

اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک

نرگس ابراهیمی دستگردی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد

n.ebrahimi.d.esf@gmail.com

زهرا رئیسی / استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد

z.tadbir@yahoo.com


 orcid.org/0000-0002-0631-3409

sajjad.rezaei@guilan.ac.ir

سجاد رضایی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان

hrnikyar@gmail.com

حمیدرضا نیک‌یار / استادیار مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد

 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷ - پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱

چکیده

بروز بیماری‌های مزمن جسمی، همچون آسیب مغزی تروماتیک سبب آسیب‌های هیجانی و روان‌شناختی در بیماران می‌شود. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک انجام گرفت. روش پژوهش حاضر «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک مراجعه‌کننده به بیمارستان «آیت‌الله کاشانی» اصفهان در سه ماهه پاییز ۱۳۹۸ بودند. در این پژوهش تعداد سی بیمار دارای آسیب مغزی تروماتیک مغزی با روش «نمونه‌گیری هدفمند» انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). گروه آزمایش معنویت‌درمانی را طی یک ماه در هشت جلسه دریافت نمودند. پس از شروع مداخله سه بیمار در گروه آزمایش و دو بیمار در گروه گواه از پژوهش انصراف دادند. پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه «اضطراب» (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و «ادراک درد» (ملزاک، ۱۹۹۷) بودند. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه «تحلیل واریانس» با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل گردیدند. نتایج نشان دادند معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک دارای تأثیری معنادار است ($p < 0/001$). بدین‌روی این روش توانست منجر به کاهش اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که معنویت‌درمانی می‌تواند به‌مثابه یک روش کارآمد برای کاهش اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه‌ها: آسیب مغزی تروماتیک، اضطراب، شدت درد، معنویت‌درمانی.

امروزه این باور وجود دارد که عمده مشکلات سلامتی به بیماری‌های مزمن جسمی مربوط است. بیماری‌های مزمن به وضعیت‌های پزشکی، مشکلات سلامت یا ناتوانی اطلاق می‌شوند که به مدیریت طولانی‌مدت (سه ماه یا بیشتر) نیاز دارند. این بیماری‌ها ممکن است برای فرد مشکلات روانی و اجتماعی ایجاد کنند؛ زیرا زندگی طولانی‌مدت با علائم بیماری و ناتوانی نسبی در برابر آن، سلامت روان‌شناختی و هیجانی فرد مبتلا را به خطر انداخته، موجب تغییر نقش شده، بر تصویر ذهنی فرد از جسم خویش تأثیر می‌گذارد و به شیوه زندگی او آسیب وارد می‌کند (گوه، بیچ و جانسون، ۲۰۲۰).

از جمله بیمارهای جسمی که آسیب‌های روانی و هیجانی فراوانی برای بیمار در پی دارد، «آسیب‌های مغزی تروماتیک» (Traumatic Brain Injury) است که در اثر عوامل بیرونی، همچون تصادف و یا صدمات ورزشی بروز می‌کند (ایفتیخار و همکاران، ۲۰۲۰). آسیب‌های مغزی تروماتیک در اثر وارد آمدن نیروی ناگهانی به سر ایجاد می‌شوند و موجب بروز تغییرات جسمی، شناختی، احساسی، اجتماعی و شغلی در فرد می‌شوند (ریگون و همکاران، ۲۰۱۷؛ عبدالله و همکاران، ۲۰۱۸).

آسیب مغزی تروماتیک یک وضعیت جدی و ناتوان‌کننده است (گوچ و همکاران، ۲۰۱۷). آسیب مغزی تروماتیک تجربه‌ای فاجعه‌بار است که زندگی افراد را پس از آسیب‌دیدگی دگرگون می‌کند. این آسیب به سبب ماهیت پیچیده، تغییرات حاد و یا درازمدتش می‌تواند به نحو چشمگیری بر کیفیت زندگی پس از جراحی مغزی تأثیر بگذارد (ولز و هاتجینوس، ۲۰۱۸).

در ایالات متحده آمریکا - به‌تنهایی - تقریباً ۷/۱ میلیون تن دچار این عارضه هستند. ۵۲/۰۰۰ تن در سال می‌میرند و ۲۷۵/۰۰۰ تن به علت این آسیب‌ها در بیمارستان بستری می‌شوند (ویلی، ۲۰۱۵). در ایران قریب ۶۰ درصد از تروماهای ناشی از ضربه مغزی منجر به فوت می‌شوند و زبان ناشی از آن در هر سال برابر با ۱۲ هزار میلیارد ریال است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱).

بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک از درد مزمن بسیار دارند. هنوز بسیاری از سازوکارهای درد مزمن در بیماران آسیب‌های مغزی تروماتیک ناشناخته است. عواقب طولانی‌مدت درد می‌تواند ناتوان‌کننده باشد و بر کیفیت زندگی، حتی زمانی که آسیب خفیف است، تأثیر بگذارد (دیلی و همکاران، ۲۰۱۸). در کنار این، استرس، اضطراب، ناامیدی و افسردگی از پیامدهای هیجانی زندگی با درد محسوب می‌شود. درد از یک سو، هیجان منفی به دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجان منفی موجب تداوم درد می‌شود (هیوز و همکاران، ۲۰۱۵). بیماران بستری درد را به‌مثابه یک عامل استرس‌آور مهم تجربه کرده‌اند که می‌تواند منجر به بی‌قراری آنان شود (یاماشیتا و همکاران، ۲۰۱۷).

تسکین نیافتن درد علی‌رغم پاسخ‌های جسمی منفی، مانند تغییرات علایم حیاتی (مثل فشار خون) می‌تواند تأثیرات منفی روانی نیز داشته باشد که از آن جمله می‌توان به هذیان (Delirium)، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه (Post traumatic stress disorder) اشاره نمود. اثرات منفی بالینی در پی مدیریت نامؤثر درد (شامل مشکلات قلبی، ریوی، عفونت، التیام ضعیف زخم، بی‌خوابی و تضعیف روحیه و غیر آن) منجر به مشکل اقتصادی و پزشکی، همچون افزایش طول اقامت در بیمارستان، پذیرش مجدد و نارضایتی بیماران می‌شود (چو و همکاران، ۲۰۱۶).

در ادامه باید اشاره کرد که آسیب مغزی به شکل معمول با افزایش اضطراب در بیماران همراه است (خوری و بناویتز، ۲۰۱۷). «اضطراب» حالتی است که تقریباً در همه انسان‌ها در طول زندگی به درجات متفاوت بروز می‌کند، به‌گونه‌ای که هرکس - دست‌کم - یک‌بار این احساس را تجربه کرده است (فایل و هاید، ۲۰۱۲). وجود اندکی اضطراب در انسان، هم طبیعی و هم لازم است؛ زیرا اضطراب در حد متعادل و سازنده فرد را وادار می‌سازد برای انجام کارهای خود، به‌موقع و مناسب تلاش کند و بدین‌سان، زندگی خود را بادوام‌تر و بارورتر سازد؛ ولی اگر از حالت عادی و طبیعی خارج شود، برای او مشکل‌ساز خواهد بود (ریچاردسون - جونز و همکاران، ۲۰۱۱).

می‌توان گفت: اضطراب ماحصل استرس‌های مداومی است که فرد در طول زندگی آن را تجربه نموده است. «اضطراب» عبارت است از: پاسخ عاطفی و جسمی به احساس خطر همه‌جانبه درونی که به سادگی کنار می‌رود. اضطراب با علائم بدنی خاصی همراه است. اضطراب یک علامت هشداردهنده است که خبر از خطری قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد (میتزلر و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین اضطراب با علائم جسمی و روانی (مانند افزایش فشار خون و آشفتگی روانی) همراه است (استین، ۲۰۰۸).

۱. پیشینهٔ بحث

در کنار درمان‌های پزشکی، روش‌های درمانی و آموزشی متفاوتی برای بیماران با آسیب مغزی تروماتیک به‌کار گرفته شده است. یکی از درمان‌های قابل استفاده در افراد با آسیب‌های جسمی «معنویت‌درمانی» (Spirituality Therapy) است که نتایج پژوهش‌های گوناگونی همچون پژوهش‌های ذیل کارایی این روش درمانی را تأیید کرده‌اند:

یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸)؛ پوراکیهان و همکاران (۱۳۹۸)؛ صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۷)؛ ایمنی و همکاران (۱۳۹۷)؛ حدادی کوهسار و همکاران (۱۳۹۷)؛ کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵)؛ کرمی و همکاران (۱۳۹۴)؛ بزرگر بفرویی (۱۳۹۳)؛ تقی‌زاده و میرعلائی (۱۳۹۲)؛ کلی و همکاران (۲۰۲۰)؛ گیواگنتولی و همکاران (۲۰۱۹)؛ جیمنز - فونسکا و همکاران (۲۰۱۸)؛ روسمارین و همکاران (۲۰۱۶)؛ الیسون و همکاران (۲۰۰۹)؛ پاکرت و همکاران (۲۰۰۹).

«معنویت‌درمانی» نوعی روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی - مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته، از طریق پیوند با دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (ریچاردز، هاردمن و برنت، ۲۰۰۷). تجربیات معنوی می‌توانند تغییرات زیادی را در فعال‌سازی مدارهای معینی از مغز ایجاد کنند. معنویت می‌تواند به فعال یا نافعال کردن ساختارهای مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند. همچنین می‌تواند ساختارهای مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل کند یا بازدارد (گریفیت، ۲۰۱۰).

معنویت‌درمانی در فرایند درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مخاطب قرار داده، موجب می‌شود آنان از قدرت بالقوه ایمان و معنویت در فرایند بهبود خود بهره‌برند (جیمز - فونسکا و همکاران، ۲۰۱۸). بر همین اساس روسمارین، آلپیر و پارگامنت (۲۰۱۶) بیان می‌دارند: معنویت‌درمانی و به‌طور کلی، درمان‌های مبتنی بر مذهب و معنویت می‌توانند منجر به بهبود سلامت جسمی و روانی گردند.

بنا بر نتایج پژوهش‌های گوناگون، مداخله معنوی با رضایت از زندگی، احساس شادمانی و روحیه بالاتر، ارتباط مثبت و با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه‌ای منفی نشان می‌دهد (موریرا - آلمدیا و کویینگ، ۲۰۰۸). این یافته‌ها بدین معناست که معنویت / مذهب به افراد، یک سازوکار دفاعی مؤثر به‌مثابه یک سپر ضربه‌گیر عرضه می‌کند و مؤلفه‌های روان‌شناختی آنان را ارتقا می‌بخشد (وزیری و همکاران، ۱۳۹۷).

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت: آسیب مغزی تروماتیک زندگی افراد را پس از آسیب‌دیدگی دگرگون می‌کند و می‌تواند با ایجاد اضطراب، به نحو چشمگیری بر کیفیت زندگی پس از جراحت مغزی تأثیر بگذارد (آشمن و همکاران، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر عواقب طولانی‌مدت دردی که همراه با اختلالات روان‌شناختی ناشی از آسیب مغزی تروماتیک به وجود می‌آید، می‌تواند ناتوان‌کننده بوده، زندگی فردی و اجتماعی بیماران را مختل سازد (یاماشیتا و همکاران، ۲۰۱۷).

این وضعیت نشان‌دهنده آن است که باید با به‌کارگیری روش‌های روان‌شناختی مناسب، اضطراب این بیماران به صورت جدی کاهش یابد. علاوه بر این باید ذکر نمود که در پژوهش‌های پیشین اثر معنویت‌درمانی بر اضطراب افراد گوناگون بررسی و تأیید شده است؛ اما جنبه نوآور بودن پژوهش حاضر به دو نکته مربوط است: اول. در این پژوهش، علاوه بر اضطراب، اثر معنویت‌درمانی بر شدت درد نیز بررسی گردیده است.

دوم. جامعه آماری پژوهش حاضر نیز دارای نوآوری است؛ چنان‌که تاکنون از مداخله معنویت‌درمانی برای بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک استفاده نشده است. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی، شناختی، ارتباطی و هیجانی در بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک، همچون ادراک اضطراب و درد بالا و

اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، همچون معنویت‌درمانی و تأیید کارایی این روش در پژوهش‌های گوناگون و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه، مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی «اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک بستری در بیمارستان آیت‌الله کاشانی» اصفهان بود.

۲. روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع «نیمه‌آزمایشی» با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک مراجعه‌کننده به بیمارستان «آیت‌الله کاشانی» اصفهان در سه ماهه پاییز ۱۳۹۸ بودند که برای شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ تن به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین‌روی با مراجعه به بیمارستان مزبور، نمونه‌برگ‌های حضور داوطلبانه در پژوهش در بین بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک توزیع شد. پس از جمع‌آوری نمونه‌برگ‌ها، داوطلبان شناسایی گردیدند و هدف و محتوای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. سپس از بین آنها ۳۰ تن انتخاب و به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه).

لازم به ذکر است که حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/005$ ، $\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (کلاین و همکاران، ۲۰۰۱) محاسبه شد که در هر دو گروه ۳۰ نفر برآورد گردید (هر گروه ۱۵ تن). پس از شروع مداخله سه بیمار در گروه آزمایش و دو بیمار در گروه گواه از پژوهش انصراف دادند.

در گام بعد افراد گروه آزمایش معنویت‌درمانی را دریافت نمودند، درحالی‌که گروه گواه این مداخله را دریافت نکردند و مقرر گردید که در صورت اثربخش بودن، پس از اتمام فرایند پژوهش، این درمان‌ها به این افراد نیز ارائه شود. معیارهای ورود نمونه به پژوهش شامل رضایت بیمار و تمایل او به شرکت در پژوهش، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری جسمی همزمان (به تشخیص پزشک متخصص و پرونده پزشکی)، نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی و داشتن حداقل سطح سواد سیکل بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل نارضایتی یا انصراف از شرکت در پژوهش، غیبت در بیش از یک جلسه در ماساژبازتابی و اجتناب از همکاری، و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود.

۳. پرسشنامه‌های استفاده‌شده در این پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شده است:

۳-۱. پرسشنامه «درد» مکگیل

پرسشنامه «درد» مکگیل (McGill Pain Questionnaire) در سال ۱۹۹۷ توسط ملزاک (Melzack) ساخته شد و دارای ۲۰ مجموعه است که هدف آن سنجش درک افراد از درد، از ابعاد گوناگون است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس ادراک حسی درد (سؤالات ۱ تا ۱۰)، ادراک عاطفی درد (سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، ادراک ارزیابی درد (سؤال ۱۶) و دردهای متنوع و گوناگون (سؤالات ۱۷ تا ۲۰) است.

پرسشنامه «درد» مکگیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع دردها رنج می‌بردند، به کار گرفته شد. نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه «درد» مکگیل نیز توسط ملزاک (۱۹۹۷) برای یک اقدام کوتاه، اما مفید در زمینه درد ساخته شده که در ۲۵۰ مطالعه به کار گرفته شده است.

این پرسشنامه شامل دو عامل مستقل است: یکی با عنوان «درد حسی» که توصیف‌کننده تجربه درد در فرد است و دیگری درد عاطفی را که تشریح تأثیر احساسی از تجربه درد است، نشان می‌دهد. این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت دارد و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد گوناگون (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) است (ملزاک، ۱۹۹۷). حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۷۷ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک درد بیشتر است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده میزان ادراک درد بالاتر در پاسخ‌دهنده است و بعکس.

در پژوهش دورکین و همکاران (۲۰۰۹) روایی محتوایی این پرسشنامه تأیید شده است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد. در ایران نیز در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) روایی محتوایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش این پژوهشگران ۰/۸۵ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

۳-۲. پرسشنامه «اضطراب»

پرسشنامه «اضطراب» (Anxiety Questionnaire) توسط بک، اپستین، براون و استیر (۱۹۸۸) تدوین شده است و نشانه‌های اضطرابی را می‌سنجد. مقیاس اضطراب بک یک پرسشنامه خودسنجی ۲۱ سؤالی است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» تا «شدید» ارزیابی می‌کند. نمره هر سؤال بین صفر تا ۳ بوده و دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ است.

در این پرسشنامه چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه‌ای

از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطراب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند.

بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (بک و همکاران، ۱۹۹۸). کاپوینی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند.

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است (نیکخواه، ۱۳۹۳). ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش «بازآزمایی» به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده که نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (همان). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

۴. روند اجرای پژوهش

در تحقیق حاضر، پژوهشگر ابتدا با تهیه طرح تحقیق اقدام به مطالعه و جمع‌آوری ادبیات موضوع نمود و بعد از کسب اجازه از مسئولان واحد پزشکی ذی‌ربط و دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، نمونه پژوهشی را به صورت هدفمند انتخاب کرد و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ماساژزتابی و گروه گواه قرار داد (هر گروه ۱۵ تن). به افراد گروه آزمایش هشت جلسه معنویت‌درمانی طی یک ماه داده شد. پس از شروع مداخله سه بیمار در گروه آزمایش و دو بیمار در گروه گواه از پژوهش انصراف دادند.

قبل و بعد از معنویت‌درمانی به کمک پرسشنامه‌ها اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا گردید. سپس داده‌های به‌دست‌آمده تجزیه و تحلیل شدند. زمان هر جلسه ۷۵ دقیقه و مکان مداخله نیز بیمارستان «آیت‌الله کاشانی» اصفهان بود. فاصله بین جلسات نیز سه روز بود، بدین‌صورت که هر هفته دو جلسه مداخله ارائه شد. مداخله معنویت‌درمانی نیز توسط نویسنده اول پژوهش اجرا گردید.

بسته درمانی «معنویت‌درمانی» استفاده شده در پژوهش حاضر برگرفته از دستورالعمل وزیر و همکاران (۱۳۹۷) بود که تلاش دارد با شناسایی موانع آرامش و کاهش این موانع، آموزش مهرورزی، معنا، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا، وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افراد را تحت تأثیر قرار داده، سلامت روان آنان را افزایش دهد.

جدول ۱: شرح جلسات مداخله معنویت‌درمانی (وزیری و همکاران، ۱۳۹۷)

شماره جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه، چالش یادآوری (معانی شخصی معنویت، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر در اعضا و فراخوانی باور و ادراک معنویت)، درون‌نگری و جست‌وجوی ادراک افراد از معنویت، رسیدن به یک درک کلی از آنچه معنویت می‌تواند در ما ایجاد کند، ارائه تکلیف.
جلسه دوم	مرور مطالب جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آن. چرا می‌ترسیم یا اضطراب داریم؟ منبع آرامش چیست؟ چگونه می‌توان احساس آرامش کرد؟ آموزش معنا، یافتن معنا در زندگی، زندگی بر اساس معنا در جهت کسب آرامش، ارائه تکلیف.
جلسه سوم	دعای آغازین، مرور مطالب جلسه قبل، اطمینان از تجهیزات و امکانات، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، پایان‌پذیری چیست؟ آیا مطلقاً تمام می‌شویم؟ از زندگی چه به ارث برده‌ایم؟ چه ارثی در زندگی باقی خواهیم گذاشت؟ ارشاهای ما چه احساسی در دیگران ایجاد می‌کنند؟ رسیدن مراجعان به درک کلی درباره پایان‌پذیری و ارث، دعای پایانی، ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	دعای آغازین، مرور مطالب جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، فهم نتایج مهرورزی و کینه‌توزی. مهر و کین چیست؟ مهر یا کین، کدام یک موجب آرامش می‌شوند؟ چگونه می‌توان مهرورزی کرد؟ مهرورزی چه نتایجی به بار می‌آورد؟ مهر یا کین چه احساسی در دیگران ایجاد می‌کنند؟ دستیابی مراجعان به فهم کلی درباره نتایج مهرورزی و کینه‌توزی، ارائه تکلیف، دعای پایانی.
جلسه پنجم	دعای آغازین، مرور جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، فهم و انجام مراقبه و محاسبه، پیامدهای مهرورزی و کینه‌جویی و اثر آن بر ما و دیگران و دنیای ما و احساسات ناشی از مهر و کین بر ما و دیگران، چگونه رفتارهایمان را بر مدار مهر قرار دهیم و از مدار کین دوری کنیم؟ دستیابی اعضای گروه به درکی کلی درباره محاسبه و مراقبه، ارائه تکلیف، دعای پایانی.
جلسه ششم	دعای آغازین، مرور جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، افزایش بخشش و حل و فصل خشم معطوف به خود و دیگران و دنیا، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسئولانه و سودمندی شخصی و اجتماعی، چگونه می‌توانیم سودمندی شخصی و اجتماعی خود را افزایش دهیم؟ بخشش و حل فصل خشم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟ رسیدن اعضای گروه به درکی کلی درباره بخشش، حل و فصل خشم و مراقبت از رفتارهای بر مدار مهرورزی، نقش اعتقادات مذهبی در افزایش بخشش و امید به آینده، ارائه تکلیف، دعای پایانی.
جلسه هفتم	دعای آغازین، مرور جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، محاسبه و مراقبه و پایداری (خودپایی)، افزایش خودمهاری در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا، اقدام مسئولانه و سودمندی شخصی و اجتماعی، این اقدامات چه احساسی در ما ایجاد می‌کنند؟ شناخت راه‌های مراقبت از رفتارهای مهرورزانه، حفظ سودمندی، ارائه تکلیف، دعای پایانی.
جلسه هشتم	دعای آغازین، مرور جلسه قبل، اشتراک‌گذاری تجارب افراد، باهم‌نگری جلسات پایدارسازی خودپایی، اعلام اتمام دوره، مراقبت از خود در حفظ آگاهی، امید و انتظار برای پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل، مدارا، اقدام مسئولانه، سودمندی شخصی و اجتماعی، شناخت راه‌های خودپایی از رفتار مهرورزانه و حفظ سودمندی، ارائه تکلیف، دعای پایانی.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد، و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی متعادل بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از «تحلیل واریانس» با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل گردید.

۵. یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های مردم‌شناختی (دموگرافیک) نشان داد افراد دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۲ تا ۳۵ (تعداد چهار تن، معادل ۳۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۶ تا ۲۹

اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک ◇ ۵۳

سال (تعداد پنج تن، معادل ۳۸/۴۶ درصد) دارای بیشترین فراوانی قرار داشتند. از سوی دیگر این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا کارشناسی ارشد بودند که در این بین، پایه تحصیلی دیپلم در هر دو گروه آزمایش و گواه دارای بیشترین فراوانی بود (تعداد سه تن در گروه آزمایش، معادل ۲۵ درصد و تعداد چهار تن در گروه گواه، معادل ۳۰/۷۷ درصد). لازم به ذکر است که تمام افراد حاضر در پژوهش مرد بودند.

در ادامه، یافته‌های توصیفی پژوهش را بررسی می‌کنیم:

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و شدت درد در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		بیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	گروه آزمایش	۳۵/۷۵	۸/۹۳	۳۰/۴۱	۹/۵۰	۳۱/۷۵
	گروه گواه	۳۳/۷۷	۷/۴۰	۳۴/۳۰	۷/۵۵	۳۴
شدت درد	گروه آزمایش	۴۳/۱۶	۶/۳۲	۳۸/۱۶	۸/۲۵	۳۹
	گروه گواه	۴۳/۶۱	۵/۸۵	۴۴/۳۰	۵/۹۳	۴۳/۸۴

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های «پارامتریک» سنجیده شد. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض متعادل بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای اضطراب و شدت درد در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین سنجیده شد که نتایج آن معنادار نبود. این یافته بیان می‌دارد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای اضطراب و شدت درد رعایت شده است ($p > 0.05$).

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای «اضطراب» و «شدت درد»

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون	
								مراحل
اضطراب	گروه‌بندی	۸۷/۱۱	۱	۸۷/۱۱	۱۳/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۷
	تامل مراحل و گروه‌بندی	۱۱۴/۵۴	۲	۵۷/۲۷	۳۸/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۶۹/۲۱	۴۶	۱/۵۰					
مراحل	۷۱/۱۰	۲	۳۵/۵۵	۱۷/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱	
شدت درد	گروه‌بندی	۲۷۲/۰۲	۱	۲۷۲/۰۲	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۶
	تامل مراحل و گروه‌بندی	۱۱۱/۱۰	۲	۵۵/۵۵	۲۷/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطا	۹۴/۵۴	۴۶	۲/۰۵					

نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد براساس ضرایب F محاسبه شده، عامل «زمان» یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل «زمان» ۵۳ و ۴۳ تفاوت واریانس‌های نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک را تبیین می‌کنند. علاوه بر این، براساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل «عضویت گروهی» نیز بر نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک معنادار است ($P < 0/001$).

بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که عامل «عضویت گروهی» یا «نوع درمان دریافتی» (ماساژباتابی) هم بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک تأثیری معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی ۳۴ و ۳۱ درصد از تفاوت در نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک را تبیین می‌کند.

در نهایت، نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (ماساژباتابی) در مراحل گوناگون ارزیابی هم بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک به میزان ۶۲ و ۵۴ درصد تأثیری معنادار داشته است. توان آماری هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است.

در ادامه در جدول (۴) مقایسه زوجی میانگین نمرات اضطراب و شدت درد آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود:

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین نمرات «اضطراب» و «شدت درد» آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۹	۰/۴۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۸	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۳۹	۰/۴۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۵۱	۰/۲۱	۰/۰۸
شدت درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۱۵	۰/۵۳	۰/۰۰۲
		پیگیری	۱/۹۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۱۵	۰/۵۳	۰/۰۰۲
		پیگیری	-۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۷۳

همان‌گونه نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب و شدت درد تفاوتی معنادار وجود دارد. این بدان معناست که ماساژباتابی توانسته است به شکل

معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک را نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر دهد.

یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین نمود که نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک که در مرحله پس‌آزمون دچار کاهش معنادار شده بودند، توانسته است این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود ماساژباتابی توانسته است منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک در مرحله پس‌آزمون شود و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثابت خود را حفظ نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک انجام گرفت.

یافته اول پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی منجر به کاهش اضطراب بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ذیل همسو بود:

یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی؛

ایمنی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو؛

گزارش‌های حلائی کوهسار و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن؛

نتایج پژوهش تقی‌زاده و میرعلائی (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به «مالتیپل اسکروزیس».

علاوه بر این کلی و همکاران (۲۰۲۰)؛ روسمارین، آلپر و پارگامنت (۲۰۱۶)؛ الیسون، باردت و هیل (۲۰۰۹)؛ و پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده است معنویت و معنویت‌درمانی می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان و کاهش مؤلفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، همچون اضطراب، استرس و افسردگی شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک می‌توان بیان کرد معنویت اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی زندگی روزمره دارد و با کاهش رفتارهای مخرب

و افزایش فعالیت‌های جسمانی سودمند و ارائه معنا (جلسه دوم) و هدف زندگی، سلامت روان فرد را افزایش داده و در نتیجه، موجب افزایش عملکرد و توانایی شخصی در انجام کارها و امور زندگی می‌شود (تقی‌زاده و میرعلائی، ۱۳۹۲).

معنویت‌درمانی سبب شکل‌گیری این بینش در بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک می‌شود که خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌کند. این فرایند سبب می‌شود تا نزد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک، همه رویدادها (همچون بیماری آسیب مغزی تروماتیک)، نعمت و آزمایش از جانب خداوند تلقی شوند. بنابراین بیمار خود را موظف می‌داند سختی‌هایی را که با قدرت عقل قابل توجیه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی در مواجهه با ناملایمات و ناکامی‌های زندگی، خداوند را حامی خویش می‌داند و اطمینان دارد که پاداش صبر خود را خواهد گرفت. در نتیجه فرد به این آگاهی می‌رسد که اگرچه می‌تواند بسیاری از حوادث قطعی زندگی را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مواجهه با آنها را تغییر دهد و از این طریق میزان رضایتمندی خود از وضع موجود را افزایش دهد و از میزان اضطراب وی کاسته شود.

یافته دوم پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی منجر به کاهش شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک شده است. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های ذیل همسو بود:

پوراکبران و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان؛

صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی معنویت‌درمانی بر شادکامی و سرسختی روان‌شناختی زنان سالمند؛

گزارش‌های کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی افراد.

علاوه بر این، کرمی و همکاران (۱۳۹۴)؛ گیواگونلی و همکاران (۲۰۱۹)؛ جیمنز - فونسکا و همکاران (۲۰۱۸) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که معنویت‌درمانی می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و جسمی شود.

در تبیین اثربخشی معنویت‌درمانی بر شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک می‌توان بیان کرد معنویت راهی را برای ذخیره شدن معنا طی حوادث مشکل‌زای زندگی و ایجاد راه‌هایی برای ساختن معنا فراهم می‌کند. اعتقادات معنوی و مذهبی منبعی برای معنا و امید در انسان‌ها (جلسه ششم) به وجود می‌آورند. تحقیقات انجام‌شده در رابطه با معنویت، بیان‌کننده این مطالب است که معنویت به شکل مثبتی زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به آن معنا و مفهوم می‌بخشد (کمری و فولادچنگ، ۱۳۹۵) و امید و آرامش قلب را فراهم می‌کند.

کسب معنا و مفهوم برای زندگی (جلسه دوم) نیز سبب می‌شود تا بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک شیوه مواجهه با فاجعه‌پنداری درد را کاهش داده، براساس آن شدت درد کمتری را حس نمایند. علاوه بر این می‌توان گفت: معنویت بر اصلاح افکار و باورهای زیربنایی، یافتن معنا برای پدیده‌ها و رویدادهای مشکل و آسیب‌زا، همچنین شکست‌ها، کمبودها، و نرسیدن به اهداف مد نظر تمرکز دارد (ایمنی و همکاران، ۱۳۹۷).

بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک، به‌ویژه زمانی که به بیماری خود فکر می‌کنند با مسائل و مشکلاتی روبه‌رو می‌شوند که ممکن است آنها را دچار افسردگی و سردرگمی کند و حس درد را نیز در آنها از افزایش دهد. بنابراین با اصلاح افکار و یافتن معنا در زندگی، می‌توان نیروی بیشتری در آنها ایجاد نمود تا مشکلات را کمتر حس کنند و بتوانند موانع را از سر راه بردارند. ارائه معنا برای زندگی موجب ایجاد یک حس برتر در فرد برای واپایش موقعیت‌ها از طریق انواعی از مفاهیم و سبک‌ها و فراهم آوردن عزت نفس می‌گردد. این فرایند منجر به افزایش معنادار امید به زندگی بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک در اثر معنویت‌درمانی و کاهش شدت درد می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک بیمارستان «آیت‌الله کاشانی» اصفهان، عدم بهره‌گیری از روش «نمونه‌گیری تصادفی» و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران (همچون افراد مبتلا به تالاسمی، سرطان، سکته مغزی و قلبی و مانند آن)، مهار عوامل ذکر شده و با روش «نمونه‌گیری تصادفی» اجرا شود. با توجه به اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود تا در مراکز درمانی بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک، متخصصانی حضور داشته باشند که با به‌کارگیری معنویت‌درمانی بتوانند موجب کاهش اضطراب و شدت درد بیماران دارای آسیب مغزی تروماتیک شوند.

منابع

- ایمنی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر خودمراقبتی و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت نوع دو»، *دانشور پزشکی*، ش ۲۵ (۱۳۴)، ص ۷۸-۹۸.
- برزگر بیروبی، کاظم، ۱۳۹۳، «اثربخشی معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر»، *اخلاق*، ش ۴ (۴)، ص ۱-۱۰.
- پوراکبران، الهه و همکاران، ۱۳۹۸، «تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان»، *مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی مشهد*، ش ۶۲ (۱)، ص ۱۳۹۳-۱۴۰۲.
- تقی‌زاده، محمداحسان و مرضیه‌السادات میرعلاتی، ۱۳۹۲، «مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان»، *روان‌شناسی سلامت*، ش ۲ (۷)، ص ۱۰۲-۱۰۸.
- حدادی کوهسار، علی‌اکبر و همکاران، ۱۳۹۷، «مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی - رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۱۸ (۳)، ص ۱-۳.
- خسروی، مهوش و همکاران، ۱۳۹۲، «پرسشنامه فارسی درد مک‌گیل؛ ترجمه، انطباق و پایایی در بیماران مبتلا به سرطان»، *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ش ۷۱ (۱)، ص ۵۸-۵۳.
- رضایی، سجاد و همکاران، ۱۳۹۱، «تغییر شخصیت نوع پرخائسگر و عوامل تعیین‌کننده آن در بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ش ۱۶ (۱)، ص ۴۹-۶۲.
- صدری دمیرچی، اسماعیل و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر شادکامی و سرسختی روان‌شناختی زنان سالمند»، *پژوهش در دین و سلامت*، ش ۴ (۲)، ص ۴۲-۵۳.
- کلویانی، حسین و اشرف‌سادات موسوی، ۱۳۸۷، «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی»، *مجله دانشکده پزشکی*، ش ۶۶ (۲)، ص ۱۲۶-۱۴۰.
- کریمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۴، «تأثیر آموزش معنویت‌درمانی بر سازگاری اجتماعی در دانشجویان»، *اخلاق*، ش ۵ (۱۷)، ص ۲۱-۳۰.
- کمری، سامان و محبوبه فولادچنگ، ۱۳۹۵، «اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ش ۱۶ (۱)، ص ۲۳-۳۵.
- نیکخواه، ماندانا، ۱۳۹۳، *اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب و سلامت روان دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).
- وزیری، شهرام و همکاران، ۱۳۹۷، *راهنمای معنویت‌درمانی*، چ دوم، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
- یوسفیان، زهرا و همکاران، ۱۳۹۸، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی»، *علوم روان‌شناختی*، ش ۱۸ (۸۴)، ص ۲۲۸۵-۲۲۹۳.

Abdullah, M.F.I., Ng, Y.P., Sidi, H.P., 2018, "Depression and anxiety among traumatic brain injury patients in Malaysia", *Asian Journal of Psychiatry*, N. 37, p. 67-70.

Ashman, T.A., Gordon, W.A., Cantor, J.B., Hibbard, M.R., 2006, "Neurobehavioral consequences of traumatic brain injury", *Mount Sinai Journal of Medicine*, N. 73, p. 999-1005.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A., 1998, "An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 56, p. 893-897.
- Chou, R., Gordon, D.B., de Leon-Casasola, O.A., Rosenberg, J.M., Bickler, S., Carter, T.B.T., Cassidy, C.L., Chittenden, E.W.H., Degenhardt, E., Griffith, S., McCarberg, R.M.B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M.F., Suresh, S., Sluka, K., Wu, C.L., 2016, "Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council", *The Journal of Pain*, N. 17(2), p. 131-157.
- Dailey, N. S., Smith, R., Bajaj, S., Alkozei, A., Gottschlich, M. K., Raikes, A. C., & Killgore, W. D., 2018, "Elevated aggression and reduced white matter integrity in mild traumatic brain injury: a DTI study", *Frontiers in behavioral neuroscience*, |V. 12, Article 118.
- Dworkin, R.H., Turk, D.C., Revicki, D.A., Harding, G., Coyne, K.S., Peirce-Sandner, S., et al., 2009, "Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2)", *Pain*, N. 144(1-2), p. 35-42.
- Ellison, C.G., Burdette, A.M., Hill, T.D., 2009, "Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults", *Social Science Research*, N. 38(3), p. 656-667.
- File, S.E., Hyde, J.R.G., 2012, "Can social interaction be used to measure anxiety?", *British Journal of pharmacology*, N. 62 (1), p. 19-24.
- Giovagnoli, A.R., Paterlini, C., Meneses, R.F., Da Silva, A.M., 2019, "Spirituality and quality of life in epilepsy and other chronic neurological disorders", *Epilepsy & Behavior*, N. 93, p. 94-101.
- Goh, E.Z., Beech, N., Johnson, N.R., 2020, *Traumatic maxillofacial and brain injuries: a systematic review. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, in Press, Corrected Proof.
- Gooch, C.L., Pracht, E., Borenstein, A.R., 2017, "The burden of neurological disease in the United States: a summary report and call to action", *Annals of Neurology*, N. 81(4), p. 479-484.
- Griffith, J.L., 2010, *Religion that heals, religion that harms: a guide for clinical practice*, New York, The Guilford Press.
- Hughes, R.E., Holland, L.R., Zanino, D., Link, E., Michael, N., Thompson, K.E., 2015, "Prevalence and intensity of pain and other physical and psychological symptoms in adolescents and young adults diagnosed with cancer on referral to a palliative care service", *Journal of adolescent and young adult oncology*, N. 4(2), p. 70-75.
- Iftikhar, P.M., Anwar, A., Saleem, S., Nasir, S., Inayat, A., 2020, "Traumatic brain injury causing intestinal dysfunction: A review", *Journal of Clinical Neuroscience*, N. 79, p. 237-242.
- Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., García, T., del Mar Muñoz, M., Ramchandani, A., Ghanem, I., Rodríguez-Capote, A., Jara, C., Calderon, C., 2018, "The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients", *Supportive Care in Cancer*, N. 26(5), p. 1411-1418.
- Kelly, E.P., Paredes, A.Z., Tsilimigras, D.I., Hyer, J.M., Pawlik, T.M., 2020, *The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature*, Surgical Oncology, In Press, Corrected Proof.

- Khoury, S., Benavides, R., 2018, "Pain with traumatic brain injury and psychological disorders", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, N. 87, p. 224-233.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., Scheve, k., 2001, "Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation", *American Political Science Review*, N. 95, p. 49-69.
- Melzack, R., 1997, "The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods", *Pain*, N. 1(3), p. 277-299.
- Metzler, D.H., Mahoney, D., Freedy, J.R., 2016, "Anxiety Disorders in Primary Care", *Primary Care: Clinics in Office Practice*, N. 43(2), p. 245-261.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H.A., 2008, "Religiosity and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients", *Current pain and headache reports*, 12(5), p. 327-332.
- Paukert, A.L., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W., Stanley, M.A., 2009, "Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression", *Journal of Psychiatry Practice*, N. 15(2), p. 103-112.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M., 2007, *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Washington, American Psychological Association.
- Richardson-Jones, J.W., Craige, C.P., Nguyen, T.H., kung, H.F., Gardier, A.M., Dranovsky, A., Leonardo, E.D., 2011, "Serotonin-1A auto receptors are necessary and sufficient for the normal Formation of circuits underlying in state anxiety", *The Journal of Neuroscience*, N. 31 (16), p. 6008-6018.
- Rigon, A., Voss, M.W., Turkstra, L.S., Mutlu, B., Duff, M.C., 2017, "Relationship between individual differences in functional connectivity and facial-emotion recognition abilities in adults with traumatic brain injury", *NeuroImage: Clinical*, N. 13, p. 370-377.
- Rosmarin, D.H., Alper, D.A., Pargament, K.I., 2016, *Religion, Spirituality, and Mental Health. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, Encyclopedia of Mental Health.
- Stein, D. J., 2008, "Classification of anxiety disorders: Dimensional assessments, intermediate phenotypes, and psychobiological bases", *Current Psychiatry Report*, N. 10(4), p. 287-290.
- Wells, A.J., Hutchinson, P.J.A., 2018, "The management of traumatic brain injury", *Surgery* (Oxford), N. 36(1), p. 613-620.
- Wiley, J., 2015, *Vos PE D-AR. Traumatic brain injury*, Chichester, UK, John Wiley and Sons.
- Yamashita, A., Yamasaki, M., Matsuyama, H., Amaya, F., 2017, "Risk factors and prognosis of pain events during mechanical ventilation: a retrospective study", *Journal of intensive care*, N. 5(1), p. 17-21.