

اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر نشانگان اختلالات روانی و اختلال

تنیدگی پس از سانحه

The Effectiveness of God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) in Improving Symptoms of Psychological Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۱۸

F. Faraji., Sh. Nouhi., A. PiadeKoohsar., M. Janbozorgi

فرحناز فرجی^۱، شهناز نوحی^{۲*}، ابوالقاسم پیاده کوهسار^۳، مسعود جان بزرگی^۴

Abstract

Aim: The present study aimed to determine The Effectiveness of God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) in Improving Symptoms of Psychological Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder
Methods: The present quasi-experimental study had a pretest-posttest design with experimental and control groups. The statistical population consisted of Iranian Red Crescent Society staff with symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in Tehran in 2019. Among people with symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), we selected 30 individuals using purposive sampling and randomly assigned them to two experimental and control groups (each group consisted of 15 individuals). The research tool consisted of the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) by Derogatis (1994), and the Weiss and Marmar Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (1997) completed by both

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر نشانگان اختلالات روانی و اختلال تنیدگی پس از سانحه بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کارکنان هلال احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران بودند که از بین افراد دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش مقیاس اثر رویداد ویس و رایمر (۱۹۹۷) و پرسشنامه فهرست واریسی علائم ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL-90) دروگاتیس (۱۹۹۴) بود که

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. استادیار گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۴. استاد گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

groups. The experimental group received God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) in twelve 90-minute sessions. We analyzed data using the analysis of covariance. **Results:** The results indicated that God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP) decreased Symptoms of Psychological Disorders and their subscales ($P=0.001$). **Conclusion:** Therefore, psychological disorders can decrease by regulating human activities in different dimensions and balancing them, and thus, people overcome life problems that are out of control from the actual point of view.

Keywords: *God-inclined Spiritually Multidimensional Psychotherapy; Psychological Disorders; Post-traumatic stress disorder*

توسط هر دو گروه تکمیل شد. گروه آزمایش درمان چندبعدی معنوی خداسو را ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان چندبعدی معنوی خداسو موجب کاهش نشانگان اختلالات روانی و زیرمقیاس‌های آن‌ها می‌شود ($P=0/001$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان گفت با تنظیم عمل انسان در ابعاد مختلف و تعادل بخشی به آن اختلالات روانی کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه افراد بر مشکلات زندگی، که از دید فاعلی خارج از کنترل است، غلبه می‌کنند.

کلید واژگان: درمان چندبعدی معنوی خداسو، اختلالات روانی، تنیدگی پس از سانحه

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. به‌طور مثال امدادگران، روزانه در محیط کار با عوامل استرس‌زای متعددی 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. در صورت برخوردار نبودن امدادگران از مهارت‌های روان‌شناختی موردنیاز، ممکن است که دچار استرس‌های مزمن و در نتیجه فرسودگی گردند (سلطانی و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۴). حوادث آسیب‌رسان پیامدهای مخرب، گسترده و عمیقی بر روان انسان دارند و اختلال استرس پس از سانحه^۱ نوعی اختلال مرتبط با استرس است که در افراد مواجهه شده با حوادث آسیب‌رسان شدید بروز می‌کند (لی، وانگ و ژو، ۲۰۱۷). 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 نظیر تصادف با ماشین و آتش‌سوزی ساختمان ناشی شود (روزنباوم، وانگامفورت

1. Post - traumatic Stress Disorder

2. Li, Wang, Zhou, Huang, Li

Archive of SID

و استیل^۱، ۲۰۱۵). اختلال استرس پس از سانحه یکی از اختلالات منحصربه‌فرد، پیچیده و مرموز است که علائم آن شامل سه بعد برانگیختگی مفرط، اجتناب و کرختی و تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا است (لیوورک، کاتون و چن^۲، ۲۰۱۸). اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند زندگی روانی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و باعث بروز اختلالات روانی دیگر شود (هرولد، استنلی و اولتروگ^۳، ۲۰۱۶).

افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همواره سطح سلامت ذهنی پایینی دارند و این خود باعث تشدید علائم اختلال در آن‌ها می‌شود (هو، نگای و ووی^۴، ۲۰۱۸). سلامت ذهنی شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت است که به حفظ سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص کمک می‌کند (مارسی و لیمونی^۵، ۲۰۱۷). میزان گسترده شیوع اختلالات روانی در جهان و کشورهای توسعه‌یافته و درحال توسعه و نیز هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن بسیار قابل توجه است. از سوی دیگر، تأثیر مخرب این اختلالات بر فرد دچار شده و نیز بر خانواده‌های قربانیان، پیامدهایی نظیر خودکشی، طلاق، سوء‌مصرف 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). شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط، حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینر، لوکاس، چیماک، هالوول^۶، ۲۰۰۹).

در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقاء سلامت روان، معنویت به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (شیماکو^۷، ۲۰۱۳). شواهد نشان می‌دهد که به‌طور کلی معنویت نقش مهمی در کاهش اضطراب و استرس و درمان‌های روان‌شناختی دارد (فارسات^۸، ۲۰۱۴). معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی می‌باشد. 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 یک پارچه معنوی پارگمنت (۲۰۱۱) و درمان یکپارچه الهی ریچاردز و برجین (۲۰۰۵) و حتی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۱۳) محور درمان روان‌شناختی را

1. Rosenbaum, Vancampfort, Steel
2. Lehavot, Katon, Chen
3. Herold, Stanley, Oltrogge
4. Ho, Ngai, Wu
5. Macri, Limoni
6. Diener, Lucas, Schimmack, & Hallowell
7. Shimako
8. Ferasat

Archive of SID

فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند. تعادل روانشناختی هدف بسیاری از درمان‌های روز دنیا است و با مداخلات جاری تا حد خوبی تامین می‌شود. همانطور که آیت‌الله علامه طباطبایی در تفسیر سور حجر آیه ۲۹ می‌فرمایند آفرینش انسان، کامل و متعادل است (المیزان، ص ۴۵۷). اما نسل جدید درمان‌ها به ماندگاری نتایج درمان و عمق‌بخشیدن به تغییرات درمانگرانه معطوف شده‌اند. درمان چند بعدی 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 (مبدا، غایت، خود و هستی) که کلیت انسان (طبیعی و معنوی) را در بر 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 وحدت بخشی به درمان از طریق بازخوردی توحیدی تامین می‌گردد که به اصلاح خدا پنداره و تسبیح اساسی مبدا وجود منجر می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). در درمان چندبعدی معنوی که بر اساس تحلیل متون دینی به ویژه 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 به عنوان «عقل» یا به طور دقیق‌تر «عقل خداسو یاد می‌شود. اصل اساسی درمان معنوی نیز به فعال‌سازی عقل خداسو مربوط است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۶)؛ از این رو با توجه به اثربخشی درمان چند بعدی معنوی بر روی بیماران مضطرب (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) در نتیجه این پژوهش با هدف اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر نشانگان اختلالات روانی در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه انجام شد.

روش پژوهش

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری 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 در هدفمند ۳۰ نفر انتخاب شدند و به تصادف 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^۱ (۱۹۹۷) بین کارکنان هلال‌احمر توزیع شد و سپس از میان افرادی که نمره

1. Weiss, & Marmar

Archive of SID

آن‌ها در این مقیاس بالاتر از میانگین باشد تعداد ۳۰ نفر طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس در ابتدا قبل از شروع برنامه‌ی درمانی پرسشنامه فهرست واریسی علائم ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL-90) دروگاتیس (۱۹۹۴) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمان چندبعدی معنوی خداسو بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در جلسه آخر و پس از از پایان درمان چندبعدی معنوی پرسشنامه‌های ذکر شده در بالا مجدداً بین هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. همچنین پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامه‌های درمانی اجرا شده در این پژوهش بر روی گروه کنترل نیز اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- شاغل در هلال احمر تهران، ۲- داشتن اعتقاد به وجود خداوند ۳- دارای نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اثر رویداد ویس و وارمر (۱۹۹۷)، ۴- حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۵- عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱- غیبت بیش از سه جلسه، ۲- عدم رعایت قوانین گروه‌درمانی بود.

ابزار پژوهش

مقیاس اثر رویداد: این مقیاس توسط ویس و وارمر در سال ۱۹۹۷ طراحی شد که دارای ۲۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی (اجتناب، افکار ناخواسته، و بیش‌انگیزگی) است. از نظر روایی پیشین و محتوا طبق یافته‌های ویس و وارمر (۱۹۹۷)، خرده مقیاس بیش‌انگیزگی در ارتباط با تروما از روایی پیشین خوبی برخوردار است و خرده مقیاسهای افکار ناخواسته و اجتناب که ماده‌های IES (فرم اصلی) می‌باشند از نظر محتوا تا ۸۵/۰ حمایت شدند؛ همچنین، در پژوهش ویس 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 (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (+۱) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد در ابعاد اجتناب، افکار ناخواسته و بیش‌انگیزگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ می‌باشد.

پرسشنامه فهرست واریسی علائم ۹۰ تجدیدنظرشده (SCL-90): چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ تجدید نظر شده SCL-90-R دروگاتیس ۱۹۹۴ برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. SCL-90-R اقتباسی از چک لیست نشانه‌های بیماری هایپکنیز (دروگاتیس، لیپمن"، رایکلزه، آلهات، کووی ۱۹۷۴) است که آن هم به نوبه خود از

پرسشنامه اطلاعات شخصی وودورث (وودورث ۱۹۱۸) برگرفته شده است. SCL-90-R متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت آن‌ها را در دامنه ای از هیچ = تا شدت = ۴ درجه بندی می‌کند. نشانه‌ها در و بعد متفاوت جسمانی کردن، وسواس فکری عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبی، اندیشه پردازی پارانوئیدی و روان پریشی گرایبی و هم چنین سه شاخص شدت کلی، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت و مجموع نشانه‌های مثبت نمره گذاری 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 این است که ضرایب جسمانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه حداقل ۷۹٪ برای اندیشه پردازی پارانوئیدی تا بالای ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای داوطلبان دارای نشانه‌های بالینی، تا اندازه‌های کمتر است و در دامنه حداقل ۷۷٪ برای روان‌پریشی تا ۹۰٪ برای افسردگی قرار دارد.

جدول ۱. بسته درمان چندبعدی معنوی خداسو (فعالسازی شناختی و ادراک از مبدأ) (با اقتباس از مدل اصول درمان چندبعدی معنوی دکتر جان بزرگی، ۱۳۹۴)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آموزش روش درمان	<ul style="list-style-type: none"> ● آشنایی به روش‌های روانشناختی و روش درمان چند بعدی معنوی ● جلب رضایت ● فرمول بندی (فنون فرمول بندی) ● قرارداد درمانی ● هدف گذاری مبتنی بر مشکل و هدف گذاری معنوی - هدف گذاری می‌تواند در سطح ایجاد تعادل باشد و یا در سطح عمیق‌تر ایجاد زمینه تعالی خواهی - هدف‌ها باید دقیق، قابل اندازه گیری، قابل دسترس، واقعی و قابل زمان‌بندی باشد (فن اسمارتینگ یا داندوز) هدف‌ها به شاخص‌های قابل اندازه گیری روزانه و یا ... تبدیل می‌شوند (فن تهیه پرسشنامه شخصی)
دوم	بینش یابی نسبت به عقل طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> ● مرور اهداف در صورت لزوم ● طرح فرض تشخیص درست و اجباری عقل طبیعی موقع انجام عمل و مهار و خودنظم جویی یا مهار اختیاری انسان ● بحث گروهی یا فردی ● آوردن موارد نقض (مواردی که عقل رای به نمی‌داند می‌دهد یعنی به علم نیاز دارد، نباید عمل کنیم) ● شناخت کنش‌های عقل در برابر عمل دو کنش یکی کنش شناختی

	<p>(می دانم خوب (روی آوری) یا بد (روی گردانی) است) دوم کنش مهار یا خود نظم جویی (نمی دانم پس ایست)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● اجرای فن جزیره ● جمع بندی ● انجام کاربرگ 	
<p>سوم</p>	<p>اعتماد به عقل</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بررسی تجربه‌ها ● بحث: اگر عقل به این خوبی تشخیص می‌دهد چرا ما به او اعتماد نمی‌کنیم؟ ● جمع بندی: راه های اعتماد به تشخیص گر درونی ● تمرین و انجام کاربرگ 	
<p>چهارم</p>	<p>موانع عقل</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بررسی تجربه‌ها ● چه شرایطی باعث می‌شود ما نتوانیم به تشخیص عقل عمل کنیم؟ ● شناخت موانع عقل ● جمع بندی ● انجام کاربرگ 	
<p>پنجم</p>	<p>نجات عقل</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>ششم</p>	<p>اثبات عقلی خدا با روش اکتشافی هدف: بازخورد توحیدی (یگانه هستی بخش)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تماس با خویشتن ● اینکه قبل و شروع و بعد از پایان هر چیزی اراده یا شروع کننده و پایان بخشی هست یا نه، و بود و نبود یا قبول و انکارش چه تبعاتی دارد؟ ● تکرار تمرین جزیره با انسان ها و کشف معنای شروع و پایان ● ثبت تجربیات ● آیا خدا هست؟ اثبات یا انکار؟ اگر نمی‌تونی 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 ● هستی بخشی مطلق و یگانه ● جمع بندی ● تمرین کاربرگ 	
<p>هفتم</p>	<p>شناخت خداپنداره ها</p> <ul style="list-style-type: none"> ● رابطه با جلسه گذشته ● بیان هرگونه تصویری از خدا 	

Archive of SID

	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تاریخچه شکل گیری آنها • تحلیل مشارکت کنندگان • مشاهده و تحلیل تعارض های زندگی و رابطه آنها با تعارض های معنوی • انجام کاربرگ 	
<p style="text-align: right;">هشتم</p> <p style="text-align: center;">پنداره زدایی از مبدا</p>	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • اگر مشکلی برای ادامه دادن نیست ادامه و گرنه ادامه جلسه قبل • نوشتن مجدد تصاویر فرد از خدا • خط زدن همه آنها به دلیل بی اعتباری و مستند به آیه قرآن • بیان چالش جدید چگونه می توان یم درک معتبر از خداوند داشت؟ • جمع بندی و انجام کاربرگ معطوف به پنداره زدایی و اکتشاف خداپنداشت 	
<p style="text-align: right;">نهم</p> <p style="text-align: center;">اکتشاف خداپنداشت</p>	<ul style="list-style-type: none"> • هدف جلسه • بیان تجربیات(تجربیات این مرحله کمی چالش برانگیز و نگران کننده است) • یک سؤال انگیزشی: شما برای درک درست از چیزی که یک دانش اجمالی درباره آن دارید بهترین راه را چه می دانید؟ • بحث(معمولا بحث به سمت این می رود که بهترین منبع خود خداوند است و قرآن، مگر کسی قرآن یا کتب آسمانی را قبول نداشته باشد) • جمع بندی و انجام کاربرگ درباره جستجو در منابع معتبر دینی بخصوص قرآن و نه مباحث فلسفی 	
<p style="text-align: right;">دهم</p> <p style="text-align: center;">خالقیت – هدف احساس ارزشمندی و یگانگی خود</p>	<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 می گوید؟ • پردازش بحث معنوی و اثرات آن • جمع بندی • انجام کاربرگ 	
<p style="text-align: right;">یازدهم</p> <p style="text-align: center;">روبیت هدف : حمایت معنوی، اهمیت مالکیت خدا</p>	<ul style="list-style-type: none"> • بیان تجربیات • آیا ممکن است خدا برای خلق خود برنامه یا مراقبت نداشته باشد؟ • شواهد معنوی روبوبیت(هدایت، روزی،مدیریت، مالکیت خدا) چرا روبوبیت خداوند به سلامت روانی ما کمک می کند؟ • اکتشاف رب های اعتباری و پنداری • جمع بندی • انجام کاربرگ 	

Archive of SID

دوازدهم	برنامه کاربردی و ویژه برای	• بیان تجربیات
زندگی	هدف: به سوی زندگی پاک و	• چه کسی می تواند بهترین برنامه سعادت انسان را تنظیم کند؟ اعتبار
هویت معنوی		• برنامه های زندگی به چیست؟
		• واریسی و اکتشاف برنامه های ممکن
		• مقایسه برنامه
		• اهمیت انتخابی بودن برنامه زندگی
		• جمع بندی
		• انجام کاربرد

یافته ها

در این پژوهش از نسخه بیست و چهارم نرم افزار آماری SPSS جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است. ویژگی های توصیفی سن شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با میانگین سنی ۳۶/۴ سال و انحراف استاندارد سنی ۴/۵ در این پژوهش شرکت کردند. جهت بررسی اثر بخشی درمان چند بعدی معنوی خداسو بر اصلاح نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه در دو گروه مورد مطالعه، قبل و بعد از درمان، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شده است. نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنوف، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات است ($P > 0.05$).

جدول ۲. ویژگی های توصیفی تفاوت تغییر در زیرمقیاس های نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه و زیرمقیاس فهرست علائم واریسی علائم Sci-90 متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون	انحراف	پس آزمون	انحراف	پیش آزمون	انحراف	پس آزمون	انحراف
اجتناب	۱۸/۲	۲/۳	۱۲/۸	۲/۱	۱۷/۴	۲/۵	۱۷/۷	۲/۶
افکار ناخواسته	۲۱/۴	۳/۶	۱۶/۵	۳/۲	۱۹/۲	۲/۸	۱۸/۷	۲/۶
بیش انگیزگی	۱۳/۸	۲/۷	۹/۸	۲/۵	۱۵/۶	۳/۴	۱۵/۹	۳/۳
وسواس فکری عملی	۱۷/۱۲	۴/۲	۱۳/۵	۳/۶	۱۶/۶	۳/۳	۱۶/۴	۳/۲

۲/۴	۱۱/۸	۲/۲	۱۲/۴	۲/۴	۸/۵	۳/۲	۱۱/۴	حساسیت بین فردی
۳/۲	۱۶/۱	۳/۵	۱۶/۷	۲/۱	۱۲/۳	۳/۴	۱۵/۵	افسردگی
۲/۸	۱۳/۷	۲/۴	۱۳/۵	۱/۱	۹/۹	۲/۳	۱۲/۶	اضطراب
۱/۵	۱۰/۲	۱/۴	۹/۸	۰/۹	۷/۱	۱/۲	۱۰/۸	خصوصیت
۲/۶	۱۱/۶	۲/۷	۱۱/۳	۲/۲	۷/۹	۲/۵	۱۲/۶	فوبی
۱/۴	۱۰/۲	۱/۵	۹/۶	۱/۳	۱۱/۲	۱/۱	۱۰/۳	اندیشه پردازی
								پارانوئیدی
۱/۸	۱۲/۱	۱/۷	۱۲/۵	۱/۲	۷/۶	۱/۵	۱۱/۴	روانپریشی

در جدول (۲) میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل قبل اجرای درمان چندبعدی معنوی خداسو آورده شده است. همان‌گونه که از جدول فوق مشخص است نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر نشانگان اختلالات روانی بهبود یافته است.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس نمرات زیر مقیاس‌های نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه دو گروه

متغیر	F	درجه آزادی		سطح معناداری
		درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	
اجتناب	۲/۱	۲۸	۱	۰/۰۷
افکار ناخواسته	۱/۵	۲۸	۱	۰/۰۹
بیش‌انگیزگی	۰/۰۲۱	۲۸	۱	۰/۸۸
وسواس فکری عملی	۰/۱۹	۲۸	۱	۰/۶
حساسیت بین فردی	۰/۴	۲۸	۱	۰/۵۱
افسردگی	۰/۵	۲۸	۱	۰/۲۲
اضطراب	۰/۲	۲۸	۱	۰/۵۸
خصوصیت	۰/۹	۲۸	۱	۰/۱۲
فوبی	۱/۴	۲۸	۱	۰/۰۹
اندیشه پردازی پارانوئیدی	۱/۱	۲۸	۱	۰/۰۹
روانپریشی	۵/۷۶	۲۸	۱	۰/۰۲۳

Archive of SID

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های تفاوت نمرات زیر مقیاس‌ها بیانگر همگنی واریانس تغییر این زیرمقیاس‌ها است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس نیز بیانگر همگنی ماتریس‌های کوواریانس ($p > 0/05$)، $F(6, 5680/3) = 1/05$. لذا با توجه به نتایج آزمون‌های کولموگراف اسمیرنف، باکس و لوین شرایط تحلیل کوواریانس چند متغیره برقرار است، از این رو جدول زیر نشان دهنده نتایج تحلیل کوواریانس (برای زیر مقیاس‌های نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه) است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس در زیر مقیاس‌های نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	Df	سطح معناداری	μ^2
اجتناب	۱۰۰/۵	۱۰۰/۵	۴۱/۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
افکار ناخواسته	۸۱/۷	۸۱/۷	۳۱/۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
بیش‌انگیزگی	۱۱۵/۹	۱۱۵/۹	۵۴/۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲

همان‌طور که مشاهده می‌شود در تمام زیرمقیاس‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس در خرده مقیاس‌های نشانگان اختلالات روانی

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 بین فردی	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
اندیشه پردازی پارانوئیدی	۶۵/۱	۶۵/۱	۲۳/۳۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
روانپریشی	۸۷۰/۸۰۲	۸۷۰/۸۰۲	۱۵۶/۹۶۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۷

Archive of SID

نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از زیرمقیاس‌های نشانگان اختلالات روانی 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 ($P=0/0001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر نشانگان اختلالات روانی در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه بود. هرچند نمی‌توان عمل را، به مفهومی که در درمان چند بعدی معنوی با توجه به منابع دینی به کار گرفته می‌شود، مساوی با برداشتهای فوق از متون روان شناختی دانست، در اینجا به واسطه فعال سازی عقلانی، امکان تعالی جویی و نیز معنادهی به همه فعالیت‌ها فراهم می‌شود. سالم سازی 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 فرآیند است. بازسازی عمل انسان در همه عرصه‌های ادراکی از مهمترین فعالیت‌های درمان کننده است. تقویت با فعال سازی بعد معنوی در تمامی اشکال و مراتب عمل انسان از طریق شرک‌زدایی و شک زدایی، تکیه انسان را به بعد معنوی افزایش می‌دهد و وحدت بخشی به اعمال، توانمندی فرد در دو فرآیند متعادل سازی و تعالی جویی 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 به وفور می‌بینیم، در نتیجه در درمان چندبعدی معنوی تأکید بر این است که عمل، سازنده انسان و عمل معنوی نجات بخش و تعالی بخش انسان است. از این رو درمان چند بعدی معنوی از آن جهت که زیر بنای اغلب مشکلات روانشناختی را غیر فعال شدن بعد معنوی می‌داند، به نوعی یک درمان فرانشیصی به حساب می‌آید (جان بزرگی، ۱۳۹۷).

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان چندبعدی معنوی خدا سو موجب کاهش نشانگان اختلالات روانی در در کارکنان هلال‌احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جان بزرگی (۱۳۹۴)، جان بزرگی (۱۳۹۵) و شمس (۱۳۹۹) همسو است؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت قرآن انسان را مخلوقی با تعادل اولیه می‌داند. نظام ارزشیابی قوی و پیچیده‌های 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 تشخیص گر فطری) است که تشخیص او در سازه دیگری به نام قلب (یک سازه تصدیق گر)، با

پردازش داده های سازه ادراکی و طبیعی دیگر (صدری که تحت تأثیر نیروهای ضد عقل (جهل) نیز هست)، تعدیل و برای عمل آماده می گردد (سازه های اساسی شخصیت). تحول سالم شخصیت به سازمان یافتگی و وحدت این سه سازه مربوط است. مکانیزم سلامت؛ حفظ تعادل و خلوص، خود مراقبت گری و خودنظم جویی بر اساس نظام ارزشیابی معنوی یا فعال سازی بعد معنوی است (گاها تزکیه). مهمترین نشانه پویای سلامت روانی و فعال بودن بعد معنوی، وحدت یافتگی نظام روانشناختی با توجه به مفهوم انور و ذکره است و هدف آن شکوفایی استعدادهای فطری (فلاح) است، مکانیزم آسیب شناختی؛ 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 دفاع های روانی) بقا می یابند (قد خاب من دساها) و نشانه بنیادین آن نومییدی در رسیدن به هدفهای مورد علاقه و واقعی در زندگی است (جان بزرگی، ۱۳۹۵). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان چندبعدی معنوی خدا سو موجب کاهش نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه در کارکنان هلال احمر دارای نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه می شود. نتایج این مطالعه با پژوهش های جان بزرگی (۱۳۹۴)، جان بزرگی (۱۳۹۵) و شمس (۱۳۹۹) همسو است.

در تبیین این نتایج می توان گفت در درمان چندبعدی معنوی فعال سازی بعد معنوی با هدف انسجام اعمال می تواند انسجام عمل انسان را بالا ببرد و مشکلات افراد را در هنگام مواجهه با اضطراب، در ابعاد مختلف عمل انسان کاهش دهد. اضطراب نتیجه ادراک تهدیدی مبهم، درونی و تعارضی است (جان بزرگی و نوری، ۱۳۹۳) که انسجام عمل انسان و تسلط وی بر مشکلاتش را کاهش می دهد. در حالی که فعال سازی مسیر معنوی (ذکر)، آرامش در پی دارد، سلامت روانی فرد را افزایش می دهد (جان بزرگی، ۱۳۷۷) و ثبات هیجانی ایجاد می کند (جان بزرگی و دیگران، ۲۰۰۹). همچنین بر اساس آیات قرآن مراقبت انسان از اینکه عملکرد در چارچوبی قرار بگیرد که برای انسان مطلوب و از آن به «تقوی»، تعبیر شده است، مکانیزم اصلی سلامت روانی معنوی اوست. بعد از بیان اینکه نظام روانشناختی انسان در حالت تعادل و تسویه آفریده شده است و یک نظام ارزشیابی کننده پیچیده که واجد نیروهای مختلفی است به شکل اولیه در او طراحی شده که قدرت تشخیص بالایی داشته و می تواند عمل انسان را به سوی خوب یا بد آماده کند، مکانیزم حفظ سلامتی او را تزکیه «قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا»، شمس: ۹، همچنین اعلی، ۱۴: «قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا» که ضامن شکوفا شدن و تعالی انسان به سمت کمال است معرفی کرده است. این مکانیزم را می توان نوعی خودنظم جویی و خودمراقبتگری خداسو تلقی کرد که طی آن انسان خود را از تعلقات آسیبزا پاک می کند و با ذکر و نور الهی آنگونه که پیشتر نیز اشاره شد خود را به سوی شکوفایی و رستگاری هدایت می کند. بنابراین «ذکر» که همانا فعال ماندن بعد معنوی است، سازه های مختلف را منسجم و فرد را از وحدت یافتگی روانی برخوردار می کند و اعمال را واجد توحید یافتگی می کند؛ به عبارت دیگر تمامی اعمال حتی اعمال

Archive of SID

معنوی و عبادی در صورت غیر فعال بودن بعد معنوی از معنا و کارکرد لازم روانشناختی برخوردار نخواهند بود؛ 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 ارگان‌ها، و همچنین افراد بدون اختلال استرس پس از سانحه و ... به راحتی امکان پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است در نتیجه پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری جهت سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود کلینیک‌ها مشاوره و روانشناسی از این روش جهت کاهش وزن مراجعان خود استفاده کنند.

موازین اخلاقی

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

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران و کارکنان هلال احمر شهر تهران و عزیزان شرکت کننده در پژوهش ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۵). روان درمانگری چندبعدی معنوی: فعال سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان شناختی مراجعان مضطرب. *پژوهش نامه روانشناسی اسلامی*، ۲(۳)، ۳۹-۸
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۴). اصول درمانگری چندبعدی معنوی. *پژوهش نامه روانشناسی اسلامی*، ۱(۱)، ۴۵-۹
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۴). *فنون روان‌درمانگری چندبعدی معنوی*، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، کتاب زیر چاپ

Archive of SID

- جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). روان درمانگری چندبعدی معنوی: فعال سازی عمل معنوی و اثر بخشی آن بر مشکلات روانشناختی مراجعان مضطرب. *پژوهش نامه روانشناسی اسلامی*، ۲(۳): ۸-۳۹
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۵). درمان چند بعدی معنوی: امکان تبیین پدیده های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه های معنوی شخصیت بر اساس منابع دینی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۲): ۱۷۳-۱۸۹.
- توکل، محمد؛ و فراهانی، هادی. (۱۳۹۷). بررسی جامعه شناختی اختلالات روانی. *مجله اخلاق زیستی*، ۷(۲۶): ۷-۲۱
- آقاجانی، سیفاله؛ و صمدی فر، حمیدرضا (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۲۰(۴): ۶۲-۶۹
- بوالهاری، جعفر؛ غباری بناب، باقر؛ قهاری، شهبانو؛ میرزایی، محمد؛ راقیبان، راحله؛ علیوند، داود؛ و زارعی دوست، احمد. (۱۳۹۳). *مهارت های معنوی*، کتاب ویژه مربیان. وزارت علوم تحقیقات و فن آوری دفتر مشاوره و سلامت

References

- 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*, 3(2), 117-129
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Hallowell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press
- Ferasat A.(2013). Role of spirituality in heeling stress related Disorders. *Int Pharma Sci.* ;3(4):32-43.
- 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*;51(3):142-51.
- 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: 14-16
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J.(2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*;44(1):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.*;47(6):869-85.

- 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.
- 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).*;97(4):e9733.
- 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
- 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.* 1;45(1):208-16.
- 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.
- 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
- Macri E, Limoni C.(2017). Artistic activities and psychological well-being perceived by patients with spinal cord injury. *The Arts in Psychotherapy.*;54:1-6
- 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.;147-66.