

اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمان‌های غیر معنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روانشناختی در بحران کرونا

مسعود جان‌بزرگی*^۱، ناهید نوری^۲، مهدیه حیدری‌زاد^۳، عرفانه جان‌بزرگی^۴، امین جان
بزرگی^۵، مؤگان نظری^۶

۱. استاد گروه روانشناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۵. سطح ۲ حوزه علمیه قم، قم، ایران.
۶. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: مشکلات روانشناختی ناشی از شیوع ویروس کرونا، استرس گسترده‌ای را در سطح جهان ایجاد کرد و باعث شکل‌گیری پروتکل‌های متعدد برای کمک روانشناختی به افراد شده است. قصد مقاله حاضر مطالعه اثر مداخله معنوی و مداخلات غیر معنوی در مدیریت استرس ناشی از شیوع کرونا در مراجعان تهرانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی است.

روش: پرسشنامه ساختار یافته برای بررسی اثرات استرس ناشی از شیوع کرونا از طریق اینترنت در اختیار سه گروه قرار گرفت و از ۱۲۰ پرسشنامه تکمیل شده تا زمان تحلیل نتایج ۶۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که کسانی که درمان‌های روانشناختی را گذرانده‌اند نسبت به کسانی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند بهتر توانسته‌اند استرس خود را در شرایط بحرانی مهار کنند. همچنین یافته‌ها در مقایسه بین درمان معنوی و دیگر درمان‌های روانشناختی نشان می‌دهد که درمان معنوی خداسو توانسته است در ابعاد مختلف به افراد کمک کند و در بسیاری از زمینه‌ها به طور معناداری از درمان‌های غیر معنوی در مهار استرس کارآمدتر بود. این یافته‌ها مبنای تهیه پروتکل برای مقابله با استرس ناشی از شیوع بیماری کرونا شد. بدین منظور پاسخ کسانی که درمان‌های معنوی گذرانده بودند مورد مطالعه قرار گرفت و سپس بر اساس پروتکل درمان چند بعدی معنوی یک برنامه کوتاه مدت برای مهار استرس افراد مبتلا تهیه شد.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین براساس منابع دینی، یافته‌های علمی و درمان چند بعدی معنوی که در آن از منابع دینی و یافته‌های بالینی برای کمک به مراجعان استفاده شده است، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات معنوی برای مدیریت بحران‌ها کارآمد بوده و می‌توان براساس آن برنامه مدیریت بحران‌های روانشناختی طراحی کرد.

کلیدواژه‌ها: ویروس کرونا، درمان چند بعدی معنوی - مذهبی، الگوی معنوی مداخله در بحران.

*Email: psychjan@gmail.com

نشریه علمی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴
بهار و تابستان ۱۳۹۹
صص: ۲۱۴-۲۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۲۶

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer
2020
pp.: 201-214

مقدمه

اگر بحران روانشناختی را حالتی گذرا و شاید شدید از آشفتگی و بهم‌ریختگی سازمان‌یافتگی فرد بدانیم، شاخصه اصلی آن از یک سو ناتوانی فرد در مقابله با آن و ناکارآمدی روش‌های معمول حل مسئله تا آن زمان با چنین شرایطی است و از سوی دیگر مستعد شدن فرد برای تغییر و پیامد های بنیادین مثبت یا منفی است [۱]. ویروس کرونا تقریباً رابطه انسان را با همه دارایی‌های خود تحت تأثیر قرار داده است.

داده‌ها نشان می‌دهند در چنین مواردی، نگرانی‌های جدی مانند ترس از مرگ در بین بیماران افزایش، و احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی و استرس و خشم در میان اشخاصی که در قرنطینه هستند، به دلیل فقدان شیوه سنتی ارتباط، توسعه می‌یابد [۲، ۳، ۴]. در زمان قرنطینه با گزارش اولین مورد فوتی و افزایش حجم اخبار موارد ابتلا جدید، تنش‌ها در سطح جامعه به طور چشم‌گیری افزایش می‌یابد [۵]، و چرخه‌های معیوب افزایش استرس را به وجود می‌آورد. آمارهای گوناگونی از کشورهای مختلف از جمله کانادا، در نظر سنجی‌ها اشاره به این موضوع دارد که با وجود اینکه آمار ابتلا یا فوت در مقایسه با جمعیت کلی هر کشور رقم قابل توجهی نیست، اما درصد بالایی از جامعه را به طور واقعی نگران کرده، به نحوی که به سمت رفتارهای بهداشتی و اجتنابی افراطی روی آوردند که بیشترین آمار به شستشوی دست‌ها مربوط است (حدود ۵۰ درصد جامعه) [۶ و ۷]. همه گیری جهانی این بیماری منجر به ظهور رفتارهای بالینی جدید مانند عدم اطمینان به سیستم درمانی کشورها و بیگانه‌هراسی (از جمله دوری از ملیت‌های خاص مانند چینی‌ها) شد [۸ و ۹].

عوامل آسیب‌پذیری روانشناختی مختلفی در کرونا‌هراسی موثرند، از جمله عدم تحمل بلا تکلیفی، احساس آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، مضطرب بودن و برخورداری از پتانسیل ابتلا به آن [۷]. عدم دسترسی به اطلاعات یا برخورداری از اطلاعات غلط سبب افزایش نگرانی‌های مرتبط با بیماری و فوبیا می‌شود [۱۰]. در این میان، کادر درمانی به دلیل اینکه در قلب ماجرا قرار دارند، استرس بیشتری را نسبت به دیگر افراد تجربه می‌کنند. این نگرانی نسبت به خود، اعضای خانواده و حتی همکاران به احساس تنهایی و در نهایت به اضطراب، خشم، بی‌خوابی و ترس از شرایط غیرقابل پیش‌بینی، منجر می‌شود. به‌هم‌ریختگی سبک زندگی و بخصوص مشکل بی‌خوابی چرخه استرس را در میان آنان افزایش داده و در نهایت سبب تشدید اختلال بی‌خوابی می‌شود [۱۱]. به‌ویژه پرستاران به علت بار اضافه‌ای که به آنان

تحمیل می‌شود و فعالیت‌های مداومی که باید برای مراقبت از بیمار انجام دهند، استرس بیشتری را نسبت به سایر افراد کادر درمانی متحمل می‌شوند [۱۲ و ۱۳]. این شرایط در محیط‌های بسته‌ای مانند زندان‌ها و مراکز مراقبت شبانه‌روزی کار را سخت‌تر می‌کند. در شرایط عادی ارائه‌ی خدمات مراقبتی روانشناسی و روانپزشکی برای بسیاری از مراکز ارائه دهنده‌ی این خدمات از جمله زندان‌ها چالش بسیار بزرگی است که در شرایط مواجهه با بحران به معضل عظیم‌تری تبدیل می‌شود. مشکلات در سطوح مختلفی ایجاد شده و همه ی افراد از جمله زندانیان، ماموران امنیتی و کادر پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۴]. ترس، نگرانی و عدم قطعیت موجب پدیدآیی و افزایش شدت اختلالات مرتبط با اضطراب شده و می‌تواند اختلالاتی که از پیش وجود داشته‌اند را شدت ببخشد [۴].

دامنه مشکلات به دلیل گستردگی اثرات این شیوع از آن هم فراتر رفته است. با بسته شدن مدارس و مشاغل، هیجانات منفی تجربه شده توسط افراد پیچیده‌تر شده و ترکیب مختلفی از انواع احساسات منفی را رقم می‌زند [۱۵].

عوامل و متغیرهایی که سطح آسیب‌پذیری را در چنین بحران‌هایی افزایش می‌دهند متعدّدند. به طور مثال برخی یافته‌ها حاکی از آنند که زنان، کسانی که کارشان معلق شده و دچار بلا تکلیفی می‌شوند از جمله دانشجویان و دانش‌آموزان و افرادی که از تحصیلات کمتری برخوردارند [۱۶]، جوانترهایی که خود را بیشتر در معرض اخبار منفی قرار می‌دهند، مجردها (به دلیل تنهایی و فقدان نظام حمایتی کافی)، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانشناختی هستند [۱۸ و ۱۷].

بنابراین، تبعات روانشناختی و اجتماعی کسانی که به ویروس کرونا مبتلا می‌شوند کم نیست. افراد مبتلا به ویروس کرونا به انزوا کشیده می‌شوند، تبعیض آمیز با آنان رفتار می‌شود و در برخی موارد مورد بدنامی قرار گرفته شده و به آنها انگ زده می‌شود و این رفتار در میان عموم مردم، صاحبان قدرت و دانشمندان دیده می‌شود [۱۵]. منبع استرس در بین کارکنان از حس آسیب پذیر بودن، از دست دادن کنترل وضعیت سلامتی خود و دیگران، پخش شدن ویروس، نگرانی راجع به سلامتی اعضای خانواده و نزدیکان، تغییرات در شرایط کار و منزوی شدن، متغیر است [۱۲].

عوامل متعددی از جمله از دست دادن حس پیش‌بینی، کنترل‌پذیری شرایط، شدت آسیب‌پذیری، دامنه محدودیت عملکرد در حوزه‌های مختلف زندگی، فقدان منابع معتبر و دریافت اطلاعات تهدید کننده و گاهی نامعتبر، که ویژگی بحران‌ها به حساب می‌آید، همچنین ویژگی خاص این بحران که از حالت گذرا بودن خارج شده است و احتمال افزایش

از خانواده و سطح درآمد پایین مورد بررسی قرار بگیرند [۲۲]. در زمان بحران و مواجهه با عدم قطعیت، اتکای مردم به رسانه‌ها برای اطلاعات موثق افزایش می‌یابد [۲۳] و بدین ترتیب اهمیت وجود رسانه‌های موثق برای در اختیار گذاشتن توصیه‌های صحیح افزایش می‌یابد [۲۴]. در زمانی که اطلاعات صحیح و کافی در دسترس نباشند، ابهام سبب می‌شود تا افراد خطر را بیش از اندازه ادراک کنند و هنگامی که این ابهام با خطری غیرقابل مشاهده مانند ویروس ترکیب می‌شود، شدت ترس و اضطراب را در بین افراد چندین برابر می‌کند [۲۵].

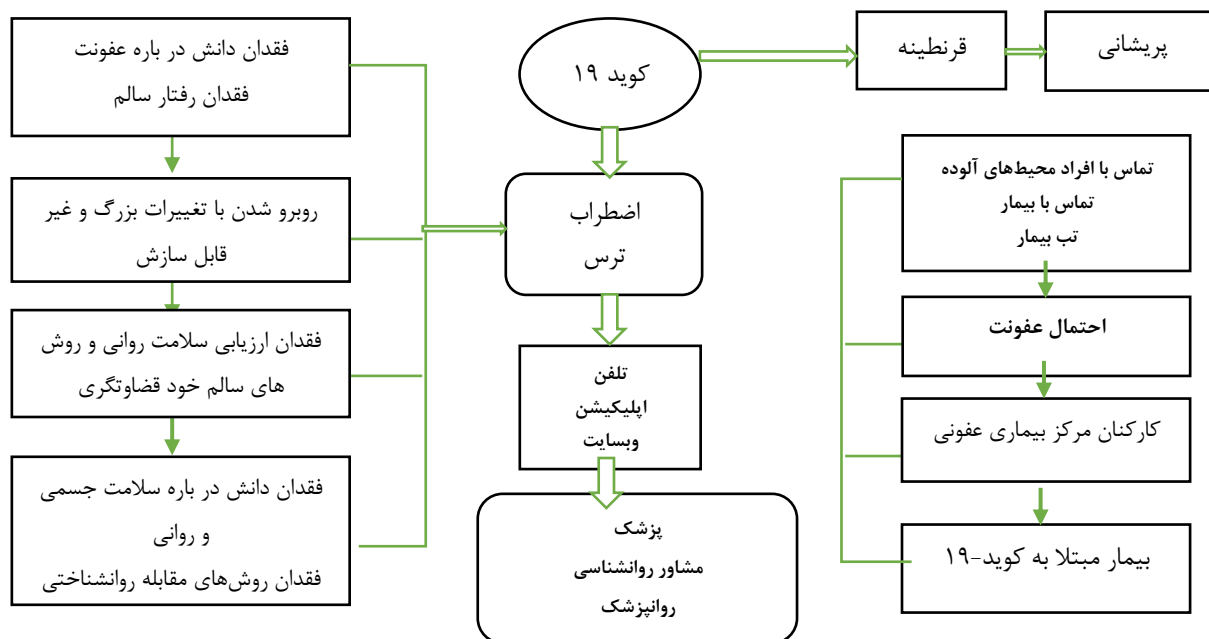
امروزه تمامی محافل مربوط به بهداشت روانی در سراسر دنیا به فکر طراحی مدل‌های مداخله در بحران و کمک به بازسازی روانشناختی آسیب‌دیدگان مشغولند. ژانگ و همکاران [۳] از روانشناسان بالینی چین الگویی را برای وضعیت روانشناختی این بیماران به تصویر کشیده‌اند. آنها معتقدند مداخله در بحران باید پویا و متناسب با هر مرحله اپیدمی؛ حین یا بعد از شیوع باشد. در حین شیوع متخصصان بهداشت روانی باید به طور فعال در روند مداخله این بیماری مشارکت کنند تا سلامت روانی و پاسخ‌های روانی اجتماعی بتوانند به موقع بسیج شوند. به طور خاص مداخلات بحران روانشناختی در مورد استرس ناشی از ویروس کرونا باید در درمان مربوط به التهاب ریه و مسدود کردن مسیرهای انتقال یکپارچه شود. در این مرحله مداخلات روانشناختی شامل دو فعالیت اساسی است: ۱) مداخله برای ترس از بیماری که توسط پزشکان با کمک روانشناسان صورت می‌گیرد و ۲) مداخله برای مشکلات سازگاری، بخصوص برای کسانی که مشکلات جدی‌تری مانند خشم، و گرایش به خودکشی دارند و مداخلات روانپزشکی می‌طلبند، که توسط روانشناسان اجتماعی صورت می‌گیرد (شکل زیر). در این طرح همه نیروها با نظام دولتی یک پارچه شده‌اند. در ابتدای هرم، تیم تخصصی قرار داشته و در انتهای آن نیروهای اجتماعی هستند که حمایت‌های روانی-اجتماعی را انجام می‌دهند. کمک‌های روانشناختی (مانند خط تلفن و مشاوره آنلاین) برای شناسایی و کمک به کسانی که نیاز به کمک دارند مورد استفاده قرار گرفت. الگوی نظری آنها برای فرمول‌بندی مداخله‌ها در شکل ۱ آمده است.

عمق و وسعت آسیب‌های روانشناختی به افراد با توان سازگاری کمتر را افزایش داده، لزوم طراحی مداخله‌هایی را که بتواند تمامی ابعاد وجودی انسان را در بر بگیرد، برجسته ساخته است. بدین ترتیب «غیر قابل پیش بینی بودن» و به دنبال آن «غیر قابل کنترل بودن» تهدید در کنار «فقدان تکیه‌گاه قابل اعتماد» حتی از نظر خبری عوامل بحران را گسترش داد.

زمینه‌ها و عوامل مختلفی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند از این بحران‌ها به سلامت عبور کنند. برای نمونه برخورداری از اطلاعات صحیح‌تر و مناسب، احتمال ابتلای افراد به افسردگی و اضطراب را در یک چنین شرایطی تا حد زیادی کاهش می‌دهد [۱۶]. در زمینه درمان‌های مختلف، استفاده از درمان شناختی رفتاری برای مبارزه با باورهای غلط درباره ویروس کرونا مانند بیش از اندازه بزرگ دانستن خطر ابتلا و ترس از مردن، می‌تواند سودمند باشد، اتخاذ رویکرد پیشگیرانه و انجام توصیه‌های بهداشتی، تا حد قابل ملاحظه ای میزان تاثیرات روانشناختی حاصل از این بیماری مسری را کاهش می‌دهد اما اثر درمان‌های دیگر اطلاعی احتمالا منتشر نشده است [۱۶].

برخی داده‌ها نشان می‌دهد از ویژگی منحصر به فرد این ویروس درعین عالمگیر بودن، ظالمانه برخورد کردن آن از نظر نژادی و قومی است. در نامه‌ای، رئیس انجمن روانشناسی آمریکا [۱۹] به نمایندگی از ۱۲۱ هزار روانشناس عضو انجمن روانشناسان آمریکا به رئیس جمهور آمریکا، با مستندات معتبر نشان داده است که روانشناسان می‌توانند کمک مؤثری به اقشار آسیب‌پذیر داشته باشند و اشاره می‌کند که این ویروس اقلیت‌های نژادی و قومی را در آمریکا به رغم جمعیت کم آنها نشانه رفته است و در برخی مناطق تا ۵۰ درصد کشتگان را تشکیل می‌دهد. او در این نامه به بی‌عدالتی‌های اجتماعی در درمان آنها نیز اشاره می‌کند و به شدت خواستار تشکیل تیم‌های دولتی و خصوصی برای کمک به مسائل روانشناختی مردم شده است.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند، افرادی که در شرایط بحرانی مربوط به سلامت عمومی قرار می‌گیرند، حتی پس از پایان همه‌گیری، درمان یا مرخص شدن از بیمارستان به احتمال زیادی دچار اختلالات اضطرابی می‌شوند [۲۰ و ۲۱]. بنابراین در این شرایط نیز مداخله‌ای روانشناختی متناسب لازم به نظر می‌رسد. این مداخله‌ها باید جامع باشند و لازم است در آنها تمامی عوامل دخیل در آسیب‌پذیری افراد از جمله وجود اختلالات روانشناختی پیش از بحران، سوگ یا داغداری، آسیب دیدن خود فرد یا یکی از اعضای خانواده، شرایط تهدید کننده زندگی، حمله‌ی وحشت‌زدگی، جدایی



شکل ۱. الگوی نظری فرمول بندی مداخلات

مداخله‌های فوری روانشناسان شامل مؤلفه‌های مختلفی است. به طور مثال انجمن روانشناسان آمریکا، به روانشناسان از طرق مختلف آموزش می‌دهد و از طریق تلفن‌بهداشت^۱ به نیازمندان کمک می‌کند. نمونه‌ای از پروتکل اورژانسی آنها برای افراد در شرایط بحران کرونا شامل مؤلفه‌های زیر را به صورت توصیه‌ای بیان می‌کند [۲۶]:

- ۱) اولویت‌بندی کارها برای خود مراقبت‌گری،
- ۲) تغییر جهت فعالیت در صورت لزوم: همواره کاری هست که انجام دهیم،
- ۳) به روال عادی زندگی برگردید،
- ۴) ایجاد یک فضای کاری مجزا، حتی در منزل،
- ۵) ورزش،
- ۶) در تماس با دیگران ماندن (تماس مجازی)،
- ۷) متوقف یا محدود کردن گوش کردن به اخبار
- ۸) تمرین ذهن آگاهی و ریلکس، و توصیه‌هایی مانند:
- ۹) به دنبال یادگیری چیزهای جدید باشید،
- ۱۰) کمی به خودتان فرصت بدهید
- ۱۱) با همکاران (آشنایانی که کار مشترک داشتید) در تماس باشید و به آنها کمک کنید؛ که این در فعالیت‌های با معنا به شما کمک می‌کند.

دانشگاه ملبرن استرالیا (در حوزه سلامت روانی)^۲ و همچنین جامعه روانشناسان آن کشور نیز چنین توصیه‌هایی را مطرح کرده که در رأس همه آنها توجه به سبک زندگی سالم (رژیم غذایی مناسب، خواب کافی، ورزش، گفتگو با عزیزان درباره نگرانی‌ها، انجام فعالیت‌های مورد علاقه و لذت بخش، اجتناب از مطرف الکل و تنباکو؛ ارتباط با منابع معتبر برای اخبار)، مثبت بودن (انجام کارهایی که می‌توان انجام داد و نه غصه خوردن درباره آنچه از دست رفته است، مشارکت در کارها و فعالیت‌های مثبت با دیگران) و توصیه‌هایی برای کسانی که در قرنطینه هستند (توجه به گذرا بودن شرایط، فعال ماندن، کمک به دیگران، تنظیم سالم خواب و خوراک، مدیریت استرس با گوش کردن به موسیقی، تماشای فیلم، ورزش خانگی، گفتگو با متخصصان در صورت لزوم، و گفتگو با کودکان) قرار دارد.

برخی سعی کرده‌اند در چارچوب درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مجموعه توصیه‌هایی برای مقابله با استرس ناشی از گسترش ویروس کرونا ارائه دهند [۲۷]. با استفاده از مخفف مواجهه با کویید (فیس کویید)^۴ تلاش شده است مؤلفه‌های اصلی کمک به افراد برای مدیریت استرس خویش را در آن

¹ Telehealth

² Prioritize

³ <https://www.dhhs.vic.gov.au/mental-health-resources-coronavirus-covid-19>

⁴ (FACE COVID) F = Focus on what's in your control A = Acknowledge your thoughts & feelings C = Come back into your body E = Engage in what you're doing C = Committed action O = Opening up V = Values I = Identify resources D = Disinfect & distance

روش

نوع پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه عینی آنلاین و برنامه‌های واتس‌آپ، بله، تلگرام و اینستا استفاده شد. این پرسشنامه توسط یک گروه از متخصصان و درمانگران مرکز مشاوره طبیعه سلامت به شکل گروه متمرکز آنلاین تهیه شده است. این پرسشنامه با ۴ بار بازنگری و دو بار اجرای آزمایشی در نهایت مورد تصویب گروه قرار گرفت و برای اجرا بارگذاری شد. اعتبار درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) برای ۹۰ نفر ۰/۷۰ محاسبه شد. پرسشنامه از طریق اینترنت در اختیار سه گروه از افراد قرار گرفت، گروه اول کسانی که درمان معنوی خدا سو [۲۹] را در ۵ سال گذشته تجربه کرده‌اند و به طور کامل پروتکل درمان را برای غلبه بر مشکلات خود تجربه کرده‌اند، گروه دوم کسانی که یکی از درمان‌های معمول روانشناختی را در ۵ سال گذشته تجربه کرده‌اند و گروه سوم کسانی که هیچ درمانی را تجربه نکرده بودند ولی در جریان شیوع ویروس کرونا تجربه اضطراب و استرس داشتند. از ۱۲۰ نفر که داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دادند نتایج سه گروه ۲۰ نفره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. افراد بر اساس داشتن تجربه اضطراب و استرس (نه شدت آن) برای دو گروه اول (درمانی) قبل از درمان که توسط متخصصان تشخیص داده شده بودند و برای افراد گروه سوم بر اساس خود گزارش‌دهی اضطراب و استرس همسان شدند و یافته‌ها پس از دسته‌بندی و کدگذاری با نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از تحلیل نتایج داده‌ها برای تعدیل و طراحی پروتکل مداخله در استرس برای کوید ۱۹ استفاده شد. این پروتکل در یک گروه ۵ نفره تهیه و توسط دو تن از افراد متخصص روانشناس و مسلط به متون دینی مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از اصلاح به گروهی از متخصصان آموزش داده شد تا برای افراد مبتلا به استرس ناشی از شیوع ویروس کرونا مورد استفاده قرار گیرد.

به منظور تهیه پروتکل بر اساس درمان چند بعدی معنوی که خود بر اساس منابع دینی تهیه شده است، علاوه بر تحلیل منابع دینی پروتکل‌های موجود در سطح ایران و جهان نیز مورد بررسی قرار گرفت.

بگنجانند. بررسی سایر پروتکل‌هایی که به نوعی در متون دانشگاهی دنیا تا زمان نوشتن این مقاله منتشر شده‌اند حاوی مطالبی برای مداخله‌های ارژانسی روانشناختی حول همین محورها با محوریت مدیریت سبک زندگی است.

بررسی پروتکل‌های متعدد در مقابله با استرس ناشی از شیوع کرونا نشان می‌دهد توجه به موضوعات معنوی چندان در مد نظر نبوده است. در حالیکه به نظر می‌رسد یکی از دغدغه‌ها در تجربه بودن در مرز زندگی که هیچ‌داری برای فرد کارکرد ندارد و حتی برخی مرگ را می‌بینند، معنای زندگی و داشتن مبدأ و معاد مشخص است. در قرآن کریم مدیریت بحران و حفظ تعادل هیجانی یکی از مهمترین عوامل زمینه‌ساز مثبت برای مقابله با بحران‌های روانشناختی یا مصیبت‌ها است. تعادل هیجانی وقتی پایدار است که انسان در سرمایه‌گذاری عاطفی بتواند به درستی رغبت‌های خود را بین اهداف مادی و معنوی تنظیم کند که در این صورت مایوس شدن یا سرخوش شدن به دارایی‌ها مادی ربط پیدا نمی‌کند و مدیریت الهی در جهان کنونی به رغم قدرت اعتباری انسان به بخشی از باورهای یقینی انسان تبدیل می‌شود. بنابراین خداوند قبلاً از حوادث مصیبت بار خبر می‌دهد برای اینکه از دست دادن منجر به اندوه و به دست آوردن منجر به سرخوشی نشود.^۱

هرچند انسان‌ها به طور فطری (از جهت سازمان‌یافتگی و نظم و کمال^۲) متعادل آفریده شده‌اند^۳ [۲۸] و تعادلجو هستند، اما حفظ تعادل مستلزم عملکرد صحیح انسان در ابعاد مختلف است. مهمترین بعدی که در خروج انسان از تعادل دخیل است هیجان‌ات و پس از آن نظام فکری و ادراکی انسان است. اگر این درست باشد باید کسانی که مداخلات معنوی را دریافت می‌کنند در شرایط بحرانی که پای مرگ و زندگی در میان است، مدیریت قوی‌تری از خود نشان دهند. مقاله حاضر در پی بررسی این سؤال است که کسانی که درمان چند بعدی معنوی را در سنوات اخیر گذرانده‌اند چگونه خود را در شرایط بحرانی انتشار ویروس کرونا مدیریت کرده‌اند. و با توجه به جمع‌آوری تجربه آنها چگونه می‌توان بر اساس درمان چند بعدی معنوی خداسو [۲۹]، به یک چارچوب عملی برای تهیه یک پروتکل معنوی برای مبتلایان به استرس ناشی از انتشار ویروس کوید ۱۹ دست یافت.

^۱ آیات ۲۲ و ۲۳ سوره حدید

^۲ اشاره به معنای کلمه تسویه (مصطفوی، التحقیق فی کلمات القرآن ج ۵ ص ۳۴۱)

^۳ اشاره به آیه ۷ سوره شمس

یافته‌ها

بر اساس داده‌های موجود مداخله‌های معنوی می‌تواند کمک کننده باشد.

جدول ۱. درصد میانگین سن تحصیلات و جنسیت ۳ گروه

سن	درصد میانگین سنی	درصد میانگین تحصیلات	درصد خانم	درصد آقا
درمان چند بعدی معنوی	۴۰-۳۰	فوق لیسانس	۸۵	۱۵
درمان غیر معنوی	۳۵-۲۵	فوق لیسانس	۸۵	۱۵
گروه کنترل	۳۵-۲۵	لیسانس	۸۵	۱۵

دیپلم و زیر دیپلم و گروه درمان غیر معنوی ۱۵ درصد و گروهی که درمانی دریافت نکرده‌اند ۳۰ درصد دیپلم و زیر دیپلم هستند.

همانگونه که جدول ۱ دیده می‌شود تحصیلات دو گروه درمانی بیشتر فوق لیسانس و گروهی که درمانی نگذرانده‌اند بیشتر از لیسانس به بالا هستند. گروه درمان معنوی ۵ درصد

جدول ۲. داده‌های جمع آوری شده از مقایسه ۳ گروه مورد مطالعه

عنوان کلی	ردیف	عنوان جزئی	درمان معنوی		درمان غیر معنوی		گروه کنترل		۱		۲		۳	
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	Sig.	Chi-Square	Sig.	U Mann-Whitney	Sig. 1&3	U Mann-Whitney
مشکلات فعلی به خاطر وجود کوید ۱۹	۱	آموزش و مراقبت از خانواده	۳۵	۷	۳۵	۷	۵۵	۱۱	۰/۴۵۲	۱/۵۸۹				
	۲	محدودیت‌های رفت و آمد	۵۰	۱۰	۷۰	۱۴	۵۰	۱۰	۰/۳۴۴	۲/۱۳۶				
	۳	خستگی به خاطر رعایت شرایط فعلی شستشو و مراقبت	۱۵	۳	۵	۱	۷۰	۱۴	۰/۰۰۱	۲۲/۹۴۴	۰/۲۹۸	۱۸۰/۰۰۰	۹۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	۴	تغییر شرایط کاری	۱۰	۲	۶۰	۱۲	۴۰	۸	۰/۰۰۵	۱۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۱۰۰/۰۰۰	۱۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	۵	نداشتن مشکل جدی	۱۵	۳	۱۵	۳	۰	۰	۰/۱۹۴	۳/۲۷۸				
مشکلات جدید نیازمند کمک	۱	هیچ مشکلی	۵۰	۱۰	۵۰	۱۰	۵	۱	۰/۰۰۳	۱۱/۶۷۰	۱/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
	۲	ماندن در خانه و محدودیت‌های ناشی از آن	۱۵	۳	۱۵	۵	۱۵	۵	۰/۶۸۰	۰/۷۷۳				
	۳	نگران ابتلا به بیماری برای خودم	۵	۱	۱۵	۳	۲۰	۴	۰/۳۷۱	۱/۹۸۶				
	۴	نگران ابتلای اطرافیان	۱۵	۳	۲۰	۴	۷۰	۱۴	۰/۰۰۱	۱۵/۹۹۳	۰/۶۸۱	۱۹۰/۰۰۰	۹۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	۵	سازگاری‌های جدید	۲۰	۴	۱۰	۲	۳۵	۷	۰/۱۶۰	۳/۶۶۹				
تاثیر مثبت بر ادراک معنای زندگی	۱	دیدن نعمت‌های زندگی	۹۵	۱۹	۶۵	۱۳	۵۰	۱۰	۰/۰۰۷	۹/۸۳۳	۰/۰۱۹	۱۴۰/۰۰۰	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
	۲	بهبود کیفیت روابط با دیگران	۹۵	۱۹	۰	۰	۲۰	۴	۰/۰۰۰	۴۱/۷۳۷	۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	۳	تاثیر بر حسن خلق و افزایش مهربانی	۵	۱	۰	۰	۱۵	۳	۰/۱۵۸	۳/۶۸۷				
	۴	توجه به معنای واقعی مرگ و افزایش کیفیت زندگی	۳۰	۶	۲۰	۴	۲۵	۵	۰/۷۶۹	۰/۵۲۴				
	۵	درک عظمت الهی	۴۰	۸	۶۰	۱۲	۲۵	۵	۰/۰۸۳	۴/۹۹۰				
	۶	توجه به اثر عمل هر انسان در عالم / وحدت عالم	۱۵	۳	۶۰	۱۲	۱۰	۲	۰/۰۰۱	۱۴/۶۸۹	۰/۰۰۴	۱۱۰/۰۰۰	۱۹۰/۰۰۰	۰/۶۳۷

				۰/۱۰۴	۴/۵۲۰	۱۵	۳	۴۵	۹	۲۵	۵	ادراک ربوبیت خداوند	۷
۰/۰۷۵	۱۷۰/۰۰۰	۰/۱۴۹	۱۶۰/۰۰۰	۰/۰۱۳	۸/۷۲۲	۰	۰	۳۵	۷	۱۵	۳	توجه به خود/درون نگری بیشتر	۸
۰/۰۸۰	۱۶۰/۰۰۰	۰/۳۱۷	۱۹۰/۰۰۰	۰/۰۲۲	۷/۶۴۸	۲۵	۵	۰	۰	۵	۱	بهبود کیفیت رابطه با خدا	۹
				۰/۳۶۸	۲/۰۰۰	۰	۰	۰	۰	۵	۱	ادراک عدالت الهی	۱۰
۰/۰۱۸	۱۵۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۱۰/۷۲۷	۲۵	۵	۰	۰	۰	۰	هیچ تاثیری	۱۱
				۰/۹۰۸	۰/۱۹۳	۷۵	۱۵	۸۰	۱۶	۸۰	۱۶	عدم تماس با دیگران	۱
				۰/۴۲۰	۱/۷۳۵	۴۰	۸	۳۵	۷	۵۵	۱۱	قرنطینه کامل	۲
				۰/۴۹۵	۱/۴۰۵	۶۰	۱۲	۷۵	۱۵	۷۵	۱۵	استفاده از دستکش و ماسک	۳
۰/۲۶۲	۱۷۰/۰۰۰	۰/۰۰۹	۱۲۰/۰۰۰	۰/۰۲۷	۷/۲۲۷	۷۰	۱۴	۴۵	۹	۸۵	۱۷	شستشوی مداوم دست	۴
				۰/۹۱۲	۰/۱۸۳	۸۰	۱۶	۷۵	۱۵	۷۵	۱۵	به تعویق انداختن فعالیت‌های غیر ضروری	۵
				۰/۳۶۸	۲/۰۰۰	۵	۱	۵	۰	۰	۰	بی‌اهمیت بودن و زندگی را به روال قبل ادامه دادن	۶
۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰	۰/۰۸۰	۱۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۹/۸۸۶	۱۵	۳	۶۰	۱۲	۸۵	۱۷	توکل به خدا و تجربه آرامش	۱
۰/۰۱۲	۱۲۰/۰۰۰	۰/۳۴۳	۱۷۰/۰۰۰	۰/۰۴۰	۶/۴۵۳	۲۵	۵	۵۰	۱۰	۶۵	۱۳	امیدواری	۲
۰/۰۷۵	۱۷۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰	۰/۰۴۵	۶/۲۱۱	۱۵	۳	۰	۰	۰	۰	ترس	۳
۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۶	۱۲۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۵/۱۷۳	۹۰	۱۸	۵۰	۱۰	۱۰	۲	اضطراب	۴
				۰/۶۰۱	۱/۰۱۷	۵۵	۱	۵	۱	۰	۰	وحشت زدگی	۵
۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۶۲	۱۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۱۵/۱۱۴	۳۰	۶	۶۵	۱۳	۹۰	۱۸	دنبال کردن زندگی با آرامش و ادامه فعالیت‌ها تا حد ممکن	۱
۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰	۰/۰۵۶	۱۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۶/۹۵۲	۱۰	۲	۴۵	۹	۷۵	۱۵	اهمیت بیشتر موضوعات مذهبی/معنوی	۲
				۰/۶۱۶	۰/۹۷۱	۴۵	۹	۴۵	۸	۳۰	۶	سرگرم شدن با امور منزل	۳
۰/۰۰۳	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۱۴	۱۳۰/۰۰۰	۰/۰۰۹	۹/۴۵۷	۵۵	۱۱	۴۵	۹	۱۰	۲	کلافگی و سردرگمی	۴
				۰/۰۶۳	۵/۵۲۱	۲۵	۷	۲۰	۴	۵	۱	مشکلات مالی	۱
				۰/۲۱۶	۳/۰۶۸	۲۵	۵	۲۰	۴	۵	۱	تنهایی	۲
۰/۰۴۱	۱۴۰/۰۰۰	۰/۰۲۰	۱۳۰/۰۰۰	۰/۰۴۸	۶/۰۶۹	۴۵	۹	۵۰	۱۰	۱۵	۳	کلافگی	۳
				۰/۱۸۶۸	۰/۲۸۴	۲۰	۴	۱۵	۳	۱۰	۲	از دست دادن شغل	۴
				۰/۶۳۱	۰/۹۲۲	۵۵	۱۱	۴۰	۸	۴۵	۹	طولانی شدن زمان قرنطینه	۵
۰/۰۳۷	۱۶۰/۰۰۰	۰/۰۰۹	۱۴۰/۰۰۰	۰/۰۳۷	۶/۶۰۸	۲۰	۴	۳۰	۶	۵	۰	ترس از مرگ خود	۶
۰/۰۰۱	۹۰/۰۰۰	۰/۰۴۱	۱۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۲	۱۲/۱۴۷	۷۰	۱۴	۴۵	۹	۱۵	۳	ترس از مرگ عزیزان	۷
۰/۰۰۴	۱۲۰/۰۰۰	۰/۰۶۲	۱۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۷	۱۰/۰۲۶	۰	۰	۱۰	۲	۳۵	۷	نداشتن نگرانی	۸
۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰	۰/۰۳۷	۱۶۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۴/۳۴۹	۲۰	۶	۸۰	۱۶	۱۰۰	۲۰	عوامل معنوی: دعا و نیایش، ذکرهای خاص و...	۱
۰/۰۱۱	۱۲۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	۱۷۰/۰۰۰	۰/۰۳۷	۶/۶۰۸	۲۰	۴	۴۵	۹	۶۰	۱۲	منابع علمی	۲
				۰/۰۷۳	۵/۲۲۲	۴۵	۹	۸۰	۱۶	۶۵	۱۳	تقویت کننده‌های بدنی	۳
				۰/۷۳۹	۰/۶۰۶	۳۵	۷	۲۵	۵	۳۵	۷	استفاده حمایت خانوادگی و دوستان	۴

				۰/۱۲۷	۴/۱۳۰	۳۰	۶	۵۰	۱۰	۲۰	۴	عمل به داده‌های اخبار یا شبکه اجتماعی	۵	
۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۳/۶۰۰	۵۰	۱۰	۷۵	۱۵	۰	۰	نیازمند جلسه مشاوره فردی یا گروهی	۱	نیاز به درمان
۰/۰۰۰	۴۵/۵۰۰	۰/۰۴۲	۱۲۹/۵۰۰	۰/۰۰۰	۲۲/۸۲۶	۵	۱	۳۵	۷	۵۵	۱۱	عدم بازگشت نشانه‌ها / حال بد قبلی	۱	بازگشت

*** ردیف‌های طوسی رنگ نشانگر وجود تفاوت معنادار در مقایسه ۲ گروه می‌باشند ***

نعمت‌های الهی در این شرایط برای گروه معنوی به طور معناداری بیشتر از گروه درمان‌های غیر معنوی بوده و به گروه کنترل نیز در معناداری به شرایط فعلی کمک کرده است ($Ch.S=9/833, p>0/001$)، ۹۵ درصد گروه درمان معنوی ابراز کردند که کیفیت روابط آنها با دیگران در شرایط کرونا، بهبود داشته است، در حالیکه در گروه درمان غیر معنوی کسی این گزارش را نداده و در گروه کنترل ۲۰ درصد به این سؤال پاسخ بله داده‌اند ($Ch.S=41/737, p>0/001$). توجه به اثر عمل هر انسان در عالم و وحدت عالم در شرایط شیوع کرونا در گروه درمان غیر معنوی بیشتر از درمان معنوی و گروه کنترل توانسته است به عنوان یک عامل معناداری عمل کند ($Ch.S=4/689, p>0/001$) همچنین توجه به خود و درونگری در گروه درمان‌های غیر معنوی بیشتر تجربه شده است ($Ch.S=8/732, p>0/001$).

بهبود کیفیت ارتباط با خدا به نسبت قبل از بحران در گروه کنترل از دو گروه درمانی بهتر بوده است ($p>0/022$)، و به همین ترتیب در پاسخ به این سؤال که شرایط بحرانی کنونی چه تأثیر مثبتی بر ادراک معنای زندگی شما داشته است در دو گروه درمانی اظهار شده که تأثیر تازه ای نداشته در حالیکه شرایط فعلی در گروه افرادی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند به طور معناداری در مقایسه با دو گروه دیگر باعث توجه آنها به معنای زندگی شده است ($Ch.S=10/727, p>$

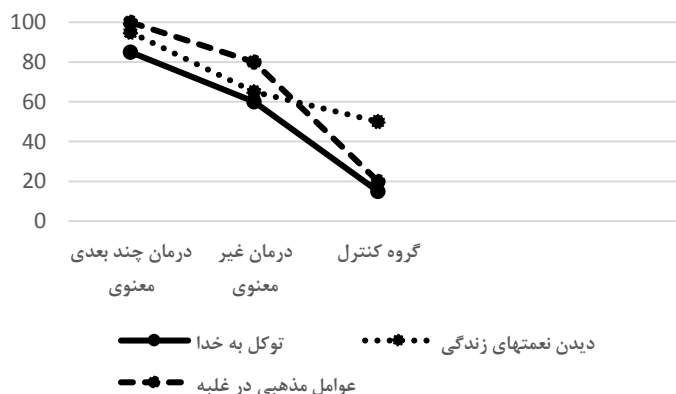
ستون شماره ۱ در جدول ۲؛ مقایسه‌ی دو برای بررسی تفاوت سه گروه و ستون ۲ آزمون «من ویتنی» برای مقایسه دو گروه درمانی و ستون ۳ برای مقایسه گروه درمان معنوی و گروه کنترل است.

مشکلات فعلی به خاطر وجود کوید ۱۹: بر اساس داده‌های جدول ۲، یافته‌ها نشان می‌دهند که کسانی که درمان‌های روانشناختی را گذرانده‌اند به طور کلی در برابر استرس ناشی از شیوع کرونا مقاوم‌تر عمل کرده‌اند. به طور جزئی‌تر بر اساس یافته‌های این پژوهش کسانی که درمان معنوی را گذرانده‌اند به طور معناداری با مشکلات کمتری در شرایط مربوط به ویروس کرونا روبرو بوده‌اند ($p>0/001$)، در حالی که کسانی که هیچ درمانی نگذرانده‌اند و یا حتی درمان‌های غیر معنوی را گذرانده‌اند با مشکلات بیشتری مواجه بوده‌اند. تغییر شرایط کاری در کسانی که درمان معنوی را گذرانده‌اند باعث استرس آنها نشده است و این گروه مشکل جدیدی را تجربه نکرده‌اند.

مشکلات جدیدی که نیازمند کمک است: نگرانی ابتدای اطرافیان به بیماری کوید ۱۹ ۷۰ درصد از گروه کنترل را دچار استرس کرده است در حالی که افرادی که درمان شده‌اند به طور معناداری کمتر از گروه کنترل این تجربه را داشته‌اند ($UM-Whit=90, p>0/001$).

تأثیر مثبت بر ادراک معنای زندگی: ۱۱ زمینه درباره معنای زندگی در بررسی قبلی به دست آمده بود. که دیدن

نمودار ۱. مقایسه سه گروه در استفاده از عوامل مذهبی در غلبه بر ویروس کرونا، دیدن نعمت‌های زندگی و توکل به خدا



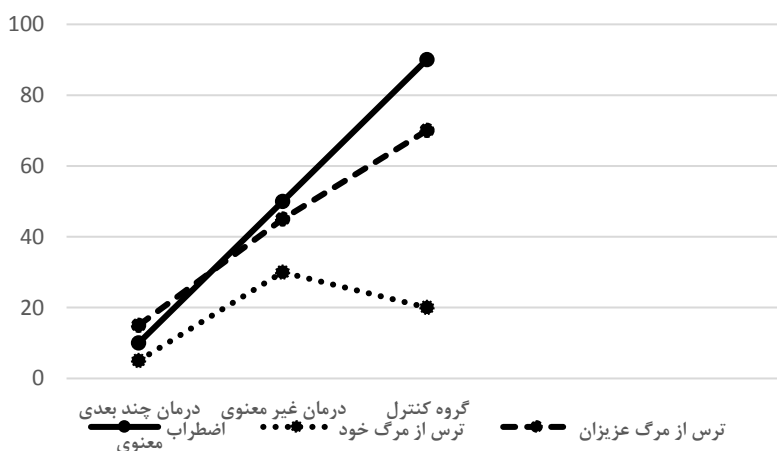
طور معنادار بیشتر از دو گروه دیگر است و به عنوان منبعی برای غلبه بر استرس استفاده شده است ($p > 0/001$)، $Ch.S = 24/349$ و گروه درمان چند بعدی معنوی نسبت به گروهی که درمانی را نگذرانده‌اند به طور معناداری بیشتر از منابع علمی معتبر استفاده می‌کنند ($p > 0/001$)، $Ch.S =$

نگرانی‌های کلی: در مورد نداشتن نگرانی، بین گروهی که درمان معنوی را گذرانده‌اند و دو گروه دیگر تفاوت معناداری دیده می‌شود ($p > 0/007$)، $Ch.S = 10/026$ و در گروه درمان‌های غیر معنوی و کسانی که درمانی را نگذرانده‌اند، به طور معناداری احساس کلافگی ($p > 0/048$)، $Ch.S = 6/608$ ، ترس از مرگ خود ($p > 0/0037$)، $Ch.S = 12/147$ و ترس از مرگ عزیزان ($p > 0/002$)، $Ch.S =$ تجربه می‌شود. در گروه درمان معنوی به طور معناداری اضطراب از دو گروه دیگر کمتر تجربه می‌شود ($p > 0/001$)، $Ch.S = 25/173$ که با توجه به جدول مقایسه دو به دو گروه‌ها بیانگر تفاوت معنادار بین آنها است. که این تفاوت در نمودار ۲ قابل مشاهده است.

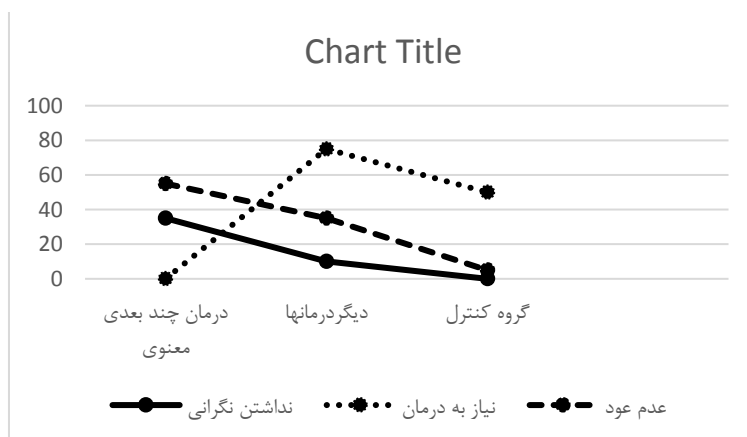
تجربه حال حاضر: در شرایط گسترش ویروس کرونا، گروه‌های درمانی نسبت به گروه کسانی که درمان را نگذرانده‌اند آرامش بیشتر ($p > 0/001$)، $Ch.S = 19/88$ ، و امیدواری بیشتری دارند ($p > 0/04$)، $Ch.S = 6/45$ و همانطور که در نمودار ۱ قابل مشاهده است، از توکل به خدا به عنوان یک شیوه مقابله مذهبی استفاده کرده و تجربه هیچ ترسی را گزارش نکردند.

مدیریت زمان در شرایط بحرانی: در این رابطه آرامش گروه‌های درمانی بیشتر بوده و اظهار داشته‌اند با آرامش زندگی‌ام را دنبال می‌کنم و تا جایی که شرایط فعلی ممکن می‌سازد به ادامه فعالیت‌هایم می‌پردازم و فعالیت‌های معنوی و مذهبی آنها نسبت به گروهی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند به طور معناداری افزایش یافته؛ ($p > 0/001$)، $Ch.S = 15/144$ در این رابطه گروه معنوی در شرایط بهتری از گروه درمان‌های غیر معنوی قرار دارد و گروهی که درمانی را سپری نکرده‌اند از استرس و کلافگی بیشتری رنج می‌برند ($p > 0/001$)، $UM-Whit = 80/000$.

منابع مورد استفاده برای غلبه بر استرس ناشی از کوید ۱۹: در درمان معنوی دعا و نیایش و استفاده از ذکر، به



نمودار ۲. مقایسه ۳ گروه در ترس مرگ عزیزان، ترس مرگ خود و تجربه اضطراب به دلیل انتشار ویروس کرونا



نمودار ۳. مقایسه گروه‌ها در عدم عود نشانه‌ها، نیاز به درمان و نداشتن نگرانی عمده

خودمراقبت‌گری خداسو و نجات عمل [۳۰] توانسته است به مراجعان معنوی کمک کند تا بتوانند استرس خود را مدیریت کنند.

بر اساس این یافته‌ها و تحلیل پاسخ‌های تشریحی مراجعان از درمان معنوی برای تهیه یک پروتکل مداخله در استرس بر اساس درمان چندبعدی معنوی اقدام شد و چارچوب کلی زیر برای پروتکل معنوی خداسو برای مقابله با استرس ناشی از بحران شیوع کرونا طراحی و پس از اعتباریابی توسط گروه متخصصان مورد استفاده قرار گرفت. این پروتکل دارای مؤلفه‌های اصلی زیر است:

- مرحله ارتباط: ارزیابی سریع
 - مرحله مداخله اورژانسی: تنش‌زدایی و آرام‌سازی هیجانی (تسکین: لا تَحْزَنُ إِنَّ اللَّهَ مَعَنَا- توبه ۴۰)
 - مرحله خود مراقبت‌گری اورژانسی: فعال سازی خود مراقبت‌گری و معنایابی (خودمراقبت‌گری خداسو)
 - حمایت‌جویی و ایمنی‌جویی: اکتشاف منابع حمایت بیرونی معتبر و تماس رشد دهنده با آنها
 - فعال سازی منابع معتبر درونی: فعال سازی عقل طبیعی و قلب (ذهن باز- دل بسته)
 - فعال سازی بعد معنوی: معنادهی به خود در گستره نگاه توحیدی.
- در حال حاضر الگوی پیشنهادی برای جمعیت عمومی در جدول ۳ پیشنهاد می‌شود:

نیاز به درمان: همانطور که در نمودار ۳ قابل مشاهده است، در مقایسه سه گروه، گروه درمان‌های غیر معنوی و گروهی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند به طور معناداری نیاز به درمان را ابراز کرده‌اند در حالیکه هیچ یک از افرادی که درمان معنوی را گذرانده‌اند اعلام نیاز به درمان و جلسه مشاوره نداشته‌اند ($p > 0/001$, $Ch.S = 23/600$).

پیشگیری از عود: در مقایسه سه گروه، گروه درمان‌های غیر معنوی به طور معناداری بازگشت نشانه‌ها یا حال بد قبلی را گزارش نموده‌اند، در حالی که گروه درمان معنوی خداسو عود نشانه‌ای را گزارش نکرده است ($p > 0/001$, $Ch.S = 22/826$). نمودار ۳ تفاوت گروه معنوی را با دو گروه دیگر در زمینه نداشتن نگرانی، بی‌نیاز بودن به درمان یا کمک روانشناختی و یا عدم بازگشت نشانه‌ها را نشان می‌دهد.

تحلیل داده‌های کیفی

پرسشنامه طراحی شده واجد پرسش‌های تشریحی و باز پاسخ برای بیان اثرات درمان بر آنها در شرایط بروز بحران گسترش بیماری کرونا بود.

تحلیل کمی و کیفی پاسخ‌های مراجعان نشان داد که بیشتر مفاهیمی مانند فعال‌سازی عقل طبیعی، ارتباط با ربوبیت خداوند، اطمینان از توجه خداوند، و توکل مشارکتی (استفاده از عقل طبیعی برای رعایت پروتکل‌هایی بهداشتی معتبر و نیز توکل بر خداوند)، معنادهی به مرگ و آخرت،

جدول ۳. الگوی پیشنهادی مداخله در بحران با رویکرد معنوی

عنوان	شرح
مرحله مداخله	ارزیابی مشکل و بررسی دامنه آن
فعالیت بالینی	ارزیابی میزان، شدت و دامنه استرس و مشکلات ناشی از گسترش ویروس کرونا ارزیابی مشکلات زمینه‌ای ارزیابی میزان تخریب و تأثیر روانی بر عملکرد کلی و آشفتگی هیجانی فرد ارزیابی میزان و انگیزه خود مراقبت‌گری ارزیابی میزان مراقبت فرد از اعتقادات معنوی/مذهبی یا ابتلاء به کشمکش‌های معنوی
مرحله مداخله	ایجاد ارتباط و فرونشانی علائم هیجان منفی تنظیم ارژانسی سبک زندگی، از بین بردن زمینه‌ها و شرایط بدخیم‌کننده استرس و تنظیم هیجان
فعالیت بالینی	تنظیم ارژانسی سبک زندگی به چالش کشیدن تصورات و معنای ذهنی مراجع در باره بحران همدلی بیان احساسات ایجاد ارتباط و حرف زدن درباره احساسات تمرین‌های مختلف برای تنش‌زدایی و ایجاد تعادل نسبی ترغیب به دریافت حمایت اجتماعی ایمن ترغیب به فعال ماندن و داشتن برنامه ایمن قبلی یا برنامه جایگزین
مرحله مداخله	فعال سازی عقل طبیعی و بررسی توانمندی فرد در تمرکز بر فعالیتی که توانمند است و تمرکز بر آنها توجه ذهن آگاهانه به خود مراقبت‌گری
فعالیت بالینی	پیگیری سبک زندگی سالم معنوی بررسی وجود ابزار درونی انتخاب بهترین عمل (که خدا انتظار دارد) بررسی موقعیت مناسب برای یادگیری تمرین‌ها و شرایط مستلزم خودمراقبت‌گری عقلانی
مرحله مداخله	فعال سازی بعد معنوی با به چالش کشیدن معنای مبدأ و رابطه با خداوند و کارکرد اعتقاد توحیدی بر استرس و معنادهی به شرایط
فعالیت بالینی	مسئول کنترل دنیا سرباز زدن طبیعت از قوانین طبیعی

نقش و کارکرد خدا در زندگی بشر تماس با خدای واقعی شرایط لازم برای بالا بردن کنش انسانی معنای پیشرفت تکامل شرایط مانع تکامل و پیشرفت انسان تفاوت پردازش مساله با توجه مبدا و معاد بهترین کنش انسان در عالم به عنوان مخلوق خدا بررسی اثر ربوبیت الهی در شرایط فعلی خود مراقبت گری خداسو و اثر آن بر تحمل شرایط فعلی و مراقبت از اعتقادات مثبت	مرحله مداخله
مفهوم خود-دیگری مفهوم رابطه مفهوم عمل هویت ساز چهار عمل اصلی برای تنظیم هیجان معنوی (تسویه): ۱) تو را دوست دارم به این دلایل ۲) از تو عذر می‌خواهم به این دلایل ۳) تو را می‌بخشم به این دلایل ۴) این اشتباهات را داشته‌ام که انتظار دارم مرا ببخشی به این دلایل.....	فعالیت بالینی
معنادهی به مرگ و آخرت معنای واقعی مرگ و پنداره زدایی از مفهوم مرگ انتظار از مرگ کارکرد مرگ در زندگی و روحیه انسان، بررسی رابطه کارکرد مورد نظر با پنداره و مفهوم واقعی مرگ پذیرش مرگ پنداره و مفهوم واقعی درباره آخرت و کارکرد آن در زندگی	مرحله مداخله
ارزشیابی برنامه	فعالیت بالینی
بررسی‌های فاعلی (خود ارزیابی‌ها) بررسی‌های عینی: استفاده از ابزارها برای بررسی اثر برنامه در ایجاد آرامش و فعال سازی برنامه سازگارانه و معنوی زندگی ذکر و استغفار	مرحله مداخله

بررسی اعتبار پروتکل مداخله

۱۵ نفر از متخصصان که با درمان‌های روانشناختی آشنا بودند و حداقل سابقه ۵ سال کار بالینی داشتند به سوال‌های مربوط به اعتبار پروتکل پاسخ دادند. نتایج مربوط به بررسی اعتبار مداخله بر اساس جدول ۴ گزارش شده است. شاخص نسبت روایی محتوایی از ۱ (بالاترین حد) تا ۰/۶ محاسبه شده است.

همچنین شاخص روایی محتوایی در همه قسمت‌های مداخله در بالاترین حد ممکن عدد ۱ محاسبه شده است که بیانگر بالاترین تناسب مولفه‌ها برای پروتکل می‌باشد. بنابراین از نظر کارشناسان پروتکل مداخله در بحران ناشی از انتشار ویروس کرونا از اعتبار مناسبی برخوردار است.

جدول ۴. بررسی اعتبار مداخله

مرحله مداخله	ضروری	مفید اما غیر ضروری	غیر ضروری	CVR	کاملاً متناسب	تا حدودی متناسب	CVI
۱	۱۴	۱	۰	۰/۸۶	۱۵	۰	۱
۲	۱۴	۱	۰	۰/۸۶	۱۵	۰	۱
۳	۱۴	۱	۰	۰/۸۶	۱۵	۱	۱
۴	۱۵	۰	۰	۱	۱۵	۰	۱
۵	۱۲	۳	۰	۰/۶	۱۵	۳	۱
۶	۱۳	۲	۰	۰/۷۳	۱۳	۲	۱
۷	۱۲	۳	۰	۰/۶	۱۲	۳	۱

بحث و نتیجه‌گیری

درمان چند بعدی معنوی خداسو با فعال سازی عقل طبیعی، بازخورد افراد را نسبت به دنیا، آخرت، خود و هستی ادراک شده، توحیدی می‌کند و این اتفاق باعث می‌شود که فرد در برابر ناملایمات زندگی از مقاومت بیشتری برخوردار شود. این یکپارچه سازی وجودی سبب می‌شود فرد به زودی

و به راحتی بتواند به وقایع از یک سو، و به اعمال خود از سوی دیگر معنا ببخشد، در شرایط مختلف ارزشمندترین عمل را انتخاب کند و به هدف ارزشمند خود در راستای معادنگری در زندگی وفادار باقی بماند [۲۹]. در درمان‌های روانشناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی بر تعهد بر عمل ارزشمند تأکید دارد اما در آنجا تعریفی از ارزش نشده است.

کرونا (مانند بیش از اندازه بزرگ دانستن خطر ابتلا و ترس از مردن) می‌تواند سودمند باشد [۱۶].

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که فعالیت‌های معنوی و معناداری افرادی که درمانی را نگذرانده‌اند نسبت به دو گروه دیگر بیشتر شده است. این یافته بیانگر این است که افراد در شرایط مرزی زندگی (بحران‌ها)، به سمت معنویت و معناداری زندگی رو می‌آورند، اما افرادی که درمان معنوی را گذرانده‌اند تغییری در این مورد گزارش نکرده‌اند. این یافته احتمالاً بیانگر آن است که آنها در فرآیند درمان و پس از آن در زمینه معناداری توانمندی لازم را کسب کرده‌اند که یافته‌هایی دیگر پژوهش آن را تأیید می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که هیچ یک از افرادی که درمان معنوی خداسو را گذرانده‌اند علیرغم اینکه در مورد برخی از آنها ۵ سال از پایان درمان می‌گذرد، گزارشی از عود نشانه‌ها حتی در شرایط بحرانی انتشار وپروس کرونا نداشته‌اند و نیازی به جلسه مشاوره نیز احساس نکرده‌اند، اما در مورد افرادی که درمان‌های غیر معنوی را گذرانده‌اند هم به برخی نشانه‌ها بازگشت داشته‌اند و هم به درمان نیاز پیدا کرده‌اند. در مورد افرادی که هیچ درمانی را نگذرانده‌اند علیرغم اینکه حال بدتری را نسبت به قبل از انتشار وپروس گزارش کرده‌اند اما نیاز کمتری به درمان روانشناختی اعلام کرده‌اند که این احتمالاً به دلیل عدم تجربه درمان و اطلاع از اثر بخشی جلسه مشاوره در چنین وضعیتی است.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مولفان اقدام به تهیه پروتکل مداخله در بحران برای مهار استرس ناشی از انتشار وپروس کرونا اقدام کرده‌اند که پس از بررسی‌های لازم در خلال جلسات متعدد برنامه‌ای در ۷ گام برای این منظور طراحی شده و بررسی اعتبار مداخله آن توسط کارشناسان بررسی شده و نتایج آن نشان داد که استفاده از این پروتکل برای مهار استرس در شرایط بحرانی از اعتبار کافی برخوردار است. شایان ذکر است که اغلب افرادی که اعتبار این پروتکل را مورد بررسی قرار داده‌اند خود طی دو هفته از آن استفاده کرده‌اند. برای طراحی مداخله در بحران‌ها در این مداخله معنوی خداسو، با ایجاد تغییراتی در فنون، از درمان چند بعدی معنوی [۲۹] استفاده شد. بدین منظور نظرات مراجعانی که در طول ۵ سال گذشته این درمان را گذرانده‌اند جمع‌آوری شده است که به نوعی بیانگر اعتبار بالینی آن است. حتی برخی از این افراد خود تجربه بیماری کرونا را داشته یا در سوگ عزیزان خود بودند بنابراین می‌توان آن را الگویی آزمون شده برای کمک به افراد بحران‌زده یا درگیر بحران ناشی از شیوع کرونا دانست. هرچند نمونه این پروتکل هنوز عرضه نشده اما راس [۲۷] الگویی را برای مقابله با

با توجه به اینکه ارزش‌ها اغلب فرهنگ محور هستند، به طور طبیعی باید ارزش هر فردی با توجه به چارچوب فرهنگی او در نظر گرفته شود بنابراین مناسب است تا به منظور مداخله در جامعه‌ای که اغلب افراد آن ارزش‌های معنویت/مذهب محور را در مدنظر قرار می‌دهند از این ارزش‌ها کمک گرفته شود.

در مقایسه با گروهی که درمان نگذرانده‌اند، افرادی که درمان معنوی خداسو را تجربه کردند، مدیریت قوی‌تری بر خود داشته، با مشکلات کمتری مواجه بودند و مشکل جدیدی را که به استرس ناشی از شیوع وپروس باشد تجربه نکردند، بر عکس آنها به نعمت‌های الهی بیشتر هشیار شده، کیفیت روابطشان بهتر شده، آرامش بیشتری را تجربه می‌کنند، به فعالیت‌های خود در شرایط قرنطینه ادامه می‌دهند، مقابله‌ها و فعالیت‌های مذهبی در آنها بیشتر است و نگرانی عمده‌ای را گزارش نکرده‌اند.

این تغییرات گروه معنوی و حتی در برخی موارد گروه غیر معنوی بیانگر این است که مداخله‌های روانشناختی به ویژه مداخله معنوی خداسو می‌تواند به سلامت روانی افراد کمک معنادار کرده و باعث ماندگاری نتایج مثبت شود. این یافته‌ها با یافته‌های زیادی که از مداخله معنوی استفاده شده است همسو است؛ از جمله زالیاردزالی زکریا و همکاران [۳۱] اشاره می‌کنند که دریافت کمک معنوی و مواردی مانند نماز و دعا خواندن و تسلیم شدن به سرنوشتی که در دست خداوند است، می‌تواند در بحران‌های روانشناختی به افراد و درمانگران کمک کند. زینگ و همکاران [۳۲] نشان دادند که مداخله معنوی در کسانی که دچار بیماری سرطان هستند و از اضطراب و افسردگی بالایی رنج می‌برند به سلامتی معنوی، بهبود کیفیتی زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی منجر می‌شود. همچنین می‌توان به پژوهش فلاح، گلزاری و داستانی [۳۳] و برایت بارد و دیگران [۳۴] اشاره کرد.

کسانی که درمان‌های روانشناختی به خصوص درمان‌های معنوی را گذرانده‌اند به دنبال اطلاعات صحیح‌تر و معتبرتری برای عمل خود هستند و به دلیل فعال‌سازی عقل خداسو در درمان چند بعدی معنوی داده‌های به دست آمده توسط این افراد مورد تجزیه و تحلیل عقلی با تکیه بر منابع دینی (برای مثال این توصیه قرآنی که از چیزی که علم ندارید تبعیت نکنید (آیه ۳۶ سوره اسراء)) قرار می‌گیرند. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند کسانی که اطلاعات صحیح‌تری دارند کمتر با اضطراب و افسردگی درگیر می‌شوند [۱۶]. درمان‌های دیگر به ویژه درمان‌های شناختی رفتاری نیز به منطقی شدن ذهن کمک می‌کند. مطابق یافته‌های جدید استفاده از درمان شناختی رفتاری برای مبارزه با باورهای غلط درباره‌ی وپروس

- <https://time.com/5775716/xenophobia-racism-stereotypes-coronavirus/>
- 9-Lowen, M. (2020). Coronavirus: Chinese targeted as Italians panic. *BBC News*, Retrieved from. <https://www.bbc.com/news/world-europe-51370822>. Coronavirus continues to spread around the globe. Retrieved from <http://angusreid.org/wpcontent/>
- 10- Taylor S, Asmundson GJG (2004) Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*.11 (1), PP. ۱۲۳-۱۱۲
- 11- Zhang Chenxi (2020) Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staffs involved with the 2019 novel coronavirus disease outbreak. Retrieved from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3542175.
- 12- Wong TW, Yau JK, Chan CL, et al (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*. 12(1): pp. 18-13.
- 13- Koh D, Lim MK, Chia SE, et al (2005) Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn/ *Medical Care*. 43: pp .676-682.
- 14- Chen, N. (2020) Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *The Lancet*, 395, pp.507-513.
- 15- Van Bortel, T. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *World Health Organization*. 94(3), pp .210-214.
- 16- Wang c , Pan R , Wan XIA, Tan Y , Xu L, Ho C.S and Ho R C, (2020).Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environment research and public health*.17 (5), 1729;
- 17- Liu X, Kakade M, Fuller CJ, et al (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*. 53(1): pp .15-23.
- اضطراب ناشی از کرونا مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد طراحی کرده است. که هنوز از اثر بالینی و تجربی آن اطلاعی در دسترس نیست.
- محدودیت زمانی باعث شده است که داده‌های کمی مورد پردازش قرار گیرند. از سویی داده‌های پژوهش به دلیل شرایط متأثر از شیوع ویروس همه از طریق اینترنت و جلسات آنلاین بدست آمده است که ممکن است با شرایط حضوری متفاوت باشد. پیشنهاد یک پژوهش گسترده‌تر برای بررسی اثر پروتکل معنوی خداسو برای مهار استرس ممکن است داده های وسیع‌تر و مطمئن‌تری به دست دهد.
- لازم است از همه همکاران مرکز طلعیه سلامت و نیز همه عزیزانی که به تکمیل پرسشنامه‌های این پژوهش کمک کرده و باعث شکل‌گیری این مجموعه شده‌اند قدردانی کنیم.

منابع

- 1- Slaiku, K. A. (1990). *Crisis intervention* (2nd Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- 2- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., Ng, C.H., (2020).Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 7(3), PP.228-229.
- 3- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*.
- 4- Duan, L., Zhu, G., (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 7 (4): pp.300-302
- 5- Rubin, G.J., Wessely, S., (2020). Coronavirus: The psychological effects of quarantining a city. *The BMJ Opinion*. Retrieved from <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/01/24/coronavirus-the-psychological-effects-of-quarantining-a-city/>.
- 6- Angus Reid Institute (2020). Half of Canadians taking extra precautions as
- 7-Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- 8- Aguilera, J. (2020). Xenophobia “is a pre-existing condition.” How harmful stereotypes and racism are spreading around the coronavirus. *Time*, Retrieved from .

- ۲۹- جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۸). درمان چند بعدی معنوی؛ یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری. انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۳۰- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). درمان چند بعدی معنوی: امکان تبیین پدیده‌های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه‌های معنوی شخصیت بر اساس منابع دینی. روانشناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۴، شماره ۲. صص ۱۷۳-۱۸۹.
- 31- Zaliridzal Zakaria, M, Dini Farhana Baharudin. Noor Syamilah Zakaria. ET. Al. (2018). Counselling Psychologists' Experiences of Spiritual Support during Crisis Intervention of Natural Disasters. International Muslim Mental Health Conference 2018, July 3-6. Universiti Putra Malaysia.
- 32- Xing, L. Xiujing Guo, Lu Bai, Jiahui Qian, Jing Chen. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*. 97. ۳۵. E11948
- 33- Fallah R, Golzari M, Dastani M, et al.(2011) Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 4: PP. 141-7.
- 34- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. (2015) Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological wellbeing in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 33: PP. 749-54.
- 18- Lu YC, Shu BC, Chang YY, Lung FW. (2004). The Mental Health of Hospital Workers Dealing with Severe Acute Respiratory Syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 75(6):pp. 370-375.
- 19- Arthur C. Evans, Jr. (2020). A letter for to the honorable Donald. J. Trump, president. <https://www.apa.org/topics/covid-19/trump-covid-19-letter.pdf>
- 20- Fan F, Long K, Zhou Y, Zheng Y, Liu X. Longitudinal trajectories of Post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in Chin (2015). *Psychol Medicine* .45:pp.2885-2896.
- 21- Cheng SKW, Wong CW, Tsang J, Wong KC. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Medicine*; 34: pp. 1187-1195.
- 22- Kang, L. Li, Y, Hu, S. Chen, M., etal. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Journal of lancet psychiatry*; 7(3); 14.
- 23- Ball-Rokeach, S. J., & DeFleur, M. L. (1976). A dependency model of mass-media effects. *Communication Research*, 3, pp 3-21.
- 24- Lachlan, K. A., Spence, P. R., Lin, X., Najarian, K., & Del Greco, M. (2016). Social media and crisis management: CERC, search strategies, and Twitter content. *Computers in Human Behavior*. 54: pp.647-652.
- 25- Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The Novel Coronavirus (COVID-2019) Outbreak: Amplification of Public Health Consequences by Media Exposure. *Health Psychology*. 39(5):355-357
- 26- Rebecca A. Clay (2020 Mar. 31) (APA) Self-care for psychologists during the COVID-19 outbreak..<https://www.apa.org/news/apa/2020/03/psychologists-self-care>
- 27- Russ H., (2020). FACE COVID: How to respond effectively to the Corona crisis. Retrieved from: https://prairiewood.h.schools.nsw.gov.au/content/dam/doi/sws/schools/p/prairiewood-h/localcontent/2020/lessons-for-on-line-learning/FROM_THE_WELLBEING_HUB_LESSON_4_FACE_COVID.pdf
- ۲۸- مصطفوی، حسن. (۱۳۸۵). التحقیق فی کلمات القرآن الکریم. ۱۴ جلد. مرکز نشر آثار علامه مصطفوی.