

## اثربخشی درمان چندبعدي معنوی خداسو بر معنویت ادراک شده و خودپنداره-خداپنداره در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه

فرحناز فرجی\*

شهناز نوحی\*\*

ابوالقاسم پیاده کوهسار\*\*\*

مسعود جان‌بزرگی\*\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی درمان چندبعدي معنوی خداسو بر معنویت ادراک‌شده و خودپنداره-خداپنداره در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه بود. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران بودند و از بین آنها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های معنویت ادراک‌شده رید (۱۹۸۶) و مقیاس خودپنداره-خداپنداره جان‌بزرگی (۱۳۹۵) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس‌از آن درمان چندبعدي معنوی خداسو بر روی گروه آزمایش و سپس پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان چندبعدي معنوی خداسو موجب افزایش نمرات معنویت ادراک‌شده و خودپنداره-خداپنداره و زیرمقیاس‌های آنها می‌شود ( $P=0/001$ ). نتیجه پژوهش نشان داد این مداخله با اصلاح خودپنداره (تصویر ساختگی از خود) و خداپنداره (تصویر ساختگی از خدا) زمینه تقویت و ایجاد تصویر واقعی از خود و تصویر واقعی از خدا را فراهم می‌کند و درجات ادراک معنویت را نیز ارتقا می‌بخشد.

**واژگان کلیدی:** درمان چندبعدي معنوی خداسو، معنویت ادراک‌شده، خودپنداره-خداپنداره، کارکنان هلال‌احمر، اختلال تنیدگی پس از سانحه.

ffj\_gh@yahoo.com

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

psynut.sh@gmail.com

a.koohsar@yahoo.com

\*\*\* استادیار گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

janbo@rihu.ac.ir

\*\*\*\* استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

## مقدمه

افراد شاغل ممکن است در محیط‌هایی کار کنند که به دلیل ماهیت شغلی که در آن حضور دارند، میزان بالایی از تنش و فشار را تجربه کنند؛ برای مثال امدادگران، روزانه در محیط کار با عوامل استرس‌زای زیادی همچون کار بیش‌ازحد توان، تعارضات فردی، کار شیفتی، سروکار داشتن با مرگ‌ومیر، فقدان حمایت روانی، تضاد با مدیران و ابهام در میزان اختیارات روبه‌رو می‌شوند. چنانچه امدادگران، مهارت‌های روان‌شناختی مورد نیاز را نداشته باشند؛ ممکن است دچار استرس‌های مزمن و در نتیجه فرسودگی شوند (سلطانی و دوکانه‌ای‌فرد، ۱۳۹۴). حوادث آسیب‌رسان پیامدهای مخرب، گسترده و عمیقی بر روان انسان دارند و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> نوعی اختلال مرتبط با استرس است که در افراد مواجهه‌شده با حوادث آسیب‌رسان شدید بروز می‌کند (لی، وانگ و ژو، ۲۰۱۷<sup>۲</sup>). حوادث آسیب‌زایی که موجب این اختلال می‌شوند؛ به‌قدری ناتوان‌کننده هستند که تقریباً هرکسی را از پا درمی‌آورد و این استرس می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی همچون تصادف با ماشین و آتش‌سوزی ساختمان ناشی شود (روزنباوم، وانگامفورت و استیل، ۲۰۱۵<sup>۳</sup>). اختلال استرس پس از سانحه یکی از اختلالات منحصربه‌فرد، پیچیده و مزمنی است که علائم آن شامل سه بعد برانگیختگی مفرط، اجتناب و کمرختی و تجربه دوباره حوادث آسیب‌زا است (لیهویت کاتون و چن، ۲۰۱۸<sup>۴</sup>). اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند زندگی روانی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و سبب بروز اختلالات روانی دیگر شود (هرولد، استنلی و اولتروگ، ۲۰۱۶<sup>۵</sup>).

یکی از متغیرهای مرتبط با استرس، خودپنداره است و شامل ارزشیابی کلی فرد از شخصیت خود است که این ارزشیابی ناشی از ارزشیابی‌های ذهنی است که معمولاً فرد از ویژگی‌های رفتاری خود به عمل می‌آورد (تقی‌زاده، ۱۳۹۰). خودپنداره یکی از مفاهیم اساسی در روان‌شناسی است و شبکه‌ای از عقاید و باورهای مثبت و منفی در خود، پذیرش یا رد خود است. خودپنداره به‌شدت به اطلاعات اجتماعی نسبی متکی است و در نتیجه قیاس خود با دیگران حاصل می‌شود (فرال، والکه و کای، ۲۰۰۹<sup>۶</sup>). افراد دارای استرس معمولاً سطوح پایینی از خودپنداره دارند. منظور از خودپنداره، حرمت خود و قضاوت افراد درباره توانایی‌ها یا ارزش خود (خواه کلی و عمومی،

1. Post - traumatic Stress Disorder

2. Li, X.; Wang, J.; Zhou J.; Huang P. & Li J.

3. Rosenbaum, S.; Vancampfort, D. & Steel, Z.

4. Lehavot, K.; Katon, JG. & Chen, JA.

5. Herold, B.; Stanley, A. & Oltrogge, K.

6. Feral, J.; Valcke, M.; & Cai, Y.

خواه در حوزه‌های ویژه) است (نانسی،<sup>۱</sup> ۱۹۹۴). این برداشت آن‌قدر درونی شده که به باورهای عمیق و یکپارچه فرد تبدیل می‌شود و متفاوت از «خودپنداشت» است که با تجربه خود، فرد به شناخت خویش دست می‌یابد (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). این مفاهیم ممکن است بر هم منطبق نباشند، این مفهوم را راجرز با اصطلاح ناهمگونی توضیح داده است (فراگر و فادیمان، ۱۹۹۸؛ به نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۴). از سوی دیگر با برتری خودپنداره بر خودپنداشت، حرمت نفس فرد را پایین می‌آورد و فرد را از خود واقعی و سلامت روانی دور می‌کند (فراگر و فادیمان، ۱۹۹۸؛ به نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۴). خودپنداره نقش بسیار مهمی در سلامت روان دارد، زیرا این فکر، اندیشه ما درباره خود ما است که می‌گوید چگونه به دنیای اطراف خود و محیطمان بنگریم و چگونه زندگی کنیم؛ بنابراین افرادی که خودپنداره مثبت دارند، به گونه‌ای بهتر و مؤثرتر با وقایع زندگی کنار می‌آیند، بهتر می‌توانند در برابر مشکلات بایستند و تصمیم‌های معقول و منطقی در برابر پیشامدهای غیرقابل انتظار بگیرند. در نتیجه زندگی موفقیت‌آمیزتری را سپری خواهند کرد و دارای سلامت روانی مناسبی خواهند بود. پس داشتن خودپنداره مثبت سبب شادی و استحکام بیشتر خانواده‌شان خواهد شد (استوی و همکاران، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درک از خود فردی، نقش عمده‌ای در بروز رفتار و کسب تجارب در افراد دارد. خودپنداره منفی با سازگاری اجتماعی و شخصیتی ضعیف مرتبط است (شو، لو و لی،<sup>۲</sup> ۲۰۰۷). خودآگاهی در روایات بسیاری مقدمه مهمی برای شناخت درست خداوند بیان شده است. از راه توجه به خود و خودشناسی است که افراد به عیوب نفسانی خود (روان‌بنه‌های منفی ناسازگار و...) آگاه می‌شوند و به دنبال درمان آنها می‌روند (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). گرینوی و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش فرد از سوی خود و دوست داشتن خودش همبستگی دارد با احساس اینکه خداوند از انسان‌ها مراقبت می‌کند و نسبت به نیازهای آنان آگاه است. افزون بر آن، تحقیق پژوهشگران بالا نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی منفی توأم با شایستگی نداشتن فرد و افسردگی، با تصور منفی از خداوند در ارتباط است. افرادی با اعتماد به نفس پایین و آنان که شایستگی‌های خود را پایین می‌دیدند، خداوند را تنبیه‌کننده تصور می‌کردند (نورعلیزاده میانجی، ۱۳۹۱). بنسون و اسپیلکا (۱۹۷۳) گزارش کردند بین تصور از خود (به‌ویژه حرمت خود) و تصور از خدا ارتباطی مثبت برقرار است. هرچه حرمت خود و تصور از خود مثبت‌تر باشد؛ خدا مثبت‌تر، حامی‌تر، مهربان‌تر و قدرتمندتر احساس می‌شود.

1. Nancy, E. B.

2. Shu, BC.; Luh, WM. & Li, SM.

لاورنس (۲۰۱۰) بیان می‌کند که فردی با حرمت خود خیلی پایین، تصور خدایی که او را می‌پذیرد و دوستش دارد، برایش مشکل است؛ بنابراین برای بررسی خداپنداره باید حوزه‌های مهم ارتباط خداپنداره با خودپنداره بررسی شود.

در سال‌های گذشته برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، معنویت به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (شیماکو، ۲۰۱۳<sup>۱</sup>). شواهد نشان می‌دهد که به‌طورکلی معنویت نقش مهمی در کاهش اضطراب و استرس و درمان‌های روان‌شناختی دارد (فراست، ۲۰۱۳<sup>۲</sup>). معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی است. این ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و وی را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (بوله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۳).

روان‌درمانگری چندبعدی معنوی همانند بسیاری از درمان‌های جدید که تا حد زیادی رویکردی معنوی دارند (از جمله درمان یکپارچه معنوی پارگامنت (۲۰۱۱) و درمان یکپارچه الهی ریچاردز و برجین (۲۰۰۵) و حتی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۱۳) محور درمان روان‌شناختی را فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند. تعادل روان‌شناختی هدف بسیاری از درمان‌های روز دنیا است و با مداخلات جاری تا اندازه خوبی تأمین می‌شود، اما نسل جدید درمان‌ها به ماندگاری نتایج درمان و عمق‌بخشیدن به تغییرات درمان‌گرانه معطوف شده‌اند. درمان چندبعدی معنوی، نه تنها تعادل بلکه تعالی روان‌شناختی را مد نظر قرار داده است. در این درمان روان‌شناس به جای کار در دو حوزه ادراکی (انسان و هستی) چهار حوزه ادراکی (مبدأ، غایت، خود و هستی) که کلیت انسان (طبیعی و معنوی) را دربر می‌گیرد، مبنای کار درمان قرار می‌دهد. هر یک از این حوزه‌ها اصول مشخصی برای درمان به دست می‌دهند و در پی آن سازوکارها و فنون درمان تنظیم می‌شوند. فرض اساسی این درمان آن است که سازوکار وحدت‌بخشی به درمان از راه بازخوردی توحیدی تأمین می‌شود که به اصلاح خداپنداره و تسبیح اساسی مبدأ وجود می‌انجامد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). در درمان چندبعدی معنوی که براساس تحلیل متون دینی (به‌ویژه قرآن کریم) سازمان یافته است، پدیده‌های روان‌شناختی اعم از فنون و مکانیزم‌های درمان تا آسیب‌شناسی روانی مراجع به سازه‌های روانی معنوی در سطح شخصیت نسبت داده می‌شوند. «خود» یا «خود معنوی» (در صورت فعال بودن بعد معنوی) که کل نظام روان‌شناختی را شامل می‌شود دارای یک هسته شناختی-معنوی فطری است که از آن به‌عنوان «عقل»، یا به‌طور دقیق‌تر «عقل خداسو» یاد می‌شود. اصل اساسی درمان معنوی نیز به‌فعال‌سازی عقل خداسو مربوط است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۶).

1. Shimako, J.

2. Ferasat, A.

از این رو، با توجه به اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر روی بیماران مضطرب (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) در نتیجه این پژوهش با هدف اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر معنویت ادراک شده و خودپنداره-خداپنداره در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه انجام شد.

### روش

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران بودند و از بین آنها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش اجرا به این صورت بود که پس از مراجعه به سازمان هلال‌احمر در تهران، ابتدا پرسشنامه اثر رویداد ویس و وارمر<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) بین کارکنان هلال‌احمر توزیع شد و سپس از میان افرادی که نمره آنها در این مقیاس بالاتر از میانگین باشد، تعداد ۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس در ابتدا پیش از آغاز برنامه درمانی پرسشنامه‌های معنویت ادراک‌شده رید (۱۹۸۶) و مقیاس خودپنداره-خداپنداره جان‌بزرگی (۱۳۹۵) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمان چندبعدی معنوی خداسو بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در جلسه آخر و پس از پایان درمان چندبعدی معنوی پرسشنامه‌های ذکرشده، دوباره بین هر دو گروه آزمایش و کنترل توزیع و تکمیل شد؛ همچنین پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی اجراشده بر روی گروه کنترل نیز انجام شد.

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: ۱. شاغل بودن در هلال‌احمر تهران؛ ۲. داشتن اعتقاد به وجود خداوند؛ ۳. دارای نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اثر رویداد ویس و مارمر (۱۹۹۷)؛ ۴. دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ ۵. شرکت نداشتن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱. غیبت بیش از سه جلسه؛ ۲. رعایت نکردن قوانین گروه درمانی بود.

در این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

1. Weiss, D. & Marmar, C.

## ابزار پژوهش

### مقیاس اثر رویداد

وایس و مارمر در سال ۱۹۹۷ این مقیاس را طراحی کردند که ۲۲ سؤال دارد و هدف آن ارزیابی ابعاد درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی (اجتناب، افکار ناخواسته و بیش‌انگیزختگی) است. از نظر روایی پیش‌بین و محتوا بنابر یافته‌های وایس و مارمر (۱۹۹۷)، خرده‌مقیاس بیش‌انگیزختگی در ارتباط با تروما از روایی پیش‌بین خوبی برخوردار است و خرده‌مقیاس‌های افکار ناخواسته و اجتناب که ماده‌های IES (فرم اصلی) می‌باشند، از نظر محتوا تا ۰/۸۵ حمایت شدند.

همچنین، در پژوهش وایس و مارمر (۱۹۹۷)، پایانی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد در ابعاد اجتناب، افکار ناخواسته و بیش‌انگیزختگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ است.

### مقیاس معنویت ادراک‌شده (SPS) (رید، ۱۹۸۶)

این پرسشنامه با اصلاحات انجام‌شده در سه حیطه گسترش یافته است: پایبندی مذهبی مخصوصاً در فرهنگ غرب، رشدی فردی یا رشدی بزرگسالی و پایبندی مذهبی در شرایط ابتلا به بیماری سخت. این مقیاس پایایی کافی دارد و میزان ضریب آلفای استانداردشده آن ۰/۹۲ به دست آمده که نشان‌دهنده این است که افرادی که پایبندی مذهبی ندارند، نسبت به افرادی که به لحاظ مذهبی پایبندند، نمرات کمتری را در این آزمون به دست می‌آورند. افزون بر این، همان‌طور که تحقیقات گذشته نشان می‌دهد؛ نمرات این پرسشنامه با جنسیت و سطح تحصیلات همبستگی دارد. زنها و افرادی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، نمرات بالاتری در این پرسشنامه به دست می‌آورند. این مقیاس یک ابزار ده سؤالی است که عقاید و رفتارهای مرتبط با اشکال شخصی و غیرسازمانی مذهبی بودن را اندازه می‌گیرد و براساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است و پاسخ به هر شماره میزان موافقت با آن جمله را می‌سنجد. نمره نهایی براساس میانگین همه پاسخ‌ها به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دیدگاه مذهبی قوی‌تر است. رید (۱۹۸۷) اعتبار و روایی مطلوب این پرسشنامه را مورد سنجش قرار داد و آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد.

1. Spiritual Perspectives SCALE

2. Reed, P.G.

### آزمون خودپنداره-خداپنداره

جان بزرگی (۱۳۹۵) این آزمون را براساس مفاهیم مذهبی اسلامی و جهت گیری فرهنگی و دینی تهیه کرده است. این ابزار ۴۰ مؤلفه دارد که ۲۵ مؤلفه مربوط به خداپنداره و ۱۵ مؤلفه مربوط به خودپنداره است و هر مؤلفه آن دارای چهار گزینه (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) می باشد. جهت بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی مقطع لیسانس اجرا شد. پایایی آزمون با دو روش آزمون-آزمون مجدد که همبستگی بین آزمون-آزمون مجدد خداپنداره ۰/۸۰۶ و خودپنداره برابر مقدار ۰/۵۸۲ و آلفای کرونباخ که ۰/۸۱۵ تأیید شد. تحلیل عاملی با روش مؤلفه های اصلی چهار عامل در پاسخ شرکت کنندگان شناسایی نمود؛ که شامل ۷ مؤلفه خودپنداره، ۸ مؤلفه خودپنداشت، ۱۴ مؤلفه خداپنداره و ۱۱ مؤلفه خداپنداشت بود.

جدول ۱. بسته درمان چندبعدی معنوی خداسو (فعال سازی شناختی و ادراک از مبدأ)

(برگرفته از مدل اصول درمان چندبعدی معنوی جان بزرگی، ۱۳۹۴)

۱	جلسه اول: آموزش روش درمان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آشنایی به روش های روان شناختی و روش درمان چندبعدی معنوی</li> <li>• جلب رضایت</li> <li>• فرمول بندی (فنون فرمول بندی)</li> <li>• قرارداد درمانی</li> <li>• هدف گذاری مبتنی بر مشکل و هدف گذاری معنوی</li> <li>- هدف گذاری می تواند در سطح ایجاد تعادل باشد و یا در سطح عمیق تر ایجاد زمینه تعالی خواهدی</li> <li>- هدف ها باید دقیق، قابل اندازه گیری، قابل دسترس، واقعی و قابل زمان بندی باشد (فن اسمارتینگ یا داندوز)</li> <li>- هدف ها به شاخص های قابل اندازه گیری روزانه ... تبدیل می شوند (فن تهیه پرسشنامه شخصی)</li> </ul>
۲	جلسه دوم: ببینش یابی نسبت به عقل طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرور اهداف در صورت لزوم</li> <li>• طرح فرض تشخیص درست و اجباری عقل طبیعی موقع انجام عمل و مهار و خودنظم جویی یا مهار اختیاری انسان</li> <li>• بحث گروهی یا فردی</li> <li>• آوردن موارد نقض (مواردی که عقل رأی به نمی داند می دهد، یعنی به علم نیاز دارد، نباید عمل کنیم)</li> <li>• شناخت کنش های عقل در برابر عمل دو کنش؛ یکی، کنش شناختی (می داند خوب "روی آوری" یا بد "روی گردانی" است) و دوم، کنش مهار یا خودنظم جویی (نمی داند پس ایست)</li> <li>• اجرای فن جزیره</li> <li>• جمع بندی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>
۳	جلسه سوم: اعتماد به عقل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تجربه ها</li> <li>• بحث: اگر عقل به این خوبی تشخیص می دهد، چرا ما به او اعتماد نمی کنیم؟</li> <li>• جمع بندی: راه های اعتماد به تشخیص گر درونی</li> <li>• تمرین و انجام کاربرگ</li> </ul>
۴	جلسه چهارم: موانع عقل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تجربه ها</li> <li>• چه شرایطی سبب می شود ما نتوانیم به تشخیص عقل عمل کنیم؟</li> <li>• شناخت موانع عقل</li> <li>• جمع بندی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>

۵	جلسه پنجم: نجات عقل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تجربیات جلسه قبل</li> <li>• شناخت ساختار تفکر</li> <li>• شناخت خطاهای منطقی</li> <li>• شناخت و تغییر افکار میانی و قواعد و اصول منفی یا غیرمعنوی</li> <li>• شناخت و تغییر افکار بنیادین</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>
۶	جلسه اول: اثبات عقلی خدا با روش اکتشافی هدف: بازخورد توحیدی (یگانه هستی بخش)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تماس با خویشتن</li> <li>• اینکه قبل و شروع و پس از پایان هر چیزی اراده یا آغازکننده و پایان‌بخشی هست یا نه، و بود و نبود یا قبول و انکارش چه پیامدهایی دارد؟</li> <li>• تکرار تمرین جزیره با انسان‌ها و کشف معنای آغاز و پایان</li> <li>• ثبت تجربیات</li> <li>• آیا خدا هست؟ اثبات یا انکار؟ اگر نمی‌توانی خدا را اثبات کنی، پس سعی کن انکارش کنی (بدون استفاده از یادگرفته‌ها) اکتشاف خدا با عقل طبیعی، تهجد معنوی فرد نسبت خویشتن را بالا می‌برد.</li> <li>• ادراک با خدا بودن</li> <li>• هستی‌بخشی مطلق و یگانه</li> <li>• جمع‌بندی</li> <li>• تمرین کاربرگ</li> </ul>
۷	جلسه دوم: شناخت خداپنداره‌ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>• رابطه با جلسه گذشته</li> <li>• بیان هرگونه تصویری از خدا</li> <li>• بیان تاریخچه شکل‌گیری آنها</li> <li>• تحلیل مشارکت‌کنندگان</li> <li>• مشاهده و تحلیل تعارض‌های زندگی و رابطه آنها با تعارض‌های معنوی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>
۸	جلسه سوم: پنداره‌زدایی از مبدأ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان تجربه‌ها • اگر مشکلی برای ادامه دادن نیست، ادامه دهد وگرنه جلسه قبل ادامه یابد.</li> <li>• نوشتن مجدد تصاویر فرد از خدا</li> <li>• خط‌زدن همه آنها به دلیل بی‌اعتباری و مستند به آیه قرآن</li> <li>• بیان چالش جدید چگونه می‌توان یک درک معتبر از خداوند داشت؟</li> <li>• جمع‌بندی و انجام کاربرگ معطوف به پنداره‌زدایی و اکتشاف خداپنداشت</li> </ul>
۹	جلسه چهارم: اکتشاف خداپنداشت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• هدف جلسه</li> <li>• بیان تجربه‌ها (تجربیات این مرحله کمی چالش‌برانگیز و نگران‌کننده است)</li> <li>• یک پرسش انگیزشی: شما برای درک درست از چیزی که یک دانش اجمالی درباره آن دارید بهترین راه را چه می‌دانید؟</li> <li>• بحث (معمولاً بحث به سمت این می‌رود که بهترین منبع خداوند و قرآن است، مگر اینکه کسی قرآن یا کتاب‌های آسمانی را قبول نداشته باشد)</li> <li>• جمع‌بندی و انجام کاربرگ درباره جستجو در منابع معتبر دینی، به‌ویژه قرآن و نه مباحث فلسفی</li> </ul>
۱۰	جلسه پنجم: خالقیت-هدف احساس ارزشمندی و یگانگی خود	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان تجربه‌ها</li> <li>• رابطه من با خدای واقعی: او چگونه مرا خلق کرده است؟</li> <li>• بحث عقلی: آیا خلق غیرمستقیم معنا دارد؟</li> <li>• بحث معنوی: خدا درباره خلق ما چه می‌گوید؟</li> <li>• پردازش بحث معنوی و آثار آن</li> <li>• جمع‌بندی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان تجربه‌ها</li> <li>• آیا ممکن است خدا برای خلق خود برنامه یا مراقبت نداشته باشد؟</li> <li>• شواهد معنوی ربوبیت (هدایت، روزی، مدیریت، مالکیت خدا)؛ چرا ربوبیت خداوند به سلامت روانی ما کمک می‌کند؟</li> <li>• اکتشاف رب‌های اعتباری و پنداری</li> <li>• جمع‌بندی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>	<p><b>جلسه ششم:</b> <b>ربوبیت</b> <b>هدف: حمایت معنوی، اهمیت مالکیت خدا</b></p>	۱۱
<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان تجربیات</li> <li>• چه کسی می‌تواند بهترین برنامه سعادت انسان را تنظیم کند؟ اعتبار برنامه‌های زندگی به چیست؟</li> <li>• واریسی و اکتشاف برنامه‌های ممکن</li> <li>• مقایسه برنامه</li> <li>• اهمیت انتخابی بودن برنامه زندگی</li> <li>• جمع‌بندی</li> <li>• انجام کاربرگ</li> </ul>	<p><b>جلسه هفتم:</b> <b>برنامه کاربردی و ویژه برای زندگی</b> <b>هدف: به سوی زندگی پاک و هویت معنوی</b></p>	۱۲

جهت رعایت اصول اخلاقی این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

### یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۶/۵ و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۳۷/۸ می‌باشد.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی تفاوت تغییر زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش				متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۸	۱۷/۷	۲/۵	۱۸/۶	۲/۶	۲۷/۷	خودپنداره
۳/۸	۳۲/۷	۳/۶	۳۱/۴	۴/۱	۴۰/۸	خداپنداره
۳/۵	۲۲/۲	۳/۷	۲۳/۴	۳/۵	۳۳/۸	معنویت ادراک شده

در جدول ۲، میانگین نمرات خودپنداره، خداپنداره و معنویت ادراک شده در گروه‌های آزمایش و کنترل پیش و پس از اجرای درمان چندبعدی معنوی خداسو آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر سه متغیر خودپنداره، خداپنداره و معنویت ادراک شده بهبود یافته است.

در جدول ۳، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات مربوط به متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳. آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	کولموگراف-اسمیرنف	P
خودپنداره	۱/۴۰۲	۰/۰۶۸
خداپنداره	۱/۳۴۵	۰/۰۷۶
معنویت ادراک‌شده	۱/۴۳۰	۰/۰۵۲

همچنین در جدول ۴ نتیجه آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس معنویت ادراک‌شده

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۳	۱	۲۸	۰/۲۳
۱/۷۴	۱	۲۸	۰/۱۹۱
۴/۰۷	۱	۲۸	۰/۰۵۲

نتیجه جدول ۴ گویای معناداری همگنی واریانس نمرات ارزیابی دو گروه مذکور است ( $p > 0/05$ )

نتایج آزمون باکس نیز بیانگر همگنی ماتریس‌های کوواریانس برای متغیر خودپنداره و خداپنداره است ( $p > 0/05$ )،  $F(153) = 3156/63$  و  $F(15) = 1/53$ . پس با توجه به نتایج آزمون‌های کولموگراف - اسمیرنف، باکس و لوین شرایط تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار است.

جدول ۵. نتایج آزمون فرض همگونی شیب‌ها

معنویت ادراک‌شده	گروه	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
معنویت ادراک‌شده	گروه	۶۷/۵	۱	۶۷/۵	۵/۷	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	۲۱۴۴/۶	۱	۲۱۴۴/۶	۱۲۱/۵	۰/۰۰۱
	گروه*پیش‌آزمون	۵/۹	۱	۵/۹	۰/۶۳	۰/۵۳
	خطا	۲۲۰/۴	۲۶	۸/۴		

۰/۰۲۵	۴/۵	۷۸/۴	۱	۷۸/۴	گروه	خودپنداره
۰/۰۰۱	۱۱۴/۶	۳۲۳۳/۳	۱	۳۲۳۳/۳	پیش‌آزمون	
۰/۰۲۳	۲/۲	۴۸/۴	۱	۴۸/۴	گروه*پیش‌آزمون	
		۱۶/۶	۲۶	۴۳۲/۴	خطا	
۰/۰۳۷	۳/۸	۶۹/۷	۱	۶۹/۷	گروه	خداینداره
۰/۰۰۱	۹۷/۲	۳۲۳۶/۶	۱	۳۲۳۶/۶	پیش‌آزمون	
۰/۰۲۷	۲/۴	۵۲/۶	۱	۵۲/۶	گروه*پیش‌آزمون	
		۱۴/۴	۲۶	۳۷۵/۵	خطا	

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، همگنی شیب‌ها با مقدار  $F(۰/۶۳)$  برای معنویت ادراک‌شده، مقدار  $F(۲/۲)$  برای خودپنداره و مقدار  $F(۲/۴)$  برای خداینداره معنا دار نشده است. پس مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش محقق شده است. با توجه به یافته‌های بالا در جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس چند راهه استفاده شد که نتایج آن قابل مشاهده است.

برای بررسی مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و همپراش، از نمودار پراکنش متغیر همپراش در مقابل متغیر وابسته برای هر کدام از گروه‌های کنترل و آزمایشی استفاده شد. با توجه به اینکه رابطه بین متغیرهای همپراش و وابسته برای هر یک از گروه‌های کنترل و آزمایشی خطی بود، بنابراین می‌توان گفت مفروضه رابطه خطی بودن برقرار است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذوباتا	
خودپنداره	۲۹۵۵/۸	۳	۹۸۵/۲	۱۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱	مدل اصلاح‌شده
خداینداره	۲۴۵۷/۳	۳	۸۱۹/۱	۷۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷	
معنویت ادراک‌شده	۲۶۵۱/۵	۳	۸۸۳/۸	۹۱/۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	
خودپنداره	۸۷۰/۸۰۲	۱	۸۷۰/۸۰۲	۱۵۶/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	
خداینداره	۴۹۶/۰۹۷	۱	۴۹۶/۰۹۷	۱۳۳/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵	گروه
معنویت ادراک‌شده	۱۶۷/۶	۱	۱۶۷/۶	۷۹/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱	

نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از مقیاس‌های خودپنداره، خداینداره و معنویت ادراک شده نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=۰/۰۰۰۱$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر خودپنداره-خداپنداره و معنویت ادراک‌شده در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان چندبعدی معنوی خداسو موجب افزایش معنویت ادراک‌شده در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جان‌بزرگی (۱۳۹۴)، جان‌بزرگی (۱۳۹۵) و شمس (۱۳۹۹) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت براساس منابع دینی (به‌ویژه قرآن کریم)، انسان آفریده الهی است که دارای هدف و برنامه مشخصی برای زندگی سالم تا رسیدن به کمال انسانی است. انسان، سالم و متعادل به دنیا می‌آید. دو تمایل اساسی او، یعنی میل به تعادل و تعالی‌جویی و نگهداری خود در این وضعیت، انگیزه بیشترین رفتارهای او برای رسیدن به شکوفایی و فلاح را تشکیل می‌دهد. او دارای یک نظام ارزشیابی‌کننده و سازه‌های مختلف روانی معنوی است که مکانیزم‌های تشکیل شخصیت و همچنین رشد معنویت را تبیین می‌کند.

این سازه‌ها عمل‌هویت‌ساز انسان (هرگونه کنش اختیاری) را تدارک دیده، در نتیجه تحول شخصیت و معنویت را تشکیل می‌دهد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). سازمان‌یافتگی اعمال به شکل توحیدی در سطح شخصیت تشکیل یک عمل محوری هویت‌ساز می‌دهند که به آن شاکله می‌گویند و خود اعمال دیگر انسان را هدایت می‌کند، اما هرگز اختیار و تشخیص عقلانی انسان را محدود نمی‌کند. اگر تحول معنوی به همراه تحول شخصیت اتفاق بیفتد، این اعمال وحدت‌یافته و نجات‌بخش هستند و اگر معارض، ناهمساز، غیرواقعی و یا دوسوگرانه باشند، وحدت‌یافتگی انسان را تهدید می‌کنند. در درمان چندبعدی معنوی با تأکید بر مکانیزم‌های معنوی که بیشتر شامل تزکیه، تسویه و هشپاری (ذکر) است و همچنین تأکید بر محور قرار دادن عقل خداسو در انجام کلیه امور، می‌توان تحول معنوی را در فرد بازسازی کرد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۶).

بر همین اساس زمانی که رشد معنویت در فرد اتفاق بیفتد و فرد از سطح خودمیان‌بینی فراتر رود، همان‌گونه که در درمان چندبعدی معنوی تأکید بسیار شده است، تمام اعمال انسان رنگ و بوی معنوی می‌گیرند؛ چون دیگر در این حالت فرد از ترس و یا اجبار عملی را انجام نمی‌دهد، بلکه آغاز و پایان تمامی اعمال او در کنترل و با اراده خودش است و از انجام کار خود احساس لذت خواهد کرد. زمانی که آغاز و پایان عمل در کنترل خویش باشد، در نتیجه نظارت بر عمل وجود خواهد داشت و همین مسئله موجب کاهش اضطراب و تعادل نظام روان‌شناختی خواهد شد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان چندبعدی معنوی خداسو موجب اصلاح خودپنداره و خداینداره در کارکنان هلال احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جان‌بزرگی (۱۳۹۴)، جان‌بزرگی (۱۳۹۵) و شمس‌الاحراری (۱۳۹۹) همسو است.

در تبیین اثر بخشی الگوی درمانگری چندبعدی معنوی بر اصلاح خودپنداره و خداینداره چنین می‌توان گفت که خودآگاهی در روایات بسیاری مقدمه مهمی برای شناخت درست خداوند بیان شده است. از راه توجه به خود و خودشناسی است که افراد به عیوب نفسانی خود (روان‌بنه‌های منفی ناسازگار و...) آگاه می‌شوند و به دنبال درمان آنها می‌روند. حضرت علی (علیه السلام) در این باره می‌فرماید: «کسی که خود را شناخت، خدایش را می‌شناسد» و «در عجبم از کسی که به خود آگاهی ندارد، چگونه می‌خواهد پروردگار خود را شناسد». درباره ارتباط نشناختن خود با گمراهی و ضلالت فرمود: «کسی که به خود آگاهی ندارد، از راه نجات دور است و در گمراهی و جهالت‌ها می‌افتد». درباره مقدم بودن شناخت خود بر شناخت هر چیزی می‌فرماید: «به خودت جاهل مباش، به درستی که جاهل به شناخت خود، جاهل به تمام اشیا است» و درباره رسیدن به غایت علم و معرفت فرمود: «کسی که خود را شناخت، به راستی به غایت هر معرفت و علمی رسیده است».

بنابراین با توجه به فرضیه‌ای که بیان می‌کند کسانی که پنداره درستی از خود ندارند و بیشتر بر اساس تصویر دیگران از خود به خود می‌نگرند، رابطه مناسبی با خود ندارند و این موضوع بر رابطه آنها با خداوند گسترش می‌یابد؛ بنابراین با توجه به ارتباط خودپنداره و خداینداره که پیش از این نیز بیان شده بود، در این پژوهش، نخست در درمان چندبعدی معنوی خداسو این تصویر تحلیل و اصلاح شد و به طور متوسط حدود پنج جلسه روی خودپنداره و روان‌بنه‌های منفی آنها کار شد تا خشم، خودسرزنشگری و احساس گناه مرضی آنها کاهش یابد، پس از اصلاح خودپنداره، کاهش خشم و تعدیل روان‌بنه‌های منفی، مقاومت آنها نسبت به معنادهی مذهبی کاهش یافت و آماده فعال‌سازی بعد معنوی شدند.

همچنین در درمان چندبعدی معنوی خداسو به دلیل فعال‌سازی عقلانی، امکان تعالی جویی و نیز معنادهی به همه فعالیت‌ها فراهم می‌شود. سالم‌سازی و انطباق عمل با واقعیت از اصلاح باورهای یقینی درباره خداوند و خود آغاز می‌شود؛ این حرکت به اصلاح خداینداره و تبدیل آن به خداینداشت و تغییر خودپنداره به خودپنداشت می‌انجامد و پایه سلامت روانی پایدار را فراهم می‌کند. تمایز درمان چندبعدی معنوی از سایر درمان‌ها در همین فرایند است، بازسازی عمل انسان در همه عرصه‌های

ادراکی از مهم‌ترین فعالیت‌های درمان‌کننده است، تقویت با فعال‌سازی بعد معنوی در تمامی اشکال و مراتب عمل انسان با شرک‌زدایی و شک‌زدایی، تکیه انسان را به بعد معنوی افزایش می‌دهد و وحدت‌بخشی به اعمال توانمندی فرد در دو فرایند متعادل‌سازی و تعالی‌جویی را ارتقا می‌بخشد. در تمام طول درمان فرد به دنبال انطباق عمل خود با واقعیت معنوی و خداپنداشت است و هر بار که موفق می‌شود مسیرهای غیرواقعی ذهن خود را در جهت اعمال غیرمعنوی کشف کند، آرامش بیشتر فعالیت معنادارتر و ارزشمندتری را تجربه می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵).

نمونه پژوهش حاضر تنها شامل کارکنان هلال‌احمر بود که با اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده شدند؛ بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کارکنان سایر ارگان‌ها و نیز افراد بدون اختلال استرس پس از سانحه و... به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط انجام پذیرد؛ همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش که بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی برای سنجش اثر بلندمدت مداخله دوره‌های پیگیری داشته باشند و همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و روان‌شناسی از این روش جهت کاهش وزن مراجعان خود استفاده کنند.

## منابع

۱. آقاجانی، سیف‌اله؛ حمیدرضا صمدی‌فر (۱۳۹۷)، «نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی سالمندان»، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲۰(۴)، ص ۶۲-۶۹.
۲. استوی، الهه؛ عباسعلی حسین خان‌زاده، معصومه ساکت و حاتم محمدی (۱۳۹۶)، «مقایسه استرس ادراک‌شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی»، تعلیم و تربیت استثنایی، س ۱۶، ش ۳، ص ۱۳-۲۱.
۳. انصاری، حسن و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۵)، «بررسی ارتباط خودپنداره با خداپنداره در درمان مذهبی (معنوی) اختلالات روانی»، دوفصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، دوره ۱۰، ش ۱۹، ص ۱۱۵-۱۳۰.
۴. بوالهروی، جعفر؛ باقر غباری بناب؛ شهربانو قهاری؛ مصلح میرزایی؛ رویا راقیبان؛ هدی علیوند و الهام زارعی دوست (۱۳۹۳)، مهارت‌های معنوی، کتاب ویژه مریبان، وزارت علوم تحقیقات و فن‌آوری دفتر مشاوره و سلامت.
۵. بولهری، جعفر؛ قاسم نظیری و سکینه زمانیان (۱۳۹۳)، «اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، جامعه‌شناسی زنان، ۱(۹): ص ۸۵-۱۱۲.
۶. تقی‌زاده، محمداحسان (۱۳۹۰)، باد بی‌آرام نوجوانی، اصفهان: نشر یکتا.
۷. توکل، محمد و هادی فراهانی (۱۳۹۷)، «بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی»، مجله اخلاق زیستی، ۷(۲۶)، ص ۷-۲۱.
۸. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۴)، فنون روان‌درمانگری چندبعدی معنوی، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، کتاب زیر چاپ.
۹. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵)، «درمان چندبعدی معنوی: امکان تبیین پدیده‌های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه‌های معنوی شخصیت براساس منابع دینی»، روان‌شناسی بالینی و شخصیت، س ۱۴، ش ۲، ص ۱۷۳-۱۸۹.
۱۰. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۴)، «اصول درمانگری چندبعدی معنوی»، پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، س ۱، ش ۱، ص ۹-۴۵.

۱۱. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵)، «روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب»، پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، س ۲، ش ۳، ص ۸-۳۹.
۱۲. جان‌بزرگی، مسعود و ناهید نوری (۱۳۹۴)، نظریه‌های بنیادین روان‌درمانگری و مشاوره: اصول، فنون و مطابقت‌هایی فرهنگی، قم و تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سمت.
۱۳. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۶)، درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد مشاوره و درمان خداسو، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۴. سلطانی، سمانه؛ دوکانه‌ای‌فرد، فریده (۱۳۹۴)، «اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر فرسودگی شغلی و رضایت زناشویی کارکنان هلال‌احمر»، امداد و نجات، س ۷، ش ۳، ص ۸۴-۹۵.
۱۵. شمس‌الاحراری، مینا (۱۳۹۹)، «تدوین بسته درمان چند بعدی معنوی با محوریت کاهش وزن و ارزیابی اثربخشی آن بر شاخص‌های زیستی، روانی و معنوی زنان فزون‌وزن»، رساله دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
۱۶. نورعلیزاده میانجی، مسعود (۱۳۹۱)، «رابطه خداآگاهی با خودآگاهی»، روان‌شناسی و دین، س ۵، ش ۳، ص ۵-۲۴.
17. Benson, P. & Spilka, B. (1973), God image as a function of self-esteem and locus of control, *Journal for the Cientific study of Religion*, v. 12, p. 297-310.
18. Bonanno G, Noll J, Horencyzyk R. (2011), Coping Flexibility and Trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) Scale. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 3(2), 117-129.
19. Feral, J., Valcke, M. & Cai, Y. (2009), Academic self-efficacy and Academic self-concept: Reconsidering structural Relationships. *Learning and Individual Differences*, 19, 499-505.
20. Ferasat A.(2013), Role of spirituality in heeling stress related Disorders. *Int Pharma Sci.*; 3(4):32-43.
21. Ferasat A.(2013), Role of spirituality in heeling stress related Disorders. *Int Pharma Sci.*;3(4):32-43.
22. Greenway, A.P., Milne L.C., Clarke, V., Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God, *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 1, 2003, p: 45- 58.



23. Hayes SC. (2013), Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther.*;47 (6):869-85.
24. Herold B, Stanley A, Oltrogge K, Alberto T, Shackelford P, Hunter E, et al.(2016), Post-Traumatic Stress Disorder, Sensory Integration, and Aquatic Therapy: A Scoping Review. *Occup Ther Ment Health.* ;32(4):392-9.
25. Lawrence, R.T. (2010), Measuring the image of God: The Godimage inventory and the God image scale. *Journal of Psychology and theology.* 25(2): 214-226.
26. Lehavot K, Katon JG, Chen JA, Fortney JC, Simpson TL. (2018), Post-traumatic Stress Disorder by Gender and Veteran Status. *Am J Prev Med.* ;54(1):e1-e9.
27. Li X, Wang J, Zhou J, Huang P, Li J. (2017), The association between post-traumatic stress disorder and shorter telomere length: A systematic review and metaanalysis. *J Affect Disord.* ; 218:322-6.
28. Nancy, E. B. (1994), Self-concept theory in career development and counseling. *The Career Development Quarterly*, 43 (1), 32-42.
29. Pargament, K. I. (2011), *Spirituality Integration Psychotherapy*, Guilford.
30. Reed, P. G. (1986). - Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*, 9(1), 35-41.
31. Reed, P. G. (1987), Spirituality and well-being in terminally hospitalized adults. *Research in Nursing & Health.* 10(5), 335-344.
32. Richards, S. P., & Bergin, A. E. (2005), *A spiritual strategy for counseling and psych, therapy*, American psychological Association, (2nded.) U.S.A.
33. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. (2015), Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* ;230(2):130- 6.
34. Shimako J.(2013), *Handbook of Multicultural Mental Health*. 1st ed. San Diego: Academic Press.;147-66.
35. Shu BC, Luh WM, Li SM, Lu SY. (2007), Self-concept and menopause among mid-life women: a survey in Southern Taiwan. *Maturitas.* ; 57:132-38.
36. Weiss, D., & Marmar, C. (1997), *The Impact of Event Scale Revised*. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing. psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.