

اثربخشی «درمان چندبعدی معنوی خداسو» بر انعطاف‌پذیری مقابله‌ای و نشانگان

اختلالات روانی در کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه

ffj_gh@yahoo.com

فرحناز فرجی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

شهناز نوحی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

psynut.sh@gmail.com


orcid.org/0000-0003-4569-8265

a.koohsar@yahoo.com

ابوالقاسم پیاده کوهسار / استادیار گروه معارف اسلامی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

janbo@rihu.ac.ir

مسعود جان‌بزرگی / استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه قم

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

دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ - پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی «درمان چندبعدی معنوی خداسو» بر انعطاف‌پذیری مقابله‌ای و نشانگان اختلالات روانی در کارکنان «هلال احمر» 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 تمام کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران بودند و از بین آنها با استفاده از «نمونه‌گیری هدفمند» ۳۰ تن انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ تن) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های «انعطاف‌پذیری مقابله‌ای» بونانو، نول و هورنسیک (۲۰۱۱) و «فهرست واری‌علائم تجدیدنظرشده ۹۰ سؤالی» (SCL-90) دروگاتیس (۱۹۹۴) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن «درمان چندبعدی معنوی خداسو» بر روی گروه آزمایش اجرا شد، پس‌آزمون اجرا گردید و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش «تحلیل کوواریانس» تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان دادند: «درمان چندبعدی معنوی خداسو» موجب افزایش انعطاف‌پذیری مقابله‌ای و کاهش نشانگان اختلالات روانی و زیرمقیاس‌های آنها می‌شود ($P=0/001$). بنابراین می‌توان گفت: «درمان چندبعدی معنوی خداسو» با تنظیم عمل انسان در ابعاد گوناگون و تعادل بخشی به آن، موجب افزایش انعطاف‌پذیری مقابله‌ای و کاهش اختلالات روانی می‌شود و در نتیجه افراد بر مشکلات زندگی که از دید فاعلی خارج از مهار است، غلبه می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان چندبعدی معنوی خداسو، انعطاف‌پذیری مقابله‌ای، نشانگان اختلالات روانی، کارکنان هلال احمر، اختلال تنیدگی پس از سانحه.

افراد شاغل ممکن است در محیط‌هایی کار کنند که به سبب 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 متعددی (همچون کار بیش از حد توان، تعارضات فردی، کار نوبتی، سروکار داشتن با مرگ‌ومیر، فقدان حمایت روانی، تضاد با مدیران و ابهام در میزان اختیارات) روبه‌رو می‌شوند. در صورت برخوردار نبودن امدادگران از مهارت‌های روان‌شناختی لازم، ممکن است دچار استرس‌های مزمن و در نتیجه فرسودگی گردند (دوکانه‌ای‌فرد و سلطانی، ۱۳۹۴).

حوادث آسیب‌رسان پیامدهای مخرب، گسترده و عمیقی بر روان انسان دارند و اختلال «استرس پس از سانحه» (Post - traumatic Stress Disorder) نوعی اختلال مرتبط با استرس است که در افراد مواجهه‌شده با حوادث آسیب‌رسان شدید بروز می‌کند (لی، وانگ و ژو، ۲۰۱۷). حوادث آسیب‌زایی که موجب این اختلال می‌شوند به قدری ناتوان‌کننده هستند که تقریباً هرکسی را از پا درمی‌آورند. این استرس می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی (نظیر تصادف با ماشین و آتش‌سوزی ساختمان) ناشی شود (روزنباوم و دیگران، ۲۰۱۵).

اختلال «استرس پس از سانحه» یکی از اختلالات منحصر به فرد، پیچیده و مزمنی است که علائم آن شامل سه بعد «برانگیختگی مفرط»، «اجتناب و کرختی» و «تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا» است (لیپورک، کاتون و چن، ۲۰۱۸). این اختلال می‌تواند زندگی روانی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و موجب بروز اختلالات روانی دیگر شود (هرولد، استنلی و اولتروگ، ۲۰۱۶).

افراد مبتلا به اختلال مزبور همواره سطح سلامت ذهنی پایینی دارند و این خود موجب تشدید علائم اختلال در آنها می‌شود (هو، نگای و ووی، ۲۰۱۸). سلامت ذهنی شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت است که به حفظ سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص کمک می‌کند (مارسی و لیمونی، ۲۰۱۷). میزان گسترده شیوع اختلالات روانی در جهان و کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و نیز هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن قابل توجه است. از سوی دیگر، تأثیر مخرب این اختلالات بر فرد مبتلا و نیز بر خانواده‌های قربانیان، پیامدهایی نظیر خودکشی، طلاق، سوء مصرف مواد و الکل، بیکاری، خشونت و روابط اجتماعی آسیب‌دیده به همراه دارد. همه این ملاحظات بیماری و اختلال روانی را در زمره مهم‌ترین مسائل قرار می‌دهد (توکل و فراهانی، ۱۳۹۶).

اختلال «استرس پس از سانحه» با استرس شدید رابطه دارد و «انعطاف‌پذیری» یکی از عوامل فردی است که شخص را برای مقابله با استرس آماده می‌کند. هایز (Hayes) «انعطاف‌پذیری» را توانایی بشر برای ارتباط با لحظه حال و تغییر رفتار یا اصرار بر آن در جهت حفظ ارزش‌هایی می‌داند که فرد به آن پایبند است (هایز، ۲۰۱۶).

از «انعطاف‌پذیری» به‌عنوان یک مهارت روان‌شناختی مثبت نام برده شده که عبارت است از: میزان تجربه‌پذیری فرد نسبت به محرکات. این یک ویژگی شخصیتی است که در افراد، متفاوت است. «انعطاف‌پذیری»

با شاخص‌های مثبت سلامت روان ارتباط مثبت دارد و در بزرگسالان رابطه بین آن و شاخص‌های منفی تعدیل می‌شود (هو، ژانگ و وانگ، ۲۰۱۵).

«انعطاف‌پذیری» در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب و افسردگی مؤثر است (میلر، جون و نیومن، ۲۰۱۱) و موجب می‌شود مشکلات روان‌شناختی کمتر گردد (هایز، لورا و بوند، ۲۰۰۶). بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری به بسیاری از اختلالات (مانند افسردگی و نشخوار فکری، اضطراب و پریشانی روانی) مربوط می‌شود. افراد انعطاف‌پذیر سبک‌های مقابله انطباقی را به کار می‌برند و سمت هیجانی و روان‌شناختی بیشتری دارند (فلیدرئس، بوهلمیجر و پیترز، ۲۰۱۳).

افرادی که انعطاف‌پذیری خوبی ندارند هنگام احساس تنهایی به نشخوار فکری گرایش می‌یابند. افراد دارای انعطاف‌پذیری بالا چنین نیستند. پژوهشگران معتقدند: انعطاف‌پذیری شناختی بهبود سلامت روانی افراد را در پی دارد. افراد دارای انعطاف‌پذیری در برقراری روابط شخصی و اجتماعی با دیگران، مشکلات بین فردی کمتری را گزارش می‌کنند (آقاجانی و صمدی‌فر، ۱۳۹۷).

«انعطاف‌پذیری مقابله‌ای» بر توان فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی دخالت دارد و اثرات مثبتی بر رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده و اجتماع می‌گذارد (لی و اورسیلو، ۲۰۱۵). «انعطاف‌پذیری مقابله‌ای» اشاره به توانایی فرد برای تغییر رفتار مقابله‌ای با توجه به ماهیت هر نوع عامل استرس‌زا دارد (کاتو، ۲۰۱۲). سؤال اساسی این است که آیا افراد با سطح بالاتری از انعطاف‌پذیری مقابله، بهتر می‌توانند با حادثه کنار بیایند؟ *بونانو* و همکاران (۲۰۱۱) گزارش دادند که انعطاف‌پذیری مقابله‌ای ارتباط بین آگاهی از آسیب و علائم استرس پس از سانحه را کنترل می‌کند. «انعطاف‌پذیری مقابله‌ای» توانایی فرد برای مقابله با تجربیات زندگی، بحران‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌های مثبت و پایدار است (هسیم، استرایدم و استرایدم، ۲۰۱۳)؛ یعنی افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن استرس و فشار، با موفقیت سپری کنند (گیتزمن و جرمین، ۲۰۰۸). این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌مثابه یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینز، لوکاس، چیماک، هالوول، ۲۰۰۹).

در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، «معنویت» به‌مثابه مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (شیماکو، ۲۰۱۳).

برای مثال *جان‌بزرگی* و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان «اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمان‌های غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روان‌شناختی در بحران کرونا» نشان دادند: کسانی که درمان‌های روان‌شناختی را گذرانده‌اند نسبت به کسانی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند بهتر توانسته‌اند استرس خود را در شرایط بحرانی مهار کنند.

روحانی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی با عنوان «اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت درمان‌گری چندبعدی معنوی (SMP) بر مهار نشانگان افسردگی» که بر روی ۴۰ شخص مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به «مرکز مشاوره

دانشگاه علوم پزشکی مشهد» و «مرکز مشاوره با رویکرد دینی» حرم مطهر انجام دادند، نشان دادند: بین دو گروه در نشانگان افسردگی، کاهش معناداری وجود دارد.

سوراجا کلو و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی بر سلامت روانی افراد دارد. این پژوهشگران همچنین دریافتند که سطح استرس افراد معنوی پایین‌تر است. تجربیات معنوی روزانه و بخشودگی با سطح پایین افسردگی و اضطراب در افراد همراه است.

روان‌درمانگری چندبعدی معنوی همانند بسیاری از درمان‌های جدید که تا حد زیادی رویکردی معنوی دارند، از جمله «درمان یکپارچه معنوی» پارگمنت (۲۰۱۱) و «درمان یکپارچه الهی» ریچاردز و برجین (۲۰۰۵) و حتی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۱۶) محور درمان روان‌شناختی را فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند. تعادل روان‌شناختی هدف بسیاری از درمان‌های روز دنیاست و با مداخلات جاری تا حد خوبی تأمین می‌شود.

علامه طباطبائی در تفسیر آیه ۲۹ سوره «حجر» می‌نویسد: آفرینش انسان کامل و متعادل است (طباطبائی، ۱۳۵۰، ج ۱۲، ص ۴۵۷). اما نسل جدید درمان‌ها به ماندگاری نتایج درمان و عمق بخشیدن به تغییرات درمان‌گرانه معطوف شده‌اند. «درمان چندبعدی معنوی» نه تنها تعادل، بلکه تعالی روان‌شناختی را مدنظر 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. هریک 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 طریق بازخوردی توحیدی تأمین می‌گردد که به اصلاح خدانداره و تسبیح اساسی مبدأ وجود منجر می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵ الف). در «درمان چندبعدی معنوی» که براساس تحلیل متون دینی، به‌ویژه قرآن کریم سازمان یافته است، پدیده‌های روان‌شناختی، اعم از فنون و سازوکارهای 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 به «عقل»، یا به‌طور دقیق‌تر، «عقل خداسو» یاد می‌شود. اصل اساسی درمان معنوی نیز به فعال‌سازی عقل خداسو مربوط است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴ ب).

همان‌گونه که بیان شد، چون شیوع اختلالات پس از سانحه در میان کارکنان «هلال احمر» رو به افزایش است، نیز با وجود مطالعات فراوان دال بر اثربخشی درمان‌های معنوی و دین‌محور در کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی، خلأ رویکردهای درمانی با ویژگی کوتاه‌مدت بودن، کاملاً دین‌محور بودن و اعتقاد به اصیل بودن بعد معنوی انسان، به صورت جدی وجود دارد. در این میان، الگوی «درمانگری چندبعدی معنوی» از جان‌بزرگی (ب ۱۳۹۵) با ویژگی‌های قابل توجه خویش، یعنی «اصالت دادن به بعد معنوی انسان» و «کاملاً برگرفته از متون دینی» و «همخوان با منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی» در جوامع علمی در موضوع «درمان چندبعدی معنوی

خداسو» (فعال‌سازی شناختی و ادراک از مبدأ) و ارزیابی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های روانی - معنوی کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه مطرح شده است.

۱. روش پژوهش

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 امدادگران «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران بودند و از بین آنها با استفاده از «نمونه‌گیری هدفمند» ۳۰ تن انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ تنفر) جایگزین شدند.

روش اجرا به این صورت بود که پس از مراجعه به «سازمان هلال احمر» در تهران، ابتدا پرسشنامه «اثر رویداد» ویس و وارمر (Weiss & Marmar 1997) بین امدادگران توزیع شد و سپس از میان افرادی که نمره آنها در این مقیاس بالاتر از میانگین بود تعداد ۳۰ تن انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس قبل از شروع برنامه درمانی پرسشنامه‌های «انعطاف‌پذیری مقابله‌ای» بونانو، نول و هورنسیک (۲۰۱۱) و «فهرست واریعی علائم تجدیدنظرشده ۹۰ سؤالی» (SCL-90) دروگاتیس (۱۹۹۴) بین هر دو گروه توزیع شد.

پس از آن برنامه «درمان چندبعدی معنوی خداسو» توسط پژوهشگر که در حوزه درمان چندبعدی معنوی تخصص کافی داشت و آموزش‌های کافی را دیده بود، بر روی گروه آزمایش به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار در سالن همایش «هلال احمر» اجرا شد و گروه گواه تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. برای اینکه گروه آزمایش و گواه در تماس نباشند تا از محتوای بسته درمانی مطلع شوند، نمونه‌ها از شعب گوناگون «هلال احمر» شهر تهران انتخاب شدند. در جلسه آخر و پس از پایان «درمان چندبعدی معنوی خداسو» پرسشنامه‌های ذکرشده مجدداً بین هر دو گروه آزمایش و گواه توزیع و توسط آنها تکمیل شد. همچنین پس از پایان پژوهش برای حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامه‌های درمانی اجرا شده در این پژوهش بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از:

۱. جزو امدادگران «هلال احمر» شهر تهران باشند؛
 ۲. به وجود خداوند اعتقاد داشته باشند؛
 ۳. دارای نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه «اثر رویداد» ویس و وارمر (۱۹۹۷) باشند؛
 ۴. حداقل سطح تحصیلات آنها دیپلم باشد؛
 ۵. همزمان در مداخلات درمانی دیگری شرکت نکرده باشند.
- معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از:
۱. غیبت بیش از سه جلسه؛
 ۲. عدم رعایت قوانین گروه‌درمانی.

۲. ابزار پژوهش

۲-۱. مقیاس «اثر رویداد»

این مقیاس توسط ویس و وارمر در سال ۱۹۹۷ طراحی شده و دارای ۲۲ سؤال است و هدف آن ارزیابی ابعاد درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی (اجتناب، افکار ناخواسته، و بیش‌انگیزگی) است. از نظر روایی پیش‌بین و محتوا، طبق یافته‌های وایس و وارمر (۱۹۹۷)، خرده‌مقیاس «بیش‌انگیزگی» در ارتباط با حادثه از روایی پیش‌بین خوبی برخوردار است و خرده‌مقیاس‌های «افکار ناخواسته» و «اجتناب» که ماده‌های IES (فرم اصلی) هستند، از نظر محتوا تا ۸۵/۰ حمایت شدند.

همچنین در پژوهش وایس و وارمر (۱۹۹۷)، پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (به معنای عدم پایداری) تا مثبت یک (به معنای پایایی کامل) قرار می‌گیرد و هرچه مقدار به‌دست‌آمده به عدد مثبت یک نزدیک‌تر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود.

مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس تجدیدنظرشده «اثر رویداد» در ابعاد «اجتناب»، «افکار ناخواسته» و «بیش‌انگیزگی» به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ است.

۲-۲. مقیاس «انعطاف‌پذیری مقابله‌ای»

این مقیاس ۲۸ سؤالی در سال ۲۰۰۶ توسط بونانو، نول و هورنسیک برای تشخیص سنجش توانایی ادراک شده برای تمرکز بر پردازش حادثه و سبک‌های مقابله‌ای پس از حادثه طراحی شد. در سال ۲۰۱۱ در این مقیاس تجدیدنظر شد و تعداد سؤالات آن به ۲۰ سؤال کاهش پیدا کرد. در پژوهش بونانو و همکاران (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد.

۲-۳. پرسشنامه «فهرست واریسی علائم تجدیدنظرشده ۹۰ سؤالی» (SCL-90-R)

«فهرست واریسی علائم تجدیدنظرشده ۹۰ سؤالی» SCL-90-R دروگاتیس (۱۹۹۴) برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. SCL-90-R اقتباسی از فهرست کار نشانه‌های بیماری هاپکنیز (دروگاتیس، لیمن، رایکلز، آلتها، کووی ۱۹۷۴) است که آن هم به نوبه خود، از پرسشنامه «اطلاعات شخصی» وودورث (۱۹۱۸) برگرفته شده است. SCL-90-R متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی درباره علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت، آنها را در دامنه‌ای از هیچ تا شدت ۴ درجه‌بندی می‌کند. نشانه‌ها در ابعاد متفاوت جسمانی کردن، وسواس فکری عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبی، اندیشه‌پردازی پارانوئیدی و روان‌پریشی‌گرایی و همچنین سه شاخص شدت کلی، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت و مجموع نشانه‌های مثبت نمره‌گذاری می‌شوند.

برای بررسی روایی SCL-90-R بیش از ۱۰۰۰ مطالعه صورت گرفته است. SCL-90-R از اعتبار مطلوبی برخوردار است. گزارش‌ها حاکی از آن است که ضرایب جسمانی درونی برای نه بعد از نشانه‌های بیماری درباره بیماران روانی سرپایی در دامنه حداقل ۷۹٪ برای اندیشه‌پردازی پارانوییدی تا بالای ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای داوطلبان دارای نشانه‌های بالینی، تا اندازه‌ای کمتر است و در دامنه حداقل ۷۷٪ برای روان‌پریشی و تا ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد.

۳. بسته «درمان چندبعدی معنوی خداسو»

فعال‌سازی شناختی و ادراک از مبدأ با اقتباس از الگوی «اصول درمان چندبعدی معنوی» جان‌بزرگی (۱۳۹۴ الف)

جدول ۱: مرحله اول درمان: فعال‌سازی شناختی (نظام تشخیص‌گر درونی)

شماره	عنوان جلسه	اهداف:
۱	جلسه اول: آموزش روش درمان	<ul style="list-style-type: none"> فعال‌سازی نظام تشخیص‌گر درونی ایجاد اعتماد به تشخیص عقل شناسایی موانع کنش‌وری عقل شناسایی راه‌های تقویت عقل اکتشاف موضوعات اساسی زندگی با عقل طبیعی روش تحلیل مسائل روان‌شناختی با عقل طبیعی شناسایی اثر فعال‌سازی عقل طبیعی در حل مسائل روان‌شناختی
		<ul style="list-style-type: none"> آشنایی با روش‌های روان‌شناختی و روش درمان چندبعدی معنوی جلب رضایت فرمول‌بندی (فنون فرمول‌بندی) قرارداد درمانی هدف‌گذاری مبتنی بر مشکل و هدف‌گذاری معنوی <p>هدف‌گذاری می‌تواند در سطح ایجاد تعادل و یا در سطح عمیق‌تر ایجاد زمینه تعالی خواهی باشد.</p> <p>هدف‌ها باید دقیق، قابل اندازه‌گیری، قابل دسترس، واقعی و قابل زمان‌بندی باشد (فن اسمارتینگ یا داندوز).</p> <p>هدف‌ها به شاخص‌های قابل اندازه‌گیری روزانه و... تبدیل می‌شوند (فن تهیه پرسشنامه شخصی).</p>
۲	جلسه دوم: بینش‌یابی نسبت به عقل طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> مرور اهداف در صورت لزوم طرح فرض تشخیص درست و اجباری عقل طبیعی هنگام انجام عمل و مهار و خودنظم‌جویی یا مهار اختیاری انسان بحث گروهی یا فردی آوردن موارد نقض (مواردی که عقل رأی به «نمی‌دانم» می‌دهد؛ یعنی به علم نیاز دارد، نباید عمل کنیم). شناخت کنش‌های عقل در برابر عمل دو کنش: یکی کنش شناختی (می‌دانم خوب «روی‌آوری» یا بد «روی‌گردانی» است)؛ دوم کنش مهار یا خودنظم‌جویی (نمی‌دانم، پس ایست). اجرای فن «جزیره» جمع‌بندی انجام کاربرگ

	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تجربه‌ها • بحث: اگر عقل به این خوبی تشخیص می‌دهد چرا ما به او اعتماد نمی‌کنیم؟ • جمع‌بندی: راه‌های اعتماد به تشخیص‌گر درونی • تمرین و انجام کاربرگ 	<p>جلسه سوم: اعتماد به عقل</p>	<p>۳</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تجربه‌ها • چه شرایطی موجب می‌شود ما نتوانیم به تشخیص عقل عمل کنیم؟ • شناخت موانع عقل • جمع‌بندی • انجام کاربرگ 	<p>جلسه چهارم: موانع عقل</p>	<p>۴</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تجربیات جلسه قبل • شناخت ساختار تفکر • شناخت خطاهای منطقی • شناخت و تغییر افکار میانی و قواعد و اصول منفی یا غیرمعنوی • شناخت و تغییر افکار بنیادین • انجام کاربرگ 	<p>جلسه پنجم: نجات عقل</p>	<p>۵</p>

جدول ۲: مرحله دوم درمان: مبدأ ادراک‌شده

	<p>هدف:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد یا استحکام باورهای یقینی درباره مبدأ و کاربردی کردن آنها در زندگی • پنداره‌زایی از مبدأ • ارتباط کاربردی با خدا • ایجاد احساس ارزشمندی • ایجاد تعلق پایدار و جهت‌دهی به هیجان‌ها • رهایی از روان‌بنه‌های منفی • معنادگی توحیدی به روابط • شکل‌گیری بازخورد توحیدی • آمادگی‌ها: • آزمون خداپنداره • هدف‌گذاری جزئی • آمادسازی کاربرگ‌های مرحله اول • ارزیابی شخصی مراجع • بررسی نقاط قوت و ضعف مسیر طی شده درمان 	<p>عنوان جلسه</p>	<p>شماره</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • تماس با خویشتن • قبل از شروع و بعد از پایان هر چیزی شروع‌کننده و پایان‌بخشی هست یا نه؟ و بود و نبود یا قبول و انکارش چه تبعاتی دارد؟ • تکرار تمرین «جزیره» با انسان‌ها و کشف معنای شروع و پایان • ثبت تجربیات • 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 تعهد معنوی فرد نسبت خویشتن را بالا می‌برد. • ادراک با خدا بودن • هستی‌بخشی مطلق و یگانه • جمع‌بندی • تمرین کاربرگ 	<p>جلسه اول: اثبات عقلی خدا با روش اکتشافی هدف: بازخورد توحیدی (یگانه هستی‌بخش)</p>	<p>۶</p>

۷	جلسه دوم: شناخت خداینداره‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • رابطه با جلسه گذشته • بیان هرگونه تصویری از خدا • بیان تاریخچه شکل‌گیری آنها • تحلیل مشارکت کنندگان • مشاهده و تحلیل تعارض‌های زندگی و رابطه آنها با تعارض‌های معنوی • انجام کاربرگ
۸	جلسه سوم: پنداره‌زدایی از مبدأ	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • اگر مشکلی برای ادامه دادن نیست ادامه، وگرنه دنباله جلسه قبل • نوشتن مجدد تصاویر فرد از خدا • خط زدن همه آنها به سبب بی‌اعتباری و مستند به آیه قرآن • بیان چالش جدید: چگونه می‌توان درک معتبری از خداوند داشت؟ • جمع‌بندی و انجام کاربرگ معطوف به پنداره‌زدایی و اکتشاف خداینداشت
۹	جلسه چهارم: اکتشاف خداینداشت	<ul style="list-style-type: none"> • هدف جلسه • بیان تجربیات (تجربیات این مرحله کمی چالش‌برانگیز و نگران‌کننده است.) • یک سؤال انگیزشی: شما برای درک درست از چیزی که یک دانش اجمالی درباره آن دارید، بهترین راه را چه می‌دانید؟ • بحث (معمولاً بحث به این سمت می‌رود که بهترین منبع خود خداوند است و قرآن، مگر کسی که قرآن یا کتب آسمانی را قبول نداشته باشد) • جمع‌بندی و انجام کاربرگ درباره جست‌وجو در منابع معتبر دینی، به‌ویژه قرآن و نه مباحث فلسفی
۱۰	جلسه پنجم: خالقیت - هدف احساس ارزشمندی و یگانگی خود	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • رابطه من با خدای واقعی: او چگونه مرا خلق کرده است؟ • بحث عقلی: آیا خلق غیرمستقیم معنا دارد؟ • بحث معنوی: خدا درباره خلق ما چه می‌گوید؟ • پردازش بحث معنوی و اثرات آن • جمع‌بندی • انجام کاربرگ
۱۱	جلسه ششم: ربوبیت هدف: حمایت معنوی، اهمیت مالکیت خدا	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • آیا ممکن است خدا برای خلق خود برنامه یا مراقبت نداشته باشد؟ • شواهد معنوی ربوبیت (هدایت، روزی، مدیریت، مالکیت خدا) چرا ربوبیت خداوند به سلامت روانی ما کمک می‌کند؟ • اکتشاف رب‌های اعتباری و پنداری • جمع‌بندی • انجام کاربرگ
۱۲	جلسه هفتم: برنامه کاربردی و ویژه برای زندگی هدف: به سوی زندگی پاک و هویت معنوی	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • چه کسی می‌تواند بهترین برنامه سعادت انسان را تنظیم کند؟ اعتبار برنامه‌های زندگی به چیست؟ • واریسی و اکتشاف برنامه‌های ممکن • مقایسه برنامه • اهمیت انتخابی بودن برنامه زندگی • جمع‌بندی • انجام کاربرگ

برای رعایت اصول اخلاقی، این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

۴. یافته‌ها

در این پژوهش از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS برای تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است. ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان دادند: در مجموع، ۳۰ آزمودنی (۱۵ تن گروه آزمایش و ۱۵ تن گروه کنترل) با میانگین سنی ۳۶/۴ سال و انحراف استاندارد سنی ۴/۵ در این پژوهش شرکت کردند.

جدول ۳: ویژگی‌های توصیفی تفاوت تغییر زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر		گروه آزمایش				گروه کنترل	
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس فکری عملی	۱۷/۱۲	۴/۲	۱۳/۵	۳/۶	۱۶/۶	۳/۳	۱۶/۴
حساسیت بین فردی	۱۱/۴	۳/۲	۸/۵	۲/۴	۱۲/۴	۲/۲	۱۱/۸
افسردگی	۱۵/۵	۳/۴	۱۲/۳	۲/۱	۱۶/۷	۳/۵	۱۶/۱
اضطراب	۱۲/۶	۲/۳	۹/۹	۱/۱	۱۳/۵	۲/۴	۱۳/۷
خصوصیت	۱۰/۸	۱/۲	۷/۱	-۰/۹	۹/۸	۱/۴	۱۰/۲
فوبی	۱۲/۶	۲/۵	۷/۹	۲/۲	۱۱/۳	۲/۷	۱۱/۶
اندیشه‌پردازی پارانوئیدی	۱۱/۲	۱/۱	۱۰/۳	۱/۳	۹/۶	۱/۵	۱۰/۲
روان‌پریشی	۱۱/۴	۱/۵	۷/۶	۱/۲	۱۲/۵	۱/۷	۱۲/۱
انعطاف‌پذیری مقابله‌ای	۴۲/۳	۸/۵	۶۱/۷	۹/۷	۴۶/۵	۸/۷	۴۷/۹

در جدول (۳) میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل قبل اجرای «درمان چندبعدی معنوی خداسو» آورده شده است. همان‌گونه که در جدول فوق مشخص است، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر، نشانگان اختلالات روانی و انعطاف‌پذیری مقابله‌ای بهبود یافته است.

نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنف حاکی از متعادل بودن توزیع نمرات است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متفاوت نمرات زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش بیانگر همگنی واریانس تغییر این زیرمقیاس‌هاست ($p > 0.05$).

از سوی دیگر نتایج آزمون باکس برای متغیر اختلالات روانی نیز بیانگر همگنی ماتریس‌های کوواریانس است ($F(15, 3156/63) = 1/53, p > 0.05$). از این رو با توجه به نتایج آزمون‌های کولموگراف - اسمیرنف، باکس و لوین شرایط تحلیل کوواریانس چند متغیره برقرار است، از این رو جدول (۴) نشان‌دهنده نتایج تحلیل کوواریانس (برای زیرمقیاس‌های نشانگان اختلالات روانی) است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس در خرده‌مقیاس‌های نشانگان اختلالات روانی و انعطاف‌پذیری مقابله‌ای

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	df	سطح معناداری	مجذور اتا
وسواس فکری عملی	۴۹۶/۰۹۷	۴۹۶/۰۹۷	۱۳۳/۰۵۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
حساسیت بین‌فردی	۳۷۴/۶۲۲	۳۷۴/۶۲۲	۵۴/۰۱۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱
افسردگی	۹۶/۲۵۲	۹۶/۲۵۲	۴۲/۸۲۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
اضطراب	۱۹۹/۲۳	۱۹۹/۲۳	۴۷/۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
خصوصیت	۴/۳۹۹	۴/۳۹۹	۲/۱۶	۱	۰/۱۵۵	۰/۰۹۹
فوبی	۲۸۵/۲۵۳	۲۸۵/۲۵۳	۱۰۲/۹۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
اندیشه‌پردازی پارانوئیدی	۶۵/۱	۶۵/۱	۳۳/۳۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
روان‌پریشی	۸۷۰/۸۰۲	۸۷۰/۸۰۲	۱۵۶/۹۶۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۷
انعطاف‌پذیری مقابله‌ای	۱۸۳۶/۶۲۵	۱۸۳۶/۶۲۵	۱	۹۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از زیرمقیاس‌های نشانگان اختلالات روانی و انعطاف‌پذیری مقابله‌ای نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P=۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی «درمان چندبعدی معنوی خداسو» بر انعطاف‌پذیری مقابله‌ای و نشانگان اختلالات روانی در کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول (۳) نشان داد: «درمان چندبعدی معنوی خداسو» موجب افزایش انعطاف‌پذیری مقابله‌ای در کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جان‌بزرگی (۱۳۹۴ ب)، جان‌بزرگی (۱۳۹۵ ب) و شمس (۱۳۹۹) همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: «درمان چندبعدی معنوی خداسو» براساس تحلیل متون دینی، «عمل» را به‌مثابه حوزه عملیاتی خود برای درمان برگزیده است. «عمل» هرگونه کنشی است که به‌طور ارادی قابل هدایت (شروع، انجام و پایان) است. عمل معنوی، بجز ارادی بودن، دارای هدف، معنا و ارزش است. افزایش میزان انعطاف‌پذیری مقابله‌ای در آزمودنی‌ها در این پژوهش حاصل فعال شدن عمل معنوی است.

هرچند نمی‌توان «عمل» را به مفهومی که در درمان چندبعدی معنوی با توجه به منابع دینی به‌کار گرفته می‌شود، مساوی با برداشت‌های فوق از متون روان‌شناختی دانست، در اینجا به واسطه فعال‌سازی عقلانی، امکان تعالی‌جویی 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 منجر به اصلاح خداپنداره و تبدیل آن به خداپنداشت و تغییر

خودپنداره به خودپنداشت می‌شود 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 تمام اشکال و مراتب عمل انسان از طریق شرکت‌زدایی و شک‌زدایی، اتکای 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. این یافته را در گزارش‌های فردی مراجعان به‌وفور می‌بینیم. در نتیجه در درمان چندبعدی معنوی تأکید بر این است که عمل‌سازنده انسان و عمل معنوی نجات‌بخش و تعالی‌بخش انسان است. از این‌رو درمان چندبعدی معنوی از آن نظر که زیربنای بیشتر مشکلات روان‌شناختی را غیرفعال شدن بعد معنوی می‌داند، به نوعی یک درمان فراتشخیصی به حساب می‌آید (روحانی و دیگران، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر مداخلات مبتنی بر معنویت، احساس تسلط و توانمندی را در افراد ایجاد می‌کند که در افزایش درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان مؤثر است. عواملی همچون فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از سبک‌های ناکارآمد برای مقابله با تنیدگی‌های ناشی از استرس‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های آسیب‌زاست.

در نهایت، «درمان چندبعدی معنوی» توانست از طریق کاهش افکار خودآیند منفی و اضطراب به‌گونه‌ای مؤثر و مستقیم از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب بهبود سبک‌های مقابله‌ای می‌شود (باربیرا، زنو، بوش و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول (۳) نشان داد: «درمان چندبعدی معنوی خداسو» موجب کاهش نشانگان اختلالات روانی در کارکنان «هلال احمر» دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جان‌بزرگی (۱۳۹۴ ب)، جان‌بزرگی (۱۳۹۵ ب) و شمس (۱۳۹۹) همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: قرآن انسان را مخلوقی با تعادل اولیه می‌داند. نظام ارزشیابی قوی و پیچیده شناختی، عاطفی، ادراکی، معنوی، او را برای طی مسیر سلامت یا اختلال روانی - معنوی حمایت و هدایت می‌کند. هسته اصلی نظام روان‌شناختی انسان عقل (یک سازه تشخیص‌گر فطری) است که تشخیص او در سازه دیگری به نام «قلب» (یک سازه تصدیق‌گر)، با پردازش داده‌های سازه ادراکی و طبیعی دیگر (صدری) که تحت تأثیر نیروهای ضد عقل «جهل» نیز هست، تعدیل و برای عمل آماده می‌گردد (سازه‌های اساسی شخصیت).

تحول سالم شخصیت به سازمان‌یافتگی و وحدت این سه سازه مربوط است. سازوکار سلامت، حفظ تعادل و خلوص، خودمراقبت‌گری و خودنظم‌جویی براساس نظام ارزشیابی معنوی یا فعال‌سازی بعد معنوی است (گاهی تزکیه). مهم‌ترین نشانه پویای سلامت روانی و فعال بودن بعد معنوی، وحدت‌یافتگی نظام روان‌شناختی با توجه به مفهوم «نور» و «ذکر» است و هدف آن شکوفایی استعدادهای فطری (فلاح) است. سازوکار آسیب‌شناختی، تجربه و حفظ اعمال ناهمگون با نظام روان‌شناختی با نشانه خشم، غم، ترس و اضطراب و احساس گناه است که به شکل پنهان‌کاری و تزئین یا تسویل (مانند دفاع‌های روانی) بقا می‌یابد «وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا» (شمس: ۱۰) و نشانه بنیادین آن نومیدی در رسیدن به هدف‌های مورد علاقه و واقعی در زندگی است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵ الف).

از سوی دیگر می‌توان گفت: «درمان چندبعدی معنوی» می‌تواند محیطی امن برای افراد ایجاد کند، به‌گونه‌ای که بیماران بتوانند در آن به بیان احساسات منفی خود بپردازند و بر نیروی الهی در کمک به سعادت روحانی و معنوی خود تمرکز کنند و در نتیجه از شدت خلق منفی در آنان کاسته شود. در آیه ۱۲۴ سوره «طه» بر جنبه‌های عاطفی و رفتاری تعالیم اسلامی (معنوی) در برخورد با مشکلات، رنج‌ها و پیدایش آرامش زودرس در روان و جسم فرد با یاد خدا اشاره شده است. تبیین روان‌شناختی این ویژگی آن است که یاد خدا فرد را از امیال و تکانه‌هایی که برای او تنیدگی‌زا است، بازمی‌دارد و سبب می‌شود به جای توجه صرف به لذات دنیوی و تمرکز بر مشکلات ناشی از بیماری، به تقویت رابطه با خدا و تقرب او توجه کند (رستمی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۷).

نمونه پژوهش حاضر فقط شامل کارکنان «هلال احمر» بود که با اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده شدند. بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر (مانند کارکنان سایر نهادها و همچنین افراد بدون اختلال استرس پس از سانحه) به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری را به منظور سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود درمانگاه‌های مشاوره و روان‌شناسی از این روش برای کاهش وزن مراجعان خود استفاده کنند.

منابع

- آقاجانی، س و خ صمدی فر، ۱۳۹۷، «نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی سالمندان»، *تازه‌های علوم شناختی*، ش ۲۰(۴)، ص ۶۲-۶۹.
- توکل، محمد و هادی فراهانی، ۱۳۹۶، «بررسی جامعه شناختی اختلالات روانی (مورد مطالعه: اراک)»، *اخلاق زیستی*، ش ۷(۲۶)، ص ۷-۲۱.
- جان‌بزرگی، مسعود و همکاران، ۱۳۹۹، «اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمان‌های غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روان‌شناختی در بحران کرونا»، *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ش ۱۸(۳۴)، ص ۲۰۱-۲۱۴.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۹۴ الف، «اصول درمانگری چندبعدی معنوی»، *پژوهش‌نامه روانشناسی اسلامی*، ش ۱(۱)، ص ۹-۴۵.
- _____، ۱۳۹۴ ب، *فنون روان‌درمانگری چندبعدی معنوی*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- _____، ۱۳۹۵ الف، «درمان چندبعدی معنوی: امکان تبیین پدیده‌های روانی (سالمتی و اختلال) با سازه‌های معنوی شخصیت براساس منابع دینی»، *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ش ۱۱۴(۲)، ص ۱۷۳-۱۸۹.
- _____، ۱۳۹۵ ب، «روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روانشناختی مراجعان مضطرب»، *پژوهش‌نامه روانشناسی اسلامی*، ش ۲(۳)، ص ۸-۳۹.
- دوکانه‌ای فرد فریده و سمانه سلطانی، ۱۳۹۴، «اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر فرسودگی شغلی و رضایت زناشویی کارکنان هلال‌احمر»، *امداد و نجات*، ش ۷(۲)، ص ۸۴-۹۵.
- روحانی، مرتضی و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) بر مهار نشانگان افسردگی»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ش ۱۲(۲۲)، ص ۱۳۳-۱۵۲.
- رستمی‌نسب دولت‌آباد، زینب و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ. آی. وی مثبت»، *پژوهش در دین و سلامت*، ش ۴(۴)، ص ۱۲-۲۰.
- شمس، مینا، ۱۳۹۹، *تدوین بسته درمان چند بعدی معنوی با محوریت کاهش وزن و ارزیابی اثربخشی آن بر شاخص‌های زیستی، روانی و معنوی زنان فزون وزن*، رساله دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دانشکده علوم انسانی.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۵۰، *المیزان فی تفسیر القرآن*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A., 2012, "Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies", *Cognitive and Behavioral Practice*, N. 19 (2), p. 346-358.
- Bonanno G, Noll J, Horenczyk R, 2011, "Coping Flexibility and Trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) Scale", *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, N. 3(2), p. 117-129.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Hallowell, J., 2009, *Well-being for Public Policy*, New York, Oxford University Press.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KM, Spinhoven P., 2013, "The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial", *Behav Res Ther*, N. 51(3), p. 142-151.
- Gitterman, A., & Germain, C. B., 2008, *The life model of social work practice*, New York, Columbia University Press.
- Hassim, T., Strydom, C. & Strydom, H., 2013, "Resilience in a group of first-year psychosocial science students at the north-west university (Potchefstroom campus)", *Journal of WEI*

- International Academic Conference Proceedings, the West East Institute*, Antalya, Turkey.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J., 2006, "Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes", *Behav Res Ther*, N. 44(1), p. 1-25.
- Hayes SC., 2016, "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article", *Behav Ther*, N. 47(6), p. 869-885.
- 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*, N. 32(4), p. 392-399.
- Ho J, Ngai SPC, Wu WKK, Hou WK, 2018, "Association between daily life experience and psychological wellbeing in people living with nonpsychotic mental disorders: Protocol for a systematic review and metaanalysis", *Medicine (Baltimore)*, N. 97(4), p. 33-48
- Hu T, Zhang D, Wang J, 2015, *A meta-analysis of the trait resilience and mental health*. Pers Individ Differ. 2015;76:18-27. DOI: 10.1016/j.paid.2014.11.039.
- Kato, T, 2012, "Development of the coping flexibility scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis", *Journal of Counseling Psychology*, N. 59, p. 262-273.
- Lee JK, Orsillo SM., 2015, "Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, N. 1;45(1), p. 208-216.
- Lehavot K, Katon JG, Chen JA, Fortney JC, Simpson TL., 2018, "Post-traumatic Stress Disorder by Gender and Veteran Status", *Am J Prev Med*, N. 54(1), p. 1-9.
- 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*, N. 218, p. 322-326.
- Macri E, Limoni C., 2017, "Artistic activities and psychological well-being perceived by patients with spinal cord injury", *The Arts in Psychotherapy*, N. 54, p. 1-6.
- Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M, 2012, "The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey", *Int J Nurs Stud*, N. 49(3), p. 9-292. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015 PMID: 2197479.
- Paragament, K.I, 1997, *The psychology of religion and coping*, New York: Guilford Press.
- Richards, S.P., Bergin, A. E, 2005, *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, U.S.A.: American Psychological Association.
- 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*; N. 230(2), p. 6-130.
- 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.
- Shimako J., 2013, *Handbook of Multicultural Mental Health*, 1st ed. San Diego, Academic Press.
- Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J, Earll A., 2008, "Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression", *Pastoral psychology*, N. 56(5), p. 521-532.
- Weiss DF, Marmer CR, 1997, "The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD", *A practitioners handbook*. New York: Guilford Press.