

مقایسه تأثیر معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری بر بهبودی روانشناختی فرزندان دختر شاهد و ایثارگر □

Efficacy Spirituality Therapy and Meta-Cognitive Therapy on the Psychological Well-being of Veterans and Martyrs' Daughter □

Maryam Esmaili, PhD □
Nooshin Basiri, MSc

دکتر مریم اسماعیلی*
نوشین بصیری*

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of two methods of spirituality therapy and metacognitive therapy on the psychological well-being. There for sixty students were recruited from Isfahan's female attending students schools and divided into three groups: Spirituality therapy, intervention metacognitive, and control groups. (each group 20 individual) the participants to the demographic and Psychological Well-being Questionnaire (Ryff, 1995) responded. The results showed that therapy interventions spirituality and meta-cognitive therapy increased psychological well-being in the experimental group compared with the control group, was effective. In the study of psychological well-being subscale, the two group experimental compared to the control group in the domains of self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, personal growth and mastery of the environment in the post-test showed improvement. In the follow-up between the two groups and the control group on measures of self-acceptance, positive relations with others, autonomy, purpose in life, personal growth and mastery of the environment, there is a significant difference. The findings also showed that the domains of self-acceptance, self-determination, personal growth and mastery of the environment, in the post-intervention was more effective meta-cognitive therapy, spiritual therapy.

Keywords: spirituality therapy, meta-cognitive therapy, psychological well-being, and self-sacrificing martyr children

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه تأثیر دو روش معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری بر بهبودی روانشناختی بود. ۶۰ دانش آموز دختر فرزند شاهد و ایثارگر شهر اصفهان در سه گروه مداخله معنویت درمانگری، مداخله فراشناخت درمانگری و گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). شرکت کنندگان به پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه بهبودی روانشناختی (ریف، ۱۹۹۵) پاسخ دادند. نتایج نشان داد که مداخلات معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری در افزایش بهبودی روانشناختی دو گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، مؤثر بود. همچنین در بررسی زیر مقیاس های بهبودی روانشناختی، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط در مرحله پس آزمون بهبود نشان دادند. در مرحله پیگیری نیز بین میانگین های دو گروه آزمایش و گروه کنترل در زیر مقیاس های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین یافته ها نشان دادند که در زیرمقیاس های پذیرش خود، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط، در مرحله پس آزمون، مداخله فراشناخت درمانگری از معنویت درمانگری مؤثرتر بود.

کلید واژه ها: معنویت درمانگری، فراشناخت درمانگری، بهبودی روانشناختی، فرزندان شاهد و ایثارگر

□ Faculty of Educational Sciences and Psychology,
University of Isfahan, I.R.Iran
□ Email: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۶ تصویب نهایی: ۱۳۹۵/۸/۱۶
* گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه اصفهان

● مقدمه

حوادث، سوانح و بلايا جزء اجتناب ناپذير زندگي انسان هستند، بر اساس نتايج يك پژوهش، ۶۱ درصد از مردان و ۵۱ درصد از زنان، در طول عمر خود حداقل در معرض يك رويداد آسيب‌زا قرار گرفته بودند (كوكي و گالووسكي، ۲۰۱۰). با وجود اين فقط ۸/۶ درصد افراد جمعيت عمومي در مقاطعي از زندگي متحمل تنيدگي هاي شديد مي شوند (پاورز، ۲۰۱۰). «جنگ» به عنوان يك عامل تنيدگي شديد پيامدهاي اقتصادي اجتماعي فرهنگي و فردي گسترده‌اي دارد كه طي نسل‌هاي متمادي بر روابط اعضاي جامعه تأثير مي‌گذارد (مرادي عابدي رباني رناني، ۱۳۸۹). نيروهاي نظامي و خانواده‌هاي آنان به دليل ماهيت و شرايط شغلي، بيش از مردم عادي در شرايط تنيدگي زاي زندگي قرار مي‌گيرند (بردلي، ۲۰۰۳). به دليل شرايط شغلي دشوار، آسيب‌ديدگي و يا از دست دادن پدر و تنيدگي منتقل شده به مادر، فرزندان اين خانواده‌ها آسيب‌پذيري بيشتري را نسبت به ديگر اقشار جامعه نشان مي‌دهند. بر اساس الگوهاي نظام‌مند خانواده، خانواده همانند يك نظام به حوادث آسيب‌زا پاسخ مي‌دهد و به دنبال حوادث آسيب‌زا، پيوستگي و بهزيستي روان‌شناختي اعضا نيز آسيب مي‌بيند. جنگ و خشونت‌هاي نظامي بدكاركردی ارتباطي و اختلال در پويابي و سلامت رواني خانواده را به دنبال خواهند داشت (واين، موزورويچ، كولازوويچ، بيسيڪ، لزيچ و همكاران، ۲۰۰۴). دوره نوجواني و جواني با تحول همه‌جانبه و عميق شخصيتي همراه است. نوجوان ابتدا بايد با تغييرات بدني سازگار شود و آنگاه ناگزير است كه با مجموعه‌اي از نظام‌هاي ارزشي برخورد كند و سپس رفتار مناسب با اجتماع داشته باشد (احمدی، تقی پور و خدابخشی، ۱۳۸۸). در اين مرحله نوجوان به دنبال ارائه تعريفی از خود و تعيين مسير هدف زندگي اش مي‌باشد. (فولاد چنگ، شيخ‌الاسلام، صفری، ۱۳۸۹) / ريكسون اولين كسي بود كه هويت را به عنوان تكليف مهم نوجوان و گامي مهم به سوي تبديل شدن به بزرگسالي ثمربخش تشخيص داد از نظر وی فرد در دوره نوجواني از طريق فرايند بحران و تعهد هويت خود را كسب مي‌كند (حجازی و حسنی، ۱۳۹۳). «هويت» يكي از نيازهاي رواني انسان و پيش‌نياز زندگي اجتماعي است. از اين رو رسيدگي به قشر نوجوان كه در عين تجربه بحران اين دوره با مشكلات ديگري كه در فوق اشاره شده الزامي به نظر مي‌رسد.

در سال‌هاي اخير سليگمن و همكارانش در علم روانشناسي، جنبشي با عنوان

«روانشناسی مثبت» ایجاد کرده اند. در این حیطه مباحثی مثل عواطف مثبت، شادکامی، اعتماد به خود، سرزندگی و خوش بینی و سازگاری اجتماعی و بهزیستی روان شناختی مورد بررسی قرار می گیرد. امروزه روانشناسی مثبت نگر که طرفداران زیادی دارد، به جای تمرکز صرف بر جنبه های آسیب شناختی، بر مسائلی چون امید، خرد، خلاقیت، سرزندگی، سازگاری و معنویت تأکید می کند. (سلیگمن، ۲۰۰۵). «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 و وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می شود (بوالهری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). معنویت یک مفهوم جهانی و یک موضوع مشترک در همه ادیان و مذاهب می باشد که شامل باور و فرمان برداری از یک نیروی بسیار قدرتمند به نام «خدا» می باشد (ابراهیمی، کاظمی، فلاحتی و مدبر، ۲۰۱۴). این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم، مذهبی مراجعان، از آن به عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی بتوانند آنها را به آرامش روانی سوق دهند (یعقوبی، سهرابی و محمدزاده، ۱۳۹۱) تأثیر آن شاید به این دلیل باشد که، که فرد با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خودمهارگری دست پیدا می کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی شده، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

از طرفی فراشناخت درمانگری نیز از دیگر رویکردهای نوین در علم روانشناسی می باشد که مطالعات زیادی را در چند دهه ی اخیر به بار آورده است. فراشناخت به بررسی فرآیندها و ساختارهایی از شناخت، که جنبه های مختلف شناخت را بازنگری و مهار می کنند می پردازد. بنابراین فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرآیندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می کند (کلارک و پردن ۲۰۰۰) نخستین بار ولز و متیوس به منظور تبیین و درمان عملکرد اجرایی خودتنظیمی اختلال های هیجانی، با ترکیب رویکرد روان بنه و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای الگوی عملکرد اجرایی خودتنظیمی معرفی کردند. این نظام بر کاهش بین اهداف و واقعیت اثر می گذارد. الگوی خود نظم بخش در خدمت کش فراشناختی ارزیابی و اهمیت شخصی افکار (مانند ارزیابی اهمیت محرک های درونی) نیز هست (خدابخش، عباسی و شاهنگیان، ۱۳۹۲) هدف اصلی

درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیمار به گونه‌ای است که با افکارشان به نحوی متفاوت ارتباط برقرار کند و نظارت و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهد و از انجام پردازش به صورت نگرانی و بازخورد فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند (صفایی راد، احمدی، ربیعی و نجفی، ۱۳۹۱).

نهایتاً می‌توان گفت معنویت درمانگری تأکید بر محتوای درمان است و قالب ارائه این محتوا بیشتر وابسته به دین و مذهب و یا عوامل فرهنگی است و از آنجایی که درمان‌های فراشناختی در نوع تکنیک و قالب درمانگری با درمان‌های معنوی شباهت دارد، در این تحقیق سعی می‌شود درمان‌های معنوی و فراشناختی با یکدیگر، مورد مقایسه قرار گیرد. پژوهشی با این محتوا تاکنون صورت نگرفته است اما پژوهش‌های مشابهی صورت گرفته که می‌توان به پژوهش‌های لیتوینزوک و گرو (۲۰۰۷) کامیتیز و فرنسیز (۲۰۱۳) کوئینک (۲۰۰۷)، روینی و همکاران (۲۰۰۹) امی و پارک (۲۰۰۶) هاکنی و ساندرز (۲۰۰۳)، دسروسیروس و میلر (۲۰۰۷)، کارشکی و پاک مهر (۱۳۹۰) حسنوندی، ولی زاده و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۰) کاظمی و کشاورزیان (۱۳۹۰). امینی (۱۳۸۶) اشاره کرد. این پژوهش به دنبال این مسئله پژوهشی است که با توجه به آنکه معنویت یکی از جنبه‌های وجودی انسان است و همچنین گرایش‌های معنوی و اخلاقی یکی از ظرفیت‌های ایجاد تغییر در انسان است، آیا درمان‌های معنوی نیز می‌تواند برافزایش بهزیستی روان‌شناختی انسان‌ها و به‌طور ویژه نوجوانان ایثارگر مؤثر واقع شود. همچنین آیا درمان‌های فراشناختی در بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان آسیب‌دیده مؤثر است؟ در بررسی مقایسه‌ای نیز با توجه نزدیکی روش‌های معنویت درمانی و فراشناخت درمانی، کدام‌یک در افزایش بهزیستی روان‌شناختی اثربخشی بیشتری دارند؟

● روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل همراه با ارزیابی به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود. «جامعه آماری» شامل کلیه فرزندان دختر افراد شاهد و ایثارگر شهر اصفهان بودند. نمونه شامل ۶۰ نفر بود. برای نمونه‌گیری از روش انتخاب تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. نمونه در ۲ گروه آزمایش (معنویت درمانگری، فراشناخت درمانگری) و یک گروه کنترل (به‌منظور حذف اثر سوگیری و رشد در نتایج تحقیق) قرار گرفتند.

در نمونه‌گیری اولیه درمانگر به کلاس‌های پایه اول تا چهارم دبیرستان شاهد مراجعه

کرده و تعداد ۶۰ دانش آموز از ۴ کلاس را به صورت تصادفی انتخاب و به عنوان گروه نمونه در نظر گرفت. پس از توافق با آنان درباره شرکت در اجرای پژوهش پرسشنامه جمعیت شناختی و «پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی» ریف در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها درخواست شد تا آن را تکمیل کنند. سپس آزمودنی‌ها با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و در گروه کنترل و دو گروه آزمایش گمارده شدند. برای یکی از گروه‌های آزمایش یک دوره آموزش فراشناخت درمانی و برای گروه دیگر یک دوره آموزش معنویت درمانی به مدت هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی، در یک دوره دو ماهه ارائه شد. در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات، از آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس از آزمون به عمل آمد. در زمان ارائه مداخله برای گروه آزمایش، آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. در این تحقیق منظور از معنویت درمانگری مجموعه‌ای از مهارت‌های معنوی بود که توسط بواله‌هری، غباری بناب و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان کتاب آموزش مهارت‌های معنوی تدوین شده است. هم‌چنین درمان فراشناختی نیز بر اساس راهنمای عملی درمان فراشناختی اثر ولز (۲۰۰۹) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله معنویت درمانی

جلسات	محتوی
جلسه اول	۱- معارفه و آشنایی با فرآیند کار و ایجاد یک رابطه دوستانه با دانش آموزان برای تأثیر گذاری مطالب آموزشی، ۲- توضیح درباره بهزیستی روانشناختی ۳- تعریف معنویت و معنویت درمانی و فواید آن ۴- اجرای پیش آزمون. ۱- شناخت و باور کردن خدا و اینکه او در تمام لحظات زندگی ما تأثیر گذار بوده و همراه و یاور ما است. ۲- تعریف
جلسه دوم	مفاهیم و ویژگی های انسان معنوی ۳- تعریف دین و معنویت و تفاوت میان این دو. ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- آشنایی با انواع خود آگاهی با ذکر مثال و توضیحات کافی (خود آگاهی جسمانی و خود آگاهی روانی)، ۳- تکمیل جدول ابعاد مختلف انسان و بیان خاطرات و تجربیات معنوی به عنوان تمرین عملی، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه سوم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده ۲- آشنایی با انواع خود آگاهی با ذکر مثال و توضیحات کافی (خود آگاهی اجتماعی و خود آگاهی معنوی)، ۳- تکمیل جدول ابعاد مختلف انسان و بیان خاطرات و تجربیات معنوی به عنوان تمرین عملی، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه چهارم و پنجم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- توضیح و شرح کامل معنای زندگی، همراه با ذکر مثال های عملی از همسن و سال های خود نوجوانان، ۳- تشریح اثر گذاری معنای زندگی بر جنبه های مختلف زندگی انسان، ۴- اجرای تمرین عملی مقصود و معنای زندگی شما چیست؟ ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه ششم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده ۲- بیان ویژگی های انسان معنوی ۳- بیان کارکردهای بی بدیل گوهر دین و معنویت در زندگی از جمله پاسخ به احساس تنهایی، کاهش دادن ترس از مرگ، کاهش رنج و تعب و معنا دادن به زندگی آدمی. ۴- یادداشت نمونه کارکردهای معنویت در زندگی شخصی نوجوانان به عنوان تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده در جلسه قبل ۲- جمع بندی از کل جلسات و بررسی بازخورد کل مطالب گفته و تمرین شده و راههای عملی ایجاد مهارت های معنوی برای همیشه و رسیدن به ثبات رفتاری و ۵- اجرای پس آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات فراشناخت درمانی

جلسات	محتوی
جلسه اول	۱- خوش آمدگویی، آشنایی اعضا با یکدیگر و ایجاد انگیزه ۲- مروری بر ساختار جلسات و قوانین جلسات آموزشی ۳- معرفی نوع درمان، قرار داد درمانی (در قالب تعهد و مسئولیت) ۴- ایجاد اعتماد در دانش آموزان ۵- توضیح درباره بهزیستی روانشناختی ۶- تعریف فراشناخت و فراشناخت درمانی و فواید آن ۷- اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- تعریف فراشناخت و گفتگو درباره نقش فراشناخت در بهزیستی نوجوانان، ۳- شناسایی راهبرد های مقابله ای کنترل افکار در مراجعان، شناسایی نگرانی ها و نشخوار فکری مراجعان در مورد موضوعات مختلف زندگی، ۴- معرفی راهبرد کلاه های شش گانه و ارتباط آن با فراشناخت، ۵- آموزش استفاده از کلاه سفید در بررسی و مطالعه افکار و موقعیت سخت زندگی، ۶- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه سوم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- آشناسازی با پیامدهای درگیر با علائم با استفاده از مثال، ۳- آموزش استفاده از تکنیک ساینت، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه چهارم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- بازبینی در روند پیشرفت استفاده از تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی و تکنیک به تعویق انداختن نگرانی، ۳- شناسایی موانع موجود در به کار گیری این دو تکنیک، علت یابی و رفع آنها، ۴- آموزش درگیر نشدن با احساسات و هیجانات ناشی از دریافت پیامها یا استفاده از کلاه قرمز، ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه پنجم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- آشنا سازی با سندرم توجهی - شناختی در تداوم مشکلات روانشناختی، ۳- آموزش بررسی و ارزیابی عواقب مثبت و منفی مسائل با استفاده از کلاه های سیاه و زرد، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه ششم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- آموزش جایگزینی راه حل جدید برای مقابله با موقعیت های آسیب زا با استفاد از کلاه سبز با هدف فاصله گرفتن از بکار گیری شیوه معمولی افراد بیمار به عنوان راهی برای مقابله، ۳- بررسی روند پیشرفت مراجعان در استفاده از تکنیک های آموزش دیده، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه هفتم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- تمرین و مرور مجدد جایگزینی راه حل جدید برای مقابله با موقعیت های دشوار زندگی، ۳- آموزش کنترل و مدیریت افکار و هیجانات با استفاده از کلاه آبی و نمودار فرایند استفاده از کلاه ها در موقعیت های مختلف، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.
جلسه هشتم	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین های گفته شده، ۲- تمرین و ارزیابی مجدد کنترل و مدیریت افکار و هیجانات با استفاده از کلاه آبی و نمودار فرایند استفاده از کلاه آبی و نمودار فرایند استفاده از کلاه های مختلف زندگی، ۳- بررسی روند پیشرفت مراجعان در استفاده از تکنیک های آموزش دیده، آموزش تمرکز مجدد بر توجه و راهکارهایی برای جلوگیری از شروع مجدد مشکلات، ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده و ۵- اجرای پس آزمون.

● ابزار

□ الف: پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف^۱: پرسشنامه بهزیستی روان شناختی را ریف در سال ۱۹۹۵ طراحی نمود، فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش است ولی در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴، ۵۴، ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد شده است. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف (۱۹۹۵) به پژوهشگران فرم ۸۴ سؤالی آن به کار برده شد. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش

است و طی اجرا از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق علامت بزند. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش اختصاص داده می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، این پرسشنامه را هنجاریابی نمودند. همسانی درونی پرسشنامه برحسب روش تصنیف، برابر با ۰/۸۹ و اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش گردید.

□ ب: پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها، برگ اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن سن، جنس، تحصیلات پدر و مادر، معدل تحصیلی و سایر اطلاعات فردی جهت ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده گردید.

● یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	معنویت درمانگری	۴۹/۴۵	۷/۷۸	۵۳/۳۰	۶/۱۲
	فراشناخت درمانگری	۵۴/۴۵	۱۱/۰۰	۶۲/۵۵	۱۰/۱۰
	کنترل	۵۰/۱۵	۵/۹۶	۵۰/۱۵	۵/۹۶
رابطه مثبت با دیگران	معنویت درمانگری	۵۶/۶۰	۱۱/۹۱	۶۰/۸۵	۱۱/۲۲
	فراشناخت درمانگری	۵۸/۴۰	۹/۸۳	۶۵/۸۰	۱۰/۱۹
	کنترل	۶۰/۵۵	۹/۶۴	۶۰/۵۵	۹/۶۴
خودمختاری	معنویت درمانگری	۵۲/۱۰	۸/۷۵	۵۵/۴۰	۶/۰۴
	فراشناخت درمانگری	۵۴/۳۰	۷/۶۸	۶۰/۸۵	۷/۷۹
	کنترل	۵۶/۲۵	۵/۰۲	۵۶/۲۰	۵/۰۵
زندگی هدفمند	معنویت درمانگری	۶۱/۰۰	۶/۷۷	۶۳/۳۰	۶/۱۸
	فراشناخت درمانگری	۵۵/۷۵	۱۱/۲۰	۶۳/۰۰	۱۱/۰۶
	کنترل	۵۹/۴۰	۶/۷۱	۵۸/۹۵	۷/۰۴

۷/۰۹	۶۱/۰۵	۹/۵۸	۵۸/۷۵	معنویت درمانگری	رشد شخصی
۱۰/۱۰	۶۵/۵۵	۱۰/۵۹	۵۷/۹۵	فراشناخت درمانگری	
۵/۳۲	۵۸/۵۰	۵/۴۶	۵۸/۷۰	کنترل	
۶/۱۸	۶۰/۳۵	۸/۷۶	۵۷/۸۰	معنویت درمانگری	تسلط بر محیط
۸/۸۳	۶۳/۷۰	۹/۲۰	۵۶/۸۰	فراشناخت درمانگری	
۵/۷۶	۵۷/۸۰	۵/۷۶	۵۷/۸۰	کنترل	
۲۷/۰۰	۳۵۴/۲۵	۳۵/۸۰	۳۳۵/۷۰	معنویت درمانگری	بهبودی روانشناختی (کل)
۴۹/۸۵	۳۸۱/۴۵	۵۱/۲۱	۳۳۷/۶۵	فراشناخت درمانگری	
۱۶/۳۶	۳۴۲/۱۵	۱۶/۳۰	۳۴۲/۸۵	کنترل	

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان‌شناختی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه معنویت درمانگری از پیش‌آزمون (۳۳۵/۷۰) به پس‌آزمون (۳۵۴/۲۵) و فراشناخت درمانگری نیز از پیش‌آزمون (۳۳۷/۶۵) به پس‌آزمون (۳۸۱/۴۵) افزایش یافته است، اما در گروه کنترل میانگین آن تغییر معناداری پیدا نکرده است (۳۴۲/۸۵ در برابر ۳۴۲/۱۵).

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون نوجوانان دختر که مداخلات معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری را دریافت کرده‌اند، در زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت زیادی با پیش‌آزمون دارد.

علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون نوجوانان دختر که مداخلات معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری را دریافت کرده‌اند (گروه کنترل) در زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت زیادی با پیش‌آزمون ندارد. با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و با حذف تأثیر پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل، بهزیستی روان‌شناختی گروه‌ها با یکدیگر مقایسه می‌شود. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات کل بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	Fنسبت	معناداری	میزان تاثیر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۵۳۳۶۸/۶۵	۱	۵۳۳۶۸/۶۵	۲۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹
عضویت گروهی	۱۹۱۲۴/۰۸	۲	۹۵۶۲/۰۴	۴۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹

بر اساس نتایج جدول ۴ تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/001$). در واقع مداخله معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است. میزان این تأثیر ۰/۶۰ است. یعنی ۶۰ درصد واریانس تفاوت‌های فردی در مرحله پس‌آزمون مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. چنانچه مشاهده می‌شود توان آزمون ۱۰۰ می‌باشد که بیانگر این است که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار بالای ۱۰۰ درصد بوده است و توان آماری یک نمایانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. نتایج مقایسه‌های زوجی بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه مداخله معنویت درمانگری و گروه فراشناخت درمانگری در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	معنویت درمانگری	فراشناخت درمانگری	سطح معناداری
عضویت گروهی	۳۵۴/۲۵	۳۸۱/۴۵	۰/۰۱

بر اساس جدول ۵ بین دو گروه مداخله معنویت درمانگری و گروه فراشناخت درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) یعنی گروه فراشناخت درمانگری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی اثربخشی بیشتری داشته است.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ هدف از این پژوهش، «مقایسه تأثیر مداخلات معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان شاهد و ایثارگر شهر اصفهان» بود. نتایج پژوهش نشان داد که به‌طورکلی عضویت گروهی بر مجموعه متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و گروه‌ها از نظر تأثیر متفاوت بوده‌اند ($p < 0/001$). میزان این تأثیر نیز ۶۰ درصد است. بدین معنی که ۶۰ درصد مجموع تفاوت نمرات پس‌آزمون روی هم‌رفته ناشی از عضویت گروهی و شرکت در جلسات آموزشی روش‌های مداخله‌ای معنویت درمانگری و فراشناخت درمانگری بوده است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که، بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی گروه معنویت درمانگری و گروه فراشناخت درمانگری تفاوت وجود دارد، ($p < 0/01$). یعنی گروه فراشناخت درمانگری برافزایش بهزیستی روان‌شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به گروه مداخله معنویت درمانی داشته است. نتایج به‌دست‌آمده با

نتایج پژوهش کامیتیز، فرنسیز و اندرو (۲۰۱۳)، روینی و همکاران (۲۰۰۹)، لیتوینزوک و گرو (۲۰۰۷)، کوئینک (۲۰۰۷) و امی و پارک (۲۰۰۶) دسروسیروس و میلر (۲۰۰۷) و همچنین هاکنی و ساندرز (۲۰۰۳)، کارشکی و پاک مهر (۱۳۹۰)، حسنوندی، ولی زاده و مهرابی هنرمند و حسنی (۱۳۹۰)؛ کاظمی و کشاورزبان (۱۳۹۰) و امینی (۱۳۸۶)، همخوانی دارد. در تبیین این مسئله می‌توان گفت در هر پژوهشی در حوزه علوم انسانی، توجه به شرایط اجتماعی و مقتضیات زمان امری لازم و قابل توجه است. امروزه یکی از مباحث مهم در این زمینه، مبحث «سلامت» می‌باشد و از طریق آن، می‌توان راهبردهای موفقیت انسان را به کار گرفت. همین امر سبب شده که برخی سازمان‌های جهانی بهداشت به بازنگری تعاریف موجود درباره انسان و ابعاد وجودی او پردازند. «سازمان جهانی بهداشت» در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (مداحی، صمد زاده و کیخای، ۱۳۹۰).

○ در حقیقت افراد با برخورداری از معنویت، به آرامش خاطر و رضایت باطن و یک شادی طولانی دست می‌یابند و محیطی را فراهم می‌آورند تا دیگران هم از این رضایت درونی برخوردار شوند (یعقوبی، سهرابی و محمد زاده ۱۳۹۱). افرادی که دارای معنویت درونی شده و فعال می‌باشند و همچنین از حس اخلاقی و نوع دوستی قوی و حاکمیت بر نفس خود برخوردارند، انگیزه اصلی خود را در انسان و حفظ کرامت او به منظور تقرب به درگاه خداوند جستجو می‌کنند و باروی آوردن به معنویات سلامت خود و دیگران را حفظ می‌نمایند (سومان ۲۰۱۵).

○ از دلایل دیگر اثربخشی درمان‌های مبتنی بر معنویت، می‌توان به این نکته اذعان داشت که ما در جامعه‌ای بسر می‌بریم که بیش از ۹۸ درصد افراد آن معتقد به دین اسلام هستند، لذا غفلت از ارزش‌های معنوی در شیوه‌های درمانگری، از دست دادن حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم نتایج درمانگری است. همان‌گونه که وست (۱۳۸۷)، نیز اشاره کرده است باید پذیرفت که درمان‌های غیرمذهبی محدودیت دارند و توجه به نقش عوامل معنوی در روان درمانی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. از سوی دیگر به دلیل آنکه فرهنگ، ظرفی است که گنجایش بسیاری از باورهای دینی را دارد، حتی افرادی که یک دین خاص را رسماً نپذیرفته‌اند اغلب در معرض نظام‌های اعتقادی و ارزشی آن

قرار دارند (موسوی مقدم، رکنی و پورمند ۲۰۱۵). آنان احتمالاً ویژگی‌های فضیلت پرورانه هماهنگ با آن نظام‌های اعتقادی و ارزشی مذهبی را در خود پرورش می‌دهند، علی‌رغم آن‌که آن دین را فی‌نفسه مورد تأیید قرار ندهند (غلامی و بشلیده ۱۳۹۰). هرچند مؤلفه‌های تعیین‌کننده در بومی شدن روانشناسی در میان جوامع و ملیت‌های مختلف می‌تواند بسیار گوناگون باشد ولی باین حال می‌توان عواملی همچون: تصوراتی که نسبت به شخصیت انسان وجود دارد، بافت اکولوژیک، گرایش‌ها و ارزش‌های اخلاقی - مذهبی، بستر فرهنگ، مناسبات سیاسی و پیشینه تاریخی را در نظر گرفت. بنابراین مذهب و معنویت، از مهم‌ترین عوامل فرهنگی هستند که به تجارب، رفتار و ارزش‌های انسان‌ها معنی و ساختار منسجم می‌بخشد (آندرو ۲۰۱۳).

○ همچنین در تبیین نتایج به دست آمده از مداخله فراشناخت درمانگری می‌توان چنین مطرح کرد که فراشناخت درمانگری از طریق تأثیرگذاری مثبت بر تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی موجب ارتقاء آن می‌گردد. در تبیین این یافته و همسو با یافته‌های کارشکی و پاک مهر (۱۳۹۰)؛ حسنوندی، ولی زاده و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۰)؛ کاظمی و کشاورزبان (۱۳۹۰) و امینی (۱۳۸۶) می‌توان چنین مطرح ساخت که توجه به اهمیت افزایش خودآگاهی در نوجوان به معنای تسلط فرد بر نحوه پردازش خود و همچنین افزایش توان برنامه‌ریزی فرد از همان سال‌های اولیه می‌تواند سهم بسزایی در بهداشت روانی فرد در سال‌های بعدی داشته باشد (سلیمی، راه نجات ربیعی، فتحی آشتیانی، دباغی و دنیوی ۱۳۹۳). به عبارت دیگر تمرکز صرف بر یادگیری مطالب و عدم توجه مداخلات فراشناختی اگرچه می‌تواند به یادگیری مطلب ختم شود ولی یادگیری اصول درمانگری الزاماً به افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد منجر نمی‌شود. درحالی‌که اگر در کنار تأکید بر موضوع یادگیری به مهارت‌های شناختی و فراشناختی نوجوانان نیز توجه شود و به آن پرداخته شود، نه تنها فرایند مداخله تسهیل شده بلکه بهداشت روانی و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان نیز افزایش می‌یابد (هاشمی علیلو و هاشمی ۱۳۸۹). به همین دلیل تأثیر فراشناخت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی نسبت به معنویت درمانی مشهودتر بوده است. در واقع می‌توان گفت که، روش‌های فراشناختی می‌توانند سبک تفکر ناسازگارانه را تغییر دهند. آموزش این روش‌ها می‌تواند نگرانی، نشخوار فکری و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه را کاهش دهد و منجر به افزایش بهزیستی روانی در

آزمودنی‌های مورد مطالعه گردد و چون فراساخت بیشتر با نوع تفکر فرد و تغییر سبک‌های اندیشیدن فرد سروکار دارد (خدابخش، عباسی و شاهنگیان ۱۳۹۲).

○ همچنین استفاده از فن شش کلاه تفکر در آموزش فراساختی که بیشتر در قالب رنگ و مثال عینی و تشبیهات زیبا سعی به تغییر تفکر فرد دارد و این مسئله که این روش جذابیت بالایی برای آزمودنی‌ها داشته است و حتی به آزمودنی‌ها در موارد درسی کمک مؤثری نموده است؛ نسبت به معنویت درمانگری کار آیی بیشتری در افزایش بهزیستی روانی داشته است. همچنین بر اساس تحقیقاتی که انجام گرفته توجه به بالا بردن آگاهی فرد از احساسات و تجارب خود نسبت به قوت‌ها و ضعف‌های شناختی‌اش و همچنین دادن بینش به فرد درباره توانایی‌هایش در دانش آموزان دختر، به بالا رفتن بهزیستی روانی منجر شده است (کاظمی و کشاورزبان ۱۳۹۱). همان‌طور که در بخش مقدمه پژوهش ذکر شد مرحله نوجوانی مرحله ای است که با بیشترین بحران در زندگی فرد همراه می‌باشد زیرا در این مرحله ی رشدی فرد به دنبال پاسخ سؤال "من کیستم؟" می‌باشد در نتیجه آموزش‌هایی در جهت آرام کردن و تسهیل این فرآیند می‌تواند تأثیرات بسیار زیادی در طی کردن این مرحله داشته باشد. اساساً کسب هویت مستقل و ورود به دنیای اطراف نیز بر تکامل و تثبیت شخصیت نوجوانان بسیار مؤثر است (پرویزی و همکاران ۱۳۸۴) و این در حالی است که به‌ندرت مطالعاتی در زمینه عوامل محافظ در برابر آسیب‌ها انجام گرفته است در حالی که با شناسایی و تقویت عوامل محافظ در سطح فرد و محیط است که فرد به‌عنوان عامل می‌تواند تعاملی پویا را در زمینه یا محیطی که به آن تعلق دارد و مرتب در حال تغییر است برقرار و هدایت کند (احمدی، تقی پور و خدابخشی ۱۳۸۹).



یادداشت‌ها

1. Ryff Psychological Well-being Questionnaire

● منابع

احمدی فرید، تقی پور ابراهیم، خدابخشی اناهیتا (۱۳۸۹). مقابله با سبک‌های هویت‌یابی نوجوانان با یا بدون

سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوم مصرف مواد. ۴(۱۳): ۵۰-۵۲

امینی، زرار محمد (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای فراساختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش-

- آموزان پسر شهرستان اشنویه، *نوآوری‌های آموزشی*، ۱۹(۶): ۱۵۴-۱۴۱.
- بوالهری، جعفر، نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلابه سرطان سینه، *جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۱)، ۱۱۵-۸۵.
- بیانی، علی‌اصغر، محمد کوچکی، عاشور؛ بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲(۱۴)، ۱۵۱-۱۴۶.
- پرویزی سرور، احمدی فضل‌اله، نیکبخت نصرآبادی علیرضا (۱۳۸۴). از هویت تا سلامت: تبیین تئوریک مفهوم سلامتی از دیدگاه نوجوانان. *مجله طب و تزکیه*، ۱۴(۵۹): ۲۷-۲۷.
- حجازی الهه، حسنی حصیب (۱۳۹۳) رابطه سبک‌های هویت و هویت قومی با خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان کرد. *مجله روان‌شناسی* ۷۰. ۱۸(۲): ۱۶۱-۱۷۵.
- حسنوندی، صبا؛ ولی زاده، مهدی؛ مهربانی زاده هنرمند مهناز (۱۳۹۰). اثر درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان، *سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی*.
- خدابخش روشنگر، عباسی لیلا، شاهنگیان سیده شهره (۱۳۹۲). اثر فراشناخت درمانی ولز بر کنترل افکار وسواسی و افزایش سازگاری یک مورد وسواسی-جبری. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. ۱۵(۳): ۲۴-۳۲
- سلیمی سید حسن، راه نجات امیر محسن، ربیعی مهدی، فتخی آشتیانی علی، دباغی پرویز، دنیوی وحید (۱۳۹۳) *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۲۵: ۳۸-۴۶.
- صفائی راد ایرج، احمدی محسن، ربیعی مهدی و نجفی محمود (۱۳۹۱) مقایسه ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فراشناختی بر علائم اختلال هراس اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۳(۹): ۵۹-۷۶.
- غلامی علی، بشلیده کیومرث (۱۳۹۰) اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱(۳): ۳۳۱-۳۴۸.
- فولاد چنگ محبوبه، شیخ‌السلامی، صفری هاجر (۱۳۸۹). پیش‌بینی سبک‌های پردازش هویت نوجوانان بر اساس ابعاد فرزند پروری. *مجله روان‌شناسی* ۱۴. ۱(۵۳): ۱۷-۳.
- کارشکی، حسین، پاک مهر، حمیده (۱۳۹۰). رابطه باورهای خودکارآمدی، فراشناختی و تفکر انتقادی با سلامت روان دانشجویان علوم پزشکی، حکیم، ۱۴(۳): ۱۸۷-۱۸۰.
- کاظمی، حمید؛ کشاورزبان، فهیمه (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های فراشناختی و حل مسئله با بهزیستی روانی در دانش‌آموزان شهر اصفهان، *اولین همایش ملی علوم شناختی در تعلیم و تربیت*، ۲-۳:

- مداحی محمدابراهیم، صمد زاده منا، کیخای فرزانه، محمد مجتبی (۱۳۹۰) بررسی ارتباط میان جهت گیری مذهبی و بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*. ۲(۱): ۵۳-۶۳.
- مرادی اعظم، عابدی احمد، ربانی رسول و غلامی رنانی فاطمه (۱۳۸۹) فرا تحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون میزان سلامت روانی خانواده های شاهد و اینتارگر. *مجله روان شناسی* ۵۳، ۱۴(۱): ۱۸-۳۹.
- وست، ویلیام (۱۳۸۷) *روان درمانی و معنویت*، ترجمه شهریار شهیدی و سلطان علی شیرافکن. تهران: رشد.
- یعقوبی حسن، سهرابی فرامرز، محمدزاده علی (۱۳۹۱) مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری* ۱۰(۲): ۹۹-۱۰۹.
- Amy, A. I., Park, C. (2006). Psychosocial mediation of religious coping styles, *Journal of Copying and Religion*, 10, 553-577.
- Andrews., Sh (2013). *Psychological effects of spiritually integrated therapy for infertile women*. Submitted to the graduate faculty of the University of Alabama at Birmingham, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- Bradley, D.G.(2003) Information from your family doctor. What you should know about post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*. 68(12):2409.
- Clark, D.A., Purdon C, & Byers, E.S., (2000) Appraisal and control of sexual and non sexual intrusive thoughts in university students. *Behavior Research and Therapy*. 38: 439-455.
- Desrosiers, A., & Miller. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girl. *Clinpsycho*, 63(10), 1021-1037.
- Ebrahimi, H., Kazemi, AB., Fallahi, M. & Modabber, R. (2014) The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Science*. 3(2); 131-140.
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Kamitsis, I., Francis, & Andrew, J. P. (2013). Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological well-being, *Journal of Environmental Psychology*, 36, 136-143.
- Koenig, H. G. (2007). Spirituality and depression. *Southern Medical Journal*, 7, 737-739.
- Koucky, E.M., & Galovski, T.E., (2010) *Acute stress disorder: Conceptual issues and treatment outcomes*; Available from: www.elsevier.com/locate/cabp.
- Litwinczuk, K. M., & Groh, C. J. (2007). The relationship between spirituality, purpose in

- life, and well-being in HIV-positive persons, *J. Assoc. Nurses AIDS Care*, 18(3):13-22.
- Musavimoghadam, S.R., Rokni, S.M., & Pourmand. Z. (2015). Logo therapy effectiveness and spiritual orientation on reducing the symptoms of depression. *Journal of UMP Social Sciences and Technology Management*. 3(2):594-601.
- Powers, M.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 30(6):635-41.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba E, Belaise C, Albieri, E., Visani, D., Ofidani E, Caffo, E., & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69. 719-727.
- Seligman, M. (2005). Positive psychology, positive prevention ,and positive therapy. In C. R. Snyder & S.J., Lopes(Eds). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Suman, L.N., (2015). Spritual practices for emotional healing: Implications for training trauma therapists. *Psychology Bahav Sci Int J*.1(1):1-3.
- Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S., Lezic, A., Mujagic, A., Muzurovic, J., Spahovic, D., Feetham, S., Ware, N., Knafl, K, & Pavkovic, I. (2004). Family consequences of refugee trauma. *Family Process*, 43, 147–160.
- Wells A., & Sembi, S. (2009). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(7):365-377.

