

تعیین اثربخشی تلفیقی آموزه‌های دینی و آرامش‌سازی عضلانی بر تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی

شهنام ابوالقاسمی *

سیاوش نصرت‌پناه **

لیلا شمخانی ***

دریافت مقاله: ۹۴/۳/۲

پذیرش نهایی: ۹۴/۷/۲۷

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی تلفیقی آموزه‌های دینی و آرامش‌سازی عضلانی بر تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی در مدارس شهرستانهای سیاهکل و لاهیجان بود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش (پرسشنامه تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی) توسط والدین کودکان استثنایی در مرحله غربالگری پاسخ داده شد. از ۱۴۴ نفر دانش‌آموز مورد مطالعه، ۶۰ نفر واجد شرایط نمره تنش ادراک‌شده زیاد و تحمل پریشانی کم بودند نمره تنش ادراک‌شده (بیش از ۳۹) و نمره مقیاس تحمل پریشانی (کمتر از ۲۸). ۳۰ نفر از این ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب، و به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند. روش پژوهشی آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. ابزار اندازه‌گیری این پژوهش پرسشنامه تنش ادراک‌شده PSS-14 و مقیاس تحمل پریشانی DTS بود که ابتدا پیش‌آزمون برای دو گروه اجرا شد؛ سپس متغیر مستقل ترکیبی در این پژوهش یعنی آموزه‌های دینی و آرامش‌سازی عضلانی برای یک گروه در ده جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای طی دو جلسه در هفته آموزش داده شد؛ پس از اجرای جلسات آموزشی ده جلسه‌ای از گروه پس‌آزمون گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرامش‌سازی عضلانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش تنش ادراک‌شده والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

کلید واژه‌ها: آموزه‌های دینی، آرامش‌سازی عضلانی، تنش ادراک‌شده، مقیاس تحمل پریشانی.

dr_shahnab_abolghasemi@yahoo.com

* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

nosratpanah@ihu.ac.ir

** دانشیار دانشگاه جامع امام حسین(ع)

*** دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

shamkhanygasket@yahoo.com

مقدمه

آرامش، امنیت درون و کاهش اضطراب براساس دین و باورهای مذهبی، تفکرات، آداب و سنتها و ایدئولوژیهای حاکم در کشورهای مختلف به دست می‌آید. شیوه‌ها و مکاتب مختلفی براساس این اصول ظهور کردند تا انسان در دنیایی به آرامش دست یابد که آکنده از فناوری است و گامهایش به سمت پیشرفت روز افزون آن برداشته می‌شود.

اخیراً میان روانشناسان، گرایشهایی پیدا شده است که طرفدار توجه بیشتر به این منظور برای سلامت عمومی و درمان بیماریهای روانی است. آنها معتقدند در ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای است که به انسان نوعی قدرت معنوی می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند و او را از نگرانی و اضطراب دور می‌سازد. نبودن ایمان زنگ خطر است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌کند (حیدری، ۱۳۸۷: ۱۵۴).

نظر به اهمیت بسزایی که باورها و ارزشهای دینی در فرایند درمان دارد، درمانگران باید به این باورها و ارزشها احترام بگذارند و از آنها به عنوان دستمایه مداخله درمانی متناسب سود جویند. افرادی که دین آنها پخته و درونی است، انگیزه اصلی خود را در آن جستجو می‌کنند و با پیوستن به دین یا فرقه‌ای خاص در تلاش درونی‌سازی دین و پیروی کامل از آن هستند (وست^۱، ۲۰۱۲: ۱۳۹).

پژوهشها نشان می‌دهد که بشر امروزی بیش از گذشته به دینداری و بازگشت به خداوند نیاز دارد. دعا در آرامش روح و روان انسان بسیار مؤثر است. از این رو افرادی که با خداوند در ارتباط هستند با توکل به او، مقاومت و جرأت می‌یابند و در رویارویی با مشکلات، مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند.

نگاهی به آمار در زمینه گسترش اختلالات روانی^۲ در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت توجه به بهداشت روان^۳ را بیش از پیش ضروری ساخته است. براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی^۴، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در جهان دچار یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از

1 - West

2 - Mental disorders

3 - Mental health

4 - World Health Organization (WHO)

آنها اختلالاتی چون افسردگی^۱ و اضطراب^۲ دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). عمدتاً آرام سازی به معنای رفع تنش یا رهاسازی جسمی و روانی از عوامل تنش زای بیرونی است که در انتهای آن فعالیت، فرد درجاتی از کاهش اضطراب، درد یا نگرانی را احساس کند. یکی از انواع شیوه‌های رسیدن به آرامش جسمی و روانی با استفاده از فعالیتهای تنش زدا، شیوه آرامسازی عضلانی است. در این روش، شخص با حرکات انقباضی و برگشت آنها به طور ارادی به حالت شل و منبسط طی پنج تا ده ثانیه سبب افزایش جریان خون و بهبود عملکرد خونرسانی اعضا می‌شود. این حرکات ابتدا از عضلات سر و صورت و گردن به طور منظم شروع، و در انتها اعضای میانی و انتهایی بدن شامل انقباض عضلات کمر، سرین، رانها، ساقها و انگشتان پاها را شامل می‌شود.

به نظر می‌رسد عامل اصلی اختلالات روانی، تحمل فشار روانی ناشی از اوضاع زندگی به مدت طولانی است. کولومبیوسکس^۳ (۱۹۸۶) طی بررسیهای خود نشان داد که با شناخت اوضاع و احوال متعدد در درون هر سازمان و دیگر ویژگیهای شخصیتی فرد، می‌توان میزان یا شدت اختلال را تعیین کرد.

تأثیر عامل دین بر بهداشت روانی افراد تا بدان جا در حوزه مسائل روانشناختی و روان درمانگری نفوذ دارد که عده‌ای از پژوهشگران و متخصصان روانشناسی دین را بر آن داشته است تا برای دستیابی به تشخیص و ارزیابی بهتر در نتیجه درمان کامل بیماران، یک طبقه تشخیص جدید به فهرست چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ اضافه کنند. در این طبقه جدید، مسائل و مشکلات دینی از قبیل تنش ناشی از نبودن ایمان، تغییر فرقه مذهبی یا تغییر دین، افراط در باورها و رفتار دینی، پیوستن به جریان دینی جدید و یا ترک جریان دینی و هم‌چنین مجموعه‌ای از مسائل معنوی از قبیل تجربه‌های سحرآمیز^۵، تجربه اضطراب مرگ و مراقبه قابل طرح است (لاکف^۶ و همکاران، ۱۹۹۵).

1 - Depression

2 - Anxiety

3 - Colombiusex

4 - Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-TR)

5 - Magic experiences

6 - Lukoff

آلپورت^۱ معتقد بود گرایش دینی درونی بخشی از پختگی روانی و رفتار نودوستانه است. هود و همکارانش^۲ در بررسی این فرض دریافتند افرادی که در مقیاس درونی نمره زیادی می‌گیرند با سلامت روانی خوب مشخص می‌شوند در حالی که آنها که در مقیاس بیرونی نمره زیادی می‌گیرند، مشکلات شخصی بمراتب بیشتری دارند. افرادی با گرایش دینی بیرونی نظر سودمدارانه‌ای درباره دین دارند. یعنی آنها دین را وسیله هدف می‌دانند. گرایش دینی آنها نوعی خودباوری است که برای آرایش و میثاق اجتماعی به آن پایبند هستند. از سوی دیگر افراد با گرایش دینی درونی عمیقاً به عقاید خود ایمان دارند و آن را مهمترین انگیزه خود می‌دانند. آنها به جای اینکه از دین برای اهدافی استفاده کنند، سایر نیازهای خود را با ارزشهای دینی هماهنگ می‌کنند (فیست، ۲۰۱۲: ۹۱)

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر متغیر وابسته ترکیبی (تنش ادراک شده و تحمل پریشانی) در والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

فرضیه‌های فرعی

آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر افزایش میزان تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر کاهش میزان تنش ادراک شده والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

مبانی نظری

فشار روانی در اوضاع و موقعیت‌های گوناگون پدید می‌آید. تحولات سریع در بسیاری از زمینه‌ها، رشد روزافزون جمعیت، تغییر در آداب و رسوم اجتماعی، مسائل مربوط به خانواده،

1 - Alport

2 - Houd et all

خویشاوندان، مردود شدن در امتحانات، ازدواج، طلاق، مسکن، بیکاری، ورشکستگی، اسباب کشی، اختلافات زناشویی، ناسازگاریهای محیط کار، صدمات جسمی شدید، اعمال جراحی، بیماریهای سخت درمان، زندانی شدن، مرگ عزیزان و... همه می‌تواند منشأ بروز مشکلات و ناراحتیهای متعددی شود که بعضی از آنها بیشتر جنبه جسمانی دارد و برخی دیگر بیشتر روانی است. بعضی از بحرانها ناگهانی و کوتاه مدت است در حالی که برخی دیگر تدریجی و طولانی مدت است. به طور کلی فشار روانی و اضطراب جزء جدانشدنی زندگی انسان است. برخی از پژوهشگران (کمپل^۱ و سینگر^۲) معتقدند که اضطراب به مقدار کم برای ما مفید است؛ یادگیری را پایدارتر، حافظه را نیرومندتر و عملکرد را بهتر می‌کند. در واقع، تنش مثبت، نیروی محرک لازم را برای رعایت ضرب‌الاجلها یا تمام کردن بموقع کارها فراهم می‌کند. از نظر جی.و.لانویل^۳ تنها مردها فاقد تنش هستند. تنش موجب سرگرمی فرد می‌شود و می‌تواند محرک و تشویق کننده باشد و تا زمانی که در فرد احساس کنترل باشد، تنش سودمند واقع می‌شود (خداپاری، ۱۳۷۹: ۴۹). بوم و همکاران (۱۹۸۱) تنش را این گونه تعریف می‌کنند: «تنش، فرایندی است که براساس آن رویدادهای محیطی، موجودیت و سلامت موجود زنده را مورد تهدید قرار می‌دهند». پژوهشگران دیگر، تنش را زمینه‌ای تعریف می‌کنند که در آن تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین الزامات و تقاضاهای تحمیل شده بر فرد و توانایی فرد در پاسخ به این تقاضا به وجود آمده است (کاپلان و سادوک^۴، ۱۹۹۷: ۵۷). دکتر هانس سلیه^۵ یکی از بزرگترین پژوهشگرانی است که در زمینه فشار روانی تحقیق کرده است. نتایج پژوهشها و بررسیهای او نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌تواند موجب پاسخهای جسمانی مختلف مانند افزایش فشار خون باشد که به نوبه خود می‌تواند موجب حمله قلبی و سکنه مغزی شود. بازداری دستگاه ایمنی فرد را مستعد ابتلا به انواع عفونتها و حتی سرطان می‌کند. کارلسون^۶ (۱۹۹۵) معتقد است که عوامل فشارزا ممکن است به پاسخهای روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، نومیدی، بی‌قراری و احساس ناتوانی عمومی در سازش‌یافتگی با جهان منجر شود.

-
- 1 - Campell
 - 2 - Singer
 - 3 - G.V.Lanvilel
 - 4 - Kaplan of sadock
 - 5 - Hancselieye
 - 6 - Karelson

تنش ادراک شده

یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با فشارهای روانی، چگونگی پاسخ یا واکنش به آنهاست که در پژوهشهای مربوط به این گستره، تحت عنوان روشهای مقابله مورد بررسی قرار گرفته است. معمولاً پس از وقوع رویداد فشارزا افراد تلاش می‌کنند از یک یا چند روش مقابله استفاده کنند تا در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و کاهش تأثیرات نامطلوب فشارهای روانی به آنان کمک کند. شیوه‌هایی که فرد برای مقابله با فشار روانی انتخاب می‌کند، جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی به شمار می‌آید.

به کارگیری روشهای نامناسب در رویارویی با فشار روانی ممکن است موجب افزایش فشار روانی شود در حالی که به کارگیری شیوه‌های صحیح در رویارویی با آن می‌تواند نتایج مثبتی را به دنبال داشته باشد که مواردی از قبیل افزایش سطح حرمت خود، بیشتر شدن صبر و تحمل در برابر مشکلات و در مجموع تحول تکامل شخصیت و پویاتر گردیدن آن از جمله این موارد است (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۸: ۴۶). در رویدادهای منفی (و نه مثبت) افراد با سبک اسنادی کنترل ناپذیر، تنش ادراک شده بیشتری دارند و این امر تأیید این نکته است که هر چه میزان کنترل بر عوامل تنش‌زا بیشتر باشد، فرد تنش کمتری را تجربه می‌کند (شکوهی امیر آبادی، ۱۳۸۷: ۱۲). شدت تنش ادراک شده، یکی از عوامل اصلی الگوی باور تندرستی^۱ است که بر نظریه یادگیری روانشناختی مبتنی است. از نظر این الگو، شدت تنش ادراک شده، یکی از عوامل اساسی تبیین‌کننده احتمال انتخاب راهبرد مقابله توسط افراد در موقعیت‌های تنش‌زا به شمار می‌رود.

شدت تنش ادراک شده به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن آن اشاره دارد. به احتمال زیاد، فرد زمانی به انتخاب راهبرد مقابله خاص اقدام می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی منفی ناشی از تنش و پیامدهای مهم آن (برای مثال تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد. بر اساس این دو متغیر، هر چه مقدار شدت و جدیت ادراک شده تنش بالاتر باشد به همان اندازه احتمال انتخاب کنش مقابله افزایش می‌یابد (مسعودنیا، ۱۳۸۵: ۳۲).

1 - Health belief model

دین و نقش آن در کنترل بیماریهای روانی

در پژوهشهای حوزه دین، دیدگاه‌ها و نظریه‌های فلسفی، جامعه‌شناختی و روانشناختی متعددی در مورد این موضوع مطرح شده است. دین وجه امتیاز اصلی بشر است. از نشانه‌های جامعیت نگرش چند بعدی اسلام به انسان، اهتمام به تندرستی و حفظ صحت آن است. به دلیل اینکه در نظر دین، سلامت روح و تعالی جان از سلامت جسم مهمتر است و جسم و تن مرکب رشد معنوی و شکوفایی عقلانی انسان است، رسیدن به این هدف در سایه جسمی نیرومند، شاداب و سالم میسر است و چون بدن، مرکب روح و وسیله قوای درونی در مسیر رشد و بالندگی است، رعایت نکات بهداشتی و حفظ صحت و تندرستی و برخورداری از برنامه‌ای درست در مورد خوردن و آشامیدن، معیشت و امور جسمی، ضروری است. توصیه‌ها و رهنمودهای فراوان دین در این زمینه، هم‌گواه جامعیت مکتبهای آسمانی است و هم به لحاظ برخورداری از جهات علمی، نشانه بعد الهی و غیر بشری آموزه‌های دینی است. اندیشمندان مسلمان نیز به دین به عنوان پدیده‌ای ساختاری نگریسته و آن را راه و روشی دانسته‌اند که تمامی ابعاد زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و او را به هدفی کلی و متعالی رهنمون می‌سازد که همانا سعادت و خوشبختی است. سید قطب می‌گوید دین به معنای راه است و دین الحق در قرآن (همان دین خدا) راهی است به سوی سعادت که هدف نهایی انسان همان رسیدن به سعادت است. علامه طباطبایی معتقد است دین روش مخصوصی در زندگی است که صلاح دنیا را به طوری تأمین می‌کند که موافق کمال اخروی و حیات دائمی حقیقی باشد (طباطبایی، ۱۳۶۳، ج ۱: ۴۱۲). آیت‌الله جوادی آملی نیز با استفاده از آیات و روایات، معنای اصطلاحی دین را عبارت می‌داند از مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی که هدف آن اداره امور جامعه انسانی و پرورش انسانها است (جوادی آملی، ۱۳۸۷: ۱۵۴).

ایمان و اعتقادات دینی، که هدیه ادیان الهی برای یاری انسان در کاهش دردهای جسمی و روانی است، همواره روشی مناسب معرفی شده است. آنچه در آرام سازی دینی موجود است، بسیار ژرفتر و عمیقتر از دیگر شیوه‌های آرام‌سازی است. کلید مشکل‌گشای بهداشت روانی در اسلام، میانگین معتدل و تعادل فعالیت مربوط به تخلیه و پیرایش و تخلیه و آرایش است؛ تخلیه و پیراستن خویش از اوصاف نکوهیده و ناستوده و تخلیه و آرامش خود با اوصاف و حالات پسندیده و ستوده. چنین میانگین زرینی با این مفهوم، استقامت، اقامه حق، صدق و آن نیز همان توان و

اعتدال مطلوب و به اصطلاح آرمان مطلوب است. آیات زیادی از قرآن کریم توجه ما را به خود جلب می‌کند که در طی آن، آدمی به پیروی از طریق الهی تشویق می‌شود. بدون شک گام نهادن در راه خدا و پیروی از راه و رسم و رهنمودهای قرآن کریم، تنها راه رسیدن به بهداشت روانی است (حجتی، ۱۳۶۸: ۲۴۱). اسلام برای حفظ بهداشت روانی، اصول و قواعدی را وضع کرد تا با به‌کارگیری و رعایت این اصول و قواعد بتوان سلامت عمومی را تأمین کرد. این اصول با تأکید بر بهسازی محیط زیست انسان، اعم از خانواده و جامعه در نهایت وظایفی را برای فرد تعیین می‌کند که این وظایف باعث حفظ سلامت روانی وی می‌شود (احمدی، ۱۳۶۸: ۱۲۹). بشر به مقتضای طبیعت و سرشت خود زندگی می‌خواهد و بسیاری نیروهای نهفته‌ای که در او نهاده شده، به کمک غریزه‌ای که او را به خور و خواب و شهوت و گریز از خطر و نابودی وادار می‌کند، زندگی خود را حفظ می‌کند و بشر به حکم قانون آفرینش و سنت الهی به دنبال آسایش، آرامش و خوشی است و گریزان از ناراحتی و ناخوشی؛ یعنی که هم نگهبان زندگی است و هم جویای آسودگی و خوشی و به امید این هر دو هدف و به خیال خود با تمام قوا در دنبال این آسایش و آرمان است که به نام سلامت یا خوشبختی معروف شده است (خامنه‌ای، ۱۳۷۹). بدون شک و بی‌هیچ‌گونه ابهام، میان توحید و درمان روان انسان ارتباط مستحکمی وجود دارد. توحید، معرفتی است که به مدد آن نفوس انسانی درخشان، و حقایق و اسرار در آن متجلی می‌شود و معارف بدان راه می‌یابد و در نتیجه به صراط مستقیم و ارزشهای عالی رهنمون می‌شود (حجتی، ۱۳۶۸: ۲۶۲). حس دینی و خداجویی، اصالت روانی و ریشه فطری دارد و به قول ماکس مولر^۱، حس دینی یکی از ویژگیهای روان انسانی است. بشر با همین نیروی مرموز به اسرار پیچیده طبیعت رسیده است. این یکی از عواملی است که همیشه بر بشر مسلط بوده است. احساس خداجویی یکی از ویژگیهای طبیعت ماست و تصور انسانی بدون حس دینی محال است (خامنه‌ای، ۱۳۷۹). مذهب به عنوان قدیمی‌ترین وسیله دفاع و حمایت بشر در تمام ابعاد زندگی معرفی و اهمیت آن در بهداشت روانی و تعلیم و تربیت ثابت شده است. بدین وسیله یکی از انتظاراتی که جامعه از فرد رشد یافته دارد این است که دارای ایمان و اعتقاد دینی باشد و از دستور آن پیروی کند. عوامل متعددی در تأمین سلامت روانی انسان دخالت دارد که یکی از آنها احساس امنیت روانی است که خود تحت تأثیر عوامل گوناگون از جمله مقبولیت اجتماعی به دست می‌آید. برآورده شدن این تأثیر اجتماعی، داشتن ایمان دینی

1 - Max Moler

است که یکی از ویژگی‌های روانی انسان بالغ به شمار می‌رود. جامعه، افراد با ایمان و دارای محاسن اخلاقی را افراد قابل اعتمادی می‌داند و به آنها ارجح می‌گذارد. افراد با ایمان ظرفیت روانی زیادتری نسبت به افراد بی‌ایمان دارند و بهتر می‌توانند بر فشارهای روانی غالب آیند و از بروز ناهنجاریها جلوگیری کنند. بسیاری از دانشمندان و فیلسوفان اعتقاد دارند که تنها چیزی که می‌تواند مانع خواهشهای نفسانی شود، قدرت و نیروی ایمان و معتقدات دینی است. افراد متدین در مقابل مشکلات و حوادث نمی‌هراسند و با اراده ای قوی و شجاعت زیاد صبر و شکیبایی را پیشه می‌کنند و با علم و ایمان به حل مشکل می‌پردازند.

عبادت پروردگار و برقراری ارتباط با او در رسیدن انسان به جایگاه امن و آرامش، نقش اساسی دارد. بندگی خداوند، انسان را از آسیبها و خطرها در امان می‌دارد و کلید سعادت و آرامش روحی و روانی انسان است و در مقابل اگر انسان بر خلاف فطرت خداجوی خود عمل کند، اندوه و افسردگی به دنبال خواهد داشت.

شهید مطهری در کتاب انسان کامل می‌گوید: ایمان باعث بهجت و انساب خوش‌بینی، روشندلی، امیدواری، آرامش خاطر، لذت معنوی و کاهش ناراحتیها و بهبود روابط اجتماعی می‌شود. ارتباط بین ایمان و آرامش، حقیقتی انکارناپذیر است. ایمان به خدا یعنی گشوده‌شدن دریچه دل آدمی به سوی سیمای ربانی، و تا این نسیم به سراچه قلب انسان می‌دوزد، آرامش نیز با او همراه خواهد بود (مطهری، ۱۳۶۴: ۷۶). توکل از آموزه‌هایی است که می‌تواند بر سلامت روان تأثیر شگرفی داشته باشد. انسان فطرتاً طالب سعادت و آرامش است و به دنبال کسی می‌گردد که این سعادت و آرامش را به او ببخشد و در پناه او از دام گرفتاریها و مصایب نجات یابد. کسی که به این قدرت مطلق هستی معرفت یافت و خود را محل تدبیر و اراده او قرار داد به آرامش و اطمینان مطلق می‌رسد و می‌داند که اگر خداوند نخواهد، حتی اگر همه قدرتهای مادی دست به دست هم دهند، نمی‌توانند به او گزندی برسانند. توکل به انسان جرأت اقدام و عمل می‌دهد و کار را با اطمینان بیشتری انجام می‌دهد و بازدارنده‌های رفتاری را از میان برمی‌دارد. بیدار شدن هر صبح سر موقع مشخص از خواب است.

نگاهی کلی به جدول اوقات شرعی، نشان می‌دهد که وقت نماز صبح، در تمام طول سال، با در نظر گرفتن تغییرات ناشی از حرکات وضعی و انتقالی زمین، زمان ثابتی است و اقامه‌کننده نماز صبح با برخاستن پس از اذان در واقع اساسی‌ترین گام را در جهت رعایت بهداشت خواب و در

نتیجه آن، سلامت بدنی و تعادل روانی برداشته است (ملک محمدی، ۱۳۸۷: ۲۹).

آرام سازی عضلانی

آرام سازی عضلانی ابتدا توسط جاکوبسون^۱ در سال ۱۹۳۸ ارائه شد. وی یک روش فیزیولوژیکی را به منظور غلبه بر تنش و اضطراب به وجود آورد. در این روش، آزمودنی را متوجه احساساتی می سازند که از کمترین میزان انقباض گروه های کوچک عضلانی ایجاد می شود و مراجع را راهنمایی می کنند تا بتدریج انقباض عضلانی خود را پایان بخشد و به هر گروه عضلانی به طور جداگانه توجه شود (نوبی نژاد و فلاح زاده، ۱۳۸۶: ۱۲)

جاکوبسون، که کار خود را از سال ۱۹۰۸ در دانشگاه هاروارد آغاز کرد از نخستین پژوهشهای خود نتیجه گرفت که هنگام اضطراب در اثر انقباض بافتهای عضلانی، تنش به وجود می آید و اضطراب با از بین رفتن تنش برطرف می شود. بنابراین تنش زدایی بافتهای عضلانی به معنی حذف تمام انقباضهای بدنی است که در اثر تنش به وجود می آید. جاکوبسون براساس پژوهشهای خود دریافت که از طریق منقبض و رهاکردن عضلات بر اساس توجه به احساسات ناشی از تنش و آرامش عضلات و همچنین بر مبنای ایجاد تمایز بین این دو احساس، فرد خواهد توانست تمام انقباضهای عضلانی را از بین ببرد و احساس آرامش عمیقی را تجربه کند (چاپیان^۲، ۲۰۰۶)

هدف درمانگری، کاهش سطح اضطراب کلی فرد و ایجاد حالتی بدون تنش و خرسند و آسوده خاطر در او است. از عمده ترین کاربردهای تنش زدایی، استفاده از آن برای کاهش اضطراب و درمان انواع هراس است. تنش زدایی چرخه معیوب اضطراب و تنیدگی را مختل می کند و جریانهای فیزیولوژیکی تحت تأثیر اعصاب خودمختار را به حالت طبیعی تغییر می دهد. به علاوه براساس تحقیقات گسترده در این زمینه آموزش تنش زدایی تدریجی، کاهش برانگیختگی و تنشهای ذهنی را در پی دارد (محمودی، ۱۳۸۷: ۷۱)

پژوهشها در سرتاسر جهان نشان داده است که آموزش آرام سازی عضلانی^۳ به افراد برای مهار اضطراب کمک می کند. (هل روید و پنزی^۴، ۱۹۹۰) آرام سازی و انبساط ماهیچه ای را عامل

1 - Jacobson
2 - Chapiyan
3 - Muscular relaxation
4 - Holroyd & Penzien

حفاظتی در برابر اضطراب و سردردهای مزمن می‌دانند. در این راستا مطالعه کلد، نوویکی و هامندس^۱ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که استفاده از روش آرام‌سازی در کنار آمدن پرستاران با حالت خستگی و اضطراب هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است.

فرض کلی در شیوه‌های درمانی آرام‌سازی عضلانی این است که افراد بتوانند به گونه‌ای هوشیارانه یاد بگیرند که عضلات خود را ارادی مهار کنند و از این طریق سطح اضطراب خود را کاهش دهند. با توجه به نتایج پژوهشهای بسیاری که انجام شده است می‌توان گفت نظام خودمختار عصبی آن گونه که بیان شده است، خود مختار نیست، بلکه افراد می‌توانند فعالیتهای خود را که فرض می‌شود در کنترل آنها نیست و تحت نظام خودمختار فعالیت می‌کند (نظیر انقباض و انبساط، ضربان قلب و عروق) از طریق تمرین و تکرار تحت کنترل خود در آورند و آنها را هدایت کنند. آسانی اجرای روشهایی نظیر آرام‌سازی عضلانی و... فعل پذیری افراد تحت آموزش، دستیابی به تعاملهای اجتماعی سازش یافته در خلال درمان و تدریجی بودن تغییرات، همگی از مزئیتهای عمده این روشها در کاهش و مدیریت تنش است (باقریان، ۱۳۸۲: ۵۰).

از سوی دیگر، راهکارهای شعایر دینی و مذهبی همچون آرام سازی از راهکارهایی است که باعث آرامش و کاهش دردهای جسمی و روانی می‌شود. آرام سازی دینی اساساً شیوه مطلوب کاهش دردهای بشری است. یکی از مصداقهای ایجادکننده آرامش در فرهنگ اسلامی، نماز است. در احادیث و روایات فراوانی، مسئله دستیابی به آرامش به وسیله نماز در سیره ائمه و معصومین علیهم‌السلام آورده شده است؛ برای مثال داستان بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی(ع) هنگام نماز نمونه‌ای از مسئله آرام سازی دینی است.

نگاهی به پژوهشها در ایران و جهان

رضانی (۱۳۸۰) در بررسی وضعیت روانی و دینی افراد مبتلا به ویروس ایدز دریافت که در طول مدت مطالعه باورهای دینی و اعتقادی افراد، همگام با آن، سیر بیماری دستخوش تغییر شده است. بنابراین او نتیجه می‌گیرد که با استفاده از درمان روانشناختی همراه با شیوه‌های مبتنی بر اعتقادات و باورهای دینی، دردهای روحی و روانی به طور مؤثرتری در افراد مبتلا کاهش می‌یابد.

1 - Cold, Novky&Hamends

و زمینه پیشگیری از گسترش و انتقال ویروس به سایر افراد در آنها تقویت می‌شود. در مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۸۰) درباره حضور در اجتماعات دینی و ارتباط آن با بیماران حاد قلبی مشخص شد که در مجموع، حضور نیافتن در مراسم و گردهمایی‌های دینی گروه مورد مطالعه، بیش از ۳۲ درصد از بیماران حاد قلبی در شش ماه پیش از ابتلا را تشکیل می‌دادند در حالی که این رقم در گروه کنترل کمتر از ۱۳ درصد بود.

در پژوهش خلخالی (۱۳۸۰) با عنوان مقایسه نیمرخ روانی افراد با گرایش دینی زیاد و کم در شهرستان تنکابن مشخص شد که دانشجویانی که اعتقادات دینی بیشتری داشتند، کمتر به اختلالات روانی در موضوعات مربوط به آزمون MMPI¹ مبتلا بوده‌اند.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی که در زمینه رابطه میان ذکر و دعا با میزان اضطراب دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب دانشجویان رابطه معکوس معناداری هست و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با تنش شناخته شده است.

مسعودنیا (۱۳۸۵) در تحقیق خود با عنوان شدت تنش ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنش، این نتایج را گزارش کرد: داده‌های مطالعه از ۳۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد به پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله و تنش ادراک شده، تفاوت معناداری بین افراد با سطوح مختلف تنش ادراک شده در زمینه شیوه‌های مقابله نشان داد.

شکوهِ امیرآبادی (۱۳۸۷) در تحقیق خود با عنوان تنش ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبک‌های اسنادی مختلف با نمونه ۴۱۴ دانشجو، که با پرسشنامه سبک اسنادی و پرسشنامه تنش ادراک شده مورد آزمون قرار گرفتند، دریافت که تنش ادراک شده بین دانشجویانی که سبک اسناد درونی دارند با دانشجویانی که سبک اسناد بیرونی دارند در موقعیتهای کلی و مثبت، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این میزان در بین افراد با سبک اسناد بیرونی بیشتر مشاهده می‌شود. همچنین وی دریافت که در دو گروه دختران و پسران، تنش ادراک شده بین دانشجویان دختر از دانشجویان پسر بیشتر است.

حلاجیان (۱۳۸۹) در تحقیق خود تحت عنوان اثربخشی مدیریت خشم و آرام‌سازی عضلانی بر فشار خون و خشم بیماران کرونر قلبی در نمونه ۶۰ نفری که به شیوه تصادفی از بیماران شهر رامسر

1 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory

انتخاب شده بودند، نشان داد که آموزش مدیریت خشم گروهی و آرام سازی عضلانی در کاهش خشم و فشار خون مؤثر است.

جعفرنژاد و همکاران (۱۳۹۰) طی تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر آرام سازی عضلانی بر میزان فشار خون در بارداری که در مراکز بهداشتی - درمانی شهر مشهد انجام شد با تعداد نمونه ۲۰ زن باردار با فشارخون سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۳۵ میلیمتر جیوه یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۸۵ میلیمتر جیوه به عنوان گروه کنترل و مداخله و آموزش آرام سازی عضلانی که به گروه آزمایشی ارائه شد، نتیجه گرفتند که آرام سازی عضلانی در کاهش فشار خون سیستول و دیاستول و درمان فشار خون بالا در دوران بارداری مؤثر است.

جیمز و مانویل جی^۱ (۱۹۹۳) نشان داده‌اند که تمرینهای دینی و نیایش موجب درونی شدن ایمان دینی و ارتقای وضعیت روانی بازماندگان از جنگ ویتنام شده است.

واتسون و همکاران^۲ (۱۹۹۴) با نمونه‌ای متشکل از ۳۵۱ آزمودنی به این نتیجه رسیدند که افراد با جهتگیری دینی درونی از نظر شناختی منطقی تر هستند؛ سازش یافتگی بیشتری از خود نشان می‌دهند و از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند.

مولازیوتیس و همکاران^۳ (۲۰۰۲) مطالعه‌ای در مورد تأثیر آرام سازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده بر کاهش اختلالات اضطرابی و افسردگی ناشی از سرطان انجام دادند. نتایج حاکی از تأثیرگذاری روش آموزشی آرام سازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده بر کاهش اختلالات خلقی بوده است.

کریستیل^۴ (۲۰۱۰) نشان داد که میزان حرمت خود با عشق به خدا و پذیرش او رابطه مثبت و با تصور طرد و عدم پذیرش از جانب خدا ارتباط منفی دارد؛ به عبارت دیگر حرمت خود بشدت تحت تأثیر چگونگی تصور از خداوند است. نتایج پژوهش دیگری نشان داد که حرمت خود دانش‌آموزان مسلمان از دانش‌آموزان غیر مسلمان بیشتر است و افزایش حرمت خود با درونی‌تر بودن مسند مهارگری همراه است.

1 - Jems a manoel j
2 - Watson at al
3 - Molassiatis et al
4 - Cristill

استارک و برینکل^۱ (۲۰۱۱) در تحقیق خود با عنوان رابطه بین تنش ادراک شده و سلامت رفتار در خطرپذیری زیاد حاملگی، رابطه معنی دار و منفی را بین تنش ادراک شده و شیوه زندگی به دست آورد. ارتباط بین تنش ادراک شده و رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت تنش قابل توجه و منفی است.

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام والدین دانش آموزان مدارس استثنایی سیاهکل و لاهیجان (آموزشگاه‌های راه نور و ایوب) در سال تحصیلی ۹۳ - ۱۳۹۲ هستند که از میان شهرستانهای استان گیلان به صورت خوشه ای انتخاب شدند و مجموعاً ۱۴۴ نفر بودند. این ۱۴۴ نفر افرادی بودند که کودکان آنها در این دو مدرسه مشغول تحصیل بودند.

روش اجرای پژوهش و شیوه جمع‌آوری اطلاعات

پس از کسب مجوز و هماهنگیهای لازم با مسئولان و مشخص شدن اعضای نمونه، که به صورت تصادفی انتخاب شدند، آنان به طور کاملاً تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند؛ بدین ترتیب که پرسشنامه‌های تنش ادراک شده و تحمل پریشانی توسط والدین کودکان استثنایی در مرحله غربالگری پاسخ داده شد که شامل ۱۴۴ نفر می‌شد. از این تعداد، ۶۰ نفر شاخصهای ورود به پژوهش مبنی بر زیاد بودن نمره تنش ادراک شده (بیش از ۳۹) و کم بودن نمره مقیاس تحمل پریشانی (کمتر از ۲۸) را داشتند. از این ۶۰ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب، و به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند؛ سپس متغیر مستقل در این پژوهش یعنی روش تلفیقی آموزش آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی طی ده جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای به مدت پنج هفته، هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایشی، آموزش داده شد؛ آموزش آموزه‌های دینی شامل مضامینی همچون وقت شناسی، رازداری، بررسی مفهوم دین، اخلاق، تغذیه و غذای سالم، بررسی نقش غذاهای حلال و حرام در زندگی، نظافت، پوشش، حقوق والدین، مفهوم احترام، راستگویی و دروغگویی و تأثیر آن در پیشرفت کار، مفهوم دوست و دوست‌یابی، کار و تلاش اقتصادی،

1 - Stark & Brinkley

نیازهای اساسی انسان شامل خوراک، پوشاک، مسکن و اشتغال، خشم و تندخویی، دین‌شناسی، بررسی نماز در فرهنگ اسلام، شرایط قبولی نماز و موانع آن و نمازهای مستحبی در هر جلسه بعد از آموزش آموزه‌های دینی، آرام‌سازی عضلانی آموزش داده شد که طی روند جلسات به تمرین آن پرداختند. این آموزش توسط پژوهشگر با همکاری کارشناس الهیات و معارف اسلامی صورت پذیرفت؛ ضمن اینکه آزمودنیها بعد از آموزش آموزه‌های دینی، آرام‌سازی عضلانی را در منزل تمرین کردند. هم‌چنین آزمایشگر برخی تکالیف مربوط به آموزه‌های دینی را در هر جلسه برای آزمودنیها در نظر می‌گرفت که در جلسه بعدی به بحث و بررسی آنها پرداخته می‌شد. گروه کنترل در این دوره هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد. در پایان بر اساس داده‌ها نتایج بررسی شد. پس از اجرای جلسات آموزشی از هر دو گروه (آزمایش و کنترل) پس از آزمون گرفته شد تا به این طریق نتایج پس از آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل مقایسه شود.

ابزارهای سنجش

مقیاس تحمل پریشانی

یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس دارد (سیمونز^۱ و گاهر^۲، ۲۰۰۵). خرده مقیاسها عبارت است از تحمل (تحمل پریشانی هیجانی/ عبارات ۳، ۱، ۵)، جذب (جذب شدن با هیجانان منفی/ عبارات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی/ عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی/ عبارات ۸، ۱۳، ۱۴). نقطه برش مقیاس تحمل پریشانی نمره کمتر از ۲۸، است.

پرسشنامه تنش ادراک شده

پرسشنامه تنش ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۳ و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ ماده است که برای سنجش تنش عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث تنش‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و تنش‌های تجربه شده را

1 - Simons
2 - Gaher
3 - Cohen

مورد سنجش قرار می‌دهد. هم‌چنین این مقیاس عوامل خطرزا را در اختلالات رفتاری بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. نقطه برش پرسشنامه تنش ادراک‌شده نمره بیش از ۳۹، است.

پایایی و روایی مقیاسها

مقیاس تحمل پریشانی

ضریب آلفا برای مقیاسها به ترتیب ۰/۷۷۲، ۰/۳۸۲، ۰/۷۸۱، ۰/۷۳۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲۳ توسط سیمونز و گاهر به دست آمده است. هم‌چنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.

ضریب اعتبار پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه ۶۰ نفری ۰/۸۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه تنش ادراک‌شده

این مجموعه شامل ۱۴ ماده است که آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) به دست آمد.

ضریب اعتبار پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (ضریب هماهنگی درونی گویه‌ها) برای نمونه ۶۰ نفری پژوهش ۰/۸۸۹ به دست آمد.

نمره‌گذاری مقیاس‌ها

مقیاس تحمل پریشانی

عبارات این ابزار روی یک مقیاس پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱) کاملاً موافق، (۲) اندکی موافق، (۳) به یک اندازه موافق و مخالف، (۴) اندکی مخالف، (۵) کاملاً مخالف. عبارت ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بیش از ۲۸ در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی زیاد است.

پرسشنامه تنش ادراک‌شده

نمره‌گذاری این پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت به

انتخابهای هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳، و بسیاری از اوقات و ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می‌شود (هرگز ۴ تا بسیاری اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بیش از ۳۹ نشاندهنده تنش ادراک شده بیشتر است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش برای آزمون فرضیه پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (Mancova) به منظور مقایسه تنش ادراک شده و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله استفاده شده است. دلیل استفاده از تحلیل کوواریانس تعدیل اثر پیش آزمون بر نمره‌ها (پس آزمون) است.

یافته‌های پژوهش

توصیف آماری متغیرها

در جدول بعدی میانگین، انحراف استاندارد، بیشینه و کمینه متغیرهای اصلی پژوهش به تفکیک گروه‌های درمان تلفیقی و کنترل ارائه شده است. دامنه نمره کلی تنش ادراک شده در طیف ۰ تا ۵۶ و دامنه نمره تحمل پریشانی در طیف ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد.

جدول ۱: توصیف آماری نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون متغیرها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	آزمونها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
آزمایش	پیش آزمون	تحمل پریشانی	۱۵	۲۳.۲۰	۳.۴۸	۱۸.۰۰	۳۰.۰۰
		تنش ادراک شده	۱۵	۴۱.۶۰	۲.۸۷	۳۴.۰۰	۴۶.۰۰
	پس آزمون	تحمل پریشانی	۱۵	۳۶.۴۷	۵.۱۸	۲۹.۰۰	۴۶.۰۰
		تنش ادراک شده	۱۵	۳۱.۲۷	۵.۹۳	۲۰.۰۰	۴۰.۰۰
کنترل	پیش آزمون	تحمل پریشانی	۱۵	۲۴.۲۷	۳.۰۸	۱۸.۰۰	۲۸.۰۰
		تنش ادراک شده	۱۵	۴۳.۳۳	۲.۷۴	۳۹.۰۰	۴۷.۰۰
	پس آزمون	تحمل پریشانی	۱۵	۲۴.۰۷	۲.۶۵	۱۹.۰۰	۲۹.۰۰
		تنش ادراک شده	۱۵	۴۲.۸۷	۳.۰۶۷	۳۸.۰۰	۴۸.۰۰

با توجه به جدول مشاهده می‌شود که میانگین پیش‌آزمون تحمل پریشانی در گروه آزمایش (دامنه ۱۸ تا ۳۰) و کنترل (دامنه ۱۸ تا ۲۸) به ترتیب ۲۳.۲۰ و ۲۴.۲۷، است. این میانگین برای دو گروه در پس‌آزمون به اندازه‌های ۳۶.۴۷ (دامنه ۲۹ تا ۴۶) و ۲۴.۰۷ (دامنه ۱۹ تا ۲۹) رسیده است؛ به همین صورت میانگین پیش‌آزمون تنش ادراک شده در گروه آزمایش (دامنه ۳۴ تا ۴۶) و کنترل (دامنه ۳۹ تا ۴۷) به ترتیب ۴۱.۶۰ و ۴۳.۳۳، است. این آماره‌ها در پس‌آزمون به ترتیب به اندازه‌های ۳۱.۵۰ (دامنه ۲۰ تا ۴۰) در گروه آزمایشی ۴۲.۸۷ (دامنه ۳۸ تا ۴۸) در گروه کنترل تغییر یافته است.

تحلیل نتایج

برای برداشتی آماری و معنادار از داده‌های پژوهش نیازمند اجرای تحلیل کوواریانس هستیم تا تفاوت دو گروه پژوهش در نمره‌های پس‌آزمون پس از کم کردن اثر نمره‌های پیش‌آزمون، محاسبه شود. این آزمون آماری نیازمند پیشفرض است که قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس هر کدام از این پیشفرضها برای دو متغیر اصلی پژوهش یعنی تحمل پریشانی و تنش ادراک شده بررسی خواهد شد. در صورت وجود این پیشفرضها اجرای تحلیل کوواریانس برای این دو متغیر بلامانع خواهد بود.

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره

۱ - یکسان بودن شیب خط رگرسیونی

این پیشفرض با بررسی اثر تعامل پیش‌آزمونها با گروه‌های آزمایش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

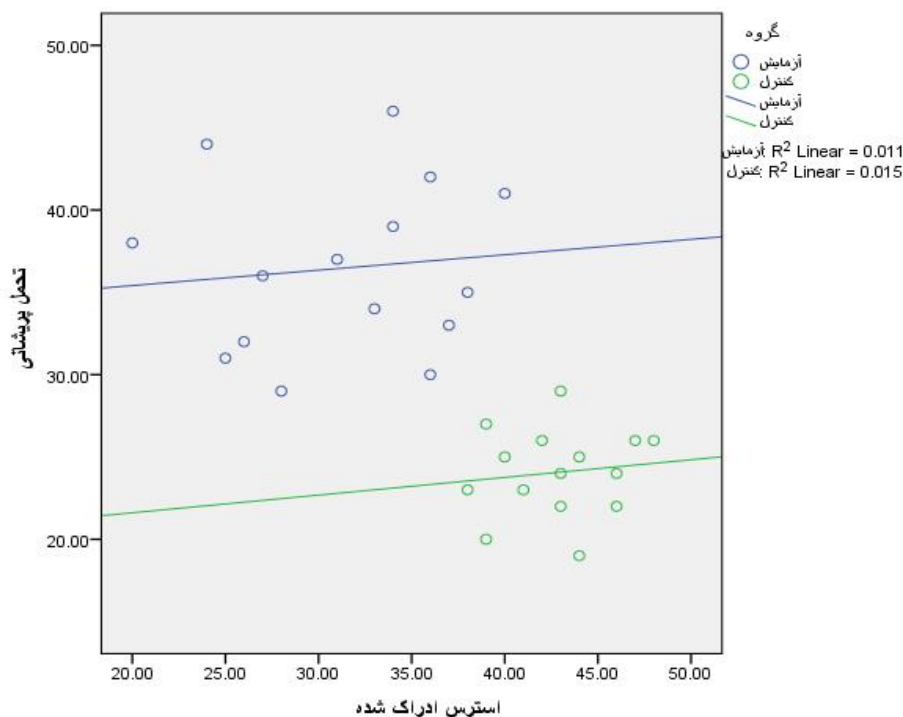
جدول ۲: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیشفرض تحلیل کواریانس

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری
گروه	تحمل پریشانی	۱۱۰.۶۹	۱	۱۱۰.۶۹	۸.۶۳	۰.۰۰۷
	تنش ادراک شده	۰.۱۰۲	۱	۰.۱۰	۷.۶۳	۰.۰۰۶
گروه پیش آزمون تحمل پریشانی	تحمل پریشانی	۱۱.۷۶	۱	۱۱.۷۶	۰.۷۶	۰.۶۶۱
گروه پیش آزمون تنش ادراک شده	تنش ادراک شده	۲۳.۳۲	۱	۲۳.۳۲	۰.۳۲	۱.۸۱۹
خطا	تحمل پریشانی	۳۰۷.۶۹	۲۴	۱۲.۸۲		
	تنش ادراک شده	۴۲۶.۹۵	۲۴			
کل	تحمل پریشانی	۲۹۱۱۰.۰۰	۳۰			
	تنش ادراک شده	۴۲۸۵۲.۰۰	۳۰			

در جدول ۲، نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیشفرض تحلیل کواریانس برای دو متغیر اصلی پژوهش آورده شده است. بر اساس نتایج جدول، سطح معناداری سطح اثر متقابل گروه و پیش آزمونهای دو متغیر از ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین فرضیه صفر که بیان می کند شیب خطوط رگرسیون همگن است، پذیرفته می شود.

۲- وجود رابطه خطی (خط مستقیم) بین متغیرهای وابسته

این پیشفرض با بررسی نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرهای وابسته صورت می گیرد. با توجه به نمودار ذیل مشاهده می شود که روابط خطی بین متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل برقرار است:



نمودار ۱: نمودار پراکنش متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌های پژوهش

۳- وجود همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس

با توجه به نتیجه آزمون باکس مشاهده شد که آماره به دست آمده در سطح ۰.۰۵ معنادار است ($F(3,141120) = 3.55$, $p = 0.01$, $\text{BoxsM} = 11.59$). در نتیجه فرض صفر که بیان می‌کند ماتریس‌های کوواریانس همگن است، رد می‌شود. بنابراین برای تفسیر نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر وابسته ترکیبی باید با احتیاط عمل کرد و به جای آماره پیلای از سه آماره دیگر مانند لاندای ویلکز استفاده نمود. البته با توجه به اینکه تنها دو گروه پژوهشی برای مقایسه هست، آماره F به دست آمده از هر چهار آماره مشخصه پیلای^۱، لاندای ویلکز^۲، اثر هتلینگ^۳ و بزرگترین ریشه رویز^۴ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره برابر است. هم‌چنین نتیجه

- 1 - Pillai Trace
- 2 - Wilks Lambda
- 3 - Hotelling Trace
- 4 - Largest Roize Root

آماره لوین^۱ هم نشان می‌دهد که متغیرهای وابسته پژوهش دارای واریانسهای همگن در دو گروه پژوهش نیست که نشاندهنده احتیاط در تفسیر نتایج است.

جدول ۳: نتیجه آزمون لوین

متغیرها	F	Df _۱	Df _۲	p
تحمل پریشانی	۱۱.۰۱	۱	۲۷	۰/۰۰۳
تنش ادراک شده	۳۹.۸۴	۱	۲۷	۰/۰۰۰

عادی بودن توزیع متغیرها حداقل پیشفرض مورد نیاز اجرای تحلیل است؛ در نتیجه آماره آزمون ناپارامتریک کالموگروف - اسمیرنف^۲ برای بررسی تطابق توزیع متغیرها با توزیع عادی به تفکیک دو گروه آزمایشی به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد که با توجه به جدول ذیل هیچ کدام در سطح ۰.۰۵ معنادار نیست. در نتیجه فرض صفر که بیان می‌کند توزیع متغیرها در دو گروه بر توزیع عادی منطبق است، پذیرفته می‌شود. در نتیجه برای بررسی نتایج می‌توان از آزمونهای تحلیل کوواریانس برای متغیرهای پژوهش استفاده کرد.

جدول ۴: آماره کالموگروف اسمیرنف و سطح معناداری برای تطابق توزیع متغیرها با توزیع عادی

آماره ها		گروه آزمایش				گروه کنترل		
		پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون		
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	
تحمل پریشانی	۰.۵۲	۰.۸۷	۰.۶۸	۰.۷۳	۱.۰۸	۰.۱۹	۰.۷۰	۰.۷۱
تنش ادراک شده	۰.۴۵	۰.۹۸	۰.۵۶	۰.۹۱	۰.۶۳	۰.۵۹	۰.۵۶	۰.۹۱

با توجه به برقراری پیشفرضهای اصلی تحلیل کوواریانس، تفسیر نتایج این آزمون بلامانع است. در ادامه فرضیه‌های پژوهش با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره مورد بررسی قرار می‌گیرد.

1 - Levin

2 - Kolmogorov-Smirnov Z

بحث و نتیجه‌گیری

طبق هدف پژوهش به بررسی و تبیین فرضیه‌ها پرداخته می‌شود.

فرضیه اصلی پژوهش

آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس چند متغیره و معناداری آماره لانداى ویلکز مشاهده شد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین تعدیل‌شده متغیر وابسته ترکیبی (مجموعه تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی) با اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معنادار هست و مقدار مشاهده شده از مقدار بحرانی با درجه آزادی ۲ و ۲۵ در سطح ۰/۰۱ بیشتر است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر مجموعه تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی اثر دارد به گونه‌ای که این دو متغیر در کنار هم با توجه به میزان حجم اثر (مجذور اتا)، ۰/۸۱ از واریانس تفاوت‌های بین دو گروه پژوهش را تبیین می‌کند.

فرض کلی در شیوه‌های آموزشی به کار رفته در این پژوهش (آرام‌سازی عضلانی و آموزه‌های دینی) این است که افراد می‌توانند به گونه‌ای هوشیارانه یاد بگیرند که عضلات خود را ارادی مهار کنند و از این طریق سطح اضطراب خود را کاهش دهند. نظام خودمختار عصبی، آن گونه که بیان شده است، خودمختار نیست؛ بلکه افراد می‌توانند فعالیت‌هایی را که فرض می‌شود در کنترل آنها نیست و تحت نظام خودمختار فعالیت می‌کند (فعالیت‌هایی که به عضلات صاف مربوط می‌شود؛ نظیر انقباض و انبساط ضربان قلب و عروق) از طریق تمرین و تکرار تحت کنترل خود درآورند و آنها را هدایت کنند. آسانی اجرای روش‌هایی نظیر آرام‌سازی عضلانی و آموزش آموزه‌های دینی، فعل‌پذیری افراد تحت آموزش، دستیابی به تعامل‌های اجتماعی سازش یافته در خلال درمان و تدریجی بودن تغییرات، همگی از مزیت‌های عمده این روشها در کاهش و مدیریت اضطراب است و بالطبع تنش‌ها توسط فرد مدیریت می‌شود و به کمترین حد ممکن تنزل می‌یابد. هم‌چنین یکی از راه‌های اساسی و پر اهمیت برای بشر، که می‌تواند به کمک آن از ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری کند، دعا، نیایش، نماز و سایر رفتار عبادی و ارتباط با حق تعالی است که از آنها به عنوان آموزه‌های دینی یاد می‌شود. فرد با کمک گرفتن از دین و

رفتار عبادی مانند نماز و نیایش به منبع بی‌پایان قدرت الهی وابسته می‌شود و احساس اعتماد به نفس و فعالیت می‌کند و هرگز ناامیدی را به خود راه نمی‌دهد؛ بدین ترتیب تلفیق این دو شیوه باعث می‌شود تنشی که توسط فرد درک می‌شود، کاهش یابد و مقاومت و میزان تحمل فرد در برابر اتفاقات و رخدادهای زندگی افزایش یابد.

فرضیه فرعی اول: آموزش تلفیق آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر افزایش میزان تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

با توجه به تفاوت گروه‌های پژوهش از نظر میانگین پس‌آزمون تحمل پریشانی، مشاهده شد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها هست به گونه‌ای که مقدار آمار مشاهده شده در جدول ۶۳/۴۷ از مقدار بحرانی با درجه آزادی ۱ و ۲۶ در سطح ۰/۰۱ بیشتر است؛ در نتیجه با اطمینان ۹۹٪ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر میزان تحمل پریشانی وجود دارد؛ یعنی میزان تحمل پریشانی بعد از آموزش آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی افزایش یافته است.

پیشرفت فناوری و پدیده‌های نوظهور در زندگی افراد بالطبع مشکلات و گرفتاریهای خاص خود را برای آدمی به دنبال دارد. هر کدام از این اتفاقات با توجه به شدت و حدتی که دارد، درجات مختلفی از تنیدگی را برای فرد به وجود می‌آورد. واکنش افراد به این موقعیتها متفاوت است. فرد با توجه به شدت واکنشی که نشان می‌دهد، متحمل تنش و پریشانی می‌شود. میزان تحمل این پریشانی به دیدگاه فرد و ساختار مقابله‌کننده‌ای بستگی دارد که در پیش می‌گیرد. در این پژوهش، پژوهشگر به آموزش شیوه‌ای مقابله‌ای تلفیقی آرام‌سازی عضلانی و آموزه‌های دینی پرداخته است. با یادگیری آرام‌سازی عضلانی، فرد بعد از کسب آرامش از این طریق بهتر می‌تواند راهکارهایی را بررسی کند که به حل مشکل منجر می‌شود؛ ضمن اینکه فرد با بهره‌گیری از اعتقادات و مضامین دینی خود و با الگوپذیری از پیشوایان دینی خویش، صبر و تحمل خود را افزایش می‌دهد که عنصر مهمی در رویارویی بهتر با وضعیت تنش‌زاست. با توجه به اینکه مضامین دینی با دلایل علمی وقتی همراه شود، اثرگذاری آن چندین برابر می‌شود؛ به عنوان مثال سجده یکی از ارکان نماز است که از طریق قراردادن پیشانی روی زمین باعث تخلیه امواج الکتریکی زیانبار از بدن می‌شود. طی شبانه روز از وسایل الکتریکی مختلف از جمله موبایل، رایانه، تلویزیون این امواج دریافت می‌شود. بهترین روش برای گذاشتن پیشانی روی زمین این است که در مرکز زمین باشد؛ چون تخلیه سیگنالهای الکتریکی در این وضعیت بهتر و مؤثر است. شگفت اینکه مکه

مرکز زمین است و کعبه مرکز واقعی زمین و این دلیل علمی و قابل دسترس است. این شیوه آموزشی به فرد کمک می‌کند تحمل خود را در مقابل حوادث و اتفاقات روزمره زندگی افزایش دهد که برای وی تنش و پریشانی به همراه دارد. او در این وضعیت بهتر می‌تواند راهکارهای حل مشکلات خود را تشخیص دهد و در نتیجه فرد راحت‌تر، آرام‌تر و توانا تر برای مقابله با مشکلات آماده می‌شود.

فرضیه فرعی دوم: آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر کاهش میزان تنش ادراک‌شده والدین کودکان استثنایی مؤثر است.

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد به گونه‌ای که مقدار آماره مشاهده شده در جدول (۳۰/۹۴) از مقدار بحرانی با درجه آزادی ۱ و ۲۶ در سطح ۰/۰۱ بیشتر است. در نتیجه با اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر میزان تنش ادراک‌شده وجود دارد؛ یعنی میانگین تعدیل‌شده تنش ادراک‌شده در گروه آزمایشی ۳۲/۱۶ کمتر از گروه کنترل ۴۱/۹۶ قرار دارد که نشان‌دهنده تأثیرگذاری آموزشی تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی بر کاهش تنش ادراک‌شده است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت افرادی که سطوح گسترده‌ای از تنش ادراک‌شده دارند یعنی کسانی که احساس می‌کنند کنترلشان بر موقعیت تنش‌زا اندک یا هیچ است به جای درگیر شدن با مسئله تنش‌زا از موقعیت فاصله می‌گیرند. این افراد که تنش سطح حاد را تجربه، و احساس می‌کنند که بر آن موقعیت کنترل اندکی دارند و یا آن را غیر قابل تغییر ارزیابی می‌کنند، جزء آن دسته از افرادی قرار می‌گیرند که به جای حل مسئله، نسبت به موضوع، وضعیت اجتنابی می‌گیرند و تا آنجا که می‌توانند خود را درگیر مسئله نمی‌کنند تا تلاشی به‌منظور رفع و حل آن انجام دهند. آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلانی این نتیجه را دارد که درجه تنش ادراک‌شده فرد را کاهش می‌دهد تا فرد با تجربه سطح خفیف‌تری از تنش، شهامت و توان رویارویی با مشکل را در خود ببیند و با کم کردن سطح تنش درصدد رفع آن بر آید. این نتیجه زمانی امکانپذیر است که فرد مشکل را کوچک و حقیر و خود را در مقابل آن قدرتمند ببیند.

در این شیوه درمانی افراد می‌توانند به گونه‌ای هوشیارانه یاد بگیرند که عضلات خود را ارادی مهار کنند و از این طریق سطح اضطراب خود را کاهش دهند. نظام خودمختار عصبی آن گونه که بیان شده است، خودمختار نیست بلکه افراد می‌توانند فعالیت‌هایی را که فرض می‌شود در کنترل آنها

نیست و تحت نظام خودمختار فعالیت می‌کند (فعالیهایی که به عضلات صاف مربوط می‌شود؛ نظیر انقباض و انبساط ضربان قلب و عروق) از طریق تمرین و تکرار تحت کنترل خود درآوردند و آنها را هدایت کنند. آسانی اجرای روشهایی نظیر آرام سازی عضلانی و آموزش آموزه‌های دینی، فعل پذیری افراد تحت آموزش، دستیابی به تعاملهای اجتماعی سازش یافته در خلال درمان و تدریجی بودن تغییرات، همگی از مزیت‌های عمده این روشها در کاهش و مدیریت اضطراب است و بالطبع تنشها توسط فرد مدیریت می‌شود و به پایین ترین حد ممکن تنزل می‌یابد. هم چنین عقیده بر این است که فرد با کمک گرفتن از خداوند احساس اعتماد به نفس، و فعالیت می‌کند و هرگز ناامیدی را به خود راه نمی‌دهد؛ به عبارتی، می‌توان نتیجه گرفت دین، معنویت و ارتباط با خدا است که می‌تواند انسانها را به آرامش واقعی و پایدار برساند؛ آرامشی که نه تنها در آن اثری از نگرانی و ناامیدی نیست، بلکه بسیاری از مشکلات بزرگ جسمی و روحی آدمی را نیز برطرف می‌کند؛ بدین ترتیب تلفیق این دو شیوه باعث می‌شود که تنشی که توسط فرد درک می‌شود، کاهش یابد.

منابع

- ابراهیمی، ا.؛ طاهرنهاد دوست، ح.؛ نصیری، ح. (۱۳۸۴). رابطه بین ذکر دعا با میزان اضطراب دانشجویان. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه اصفهان. ۲: ۱۱۹-۱۱۳.
- احمدی، ع. ا. (۱۳۶۸). روانشناسی شخصیت از دیدگاه اسلامی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- جوادی آملی، ع. (۱۳۷۷). شریعت در آینه معرفت. قم: مرکز نشر اسراء.
- جیمز، و. دین، و. (۱۳۷۶). روانشناسی. ترجمه م. قائمی. قم: دارالفکر.
- چاپیان، م. (۲۰۰۶). زندگی شاد. (۱۳۸۵). چ دوم. ترجمه م. قراچه داغی. تهران: ناشر مترجم.
- حاجیان، س.؛ میرزایی نجم آبادی، خ.؛ کرامت، ا.؛ میرزایی، ح. (۱۳۸۷). بررسی سیستماتیک تأثیر تکنیک‌های آرام سازی عضلانی و تجسم هدایت شده بر کاهش درد و تنش ناشی از بیماری یا عوارض درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان طی سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۸. فصلنامه بیماریهای پستان ایران. ۳: ۳۲-۴۴.
- حجتی، م. ب. (۱۳۶۸). گامی فراسوی روانشناسی اسلامی. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- حلاجیان، م. (۱۳۸۹). اثربخشی مدیریت خشم و آرام سازی عضلانی بر فشار خون و خشم بیماران کرونر قلبی. مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران. ۵: ۲۹۲-۲۹۴.
- حیدری، ج.؛ محمودی، ق. (۱۳۸۷). بهداشت روان. تهران: انتشارات جامع نگر.

- خامنهای، س.ع. (۱۳۷۹). *دین و دین باوری*. تهران: بعثت.
- خدایاری فرد، م.؛ غباری بناب، ب.؛ شکوهی یکتا، م. (۱۳۷۸). تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف. *اندیشه و رفتار*. ۹: ۶۳-۷۲.
- رمضانی، ح. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت روانی و مذهبی افراد دارای HIV. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- شکوهی امیر آبادی، ل. (۱۳۸۹). بررسی تنش ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبک‌های اسنادی مختلف. *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*. ۴: ۱۲۹-۱۰۸.
- طباطبایی، س.م. (۱۳۶۳). *المیزان فی تفسیر القرآن*. قم: بنیاد علمی و فکری علامه طباطبایی.
- فیست، ج.؛ جی فیست، گ. (۲۰۰۲). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه ی. سید محمدی. ۱۳۸۴. تهران: نشر روان.
- کاپلان، ه. و؛ سادوک، ب. (۱۳۷۹). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی*. ج اول. ترجمه پورافکاری. ۱۳۷۹. تهران: انتشارات شهر آب.
- مسعودنیا، ا. (۱۳۸۵). شدت تنش ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنش. *روانشناسی معاصر*. دوره چهارم. ۲: ۷۱-۸۰.
- نوابی نژاد، ش.؛ فلاح زاده، ه. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر روان درمانی شناختی، آرام‌سازی عضلانی و اثر ترکیبی این دو در کاهش فشار خون اساسی زنان (۵۹-۲۵ سال). تهران. *تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره*. ۱۱: ۶۵-۷۸.
- وست، و. (۲۰۰۵). *روان درمانی و معنویت*. ترجمه ش. شهیدی و س. شیرافکن. ۱۳۸۵. تهران: انتشارات رشد.
- هاوتون، ک.؛ سالکروس کیس، ک. (۲۰۰۹). رفتار درمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلالات درمانی). ترجمه ح قاسم زاده. ۱۳۸۸. تهران: ارجمند.

- Balkj. (2007) the relationship between perceived stress, acupuncture, and pregnancy rates among 17F patients: a pilot study. University of Pittsburgh, Magee. Women's hospital. *Journal of the American medical association*, 32, 41-48
- Buckner D, Keogh ME, Schmidt NB (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults : the role of depression and discomfort and distress tolerance; 32 : 1957-1963.
- Cohen, s. Lamarck, (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-390.
- Frisch JRS (2007). Treatment of co-morbid methamphetamine substance cause and borderline personality disorder features using modified dialectical behavior therapy. Ph.D. Dissertation. USA: western Michigan University, College of psychology, 68(4): 162-167...
- Gasbarri, A, AR none, B, compile A, Cigarillo A, Marinic , Tavares MC, Tomasz C (2008). Emotional memory and migraine: effects of amitriptyline and sex related difference *Behavior Brain Res*: May 16; 189(1): 220-225. Pub 2007 Dec 23.
- Helgeson V.S, Cohen SH, Schulz R, Yasko J. (1999). Education and Peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer *Arch, Gen, Psychiatry*; 56(4): 340-347...
- Horoyd Kh, O, Domell FJ; Stensland M; lipchik GL, Crowingly GE; Carlson BW. (2011) Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant

- medication. Stress management therapy, and their combination randomized controlled trial. 285(17), 2208-2215.
- Kasper, D.L. Harrison, S. (2010). Principle of internal medicine. 3d.edition New York: McGraw-Hill publishing.
- Koopman, C. Classen, C., Cardena, E. (2005). When disaster strikes stress disorder may follow. Journal of trauma. Journal of stress. 10(2) 86-94.
- Lopez C, Antony M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas MC et al. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms' in persons with chronic fatigue syndrome. Journal of psychosomatic research; 70: 328-334.
- Lukoff, D., Lufrancic, G; Turner, R (1995). Cultural consideration in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. Psychiatric clinics of North America, 18(3): 467-485...
- Miller Am, Rathus JH, Linehan MM (2007) dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford; 64 (18): 38-95.
- Nickel C, Lahman C, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Kaplan P, Buschmann W, et al. Pregnant women with bronchial asthma benefit from progressive muscle relaxation: a randomized, prospective, controlled trial. Psychotherapy 2006; 75 (4): 237-243.
- Shah, M. Hassan, S.H. Malik, (2010) Education of exceptional children. India Press, Delhi
- Simons, J.S. & Gather, R.M (2005). The distress tolerance scale. Development & Validation of a self-report measure. Motivation & emotion, 29: 83-102.
- Stark, M.A. Brinkley, R.L (2011). The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy. Bronson School of nursing. Western Michigan. Journal of counseling and value. 151, 571-576.
- Steward, R.J. Joseph (1998). Does Spirituality influence academic achievement and psychological adjustment of Africa-America urban adolescence EDR- MF/plus postage: 456-463?
- Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-See AK, Miller ID, et al. (2009) Psychosocial, Clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy BJC; 80(1-2) : 262-268.
- White, C.L., Kashima, K., Bray, G.A. & York, D.A (2000). Effect of a serotonin 1-A agonist on food intake of Osborne – Mendel, and S5B/p/rats. Physiology and Behavior, 68 (5): 715-722.
- World Health organization (2001). The world health report 2001. Mental health, new underfunding, new hope. Geneva, Switzerland. World Health Organization.

