MEJDS. 2018; 8:91.
Published online 2019 March. **Research Article**

The relationship between spiritual coping and generalized anxiety disorder symptoms in students

Mohammad Khodaiarifard[1], *Ahmad Mansouri[2], Mohammad Ali Basharat[3], Masoud Gholamali Lavasani[4]

Author Address
1. Professor, Department of Educational Psychology and Consultation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran;
2. PhD Student of Psychology, Department of Educational Psychology and Consultation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Consultation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Nejaatollahi Street, Enghelab Avenue, Payame Noor University, Tehran, Iran.
* **Corresponding Author's Email**: mansoury_am@yahoo.com

Received: 2017 July 16; **Accepted:** 2017 August 17

Abstract

Background & Objective: Today one of the most critical challenges facing psychopathology is the study of the characteristics that making people vulnerable to mental disorders. Generalized anxiety disorder is a severe, common, and highly disabling mental disorder in men and women that causes substantial distress and impairment in individuals and places an enormous burden on society; For example, this disorder associated with significant consequences including suicidal ideation, suicide attempts, role impairment, functional impairment, physical impairment and decrease in quality of life. Generalized anxiety disorder remains poorly understood relative to other anxiety disorders and has been more challenging to treat. This disorder is characterized by excessive anxiety and worries, difficulty in controlling of worry as well as psychological and physical complaints, including muscle tension, restlessness, fatigue, difficulty in concentration, irritability and sleep problems. So far, different behavioral, cognitive, metacognitive, and emotional models have been presented about generalized anxiety disorder. Also, several factors can be associated with a generalized anxiety disorder. Spiritual coping is another variable that can be associated with a generalized anxiety disorder. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between religious coping and widespread anxiety disorder symptoms in students.

Methods: This study was a descriptive correlational study. The population in this study consisted of all undergraduate students from public universities of Tehran. The sample consisted of 700 students 18 to 28 years old from public universities of the Tehran (Shahid Beheshti University, Allameh Tabataba'i University and University of Tehran) in 2016-2017 who were selected by multistage cluster sampling. The participants completed generalized anxiety disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006), Penn state worry questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) and spiritual coping questionnaire (SCQ; Charzyńska, 2015). Data were analyzed by SPSS24 and Lisrel software, using Pearson correlation and structural equation modeling. The significance level was 0.05.

Results: The age average and standard deviation of participants was 21.94 (±3.17). The results of the present study showed that there is a significant relationship between positive spiritual coping and its components, namely positive person, social, environment and religion coping with generalized anxiety disorder symptoms ($p<0.01$). There is a significant relationship between negative spiritual coping and its components, namely negative person, social and religion coping with generalized anxiety disorder symptoms ($p<0.01$). Also, there is a significant relationship between positive spiritual coping and its components (except positive social) with worry ($p<0.01$). There is a significant relationship between negative religious coping and its components with worry ($p<0.01$); Positive and negative spiritual coping predicted generalized anxiety disorder symptoms ($p<0.01$). Also, proposed model about the relationship between spiritual copings and widespread anxiety disorder symptoms has an acceptable fit with the data.

Conclusion: The results of this study showed that there is a significant relationship between spiritual coping and generalized anxiety disorder symptoms. The results emphasize the importance of spiritual coping inexperience of generalized anxiety disorder symptoms. Also, this finding underscores the importance of the combination of spiritual factors in the interventions or treatments of generalized anxiety disorder.

Keywords: Negative spiritual coping, positive spiritual coping, structural equation modeling, worry.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۹۱.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان

محمد خدایاری فرد[۱]، *احمد منصوری[۲]، محمدعلی بشارت[۳]، مسعود غلامعلی لواسانی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. استاد، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: mansoury_am@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۶ تیر۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ مرداد ۱۳۹۶

چکیده

هدف: اختلال اضطراب فراگیر اختلالی جدی، شایع و ناتوان‌کننده است که منجر به پریشانی و اختلال بسیاری در کارکرد افراد می‌شود و هزینهٔ زیادی به جامعه تحمیل می‌کند. مکانیسم‌ها و عوامل متعددی در ایجاد و تداوم آن دخیل‌اند. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بین دانشجویان انجام گردید.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- همبستگی بود. نمونهٔ بررسی شامل ۷۰۰نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای بررسی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های مقابلهٔ معنوی (خارژنیسکا، ۲۰۱۵)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا (مه‌یر و همکاران، ۱۹۹۰) و مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶) استفاده گردید. داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSSنسخهٔ ۲۴ و لیزرل و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مقابله‌های معنوی و همچنین خرده‌مقیاس‌های مثبت و منفی مقابلهٔ معنوی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی (به‌استثنای مقابلهٔ اجتماعی مثبت) رابطهٔ معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$). همچنین، مقابله‌های معنوی مثبت و منفی پیش‌بینی‌کنندهٔ نشانه‌های این اختلال هستند ($p<۰/۰۱$). به‌علاوه، مدل مربوط به رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بر اهمیت مقابله‌های معنوی در تجربهٔ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر تأکید دارد. همچنین، این یافته‌ها بیانگر اهمیت ترکیب عوامل معنوی در طراحی بسته‌های آموزشی یا مداخله‌های درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر است.

کلیدواژه‌ها: مقابلهٔ معنوی منفی، مقابلهٔ معنوی مثبت، مدل‌یابی معادلات ساختاری، نگرانی.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر[1] با نرخ شیوع یک‌ماهه، یک‌ساله و مادام‌العمر به‌ترتیب ۰/۸، ۱/۸ و ۳/۷ درصد یکی از اختلال‌های مزمن و ناتوان‌کننده است (۱). این اختلال به‌واسطهٔ نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود. با وجود این، نگرانی بیش‌ازحد، مزمن و کنترل‌ناپذیر ویژگی اصلی آن است (۲). نگرانی به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایهٔ عاطفی منفی و نسبتاً کنترل‌ناپذیر تعریف شده است و بر تلاش جهت اشتغال و مسئله‌گشایی روانی دربارهٔ موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد؛ پیامدهای آن مشخص نیست، اما دربرگیرندهٔ یک یا چند پیامد منفی می‌شود (۳). همچنین با اختلال‌های دیگری از جمله اختلال های خلقی، رفتاری مخرب، مصرف مواد و سایر اختلال‌های اضطرابی همبودی دارد (۱،۲).

عوامل زیستی، روانی و اجتماعی متعددی از جمله مدارهای آمیگدال (۴)، بازداری رفتاری (۵)، سبک‌های دلبستگی (۶)، بدرفتاری (۷)، رویدادهای حاد زندگی (۸)، مشکلات بین فردی (۹)، بارهای منفی دربارهٔ نگرانی (۱۰)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (۱۱) و بدتنظیمی هیجانی (۵،۱۰،۱۲) می‌توانند با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط باشند. یکی دیگر از عوامل مؤثر در ایجاد و پیشگیری از این اختلال، مقابله‌های دینی[2] و معنوی[3] هستند (۱۳). اگرچه در ادبیات پژوهش، دین‌داری و معنویت‌گرایی به‌عنوان سازه‌های متفاوت مفهوم‌سازی شده‌اند، اما این دسته‌بندی هنوز در زمینهٔ مقابله با استرس معمول نیست. بسیاری از نشریات، اصطلاح مقابلهٔ دینی/معنوی را با هم به‌کار می‌برند و ابزار بسیاری از پژوهش‌ها تنها مقابلهٔ دینی را ارزیابی می‌کند (۱۴). شناخته‌شده‌ترین نظریه در مقابله با استرس با استفاده از منابع دینی، مربوط به پارگامنت و هارپر (۱۵) است. وی مقابلهٔ دینی را به‌منزلهٔ تلاش برای درک و مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و به روش‌های مرتبط با امور مقدس تعریف کرده است. پارگامنت و هارپر (۱۶) بیان می‌کنند که پارگامنت (۱۵) مقابلهٔ دینی/معنوی را به‌عنوان تقاطع[4] «جست‌وجو برای معنا» به روش‌های مرتبط با امور مقدس با «جست‌وجو برای معنا» در زمان‌های استرس توصیف کرده است.

مقابلهٔ معنوی نیز به‌عنوان جست‌وجو برای معنا در هنگام استرس و به روش‌های مرتبط با امور مقدس تعریف شده است (۱۷). خارژنیسکا (۱۴) مقابله‌های معنوی را به دو نوع مثبت و منفی تقسیم می‌کند. به نظر وی مقابلهٔ معنوی مثبت شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری است که با هدف حل موقعیت‌های دشوار انجام می‌گیرند. همچنین، شامل مولفه‌های شخصی (مثل جست‌وجوی هدف، حس و معنا، تمرکز بر زندگی درونی خود، تلاش برای غلبه بر ضعف‌های خود، جست‌وجو برای آرامش و هماهنگی درونی)، اجتماعی (مثل ایجاد و حفظ روابط عمیق و ارزشمند با دیگران، توجه به ارزش‌های اخلاقی، رفتار عادلانه با مردم، مراقبت از دیگران، عشق، همدلی و دلسوزی برای دیگران)، محیطی (مثل درک هماهنگی و نظم موجود در طبیعت، باز بودن[5] به مشاهدهٔ معجزات موجود در طبیعت) و دینی (حفظ رابطهٔ مستحکم با خداوند/قدرت برتر) آشکار می‌سازد. در مقابل، مقابلهٔ معنوی منفی دریافت نیرو از منابع معنوی موجود را غیرممکن می‌سازد؛ مانع جست‌وجوی حس و معنا در زندگی می‌شود؛ مانع رشد فرد، حرکت روبه‌جلو و فرارفتن از مادیات می‌شود. مقابلهٔ معنوی منفی نیز شامل مؤلفه‌های شخصی (مثل نفی هدف و معنای زندگی، تأکید بر ضعف‌ها و محدودیت‌ها، تمرکز بر خطاها یا تخلفات فرد)، اجتماعی (مثل فهم مردم به‌عنوان موجوداتی ذاتاً خودخواه و مراقب منافع خود) و دینی (مثل چالش دینی درونی که خود را به شکل کینه از خدا/قدرت برتر، سرزنش او و نفی او آشکار می‌سازد) است (۱۴).

اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش مطالعه‌ای دربارهٔ رابطه بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نگردید، اما بین مقابله های دینی و اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ معنادار وجود دارد (۱۸). به‌علاوه، امجد و بخاری (۱۹) دریافتند که افراد مبتلا به شرایط طبی عمومی خفیف[6] از راهبردهای مقابله‌ای کاربردی فعال و دین‌محور[7] بیشتری درمقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌کنند. استنلی و همکاران (۲۰) با بررسی گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با و بدون افسردگی همزمان دریافتند آن‌هایی که (۸۳ـ۷۳ درصد) ترکیب دین یا معنویت در درمان را مهم می‌دانستند، مقابله های دینی مثبت‌تری را گزارش کردند. در مقابل، آی و همکاران (۲۱) در بررسی همه‌گیرشناسی خود دریافتند که بین مقابلهٔ دینی و اختلال اضطراب فراگیر رابطه‌ای وجود ندارد. آی و همکارانش در مطالعه‌ای دیگر (۲۲) رابطه‌ای بین مقابلهٔ دینی مردان آمریکای لاتین با اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نکردند. باوجوداین، در دو پژوهش اخیر برای بررسی مقابلهٔ دینی از یک سؤال دربارهٔ فراوانی استفاده از مقابله‌های دینی استفاده شده است. آموزش مهارت های مقابله دینی نیز می‌تواند سبب افزایش سازگاری و توانمندسازی در مقابله با مسائل مختلف بشود (۲۳).

بررسی نتایج فوق بیانگر وجود شواهد متناقضی دربارهٔ رابطه بین مقابله‌های دینی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است. همچنین، مطالعه‌ای دربارهٔ رابطه بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نگردید. ازاین‌رو، با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر، اهمیت سلامت جسمی و روانی دانشجویان و اثر آن بر افراد مرتبط، عدم توجه به نقش مقابله‌های معنوی در ایجاد و پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان انجام گردید.

[1] Generalized anxiety disorder
[2] religion coping
[3] spiritual coping
[4] intersection
[5] openness
[6] minor general medical conditions
[7] active practical and religious-focused coping strategies

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر شیوهٔ گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی- همبستگی بود. نمونهٔ بررسی شامل ۷۰۰ دانشجوی دختر و پسر ۱۸ تا ۲۸ سال از مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم، شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابتدا از بین تمامی دانشگاه‌های دولتی تهران، سه دانشگاه علامه طباطبایی، شهید بهشتی و تهران به تصادف انتخاب شدند. در ادامه، از بین دانشکده‌های مختلف این دانشگاه‌ها دو دانشکده (علامه طباطبایی: ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی، روان شناسی و علوم تربیتی؛ شهید بهشتی: علوم انسانی، فنی مهندسی؛ تهران: علوم پایه و تربیت‌بدنی و علوم ورزشی) و از بین کلاس‌های مختلف این دانشکده‌ها چهار کلاس به‌تصادف انتخاب شدند. از دانشجویان برای شرکت در این پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد. بررسی رابطهٔ بین متغیرها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش روش همبستگی پیرسون انجام شد. جهت بررسی برازش مدل پژوهش حاضر از نرم‌افزار آماری لیزرل و همچنین روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده گردید. روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تکنیک تحلیلی چندمتغیری است که به پژوهشگران امکان آزمون فرضیه‌هایی دربارهٔ روابط بین‌متغیرهای مشاهده‌شده و مکنون را می‌دهد. همچنین، برای بررسی برازش مدل‌ها از شاخص‌های برازش مطلق (GFI، RMSEA، χ^2)، نسبی (NFI، NNFI، IFI، RFI) و ایجازی (AGFI) استفاده می‌شود. شاخص‌های مطلق نشان می‌دهند که روابط متقابل پیشنهاد شده بین متغیرها تا چه اندازه با روابط متقابل متغیرهای واقعی یا مشاهده‌شده تطابق دارد. شاخص‌های برازش نسبی وضعیت نسبی بین بدترین برازش و برازش کامل را نشان می‌دهند. از شاخص‌های برازش ایجازی نیز برای مقایسهٔ مدل‌هایی با تعداد پارامترهای مختلف استفاده می‌شود تا به این ترتیب تأثیر افزودن پارامترهای اضافی به مدل تعیین شود. براساس منابع موجود بهتر است شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ باشد (۲۴). برای بررسی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های مقابلهٔ معنوی، نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر استفاده گردید.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر: ابزاری ۷ سؤالی است که توسط اسپیتزر، کروونکه، ویلیامز و لاو (۲۵) ساخته شده است. این مقیاس بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ (هیچ وقت) تا ۳ (تقریباً هر روز) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است. علاوه‌براین، آن‌ها گزارش کردند که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از روایی سازه، ملاکی، عاملی و رویه‌ای خوبی برخوردار است (۲۵). نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۲۶) اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی و بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۴۸ گزارش کردند. ضریب آلفای به‌دست‌آمده برای نیمهٔ اول آن ۰/۸۱ و برای نیمهٔ دوم ۰/۶۸ و همبستگی بین دو نیمه برابر ۰/۶۵ بوده است. همچنین، ضریب همبستگی بین این مقیاس با بخش حالت و صفت پرسشنامهٔ اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر و همچنین خرده‌مقیاس اضطراب فهرست نشانه‌های بالینی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۳ گزارش شده است. بررسی روایی تشخیصی آن نیز نشان داده است که این پرسشنامه می‌تواند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از افراد غیرمبتلا متمایز کند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۹ بود. همچنین، ضریب آلفای نیمهٔ اول، دوم و همبستگی بین دونیمه به‌ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام‌شده نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۹ و NFI=۰/۹۹ و NNFI=۰/۹۹ و IFI=۰/۹۹ و RFI =۰/۹۸ و GFI=۰/۹۸ و RMSEA=۰/۰۶۲) این مقیاس بود.

پرسشنامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا: ابزاری ۱۶ سؤالی است که توسط مه‌یر، میلر، متزگر و برکووک (۲۷) تدوین شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۳ ـ ۰/۸۶ گزارش شده است. اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول دوره‌ای دو تا ۱۰ هفته‌ای ۰/۹۳ ـ ۰/۷۴ گزارش شده است. به‌علاوه، این پرسشنامه دارای روایی همگرا و واگرای خوبی است (۲۸). اعتبار نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا به‌روش همسانی درونی و بازآزمایی (به فاصلهٔ چهار هفته) به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی همزمان آن با آزمون اضطراب‌بک مطلوب بوده است (r=۰/۴۹). در نهایت، بررسی روایی افتراقی این پرسشنامه نشان داده است که این آزمون توانایی جداسازی افراد مبتلا به‌اضطراب فراگیر را از افراد مبتلا به‌اختلال‌وسواس- اجبار و بهنجار دارد (۲۹). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون به‌روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ بود. همچنین، ضریب آلفای نیمهٔ اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به‌ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام‌شده نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۸ و NFI=۰/۹۷ و NNFI=۰/۹۷ و IFI=۰/۹۸ و RFI۰/۹۷ و GFI=۰/۹۵ و RMSEA=۰/۰۶۵) بود.

پرسشنامهٔ مقابلهٔ معنوی: ابزاری ۳۲ سؤالی است که توسط خارژنیسکا (۱۴) و جهت ارزیابی راهبردهای مقابلهٔ معنوی افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا ساخته شده است. این پرسشنامه بر روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین شامل دو مقیاس مقابلهٔ معنوی مثبت (شامل چهار خرده‌مقیاس شخصی، اجتماعی، محیطی و دینی) و مقابلهٔ منفی (شامل سه خرده‌مقیاس شخصی، اجتماعی و دینی) است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام‌شده با هفت عامل مرتبه اول و دو عامل مرتبه دوم (مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی) نیز بیانگر شاخص‌های خوب و مطلوب (CFI = ۰/۹۵ و NFI = ۰/۹۲ و TLI = ۰/۹۴ و RMSEA = ۰/۰۴) این پرسشنامه بوده است (۱۴). اعتبار این پرسشنامه نیز با استفاده از روش همسانی درونی خوب یا رضایت‌بخش (۰/۶۷ تا ۰/۹۵) گزارش شده است (۱۴). اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی به‌ترتیب برابر ۰/۹۲ و ۰/۸۲ بوده و همچنین اعتبار آزمون به روش بازآزمایی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

(به فاصـــلهٔ ۶ هفته) برای مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی به‌ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۱۴). منصوری (۳۰) اعتبار آزمون را به روش هم‌سانی درونی برای نمرهٔ کل، مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی به‌ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۹۰ و ۰/۸۴ گزارش کرد. ضـــرایب اعتبار مربوط به خرده‌مقیاس‌های مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی نیز بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ بود. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشـــافی آن‌ها بیانگر وجود دو عامل مقابلهٔ معنوی مثبت و منفی موجود نسخهٔ اصلی در نمونهٔ ایرانی بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی آن‌ها نیز نشـــان داد که الگوی هفت عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹ و NFI=۰/۹۲ و NNFI=۰/۹۴ و IFI=۰/۹۵ و RFI =۰/۹۱ و GFI=۰/۸۷ و RMSEA=۰/۰۶) با داده‌ها دارد. سـرانجام، این پرسـشنامه از روایی ملاکی، همگرا و واگرایی مناسبی برخوردار بوده است.

۳ یافته‌ها

پس از کنارگذاشتن برخی از پرسشنامه‌های مخدوش و غیرقابل استفاده، تعداد نمونهٔ بررسی از ۷۰۰ نفر به ۶۰۳ نفر کاهش یافت. میانگین و انحراف معیار سن کل دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش ۳/۱۷± ۲۱/۹۴ بود. به‌ترتیب ۳۲۵ نفر (۵۲/۳درصد) و ۲۹۷ نفر (۴۷/۷درصد) از دانشجویان دختر و پسر بودند. تعداد ۵۰۸ نفر (۸۱/۷درصد) شیعه و ۱۹ نفر (۳/۱درصد) اهل سنت بودند. ۹۵ نفر (۱۵/۳درصد) نیز مذهب خود را مسلمان ذکر کرده بودند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و ضرایب همبستگی مربوط به نمره‌های شرکت‌کنندگان در هر یک از متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی مربوط به رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر

	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱	اختلال اضطراب فراگیر	-										
۲	نگرانی	۰/۵۶**	-									
۳	مقابلهٔ اجتماعی مثبت	-۰/۰۸*	-۰/۰۴	-								
۴	مقابلهٔ محیطی مثبت	-۰/۱۴**	-۰/۲۳**	۰/۴۴**	-							
۵	مقابلهٔ شخصی مثبت	-۰/۲۲**	-۰/۲۶**	۰/۵۸**	۰/۵۳**	-						
۶	مقابلهٔ دینی مثبت	-۰/۱۱**	-۰/۱۱**	۰/۴۲**	۰/۳۲**	۰/۵۹**	-					
۷	نمره کل مقابلهٔ معنوی مثبت	-۰/۱۷**	-۰/۱۹**	۰/۷۶**	۰/۷۰**	۰/۸۳**	۰/۸۱**	-				
۸	مقابلهٔ اجتماعی منفی	۰/۲۸**	-۰/۱۰*	۰/۲۳**	-۰/۰۲	-۰/۱۰*	-۰/۰۴	۰/۰۸*	-			
۹	مقابلهٔ شخصی منفی	۰/۴۳**	۰/۴۱**	۰/۰۴	۰/۰۴	-۰/۲۳**	-۰/۱۵**	-۰/۱۴**	۰/۴۲**	-		
۱۰	مقابلهٔ دینی منفی	۰/۲۶**	۰/۲۴**	-۰/۰۰۹	-۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۴۴**	۰/۵۲**	-	
۱۱	نمره کل مقابلهٔ معنوی منفی	۰/۴۱**	۰/۳۷**	-۰/۰۶	-۰/۰۴	-۰/۱۸**	-۰/۰۷	-۰/۱۰ *	۰/۸۰**	۰/۸۱**	۰/۷۸**	-
	میانگین	۸/۲۰	۳۴/۸۴	۲۵/۱۵	۱۸/۶۴	۱۷/۴۶	۲۴/۳۹	۸۵/۶۴	۱۰/۸۱	۱۰/۱۴	۷/۶۷	۲۸/۶۱
	انحراف معیار	۵/۰۴	۹/۶۰	۵/۶۹	۵/۳۸	۳/۸۴	۸/۰۱	۱۷/۷۸	۴/۶۹	۴/۴۹	۳/۴۳	۱۰/۰۹

*p<۰/۰۵، **p<۰/۰۱

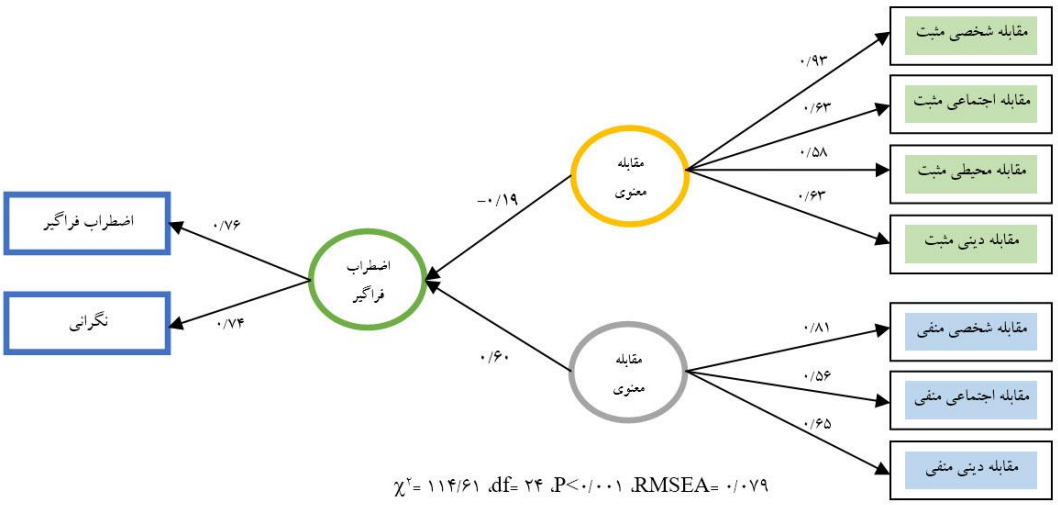
نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین نمرهٔ کل مقابله‌های معنوی مثبت با اختلال اضطراب فراگیر (p<۰/۰۱) و نگرانی (p<۰/۰۱) رابطهٔ معنادار وجود دارد. به‌علاوه، بین نمرهٔ کل مقابله‌های معنوی منفی با اختلال اضطراب فراگیر (p<۰/۰۱) و نگرانی (p<۰/۰۱) رابطهٔ معنادار وجود دارد. سرانجام نتایج نشان داد که بین تمامی خرده‌مقیاس‌های مقابلهٔ معنوی با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی (به استثنای مقابلهٔ معنوی اجتماعی مثبت) رابطهٔ معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). در شکل ۱ نتایج حاصل از تحلیل معادلات ساختاری مربوط به مدل پیش‌بینی نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر براساس مقابله‌های معنوی مثبت و منفی ارائه شده است. نتایج مربوط به شکل ۱ نشان می‌دهد که مقابله‌های معنوی مثبت و منفی، پیش‌بینی‌کنندهٔ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیرند (p<۰/۰۵). شاخص‌های ۱۱۴/۶۱=خی‌دو و CFI=۰/۹۵ و NFI=۰/۹۴ و NNFI=۰/۹۳ و IFI=۰/۹۵ و RFI=۰/۹۱ و GFI=۰/۹۶ و AGFI=۰/۹۲ و RMSEA=۰/۰۷۹ بود. همچنین، یافته‌ها نشان داد که اندازه اثر مقابله‌های مثبت (p<۰/۰۵ و ۰/۱۹- =ضریب مسیر و t=-۴/۰۸) و منفی (Pp<۰/۰۵ و ۰/۶۰ =ضریب مسیر و t=۹/۵۰) به‌ترتیب ۰/۱۹ـ و ۰/۶۰ است. از این‌رو، مدل پیش‌بینی نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر براساس مقابله‌های معنوی مثبت و منفی از برازش مطلوب و مناسبی برخوردار است.

اعمال شاخص‌های اصلاحی دربارهٔ اتصال مسیر مستقیم مقابلهٔ اجتماعی منفی به مقابلهٔ دینی منفی مقدار خی‌دو را به ۹۴/۰۸ کاهش داد. شاخص‌های CFI=۰/۹۶ و NFI=۰/۹۵ و NNFI=۰/۹۴ و IFI=۰/۹۶ و RFI=۰/۹۲ و GFI=۰/۹۷، AGFI=۰/۹۳ و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

RMSEA=۰/۰۷۲ بود. به‌علاوه، اندازه اثر مقابله‌های مثبت (۰/۰۵ >p و ۰/۱۹- =ضریب مسیر و t=-۳/۹۷) و منفی (۰/۰۵ >p و ۰/۵۷ =ضریب مسیر و ۸/۰۳ =t) به‌ترتیب ۰/۱۹ ـ و ۰/۵۷ است. بر این اساس، مدل اصلاح‌شدهٔ پیش‌بینی نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر براساس مقابله‌های معنوی مثبت و منفی از برازش مطلوب و مناسبی برخوردار است.



شکل ۱. مدل اولیهٔ برازش‌شده مربوط به رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی مثبت و منفی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین مقابله های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان انجام گردید. نتایج نشان داد که بین مقابله‌های معنوی مثبت و منفی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. مقابله‌های معنوی پیش‌بینی‌کنندهٔ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر هستند. همچنین، مدل مربوط به رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر از برازش مطلوب و مناسبی برخوردارست.

اگرچه پژوهشی دربارهٔ رابطهٔ بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نشد، اما بررسی ادبیات پژوهش نشان داد که بین معنویت‌گرایی و دین‌داری با اضطراب رابطه وجود دارد. برای مثال، غباری‌بناب و همکاران (۳۱) و جانسون و همکاران (۳۲) به‌ترتیب دریافتند که بین معنویت‌گرایی و اضطراب دانشجویان و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه وجود دارد. کونیگ (۳۳) با انجام مطالعه‌ای مروری گزارش کرد که رابطهٔ معناداری بین عوامل دینی و معنوی با سلامت روانی (مثل اضطراب) وجود دارد. از سوی دیگر، کندلر و همکاران (۳۴) با بررسی رابطهٔ بین عوامل دین‌داری و سابقهٔ مادام‌العمر اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که بین دین‌داری اجتماعی، تشکر و عدم کینه‌جویی با اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. زهره و ارشاد (۳۵) با مقایسهٔ زنان و مردان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سالم گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سطوح پایین‌تری از دین‌داری را درمقایسه با افراد سالم دارا هستند. الیسون و همکاران (۳۶) نیز با بررسی گروهی از بزرگسالان آمریکایی دریافتند که بین حضور ایمن و مضطربانهٔ خداوند با اضطراب فراگیر، رابطه وجود دارد.

در مقابل، آی و همکاران (۲۱) در بررسی همه‌گیرشناسی خود دریافتند که بین مقابلهٔ دینی و اختلال اضطراب فراگیر رابطه‌ای وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر، آی و همکاران (۲۲) رابطه‌ای بین مقابلهٔ دینی مردان آمریکای لاتین با اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نکردند. والن (۳۷) نیز با بررسی رابطهٔ بین دین‌داری، معنویت‌گرایی و دین‌داری/معنویت‌گرایی با نگرانی در بین ۱۱۱ نفر از دانشجویان کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه دوبلین، اعضای کلیسا و اعضای خانواده و دوستان پژوهشگر، ارتباطی بین این متغیرها مشاهده نکرد. تفاوت‌های موجود می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و روش‌شناختی باشد. برای مثال، در پژوهش‌های آی و همکارانش (۲۱،۲۲) از یک سؤال دربارهٔ فراوانی استفاده از مقابله‌های دینی استفاده شده است.

در تبیین نتایج فوق و براساس دیدگاه کونیگ (۲۲،۳۸،۳۹) می‌توان گفت که دین‌داری، معنویت‌گرایی، باورها و اعمال دینی و معنوی منابعی را برای مقابله با استرس فراهم می‌کنند؛ افراد را قادر به حس درد و رنج و مشکلات زندگی می‌نمایند؛ امکان کنترل نیروهای فشارآور درونی و بیرونی را فراهم می‌سازند؛ قوانین اجتماعی را که سبب تسهیل زندگی جمعی، همکاری و حمایت متقابل می‌شوند، گسترش می‌دهند؛ سبب احساس معنا و هدف در زندگی می‌شوند؛ رهنمودهایی برای زندگی سالم و ارتباط با دیگران فراهم می‌سازند؛ جهان‌بینی خوش‌بینانه و امیدوارکننده‌ای را که شامل یک نیروی متعالی (خدا، الله، یهوه و ...) است، ترویج می‌کنند؛ نیرویی که انسان را دوست دارد، از او مراقبت می‌کند و پاسخ‌گوی نیازهای اوست. پاسخ‌های رضایت‌بخشی برای سؤال‌های وجودی و همچنین پاسخ هایی برای زندگی فعلی و بعدی فراهم می‌کنند. همچنین به عادی‌سازی فقدان و تغییر کمک می‌کنند (۲۲،۲۷،۲۸)؛ عواملی که

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

در نهایت سبب می‌شوند افراد نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را با شدت کمتری تجربه کنند.

امجد و بخاری (۱۸،۱۹) گزارش کردند که بین راهبردهای مقابلهٔ دینی و علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. ازاین‌رو، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های آن‌هاست که نشان داد که بین مقابله‌های معنوی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. به‌علاوه، نتایج مربوط به مدل پژوهش نیز نشان داد که مقابله‌های معنوی مثبت (مقابله معنوی شخصی، اجتماعی، محیطی و دینی) و منفی (مقابله معنوی شخصی، اجتماعی و دینی) پیش‌بینی‌کنندهٔ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر هستند. در تبیین نتایج فوق و براساس دیدگاه خارژنیسکا (۱۴) می‌توان گفت افرادی که از مقابله‌های معنوی مثبت برای مواجهه با روی‌دادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند، از طریق یک‌سری تلاش‌های شناختی و رفتاری از جمله: الف. جست‌وجوی هدف، حس و معنا، تمرکز بر زندگی درونی، تلاش برای غلبه بر ضعف‌های خود و کسب خودآگاهی بیشتر، تلاش برای آرامش و هماهنگی درونی (مقابلهٔ معنوی شخصی)؛ ب. ایجاد و حفظ روابط عمیق و ارزشمند با دیگران، توجه به ارزش‌های اخلاقی، رفتار عادلانه با مردم، مراقبت از دیگران، نشان دادن عشق، همدلی و دل‌سوزی (مقابلهٔ معنوی اجتماعی)؛ ج. تمرکز بر احساس دلبستگی و تعلق به طبیعت، درک هماهنگی و نظم موجود در آن، رفتار با طبیعت به‌عنوان دوست انسان‌ها، باز بودن به مشاهدهٔ معجزات موجود در طبیعت (مقابلهٔ معنوی محیطی) و د. حفظ رابطهٔ مستحکم با خدا/ قدرت برتر (مقابلهٔ معنوی دینی) (۱۴)؛ نشانه های اختلال اضطراب فراگیر را با شدت کمتری تجربه می‌کنند.

در مقابل، افرادی که از مقابله‌های معنوی منفی برای مواجهه با رویدادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند، از طریق یکسری تلاش‌های شناختی و رفتاری از جمله: الف. نفی هدف و معنای زندگی، تأکید بر ضعف‌ها و محدودیت‌ها، تمرکز بر خطاها یا تخلفات فرد (مقابلهٔ معنوی شخصی)؛ ب. فهم مردم به‌عنوان موجوداتی ذاتاً خودخواه و مراقب منافع خود، ممانعت از ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی عمیق و ارزشمند (مقابله معنوی اجتماعی) و ج. چالش دینی درونی به شکل کینه از خدا/قدرت برتر، سرزنش او و نفی (۱۴)؛ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را با شدت بیشتری تجربه می‌نمایند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مقابله‌های معنوی مثبت و منفی با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ معنادار وجود دارد. به‌علاوه، مقابله‌های معنوی مثبت و منفی پیش‌بینی‌کنندهٔ نشانه‌های این اختلال هستند. نتایج پژوهش حاضر بر اهمیت مقابله‌های معنوی در تجربهٔ نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر تأکید دارد. مراکز مشاورهٔ دانشجویی نیز می‌توانند به‌واسطهٔ برگزاری کلاس‌ها یا کارگاه‌های آموزشی در زمینهٔ معنویت‌گرایی و مقابله‌های معنوی کمک زیادی به کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دانشجویان به‌خصوص نگرانی نمایند.

۶ تشکر و قدردانی

مقالهٔ حاضر مستخرج از رسالهٔ دکتری آقای احمد منصوری است. همچنین، از حمایت مالی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

References

1. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. JAMA Psychiatry. 2017 01;74(5):465–75. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Borkovec T, Robinson E, Pruzinsky T, DePree J. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behav Res Ther. 1983; 21(1): 9–16. Doi: 10.1016/0005-7967(83)90121-3
4. Makovac E, Meeten F, Watson DR, Herman A, Garfinkel SN, D Critchley H, et al. Alterations in amygdala-prefrontal functional connectivity account for excessive worry and autonomic dysregulation in generalized anxiety disorder. Biol Psychiatry. 2016; 80(10): 786-95. Doi: 10.1016/j.biopsych.2015.10.013
5. Davoodi A, Neshat Doost H, Abedi M, Talebi H. The role of emotion regulation deficits, thought-action fusion and behavioral inhibition in generalized anxiety disorder. SJIMU. 2015; 22(6): 115-24. [Persian]
6. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. Am J Orthopsychiatry. 2013; 83(1): 131-41. Doi: 10.1111/ajop.12001
7. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ, Melchior M, Goldberg D, et al. Generalized anxiety disorder anddepression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. Psychol Med. 2007; 37(3): 441–52. DOI: 10.1017/S0033291706009640
8. Nordahl HM, Wells A, Olsson CA, Bjerkeset O. Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2010; 44(9): 852–58. Doi: 10.3109/00048674.2010.489504
9. Salzer S, Pincus AL, Winkelbach C, Leichsenring F, Leibing E. Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: A pilot study. Psychotherapy (Chic). 2011; 48(3): 304-10. Doi: 10.1037/a0022013
10. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami Ehsan H. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. J Fundam Ment Health. 2015; 17(3): 116-24. [Persian]
11. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? Behav The. 2007; 38(2): 169–78. Doi: 10.1016/j.beth.2006.07.002
12. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav Ther. 2009; 40(2):142-54. Doi: 10.1016/j.beth.2008.04.001
13. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Religiously and spiritually integrated treatments and generalized anxiety disorder. J Res Behav Sci. 2017; 15(1): 126-34. [Persian]
14. Charzyńska E. Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). J Relig Health. 2015; 54(5): 1629-46. Doi: 10.1007/s10943-014-9892-5
15. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, NY: Guilford Press; 1997.
16. Harper AR, Pargament KI. Trauma, religion, and spirituality: Pathways to healing. InTraumatic stress and long-term recovery 2015 (pp. 349-367). Springer, Cham.
17. Ambrose SD. Religion and Psychology: New Research. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2006.
18. Amjad F, Bokharey IZ. The impact of spiritual wellbeing and coping strategies on patients with generalized anxiety disorder. J Muslim Ment Health. 2014; 8: 21-38. Doi: 10.2147/PRBM.S43666
19. Amjad F, Bokharey IZ. Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. J Relig Health. 2015; 54(2): 524-39. Doi: 10.1007/s10943-014-9834-2
20. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]

for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging & Ment Health. 2011; 15: 334–43. Doi: 10.1080/13607863.2010.519326
21. Ai AL, Weiss SI, Fincham FD. Family factors contribute to general anxiety disorder and suicidal ideation among Latina Americans. Womens Health Issues. 2014; 24(3): 345–52. Doi: 10.1016/j.whi.2014.02.008
22. Ai AL, Pappas C, Simonsen E. Risk and protective factors for three major mental health problems among Latino American men nationwide. Am J Mens Health. 2015; 9(1): 64-75. Doi: 10.1177/1557988314528533
23. Askarian S, Asghari MJ. The effectiveness of religious coping skills training on women's emotional intelligence in Mashhad. JRH. 2014; 2(2): 53-61. [Persian]
24. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. London: SAGE; 2006.
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166(10): 1092-97. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092
26. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). CPAP. 2011; 2(4): 41-50. [Persian]
27. Meyer TM, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn state worry questionnaire. Behav Res Ther. 1990; 28(6): 487-95.
28. Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: The Guilford Press; 2004.
29. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. IJPCP. 2008; 14(1): 46-55. [Persian]
30. Mansouri M. The role of moderating and mediating spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies on the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of general anxiety disorder: Developing a conceptual model [Doctoral dissertation]. [Tehran]: University of Tehran, College of Psychology and Education; 2017. [Persian]
31. Johnson KS, Tulsky JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? J Gen Intern Med. 2011; 26(7): 751–58. Doi: 10.1007/s11606-011-1656-2
32. Ghobari bonab B, Motavalipoor A, Habibi Asgarabadi M. Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the University of Tehran. Journal of Applied Psychology. 2009; 2(3): 110-23. [Persian]
33. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN psychiatry. 2012; 278730. Doi: 10.5402/2012/278730
34. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. Am J Psychiatry. 2003; 160(3): 496–503. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.496
35. Zohra NI, Irshad E. Religiosity and anxiety disorder in Peshawar. FWU Journal of Social Sciences. 2012;6(1):57-64.
36. Ellison CG, Bradshaw M, Flannelly KJ, Galek KC. Prayer, attachment to god, and symptoms of anxiety-related disorders among U.S. adults. Sociol Relig. 2014; 75(2): 208-33. Doi: 10.1177/0898264316688116
37. Wahlen C. Intrinsic religiosity, spirituality, life-satisfaction and worries, what is the relationship between them? BA (Hons) in Psychology, Ireland: Dublin Business School; 2013.
38. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. Can J Psychiatry. 2009; 54(5): 283–91. DOI: 10.1177/070674370905400502
39. Koenig HG. Spirituality and mental health. IJAPS. 2010; 7(2): 116–22. DOI: 10.1002/aps.239

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.56.1]