

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۵/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۰/۲۴

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌سنجی

دوره نهم، شماره ۳۵، زمستان ۱۳۹۹

صفحات: ۷-۲۶

اثربخشی معنویت درمانی بر تعدیل باورهای فراشناخت فرزندان جانبازان PTSD

The effect of spiritual therapy on modification of metacognitive beliefs in children of PTSD veterans

بهزاد علی گوهری^۱، *خدیجه ابوالمعالی الحسینی^۲، فریبرز درتاج^۳، فرهاد جمهری^۴

چکیده

Abstract

The purpose of this research was to determine the effect of spiritual therapy on modification of metacognitive beliefs among PTSD veterans children. the population consisted of shahed students in islamic azad university-Roudhen branch in 2016 For selecting of sample based on entry criteria identified 20 students ,then were assigned in experimental and control groups.the participants completed the Questionnaire of Well's metacognitive belifes in pretest ,past test and follow up test . For analysis of data were used two way mixed ANOVA . The results showd that the effect of spiritual therapy on uncontrolabity of thoughts , cognitive

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنویت درمانی بر تعدیل باورهای فراشناخت فرزندان جانبازان PTSD بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بوده. جامعه آماری دانشجویان شاهد (فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در سال ۱۳۹۵ بود. برای انتخاب نمونه ملاک‌های ورود ۲۰ نفر شناسایی شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر) گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش معنویت درمانی دریافت کرد. ولی گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. شرکت

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

self awarness, and lack of cognitive confidence was significant. Also these effects in consistent after one month. It is suggested that psychologists and psychotherapist used the spiritual therapy on modification of metacognitive belifes.

Keywords: Spiritual therapy, Metacognitive belifs , veterans; PTSD children

کنندگان پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز (MCQ-30) را مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده ها توسط نرم افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون تحلیل دوعاملی با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که اثرات معنویت درمانی بر کاهش برخی مولفه های باورهای فراشناخت شامل فقدان اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی و کنترل ناپذیری افکار معنادار است و نتایج در طی پیگیری یک ماهه ماندگار است. با توجه به یافته های بدست آمده، به درمانگران و روان شناسان توصیه می شود که جهت تعدیل باورهای فراشناخت روش معنویت درمانی را به کاربرند.

واژه های کلیدی: معنویت درمانی، باورهای فراشناخت، فرزندان جانبازان PTSD

مقدمه

جنگ به عنوان یک عامل استرسزای شدید پیامدهای اقتصادی اجتماعی فرهنگی و فردی گسترده ای دارد که طی نسل های متمادی بر روابط اعضای جامعه اثر می گذارد (مرادی، عابدی، ربانی، رنای، ۱۳۸۹). نیروهای نظامی، سربازان و خانواده های آنان به دلیل ماهیت و شرایط شغلی، بیش از مردم عادی در شرایط استرسزای زندگی قرار می گیرند (بردلی، ۲۰۰۳). از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده اند، به وجود می آید (انیسی، ۱۹۹۸). اختلال استرس پس از سانحه PTSD، به عنوان یکی از آسیب های ناشی از جنگ، یکی از اختلالاتی است که نه تنها می تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه فرزندان و خانواده آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می دهد که فرزندان و خانواده این جانبازان

1 Berdli

2 Anisi

از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند تعدادی از پژوهش‌ها رابطه بین باورهای فراشناخت و سلامت روانی را تایید کرده اند (رادفر، ۲۰۰۵). مشکل و نقص در باورهای فراشناختی، حساسیت آسیب پذیری فرزندان جانبازان PTSD را نسبت به مشکلات سلامت روان افزایش می‌دهد (مظلوم و یعقوبی، ۲۰۱۶؛ چو، ۲۰۱۷).

فراشناخت به عنوان آگاهی از این که فرد چگونه یاد می‌گیرد، آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره فرایندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از این که چه راهبردهایی را برای چه اهدافی مورد استفاده قرار دهد و ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد و بعد از اتمام عملکرد تعریف کرده است (فلاول، ۴، میلر، ۱۹۹۸). فراشناخت هم شامل فرایندهای شناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. فرایندهای فراشناختی دارای دو جنبه مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: یکی دانش فراشناختی و دیگری تجربه‌ی فراشناختی (کادیوار، ۶، ۲۰۰۴).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که راهبردهای ناسازگار مثل تفکر در جاماندگی، پایش تهدید، اجتناب و سرکوبی فکر، اصلاح خودباورهای مختل را با شکست مواجه می‌سازد. به عبارت دیگر، فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود و دسترسی به اطلاعات منفی درباره خود را افزایش می‌دهد و در نتیجه موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو سندرم شناختی-توجهی خوانده می‌شود که از دانش فراشناختی فرد، ناشی می‌شود و در موقعیت‌های مشکل‌زا فعال و پردازش می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده اند که باورهای فراشناختی با دسته وسیعی از اختلالات روانی در ارتباطند (ولز، کارترایت هاتون، ۲۰۰۴). در مدل S-REF فرض می‌شود که پریشانی‌های روان شناختی نتیجه‌ای از توجه و تمرکز زیاد بر خود، کفایت شناختی کاهش یافته، تحریفات توجه و فعالسازی باورهای خود و ارزیابی هستند (مظلوم، یعقوبی، ۲۰۱۶). مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که به صورت عمده به صورت اضطراب هستند. در نتیجه

1 Radfar

2 Mazlom.yagobi

3Cho

4 Flavell

5 Miller

6 Kadivar

7 wells

8 .Self-Regulatory Function model

فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می-شود (ولز، ۲۰۰۳).

علاوه بر این فراشناخت شامل دو حیطه ی محتوایی گسترده نیز هست. این حیطه های گسترده شامل باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناخت منفی هستند. باورهای فراشناختی مثبت به فواید و سودمندی های درگیر شدن در فعالیت های شناختی تشکیل دهنده ی سندرم شناختی و توجهی مربوط می شوند (ولز، ۲۰۰۹) و باورهای فراشناختی منفی به کنترل ناپذیری افکار، معنا و اهمیت افکار، و باورهای مرتبط با خطر افکار و تجربه های شناختی مربوط می شوند. ابعاد باورهای فراشناختی عبارتند از فقدان اعتماد شناختی^۳. باورهای مثبت در مورد نگرانی^۳. خودآگاهی شناختی^۴. کنترل ناپذیری و خطر افکار^۵. نیاز به کنترل افکار^۶. (پاپاجرجیو، ولز، ۲۰۰۳).

راهبردهای کنترل فکر پاسخ هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت های نظام فراشناختی خود نشان می دهند. ولز و ماتیوس^۱ (۱۹۹۴) اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می کنند. افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می کنند (ولز، ماتیوس، ۱۹۹۴) یکی از راهکارهایی که به کاهش تفسیر منفی از رویدادها کمک می کند، توجه به معنویت است. معنویت، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می دهد. اتحاد و یکپارچگی به انسان امید و معنا می دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علائق مادی فراتر می برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می شود (بوالهیری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). معنویت یک کیفیت روانی است که فراتر از باورهای مذهبی است و در انسان ایجاد انگیزه می کند و احساساتی مثل درک هیبت الهی و احترام به خلقت را در شخص به وجود می آورد. فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنای زندگی را دریافته است؛ حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد بعد معنوی، انسان را وا می دارد تا درباره خلقت و جهان لایتناهی تفکر کند (کرمانی، مامازندی ودانش، ۱۳۹۰). معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی-مذهبی و ارتباط درونی با یک قدرت مطلقه ی الهی، فراتر از مرز گرایش ها مذهبی به ادیان مختلف است که بیماران را به سمت قدرت لایزال الهی خداوند هدایت

-
- 1 Thought uncontrollability
 - 2 Cognitive unconfidence
 - 3 Positive beliefs about worry
 - 4 Cognitive self consciousness
 - 5 Uncontrollability and Thought risk
 - 6 Need of Thought control
 - 7 Papajergio
 - 8 Matthews

می کند (ریچاردز، هارمن و برت، ۲۰۰۷) بنابراین برای این که درمانگر بتواند در روند درمان بر سلامتی جسمی و روانی تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می بایستی مراجع را به توجه مسائل معنوی راهنمایی کند (جعفری، فرج زادگان، زمانی و همکاران، ۲۰۱۳). یافته های مطالعات متعدد نشان داده که سلامت معنوی عامل معنی دار در زندگی است که با کیفیت زندگی و سلامت روانی اجتماعی بیماران ارتباط دارند (هرث، ۲۰۰۲).

معنویت درمانی به بیماران کمک می کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنویت درمانی تحت هر شرایطی معنا دار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنا دار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا در این مسیر معنا یابد (بوآلهری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). طراحی انسان برای آینده و پوییش راه کمال، او را به سوی باور جهان آخرت می کشاند. چون انسان می خواهد به غایت و اهداف والایی در زندگی خویش دست یابد و نیز چون عمر کوتاهی آدمی به او فرصت نمی دهد تا به این اهداف نائل گردد، معتقد می شود که در عالم پس از مرگ می تواند به این کمال مطلوب دست یابد (روحانی نژاد، ۱۳۹۰). در پژوهشی که تعیین اثرات معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی و تلفیق این دو روش بر کاهش علائم ترومای ثانویه و تعدیل باورهای فراشناخت فرزندان جانبازان PTSD بود. نتایج نشان داد که اثرات معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی و روش تلفیقی در تعدیل و کاهش علائم ترومای ثانویه و تعدیل باورهای فراشناخت معنا دار بود (علی گوهری و ابوالمعالی و درتاج و جمهری، ۱۳۹۸). معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجع است. این بعد متعالی آن ها را به سوی خدا رهبری می کند (غباری بناب، ۱۳۸۸)، بنابراین برای این که درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز پردازد (میلر، ۲۰۰۳). مداخله ی معنوی، به عنوان یک روش درمانی مؤثر در سال های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه ای را ارائه می دهد که از راه آن ها، انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند. به همین دلیل است که معنویت، پیش بینی کننده ای قوی برای امید و سلامت روان و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری است (عبداله زاده و باقرپور و لطفی و همکاران، ۱۳۸۸). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می کنند که در درمان مسائل مهم معنوی درمان جویان در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ی ایمان

1 Richards, Hardman & Berrett

2 Herth

3 Miller

و معنویت درمان جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان جو باشد. در درمان معنویت گرا درمانگر، درمان جو را به کاوش در موضوعها و مسائل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی به صورتی بیطرفانه و غیر قضاوتگرانه است (ریچاردز، هادرن و برت، ۲۰۰۷). معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجع است این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند. بنابراین برای این که درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می‌بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز (میلر، ۲۰۰۳) بپردازد.

با توجه به آن چه گفته شد، در این پژوهش پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا معنویت درمانی منجر به تعدیل باورهای فراشناخت در فرزندان جانبازان PTSD می‌شود؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون باگروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان شاهد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در سال ۱۳۹۵ بود که پدرانشان جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی بودند. با هماهنگی ستاد شاهد دانشگاه و پس از کسب لیست دانشجویانی که پدران جانباز داشتند، ۲۰ نفر براساس ملاک‌های ورود به مطالعه و با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه براساس روش کوهن در سطح خطای ۰/۰۵ حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۲ در هر گروه معادل ۱۰ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت زن، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، نمره بیشتر از حد متوسط در پرسشنامه باورهای فراشناخت، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک و توافق آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون پرسشنامه باورهای فراشناخت را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی را دریافت کرد، در حالی که برای گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای ارائه نشد، محتوای بسته معنویت درمانی از پروتکل معنویت درمانی (علیرضایی مقدم بجستانی، ۱۳۹۶) اقتباس شد که اعتبار آن توسط ۱۰ متخصص در حوزه روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت و ضریب توافق ۹۰/۰ بدست آمد.

جدول ۱: عناوین و خلاصه محتوای پروتکل جلسات معنویت درمانی

جاسات	اهداف - نمونه‌ای از محتوا - تکالیف
جلسه اول آشنایی با اعضا	آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با جلسات درمانی - اخذ توافق آگاهانه از شرکت کنندگان، توضیح اهداف و بیان قوانین گروه-تعریف اعضا و بررسی باورهای آن‌ها در مورد معنویت، زمینه‌سازی شنیدن تجربه‌های معنوی آزمودنی‌ها- تفکر در مورد معنویت، هنگامی که تجربه خاصی بر معنویت به شما دست می‌دهد، حالات، احساس‌ها و تجربه‌های خود را در یک فرم چک لیست از صفر تا ۱۰ نمره دهید
جلسه دوم درونگری و توصیف	مرور تکالیف جلسه اول- درونگری، ادراک افراد از معنویت تمرکز زمان‌هایی که یک احساس خاصی مبتنی بر معنویت به فرد دست می‌دهد. تمرین درونگری فهم حکمت موجود در جهان هستی چه احساسی پیدا می‌کنید، این حالت‌ها از کجا می‌آیند و اجرای درونگری - از آزمودنی‌ها خواستیم تا جلسه بعدی آن‌چه در این فاصله در رابطه با اعمال معنوی را انجام داده‌اند و احساسی که داشتند در این مدت یادداشت کنند و تجربیات را با اعضای گروه به اشتراک بگذارند.
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه دوم - یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آن، چگونه می‌توان به آرامش رسید، بررسی موانع رسیدن به آرامش درمانگر بتواند بحث‌ها و تکالیف درمان جویان را به بحث منابع ترس و اضطراب پیوند دهند، مرگ از دست دادن، خطر آینده- تمرین شناخت و اضطراب و کسب آرامش، از آن‌ها خواستیم تا آنچه در این فاصله در رابطه با کسب آرامش انجام دادید و احساسات را در این مورد، یادداشت کنید و تجربیاتشان را با اعضای گروه به اشتراک بگذارند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه سوم، فهم پایان ناپذیری وارث ما، پایان ناپذیری چیست؟ از زندگی چه چیزی به ارث برده‌ایم، از دست دادن عزیزی چه احساس و تفکری در فرد ایجاد می‌کند - تمرین: وقتی به آن عزیز فکر می‌کنید، چه چیزی بیاد می‌آورد، وقتی می‌گویید آن‌ها یادشان باقیست، آیا منظور اینست که چیزی بر ما به ارث گذاشته‌اند- من از شما می‌خواهم تا جلسه بعد به این فکر کنید که کدامیک از رفتارهای شما بر مدار کین و کدامیک در مدار مهر قرار می‌گیرد و هر یک از این‌ها چه تاثیری در خودمان، دیگران و دنیا می‌گذارد و این تجربیات را با اعضای گروه به اشتراک بگذارید.

ادامه جدول ۱: عناوین و خلاصه محتوای پروتکل جلسات معنویت درمانی

جلسه پنجم	<p>بررسی تکالیف چهارم، ارث بر مدار مهر و ارث برمدار کین، فهم نتایج کینه توزی و مهرورزی و درک کلی در مورد فهم نتایج کینه توزی و مهرورزی دست یابند- تجربیات خود را با دیگران مرور کنید و موضوعاتی همچون احترام، بخشش، اعتماد، تحمل، مدارا و پرهیز از فاجعه‌سازی در روابط چه تاثیری دارند- از شماها می‌خواهم تا جلسه بعد سعی کنید خودتان و دیگران را ببخشند، فاجعه‌سازی نکنید و انتظارتان از خود و دیگران را منطقی کنید و تحمل و مدارا داشته باشید و به ما بگویید این کارها چه تاثیری در خودمان و دیگران می‌گذارند.</p>
جلسه ششم مراقبه	<p>بررسی تکالیف جلسه پنجم- پیامدهای رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و کینه جویی و مراقبت از رفتارهای مهرورزانه و درک کلی در مورد محاسبه دیدن اعمال و نتیج آن و مراقبه حفظ رفتارهای مهرورزانه دست یابند- تجربیات خودتان و دیگران را مرور کنند و به ما بگویند برای محاسبه و مراقبه چه می‌کنند و مسئولیت‌پذیری انسان بایستی چگونه باشد آیا مراقبه لذتبخش است. تا جلسه بعد سعی کنید اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید راههایی برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی خودتان و حفظ خودتان از محور کین پیدا کنید، کارهای شما چه تاثیری می‌تواند در خودتان و دیگران داشته باشد</p>
جلسه هفتم فهم بخشش و حل و فصل خشم	<p>مرور تکالیف جلسه ششم، بخشش و حل و فصل خشم تجربیات ماندن در مدار مهر چیست و تجربیات تام با کین، همراه با خشم و دشمنی، فاجعه‌سازی است و بخشش یک فضیلت قابل آموزشی در برابر خطا دیگران و صرف‌نظر کردن از انتقام تجربیات خود را مرور کنید، چه چیزی مانع بخشیدن دیگران می‌شود، بر روی خشم خود فکر کنید، چقدر احساس مخربی دارید، رنج ناشی از خشم چه احساسی در خود و دیگران بوجود می‌آورد، بخشش چقدر می‌تواند در این موقعیت لذتبخش باشد. تا جلسه بعدی، تجربیات خود را مرور کنید، چه چیزی مانع بخشیدن و حل و فصل خشم می‌شود و به موانع خشم خود فکر کنید و به بخشش به‌عنوان یک انتخاب عملی مهرورزانه فکر کنید و برای رهایی از خشم خودتان و دیگران به دنیا متمرکز شوید</p>

ادامه جدول ۱: عناوین و خلاصه محتوای پروتکل جلسات معنویت درمانی

جلسه هشتم مرور تکالیف جلسه هفتم، خروج از مسیر مهرورزی از نیروی برخاسته از خودخواهی نهفته است، ما نیازمند خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار برای پذیرش و شکیبایی...- تجربیات خود را مرور کنید و بما بگویید برای محاسبه و مراقبه، چگونه از رفتار خودتان مراقبت می کنید، چگونه در خود آگاهی افزایشی و چگونه می توانیم اقدامات مسئولانه انجام دهیم- از شما می خواهیم که اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید و راههایی برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی خودتان از محور کین پیدا کنید و تاثیر آن را در خودمان و دیگران بررسی کنید

جلسه نهم مرور تکالیف جلسه هشتم، افزایش خودکنترلی، در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری تحمل مدارا و اقدام مسئولانه به ما بگویید محاسبه و مراقبه، تحمل خودکنترلی، پذیرش و شکیبایی را بالامیبرد و سودمندی شخصی و اجتماعی را افزایش می دهد این اقدامات بردونگری ذهنی، مفید خواهد بود- تا جلسه بعد اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید، راههای برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و حفظ خودتان و دیگران پیدا کنید و به ما بگویید چه تاثیری در دیگران و خودمان دارد

جلسه دهم مراقبت از خود، در حفظ آگاهی امید و انتظار، پذیرش شکیبایی و اقدام مسئولانه - تجربیات خود و دیگران را مرور کنید، برای خودپایی چه می کنید، یا خودپایی احساس مسئولیت پذیری را در شما افزایش می دهد و حفاظت از خود و دیگران هم مدنظر قرار گیرد- امروز آخرین جلسه درمانی است، از شما می خواهیم مواظب خودتان باشید، راههای مراقبت از رفتارها مبتنی بر مهرورزی را خوب یاد بگیرید و بخشش، خود آگاهی، پذیرش، درونگری و تمامی مواردی که درده جلسه همه باهم درونی سازی کنید.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30) استفاده گردید. این پرسشنامه که توسط ولز و کارترایت هاوتون طراحی شده، دارای ۳۰ گویه است و گویه های آن از طریق مقیاس چهاردرجه ای لیکرت (موافق نیستم، تا حدودی موافقم، موافقم، خیلی زیاد موافقم) نمره گذاری می شود و باورهای فراشناختی را در پنج خرده مقیاس جداگانه شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهایی در مورد اعتماد شناختی، باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل، و خود آگاهی شناختی مورد بررسی قرار می دهد. دامنه نمره این پرسشنامه در فاصله ۶ تا ۲۴ قرار دارد. همه خرده مقیاس ها به

صورت مستقیم نمره گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر در هر یک از مقیاس‌ها است. رابطه معنی داری بین نمره این پرسشنامه و سلامت عمومی (GHQ) گزارش شده است که به عنوان شاخصی از روایی ملاکی آن تلقی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مولفه های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی آن به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ گزارش داده اند.

بعد از اتمام دوره اجرای پروتکل و همچنین پس از گذشت یک ماه از دوره آموزشی هر دو گروه در مرحله پیگیری به پرسش نامه باورهای فراشناخت پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS 22 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مختلط با یک عامل بین گروهی و یک عامل درون گروهی (عامل زمان) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها توسط آزمون شاپیرو ویلک مورد تایید قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۲۷/۲۰ و ۳/۳۳ و گروه کنترل به ترتیب ۲۶/۶۰ و ۳/۷۱ بود. میانگین و انحراف استاندارد درجه جانبازی پدر شرکت کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۳۸/۰۰ و ۱۰/۹۴ و گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۵۰ و ۷/۴۲ بود. میانگین و انحراف استاندارد سن پدر شرکت کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۵۵/۶۰ و ۶/۹۰ و گروه کنترل به ترتیب ۵۳/۲۰ و ۳/۴۳ بود. میانگین و انحراف استاندارد سال های تحصیل پدر شرکت کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۱۳/۵۰ و ۲/۸۰ و گروه کنترل به ترتیب ۱۴/۴۰ و ۲/۰۷ بود. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک مؤلفه های باورهای فراشناخت (فقدان اعتماد شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار) را در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک مؤلفه های
مؤلفه های باورهای فراشناخت در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش
آزمون، پس آزمون و پیگیری

باورهای فراشناخت	شاخص آماری	زمان		پیگیری
		پس آزمون	پیش آزمون	
فقدان اعتماد شناختی	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/75 \pm 10/20$ ($p=0/769$)	$2/89 \pm 11/30$ ($p=0/677$)	$1/55 \pm 9/80$ ($p=0/321$)
	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/79 \pm 13/10$ ($p=0/106$)	$1/96 \pm 11/60$ ($p=0/394$)	$1/10 \pm 13/10$ ($p=0/359$)
باورهای مثبت	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/78 \pm 8/60$ ($p=0/463$)	$1/89 \pm 9/00$ ($p=0/190$)	$1/66 \pm 8/90$ ($p=0/646$)
	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/00 \pm 12/10$ ($p=0/152$)	$1/23 \pm 11/20$ ($p=0/389$)	$1/34 \pm 12/30$ ($p=0/421$)
خود آگاهی شناختی	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/14 \pm 13/20$ ($p=0/055$)	$2/01 \pm 15/40$ ($p=0/680$)	$1/99 \pm 14/20$ ($p=0/184$)
	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$2/83 \pm 14/70$ ($p=0/053$)	$3/40 \pm 15/30$ ($p=0/232$)	$1/85 \pm 14/90$ ($p=0/254$)
کنترل ناپذیری و خطر افکار	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$2/70 \pm 10/20$ ($p=0/381$)	$3/51 \pm 11/90$ ($p=0/889$)	$2/18 \pm 10/90$ ($p=0/156$)
	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/87 \pm 14/80$ ($p=0/848$)	$1/79 \pm 12/90$ ($p=0/487$)	$1/58 \pm 14/60$ ($p=0/709$)
نیاز به کنترل افکار	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/87 \pm 10/80$ ($p=0/848$)	$2/26 \pm 12/30$ ($p=0/115$)	$2/35 \pm 11/00$ ($p=0/625$)
	میانگین \pm انحراف استاندارد شاپیرو-ویلک	$1/83 \pm 13/00$ ($p=0/097$)	$2/35 \pm 12/80$ ($p=0/715$)	$1/87 \pm 12/80$ ($p=0/487$)

جدول ۱ نشان می دهد که شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به همه مؤلفه ها در هر دو گروه و در هر سه مرحله اجرا در سطح $0/05$ غیر معنادار است. این موضوع بیانگر آن است که توزیع نمرات مربوط به همه مؤلفه های باورهای فراشناخت در هر دو گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری نرمال است. در ادامه استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از متغیر عضویت گروهی نیز در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که ارزش F ($F(5 و 14) = 2/012, P > 0/05$) حاصل از مقایسه نمرات پیش آزمون مؤلفه های باورهای فراشناخت (فقدان اعتماد شناختی، باورهای مثبت خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار) در سطح $0/05$ غیر معنادار بود.

همچنان که اشاره شد برای آزمون فرضیه های فوق از طرح ترکیبی دوراهه چند متغیری استفاده شد. پیش از گزارش نتیجه تحلیل، شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از شاخص موجلی^۱ و همگنی واریانس های خطا از طریق آزمون لون بررسی شد. جدول ۲ نتیجه تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه های باورهای فراشناخت را نشان می دهد.

جدول ۲: نتیجه تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر

مؤلفه های باورهای فراشناخت

متغیر	کرویت موجلی		لون			آزمون چند متغیری		
	شاخص موجلی	χ^2	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	لامبدای ویلکز	(sig)F	
فقدان اعتماد شناختی	۰/۹۷۰	۰/۵۱۷	۱/۴۲۷	۰/۰۴۵	۱/۵۰۹	۰/۶۶۱	۴/۳۴۳ (۰/۰۳۰)	۰/۳۳۹
باورهای مثبت خودآگاهی شناختی	۰/۸۵۱	۲/۷۴۹	۰/۹۰۰	۳/۲۰۷	۰/۸۱۲	۰/۸۰۵	۲/۰۵۴ (۰/۱۵۹)	۰/۱۹۵
خودآگاهی شناختی	۰/۶۹۸	۶/۱۲۰*	۰/۱۶۲	۰/۱۵۵	۰/۳۷۱	۰/۴۰۴	۱۲/۵۲۳ (۰/۰۰۴)	۰/۵۹۶
کنترل ناپذیری افکار	۰/۸۶۰	۲/۵۶۱	۳/۴۰۱	۰/۴۲۴	۰/۱۶۵	۰/۶۱۳	۵/۳۵۹ (۰/۰۱۶)	۰/۳۸۷
نیاز به کنترل افکار	۰/۸۹۵	۱/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۴۱۰	۰/۸۲۲	۱/۸۴۰ (۰/۱۸۹)	۰/۱۷۸

$$P < 0/05$$

منطبق بر نتایج جدول فوق، تست موجلی نشان داد ارزش مجذور کای برای مؤلفه خودآگاهی شناختی ($\chi^2 = 6/120, p < 0/05$) در سطح ۰/۰۵ معنادار و بنابراین مفروضه کرویت برای آن مؤلفه، بر خلاف چهار مؤلفه دیگر برقرار نبود. به همین دلیل درجه آزادی مربوط به مؤلفه خودآگاهی شناختی باورهای فراشناخت با استفاده از روش برآورد گرینهوس-گیسر اصلاح شد. همچنین منطبق بر نتایج جدول فوق، استفاده از آزمون لون نشان داد که مفروضه همگنی واریانس های خطا برای همه مؤلفه های باورهای فراشناخت برقرار است. جدول ۲ نشان می دهد که ارزش F برای مؤلفه فقدان اعتماد شناختی (۰/۶۶۱ = لامبدای ویلکز، $\text{partial } \eta^2 = 0/339$ ، $F(2 \text{ و } 17) = 4/343$ ، $P = 0/030$ و کنترل ناپذیری افکار (۰/۶۱۳ = لامبدای ویلکز، $\text{partial } \eta^2 = 0/387$ ،

1 - Mauchly

2 -Greenhouse-Geisser

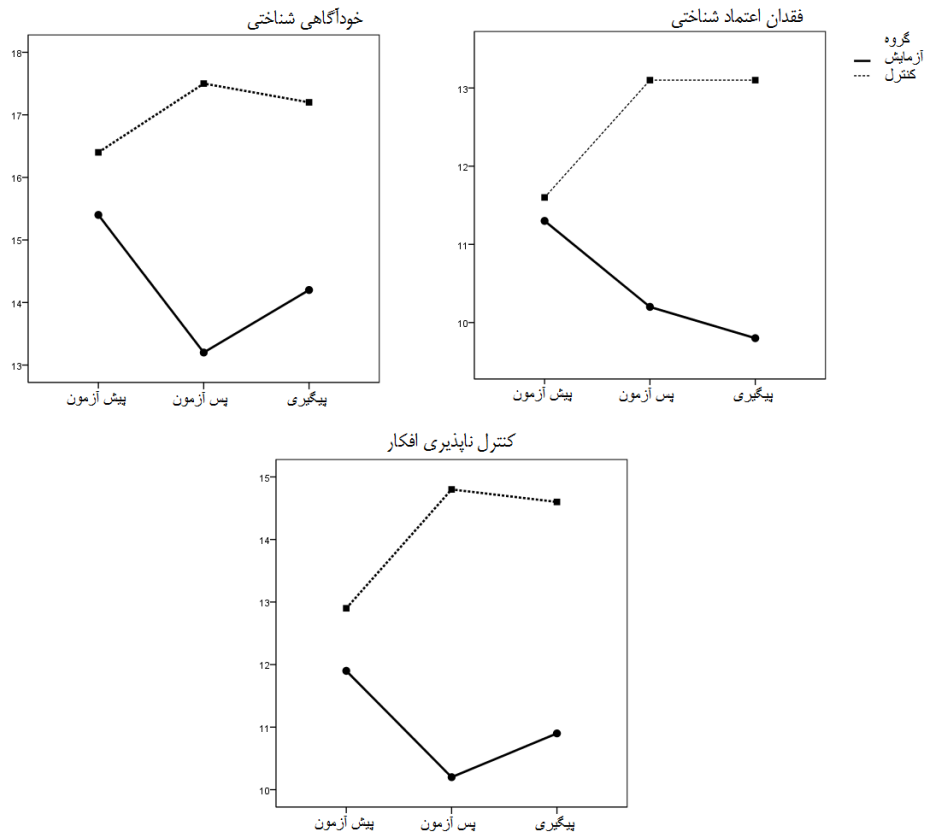
partial $\eta^2 = 0/016$ ، $P = 0/0005$ ، $F(2 \text{ و } 17) = 5/359$ باورهای فراشناخت در سطح $0/05$ و برای مؤلفه خودآگاهی شناختی ($0/404 =$ لامبدای ویلکز، $0/596 = \text{partial } \eta^2$ ، $P = 0/004$ ، $12/523 = F(2 \text{ و } 17)$ در سطح $0/01$ معنادار است. در مقابل ارزش F برای دو مؤلفه باورهای مثبت و نیاز به کنترل افکار در سطح $0/05$ معنادار نبود. جدول ۳ معناداری اثرات بین آزمودنی را در تبیین تعامل بین شرایط * زمان برای هر یک از مؤلفه های باورهای فراشناخت نشان می دهد.

جدول ۳: معناداری اثرات بین آزمودنی در تبیین تعامل بین شرایط * زمان برای هر یک از مؤلفه های باورهای فراشناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	partial η^2
فقدان اعتماد شناختی	۲۶/۵۳	۲	۱۳/۲۷	۲/۵۱	۵/۲۹۱	۰/۰۱۰	۰/۲۲۷
باورهای مثبت	۵/۲۳	۲	۲/۶۲	۱/۳۹	۱/۸۹۹	۰/۱۶۴	۰/۰۹۵
خودآگاهی شناختی	۲۷/۶۳	۱/۵۳۶	۱۳/۸۲	۲/۰۲	۶/۸۵۱	۰/۰۰۷	۰/۲۷۶
کنترل ناپذیری افکار	۳۵/۱۰	۲	۱۷/۵۵	۲/۶۰	۶/۷۵۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۳
نیاز به کنترل افکار	۷/۹۰	۲	۳/۹۵	۱/۵۳	۲/۵۹۷	۰/۰۹۰	۰/۱۲۵

براساس نتایج جدول ۳ اثر تعاملی شرایط * زمان برای مؤلفه های باورهای مثبت و نیاز به کنترل افکار باورهای فراشناخت در سطح $0/05$ غیر معنادار است. بنابراین تا اینجا چنین نتیجه گیری شد که اجرای معنویت درمانی منجر به بهبود مؤلفه های باورهای مثبت و نیاز به کنترل باورهای فراشناختی نمی شود. در مقابل اثر تعاملی برای مؤلفه های فقدان اعتماد شناختی ($0/227 = \text{partial } \eta^2$ ، $P = 0/010$ ، $F(2) = 5/291$)، خودآگاهی شناختی ($0/276 = \text{partial } \eta^2$)

$\eta^2 = 0/273$ ، $\text{partial } \eta^2 = 0/003$ ، و کنترل ناپذیری افکار $(F(1/536) = 6/851, P = 0/007, \eta^2 = 0/007)$ در سطح $0/01$ معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که اجرای متغیر مستقل منجر به تعدیل نمرات مؤلفه های فقدان اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی و کنترل ناپذیری افکار باورهای فراشناخت شده است. نمودارهای شکل ۱ این موضوع را به خوبی نشان می دهد.



شکل ۱: نمودار اثر معنویت درمانی بر مؤلفه های فقدان اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی و کنترل ناپذیری افکار باورهای فراشناخت.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر بیانگر اثر بخشی معنویت درمانی بر تعدیل سه مولفه باورهای فراشناخت، یعنی فقدان اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی و کنترل ناپذیری افکار باورهای فراشناخت بود و این اثرات در یک پیگیری یکماهه تداوم داشت. این یافته ها تقریباً با یافته های پژوهشهای قبلی (گل پرور، صفری (۲۰۱۶)، بوش، جیمزسون، فلیپس (۲۰۱۲)، عسگری، علی اکبری، دادکان (۲۰۱۲)، سرتیپ زاده، علی اکبری، طبیبیان (۲۰۱۶)، امیرارجمندی (۲۰۱۵)، بلهری، نظری، زمانی (۲۰۱۲)، لطفی کاشانی، وزیر، قیصر و همکاران، (۱۳۹۱)، پارگامنت (۲۰۰۷)، پارگامنت، (۱۹۹۷)، راسیک و همکاران (۲۰۱۱)، پارگامنت (۲۰۱۶)، کیانی و همکاران، (۱۳۹۴)، همسویی دارد. در تبیین اثرات معنویت درمانی بر فقدان اعتماد شناختی میتوان گفت که در باورهای فراشناخت مولفه فقدان اعتماد شناختی عدم اطمینان فرد به قدرت حافظه در به خاطر سپردن خاطرات، لغات و اسامی مورد توجه است و فرد اعتقاد دارد که از حافظه ضعیفی برخوردار است و نمی تواند به آنچه که در حافظه اش ذخیره شده اعتماد کند و در پردازش اطلاعات دچار مشکل است (ولز، ۲۰۰۹) از اینرو به نظر می رسد در این پژوهش آموزش معنویت درمانی با ایجاد تمرین تقویت حافظه و هدف قراردادن تواناییهای فرد در ایجاد تمرکز و توکل به خدا در کمک رسانی به فرد در تعدیل و کاهش اطمینان شناختی موثر بوده است

یافته دیگر این پژوهش در تاثیر معنویت درمانی بر خودآگاهی شناختی می توان گفت که باورهای فراشناختی می توان گفت که نکارآمد به عنوان تمایل افراد دارای خودآگاهی شناختی زیاد بیشتر به کنترل افکارشان میپردازند و بنابراین بیشتر آگاه می شوند که بر فرآیندهای تفکرشان کنترل ندارند. خودآگاهی شناختی ممکن است پیامدی از پردازش آگاهانه باشد که برجستگی افکار و احتمال ارزیابی منفی و افکار مزاحم را افزایش می دهد. خودآگاهی شناختی می تواند افکار وسواسی و نشخوار فکری را پیش بینی کند. و ممکن است فرد را آگاه کند که افکارش غیرقابل کنترل است و موجب تداوم افکار منفی شود و برای تمرکز و انتقال توجه مانع ایجاد نماید (سرتیپ زاده و علی اکبری و طبیبیان، ۲۰۱۶) همان گونه که ذکر شد در این پژوهش معنویت درمانی بر

-
- 1 Golparvar
 - 2 Bush. Jamson.philips
 - 3 Asgari.aliakbari.dadkhan
 - 4 Sartipzadeh.aliakbari.tabibian
 - 5 Amirarjmandi
 - 6 Bolhari.naziri.zamani
 - 7 Lotifi kashani.vaziri.gysar
 - 8 Pargament
 - 9 Rasike
 - 1 Keyani

کاهش خودآگاهی شناختی اثر داشته است. به نظر می‌رسد تمرکز بر معنویت، توجه و ارزیابی بیش از حدبرافکار، و بازیابی و کارکرد ذهنی خود بر می‌دارد و موجب کاهش و تعدیل خودآگاهی شناختی و در نهایت کاهش اضطراب می‌شود.

یافته سوم این پژوهش حاکی از اثربخشی معنویت درمانی بر تعدیل و کنترل ناپذیری افکار و باورهای فراشناخت است، این مولفه باورهای فراشناخت بیانگر میزان عدم کنترل فرد در مورد نگرانی است. به عبارتی فرد تصور می‌کند که نگرانی برایش خطرناک و بیماری‌زا است، به طوری که توان توقف و نادیده گرفتن آن را ندارد و همچنان نگرانی در تمامی افکارش فارغ از هر نوع تلاش استمرار داد (ولز، ۲۰۰۹). در این پژوهش آموزش معنویت درمانی بر کاهش و تعدیل نگرانی اثر داشته به طوری که امید به خدا و توکل به یک قدرت متعالی، نیایش با خدا و تمرین مراقبه منجر به تعدیل و کاهش اضطراب و در نهایت نگرانی و کنترل ناپذیری افکار شده است.

مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش‌های ناکارآمد افراد مربوط به نگرش و تفسیر آن‌ها از زندگی است. عامل استرس‌زای زندگی که باعث شکل‌گیری و تقویت نگرش‌های ناکارآمد در فرزندان جانبازان، به واسطه ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر برخی از باورها و ارزش‌های فردی همچون کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. آموزش معنویت درمانی به افراد کمک می‌کند که آن‌ها با به‌کارگیری منابع در دسترس و راه‌های متعدد به کاهش اثرات منفی باورهای فراشناخت بپردازند. برای مثال، نیایش، یاری‌رساندن به دیگران، قدردانی کردن، صبر در مسائل و مشکلات، طلب بخشش از خداوند و دیگران، پذیرش انتقادات و نظرات دیگران (که همگی مستلزم برقراری ارتباط با خداوند، دیگران و خداوند است، اختلال ایجادشده در نگرش‌های ناکارآمد خود را جبران می‌کنند و وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند (بله‌ری و نظری و زمانی، ۲۰۱۲).

مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر معنویت درمانی در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. در معنویت باهدف قرار دادن باورهای فرد ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه جدید ارزیابی نموده، حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته باشد (لطفی کاشانی و وزیر و قیصر و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که خداوند را در موقع سخت و ناگوار نگه‌داشته‌اند، توانسته‌اند با این منبع عظیم معنوی یکپارچگی روانی و معنوی خود را حفظ کنند و یکپارچگی روانی و معنوی به‌عنوان سپر بلا در مقابل، اضطراب و درماندگی عمل کرده است (پارگامنت، ۲۰۰۷). وقتی هیچ امیدی برای انسان نسبت به حل مشکلات از طریق کمک گرفتن از نیروهای اجتماعی و مادی نمی‌ماند، انسان‌ها معتقد به خدا برمی‌گردند (پارگامنت، ۱۹۹۷). اعمال مذهبی سازمان‌یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط به خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تأمین می‌کند، عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به‌عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از

طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، اضطراب و استرس زندگی را کم کنند (راسیک و همکاران، ۲۰۱۱). باورهای مذهبی و معنوی منجر به یک سلسله عواطف و احساسات مثبت می‌شوند که از طریق سیستم ایمنی برای سلامتی مفید هستند. از جمله این عواطف می‌توان به صبر، توکل، رحمت، تسلیم، اطمینان و... اشاره کرد (پارگامنت، ۲۰۱۶).

وجود محیط امنی که بتوان در آن به بیان احساسات منفی خود پرداخته و بر نیروی الهی در کمک به سعادت روحانی و معنوی خود تمرکز نمایند، می‌تواند در کاهش اضطراب مؤثر باشد. همچنین ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی افرادی ایجاد نمایند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۴). باور به این‌که خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد به عبارت دیگر این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد (پارگامنت، ۲۰۱۶).

بنابراین، با توجه به تاثیر معنویت درمانی بر باورهای فراشناخت فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD، براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران و پژوهشگران بر کاربرد و آموزش معنویت درمانی بر تغییر باورهای فراشناخت ناکارآمد تاکید کنند.

منابع

- امیر ارجمندی، زهره السادات، هاشمیان، کیانوش و نیکنام، مژگان. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل منطقه 5 تهران. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، سال یازدهم، شماره ۳۵. ۱۳۷ - ۱۵۸.
- انیسی، جعفر. (۱۳۷۷). بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیر اعصاب و روان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران*.
- بوالهروی، جعفر، نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان*. سال سوم. شماره ۱. ۸۵ - ۱۱۶.
- بوالهروی، جعفر و دیگران (۱۳۹۲). *آموزش مهارت‌های معنوی*. تهران: مرکز مشاوره دانشگاه تهران.
- روحانی نژاد، حسین. (۱۳۸۹). *توکل*. تهران: کانون اندیشه جوان.

سرتیپ زاده، افسانه. (۱۳۹۳). اثربخشی معنویت درمانی بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر اصفهان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی*. دانشگاه پیام نور استان تهران.

عبداله زاده، حسن، باقر پور، معصومه، لطفی، محدثه و بوژمهرانی، سمانه. (۱۳۸۸). **هوش معنوی (مفاهیم، سنجش و کاربردهای آن)**. چاپ اول، تهران: روان‌سنجی.

علیرضایی مقدم بجستانی، سمیه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و معنادرمانی گروهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان مبتلابه PTSD ناشی از جنگ. رساله دکتری دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

علی گوهری، بهزاد، ابوالمعالی، خدیجه، درتاج، فریبرز و جمهری، فرهاد. (۱۳۹۸). اثربخشی راهبردهای مقابله مذهبی بر تعدیل باورهای فراشناخت در فرزندندان جانبازان مبتلابه PTSD. *فصلنامه طب جانباز*، دوره ۱۲ شماره ۱.

غباری بناب، محمدباقر. (۱۳۸۸). **مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت**. تهران: آرون. کیانی، جمیله، جهان پور، فائزه، عباسی، فرهاد، درویشی، شهرزاد و قلی زاده، بهزاد. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر. *فصلنامه پرستاری گروه های آسیب پذیر*. سال دوم. شماره ۵. ۴۰ - ۵۱. کرمانی مامازندی، زهرا و دانش، عصمت. (۱۳۹۰). تأثیر نگرش مذهبی و هیجان خواهی بر سازگاری زناشویی دبیران متأهل شهرستان پاکدشت. *مطالعات روان‌شناختی*. دوره ۷. شماره ۲. ۱۲۹ - ۱۵۴.

گل پرور، محسن و خاکسار، سروره. (۱۳۸۸). سلامت عمومی دانشجویان تابعی از جهت گیری مذهبی، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*. شماره ۴. ۴۳ - ۶۴.

لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، قیصر، شروین، موسوی، سیدمهدی و هاشمیه، مژگان. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه سرطان. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال ششم. شماره ۲۰. ۱۷۳ - ۱۸۶.

مرادی، اعظم، عابدی، احمد. (۱۳۸۹). فراتحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون میزان سازگاری خانوادگی، خانوادهای شاهد و ایثارگر. *فصلنامه خانواده پژوهی*. تابستان دوره ششم، شماره ۲۲. ۱۹۳ - ۲۱۰.

References:

- Asghari, N., Ali Akbari, M., Dadkhah, A. (2012). Group Therapy as a Rehabilitation Method for Depression Depression in Elderly Women. *Journal of Disability Studies.*; 2 (1): 31-38.
- Bush, AL., Jameson, JP., Barrera, T., Phillips, LL., Lachner, N., Stanley. (2012). MA. An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/ spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health, Religion & Culture.* 302-191.
- Chow, K. -W., & Lo, B. C. Y. (2017). Parental Factors Associated with Rumination Related Metacognitive Beliefs in Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 8, 536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00536>
- Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.*;11(3):279-96.
- Flavell, JH., Miller, PH. (1998). **Social cognition.** In: Kuhn D, Siegler RS. (editors). *Handbook of child psychology: Cognition, perception, and language.* 5th ed. New York: Wiley; 851-98.
- Jafari ,N., Farajzadegan ,Z., Zamani ,A., Bahrami ,F., Emami ,H., Loghmani ,A. (2013). Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *J Evidence- Based Complementary and Alternative Medicin.* 353-262.
- Kadivar P.(2004). **Educational psychology.** Tehran: Samt;: 46.
- Mazloom, M., Yaghubi, H., & Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 88, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.053>
- Miller, G., (2003). **Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique.** New Jersey: Willey & Sons/Inc.
- Papageorgiou C, Wells A.(2003) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cogn Ther Res*; 27: 261-73.
- Pargament, K. I, (1997), *The psychology of religion and coping, Theory, research, practice*, New York, London: The Guilford Press.
- Pargament, K. (2012). **Religion and coping: The current state of knowledge**, in Folkman S., editor. (ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping.* New York: Oxford University Press.

- Pargament, K. I. (2007). **Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred**. New York, NY, US: Guilford Press.
- Pargament KI. (2016) **Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred**. Kalantar SM, Hosseini SM, Motahari S, translators. 1st Edition. Tehran: Avaye Noor;.
- Radfar, Sh., Haghani, H., Tavalaei, S. A., Modirian, E., Falahati, M. (2005). Evaluation of Mental Health State in Veterans Family (15-18 Y/O Adolescents). *J Mil Med*, 7(3), 203–209. Retrieved from <http://militarymedj.ir/article-1-79-fa.html>.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). **Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders**. Washington: American Psychological Association.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. (2010). Metacognitive Therapy for anxiety and depression, *Cognitive behavioral therapy book reviews*, 6 (1): 1-4.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*.;42(4):385-96.
- Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression**. New York: Guilford: 11-48.
- Wells A, Matthews G. (1994). **Attention and emotion: A clinical perspective**. Hove, UK: Erlbaum;: 21-5.