نقش مقابله دینی در مدیریت پیامدهای منفی روان‌شناختی، برخی پژوهش‌ها به نقش تعدیل‌کنندگی تفاوت‌های فرهنگی در میزان اثربخشی پروتکل‌های مقابله‌ای اشاره کرده‌اند (ابوریا و پارگامنت، ۲۰۱۵). در جوامع مسلمان، قرآن کریم نه فقط یک متن دینی است که چارچوبی معنایی برای فهم جهان فراهم می‌آورد. آموزه‌های قرآنی درباره صبر، توکل، ذکر، رجا، تفویض، تسلیم، شکر و بازتعریف مصائب به‌عنوان آزمون و مایه رشد انسان (خطیب، ۱۴۰۱) می‌تواند منابع نظری و عملی برای مداخلات مقابله‌ای

فراهم کند؛ اما انتقال این آموزه‌ها به مداخله مقابله‌ای و درمانی مستلزم بازسازی آن به زبان فرهنگی و بالینی است. ادبیات فرهنگی سازی مداخلات روان‌درمانی نشان می‌دهد که صرف افزودن محتوای مذهبی به یک مداخله بدون بازبینی عمیق ساختار معنایی، ممکن است اثربخشی را کاهش دهد یا حتی نتایج معکوس داشته باشد. از این رو، امروزه شناسایی و به کارگیری شیوه‌های مؤثر مقابله با اضطراب، به‌ویژه با زمینه‌های فرهنگی، در میان پژوهشگران اهمیت فزاینده‌ای یافته است (آنو و وسکونسلس، ۲۰۰۵؛ ابوریا و پارگامنت، ۲۰۱۵؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌های صورت گرفته اگر چه نشان از اهمیت مقابله دینی با اضطراب در میان روان‌شناسان دارد؛ اما بررسی امکان مداخله دینی در بافت‌های فرهنگی مختلف به‌ویژه فرهنگ اسلامی، همچنان موضوعی کمتر پژوهش شده به شمار می‌آید و به همین خاطر، خلأ پژوهش درباره امکان‌پذیری اجرای مداخلات دینی در کاهش اضطراب در سنت اسلامی و به‌ویژه مبتنی بر آموزه‌های قرآن کریم احساس می‌شود. از این رو، پژوهش حاضر با هدف امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم در کاهش اضطراب ادراک شده انجام شد.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی به شیوه تک آزمودنی<sup>۱</sup>، طرح خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> بود. تک آزمودنی طرحی است که بیشتر در امکان‌پذیری‌ها قابل استفاده است (گالو، کومر و بارلو، ۲۰۱۳). امکان‌پذیری، نوعی بررسی مقدماتی است که با هدف تدوین پروتکل اولیه، تعیین میزان موفقیت طرح به صورت اولیه و فراهم آوردن اطلاعات اولیه درباره سطح تأثیرات احتمالی درمان صورت می‌گیرد (وندن‌باس، ۲۰۱۵؛ رونساولیل، کارول و اونکن، ۲۰۰۱). نقش‌های اصلی‌ای که پروتکل درمانی در مرحله امکان‌پذیری ایفا می‌کند عبارت است از: مشخص کردن ابتدایی اهداف درمان، قالب درمان و تکنیک‌ها و تکالیف درمانی (کارول و رونساولیل، ۲۰۰۸). به منظور بررسی امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی، ابتدا رفتار آزمودنی در روند زمانی دوره کنترل خط پایه (مرحله A) سنجیده شد. سپس کاربردی در دوره مداخله (مرحله B) اجرا و رفتار آزمودنی دائماً مشاهده شد. هر تغییری که در رفتار آزمودنی در فاصله دوره خط پایه تا دوره درمان مشاهده شود به کارآمدی درمان نسبت داده می‌شود (کازبی و بیتس، ۲۰۱۵). در این پژوهش، متغیر مستقل به صورت نظام‌مند به‌واسطه اجرای پروتکل مقابله دینی دستکاری شد. متغیر وابسته (اضطراب ادراک شده) به صورت منظم در روند زمان در هر جلسه ارزیابی شد. اثر مداخله با اجرای «طرح خط پایه چندگانه» برای ۳ آزمودنی در ۳ مرحله (مرحله خط پایه، مرحله مداخله و مرحله پیگیری برای هر آزمودنی) نشان داده شد و مراحل خط پایه و مداخله مشتمل بر بیش از ۳ نقطه داده بود.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مراجعان دارای اضطراب بود که به مرکز مشاوره سماح قم مراجعه کرده و متقاضی مشاوره برای درمان اضطراب بودند. در طرح‌های آزمایشی از نوع تک آزمودنی، از شیوه‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی همچون نمونه‌گیری هدفمند استفاده می‌شود؛ چراکه به‌جای تعمیم نتایج، در پی بررسی اهداف خاص‌اند. برای اثبات امکان‌پذیری روش‌های مقابله‌ای جدید که پژوهش حاضر یکی از موارد آن است، نمونه ۳ نفر به بالا، از توان لازم جهت اجرای طرح خط پایه چندگانه برخوردار است (گالو و همکاران، ۲۰۱۳). برای انتخاب نمونه‌های پژوهش، ابتدا لیست تمام مراجعانی که در نوبت درمان اضطراب در مرکز پیش‌گفته قرار

1. Single-Subject  
2. Multiple-Baseline Design

داشتند، بررسی شد. تعداد مراجعان در لیست انتظار این مرکز، ۲۵ نفر بود. از مجموع این تعداد، ۱۰ نفر به پژوهشگر معرفی شد. سایر افراد به دلایل مختلف همچون عدم پاسخگویی، در دسترس نبودن، عدم آمادگی و نوبت انتظار برای درمانگر خاص، به مصاحبه دعوت نشدند. از میان ۱۰ نفر، ۷ نفر دارای ملاک‌های خروج بودند (مصرف دارو: ۱ نفر، اختلال شخصیت: ۲ نفر، همبودی اختلال: ۲ نفر و اختلال روان‌شناختی حاد: ۲ نفر). از این‌رو بر اساس ملاک‌های ورود، سه نفر انتخاب و با اخذ رضایت وارد فرایند درمان شدند.

معیارهای ورود: معیارهای ورود عبارت‌اند از: سن بزرگسالی (بالای ۲۰ سال)، وجود اضطراب کلی (بدون دریافت کد تشخیصی اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال اضطراب حاد و اختلال اضطراب پس از ضربه)، علاقه‌مندی به عناصر دینی - معنوی در درمان و رضایت برای شرکت در دوره درمانی که از طریق مصاحبه بالینی احراز شد.

معیارهای خروج: معیارهای خروج عبارت‌اند از وجود اختلال اضطراب حاد و اختلال اضطراب پس از ضربه، علاقه‌مندی به دریافت کد تشخیصی اختلال‌های بالینی و اختلال‌های شخصیت، شرکت هم‌زمان در دوره آموزشی یا روان‌درمانی مربوط به اضطراب، مصرف داروهای روان‌پزشکی از سه ماه گذشته تا کنون.

روش اجرا: برای اجرای پروتکل، هر سه آزمودنی به طور هم‌زمان وارد «مرحله خط پایه» شدند. تفاوت بین آزمودنی‌ها در تعداد جلسات خط پایه بود. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ جلسه خط پایه را گذراندند. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه صورت گرفت. سایر سنجش‌های خط پایه به صورت هفتگی انجام شد. آزمودنی اول ۳ جلسه، آزمودنی دوم ۵ جلسه و آزمودنی سوم ۷ جلسه خط پایه را گذراندند. آزمودنی‌ها به ترتیب بعد از اتمام جلسات خط پایه وارد «مرحله مداخله» شدند. هم‌زمان با جلسه سوم و پنجم آزمودنی اول در مرحله مداخله (جلسه ششم و هشتم خط پایه و مداخله)، به ترتیب آزمودنی دوم و سوم وارد مرحله مداخله شدند. نمودارهای روند خط پایه و مرحله مداخله آزمودنی‌ها در بخش یافته‌ها منعکس شده است. مداخله برای هر یک از افراد به صورت انفرادی و هفتگی اجرا شد. هر سه آزمودنی، دوره مداخله را به پایان رساندند. جلسات غیبت مراجعان با برگزاری جلسه اضافی در طول همان هفته جبران شد تا فاصله هفتگی جلسات حفظ شود. به فاصله ۱ ماه پس از پایان ۵ جلسه مداخله هر یک از مراجعان، «مرحله پیگیری» صورت گرفت. از آنجا که پژوهشگر دوره‌های درمان اختلالات اضطرابی را زیر نظر سوپروایزر گذرانده و تجربه کار بالینی را با افراد اضطرابی دارد، مداخله را شخصاً انجام داد. به منظور نظارت بر کار پژوهشگر و رعایت یکپارچگی مداخله، درمانگر جلساتی را با تیم ناظر به منظور بررسی میزان پیروی از پروتکل برگزار کرد. به طور کلی، روند اجرای پروتکل مقابله دینی، ۴ ماه به طول انجامید.

فرایند رضایت مراجعان: پیش از شروع مداخله، هر سه مراجع در جلسه توجیهی شرکت کردند و توضیحات شفافی درباره اهداف پژوهش، ماهیت مداخله، تعداد و مدت جلسات، شیوه جمع‌آوری داده‌ها و حقوق مراجعان (برای نمونه، حق انصراف در هر زمان)، دریافت کردند. کلیه مراجعان پس از دریافت توضیحات کامل، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً برای اهداف پژوهشی است و هویت افراد کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی مندرج در نظام‌نامه اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، اجرا شد. مداخلات درمانی در محیطی امن، با رعایت اصل رازداری انجام شد. تمامی داده‌ها با کدگذاری عددی نگهداری شد و فقط پژوهشگر اصلی به بانک داده‌ها دسترسی داشت.

کنترل سوگیری درمانگر: از آنجا که پژوهشگر در نقش درمانگر ایفای نقش می‌کرد برای کنترل سوگیری

احتمالی، در گام نخست، پروتکل درمانی به صورت مدون و استاندارد طراحی شد تا نحوه اجرای جلسات از پیش مشخص باشد و مداخلات شخصی‌سازی‌شده به حداقل برسد و در گام دوم، گزارش جلسات با رضایت مراجعان به تیم ناظر متخصص ارائه شد تا از ثبات اجرای درمان و بی‌طرفی درمانگر اطمینان حاصل شود. ابزارهای پژوهش: در این پژوهش در جهت احراز معیارهای خروج، از «پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون» و در جهت آزمون فرضیه، از «مقیاس اضطراب ادراک‌شده» استفاده شد و از «پروتکل مقابله دینی با اضطراب» به‌عنوان ابزاری در نقش متغیر مستقل، استفاده شد.

- پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون: پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون<sup>۱</sup> را تئودور میلون تدوین کرد. این پرسشنامه شامل ۱۷۵ گویه و ۲۸ مقیاس است که بر اساس پنج طبقه ذیل نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. مطالعات روایی و پایایی صورت گرفته درباره میلون نشان می‌دهد که این پرسشنامه، ابزار روان‌سنجی مطلوبی است. ضرایب اعتبار بازآزمایی دامنه‌ای متوسط تا بالا دارند و اعتبار بازآزمایی با فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز، ۰/۹۱ است (میلون، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷ به نقل از گراث مارتان، ۲۰۰۹). در مطالعه شریفی (۱۳۸۱) ضرایب آلفای مقیاس‌ها از ۰/۸۵ برای مقیاس وابستگی به الکل تا ۰/۹۷ برای مقیاس اختلال اضطراب پس از ضربه، در نوسان است. همچنین ضرایب اعتبار بازآزمایی، دامنه ۰/۸۲ برای مقیاس افسردگی اساسی تا ۰/۹۸ برای مقیاس اجتنابی را داراست. در این پژوهش، از این پرسشنامه جهت تشخیص اختلالات بالینی و اختلالات بارز شخصیتی در جهت بررسی ملاک‌های خروج از مطالعه، استفاده شده است.

- مقیاس اضطراب ادراک‌شده: مقیاس اضطراب ادراک‌شده<sup>۲</sup> را کوهن، کامارک و مرلستاین (۱۹۸۳) تدوین کرده‌اند. این مقیاس شامل ۱۰ گویه است و با هدف ارزیابی درجه‌ای که در آن افراد زندگی خود را اضطراب‌زا ادراک می‌کنند، تهیه شده است. سطوح بالای اضطراب در این مقیاس، با فشار خون بالا، افسردگی و آمادگی ابتلا به عفونت‌های مختلف پیوند دارد و نشان می‌دهد که چگونه افراد در طول یک ماه گذشته، زندگی خود را پیش‌بینی‌ناپذیر، مهارناشدنی و غیرمنتظره می‌بینند. بررسی مشخصات روان‌سنجی نسخه ۱۰ گویه‌ای این مقیاس، نشان‌دهنده پایایی مناسب (آلفای کرونباخ: ۰/۷۸) است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). امین یزدی (۱۳۷۷) ضریب اعتبار پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش کرده است. همچنین روایی محتوای پرسشنامه مطلوب گزارش شده است.

- پروتکل مقابله دینی با اضطراب: پروتکل مقابله دینی، مداخله‌ای به هدف تغییر در باور و رفتار است که مبتنی بر آموزه‌های قرآن کریم برای مقابله با اضطراب طراحی شده است (خطیب، آذربایجانی، پسندیده، جان بزرگی و طباطبایی، ۱۴۰۰) و مداخله‌ای برای تغییر سطوح شخصیت و طرح‌واره‌های ناسازگار به شمار نمی‌رود. این پروتکل بر اساس ساختار «الگوی مفهومی مقابله دینی با اضطراب بر اساس قرآن کریم» (خطیب، آذربایجانی، پسندیده، جان بزرگی و طباطبایی، ۱۴۰۱) که از چهار مقوله؛ راهبردهای معطوف به خود، راهبردهای معطوف به خدا، راهبردهای معطوف به دیگران و راهبردهای معطوف به دنیا تشکیل یافته بود بنا شده است. ساختار و محتوای پروتکل مقابله دینی به صورت خلاصه در جدول ۱ آورده شده است.

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)  
2. Perceived Stress Scale (PSS)

جدول ۱ ساختار و محتوای پروتکل مقابله دینی با اضطراب

جلسه	عنوان	هدف	راهبرد	تکنیک
اول	بررسی ماهیت اضطراب و منطبق مقابله دینی	آشنایی مراجع با مداخلات روانی - آموزشی و بررسی انتظارات وی از مقابله دینی؛ آشنایی با ماهیت اضطراب (تعریف، انواع، چرخه، نشانگان، منابع و پیامدهای اضطراب)؛ شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌زا و تعیین سهم آن در زندگی مراجع؛ تبیین منطبق مقابله دینی و مکانیزم اثرگذاری آن (تبیین جایگاه معنا در مقابله دینی)	ایجاد انگیزه؛ افزایش آگاهی؛ تخلیه هیجانی	آموزش روانی؛ ماهیت اضطراب، آموزش و تثبیت موقعیت‌های اضطراب‌زا؛ ثبت افکار و احساسات نسبت به موقعیت‌های اضطراب‌زای تجربه‌شده
دوم	بررسی و اصلاح ادراک مراجع از خود	بررسی خودپنداره مراجع (بررسی افکار و احساسات مراجع نسبت به خود در موقعیت اضطراب‌زا)؛ بررسی میزان انسجام میان خودپنداره و خود واقعی؛ بررسی خطاهای اسنادی در موقعیت اضطراب‌زا و اصلاح آن‌ها؛ ایجاد نگرش مثبت و واقع‌بینانه نسبت به خود	افزایش آگاهی؛ ارزیابی مجدد	آموزش روانی؛ نقش انسجام‌یافتگی خودپنداره و خود واقعی در مدیریت اضطراب، پایش خودپنداره مراجع در موقعیت اضطراب‌زا و بازاریابی آن، پایش خطاهای اسنادی و شناختی در موقعیت اضطراب‌زا و اصلاح آن‌ها، تصویرسازی موقعیت اضطراب‌زا و آرام‌بخشی
سوم	بررسی و اصلاح ادراک مراجع از خدا	بررسی خداپنداره مراجع (بررسی افکار و احساسات مراجع نسبت به خدا در موقعیت اضطراب‌زا)؛ بررسی میزان انسجام میان خداپنداره و خدای واقعی؛ ایجاد نگرش مثبت و واقع‌بینانه نسبت به خدا (تصویر خدای مهربان و حمایتگر)؛ تبیین نقش خداوند در ابتلائات الهی و موقعیت‌های اضطراب‌زا (سنت امداد)	افزایش آگاهی؛ ارزیابی مجدد	آموزش روانی؛ نقش انسجام‌یافتگی خداپنداره و خدای واقعی در مدیریت اضطراب، پایش خداپنداره مراجع در موقعیت اضطراب‌زا و بازاریابی آن، به کارگیری «استعاره مادر» برای بازسازی تصور مراجع از خدا، آرام‌بخشی با نام خدا
چهارم	بررسی و اصلاح ادراک مراجع از دیگران	بررسی دیگرپنداره مراجع (بررسی افکار و احساسات مراجع نسبت به دیگران در موقعیت اضطراب‌زا)؛ ایجاد نگرش مثبت و واقع‌بینانه نسبت به دیگران؛ تقویت راهبردهای مقابله‌ای در قبال دیگران	افزایش آگاهی؛ ارزیابی مجدد	آموزش روانی؛ نقش انسجام‌یافتگی دیگرپنداره و دیگر واقعی در مدیریت اضطراب، پایش دیگرپنداره مراجع در موقعیت اضطراب‌زا و بازاریابی آن، مقایسه اجتماعی نزولی و همسان، الگوگیری
پنجم	بررسی و اصلاح ادراک مراجع از دنیا	بررسی دنیاپنداره مراجع (بررسی افکار و احساسات مراجع نسبت به دنیا در موقعیت اضطراب‌زا)؛ ایجاد نگرش مثبت و واقع‌بینانه نسبت به دنیا (تبیین دنیا و سختی‌های آن)؛ خیریبایی ابتلائات (رویدادهای اضطراب‌زا) و تبیین نقش آن در رشد و تعالی انسان	افزایش آگاهی؛ ارزیابی مجدد	آموزش روانی؛ نقش انسجام‌یافتگی دنیاپنداره و دنیای واقعی در مدیریت اضطراب، پایش دنیاپنداره مراجع در موقعیت اضطراب‌زا و بازاریابی آن، تکنیک پذیرش بنیادین از طریق خودگویی مقابله‌ای، به کارگیری «استعاره طلا» برای بازسازی تصور مراجع از دنیا

تجزیه و تحلیل داده‌های کمی: از آنجا که طرح پژوهش، آزمایشی به شیوه تک‌آزمودنی است، در تحلیل داده‌ها از روش «تحلیل دیداری» نمودار داده‌ها (کندی، ۲۰۰۵؛ لین و گاست، ۲۰۱۴) و در بررسی معناداری بالینی از محاسبه «اندازه اثر» (رلی تیلمن، برنز و کیلگس، ۲۰۲۰) استفاده شد. در بررسی اندازه اثر طرح‌های تک‌آزمودنی، اگرچه روش مورد توافق وجود ندارد؛ اما برخی پژوهشگران (پارکر و همکاران، ۲۰۱۱؛ الرشید و همکاران، ۲۰۱۳ و لین و گاست، ۲۰۱۴) به نقل از رفیعی هنر،

۱۳۹۷) روش‌های غیرپارامتری شامل «کاهش میانگین خط پایه»<sup>۱</sup> (MBLR)، «درصد داده‌های غیر همپوش»<sup>۲</sup> (PND) و «درصد داده‌های همپوش»<sup>۳</sup> (POD) را برای این منظور پیشنهاد داده‌اند که در این پژوهش به کار گرفته شده است.

### یافته‌های پژوهش

#### ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان

جهت امکان‌پذیری، سه مراجع، مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری را پشت سر گذاشتند. خلاصه‌ای از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی مراجعان در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان (N=۳)

مراجع	سن	جنس	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
اول	۲۱	مرد	کارشناسی	دانشجو	مجرد
دوم	۲۰	مرد	کارشناسی	دانشجو	مجرد
سوم	۳۴	زن	کارشناسی	خانه‌دار	متأهل

#### بررسی امکان‌پذیری از طریق بررسی رضایت بالینی مراجعان

حضور در جلسات مداخله، حضور در جلسات پیگیری، انجام فعالیت‌های فردی، رضایت از درمان، آسان بودن اجرای تکنیک‌ها، سودمندی تکنیک‌ها از نظر مراجعان و به کارگیری تکنیک‌ها توسط مراجعان، ملاک‌های امکان‌پذیری پروتکل درمانی به شمار می‌آیند (کاهلر و دیگران، ۲۰۱۴ و کرنزمن و دیگران، ۲۰۱۵ به نقل از رفیعی‌هنر، ۱۳۹۷). ملاک‌های یادشده، بر اساس ارزیابی درمانگر از میزان حضور مراجعان در جلسات مداخله و پیگیری و انجام فعالیت‌های فردی و نیز ارزیابی رضایت مراجعان در هر جلسه با اقتباس از پرسشنامه رضایت بالینی<sup>۴</sup> (لارسن و دیگران، ۱۹۷۹ و اتکینسن و دیگران، ۱۹۸۷)، سنجیده شد که نتایج در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۳ میزان رضایت بالینی مراجعان از اجرای پروتکل مقابله دینی

ملاک‌ها	درصد
حضور در جلسات مداخله	۱۰۰
حضور در جلسات پیگیری	۱۰۰
انجام فعالیت‌های فردی	۹۵
رضایت از درمان	۹۰
آسان بودن اجرای تکنیک‌ها	۸۵
سودمندی تکنیک‌ها	۹۰
به کارگیری تکنیک‌ها	۹۰
میانگین کل	۹۳

1. Mean Baseline Reduction
2. Percentage of Non-Overlapping Data
3. Percentage of Overlapping Data
4. Client Satisfaction Questionnaire

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مراجعان در کلیه ملاک‌ها بیش از ۸۵ درصد (میانگین کل ۹۳ درصد) رضایت داشتند. بنابراین، امکان‌پذیری از طریق بررسی «رضایت بالینی مراجعان»، امکان کاربرد پروتکل مقابله دینی برای افراد دارای اضطراب ادراک‌شده را به میزان مطلوبی تأیید کرد.

بررسی امکان‌پذیری از طریق اثبات معناداری آماری نتایج اجرای پروتکل در جهت به منظور اثبات معناداری آماری نتایج اجرای پروتکل، مطالعه‌ای آزمایشی به شیوه تک‌آزمودنی انجام شد. در بررسی این مسئله، نمره هر یک از مراجعان در مقیاس اضطراب ادراک‌شده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری سنجش شد. در ادامه، نتایج اجرای پروتکل مقابله دینی در کاهش اضطراب ادراک‌شده، در ۴ بخش؛ توصیف کلی، تحلیل دیداری درون موقعیتی، تحلیل دیداری بین موقعیتی و اندازه اثر مداخله، ارائه می‌شود. توصیف کلی نتایج اجرای پروتکل مقابله دینی در کاهش اضطراب ادراک‌شده: در این بخش، توصیف کلی از نتایج اجرای پروتکل مقابله دینی در کاهش اضطراب ادراک‌شده ارائه شده است. در جدول ۴، نمرات خام مراجعان در مقیاس اضطراب ادراک‌شده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۴ نمرات مراجعان در مقیاس اضطراب ادراک‌شده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل سنجش	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه	۲۵	۲۲	۱۳
اول	۲۵	۲۲	۱۲
دوم	۲۵	۲۳	۱۳
سوم	-	۲۳	۱۵
چهارم	-	۲۲	۱۳
پنجم	-	-	۱۶
ششم	-	-	۱۵
هفتم	۱۷	۱۷	۱۴
جلسه اول	۱۰	۱۹	۱۳
جلسه دوم	۱۳	۱۸	۱۰
جلسه سوم	۱۲	۱۶	۱۱
جلسه چهارم	۱۱	۱۶	۶
جلسه پنجم	۹	۱۵	۶
پیگیری			
درصد بهبودی (MBLR3)	۵۲٪	۲۶٪	۲۹٪
بهبود کلی	۳۶٪		

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره هر سه مراجع در مرحله خط پایه در مقیاس اضطراب ادراک‌شده بالاتر از ۱۰ است که بیانگر اضطراب شدید برای مراجع اول و دوم (نمره ۲۵ و ۲۲) و اضطراب متوسط برای مراجع سوم (نمره ۱۵) است اما نمره اضطراب مراجعان در مرحله مداخله تغییر کرده، به نحوی که وضعیت اضطراب مراجع اول و دوم به متوسط (نمره ۱۱ و ۱۶) و مراجع سوم به خفیف (نمره ۶)، تغییر یافته است. همچنین، درصد بهبودی مراجعان بر اساس شاخص کاهش میانگین خط پایه با محاسبه سه نقطه پایانی (MBLR3)، برای مراجع اول ۵۲٪، برای مراجع دوم ۲۶٪ و برای مراجع سوم ۲۹٪ بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مراجع ۳۶٪ است. همچنین در جلسه پیگیری یک‌ماهه، نمره مراجع اول و دوم روند نزولی و نمره مراجع سوم روند ثابت داشته است که بیانگر پایداری اثر مداخله است.

تحلیل دیداری درون موقعیتی اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده: شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده مراجعان، در دو مرحله خط پایه و مداخله، در جدول ۵ نشان داده شده است.

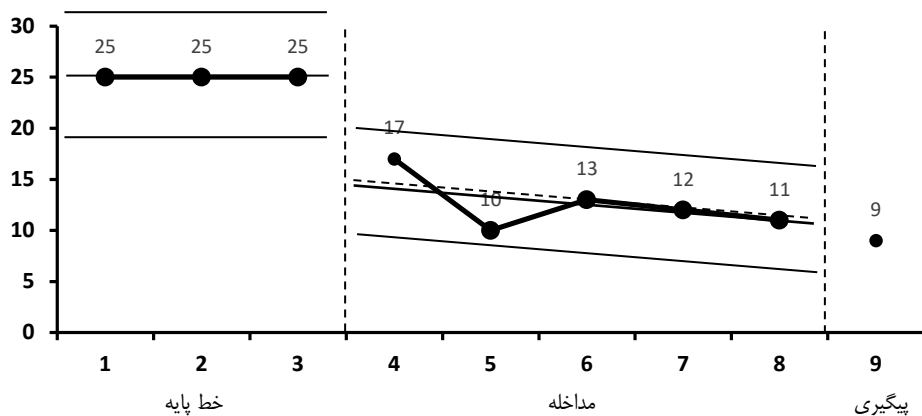
جدول ۵ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی نتایج اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده مراجعان

شاخص‌ها		مرحله خط پایه (A)			مرحله مداخله (B)		
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
مراجع	تعداد جلسه	۳	۵	۷	۵	۵	۵
سطح	میانگین کل	۲۵	۲۲/۴	۱۳/۸۵	۱۲/۶	۱۷/۲	۱۰/۸
	میانگین سه نقطه پایانی	۲۵	۲۲/۶۶	۱۲/۶۶	۱۲	۱۶/۶۶	۹
	میانه کل	۲۵	۲۲	۱۳	۱۲	۱۷	۱۱
	میانه نیمه اول	۲۵	۲۲	۱۳	۱۱	۱۶	۱۰
	میانه نیمه دوم	۲۵	۲۳	۱۵	۱۳	۱۷	۱۳
	تغییر سطح نسبی	۰	+۱	+۲	-۲	-۱	-۳
	تغییر سطح مطلق	۰	+۱	+۴	-۷	-۳	-۸
	وضعیت تغییر سطح	صفر	افزایش	افزایش	کاهش	کاهش	کاهش
ثبات	دامنه تغییرات	۲۵-۲۵	۲۲-۲۳	۱۲-۱۶	۱۰-۱۷	۱۶-۱۹	۶-۱۴
	محفظه ثبات	۱۸/۷۵-۳۱/۲۵	۱۶/۵-۲۷/۵	۹/۷۵-۱۶/۲۵	۹-۱۵	۱۲/۷۵-۲۱/۲۵	۸/۲۵-۱۳/۷۵
	درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪	۸۰٪
	وضعیت محفظه ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات
روند	جهت	افزایشی	افزایشی	افزایشی	کاهشی	کاهشی	کاهشی
	درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	وضعیت محفظه ثبات (درجه)	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات

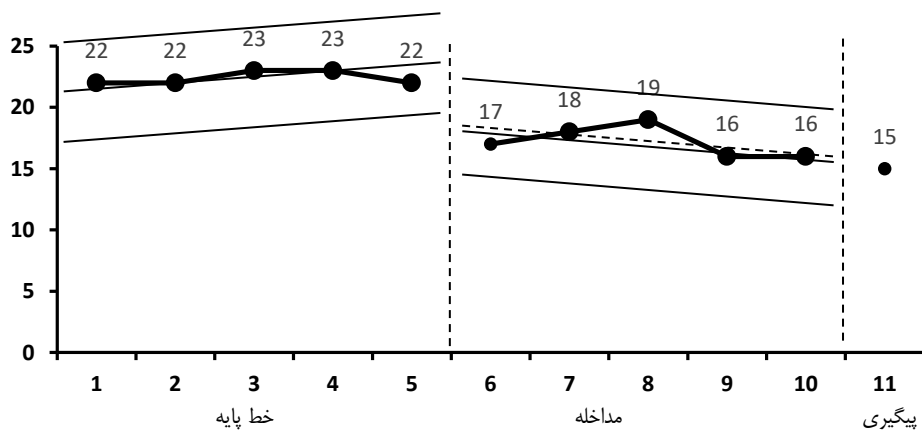
یافته‌های جدول ۵، نشان می‌دهد تعداد جلسات خط پایه برای مراجعان به ترتیب ۳، ۵ و ۷ جلسه و تعداد جلسات مداخله برای همه مراجعان ۵ جلسه بوده است. میانه کل داده‌ها (به‌عنوان تعیین کننده خط سطح) در مرحله خط پایه به ترتیب مراجعان، ۲۵، ۲۲ و ۱۳ بود. وضعیت تغییر سطح در مرحله خط پایه در مراجع اول ثابت و در مراجع دوم و سوم افزایشی بود که بیانگر بدتر شدن وضعیت این دو مراجع در صورت عدم مداخله است. در برابر، میانه کل داده‌ها در مرحله مداخله به ترتیب مراجعان، ۱۲، ۱۷ و ۱۱ بود. وضعیت تغییر سطح در مرحله مداخله در همه مراجعان کاهشی بود که بیانگر بهتر شدن وضعیت مراجعان با انجام مداخله است. دامنه تغییرات در مرحله خط پایه، برای مراجع اول بدون دامنه و روی عدد ۲۵، برای مراجع دوم بین ۲۲ تا ۲۳ و برای مراجع سوم بین ۱۲ تا ۱۶ قرار دارد و دامنه تغییرات در مرحله مداخله به ترتیب، بین ۱۰ تا ۱۷، ۱۶ تا ۱۹ و ۶ تا ۱۴ نوسان دارد. با توجه به این دامنه، تمام داده‌های مرحله خط پایه در محفظه ثبات قرار دارد که نشان دهنده درستی شروع مرحله مداخله درباره هر یک از مراجعان بوده است. تغییر سطح نسبی (تفاضل میانه نیمه اول و میانه نیمه دوم) به ترتیب بیشترین تا کمترین تغییر، در مراجع سوم (-۳)، مراجع اول (-۲) و مراجع دوم (-۱) بوده و تغییر سطح مطلق (تفاضل اولین نمره و آخرین نمره درون یک مرحله) به ترتیب بیشترین تا کمترین تغییر، در مراجع سوم (-۸)، مراجع اول (-۷) و مراجع دوم (-۳) بوده است که نشانگر بهتر شدن وضعیت هر سه مراجع با انجام مداخله است. با توجه به درصد داده‌های مراجعان در محفظه ثبات که بیش از ۸۰ درصد است (استاندارد محفظه ثبات، حداقل ۸۰ درصد) وضعیت محفظه ثبات در همه مراجعان باثبات است. وضعیت روند در مرحله خط پایه و در مرحله مداخله برای همه مراجعان افزایشی و باثبات بود که بیانگر آن است که روند ایجاد تغییرات با درجه باثبات، تغییرات معناداری را رقم زده است.

همچنین، نمودار ۱، نمرات، خط میانه، محفظه ثبات، خط روند و محفظهٔ ثبات اضطراب ادراک‌شده مراجعان، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

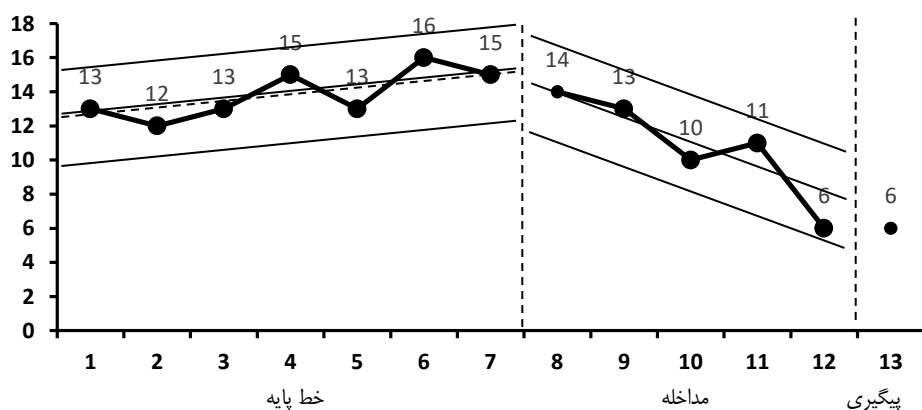
مراجع اول



مراجع دوم



مراجع سوم



نمودار ۳ نمرات، خط میانه، محفظه ثبات، خط روند و محفظه ثبات اضطراب ادراک‌شده مراجعان، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

تحلیل دیداری بین موقعیتی اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده: شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده مراجعان، در مرحله خط پایه به مرحله مداخله، در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶ شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده مراجعان

شاخص‌ها		مراجعان	
		اول	دوم
تغییرات سطح مرحله خط پایه (A) به مرحله مداخله (B)	تغییر سطح نسبی	-۱۴/۵	-۶
	تغییر سطح مطلق	-۸	-۵
	وضعیت تغییر سطح	کاهشی	کاهشی
	تغییر سطح میانه	-۹	-۲
	تغییر سطح میانگین	-۱۱	-۳/۵
	وضعیت تغییر سطح	کاهشی	کاهشی
تغییرات روند مرحله خط پایه (A) به مرحله مداخله (B)	مسیر روند	ثابت - کاهشی	افزایشی - کاهشی
	وضعیت روند	بدون تغییر - بهتر شونده	بدتر شونده - بهتر شونده
	درجه روند	بایثبات - بایثبات	بایثبات - بایثبات

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که تغییر سطح نسبی (تفاضل نمره میانه نیمه دوم مرحله پایه از نمره میانه اول مرحله مداخله) از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، در همه مراجعان کاهشی بوده است. تغییر سطح مطلق (تفاضل آخرین نمره مرحله پایه از اولین نمره مرحله مداخله) نیز در همه مراجعان کاهش داشته است. این کاهش در تغییر سطح میانه (تفاضل میانه مداخله از میانه خط پایه) نیز وجود دارد به طوری که تغییر ۹- نمره‌ای سطح مداخله در مقایسه با سطح خط پایه در مراجع اول، تغییر ۲- نمره‌ای در مراجع دوم و کاهش ۲- نمره‌ای در مراجع سوم روی داده است. همچنین، کاهش در تغییر سطح میانگین (تفاضل میانگین مداخله از میانگین خط پایه) نیز وجود دارد به طوری که تغییر ۱۱- نمره‌ای سطح مداخله در مقایسه با سطح خط پایه در مراجع اول، تغییر ۳/۵- نمره‌ای در مراجع دوم و تغییر ۳- نمره‌ای در مراجع سوم رخ داده است. به اعتقاد پژوهشگران (هیچکاک و همکاران، ۲۰۱۴) وقتی در مقام مقایسه شرایط خط پایه با شرایط مداخله، سطح میانگین نتایج متفاوت باشد می‌توان ادعا کرد که تغییر، حاصل شده است. از این رو، بر اساس نمرات اضطراب ادراک شده مراجعان، تغییرات سطح در هر سه مراجع رخ داده است.

تحلیل روند بین موقعیتی، اطلاعات بیشتری در زمینه تأیید اثرات مداخله در اختیار ما قرار می‌دهد. در حالت ایدئال، مداخله باید روند مشاهده شده را در خط پایه، معکوس کند؛ موضوعی که در تمام مراجعان مطالعه حاضر مشاهده شد. روند وضعیت اضطراب مراجع دوم و سوم در خط پایه افزایشی و مراجع اول ثابت بوده و روند وضعیت اضطراب همه مراجعان در مرحله مداخله کاهشی بوده است. نکته مورد توجه در وضعیت این روندها، بایثبات بودن آنها است. به عبارت دیگر بیش از ۹۰ درصد داده‌های مرحله مداخله در تمام مراجعان درون محفظه ثبات روند بوده است و به اعتقاد محققان (کوپر و همکاران، ۲۰۱۶) ثبات نتایج در مرحله مداخله می‌تواند شاهدهی بر مداخله‌ای موفقیت آمیز باشد.

اندازه اثر اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده: جهت بررسی اندازه اثر اجرای پروتکل مقابله دینی بر کاهش اضطراب ادراک شده مراجعان، از دو روش غیر پارامتری شامل «درصد داده‌های غیر همپوش» (PND) و «درصد داده‌های همپوش» (POD) است که نتایج آن در جدول ۷ منعکس شده است.

جدول ۷ محاسبه اندازه اثر اجرای پروتکل مقابله دینی بر اضطراب ادراک‌شده مراجعان

شاخص محاسبه	مراجع اول	وضعیت اثر	مراجع دوم	وضعیت اثر	مراجع سوم	وضعیت اثر
PND	۱۰۰٪	بسیار بالا	۱۰۰٪	بسیار بالا	۱۰۰٪	بسیار بالا
POD	۱۰۰٪	بسیار بالا	۱۰۰٪	بسیار بالا	۱۰۰٪	بسیار بالا

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که اکثریت شاخص‌های یادشده درباره مراجع اول و دوم و سوم بیانگر بسیار بالا بودن اندازه اثر اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم بر کاهش اضطراب ادراک‌شده مراجعان است.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف امکان‌پذیری اجرای پروتکل مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم در کاهش اضطراب ادراک‌شده انجام شد. یافته‌های پژوهش بهبودی مراجعان در کاهش نشانگان اضطراب را به صورت معنادار نشان داد به گونه‌ای که وضعیت اضطراب همه مراجعان در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه به صورت کاهشی و باثبات تغییر کرد و این وضعیت در جلسات پیگیری نیز حفظ شد.

یافته‌های این پژوهش با برخی مطالعات پیشین همسو است. یافته‌های پژوهش ایرانمهر و کدکنی (۱۳۹۶) اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرآنی را در ارتقاء سلامت روانی و کاهش اضطراب نشان داده‌اند. پژوهش پیشنهادی، تیبیک و براتی (۱۳۹۶) و عبدی، جان‌بزرگی، غروی‌راد، پسندیده و رسول‌زاده طباطبایی، (۱۳۹۴) نیز مؤید آن است که بازسازی شناختی بر مبنای باور به رحمت الهی و تقویت ارتباط با خدا، موجب تنظیم هیجان و بازداری از پاسخ اضطراب و اضطراب می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش با پژوهش‌های روزمارین و کونینگ (۲۰۲۰) و عبدالخالق و همکاران (۲۰۱۹) همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر معنویت و آموزه‌های دینی با کاهش اضطراب همراه است. همچنین کراس و پارگامنت (۲۰۱۸) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر متون مقدس در مسیحیت، از طریق تقویت امید و احساس کنترل معنوی، اضطراب را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

استفاده از آموزه‌های قرآنی در قالب معنابخشی دینی مانند توکل، صبر و ذکر می‌تواند هیجان‌های منفی مرتبط با اضطراب را تعدیل کند. از دیدگاه قرآنی، آرامش و اطمینان خاطر، محصول «ذکر» و یاد خداست (رعد: ۲۸). یاد خدا در اینجا نه صرفاً ذکر لفظی، بلکه یادآوری حضور خداوند در فرایندهای شناختی و هیجانی است. این فرایند، همان‌گونه که پارک (۲۰۰۵) اشاره کرده است در قالب بازسازی شناختی دینی عمل می‌کند و به فرد کمک می‌کند رویدادهای اضطراب‌زا را در چارچوب‌های دینی خود بازتفسیر کند؛ به‌ویژه زمانی که آموزه‌های دینی به صورت راهبردهای مقابله‌ای منسجم مانند توکل و صبر و مانند آن آموزش داده شوند. توکل و صبر به‌عنوان سازوکارهای تنظیم هیجانی دینی، کارکردی مشابه با راهبردهای درمان شناختی-رفتاری دارند با این تفاوت که منبع کنترل از «درون‌فردی» به «فرافردی» انتقال می‌یابد. این انتقال، احساس حمایت وجودی و معنا را افزایش داده و اضطراب وجودی ناشی از احساس بی‌قدرتی در برابر حوادث را می‌کاهد.

همچنین کاهش اضطراب در مرحله مداخله دینی می‌تواند ناشی از تغییر در نظام ارزشی و ادراکی افراد باشد. بر اساس دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، ارزیابی شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در تجربه اضطراب دارد. وقتی رویدادها از منظری توحیدی ارزیابی شوند، تهدید روان‌شناختی به چالش رشد شخصی تبدیل می‌شود. آموزه‌هایی چون «خدا به زودی پس از دشواری، آسانی فراهم می‌کند» (طلاق: ۷) و «چه بسا چیزی را خوش نمی‌دارید و آن برای شما خوب است» (بقره: ۲۱۶) چارچوب شناختی تازه‌ای فراهم می‌کنند که منجر به معنابخشی وقایع اضطراب‌زا می‌شود. این آموزه‌ها با «تنظیم انتظار» (نور: ۵۴)، «اصلاح خطاهای اسنادی» (نساء: ۷۹)، «بازتفسیر موقعیت» (نور: ۱۱)، «کوچک‌سازی مشکل» (بقره: ۱۸۳ و ۱۸۴)،

«امیدبخشی» (طلاق: ۷)، «خودمهارگری» (یوسف: ۹۰) و «پذیرش» (بقره: ۱۱۲)، از شدت پاسخ‌های جسمانی و هیجانی مرتبط با اضطراب می‌کاهد.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش تأیید می‌کند که مقابله دینی مبتنی بر قرآن کریم می‌تواند در چارچوب روان‌شناسی سلامت، به عنوان مداخله مؤثر بومی و فرهنگی در کاهش اضطراب ادراک شده به کار گرفته شود و استمرار پیامدهای آن در مرحله پیگیری نشانگر پایداری تغییرات حاصل از آن است. این امر تأییدکننده ضرورت توجه بیشتر به بهره‌گیری از آموزه‌های دینی در طراحی مداخلات بالینی است؛ مداخلاتی که نه تنها به درمان، بلکه به تعالی روان انسان می‌انجامد.

محدودیت‌های پژوهش: محدودیت پژوهش‌های تک‌آزمودنی، تعداد کم آزمودنی‌ها است که تعمیم‌پذیری داده‌ها را به جمعیت‌ها و موقعیت‌های دیگر، تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش روایی بیرونی می‌شود. ضمن آن که پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاملاً کنترل شده نبود و نمی‌توان اثر عوامل دیگر مثل بهبود خود به خودی، گذشت زمان، اثر درمانگر یا اثر شرایط درمان را به صورت کامل نادیده گرفت. در نهایت، سنجش مکرر در مطالعات تک‌آزمودنی ممکن است باعث ایجاد یادگیری شده و در نتیجه باعث بهبود نمرات افراد در ابزار سنجش خود گزارشی شود.

پیشنهادات پژوهش: پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و در قالب طرح‌های آزمایشی اجرا شوند تا شواهد تجربی دقیق‌تری برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها فراهم گردد.

## منابع

- قرآن کریم. (n.d). ترجمه محمد مهدی فولادوند. تهران: اسوه.
- امین یزدی، سید امیر. (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسنادی با اضطراب ادراک شده [گزارش نهایی طرح پژوهشی]. دانشگاه فردوسی. ایرانمهر، عبدالله، کدکنی، هاشم. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شناختی-مذهبی، مبتنی بر آیات قرآن بر اضطراب و ناامیدی بازنشستگان. دین و سلامت، ۵(۱)، ۳۲-۳۹.
- پیشنمازی، سیده محدثه، تیبیک، محمدتقی، براتی سده، فرید. (۱۳۹۶). طراحی مداخله بازسازی دینی و بررسی اثربخشی آن بر سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۲)، ۲۳-۴۸.
- خطیب، سید مهدی، آذربایجانی، مسعود، پسندیده، عباس، جان بزرگی، مسعود، رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۴۰۰). طراحی و امکان‌پذیری الگوی مقابله دینی با تنیدگی بر اساس قرآن کریم [رساله دکتری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه].
- خطیب، سید مهدی، آذربایجانی، مسعود، پسندیده، عباس، جان بزرگی، مسعود، رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۴۰۱). تدوین الگوی مفهومی مقابله دینی با اضطراب بر اساس آموزه‌های قرآن کریم: نظریه داده‌بنیاد. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۶(۱)، ۴۶-۷۵.
- رفیعی هنر، حمید. (۱۳۹۷). الگوی درمانی خودنظم‌جویی برای افسردگی بر اساس منابع اسلامی: تدوین مدل مفهومی و طرح‌نمای درمان و مطالعه امکان‌پذیری و نتایج اولیه آن [رساله دکتری، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)].
- شریفی، علی‌اکبر. (۱۳۸۱). آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳ در شهر اصفهان [رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان].
- عبدی، حمزه، جان بزرگی، مسعود، غروی‌راد، سید محمد، پسندیده، عباس، رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۴). الگوی تنظیم رغبت بر اساس زهد اسلامی و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۹(۱۷)، ۵۷-۸۶.

Abdel-Khalek, A. M., Nuño, L., Gómez-Benito, J., & Lester, D. (2019). The relationship between religiosity and anxiety: A meta-analysis. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1847-1856.

Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2015). Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 24.

American Psychological Association. (2023). *Stress in America™ 2023*. APA.

Amiri, S., Mahmood, N., Javaid, S. F., & Khan, M. A. (2024, November). The effect of lifestyle interventions on anxiety, depression and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 22, p. 2263). MDPI.

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480.

- Attkisson, C. C., Larsen, D., Hargreaves, W. A., VeVoic, M., Nguyen, T., & Roberts, B. (1987). Client satisfaction questionnaire (CSQ-8). *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook*, 2.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2008). Efficacy and Effectiveness in Developing Treatment Manuals. In A. M. Nezu & C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. [Page numbers not specified]). Oxford University Press.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Perceived stress scale (PSS). *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 285-294.
- Cooper, S. A., Desjardins, P. J., Turk, D. C., Dworkin, R. H., Katz, N. P., Kehlet, H., ... & Wu, C. (2016). Research design considerations for single-dose analgesic clinical trials in acute pain: IMMPACT recommendations. *Pain*, 157(2), 288-301.
- Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2015). *Methods in behavioral research* (B & B Psychology). McGraw-Hill Education.
- Gallo, K. P., Comer, J. S., & Barlow, D. H. (2013). Single-case experimental designs and small pilot trial designs. In J. S. Comer & P. C. Kendall (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 24-39). Oxford University Press.
- García, F. E., Páez, D., Reyes-Reyes, A., & Álvarez, R. (2017). Religious coping as moderator of psychological responses to stressful events: A longitudinal study. *Religions*, 8(4), 62.
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spiritual or religious coping promote mental health? A meta-analysis. *Journal of Religion and Health*, 60, 1776-1797.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Kratochwill, T. R., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2014). The What Works Clearinghouse single-case design pilot standards: Who will guard the guards?. *Remedial and Special Education*, 35(3), 145-152.
- Kennedy, C. H. (2005). *Single-case designs for educational research* (Vol. 1). Pearson/A & B.
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: Research and clinical applications*. Academic Press.
- Krause, N., & Pargament, K. I. (2018). Reading the Bible, stressful life events, and hope: Assessing an overlooked coping resource. *Journal of Religion and Health*, 57(4), 1428-1439.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Martins, F. J., Palmeira, L., & Matos, M. (2025). Effectiveness of Compassion-Based Interventions for Reducing Stress in Workers: A Systematic Review. *Mindfulness*, 1-14.
- Nooney, J., & Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 359-368.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (2019). In times of stress: The religion-coping connection. In *The psychology of religion* (pp. 44-53). Routledge.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824.
- Park, C. L. (2005). Religion and meaning. In *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (Vol. 2, pp. 357-379). Springer.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 319-328.
- Park, C. L. (2020). Religiousness and meaning making following stressful life events. In *The science of religion, spirituality, and existentialism* (pp. 273-285). Academic Press.
- Park, C. L., Holt, C. L., Le, D., Christie, J., & Williams, B. R. (2021). Positive and negative religious coping styles as predictors of well-being in African Americans. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 64-72.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Riley-Tillman, T. C., Burns, M. K., & Kilgus, S. (2020). *Evaluating educational interventions: Single-case design for measuring response to intervention*. Guilford Publications.
- Rosmarin, D. H., & Koenig, H. G. (Eds.). (2020). *Handbook of spirituality, religion, and mental health*. Academic Press.

- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133-142.
- Sherman, A. C., Simonton, S., & Latif, R. (2023). Religious and spiritual coping: Current status and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 54, 101629.
- Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2017). Lifetime stress exposure and health: A review of contemporary assessment methods and biological mechanisms. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), e12335.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. John Wiley & Sons.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Vázquez-Lara, M. D., Ruger-Navarrete, A., Mohamed-Abdel-Lah, S., Gómez-Urquiza, J. L., Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez-Díaz, L., ... & Vázquez-Lara, J. M. (2025). The Impact of Mindfulness Programmes on Anxiety, Depression and Stress During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 12, p. 1378). MDPI.