MEJDS. 2024; 14:111.

Published online 2024 Nov. Original Article

Determining the Effectiveness of the Multidimensional Spiritual Therapy Program on God's Concept-God's Image and Religious Orientation in People Addicted to Virtual Networks

Nazari F[1], *Jan Bozorgi M[2], Nouhi SH[3], Piadeh Kohsar A[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Professor of the Department of Psychology, Hoza Research Institute and University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology Department, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
***Corresponding Author's Email:** mjanbozorgi@rihu.ac.ir

Received: 2023 September 9; **Accepted:** 2023 October 11

Abstract

Background & Objectives: Cyberspace has transformed our lives and offers new ways to learn, communicate, work, and have fun. However, it may also have adverse consequences. Therefore, with the increasing use of virtual networks and social media, people are increasingly exposed to diverse religious beliefs and practices. This condition can lead to confusion and uncertainty about one's beliefs and values, which can have adverse effects on mental health and well–being. Also, spirituality and religion are important factors in promoting mental health, resilience, and coping skills. By examining the effectiveness of a spiritual therapy program, one can better understand how to support people in creating a strong sense of spirituality and connecting with their beliefs. Finally, the multidimensional approach of this treatment program is very promising because it considers the complexity of religious and spiritual beliefs and practices. By examining the impact of this program on people's God's concept–God's image and religious orientations, it is possible to gain insight into how to create effective interventions tailored to people's unique needs and experiences. Therefore, according to the contents, this research was conducted to determine the effectiveness of the multidimensional spiritual therapy program on God's concept–God's image and religious orientation in people addicted to virtual networks.

Methods: The current research was quasi–experimental and was conducted with a pretest–posttest design with a control and an experimental group. The statistical population of the research included people addicted to virtual networks who were referred to counseling and psychology clinics in Tehran City, Iran, in 2021. The sample size was determined through G*power software so that the study has the necessary power to detect a difference of at least 1 unit in the amount of theism and religious orientation between the experimental group and the control group. Assuming the probability of the first type of error is 5%, the probability of the second type of error is 20%, and a standard deviation of 0.9, the number of samples was obtained as 15 people for each group. Therefore, among the statistical population, 30 qualified volunteers were included in the study and were randomly assigned to the experimental and control groups (each group included 15 people). The implementation method was as follows: after selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, the questionnaires of the God's Concept–God's belief (Jan Bozorgi and Sar aBadani Tafreshi, 2018) and the Allport's religious orientation (Allport and Rass, 1967) were distributed between both groups. After that, the multidimensional spiritual treatment program was implemented in the experimental group (in the form of 12 sessions of 90 minutes and one session per week), and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups. Also, after the end of the research, the treatment programs were also implemented on the control group to maintain the ethical standards in the research. The inclusion criteria include a higher than average score on the scale of addiction to mobile–based social networks, having a belief in the existence of God, at least a diploma level of education, and not participating in other therapeutic interventions at the same time. The exclusion criteria included an absence of more than three sessions from the training program and non–observance of group therapy rules. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used, and at the level of inferential statistics, multivariate covariance analysis was used. Data analysis was done using SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The findings of the research showed that the effect of multidimensional spiritual therapy on God's concept–God's image and religious orientation in people addicted to virtual networks was significant ($p<0.001$).

Conclusion: Therefore, multidimensional spiritual therapy by creating balance in practice improves God's concept–God's image and religious orientation in people addicted to virtual networks.

Keywords: Spiritual multidimensional therapy, God's concept–God's image, Religious orientation, Virtual networks.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۱۱.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی برنامهٔ درمان چندبُعدی معنوی بر خداپنداره-خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی

فاطمه نظری[۱]، *مسعود جان بزرگی[۲]، شهناز نوحی[۳]، ابوالقاسم پیاده کوهسار[۴]

توضیحات نویسندگان

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

۲. استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mjanbozorgi@rihu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۸ شهریور۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ مهر۱۴۰۲

چکیده

هدف و زمینه: استفاده از فضای مجازی جنبه‌های مختلف زندگی افراد را متحول کرده است و راه‌های جدیدی برای یادگیری، برقراری ارتباط، کار و سرگرمی ارائه می‌دهد؛ اما ممکن است پیامدهای نامطلوبی به‌همراه داشته باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی برنامهٔ درمان چندبُعدی معنوی بر خداپنداره-خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد وابسته به شبکه‌های مجازی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس مقیاس خداپنداشت-خداپنداره (جان‌بزرگی و سرابادانی تفرشی، ۱۳۹۸) و پرسش‌نامهٔ جهت‌گیری مذهبی آلپورت (آلپورت و راس، ۱۹۶۷) توسط دو گروه تکمیل شد. پس از آن گروه آزمایش درمان چندبُعدی معنوی را دریافت کرد. پرسش‌نامه‌های مذکور مجدد توسط دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، تأثیر درمان چندبُعدی معنوی بر خداپنداره-خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت، درمان چندبُعدی معنوی با ایجاد تعادل در عمل موجب بهبود خداپنداره-خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان چندبُعدی معنوی، خداپنداره-خداپنداشت، جهت‌گیری مذهبی، شبکه‌های مجازی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

استفاده از فضای مجازی[1] در حوزه‌های مختلف گسترش یافته است. در سرگرمی، فضای مجازی تجربیات همه‌جانبه‌ای مانند بازی‌های مجازی، هم‌نوازی‌های (کنسرت‌های) مجازی و موزه‌های مجازی ارائه می‌کند. این امر به کاربران اجازه می‌دهد از واقعیت فرار کنند و با محیط‌های تعاملی و شبیه‌سازی‌شده درگیر شوند (۱). شبکه‌های مجازی بسته به نحوهٔ استفاده از آن‌ها، پیامدهای مثبت و منفی دارند. از جنبهٔ مثبت، شبکه‌های مجازی می‌توانند انعطاف‌پذیری، مقیاس‌پذیری و صرفه‌جویی در هزینهٔ بیشتری را درمقایسه با شبکه‌های فیزیکی سنتی ارائه دهند؛ بااین‌حال، خطرات احتمالی مرتبط با شبکه‌های مجازی مانند آسیب‌پذیری‌های امنیتی، مشکلات عملکرد و پیچیدگی نیز وجود دارد. مهم است قبل از پیاده‌سازی شبکه‌های مجازی در سازمان‌ها، مزایا و خطرات آن به‌دقت در نظر گرفته شود (۲).

درخصوص پیامدهای منفی اعتیاد[2] به شبکه‌های مجازی، در مطالعات اخیر عواملی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های این اختلال مطرح شده است؛ ازجمله دین، دین‌داری، اعتقادات مذهبی و نظایر آن است. آثار باستانی به‌جامانده از دوره‌های تاریخی، بازگوکنندهٔ دغدغه‌های دینی و مذهبی بشر است و واکاوی عمیق سیر تکامل زندگی بشری نشان می‌دهد مقارن با پیشرفت‌های وسیع فن‌آورانه، بشر کماکان نیاز به معنویت[3] و توجه به دنیای فرامادی را در زندگی خود احساس می‌کند. به‌همین دلیل دانشمندان و محققان در حوزه‌های مختلف هرکدام با تحلیل‌ها و چشم‌اندازهای گوناگون به واکاوی این پدیده پرداخته‌اند. آلپورت[4] اندیشمندی بود که برای مطالعه در این زمینه با درنظرگرفتن باورهای مذهبی، رفتارها و انگیزه‌ها، اصطلاح جهت‌گیری مذهبی[5] را مطرح کرد (۳). جهت‌گیری مذهبی شامل پذیرش برخی باورها دربارهٔ ماهیت الهی، هدف زندگی و زندگی پس از مرگ است. این باورها ممکن است در ادیان مختلف و حتی در فرقه‌ها یا فرقه‌های یک دین بسیار متفاوت باشد (۴). جهت‌گیری مذهبی بیرونی به تمرکز فرد بر جنبه‌های بیرونی دین مانند شرکت در مناسک دینی، پیروی از احکام و سنت‌های دینی و کسب تأیید اجتماعی ازسوی دیگران در جامعهٔ دینی خود اشاره دارد. ازسوی‌دیگر، جهت‌گیری مذهبی درونی، مربوط به تمرکز فرد بر جنبه‌های درونی دین مانند رابطهٔ شخصی با قدرت برتر، رشد معنوی خود و اعمال مذهبی خصوصی او مانند دعا و مراقبه است. افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی ممکن است کمتر به نمایش بیرونی دین‌داری توجه داشته باشند و بیشتر بر سفر معنوی خود متمرکز شوند (۵).

ازطرفی پژوهش‌ها نشان داد، معنویت با فراهم‌آوردن معنا، آسایش و آرامش درونی نقشی پیشگیری‌کننده در اعتیاد به اینترنت[6] دارد (۶). معنویت با ایجاد حس هدف، امید و ارتباط افراد با چیزی برتر از خود، تأثیر مثبتی بر سلامت روان می‌گذارد. همچنین می‌تواند منبع آرامش و حمایت درزمان‌های سخت باشد و به افراد کمک کند با استرس و اضطراب[7] کنار بیایند (۷). اعمال معنوی مانند مراقبه (مدیتیشن)، دعا و شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند نتایج سلامت روانی مانند کاهش علائم افسردگی[8] و اضطراب را بهبود بخشد (۸). اگر معنویت، جست‌وجوی امر قدسی در نظر گرفته شود (۹)، پس مهم‌ترین مفهوم در بیشتر مذاهب، رابطهٔ انسان با خدا است؛ بنابراین تصور فرد از خداوند مفهوم محوری در معنویت و مذهب است (۱۰). تصور از خدا پدیدهٔ چندبُعدی با چند متغیری است که بیشتر در حیطهٔ وسیع‌تری به نام دین قرار دارد (۱۱). نخستین‌بار رایزتو تصویر ذهنی[9] از خدا را بررسی روان‌شناختی کرد. رایزتو اعتقاد داشت، تصویر ذهنی از خدا دربرگیرندهٔ برداشت احساسی و تجربی فرد از خدا است که برگرفته از نظریهٔ روان‌تحلیلگری[10] است. تصویر ذهنی از خدا با تجربیات افراد شکل می‌گیرد و به‌صورت احساس معنوی از خدا درمی‌آید (۱۲). پژوهشگران متعددی ارتباط تصویر ذهنی از خدا و سلامت روان را بررسی کرده‌اند؛ برای مثال، اگر تصویر فردی از خدا، تنبیهی یا قضاوت‌کننده باشد، ممکن است منجربه احساس گناه یا شرم شود که می‌تواند بر سلامت روان او تأثیر منفی بگذارد. ازطرفی، اگر تصویر فردی از خدا محبت‌آمیز و بخشنده باشد، ممکن است در مواقع سخت باعث آرامش و حمایت شود. درنهایت، رابطهٔ بین تصویر ذهنی از خدا و سلامت روان برای هر شخصی منحصربه‌فرد است و امکان دارد تحت‌تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد (۱۳).

ازسوی‌دیگر مداخلات معنوی[11] حسی از جامعه و حمایت اجتماعی را ایجاد می‌کند که به‌ویژه برای افراد دارای احساس انزوا یا جداشدن از دیگران مانند افراد وابسته به شبکه‌های مجازی، مهم است؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد مداخلات معنوی می‌تواند سبب کاهش اعتیاد به شبکه‌های مجازی شود و از پیامدهای منفی ناشی‌از آن پیشگیری کند (۱۴). جیمز ویلیام (۱۸۴۲تا۱۹۱۰) گستره‌هایی از مداخلات معنوی در پژوهش‌های مختلف به‌کار برد و اثربخشی آن‌ها در اختلالات گوناگون به‌اثبات رسید (به نقل از منبع ۱۵). درمان چندبُعدی معنوی[12]، نوعی درمان است که رویکردهای معنوی و روان‌شناختی و جسمانی را به‌منظور کمک به افراد برای دستیابی به خودآگاهی و رشد شخصی بیشتر ادغام می‌کند. درمان مبتنی‌بر این ایده است که افراد موجوداتی چندبُعدی با جنبه‌های فیزیکی، عاطفی، ذهنی و معنوی به‌شمار می‌روند که همه به‌هم مرتبط هستند. اصول اصلی درمان شامل ذهن‌آگاهی[13] و شفقت به خود[14] و آگاهی معنوی[15] است. این درمان دربرگیرندهٔ مهارت‌های مختلفی ازجمله مراقبه، تجسم، نفس‌کشیدن و تمرینات آگاهی از بدن است. هدف درمان چندبُعدی معنوی این است

---

1. Cyberspace
2. Addiction
3. Spirituality
4. Allport
5. Religious Orientation
6. Addiction to Internet
7. Anxiety
8. Depression
9. Mental Image
10. Psychoanalytic Theory
11. Spiritual Interventions
12. Multidimensional Spiritual Therapy
13. Mindfulness
14. Self-Compassion
15. Spiritual Awareness

که به افراد کمک کند با درون خود ارتباط برقرار سازند و از خرد و راهنمایی درونی خود بهره ببرند (۱۶). یکی از جنبه‌های منحصربه‌فرد درمان چندبُعدی معنوی، تمرکز آن بر بُعد معنوی تجربهٔ انسانی است. این درمان تشخیص می‌دهد معنویت می‌تواند منبع مهمی از قدرت و انعطاف‌پذیری برای افراد باشد و اعمال و باورهای معنوی را در فرایند درمانی لحاظ می‌کند؛ بااین‌حال، درمان چندبُعدی معنوی با هیچ سنت مذهبی یا معنوی خاصی مرتبط نیست و به‌گونه‌ای طراحی شده است که با طیف گسترده‌ای از سیستم‌های اعتقادی سازگار باشد (۱۰).

بنابراین با افزایش استفاده از شبکه‌های مجازی و رسانه‌های اجتماعی، مردم به‌طور فزاینده‌ای درمعرض باورها و اعمال مذهبی متنوع قرار می‌گیرند. این امر ممکن است منجربه سردرگمی و اطمینان‌نداشتن دربارهٔ باورها و ارزش‌های خود شود که تأثیرات منفی بر سلامت و رفاه روانی دارد. همچنین معنویت و مذهب به‌عنوان عوامل مهم در ارتقای سلامت روان، تاب‌آوری[1] و مهارت‌های مقابله‌ای[2] نشان داده شده است. با بررسی اثربخشی یک برنامهٔ معنوی درمانی، می‌توان درک بهتری از نحوهٔ حمایت از افراد در ایجاد حس قوی معنویت و ارتباط با باورهایشان داشت. درنهایت، رویکرد چندبُعدی این برنامهٔ درمانی بسیار امیدوارکننده است؛ زیرا پیچیدگی اعتقادات و اعمال مذهبی و معنوی را در نظر می‌گیرد. با بررسی تأثیر این برنامه بر مفاهیم افراد از خدا و جهت‌گیری‌های مذهبی، می‌توان بینشی دربارهٔ چگونگی ایجاد مداخلات مؤثرِ متناسب با نیازها و تجربیات منحصربه‌فرد اشخاص، به‌دست آورد؛ بنابراین باتوجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی برنامهٔ درمان چندبُعدی معنوی بر خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه گواه و آزمایش بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد وابسته به شبکه‌های مجازی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه ازطریق نرم‌افزار G*power به‌گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص اختلاف حداقل ۱ واحد از میزان خداپنداشت ـ خداپنداره و جهت‌گیری مذهبی را بین گروه آزمایش و گروه گواه داشته باشد. با فرض احتمال خطای نوع اول ۵درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰درصد و نیز با فرض انحراف معیار ۰/۹، تعداد حجم نمونه برابر حدوداً پانزده نفر برای هر گروه به‌دست آمد؛ بنابراین از بین جامعهٔ آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به‌این‌ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی مقیاس خداپنداره ـ خدا پنداشت[3] (جان‌بزرگی و سرابادانی تفرشی، ۱۳۹۸) و پرسش‌نامهٔ جهت‌گیری مذهبی آلپورت[4] (آلپورت و راس، ۱۹۶۷) بین دو گروه توزیع شد. پس از آن گروه آزمایش برنامهٔ درمان چندبُعدی معنوی را به‌صورت دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد و برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد از دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین بعد از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی انجام‌شده در این پژوهش روی گروه گواه اجرا شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: نمرهٔ بیشتر از ۵۷ در مقیاس اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی‌بر موبایل[5] (خواجه‌احمدی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ داشتن اعتقاد به وجود خداوند؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی بود.

از ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شد.

ـ مقیاس اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی‌بر موبایل (خواجه‌احمدی و همکاران، ۱۳۹۵): این پرسش‌نامه در سال ۱۳۹۵ توسط خواجه‌احمدی و همکاران طراحی شد و شامل ۲۳ گویه است. طراحی اولین نسخهٔ پرسش‌نامه با ۲۷ گویه بود و در فرایند روان‌سنجی طی انجام بررسی روایی محتوا، یک گویه حذف شد. شاخص و نسبت روایی محتوا به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۶ به‌دست آمد. براساس تحلیل عامل اکتشافی تعداد گویه‌های پرسش‌نامه به ۲۳ گویه تقلیل یافت و ابعاد پرسش‌نامه در چهار عامل عملکرد فردی، مدیریت زمان، خودکنترلی و روابط اجتماعی، با توان پیش‌بینی ۵۷/۴۷ دسته‌بندی شد. پایایی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ جهت‌گیری مذهبی آلپورت (آلپورت و راس، ۱۹۶۷): آلپورت و راس در سال ۱۹۶۷ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری درونی و جهت‌گیری بیرونی مذهب تهیه کردند. این مقیاس از ۲۱ سؤال پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تشکیل شده است. نمره‌گذاری آن برای دوازده سؤال اول به‌صورت کاملاً مخالفم=۵، مخالفم=۴، نه موافقم نه مخالفم=۳، موافقم=۲ و کاملاً موافقم=۱ است. در این پرسش‌نامه سؤالات مربوط به مقیاس درونی (۱۳تا۲۱) به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود و به‌صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نه موافقم نه مخالفم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵ است. در نمره‌گذاری پرسش‌نامه، بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند در این آزمون اخذ کند ۱۰۵ و کمترین نمره ۲۱ است. نمرهٔ کمتر در آزمون نشان می‌دهد فرد دارای اعتقادات مذهبی بیرونی است؛ بدین‌معنا که افکار و اعتقادات دینی در وی درونی نیست و برحسب شرایط و اتفاقات محیط تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد؛ اما نمرهٔ بیشتر در آزمون بیانگر آن است که فرد اعتقادات دینی درونی‌شده دارد و قدرت آن‌ها در فرد تحت‌تأثیر امور و حوادث محیطی قرار نمی‌گیرد (۱۸). طراحان ابزار جهت‌گیری مذهبی از روش ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی آن استفاده کردند و ضرایب را برای بُعد بیرونی و بُعد درونی و کل مقیاس به‌ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۸ و ۰/۶۵ به‌دست آوردند. همچنین، همبستگی خرده‌مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی با

[1]. Resilience
[2]. Coping Skills
[3]. Scale Of God's Concept-God's Image
[4]. Allport Religious Orientation Questionnaire
[5]. Addiction To Mobile Based Social Networks

جهت‌گیری مذهبی بیرونی برابر با ۰/۳۲ بود (۱۸). برای بررسی روایی در پژوهش شفیعی و همکاران، از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده شد و ساختار سادهٔ دوعاملی به‌دست آمد که توانست به‌ترتیب ۱۴/۰۲ و ۲۸/۰۶ از واریانس جهت‌گیری مذهبی را بیان کند. در بررسی پایایی مقیاس یادشده، آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۱ و جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۶۲ به‌دست آمد (۱۹).

ـ مقیاس خداپنداره‌ـ‌خداپنداشت (جان‌بزرگی و سرابادانی تفرشی، ۱۳۹۸): این ابزار توسط جان بزرگی و سرابادانی تفرشی در سال ۱۳۹۸ طراحی شد و چهل مؤلفه دارد که ۲۵ مؤلفه مربوط به خداپنداره و پانزده مؤلفه مربوط به خودپنداره است. هر مؤلفهٔ آن دارای چهار گزینه (کاملاً موافق=۴، موافق=۳، مخالف=۲، کاملاً مخالف=۱) است. به‌منظور بررسی همسانی درونی، این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی مقطع کارشناسی اجرا شد. پایایی آزمون با دو روش آزمون‌ـ‌آزمون مجدد، که همبستگی بین آزمون‌ـ‌آزمون مجدد برای خداپنداره ۰/۸۰۶ و برای خودپنداره ۰/۵۸۲ شد و با آلفای کرونباخ ۰/۸۱۵ به‌تأیید رسید. تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی، چهار عامل در پاسخ شرکت‌کنندگان شناسایی کرد که شامل هفت مؤلفهٔ خودپنداره، هشت مؤلفهٔ خودپنداشت، چهارده مؤلفهٔ خداپنداره و یازده مؤلفهٔ خداپنداشت بود (۲۰). در این پژوهش از دو مؤلفهٔ خداپنداره و خداپنداشت استفاده شد.

ـ بستهٔ درمان چندبُعدی معنوی (در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی): درمان چندبُعدی معنوی (GO-SMT) که بااستناد به آیات قرآن، کتب معتبر اسلامی، روان‌شناسی و تفاسیر قرآن، توسط مسعود جان بزرگی در فواصل سال‌های ۱۳۹۱تا۱۳۹۷ طراحی شد، بارها و بارها هدف پژوهش و بررسی‌های بالینی قرار گرفت (۱۶،۱۵،۱۰). پژوهش حاضر پس از مطالعهٔ دقیق این برنامه به ارزیابی روایی محتوایی مداخلهٔ درمانی مذکور، توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی و مذهبی پرداخت. بستهٔ درمانی حاضر برای دوازده جلسه (دوازده هفته، هر هفته یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای) طراحی شد که شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان چندبُعدی معنوی

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی به شرکت‌کنندگان، بیان قوانین کارگاه؛ آشناسازی با ظرفیت‌های مداخلات گروهی برای حل آشفتگی‌های روانی به‌ویژه بااستفاده از معنادهی به زندگی توسط آموزه‌های دینی و تعریف الگوی تنظیم هدف؛ تشخیص اهداف و بیان عوامل محرک و بازدارندهٔ هدف؛ آشنایی با مفهوم انواع عمل، ملاک سنجش عمل مؤثر و مفید؛ تعیین تکلیف و کاربرگ به شرکت‌کنندگان.
دوم	آشنایی با مفهوم نظام تشخیصگر درونی، حساس‌سازی نظام تشخیصگر درونی؛ بیان قوانین نظام تشخیصگر درونی؛ تبیین خردسنجی و خردورزی، تضعیف‌کننده‌ها و تقویت‌کننده‌های عقل، تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
سوم	فعال‌سازی عقل، موانع تحریک عقلانی و خردورزی؛ فنون فعال‌سازی تحریک عقلانی؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
چهارم	ثبات عقلی خدا با روش اکتشافی؛ شناخت خداپنداره‌ها، پنداره‌زدایی از مبدأ؛ ارتباط کاربردی با خدا؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل و به‌اشتراک گذاشتن تجارب دوستان.
پنجم	تحلیل خداپنداره‌ها و داستان شکل‌گیری آن.
ششم	بیان هرگونه تصوری از خدا، بیان تاریخچهٔ شکل‌گیری آن‌ها؛ بهترین راه رسیدن به خداپنداشت؛ بسط خداپنداشت؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و به‌اشتراک گذاشتن تجارب دوستان از کاربرگ‌های جلسهٔ قبل.
هفتم	ادراک خالقیت خدا، ارتباط خالقیت و ربوبیت؛ بیان ویژگی‌های رب حقیقی، بیان ویژگی‌های رب اعتباری؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
هشتم	انواع نیازها و بیان مفاهیم نیازهای وجودی؛ چند مهارت مراقبت از خود و پاسخ‌دهی به نیازهای وجودی، بیان بحث تنظیم رغبت؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و به‌اشتراک گذاشتن تجارب کاربرگ‌ها با دوستان.
نهم	بیان تفاوت ربّ اصیل و ربّ اعتباری؛ قانون تسبیح، معنای توکل؛ شما قرار است با برنامهٔ چه کسی زندگی کنید؟ آیا ممکن است خدا برای خَلق خود برنامه یا مراقبت نداشته باشد؟ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
دهم	شاخص‌های هویت معنوی؛ بیان مقوله‌های هویت معنوی، مرزگذاری برای خود؛ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
یازدهم	اجرای فن مراقبت از چهارسوی معنوی؛ هشیاری دربارهٔ نقاط آسیب‌زای معنوی؛ آیا به هدف غایی شما ربطی دارد؟ آیا در محاسبات حق آنچه حاصل شده، ادا شده است؟ آیا عمل منطبق با نظام ارزشی است؟ چقدر تمایلات نفسانی در انجام آن دخالت داشته است؟ آیا ظاهر و باطن عمل، برای شما و دیگری رضایت‌بخشی نسبی داشته است؟ تعیین تکلیف و کاربرگ‌ها و مرور تکالیف جلسهٔ قبل.
دوازدهم	تمرین در حوزهٔ مراقبت از چهارسو؛ جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هرزمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی

صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف‌اسمیرنف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه ـ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه آزمایش ۳۱/۴±۵/۲ سال و میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه گواه ۲۹/۳±۴/۸ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

خرده‌مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آمارهٔ کلموگروف‌اسمیرنف	مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
خداپنداره	گواه	۳۲/۴	۲/۴	۳۲/۷	۲/۲	۱/۲۷۸	۰/۰۷۶
	آزمایش	۳۳/۳۳	۲/۳	۳۱/۳	۲/۲	۱/۸۲۶	۰/۰۰۳
خداپنداشت	گواه	۲۷/۴	۱/۵	۲۷/۶	۱/۶	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹
	آزمایش	۲۸/۳	۱/۸	۳۲/۳	۱/۵	۰/۵۱۷	۰/۹۷۵
جهت‌گیری بیرونی	گواه	۱۶/۶	۱/۸	۱۷/۱	۱/۵	۰/۷۳	۰/۶۶۳
	آزمایش	۱۷/۵	۱/۷	۱۵/۱	۱/۳	۱/۲۷۸	۰/۰۷۶
جهت‌گیری درونی	گواه	۳۳/۷	۳/۳	۳۳/۵	۳/۱	۰/۵۴۸	۰/۹۲۵
	آزمایش	۳۱/۴	۳/۱	۳۷/۵	۳/۲	۰/۵۱۷	۰/۹۷۵

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای درمان چندبُعدی معنوی آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در دو متغیر خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی بهبود یافته است؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف و لون استفاده شد. آزمون کلموگروف‌اسمیرنف برای توزیع متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$). در بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیونی نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی مبنی‌بر معنادارنبودن اثر متقابل گروه ـ پیش‌آزمون رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی

متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
خداپنداره	گروه	۳۲/۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	پیش‌آزمون	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۰۳۶
خداپنداشت	گروه	۴۵/۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	پیش‌آزمون	۳/۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸
جهت‌گیری بیرونی	گروه	۳۹/۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
	پیش‌آزمون	۹/۲	۰/۰۰۵	۰/۲۷
جهت‌گیری درونی	گروه	۳۲۰/۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
	پیش‌آزمون	۲۷/۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۰

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از متغیرهای خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی نشان داد، در همهٔ متغیرها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان چندبُعدی معنوی بر خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشخص کرد، درمان چندبُعدی معنوی موجب بهبود نمرات خداپنداره ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های جان‌بزرگی و همکاران (۱۵) و روحانی و همکاران (۲۱)

همسوست. جان‌بزرگی و همکاران با بررسی اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمان‌های غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی‌از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخلهٔ روان‌شناختی در بحران کرونا نشان دادند، افراد دریافت‌کنندهٔ درمان‌های روان‌شناختی درمقایسه با افراد بدون هیچ‌درمانی، بهتر توانسته‌اند استرس خود را در شرایط بحرانی مهار کنند (۱۵). روحانی و همکاران با بررسی اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت «درمانگری چندبُعدی معنوی (SMP)» بر مهار نشانگان افسردگی در چهل فرد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر دریافتند، بین دو گروه آزمایش و گواه در نشانگان افسردگی، کاهش معناداری وجود دارد. این مداخله با اصلاح خودپنداره (تصویر ساختگی از خود) و خداپنداره (تصویر ساختگی از خدا) زمینهٔ تقویت و ایجاد تصویر واقعی از خود و تصویر واقعی از خدا را فراهم می‌آورد و سازوکار درمان و پایداری نتایج را تأمین می‌کند (۲۱).

در تبیین تأثیر درمان چندبُعدی معنوی بر بهبود خداپنداره‌ـ خداپنداشت می‌توان گفت، در درمان چندبُعدی معنوی خداسو به‌واسطهٔ فعال‌سازی عقلانی، امکان تعالی‌جویی و نیز معنادهی به همهٔ فعالیت‌ها فراهم می‌آید. سالم‌سازی و انطباق عمل با واقعیت از اصلاح باورهای یقینی دربارهٔ خداوند و خود آغاز می‌شود. این حرکت منجربه اصلاح خداپنداره و تبدیل آن به خداپنداشت و تغییر خودپنداره به خودپنداشت می‌شود و پایهٔ سلامت روانی پایدار را مهیا می‌کند. تمایز درمان چندبُعدی معنوی از سایر درمان‌ها در همین فرایند است. بازسازی عمل انسان در همهٔ عرصه‌های ادراکی از مهم‌ترین فعالیت‌های درمان‌کننده است. تقویت با فعال‌سازی بُعد معنوی در تمامی اشکال و مراتب عمل انسان ازطریق شرک‌زدایی و شک‌زدایی، تکیهٔ انسان را به بُعد معنوی افزایش می‌دهد و وحدت‌بخشی به اعمال توانمندی فرد در دو فرایند متعادل‌سازی و تعالی‌جویی را ارتقا می‌بخشد (۱۰). در تمام طول درمان فرد به‌دنبال انطباق عمل خود با واقعیت معنوی و خداپنداشت است و هربار که موفق می‌شود مسیرهای غیرواقعی ذهن خود را درجهت اعمال غیرمعنوی کشف کند آرامش بیشتر و فعالیت معنادارتر و ارزشمندتر را تجربه می‌کند (۱۶).

درمان چندبُعدی معنوی بر تمرکز ذهن و حضور آگاه در لحظهٔ حاضر استوار است. با تمرین مداوم این روش‌ها، فرد می‌تواند به‌طور عمیق‌تری با خود آشنا شود و به ادراک عمیق‌تری از خدا یا قدرت بزرگ‌تر برسد. تمرکز ذهن و حضور در لحظه به فرد کمک می‌کند از دغدغه‌های ذهنی و اضطراب‌های روزانهٔ خود فاصله بگیرد و آرامش و آگاهی به‌دست آورد. با تمرین‌های مداوم تمرکز ذهن، فرد قادر است به‌طور عمیق‌تری با خود آشنا شود و به ادراک عمیق‌تری از خود و دنیای پیرامون خود دست پیدا کند (۱۰).

همچنین دعا و مناجات به فرد کمک می‌کند در ارتباط مستقیم با خدا یا قدرت بزرگ‌تر قرار بگیرد و خواسته‌ها و نیازها و امیدهای خود را به او بسپارد. این ارتباط معنوی می‌تواند به فرد احساس آرامش و امید و تسلی بدهد و درنتیجه سبب بهبود ادراک از خدا می‌شود. در دعا و مناجات، فرد با خدا یا قدرت بزرگ‌تر صحبت می‌کند و از او درخواست کمک و راهنمایی و بخشش دارد. این فعالیت‌ها می‌تواند به فرد کمک کند به احساس آرامش و امید و تسلی دست بیابد و بهبود خداپنداره و خداپنداشت را تجربه کند. ذکر نیز شامل تکرار کلمات خاصی است که به‌عنوان نشانهٔ ایمان و اعتقاد به وجود خدا یا قدرت بزرگ‌تر تکرار می‌شود. این روش فرد را یاری می‌کند به احساس آرامش و تسلی و صلابت برسد و بهبود خداپنداره و خداپنداشت را تجربه کند (۱۵).

همچنین در تبیین تأثیر درمان چندبُعدی معنوی بر بهبود جهت‌گیری مذهبی می‌توان گفت، درمان چندبُعدی معنوی در چارچوب اصل عقلانیت و خودنظم‌جویی تعالی‌جویانه زمینهٔ درمان و تعالی‌خواهی مُراجع را فراهم می‌کند و تمام اصول نظری و عملی این نظریهٔ درمانگری مبتنی‌بر مبانی و آموزه‌های دینی (اسلامی) است و مؤلفه‌های فرهنگی نیز متناسب با جامعهٔ ایرانی در آن گنجانده شده است (۱۰)؛ درواقع دین، نظامی اعتقادی است که پیروان خود را باهم پیوند می‌دهد و بین آن‌ها همبستگی نزدیکی پدید می‌آورد (۲۲). دین، نظام اعتقادی سازمان‌یافته‌ای است که با مجموعه‌ای از آیین‌ها و اعمال تعیین‌کننده، شیوهٔ پاسخ‌دهی افراد به تجارب زندگی را مشخص می‌کند. مذهب از عوامل بسیار مهمی است که به تجارب و رفتارها و ارزش‌های انسان معنا و ساختار می‌دهد (۲۳). مذهب زیرشاخهٔ دین و به این معنا است که در میان پیروان یک دین به‌دلیل اندیشه‌های خاص با برداشت و تفسیر خاص، گروهی خود را از دیگران جدا می‌کنند؛ لذا، افرادی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند، بیشتر به معیارهای مذهبی نزدیک‌تر هستند. روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی ازطریق تنظیم و تعدیل عمل یا کنش‌وری ارادی انسان و عوامل مربوط به آن و فعال‌سازی عمل معنوی (به‌ویژه بازخورد توحیدی و عقل خداسو) می‌تواند افراد را بیشتر از روش‌های دیگر به‌سمت جهت‌گیری درونی سوق دهد (۱۰).

براساس منابع دینی به‌ویژه قرآن کریم، انسان آفریدهٔ الهی است که هدف و برنامهٔ مشخصی برای زندگی سالم تا رسیدن به کمال انسانی دارد. انسان، سالم و متعادل به‌دنیا می‌آید. دو تمایل اساسی او یعنی میل به تعادل و تعالی‌جویی و نگهداری خود در این وضعیت، انگیزهٔ اغلب رفتارهای وی برای رسیدن به شکوفایی و فلاح را تشکیل می‌دهد. او دارای نظامی ارزشیابی‌کننده و سازه‌های مختلف روانی معنوی است که سازوکارهای تشکیل شخصیت و نیز رشد معنویت را تبیین می‌کند (۱۶). این سازه‌ها عملِ هویت‌ساز انسان (هرگونه کنش اختیاری) را تدارک می‌بیند و بنابراین درنهایت تحول شخصیت و معنویت را تشکیل می‌دهد (۲۰). سازمان‌یافتگی اعمال به‌شکل توحیدی در سطح شخصیت، سبب تشکیل یک عمل محوری هویت‌ساز می‌شود و به آن شاکله می‌گویند که خود اعمال دیگر انسان را هدایت می‌کند؛ اما هرگز باعث محدودیت در اختیار و تشخیص عقلانی انسان نمی‌شود. اگر تحول معنوی به‌همراه تحول شخصیت اتفاق بیفتد، این اعمال وحدت‌یافته و نجات‌بخش است و اگر معارض، ناهمساز، غیرواقعی یا دوسونگرانه باشد، وحدت‌یافتگی انسان را تهدید می‌کند. در درمان چندبُعدی معنوی با تأکید بر

سازوکارهای معنوی (عمدتاً شامل تزکیه و تسویه و هشیاری (ذکر)) و نیز تأکید بر محور قراردادن عقل خداسو در انجام تمامی امور، می‌توان تحول معنوی را در فرد بازسازی کرد (۱۶). درمان چندبُعدی معنوی، ترکیبی از مباحث مذهبی و روان‌شناسی و تمرینات معنوی است که به‌صورت هم‌زمان و ترکیبی انجام می‌شود. در این نوع درمان، بااستفاده از مفاهیم و اصول مذهبی، فرد به‌سمت بهبود روحی و روانی خود هدایت می‌شود. برای مثال، فرد با تمرینات معنوی مانند مراقبه و دعا و تفکر دربارهٔ مفاهیم دینی، به‌دنبال آرامش و ذهنیت مثبت است. ازسوی‌دیگر، درمان چندبُعدی معنوی به‌وسیلهٔ روان‌شناسی به فرد کمک می‌کند با خودآگاهی بیشتر، بهترین تصمیمات را در زندگی خود بگیرد. برای مثال، با تمرینات روان‌شناسی مثل تحلیل رؤیا و تمرین‌های خودآگاهی، فرد به‌دنبال شناخت بهتر خود و رفع افسردگی و اضطراب است (۱۰).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران محدود شد؛ لذا، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که خواهان دریافت خدمات مشاوره نیستند، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف است.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کاستی کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند. همچنین الگوی درمانگری چندبُعدی معنوی، به‌نوعی نخستین نظریهٔ جامعی است که به‌صورت کامل با فرهنگ ایرانی‌اسلامی همخوانی دارد و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است؛ پس پیشنهاد می‌شود بر حمایت از این‌گونه نظریات تأکید ویژه شود؛ زیرا به افزایش اعتمادبه‌نفس اندیشمندان مشاور و روان‌شناس داخلی در تئوری‌پردازی‌های مرتبط می‌انجامد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، درمان چندبُعدی معنوی با ایجاد تعادل در عمل موجب بهبود خداپنداره‌ـ خداپنداشت و جهت‌گیری مذهبی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر درراستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌شکل مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به‌علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

هزینه‌های این پژوهش توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

References

1. Brannan ME, Petrie TA. Psychological well-being and the body dissatisfaction–bulimic symptomatology relationship: an examination of moderators. Eat Behav. 2011;12(4):233–41. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.06.002
2. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. J Pers Soc Psychol. 2012;102(3):592–615. https://doi.org/10.1037/a0025948
3. Naeemi M, Ghasemi R, Zamani E, KeyghobadiY. Religious orientation and Internet addiction (case study: students of Islamic Azad University, Gorgan Branch). Golestan Police Science Quarterly.2019; 10(40): 9-26. [Persian] http://golestan.jrl.police.ir/article_93508.html
4. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol. 1967;5(4):432–43. https://doi.org/10.1037/h0021212
5. Eghbali Z, Zargham Hajebi M, Saravani Sh, Zarrabi Jourshari F. The correlations of religious orientation and commitment with the quality of nursing care. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020;9(1):607–15. [Persian]
6. Rahmati S. The relationship between psychological capital and spirituality with internet addiction among students at Jondishapuor university of medical sciences. Journal of Medical Ethics. 2017;10(38):7–17. [Persian] https://journals.sbmu.ac.ir/me/article/view/15732

7. Bolhari J, Naziri Gh, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. Journal of Woman & Society. 2012;3(9):87–117. [Persian] https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_1177.html?lang=en
8. Kalhornia Golkar M, Banijamali Sh, Bahrami H, Hatami HR, Ahadi H. Effectiveness of mixed therapy of stress management training and spiritual therapy on level of blood pressure, anxiety and quality of life of high blood pressure patients. Journal of Clinical Psychology. 2015;6(3):1–12. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2168.html?lang=en
9. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press; 2011.
10. Janbozorgi M. Multidimensional spiritual therapy: a theistic approach to counseling and psychotherapy. Tehran: Hoza and University Research Center; 2014. [Persian]
11. Lee C, Early A. Religiosity and family values: correlates of god-image in a Protestant sample. J Psychol Theol. 2000;28(3):229–39. https://doi.org/10.1177/009164710002800306
12. Rizzuto AM. The birth of the living God: A psychoanalytic study. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
13. Kirkpatrick LA. Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York: The Guilford Press; 2004.
14. Sepasi N, Narimani M, Mousazadeh T, Taklavi S. The effectiveness of spirituality therapy in improving the symptoms of internet addiction and promoting the life quality of students. Journal of Health and Care. 2020;22(3):226–35. [Persian] https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1209-en.html
15. Jan Bozorgi M, Nouri N, Heydarizad M, Jan-Bozorgi E, Jan Bozorgi A, Nazari M. The effectiveness of god-oriented spiritual therapy and non-spiritual therapies on stress management crisis prevalence of corona virus and preliminary design of spiritual model of crisis intervention. Clinical Psychology & Personality. 2020;18(1):201–14. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2932.html?lang=en
16. Jan Bozorgi M. Spiritually multidimensional psychotherapy (SMP): activation of spiritual action and its effectiveness on psychological problems of anxious clients. Journal of Islamic Psychology. 2016;2(3):8–39. [Persian] https://psychology.riqh.ac.ir/article_12471.html?lang=en
17. Khajeahmadi M, Pooladi S, Bahreini M. Design and assessment of psychometric properties of the addiction to mobile questionnaire based on social networks. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017;4(4):43–51. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-884-en.html
18. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol. 1967;5(4):432–43. https://doi.org/10.1037/h0021212
19. Shafiee N, Shahabizadeh F, Pourshafei H. Religious orientation and external control center, social support perception. Woman & Study of Family. 2013;7(24):41–52. [Persian] https://sanad.iau.ir/en/Journal/jwsf/Article/519789?jid=519789
20. Jan Bozorgi M, Sarabadani Tafarshi A. Validity and reliability of factor analysis of god image- god concept for spiritual interventions survey. Psychometry. 2019;9(33):45–63. [Persian] https://sanad.iau.ir/en/Journal/jpsy/Article/1112031
21. Rohani M, Janbozorgi M, Ahadi H, Beliad M. The effectiveness of the short-term pattern of spiritually multidimensional psychotherapy (SMP) on increasing psychosocial well-being of patients with depression syndrome. Applied Psychological Quarterly. 2019;10(3):27–45. [Persian] https://japr.ut.ac.ir/article_73875.html?lang=en
22. Willard AK, Norenzayan A. "Spiritual but not religious": cognition, schizotypy, and conversion in alternative beliefs. Cognition. 2017;165:137–46. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2017.05.018
23. Sun L, Deng Y, Qi W. Two impact pathways from religious belief to public disaster response: findings from a literature review. Int J Disaster Risk Reduct. 2018;27:588–95. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.10.004