

The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Depression, Mental Health and Psychological Capital in Recovering From Covid-19 Disease

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors

Fatemeh Eisazadeh¹
Majid Saffari Nia^{2*}

How to cite this article

Fatemeh Eisazadeh, Majid Saffari Nia, The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Depression, Mental Health and Psychological Capital in Recovering From Covid-19 Disease, *Journal of Quran and Medicine*. 2021; 5(4):11-22.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was the effectiveness of group spiritual therapy on depression, mental health and psychological capital in recovering from Covid-19 disease.

Material and Methods: The statistical method used in the present study is multivariate analysis of covariance and the sampling method is available sampling. The statistical population of the present study consisted of women recovering from Covid-19 disease who lived in Bushehr province. The statistical sample size is 40 people (20 people in the experimental group and 20 people in the control group). The subjects in the experimental group underwent 14 sessions of 90-minute spiritual therapy. In the present study, Beck Depression Inventory, Goldberg Mental Health and Lutans psychological capital questionnaires were used.

Findings: Based on the results, there was a significant difference between the experimental and control groups in the post-test variables of depression, mental health and psychological capital with pre-test control ($P = 0.000$). In other words, the result of multivariate test was significant before adjusting for the variable (age) according to the overall score of depression, mental health and psychological capital among the experimental and control groups.

Conclusion: The results of the present study showed that spiritual therapy is an effective treatment to improve depression, mental health and promote psychological capital in patients with Covid-19 disease.

1. PhD student in Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Coresponding Author).

Keywords: Group Spiritual Therapy, Depression, Mental Health, Psychological Capital, Covid-19.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: m.saffarinia@yahoo.com

Article History

Received: 2020/11/29

Accepted: 2021/03/07

ePublished: 2021/03/16

اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر افسردگی،

سلامت روان و سرمایه‌های روان‌شناختی در

بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹

فاطمه عیسی زاده^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مجید صفاری نیا^{۲*}

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افسردگی، سلامت روان و سرمایه‌های روان‌شناختی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش آماری استفاده‌شده در پژوهش حاضر تحلیل کوواریانس چند متغیره است و روش نمونه‌گیری نیز، نمونه‌گیری در دسترس است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ که در استان بوشهر ساکن بودند، تشکیل داد. حجم نمونه آماری نیز ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) می‌باشد. افرادی که در گروه آزمایش قرار گرفتند ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی را گذراندند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های افسردگی بک، سلامت روان گلدبرگ و سرمایه روان‌شناختی لوتانز استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی، با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/000$). (به عبارت دیگر نتیجه آزمون چند متغیره، قبل از تعدیل متغیر هم تغییر (سن) با توجه به نمره کلی افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد معنویت درمانی، درمانی اثربخش در جهت بهبود افسردگی، سلامت روان و ارتقای سرمایه روان‌شناختی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ است.

کلیدواژه‌ها: معنویت درمانی گروهی، افسردگی، سلامت روان، سرمایه‌های روان‌شناختی، کووید-۱۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۷

* نویسنده مسئول: m.saffarinia@yahoo.com

مقدمه

در آخرین روزهای منتهی به پایان سال ۲۰۱۹، دولت چین به‌طور رسمی بروز وقوع همه‌گیری (اپیدمی) با یک نوع ویروس جدید از خانواده کرونا را که بعدها کووید-۱۹ نام گرفت اعلام کرد (۱). خیلی زود نه‌تنها بیماری به شهرها و مناطق مختلف کشور چین، بلکه به کشورهای دیگر قاره کهن آسیا گسترش پیدا کرد. دیری نپایید که گسترش بیماری از آسیا عبور کرد و تبدیل به یک همه‌گیری جهانی (پاندمی) شد. با گذشت کمتر از سه ماه از شروع همه‌گیری، بیش از یک‌صد هزار مورد ابتلا و حدود چهار هزار مرگ ناشی از بیماری در سطح جهانی گزارش شد (۲).

عده‌ای زیادی در سرتاسر جهان به بیماری کووید-۱۹ مبتلا شده و بسیاری نیز جان خویش را از دست داده‌اند و این امر نیز به‌خودی‌خود باعث ایجاد مشکلات روانی- اجتماعی فراوانی در میان مبتلایان و بهبودیافتگان از این بیماری شده است؛ مطابق با نتایج تحقیقات شایع‌ترین پیامدهای روانی کرونا ویروس جدید، شامل ترس از مرگ، افسردگی و اضطراب می‌باشد؛ همچنین کاهش فعالیت‌های اجتماعی، احساس طرد از سوی جامعه، کاهش ارتباط مؤثر با خانواده و اطرافیان و تجربه انگ توسط بیمار و خانواده‌اش از جمله پیامدهای اجتماعی این بیماری محسوب می‌شود (۳).

محققان دانشگاه آکسفورد انگلیس به‌تازگی اعلام کردند یک خطر دیگر که بهبودیافتگان از کووید ۱۹ را تهدید می‌کند، ابتلا به اختلالات روانی است. یک تحقیق که بر روی بیش از ۶۲ هزار بیمار مبتلا به کرونا پس از بهبودی انجام گرفته است، نشان می‌دهد این افراد به‌شدت در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند. بر این اساس، محققان مشاهده کردند یک نفر در هر ۱۶ بهبودیافته کرونایی که پیش‌تر هیچ سابقه بیماری روانی نداشته است، یک تا سه ماه پس از ابتلا به کرونا به اختلالات روانی دچار شده است. تحقیقات نشان داد این میزان ابتلا به اختلالات روانی دو برابر میزانی است که متخصصان قبلاً پیش‌بینی می‌کردند. محققان انگلیسی می‌گویند بیمارانی که شرایط وخیمی داشته و در بیمارستان بستری شده‌اند نسبت به بیمارانی که علائم خفیف‌تری داشتند و دوره درمان خود را در خانه گذرانده‌اند، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند. اختلالات مرتبط با اضطراب و نگرانی یکی از موارد شایع در میان بهبودیافتگان است. بالین‌حال، افسردگی، بی‌خوابی، زوال عقل و جنون نیز در میان بهبودیافتگان مشاهده شده است (۴).

نقش معنویت در زندگی انسان‌ها طی سال‌های متمادی در حوزه‌های مختلف علمی توجهات زیادی را به خود جلب نموده است. معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و انسان‌ها همواره باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را همراه دارند. تحقیقات علمی در مورد معنویت و مذهب و شناسایی مکانیسم‌های عملی آن در سال‌های اخیر شروع شده است (۵). نتایج پژوهش موسی پور، چنگی آشتیانی و کهربایی کلخوران علیا (۶) نشان می‌دهد که افزایش سطح تحول روانی معنوی یک عامل کلیدی در کاهش اضطراب وجودی، احساس

ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ به عبارت دیگر سلامت تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. گی، کروچر، ماتو و بوربگ (۱۵) نیز سلامت روانی را استعداد روان جهت کار کردن به صورت هماهنگ، خوشایند و مؤثر، انعطاف‌پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و تعادل داشتن جهت ارزیابی خویش، تعریف کرده‌اند. مطابق با تحقیقات صفاری نیا، عیسی زاده و حمزئی (۱۶) و شاو (۱۷) بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ فشارهای روانی بسیاری را متحمل می‌شوند که همین امر نیز موجب به خطر افتادن سلامت روان آن‌ها می‌گردد.

سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرایی می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۱۸). همچنین یکی از مهم‌ترین ویژگی‌هایی که باعث سازگاری فرد در شرایط دشوار زندگی می‌شود، سرمایه روان‌شناختی است (۱۹). سرمایه روان‌شناختی دارای چهار مؤلفه است که عبارت‌اند از: خودکارآمدی، خوشبینی، امیدواری و تاب‌آوری که این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کنند (۲۰).

خودکارآمدی، به وجود باورهای شخصی مثبت بر اساس قضاوت شخصی فرد درباره داشتن مهارت‌های موردنیاز برای دستیابی به نتیجه موفقیت‌آمیز اشاره دارد. خودکارآمدی رابطه مثبتی با کیفیت زندگی جسمی و روانی و رابطه منفی با پریشانی دارد (۱۹). افزایش خودکارآمدی دارای تأثیرات مثبت بر رفتارهای بهداشتی، کنترل علائم، پیروی از درمان و کیفیت زندگی است. خوشبینی، به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج پیامدهاست و این پیامدها به‌عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (۲۱). خوشبینی و بدبینی، به ترتیب به‌عنوان انتظار نتایج فراگیر مثبت و منفی تعریف‌شده و تعیین‌کننده‌های مهم سازگاری هستند. خوشبینی، اثرات مفیدی بر سلامت جسمی و روانی داشته و افراد خوش‌بین بر خلاف افراد بدبین که انتظار بدبختی دارند، بر این باورند که ناملازمات می‌توانند به شیوه موفقیت‌آمیزی اداره شوند. این تفاوت در نگرش به ناملازمات بر شیوه‌های مقابله با فشار روانی افراد تأثیر می‌گذارد. افراد خوش‌بین مایل‌اند وقایع زندگی را به‌صورت مثبت تفسیر کنند (۱۹). امید، عبارت از ظرفیت ادراک‌شده برای تولید مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و انگیزه ادراک‌شده برای حرکت در این مسیرها است. از این‌رو امید، به معنی انتظار مثبت برای دستیابی به اهداف است. پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که امیدواری بالا باعث تقویت اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی بالا و بهزیستی افراد می‌شود. همچنین مشخص شده است که کیفیت زندگی با امیدواری و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط مثبت دارد، به این معنی که افراد با کیفیت زندگی بالا در رسیدن به اهداف خود مصمم هستند و راهبردهای قدرتمندی را برای رسیدن به اهداف و حل

تنهایی و در نتیجه ارتقای سلامت روان است؛ همچنین مطابق با نتایج پژوهش علی پور و عیسی زاده (۷) معنویت و مذهب می‌توانند بر ابعاد گوناگون سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) تأثیر بگذارند و موجب بهبود کیفیت زندگی افراد شوند. نتایج پژوهش رمان، مثمبو و هوسن (۸) حاکی از آن است که مراقب‌های معنوی با ایجاد آرامش و سلامت روان بر سیستم ایمنی تأثیر مثبتی داشته و در زمان شیوع کووید-۱۹ رویکردی مناسب جهت ایجاد ابعاد گوناگون سلامتی است. لذا با توجه به موارد مذکور و اینکه جامعه ایرانی جامعه‌ای معنوی و اسلامی است در پژوهش حاضر از روش معنویت درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی استفاده گردید.

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ افسردگی جزو متغیرهای پژوهش حاضر قرار گرفت. در DSM-5، اختلال افسردگی در طبقه اختلالات خلقی قرار دارد؛ خلق، حال و هوای احساسی یا هیجانی نافذ و پایداری است که بر رفتار و درک فرد از جهان تأثیر می‌گذارد و عاطفه، به تظاهر بیرونی خلق اطلاق می‌شود. افسردگی، اختلالی دوره‌ای با بازگشت‌پذیری مکرر است که با ناراحتی یا غمگینی فراگیر و پایدار، نداشتن حس لذت از فعالیت‌های روزمره، بی‌قراری و نشانه‌های مرتبط با برخی افکار منفی، کمبود انرژی، دشواری در تمرکز و آشفتگی خواب و اشتها مشخص می‌شود؛ وقایع پر استرس اخیر، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای شروع دوره افسردگی هستند. عوامل استرس‌زایی که از نظر بیمار بر اعتمادبه‌نفس او اثری منفی دارند، بیشتر ایجاد افسردگی می‌کنند (۹). مطابق با پژوهش‌های پیشین ابتلا به بیماری کرونا ویروس جدید و احتمال مرگ در اثر این بیماری نیز استرس‌ورهای شدیدی محسوب می‌شوند که می‌توانند منجر به افسردگی شوند (۱۰). همچنین مطابق با تحقیقات بهبودیافتگان از کووید-۱۹ ممکن است در از سرگیری فعالیت‌های زندگی روزمره یا تلاش برای بازگشت به کار خود با مشکلاتی روبرو شوند. از نظر جسمی، نیز این افراد ممکن است از ضعف عضلانی و درد مزمن رنج ببرند. از نظر شناختی، این افراد ممکن است در تمرکز و حافظه مشکل داشته باشند و مسائل شناختی به‌ویژه در افرادی که سابقه زوال عقل دارند، آشکار می‌شود و همه این امور موجب ایجاد افسردگی در آنان می‌گردد (۱۱).

سلامت روان^۱ به‌عنوان رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی، قدرت سازگاری با آن‌ها و ارضاء نیازهای متعادل خویش‌تعیین‌شده؛ و عامل مهمی برای سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود (۱۲). به‌طورکلی سلامت روان جهت اطلاق به شخصی به کار می‌رود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری و هیجانی قرار دارد، نه صرفاً کسی که بیمار روانی نیست (۱۳). سازمان جهانی بهداشت (۱۴)، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامت قرار می‌گیرد و سلامت روانی یعنی توانایی کامل برای

¹ - Affect

² - Mental Health

۱۴ جلسه تدوین شد. پژوهشگران سعی کردند محتوای جلسه‌ها منطبق با مبانی دین اسلام باشد و به صورت تخصصی محتوای جلسه‌های طراحی و در پروتکل گنجانده شد.

شایان ذکر است که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند؛ و پس از پایان دوره معنویت درمانی به طور مجدد از هر دو گروه کنترل و آزمایش خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را کامل کنند و به این صورت پس از آزمون نیز تکمیل شد. سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا)، تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد. در سال ۱۹۷۱ فرم تجدیدنظر شده آن به مراکز شناخت درمانی دانشگاه پنسیلوانیا معرفی و جایگزین نسخه اصلی گردید و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتون^۲ برای افسردگی ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ^۳ ۰/۷۶ است و با مقیاس MMPI^۴ ۰/۷۴ است. بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن براون^۵ در حدود ۰/۹۳ می‌باشد (۲۷). در پژوهش حاضر از نسخه ۲۱ ماده‌ای این پرسشنامه استفاده شد و به هر سؤال نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق گرفت. در مقیاس افسردگی بک نقطه برش ۱۷ است و نمرات بیش از ۴۰ نیز بیانگر افسردگی بیش از حد هستند.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ-12): این آزمون ابتدا توسط گلدبرگ^۶ و در سال ۱۹۷۲ برای غربالگری اختلالات روانی طرح شد و دارای ۶۰ سؤال بود. سپس فرم ۱۲ سؤالی از آن استخراج شد که به علت کوتاه بودن، مورد استقبال بسیار قرار گرفت. نمره گذاری آن بر اساس لیکرت چهارگزینه‌ای (صفر= اصلاً= ۳= خیلی زیاد) بوده و نقطه برش آن در سیستم ۳۶ نمره‌ای برابر با نمره ۱۴/۵ است. نمرات بالا نشانه وجود اختلالات روانی در فرد هستند (۲۸) در بررسی روایی سازه و در تحلیل عاملی این مقیاس در جامعه ایرانی، پژوهش یعقوبی، کریمی، امید، بارتوتی و عابدی (۲۹) مشخص کردند که این مقیاس دارای دو عامل نشانه‌های سلامت روان مثبت و نشانه‌های اختلال روانی است. همچنین همبستگی مناسب آن با فرم مصاحبه تشخیص بین‌المللی مرکب، نشان‌دهنده روایی ملاک آن بود. اعتبار این مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای کل آزمون و ۰/۸۷ برای نشانه‌های اختلالات روانی و ۰/۸۸ برای سلامت روان مثبت و ضریب

مسائل استفاده می‌کنند (۲۲). متغیر تاب‌آوری به عنوان فرایندی پویا باعث می‌شود، افراد با مسائل تنش‌زا در زندگی به طور مناسب رویه‌رو شوند. تاب‌آوری به عوامل متعددی از جمله احساسات مثبت، انعطاف‌پذیری شناختی مانند پذیرش، سبک فعال مقابله و معنویت بستگی دارد. افراد با تاب‌آوری بالا با وقایع آسیب‌زا مؤثرتر از افراد با تاب‌آوری پایین مقابله می‌کنند؛ تاب‌آوری بالا با کاهش پریشانی‌های عاطفی پس از قرار گرفتن در معرض وقایع آسیب‌زا در ارتباط است (۲۳). در پژوهش‌های گوناگونی از جمله پژوهش‌های آنجوم (۲۴) و پاتیک و جوشی (۲۵) پژوهشگران دریافته‌اند که با همه‌گیری کووید-۱۹ سرمایه‌های روان‌شناختی افراد تنزل یافته است.

با توجه به شیوع بسیار کرونا ویروس جدید در کشورمان و تعداد بالای بهبودیافتگان از این ویروس و همچنین اعتقادات مذهبی و معنوی ملت ایران پژوهش حاضر درصدد است تا اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افسردگی، سلامت روان و سرمایه‌های روان‌شناختی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ را مورد پژوهش قرار دهد.

مواد و روش‌ها

روش مورد استفاده در پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن تأثیر یک متغیر مستقل یعنی معنویت درمانی، بر متغیرهای وابسته یعنی افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در بهبودیافتگان از کووید-۱۹ مورد بررسی قرار گرفت؛ همچنین سن به عنوان متغیر هم تغییر در نظر گرفته شد و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ که در استان بوشهر ساکن بودند، تشکیل داد. نمونه آماری پژوهش نیز ۴۰ نفر از زنان بهبودیافته‌ای بودند که تمایل به همکاری در پژوهش حاضر را داشتند؛ لذا، روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد.

روند اجرای پژوهش نیز بدین صورت بود که ابتدا یک جلسه توجیهی (به صورت مجازی) برای شرکت‌کنندگان در خصوص اهمیت این کار پژوهشی و موضوع و جلب همکاری آن‌ها و برگزاری جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها تشکیل گردید. پس از جلب همکاری بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ که داوطلب شرکت در پژوهش حاضر بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور اجرای پژوهش حاضر، بعد از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی افراد در گروه کنترل و آزمایش، از هر دو گروه خواستیم که سه پرسشنامه افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی را کامل کنند. سپس آموزش معنویت درمانی به سبک اسلامی در ۱۴ جلسه (هر هفته یک جلسه) برای گروه آزمایش انجام گرفت که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. رؤس مطالب عنوان شده پروتکل معنویت درمانی اسلامی با بازنگری در جلسات معنویت درمانی گالاتر و سیگل (۲۶) که بیشتر بر اساس فنون آرامش دهی و معنایابی از زندگی است و ترکیب محتوا آن با مبانی اسلام و روانشناسی در

1- Back Depression Scale

2 - Hamilton

3 - Zoung

4 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory

5 - Speirman Broun

6 - Goldberg

درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، توجه به سلامت خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی استعدادها، پیروزی‌ها و موفقیت‌ها، گفتگو درباره‌ی اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خودمان به نیروی مافوق حسی (معنوی) مطلق، دوری از عناصر برهم زننده آرامش، ایمان داشتن به نیرویی مافوق.

هشیاری افزایشی با تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه برای تفکر مثبت به شرایط با مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه همراه با پاداش‌دهی به خود و ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط، روبه‌رو ساختن فرد با عوامل ناهشیار مؤثر بر رفتارها و جستجوی مکانیسم‌های افراطی بیمارگونه، بررسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع و تأثیر آن بر خلقیات.

معنادگی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به‌کارگیری هرگونه روش انتقام‌جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، انجام آرام تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی، تأثیر بخشش هموعان، توصیف نمونه‌هایی از بخشش‌هایی که شرکت‌کنندگان داشته‌اند و بیان احساس مثبت پس از آن و اقرار به خطاهای خود، فهرست کردن خطاها و کسانی که آن‌ها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.

تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود و دوست داشتن خود، کسب رضایت از خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، روش‌های ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش‌های خشنود کردن دیگران برای رسیدن به تعالی معنوی و ترسیم مدل شکل‌گیری این تعالی.

نوع‌دوستی، انجام کارهای معنوی به‌صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت به‌صورت آنلاین، تمرکز برداشته تا شکرگزاری. صحبت در مورد نوع‌دوستی، عشق و نظرخواهی راجع به دوستی با و بدون قید شرط، رفتار یاری‌رسانی، خودخواهی و اثرات آن و تنها ماندن از گروه به همراه خاطرات جهت تصور کردن افراد به‌جای هم. آموزش لبخند زدن، مهربان بودن، استراحت کردن، راحت نشستن و بیان نمونه‌هایی از خاطرات نوع‌دوستی و عواقب

بازآزمایی ۰/۹۱ به روش دونیمه کردن مورد تأیید قرار گرفت. در مجموع کاربرد این مقیاس برای جامعه ایرانی به تأیید رسیده است (۳۰).

پرسشنامه استاندارد سرمایه روان‌شناختی لوتانز:

تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود و دوست داشتن خود، کسب رضایت از خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، روش‌های ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش‌های خشنود کردن دیگران برای رسیدن به تعالی معنوی و ترسیم مدل شکل‌گیری این تعالی.

پرسشنامه استاندارد سرمایه روان‌شناختی، توسط لوتانز (۳۱) طراحی شده است. این آزمون ۴ مؤلفه یا خرده مقیاس را می‌سنجد که عبارت‌اند از: خودکارآمدی، خوشبینی، امیدواری و تاب‌آوری. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی‌ها به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهند. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI (شاخص برازش تطبیقی) و RMSEA (شاخص برازش مقتصد) در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ بودند (لوتانز، ۲۰۰۷). طی پژوهشی که توسط بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۸)، صورت گرفت میزان پایایی این آزمون بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهشی دیگر (۳۲) برای همه‌ی خرده مقیاس‌ها به‌جز تاب‌آوری آلفای کرونباخ بالا

قبل از انجام پژوهش در خصوص اهداف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده و مدت‌زمان تقریبی جلسات با شرکت‌کنندگان صحبت شد و رضایت لازم اخذ گردید. شرکت‌کنندگان در تمام مراحل حق انصراف از شرکت در پژوهش را داشتند.

جدول ۱. محتوای جلسات معنویت درمانی گروهی

| جلسه | محتوای جلسات |
|------|---|
| اول | معارفه و معرفی شرکت‌کنندگان به همدیگر، گفتگو درباره بیماری کووید-۱۹ و پیامدهای جسمی و روحی آن، ارزیابی معنا و معنویت در زندگی، چگونگی تعیین ارزش‌ها، اهداف و پیروی از آن‌ها، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، پرسش در مورد دین، خدا (دوست داریم که بدانیم کجا هستیم؛ از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم و منزلگاه واقعی ما کجاست) راه‌های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، بیان داستان‌های مقدس در قرآن توسط شرکت‌کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش، به‌کارگیری روش منع متقابل از طریق آرام‌سازی، تجربه آزمودنی‌ها از آرامش بعد از انجام عبادات و نماز، مقایسه وابستگی‌های خود و دل‌بستگی به خداوند و انس با او. |
| دوم | خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای |

سوم

چهارم

پنجم

ششم

برای گذراندن فرایند کهن‌سالی، مرگ و راهی برای آشنایی با نعمت‌های غیرمادی با بخشش و عبادت، رفتن به پیشواز زندگی زیبا همراه نعمت‌های غیرمادی، بیان مثال‌هایی در مورد نعمت‌های مادی و غیرمادی، ترس از مرگ و عدم آگاهی با روش حساسیت‌زدایی، بیان حس خوب از مرگ.

تمرین و گفتگو در رابطه با چگونه شاد زیستن و از زندگی لذت بردن در زمان حال، اجتناب از تعقیب و پیگیری شادی و در عوض شادی‌آفرین بودن، بیان خاطرات معنوی، نحوه ایجاد حس هدفمندی و شادمانی با مصمم بودن به ترک منیت و ارتباط با خدا، رخداد شادی واقعی با انرژی متعالی‌تر معنویت، زندگی در زمان حال به همراه شادمانی و توجه به ارزش‌های زندگی، لذت بردن از زیبایی‌ها، گفتگو راجع به لحظات شاد و انجام آرام‌تنی.

مرور و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته با تأکید بر نگاه به داشته‌ها و شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند. صحبت آزمودنی‌ها درباره لحظه‌ها و خاطرات شیرین زندگی خود، تجارب خود در مشکلات، نحوه توکل به خدا در مشکلات، بستن چشم‌ها برای ۳۰ ثانیه و سکوت کامل با تک‌خوانی شکرگزاری از خدای مهربان برای رسیدن به مرحله‌ای از زندگی و شکرگزاری برای توانایی‌ها و فرصت‌های خوب زندگی.

سیزدهم

چهاردهم

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (مانکووا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. جدول ۲، داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

خودخواهی، تمرین خوب گوش کردن به صحبت‌های دوستان، فکر کردن در مورد صحبت آن‌ها، نحوه شادمان کردن دیگران، نحوه خودداری از انتقام، تأثیر منفی پرخاش و انتقام بر انرژی جسمی و روانی.

ایجاد روشنگری و بصیرت در مراجع برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن‌ها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقاء خودباوری، خودتکاپی و عزت‌نفس.

هفتم

هشتم

یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، خود مراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگه‌داشتن آن.

ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار اتوماتیک را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار کرده، موجب تقویت عقل، خرد، هشیاری شده، تأثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات، در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.

نهم

تأکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت‌های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.

دهم

خود مهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری‌خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه‌جانبه عقل و شرع.

یازدهم

صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگزاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویر بهترین منظره بدون نگاه به ساعت، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان. توجه به گذراندن بهترین اوقات (کیفیت)، بیان خاطرات دوران کودکی تا میان‌سالی، تبریک

دوازدهم

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای اصلی پژوهش

| ردیف | متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|------|--------------------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| | | | SD | M | SD | M |
| ۱ | افسردگی | کنترل | ۱/۲۲۳ | ۲۷/۹۹۸ | ۱/۲۴۷ | ۲۸/۷۳۱ |
| | | | ۰/۸۱۳ | ۱۵/۶۱۳ | ۱/۲۳۲ | ۲۸/۴۵۷ |
| ۲ | سلامت روان | کنترل | ۲۱/۷۲۸ | ۲۳/۰۰۵ | ۲۱/۹۱۴ | ۲۲/۱۸۵ |
| | | | ۸/۱۵۴ | ۱۳/۳۰۹ | ۲۰/۶۴۷ | ۲۱/۹۷۰ |
| ۳ | سرمایه روان‌شناختی | کنترل | ۱۲/۰۲۹ | ۶۷/۳۰ | ۱۱/۸۱۷ | ۶۶/۸۰ |
| | | | ۳/۱۴۶ | ۹۲/۶۵ | ۱۲/۲۲۴ | ۶۸/۹۰ |

با توجه به جدول فوق، میانگین و (انحراف استاندارد) افسردگی در مرحله کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۷/۹۹۸ (۱/۲۲۳) و ۲۸/۷۳۱ (۱/۲۴۷) و همچنین در گروه آزمایش، به ترتیب ۲۸/۴۵۷ (۱/۲۳۲) و ۱۵/۶۱۳ (۰/۸۱۳) می‌باشد. این یافته‌ها بیانگر آن است که میانگین نمره افسردگی در گروه آزمایشی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. میانگین و (انحراف استاندارد) سلامت روان در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۳/۰۰۵ (۲۱/۷۲۸) و ۲۳/۰۰۵ (۲۱/۷۲۸) و همچنین در گروه آزمایش به ترتیب ۲۳/۰۰۵ (۲۱/۷۲۸) و ۲۲/۱۸۵ (۲۱/۹۱۴) می‌باشد؛ بر اساس این یافته‌ها میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمایش، از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است که این امر بیانگر افزایش میزان سلامت روان است. میانگین و (انحراف استاندارد) سرمایه روان‌شناختی در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۶۷/۳۰ (۱۲/۰۲۹) و ۶۸/۹۰ (۱۲/۲۲۴) و ۶۶/۸۰ (۱۱/۸۱۷) و همچنین در گروه آزمایش به ترتیب ۶۶/۸۰ (۱۲/۲۲۴) و ۶۸/۹۰ (۱۲/۲۲۴) می‌باشد؛ بر اساس این یافته‌ها میانگین نمره سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایشی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است که این امر بیانگر افزایش میزان سرمایه روان‌شناختی است.

به‌منظور بررسی معناداری تفاوت افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل، از روش تحلیل مانکوا استفاده شد. ابتدا تحلیل کواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که نتیجه بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون نشان داد که همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای افسردگی ($F=۰/۶۹۱$ ، $P=۰/۳۲۴$)، سلامت روان ($F=۰/۵۱۰$ ، $P=۰/۳۲۴$) و سرمایه روان‌شناختی ($F=۰/۷۸۳$ ، $P=۰/۳۵۷$)، برآورده شده است؛ عدم معناداری نشانگر همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مختلف است.

جدول ۳. آزمون لون جهت بررسی یکسانی (همگنی) واریانس‌ها

| شاخص | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|--------------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| افسردگی | ۰/۶۹۱ | ۱ | ۳۸ | ۰/۳۲۴ |
| سلامت روان | ۰/۵۱۰ | ۱ | ۳۸ | ۰/۲۷۶ |
| سرمایه روان‌شناختی | ۰/۷۸۳ | ۱ | ۳۸ | ۰/۳۵۷ |

تغییر سن با هر سه متغیر اصلی همبستگی معناداری در حد $P < ۰/۰۱$ داشت.

نتیجه مربوط به پیش‌فرض همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته از طریق بررسی ماتریس همبستگی برآورده شد (متغیر هم

جدول ۴. ماتریس همبستگی برای متغیر هم تغییر (سن)

| شاخص | افسردگی | سلامت روان | سرمایه روان‌شناختی |
|---------------------|---------|------------|--------------------|
| متغیر هم تغییر (سن) | ***۰/۳۱ | ***۰/۱۸ | ***۰/۲۶ |

به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون برای متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل، از نمودارهای همگنی شیب رگرسیون

برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون این متغیرها استفاده شد و از آنجا که عبارت‌های تعامل در این مدل معنی‌دار نبودند؛ لذا مفروضه شیب رگرسیون برقرار است.

جدول ۵. همگنی شیب‌های رگرسیون

| عبارت تعامل | شاخص | سطح معناداری | شاخص F | میانگین مجذورات | درجه آزادی |
|------------------------------|-------|--------------|---------|-----------------|------------|
| افسردگی پیش‌آزمون | ۰/۷۹۳ | ۰/۱۵ | ۷۷/۸۲۵ | ۱ | ۱ |
| افسردگی پس‌آزمون | ۰/۵۶۱ | ۰/۱۰۹ | ۳۵/۱۴۸ | ۱ | ۱ |
| سلامت روان پیش‌آزمون | ۰/۱۹۲ | ۱/۸۸۶ | ۶۸/۹۳۶ | ۱ | ۱ |
| سلامت روان پس‌آزمون | ۰/۳۵۱ | ۲/۷۲۴ | ۴۲/۴۸۹ | ۱ | ۱ |
| سرمایه روان‌شناختی پیش‌آزمون | ۰/۲۹۸ | ۵/۰۰۳ | ۶۴۱/۵۹۱ | ۱ | ۱ |
| سرمایه روان‌شناختی پس‌آزمون | ۰/۴۲۷ | ۴/۷۱۶ | ۸۰۱/۳۷۴ | ۱ | ۱ |

همبستگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها همگن هستند، زیرا F مربوط به آزمون ام باکس در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار نبود.

جدول ۶. آزمون ام باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس‌های وارپانس-کووارپانس

| | |
|--------------|----------|
| ام باکس | ۲۰۱/۰۳۲ |
| شاخص F | ۶/۷۵۱ |
| درجه آزادی ۱ | ۲۱ |
| درجه آزادی ۲ | ۶۳۸۰/۶۳۵ |
| سطح معناداری | ۰/۱۰۲ |

تحلیل مانکووا با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز انجام شد. بر اساس نتیجه این آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی، با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P = 0/000$). به عبارت دیگر نتیجه آزمون چند متغیری، قبل از تعدیل متغیر هم تغییر (سن) با توجه به نمره کلی افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار است.

جدول ۷. نتایج اثر متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی با در نظر گرفتن متغیر هم تغییر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر | زمان | منبع تغییرات | سطح معناداری | شاخص F | میانگین مجذورات | درجه آزادی |
|--------------------|-----------|--------------|--------------|--------|-----------------|------------|
| افسردگی | پیش‌آزمون | گروه | ۰/۸۲۷ | ۵/۲۸۱ | ۴۵/۳۸۹ | ۱ |
| افسردگی | پس‌آزمون | گروه | ۰/۰۰۰ | ۳/۷۳۵ | ۹۹/۹۲۰ | ۱ |
| سلامت روان | پیش‌آزمون | گروه | ۰/۶۳۴ | ۸/۱۰۴ | ۴۷/۹۳۴ | ۱ |
| سلامت روان | پس‌آزمون | گروه | ۰/۰۰۰ | ۷/۹۹۲ | ۳۲/۵۷۸ | ۱ |
| سرمایه روان‌شناختی | پیش‌آزمون | گروه | ۰/۴۵۲ | ۲۱/۶۷۴ | ۷۸۷/۶۵۱ | ۱ |
| سرمایه روان‌شناختی | پس‌آزمون | گروه | ۰/۰۰۰ | ۲۵/۹۷۲ | ۹۴۰/۰۲۳ | ۱ |

و سرمایه روان‌شناختی افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ اثربخش باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر، این فرضیه را که معنویت درمانی اسلامی تأثیر معناداری در بهبود افسردگی بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ دارد، تأیید کرد؛ به عبارت دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی اسلامی بر بهبود افسردگی تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج مطالعات صورت گرفته در این زمینه همچون پژوهش کجیاف و همکاران (۵) همسو است. بر اساس مطالعه کجیاف و همکاران (۵) درمان مبتنی بر معنویت اسلامی جهت درمان افسردگی از سایر درمان‌ها کارآمدتر می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات زمانی (۳۳) و آصفی، علی پور و صفاری نیا (۳۴) نیز همسو است. بنا بر نتایج پژوهش حاضر فعالیت‌هایی که در جلسات معنویت درمانی انجام می‌گیرد، از قبیل دعا، نیایش، ارتباط و توکل به خدا اثرات کاهنده‌ای روی افسردگی

با توجه به جدول فوق متغیرهای افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با هم تفاوت معناداری ندارند، اما در پس‌آزمون متفاوت هستند؛ به عبارت دیگر متغیر گروه مؤثر واقع شده است و معنویت درمانی توانسته در نتایج گروه آزمایش مؤثر باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر معنویت درمانی می‌تواند در بهبود افسردگی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ اثربخش باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افسردگی، سلامت روان و سرمایه‌های روان‌شناختی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر معنویت درمانی می‌تواند در بهبود افسردگی، سلامت روان

انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند؛ بعد چهارم یعنی بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مهم بر می‌شمارد. این بعد نقش مهمی در سلامت و بهزیستی افراد دارد. از این رو باید بخش مهمی از مشاوره و روان‌درمانی باشد. امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در درمان به کار گرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید معنوی و دینی در فرایند ارزیابی، ایجاد، امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش مشکلات است؛ لذا لازم است در روان‌درمانی به هر چهار بعد توجه شود (۴۰).

یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که وقت آن است که روان‌شناسان ایرانی به‌جای آن که مصرف‌کننده رویکردهای درمانی غربی باشند، از آموزه‌های دین اسلام و فرهنگ غنی ایرانی استفاده نموده و به مفهوم‌سازی، طراحی و تدوین الگوهای درمانی بر اساس این ظرفیت‌ها و توانمندی‌ها بپردازند. بر اساس تعالیم قرآنی و دینی، خداوند به‌عنوان خالق انسان که از رگ گردن به او نزدیک‌تر است، بیشترین شناخت را از خلقت خود دارد و از این رو قرآن کتاب آسمانی است که آیه‌های آن از سوی خداوند نازل شده و بهترین منبع برای شناخت انسان است. این شناخت نه‌تنها شامل بعد جسمانی اوست بلکه ابعاد روانی و معنوی را نیز شامل می‌شود. از این رو راهکارهای بهبود و رهایی از مشکلات روانی و عاطفی نیز با استنباط و استخراج از این تعالیم الهی منجر به اثربخشی بیشتر می‌گردد. هر چند استفاده از رویکردهای غربی می‌تواند در کوتاه‌مدت اثربخش باشد اما بهره‌گیری از مفاهیم اسلامی به دلیل همخوانی بیشتر با ذات انسان‌ها، در دراز مدت اثراتی پایدار خواهد داشت؛ به‌عبارت‌دیگر می‌توان اذعان نمود که هر رویکرد چه اسلامی و چه غربی با نگاه خود به انسان راهکارهایی را برای بهبودی او ارائه می‌دهد و لذا رویکردهای غربی با نگاه محدود خود به انسان‌ها، روش‌های درمانی را ابداع نموده‌اند؛ اما در اسلام، نگاه به انسان عظیم و عمیق بوده و زندگی والایی درخور و شایسته او ترسیم می‌شود. مذهب و معنویت شیوه‌هایی برای ساختن معنا هستند که به توانایی فرد برای سازگاری، تحمل و پذیرش کمک می‌کنند. اعتقاد به معاد و اینکه انسان برای آخرت آفریده شده است، تحمل‌شاید و مصائب را آسان می‌نماید؛ عواملی از قبیل توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، اعتقاد به معاد و غیره که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق می‌شود، می‌توانند باعث آرامش فرد شوند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که با آموزش ارتباط مداوم با خدا و اهمیت صبر و جایگاه آن در زندگی و اهمیت گذشت و نقش آن در زندگی، افراد می‌آموزند که هنگام مواجهه با چالش‌ها و دشواری‌های زندگی صبر پیشه کنند و این امر در نهایت باعث افزایش تحمل پریشانی‌ها در آن‌ها می‌گردد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان اذعان نمود که ایمان به خداوند و توکل به او، باعث ایجاد احساس ایمنی در فرد مضطربی می‌شود که برداشت منفی از تهدید و ارزیابی خطر، به‌خصوص در موقعیت‌هایی که غیرقابل کنترل یا غیرقابل پیش‌بینی هستند، دارد؛

دارند و بخشودگی مذهبی و واگذاری مشکلات به خدا نیز در این زمینه کمک‌کننده هستند.

بنابر نتایج پژوهش حاضر فرضیه دیگر پژوهش نیز تأیید گردید؛ به‌عبارت‌دیگر یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که معنویت درمانی گروهی بر بهبود سلامت روان تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج مطالعات صورت گرفته توسط کیانی، جهان‌پور، عباسی، درویشی و قلی‌زاده (۳۵) و بابایی، لطفی و اسماعیلی (۳۶) همسو است. بر اساس نتایج پژوهش اخیر معنویت درمانی با استفاده از آموزش فنون آرمیدگی و مراقبه، استرس و اضطراب و هیجان‌های منفی را کاهش داده و موجب بهبود سلامت روان می‌گردد.

همچنین بر اساس نتیجه پژوهش حاضر فرضیه آخر پژوهش نیز تأیید گردید؛ به‌عبارت‌دیگر یافته‌های پژوهش اخیر حاکی از آن است که معنویت درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی تأثیر معناداری دارد. همچنین این یافته با نتایج پژوهش خالدیان و کرمی باغظیفونی (۳۷) و پژوهش گل‌پرور و جعفری (۳۸) همسو است. بر اساس پژوهش حاضر معنویت درمانی با تأثیر بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری) موجب بهبود سرمایه روان‌شناختی بهبودیافتگان از کووید-۱۹ می‌گردد.

معنویت درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند. معنویت در اسلام در سایه‌ی عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خداپسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد (۳۹).

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان‌های مبتنی بر معنویت می‌توان گفت، پیشرفت روان‌شناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده است نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیشتری بیابد و روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز دریافته‌اند که در تمام موارد روش‌های متعارف برای درمان اختلالات کافی نیست. از مهم‌ترین دلایل عدم توفیق شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری است. سازمان بهداشت جهانی، در تعریف ابعاد وجودی

نتایج احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد که در درمان اختلالات روانی بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ از روش معنویت درمانی اسلامی بهره گرفته شود تا این افراد بتوانند هرچه زودتر به جامعه بازگردند. از این رو به مشاوران و روانشناسان پیشنهاد می‌گردد که به‌عنوان یک مدل درمانی در بهبود این دسته از بیماران، از روش معنویت درمانی بهره گیرند.

References

1. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. *Radiology*. 2020; 200-490.
2. MacKenzie D. Covid-19 goes global. Elsevier. 2020.
3. Aliakbari dehkordi M, Eisazadeh F, Aghjanbaglu S. Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID-19): A Qualitative Study. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*. 2020; 2(2): 1-14 [in Persian]
4. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 642- 50.
5. Kajbaf M, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of Effectiveness of Quality of Life Therapy and Treatment Based on Islamic Spirituality on Distress Tolerance, Stress, Anxiety, and Depression in Women with Tension Headaches. *Clinical Psychology*. 2017; 9(23): 21-38. [in Persian]
6. Musapur H, Changi Ashtiyani J, Kahrobaei Kalkhuran Alya M. Spiritual and Existential Growth and COVID 19 pandemic: A qualitative study. *RPH*. 2020; 14 (1):56-70. [in Persian]
7. Alipour A, Eisazadeh F. The Impact of Spirituality and Religion on the Immune System: A Review Article. *Quran and Medicine*. 2020; 5 (2):20-28 [in Persian]
8. Roman N, Mthembu T, Hoosen M. Spiritual care A deeper immunity A

زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می‌داند. در نظر وی، وقوع حوادث جهان بر اساس حکمت است، جهان هستی واجد نظم بوده و تمام امور با اراده و تدبیر الهی اتفاق می‌افتند؛ بنابراین این دیدگاه که حوادث جهان تصادفی نیست و تحت تدبیر و قدرت خداوندی است که مشفق و خیرخواه است، می‌تواند احساس تهدید در فرد مضطرب را کاهش داده و از این طریق بر سلامت روان فرد تأثیر مثبت بگذارد. از طرف دیگر، افراد حوادث احتمالی آینده را پیش‌بینی می‌کند ولی از آنجا که قابلیت و توانایی مقابله با آن را در خود نمی‌بیند لذا دچار تنش شده و واکنش‌های جسمانی و روان‌شناختی در وی برانگیخته می‌شود؛ ولی فرد متوکل به این اعتقاد دارد که خالق هستی بزرگ‌ترین حافظ و تکیه‌گاه اوست و احساس می‌کند پشتیبانی دارد که در همه مسائل او را کفایت می‌کند. امید به کمک و یقین به یاری خداوندی که قدرتش فوق قدرت‌هاست، باعث می‌شود که فرد به این اطمینان برسد که با یاری مدبر هستی، توانایی مقابله با مشکلات را دارد.

معنویت اسلامی در مواقع مختلف باید از طریق وجود فرصت خلوت با خدا و راز و نیاز با وی، تقویت شود. نیایش و دعا رابطه‌ای است معنوی و فطری که بین انسان و خالق خود، به‌عنوان منبع فیض و کرامت و رحمت، برقرار می‌گردد. فرد از طریق دعا و نیایش خاشعانه و خاضعانه، خود را به مبدأ آفرینش نزدیک کرده و رابطه عاطفی عمیقی که در این حالت بین او و خداوند برقرار می‌شود، روح و روان او را تقویت کرده و می‌تواند علائم روحی و فیزیولوژیکی ناشی از افسردگی را کاهش دهد. از سوی دیگر نیایش و راز و نیاز حقیقی با خداوند می‌تواند به‌مثابه شیوهایی از برون‌ریزی هیجان مطرح باشد. دعا و نیایش به درگاه باری تعالی، طلب یاری از او و اطمینان از حلم، علم، کرامت، قدرت و مصلحت بینی خالق هستی، می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی فرد مؤثر باشد. روانشناسان معتقدند یادآوری و بازگویی مشکلات به خداوند متعال، موجب کاهش شدت افسردگی، بهبود سلامت روان و ارتقای سرمایه‌های روان‌شناختی می‌شود. به نظر می‌رسد طرح این مسائل نزد خداوند کریم و علیم، اثراتی به‌مراتب بیشتر داشته باشد. فرد با اعمالی از قبیل ذکر، دعا و نیایش (نماز)، سعی می‌کند در آن لحظه همه افکار و خاطره‌ها، از جمله فشارها و سختی‌ها را از ذهن خود دور کند و تنها متوجه خداوند شود. احتمالاً مکانیسم این رفتار شبیه روش‌های توجه برگردانی و آرام‌سازی است که مورد استفاده برخی از روان‌درمانگران برای درمان بیماری‌های روانی بوده است. از دیدگاه اسلام، یگانه چیزی که می‌تواند نیاز به آرامش را در انسان برآورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تأکید تمام اعلام می‌دارد که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان‌پذیر است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم اندک نمونه آماری و جامعه آماری آن بود که شامل زنان ساکن در استان بوشهر که از بیماری کووید-۱۹ بهبود یافته‌اند بود و همین امر تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر راحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا باید در تعمیم

perceived social support and mental health among those recovering from covid-19 disease. Sabzevar University of Medical Sciences. 2021. [in Persian]

17. Shaw SCK. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. Journal Pre-proof. 2020.

18. Bahadorikhosroshahi J, Hashemi Nosrat abad T, Babapur Kheyroddin J. The Relationship between Social Capital and Psychological Well-being among the Students of Tabriz University. Research and Health. 2014; 3(2): 44-54. [in Persian]

19. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Psychological Capital and Quality of Life among Patients with Breast Cancer. RJMS. 2017; 24 (156):111-9. [in Persian]

20. Bandura A. An agentic perspective on positive psychology. In Lopez SJ, ed. Positive psychology: Exploring the best in people. Westport, CT: Greenwood Publishing Company. 2008; 8: 167-196.

21. Peterson C. The future of optimism. Am Psychol. 2017; 55: 44-55.

22. Beigi A, Farahani M, Mohammad khani SH, Mohammadifar M. Diagnostic role of quality of life and hope for addicts Unknown and Addicts on methadone maintenance treatment. Journal of Clinical Psychology. 2011. 3 (3), 75-84. [in Persian]

23. Moshtaghi S, Moayedfar H. The role of psychological capital components (Hope, Optimism, Resiliency and Self-Efficacy) and Achievement goals Orientation in predicting Academic Procrastination in Students. Cognitive Strategies in Learning. 2017; 5(8): 61-78. [in Persian]

24. Anjum G. Emotional Burden in the Times of Covid-19. In Hyder. A. (Ed.), Short Notes on the Economy During

response to Covid-19 pandemic. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2020; 12(1): 24- 41.

9. Besharat MA, Farahmand H, Gholamali Lavasani M. The Mediating Role of Procrastination in the Relationship between Perfectionism Pathologies and Depression/Anxiety Symptoms. Developmental Psychology: Iranian Psychologists. 2018; 14(55): 235-247. [in Persian]

10. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. PLOS ONE. 2020; 15(8): 157-166

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416>

11. Monaco K, Writer S. Mental Health Challenges After COVID-19 Recovery, Short- and long-term depression, anxiety, PTSD may be an issue post-ICU. MedPage. 2020; 32(8): 43-8.

12. Jani M, Jamilian H, Aramoon A. Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C. J Arak Uni Med Sci. 2017; 20 (9): 12-21. [in Persian]

13. Reber AS. The Penguin dictionary of psychology. 2nd ed: 1995.

14. World Health Organization Report. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization: 2001. <https://www.who.int/whr/2001>.

15. Gee SB, Croucher M, Matthew J, Beveridge J. Measuring Outcomes in Mental Health Services for Older People: An evaluation of the Health of the Nation Outcome Scales for elderly people. International Journal of Disability, Development and Education, 2010; 57(2): 155- 74.

16. Saffari Nia M, Eisazadeh F, Hamzehei Z. Life expectancy predictions based on

- Achievements. 2017; 3(2); 141-54. [in Persian]
34. Asefi R, Alipour A, Saffari Nia M. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and schema therapy on depression in depressed students. *Journal of Psychology and Religion*. 2015; 9(2): 27-39. [in Persian]
35. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi Sh, Gholizadeh B. Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *nvj*. 2016; 2 (5):40-51. [in Persian]
36. Babae Z, Latifi Z, Esmaili M. The effectiveness of spiritual therapy on quality of life and mental health of women with diabetes. *Journal of Psychology and Religion*, 2015; 8(2): 37-49. [in Persian]
37. Khaledian M, Karami Baghtifoni Z. The effectiveness of spirituality education based on Islamic teachings on the promotion of psychological capital and its components (self-efficacy, hope, resilience, and optimism) in students. *Journal of Psychology and Religion*. 2016; 9(4): 71-86. [in Persian]
38. Golparvar M, Jafari M, javadian Z. Prediction of Psychological Capital through Components of Spirituality among Nurses. *IJPN*. 2013; 1 (3):35-44 [in Persian]
39. Shomali MA. Key concepts in Islamic spirituality: Love, thankfulness and humbleness Z, *Message of Thaqaalayn*. 2010; 11: 531-45. [in Persian]
40. Imani F, Sadeghi M, Gholam Rezaei S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. *DMed*. 2018; 25 (1):79-87. [in Persian]
- COVID-19 (pp. 16-21). Karachi: Institute of Business Administration. 2020.
25. Pathek G, Joshi G. Impact of psychological capital and life satisfaction on organizational resilience during COVID-19: Indian tourism insights. *Current Issues in Tourism*. 2020; 52(4): 112-5.
26. Galanter M, Siegel C. *Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center*. New York: Mc Graw-Hill 2009.
27. Karegarzadeh M. The effect of open heart surgery on depression, social adjustment of male and female heart patients in Shahid Modares Hospital, Tehran. Master Thesis, Islamic Azad University, Ahvaz Branch. 2007. [in Persian]
28. Goldberg DP. *The Detection of psychiatric Illness by Questionnaire*. Mudsley Monograph, Oxford: Oxford University press 1972; 21.
29. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barouti E, Abedi M. Validity and Factor Structure of the General Health Questionnaire (GHQ- 12) in University Students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(2): 153-60. [in Persian]
30. Aminpour H, Zare H. *Psychological tests*. Aeezh: 2013. [in Persian]
31. Luthans F. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol*. 2007; 6(3): 138-46.
32. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Peterson S J. The Development and resulting performance impact of Positive psychological capital. *Human resource development quarterly*. 2010; 21(1): 41-65.
33. Zamani N. The effectiveness of spirituality therapy on depression reduction in female patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*