Autumn (2023) 12(3): 89-104
DOI: 10.30473/HPJ.2024.63756.5524
Received: 20 Apr 2022 Accepted: 03 May 2023

Quarterly Journal Of Health Psychology

Open Access

ORIGINAL ARTICLE

The effect of self-healing training on spiritual well-being and positive and negative emotions in patients with multiple sclerosis

Samira Torkian Valashani, Zohreh Latifi, Niloofar Bagheri, Mohammad Soltanizadeh

[1] M.A. of Family Counseling, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
[2] Associate professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
[3] M.Sc In Clinical Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
[4] Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Correspondence
Zohreh Latifi
Email: z_yalatif@pnu.ac.ir

How to cite
Torkian valashani, S., Latifi, Z., Bagheri, N. & Soltanizadeh, M. (2023). The effect of self-healing training on spiritual well-being and positive and negative emotions in patients with multiple sclerosis. Quarterly Journal Of Health Psychology, 12(3). 89-104.

A B S T R A C T

Objective: The aim of the present study was to investigate the effect of self-healing education on the spiritual well-being and positive and negative emotions in multiple sclerosis (MS) patients in Isfahan, Iran. **Methods:** This research was a semi-experimental study with two experimental and control groups by using pre-test-post-test and 2-month follow-up. The statistical population included all MS patients reffering to the treatment center in 2020, and the sample size consisted of 31 volunteers willing to participate in educational sessions who were randomly assigned to the experimental and control groups. The range of participants' age was between 18 and 54 years. All participants completed positive and negative emotions questionnaires (Watson, 1988) and spiritual well-being (Dehshiri, 2010) as pre-tests under similar conditions. Subsequently, self-healing education consisting of 14 weekly sessions in 60 minutes, was considered for the experimental group. To examine the effectiveness of self-healing education on positive and negative emotions, repeated measures analysis of variance (ANOVA) and to dtudy the effect of self-healing education on spiritual well-being, the Friedman and Wilcoxon tests were used due to non-establishment of the assumption of normal distribution of data. **Results:** The LSD pairwise comparisons test results showed no significant difference in positive emotion scores in the experimental group between the pre-test and post-test stages. However, significant differences were noted between the pre-test and follow-up, as well as between the post-test and follow-up stages. In examining the significance of the self-connection subscale in both the experimental and control groups, no significant difference was observed at all three stages in the control group. However, in the experimental group, a significant difference was evident at all three stages following the intervention. Also, the difference in overall spiritual well-being scores in the experimental group was significant between the pre-test and follow-up, with an increase in the follow-up period. Similarly, the difference in the connection to nature subscale in the experimental group was significant between the pre-test and follow-up, as well as between the post-test and follow-up stages, indicating a positive impact of the education. But no significant effect was observed on the individual's relationship with others, the individual's relationship with God, and the reduction of negative emotions. **Conclusion:** The findings indicate that self-healing education improves spiritual well-being and positive emotions in MS patients. Participants likely improved their spiritual well-being in the area of self-connection by learning techniques such as spiritual elevation and inner richness, and accurately recognizing negative memories and their detrimental actions resulted in an improvement in their relationship with nature. It also appears that reducing

inhibitory traits such as resentment and false beliefs leads to a change in attitude, strengthening willpower, and finding a better way to solve the problems. Additionally, tasks related to strengthening the 9 healing code may increase positive emotions.

K E Y W O R D S
multiple sclerosis disease (MS), negative emotions, positive emotions, self-healing, spiritual well-being.

© 2023, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.
This is an open access article under the CC BY 4.0 license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

سال دوازدهم، شماره سوم، پیاپی چهل‌وهفتم، پاییز ۱۴۰۲ (۱۰۴-۸۹)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۳

DOI: 10.30473/HPJ.2024.63756.5524

نشریه علمی

روانشناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

تاثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سمیرا ترکیان ولاشانی[۱]، زهره لطیفی[۲*]، نیلوفر باقری[۳]، محمد سلطانی‌زاده[۴]

[۱] کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

[۲] دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

[۳] کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

[۴] استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:
زهره لطیفی
رایانامه: z_yalatif@pnu.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اماس شهر اصفهان بود.

روش: این پژوهش یک مطالعهی نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایشی و کنترل از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه‌ی آماری، تمامی بیماران مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به مرکز درمانی در سال ۱۳۹۸ و حجم نمونه ۳۱ نفر داوطلب مایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند که به‌صورت دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرارگرفتند. تمامی شرکت‌کنندگان در شرایط یکسان، پرسشنامه‌های عواطف مثبت و منفی (واتسون، ۱۹۸۸) و بهزیستی معنوی (دهشیری، ۱۳۸۸) را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس مداخله‌ی آموزش خودشفابخشی هفته‌ای ۱ مرتبه به مدت ۱۴جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. برای بررسی تاثیر آموزش خودشفابخشی بر عواطف مثبت و منفی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و برای بررسی تاثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی به دلیل عدم برقراری مفروضه توزیع نرمال داده‌ها از آزمون فریدمن و ویلکاکسون استفاده شد.

یافته‌ها: آموزش خودشفابخشی توانست ارتباط فرد با خود، ارتباط فرد با طبیعت و عواطف مثبت گروه شرکت‌کننده را به طور معناداری افزایش دهد ($P<۰/۰۵$) ولی بر ارتباط فرد با دیگران، ارتباط فرد با خدا و کاهش عواطف منفی تأثیر معنا داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: می‌توان روش خود شفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید روانشناسی مثبت‌گرا جهت افزایش بهزیستی معنوی و عواطف مثبت در بیماران مبتلا به اماس به کار برد.

واژه‌های کلیدی

بهزیستی معنوی، بیماری اماس، خودشفابخشی، عواطف مثبت، عواطف منفی.

استناد به این مقاله:

ترکیان ولاشانی، سمیرا، لطیفی، زهره، باقری، نیلوفر و سلطانی‌زاده، محمد (۱۴۰۲). تاثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۲(۳)، ۱۰۴-۸۹.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1] که با نام اختصاری ام اس (MS) شناخته می‌شود، یک بیماری خودایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون‌های مغز و نخاع می‌شود (عبدالسلام، غنیمی، اسماعیل، ۲۰۱۹) و یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های سیستم عصب مرکزی است. علائم این بیماری بسیار متفاوت بوده و وابسته به محل آسیب است و می‌تواند به شکل مشکلات حرکتی، ناهنجاری‌های حسی، آسیب جمجمه‌ای، علائم نباتی و علائم روان‌شناختی بروز کند (پورمحمد، یوسفی و هاشمی، ۲۰۱۷). از طرفی نشان داده است که اگر در ساختار مغز تغییرات عمده‌ای روی دهد، این تغییرات شخصیتی احتمالاً ادامه‌دار خواهند شد. اگر تغییر شخصیت فرد به‌دلیل یک تغییر شیمیایی قابل اصلاح به‌وجود آمده باشد، شاید بتوان آن را از بین برد. تغییرات شخصیتی ناشی از مشکلات ساختاری مغز یا تغییرات شیمیایی در مغز، در صورت شدید بودن، ممکن است نهایتاً به دمانس منجر شوند. این وضعیت در بعضی بیماران مبتلا به ام.اس مشاهده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر بیماری مولتیپل اسکلروزیس، شیوع بسیاری در کشورمان داشته است، به‌گونه‌ای که انجمن ام.اس در سال ۱۳۹۶ اعلام کرده است که در ایران ۷۴۴۳۲ نفر مبتلا به این بیماری هستند (تقیلو، مکوند حسینی، صداقت، ۱۳۹۶). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال (تایل[2] و همکاران، ۲۰۱۸) با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (فوشی[3] و همکاران، ۲۰۱۹). بیماری مولتیپل اسکلروزیس چندان قابل پیش‌بینی نیست و از بیماری‌های تخریب‌کننده کیفیت زندگی فرد است؛ زیرا در دوران مهم زندگی فرد رخ می‌دهد و همراه با آشفتگی‌های روان‌شناختی به ناتوانی کارکردی منجر می‌شود و درمان قطعی نیز ندارد (دابسون و جیووانونی[4]، ۲۰۱۹).

یکی از مسائل شایان توجه در بیماران مبتلا به ام.اس، بهزیستی معنوی است. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های بسیاری به نقش بهزیستی معنوی در جنبه‌های مهم سلامت روان و جسم و سازگاری با شرایط تنش‌زای زندگی پرداخته‌اند (گولتکین، کاواک و اوزدمیر[5]، ۲۰۱۹). معنویت به آگاهی درونی از وجود و هستی و تجربه احساس و عقاید درونی مربوط است که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهد و این امکان را فراهم می‌آورد که انسان با خود، خدا و دیگران در صلح به سر ببرد و به هماهنگی با محیط دست یابد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۷). معنویت نیرویی است که به فرد برای یافتن معنا، هدف و رشد در زندگی، رنج‌بردن و مرگ انگیزه می‌دهد و به تقویت امید و اشتیاق به زندگی کمک می‌کند (پردس[6]، ۲۰۱۸). در نگاهی جامع گل‌پرور و عابدینی (۲۰۱۴)، بهزیستی را به‌عنوان مجموعه‌ای از احساسات و حالات عاطفی و شناختی مثبت نسبت به خود و دنیای اطراف تعریف کردند (گل‌پرور، عابدینی، ۲۰۱۴). وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روانی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود که خود می‌تواند سازگاری در زندگی، به‌ویژه حیات جاوید فرد را با مشکل مواجه کند (کاروین و هیرنل[7]، ۲۰۰۳).

عواطف مثبت و منفی نیز به‌عنوان یکی از متغیرهای تاثیرگذار و از عوامل مهم مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به ام.اس است که نقش مهمی در سازگاری با تغییرات زندگی و به‌دنبال آن کیفیت زندگی آنها دارد. در حوزه هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی به‌عنوان دو بعد عاطفی عمده به حساب می‌آیند و به لحاظ ماهیت، عاطفه مثبت و منفی چه به‌صورت حالت و چه به‌صورت صفت، دو پدیده به نسبت مستقل و مجزا از یکدیگر هستند (لارسن[8] و همکاران، ۲۰۱۷). عاطفه مثبت، گرایش به تجربه احساسات خوشایند، داشتن انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است. این نوع از عاطفه دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت، ازجمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتمادبه نفس است و عاطفه منفی دارای یک بُعد عمومی از ناامیدی درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است و به‌دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید (لطفی، بهرام‌پور، امینی، فاطمی‌تبار، بیرشک و شیاسی، ۱۳۹۸). عاطفه مثبت با سلامت روانی بیشتری همراه است و عاطفه منفی منجر به پیامد سلامت ضعیف‌تر از طریق افزایش التهاب (پاسخ نظام ایمنی) می‌شود (استلار[9] و همکاران، ۲۰۱۵). عواطف، می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش و آسیب‌زا، از افراد حفاظت کرده یا به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به‌صورتی ارزیابی کنند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد (مرزوکی[10] و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Multiple sclerosis
2. Tauil
3. Foschi
4. Dobson & Giovannoni
5. Gultekin, Kavak, Ozdemir
6. Paredes
7. Carven & Hirnle
8. Larsen
9. Stellar
10. Marzuki

تحقیقات نشان داده است که عاطفه مثبت یکی از فاکتورهای مهم در مطالعات مربوط به بهزیستی و حفظ سلامتی است. اشخاصی که سطوح بالاتری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند، تعاملات اجتماعی بیشتری دارند و کمتر دچار بیماری‌های جسمی می‌شوند. عواطف مثبت با رضایت از زندگی، و بهزیستی مرتبط است؛ درحالی‌که عواطف منفی با آشفتگی روانی و مشکلاتی در غلبه بر موقعیت‌های چالش‌برانگیز ارتباط دارد (لطفی و همکاران، ۱۳۹۸).

در میان درمان‌های مختلف درخصوص بهزیستی معنوی، اثربخشی آموزش مفاهیم رویکرد وحدت‌مدار (سوادی و همکاران، ۱۴۰۰)، اثربخشی سه روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان‌مدار و درمان تلفیقی (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۹) و درمان‌های مختلف مانند روان‌درمانی مثبت‌نگر (خانجانی و رضایی، ۱۳۹۵)، درمان براساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی (ضابط و همکاران، ۱۳۹۴)، اثربخشی شفقت به خود (غضنفریان‌پور و همکاران، ۱۴۰۰) و غیره درخصوص عواطف مثبت و منفی به‌کار رفته‌اند. یکی از این درمان‌ها که به نظر می‌رسد می‌تواند تأثیر داشته باشد، خودشفابخشی است. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به‌معنای توانایی التیام‌بخشی و شفابخشی خویشتن است و به نقشی که خود فرد در بهبود بیماری یا حل مشکل خود ایفا می‌کند، اشاره دارد (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). با توجه به نقش بسیار مهم سیستم ایمنی بدن در سلامت همه‌جانبه انسان، لوید از سیستم ایمنی به‌عنوان شفای بدن یاد می‌کند و بیان می‌کند که هر فردی در بدن خود یک سیستم درمانگر شگفت‌انگیز دارد که قادر به درمان و برطرف‌کردن هر نوع مشکل فیزیکی و غیرفیزیکی است (لوید وجانسون، ۲۰۱۰). اما تداوم استرس فیزیولوژیک باعث آشفتگی روانی، بروز اختلالات روانی و درنهایت ضعیف‌شدن سیستم ایمنی بدن می‌شود (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). انسان از ابتدای تولد و در طول دوره زندگی خود با وقایع و رویدادهای بی‌شماری مواجه می‌شود که به‌صورت خاطره در تک‌تک سلول‌های بدن ذخیره شده و به هنگام یادآوری به شکل تصویر به یاد آورده می‌شوند. هر خاطره‌ای با احساس مربوط به خود ثبت می‌شود و هنگام یادآوری همان احساس نیز دوباره تجربه می‌شود که واکنش فرد را به‌دنبال خواهد داشت (لوید و جانسون، ۲۰۱۰). لوید و جانسون (۲۰۱۴-۲۰۱۰ و ۲۰۰۴) معتقدند در بیماری‌های مختلف وجود احساس‌های منفی و دروغ‌های باور شده ناشی از خاطرات سلولی مخرب موجب عدم تعادل روانی و عدم تعادل غیرارادی در دستگاه عصبی خودمختار می‌شود و سیستم ایمنی بدن را در مقابله با بیماری‌ها ضعیف می‌کند، درنتیجه وجود خاطرات سلولی مخرب می‌تواند علاوه بر ایجاد اختلالات مختلف روانی مانند؛ کینه‌جویی، خودشیفتگی، ناتوانی در کنترل خشم، ترس‌های غیرمنطقی، افسردگی، وسواس، طرد و خشونت، پایین بودن عزت نفس، بدبینی، ایدئال‌گرایی، ناتوانی در کنترل تکانه‌های جنسی و پرخاشگری، اعتیاد، اهمال‌کاری، اضطراب و پریشانی، اقدامات زیان‌بخش، کاهش عملکرد منطقی و ارتباطات مخرب منجر به بروز اختلالات جسمانی از جمله سرطان، ام.اس و بیماری‌های مزمن بدنی را نیز به‌دنبال داشته باشد (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات مخرب سلولی یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک در ویژگی‌های شخصیتی علاوه‌بر شرایط محیطی است. در این درمان بر تعالی معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفت‌وگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات خاص کدهای شفابخش تأکید شده است (لوید و جانسون، ۲۰۱۰). هدف نهایی این درمان افزایش آرامش افراد با آموزش و تمرین مهارت‌های خاطره‌یابی، خودیاری در جهت کاهش پاسخ‌های غیرارادی به ترس غیرمنطقی و توقف فعالیت سیستم جنگ و گریز مغز (پیتر لانگ، ادنا فوآ، مایکل کزاک، ۱۹۹۸ و گری، ویلسون و مکناکتون ۲۰۰۰، به نقل از لطیفی و مروی، ۱۳۹۹).

اگرچه پژوهشی در گذشته بر اثربخشی خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به ام.اس صورت نگرفته است ولی یافته‌های بعضی از پژوهش‌ها، تاثیر روش‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی بوده است؛ به‌طور مثال شفقت به خود در کاهش شدت درد، فاجعه‌آفرینی و افزایش خودکارآمدی و عواطف مثبت (صالحی، ۱۳۹۶)، نور درمانی التیام‌بخش در کاهش استرس و افزایش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی در بیماران ام.اس (کاس[1] و همکاران، ۲۰۱۸) و تاثیر باطل‌کننده و خنثی‌کننده عاطفه مثبت بر اثرات مخرب عواطف منفی در آموزش تحلیل تبادلی ارتباط محاوره‌ای در خودپنداره و عاطفه مثبت و منفی (خدایی و همکاران ۱۳۹۴). ازطرفی پژوهش‌های قبلی نشان داد که آموزش خودشفابخشی موجب افزایش شفقت به خود و کاهش نگرانی از تصویر تن در زنان مبتلا به سرطان پوست (سلطانی، لطیفی و موسوی، ۱۳۹۸)، کاهش شدت درد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی (شهبازی و لطیفی،

1. Case

۱۳۹۹)، بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و کاهش سردرد همسران معتادان (زارعان و همکاران، ۱۳۹۹)، افزایش آرامش و کاهش فشار خون زنان مبتلا به پرفشاری خون (لطیفی، قرقانی و مردانی، ۱۳۹۹)، کاهش فرسودگی شغلی، بهبود کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی کارکنان اورژانس اجتماعی (لطیفی، شفیعی و سلطانی‌زاده، ۱۴۰۰) و کاهش استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه (زمانی قراقوش، لطیفی وشریفی اصفهانی، ۱۴۰۰) و افزایش کیفیت زندگی و تعامل مادر و کودک (زارعان و لطیفی، ۲۰۲۱)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان قربانی خشونت خانگی (زارعان، صدری دمیرچی و شیخ‌الاسلامی، ۲۰۲۲) و همچنین کاهش تعارضات زناشویی زارعان، شیخ‌الاسلامی و صدری دمیرچی، ۲۰۲۲) شده است و به نظر می‌رسد آموزش خودشفابخشی از روش‌هایی است که می‌تواند موجب بهزیستی معنوی و افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در بیماران مبتلا به ام.اس شود. با توجه به مباحث مطرح‌شده سؤال اصلی محقق این بود که آیا آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت ومنفی در بیماران مبتلا به ام.اس تاثیر دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری ام.اس مراجعه‌کننده به یکی از مراکز درمانی ام.اس در سال ۱۳۹۸ در اصفهان بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس بود؛ پس از اخذ کد اخلاق ۱۳۹۸/۰۶۹ IR.PNU.REC> در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۴ برای این تحقیق، از میان بیماران مبتلا به ام.اس، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج ۳۱ نفر انتخاب شدند. عدم شرکت در دوره‌های دیگر مشاوره، عدم مصرف داروهای روان‌شناختی و رضایت به شرکت در این طرح از جمله ملاک‌های ورود و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف و عدم همکاری از جمله ملاک‌های خروج از این پژوهش بود. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش وکنترل قرار گرفته و گروه آزمایش هفته‌ای ۱ مرتبه در ۱۴ جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش خودشفابخشی قرار گرفتند. همچنین به علت رعایت اخلاق بعد از اتمام دوره جلسات آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

۱- مقیاس بهزیستی معنوی: این پرسشنامه توسط ده‌شیری در سال ۱۳۸۸ براساس مدل پیشنهادی انجمن ملی بین مذاهب (۱۹۷۵) در بین دانشجویان دانشگاه تهران ساخته شده است که شامل ۴۰ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس به‌ترتیب زیر است:

۱- ارتباط با خدا ۲- ارتباط با خود ۳- ارتباط با طبیعت ۴- ارتباط با دیگران

هریک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۱۰ سؤال است. با اجرای پرسشنامه نمره ۴ خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید و با جمع نمرات ۴۰ سؤال نمره کل بهزیستی معنوی به‌دست می‌آید. ضریب آلفا کرونباخ کل پرسشنامه ۹۴ درصد و ضرایب آلفا خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب برابر با ۹۳ درصد، ۹۲ درصد، ۹۱ درصد و ۸۵ درصد بود. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه ۸۶ درصد و خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۸۱ درصد، ۸۹ درصد، ۸۱ درصد و ۸۰ درصد بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ در نمره کلی بهزیستی معنوی: ۰/۹۵۹، خرده‌مقیاس ارتباط با خدا: ۰/۹۶۳، خرده‌مقیاس ارتباط با خود: ۰/۹۵۱، خرده‌مقیاس ارتباط با دیگران: ۰/۸۷۰، خرده‌مقیاس ارتباط با طبیعت: ۰/۹۰۴ بود.

۲- مقیاس عواطف مثبت ومنفی واتسون[1]: یک ابزار سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است. هر خرده‌مقیاس دارای ۱۰ آیتم است. آیتم‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (از بسیار کم تا بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. از لحاظ شاخص‌های روان‌سنجی یعنی روایی و پایایی، از ویژگی مطلوب برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی برای عاطفه مثبت ۸۸ درصد و برای عاطفه منفی ۸۷ درصد است. پایایی بازآزمایی برای عاطفه مثبت ۶۸ درصد و برای عاطفه منفی ۷۱ درصد است. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ نمره عاطفه مثبت و منفی: ۰.۰۶۹۶ بود.

روش اجرا

پس از اعلام تمایل به شرکت در این تحقیق و توضیح اهداف و چگونگی برگزاری جلسات، قبل از شروع دوره آموزشی پیش‌آزمون، و بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و دو ماه پس از انجام آخرین جلسه آزمون پیگیری اجرا شد. در طول مدت برگزاری

1. Watson

جلسات رازداری، مشارکت فعال افراد در مباحث، خودکاوی، یافتن خاطرات مخرب سلولی و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود.

پروتکل توسط ۵ نفر مربی آموزش‌دیده به‌طور گروهی اجرا و سپس به‌طور مجزا و به‌صورت انفرادی جلسات مشاوره برگزار می‌شد (خاطره‌یابی فردی). در هر جلسه مروری بر مباحث قبل صورت گرفته و بر انجام تکالیف تأکید می‌شد. در این دوره هر کس قصه زندگی خود را بازبینی می‌کرد. خلاصه جلسات درمانی براساس پروتکل لطیفی و مروی (۱۳۹۷) که به‌صورت گروهی اجرا شد به شرح زیر است:

جدول ۱. پروتکل آموزش خودشفابخشی (لطیفی و مروی،۱۳۹۷) بااقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۴)

جلسات	خلاصه جلسه
۱	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، توضیح سیستم ایمنی و نقش استرس برعملکرد سیستم ایمنی بدن. تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل‌تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه.
۲	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب. تکلیف ۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای عملی تنفس صحیح و ریلکسی شن تنفسی حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضا داده شد).
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار، آموزش خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد در زندگی، انجام آزمون انلاین خاطره‌یابی، (فایل صوتی گل سرخ به اعضا داده شد). تکلیف ۳: بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط اعضا، شروع خاطره‌یابی- تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
۴	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی سه گروه کینه‌جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان‌بخش. (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۴: شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، بررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی، خاطره‌یابی با فایل خاطره‌یابی با تمرکز بر گروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن ارامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۵	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد تروماها و حواث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و PTSD با توجه به نگرش فرد، آموزش و اجرای تکنیک صندلی خالی، گفتگو در مورد اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه، تحلیل آزمون انلاین خاطره‌یابی در سایت Marvi5.ir اجرای مراقبه معبد (فایل صوتی مراقبه معبد به اعضای گروه داده می‌شود). تکلیف ۵: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات مخرب سلولی و بررسی سالم یا ناسالم‌بودن احساس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن ارامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۶	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش، تغییر تمرکز اعضای گروه از گذشته به آینده، معرفی باورهای ناسالم ۹ گانه و احساسات منفی، معرفی سندرم من بیچاره، آموزش ابراز احساسات به شیوه مؤثر و آموزش دوری زیبا، تحلیل اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن(فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل‌آفرین(خشم، شهوت، غرور، ترس، غم، شرم) و تقویت قدرت اراده، آزادی، اختیار و قبول مسئولیت پیامد رفتارهای خود، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن.
۷	درمان اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش‌های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن خاطره‌یابی معکوس. تکلیف ۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره‌یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
۸	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تفهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت‌های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش)، آموزش آرامش (تربیت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعدیل کامل‌گرایی) آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب‌آوری و امید). تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.

۹	تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتنداری. آموزش بهبود ارتباط (با خود، خدا، دیگران و طبیعت)، افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهرطلبی، ابراز وجود مؤثر، افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی) درمان کنترل‌گری (کاهش لجبازی، پرورش مهارت‌های ارتباطی و مثبت‌اندیشی)، درمان غرور ناسالم (مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت) درمان از دست دادن کنترل (افزایش خویشتن داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا). تکلیف ۹: ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت.
۱۰	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی، آموزش تجسم خلاق، آموزش نحوه انجام تمرینات خاص کدهای شفابخش در جلسه (فایل صوتی دعا و فایل صوتی نحوه اجرای تمرینات خاص کدهای شفابخش به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۱۰: صرف وقت خاص تنهایی برای نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاسگزاری (تقویت معنویت) تمرینات سکوت و خلوت و ذهن‌آگاهی فکری و بدنی، شفاف‌سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مثبت‌نگری به آینده).
۱۱	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن، نوشیدن و تفریح، مسافرت، ورزش، نظافت و بهداشت. تکلیف ۱۱: اجرای عملی تمرینات هیلینگ کد همراه با دعا و تهیه جملات تمرکزی حقیقی، شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط.
۱۲	آموزش بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت، صمیمیت و ارتباطات (والدین، همسر، فرزندان، بستگان و دیگران)، رشد علمی، رشد مالی، پیشرفت شغلی، فعالیت مفید اجتماعی و بهبود خانه، محله و جامعه. تکلیف ۱۲: ادامه تمرینات تعالی معنوی، شناخت نارضایتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش نارضایتی.
۱۳	اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تاکید بر خودمراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات. تکلیف ۱۳: ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خود مراقبتی.
۱۴	آموزش تکنیک‌های تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثلثی، هدفمندی معنوی زندگی، لزوم درون‌نگری و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود، برنامه‌ریزی برای ابدیت. مرور کل جلسات درمانی و تاکید بر تدوام انجام تمرینات کدهای شفابخش. تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میان‌برهای آرامش و معنویت برای خود.

یافته‌ها

حداقل و حداکثر سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به‌ترتیب ۱۸ و ۵۴ سال و در گروه کنترل به‌ترتیب ۱۹ و ۵۲ سال بود. ۹۳/۳ درصد اعضای گروه کنترل ۸۷/۵ درصد اعضای گروه آزمایش را زنان، ۶/۷ درصد اعضای گروه کنترل و ۱۲/۵درصد اعضای گروه آزمایش از مردان تشکیل شده بودند.

۶۶/۷ درصد اعضای گروه کنترل و ۵۶/۳ درصد اعضای گروه آزمایش را افراد متأهل تشکیل دادند. در گروه آزمایش ۸/۸ درصد اعضا دارای تحصیلات راهنمایی، ۲۵ درصد دارای تحصیلات دبیرستان و ۵۶/۳ درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و در گروه کنترل نیز ۲۶/۷ درصد افراد دارای تحصیلات راهنمایی، ۶۰۶ درصد دارای تحصیلات دبیرستان و ۱۳/۳درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه آزمایش به‌ترتیب ۶/۷ درصد، ۷۳/۳ درصد و ۲۰ درصد افراد دارای وضعیت اقتصادی خوب، متوسط و ضعیف و در گروه کنترل به‌ترتیب ۰ درصد، ۸۷/۵ درصد و ۱۲/۵ درصد افراد دارای وضعیت اقتصادی خوب، متوسط و ضعیف بودند.

۶۲/۵ درصد اعضای گروه آزمایش بدون فرزند، ۶/۳ درصد یک فرزند، ۱۸/۸ درصد دارای دو فرزند و ۶/۳ درصد دارای سه فرزند و ۱۶/۳درصد افراد دارای ۴ فرزند و در گروه کنترل، ۴۶/۷ درصد یک فرزند، ۲۰ درصد دارای دو فرزند و ۱۳/۳ درصد دارای سه فرزند بودند. میانگین طول مدت بیماری در گروه آزمایش و کنترل به‌ترتیب ۵۹/۸ ماه و ۸۸ ماه و حداقل و حداکثر طول مدت بیماری در گروه آزمایش به‌ترتیب ۲ ماه و ۱۳۲ ماه و در گروه کنترل به‌ترتیب ۱ ماه و ۲۴۰ ماه همچنین توزیع درصد فراوانی اعضای نمونه به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل برحسب سابقه فامیلی از بین افراد گروه آزمایش ۲۵ درصد و گروه کنترل ۲۶/۷ درصد دارای سابقه فامیلی ابتلا به بیماری ام.اس بود.

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۴/۱ ۹/۶۹ و میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل به‌ترتیب ۳۷/۶ و ۹/۸۶ بوده‌است.

در پژوهش حاضر، پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و در سطح آمار استنباطی از آزمون (ویلکاکسون و فریدمن) استفاده شد.

جدول ۲. بررسی توصیفی اطلاعات نمره کلی بهزیستی معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمایش	بهزیستی معنوی	پیش‌آزمون	۱۶	۱۳۸/۳۷	۲۴/۲۹	۱۲۴	۲۰۰
		پس‌آزمون	۱۶	۱۷۱/۶۸	۱۷/۸۱	۱۴۵	۲۰۰
		پیگیری	۱۶	۱۷۶/۷۵	۱۹/۸۱	۱۲۷	۲۰۰
کنترل	بهزیستی معنوی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۶۸/۷۳	۱۸/۸۱	۱۲۴	۱۹۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱۶۸/۵۳	۱۶/۶۵	۱۳۷	۱۹۵
		پیگیری	۱۵	۱۷۱/۰۶	۲۵/۲۶	۱۴۱	۲۴۳
آزمایش	ارتباط با خدا	پیش‌آزمون	۱۶	۴۳/۶۲	۹/۳۳	۱۶	۵۰
		پس‌آزمون	۱۶	۴۵/۷۳	۶/۵۲	۳۰	۵۰
		پیگیری	۱۶	۴۶/۰۶	۶/۲۷	۲۹	۵۰
کنترل	ارتباط با خدا	پیش‌آزمون	۱۵	۴۶.۳۳	۴/۱۳	۳۸	۵۰
		پس‌آزمون	۱۵	۴۶.۴	۴/۷۳	۳۵	۵۰
		پیگیری	۱۵	۴۹/۰۲	۱۳/۴۲	۳۶	۹۵
آزمایش	ارتباط با خود	پیش‌آزمون	۱۶	۳۶/۸۷	۹/۳۷	۱۹	۵۰
		پس‌آزمون	۱۶	۳۸/۵۶	۷/۲۰	۲۵	۵۰
		پیگیری	۱۶	۳۹/۹۳	۷/۰۸	۲۶	۵۰
کنترل	ارتباط با خود	پیش‌آزمون	۱۵	۳۷/۱۳	۸/۸۴	۱۸	۴۹
		پس‌آزمون	۱۵	۳۴/۶۶	۹/۸۹	۱۶	۴۷
		پیگیری	۱۵	۳۶/۴۶	۸/۱۹	۱۹	۵۰
آزمایش	ارتباط با دیگران	پیش‌آزمون	۱۶	۴۴/۳۱	۵/۰۵	۳۲	۵۰
		پس‌آزمون	۱۶	۴۴/۲۵	۴/۳۷	۳۶	۵۰
		پیگیری	۱۶	۴۴/۷۵	۴/۲۳	۳۵	۵۰
کنترل	ارتباط با دیگران	پیش‌آزمون	۱۵	۴۱/۱۳	۵/۳۱	۲۹	۵۰
		پس‌آزمون	۱۵	۴۱/۹۳	۴/۳۹	۳۵	۴۹
		پیگیری	۱۵	۴۲	۳/۳۸	۳۷	۴۸
آزمایش	ارتباط با طبیعت	پیش‌آزمون	۱۶	۴۳/۵۶	۵/۸۶	۳۰	۵۰
		پس‌آزمون	۱۶	۴۵/۵	۴/۲۸	۳۸	۵۰
		پیگیری	۱۶	۴۶	۵/۱۲	۳۳	۵۰
کنترل	ارتباط با طبیعت	پیش‌آزمون	۱۵	۴۴/۱۳	۴/۷۱	۳۷	۵۰
		پس‌آزمون	۱۵	۴۵/۵۳	۹/۷۶	۳۶	۷۶
		پیگیری	۱۵	۴۳.۴	۵.۸۲	۳۴	۵۰
آزمایش	عواطف مثبت و منفی	پیش‌آزمون	۱۶	۵۹/۷	۸/۶۸	۴۱	۷۶
		پس‌آزمون	۱۶	۵۹/۱	۹۰۵۲	۴۶	۷۹
		پیگیری	۱۶	۵۲/۵	۶/۸۷	۴۳	۶۵
کنترل	عواطف مثبت و منفی	پیش‌آزمون	۱۵	۵۹/۱	۸/۲۰	۳۹	۷۲
		پس‌آزمون	۱۵	۵۸/۶	۶/۸۱	۴۶	۶۸
		پیگیری	۱۵	۵۵/۶	۹/۴۹	۴۰	۷۲

با توجه به فاصله‌ای بودن داده‌ها، توزیع نرمال، عدم همبستگی کامل بین هم پراش‌ها و همگنی واریانس‌ها برای بررسی اثر بخشی آموزش خودشفابخشی (سلف هیلینگ) بر عواطف مثبت و منفی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و در بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی به‌دلیل عدم برقراری مفروضه توزیع نرمال داده‌ها از آزمون فریدمن استفاده شد.

در حالت تک‌متغیره تنها متغیر عواطف مثبت در هر سه زمان عامل اثرگذار بر روی مدل بوده است (p‹۰/۰۰۱).

جدول ۳. آزمون اثرات درون گروهی و اثرات متقابل متغیرهای عواطف مثبت و دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مربع درجه۳	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری
عواطف مثبت	۵۳۵/۶۱۴	۲	۲۶۷/۸۰۷	۱۲/۷۹	۰/۰۰۰
عواطف مثبت و گروه	۷۲/۱۳۰	۲	۳۶/۰۶۵	۱/۷۲۳	۰/۱۸۸
خطا (عواطف مثبت)	۱۲۱۴/۳۰۰	۵۸	۲۰/۹۳		

جدول ٤. آزمون اثرات بین گروهی متغیر عواطف مثبت در دو گروه آزمایش و کنترل

	مجموع مربع درجه۳	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری
اینترسپت	۳۰۶۷۶۰/۷۷۶	۱	۳۰۶۷۶۰/۷۷۶	۱۸۳۷/۶۰۵	۰/۰۰۰
گروه	۱۰/۵۸۲	۱	۱۰/۵۸۲	۰/۰۶۳	۰/۸۰۳
خطا	۴۸۴۱/۱۱۷	۲۹	۱۶۶/۹۳۵		

همانگونه که آزمون اثرات بین‌گروهی (جدول ۴) نشان می‌دهد. بین میانگین متغیر عواطف مثبت در دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار وجود ندارد (p-value>۰/۰۵). در ادامه نتایج حاصل از جدول آزمون مقایسات زوجی LSD (جدول ۵) نشان داد که اختلاف بین نمرات عواطف مثبت در گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد. اما اختلاف بین نمرات عواطف مثبت در گروه پیش‌آزمون- پیگیری همین‌طور اختلاف بین نمرات عواطف مثبت در گروه پس‌آزمون- پیگیری معنادار می‌باشد (p-۰/۰۵ >value) که حاکی از مثبت‌بودن نتیجه آموزش می‌باشد، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری که گروه، آموزش را دریافت کرده‌اند میانگین نمرات عواطف مثبت نسبت به مرحله اول که قبل از آموزش می‌باشد، بالاتر بوده است.

جدول ۵. آزمون مقایسات زوجیLSD عواطف مثبت در مراحل مختلف

مرحله۱	مرحله۲	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۷۹	۱/۱۹۵	۰/۶۳۲
	پیگیری	۵/۳۵۸	۱/۱۴۶	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۵۷۹	۱/۱۹۵	۰/۶۳۲
	پیگیری	۴/۷۷۹	۱/۱۴۷	۰/۰۰۰
پیگیری	پیش‌آزمون	-۵/۳۵۸	۱/۱۴۶	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	-۴/۷۷۹	۱/۱۴	۰/۰۰۰

جهت بررسی ارتباط معناداری نمره کلی بهزیستی معنوی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در سه زمان با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها و رد مفروضه دوم آنالیز واریانس داده‌های تکراری، از آزمون ناپارامتری معادل آن- فریدمن- با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

جدول ٦. نتایج آزمون فریدمن اختلاف نمره کلی بهزیستی معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن بین دو گروه آزمایش و کنترل

خرده‌مقیاس	گروه	تعداد	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی داری
نمره کلی بهزیستی معنوی	آزمایش	۱۶	۹/۲۵	۲	۰/۰۱۰
	کنترل	۱۵	۰/۰۳۵	۲	۰/۹۸۳
ارتباط باخدا	آزمایش	۱۶	۲/۷۱	۲	۰/۲۵۷
	کنترل	۱۵	۰/۴۱۹	۲	۰/۸۱۱
ارتباط باخود	آزمایش	۱۶	۱۰/۱۱	۲	۰/۰۰۶
	کنترل	۱۵	۲/۱۹۲	۲	۰/۳۳۴
ارتباط با دیگران	آزمایش	۱۶	۰/۷۶۰	۲	۰/۶۸۴
	کنترل	۱۵	۰/۴۴۴	۲	۰/۸۰۱
ارتباط با طبیعت	آزمایش	۱۶	۹/۲۳۴	۲	۰/۰۱۰
	کنترل	۱۵	۰/۱۶۳	۲	۰/۹۲۲

با توجه به نتایج جدول ۶، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمره کلی بهزیستی معنوی و خرده‌مقیاس‌های ارتباط با خود و ارتباط با طبیعت اختلاف معناداری وجود دارد. همچنین همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، نتایج آزمون فریدمن در بررسی اختلاف خرده‌مقیاس ارتباط با خدا بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که در گروه‌های آزمایش و کنترل، اختلاف معناداری در خرده‌مقیاس ارتباط با خدا در سه مرحله قبل و بعد از آموزش و دوره پیگیری دیده نشده است و سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ و مقدار خی دو ۲/۷۱ می‌باشد (p-value>۰/۰۵) و همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که در گروه کنترل که آموزشی دریافت نکرده‌اند نیز اختلاف معناداری در سه مرحله خرده‌مقیاس ارتباط با خود دیده نشده است (p-value<۰/۰۵)، اما در گروه آزمایش بعد از آموزش در هر سه مرحله اختلاف معنادار بوده است و سطح معناداری کمتر از (p-value<۰/۰۵) و مقدار خی دو ۱۰/۱۱ می‌باشد. براساس نتایج جدول مذکور، در گروه کنترل که آموزشی دریافت نکرده‌اند اختلاف معناداری در هر سه مرحله خرده‌مقیاس ارتباط با طبیعت دیده نشده است و سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ (p-value<۰/۰۵) می‌باشد، اما در گروه آزمایش بعد از آموزش در هر سه مرحله، سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ (p-value<۰/۰۵) می‌باشد و مقدار خی دو ۹/۲۳ می‌باشد. لذا با توجه به معناداری آماری در گروه آزمایش، جهت بررسی اختلاف بین گروه‌ها از آزمون ویلکاکسون استفاده می‌شود.

جدول ۷. نتایج آزمون ویلکاکسون اختلاف نمره کلی بهزیستی معنوی در خرده‌مقیاس‌های ارتباط با خود و طبیعت در مراحل مختلف

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	آزمون z	سطح معنی‌داری	آزمون z	سطح معنی‌داری
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خدا بین گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون	-۱/۷۳۳	۰/۰۸۳	-۰/۳۸۵	۰/۷
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خدا بین گروه پیش‌آزمون و پیگیری	-۲/۱۹۸	۰/۰۲۸	-۰/۵۷	۰/۹۵۵
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خدا بین گروه پس‌آزمون و پیگیری	-۱/۵۴۰	۰/۱۲۴	-۰/۲۸۴	۰/۷۷۷
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خود بین گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون	-۱/۲۳۱	۰/۲۱۸	-۱/۸۲۵	۰/۰۶۸
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خود بین گروه پیش‌آزمون و پیگیری	-۲/۸۰	۰/۰۳۸	-۰/۷۰۸	۰/۴۷۹
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با خود بین گروه پس‌آزمون و پیگیری	-۱/۵۸۷	۰/۱۱۵	-۱/۲۹۸	۰/۱۹۴
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با طبیعت بین گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون	-۲/۰۰۵	۰/۰۴۵	-۰/۲۱۰	۰/۸۳۳
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با طبیعت بین گروه پیش‌آزمون و پیگیری	-۲/۰۷۱	۰/۰۳۸	-۱/۲۶۸	۰/۲۰۵
اختلاف خرده مقیاس ارتباط با طبیعت بین گروه پس‌آزمون و پیگیری	-۰/۷۲۳	۰/۴۶۹	۰/۰۹۰	۰/۹۲۸

آزمون ویلکاکسون نشان داد که در گروه آزمایش اختلاف بین نمره کلی بهزیستی معنوی پیش از آموزش با پس از آموزش و همین‌طور در پس از آموزش با دوره پیگیری معنادار نمی‌باشد و سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ می‌باشد (p-value>۰/۰۵)، اما اختلاف بین نمره کلی بهزیستی معنوی در گروه پیش از آموزش با دوره پیگیری معنادار می‌باشد و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد (p-value<۰/۰۵) که حاکی از مثبت‌بودن نتیجه آموزش است و در دوره پیگیری بعد از دریافت آموزش نسبت به مرحله پیش از آموزش نمره کلی بهزیستی معنوی در گروه آزمایش بالاتر رفته است. همان‌طور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد در گروه آزمایش اختلاف بین خرده‌مقیاس ارتباط با خود در گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همین‌طور در گروه پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد. اما اختلاف بین خرده‌مقیاس ارتباط با خود در گروه پیش‌آزمون با پیگیری معنادار می‌باشد (p-value<۰/۰۵) که حاکی از مثبت‌بودن نتیجه آموزش می‌باشد، که در مرحله پیگیری که گروه آموزش را دریافت کرده‌اند نسبت به مرحله اول که قبل از آموزش می‌باشد، آموزش موثرتر بوده است. براساس نتایج، در هر دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف معناداری در خرده‌مقیاس ارتباط با دیگران دیده نشده است و در هر سه مرحله سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ (p-value>۰/۰۵) می‌باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون فریدمن نیازی به بررسی آزمون ویلکاکسون در این خرده‌مقیاس نمی‌باشد. براساس نتایج آزمون ویلکاکسون در گروه آزمایش، اختلاف بین خرده‌مقیاس ارتباط با طبیعت در پس از آموزش با دوره پیگیری معنادار نمی‌باشد و سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ می‌باشد (p-value>۰/۰۵). اما اختلاف بین خرده‌مقیاس ارتباط با طبیعت در گروه پیش از آموزش با پس از آموزش و همین‌طور در گروه پیش از آموزش با دوره پیگیری معنادار می‌باشد (p-value<۰/۰۵) می‌باشد که حاکی از مثبت‌بودن نتیجه آموزش می‌باشد، در مرحله پس از آموزش و پیگیری که گروه آموزش را دریافت کرده‌اند نسبت به مرحله اول که قبل از آموزش می‌باشد، ارتباط بهتری با طبیعت برقرار شده است و نشان‌دهنده مؤثر بودن آموزش خودشفابخشی در این خرده‌مقیاس می‌باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف اصلی پژوهش بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به ام.اس بود. یافته‌ها نشان داد آموزش خودشفابخشی موجب بهبود بهزیستی معنوی و افزایش عواطف مثبت در بیماران مبتلا به ام.اس در شهر اصفهان شده است.

این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه اثرات روش‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی همچون صالحی (۱۳۹۶)، کاس و همکاران (۲۰۱۸) و خدایی و همکاران (۱۳۹۴)، همخوانی دارد. اگرچه پژوهشی در گذشته در مورد اثربخشی خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی در بیماران مبتلا به ام.اس صورت نگرفته است ولی با نتایج پژوهش‌های دیگر همچون سلطانی، لطیفی و موسوی (۱۳۹۸)، شهبازی و لطیفی (۱۳۹۹)، زارعان و همکاران (۱۳۹۹)، لطیفی، قرقانی و مردانی (۱۳۹۹)، لطیفی، شفیعی و سلطانی‌زاده (۱۴۰۰) و زمانی قراقوش، لطیفی و شریفی اصفهانی (۱۴۰۰)، زارعان و لطیفی(۲۰۲۱)، زارعان، صدری و شیخ‌الاسلامی (۲۰۲۲)، زارعان، شیخ‌الاسلامی و صدری دمیرچی (۲۰۲۲) مبنی بر تاثیر آموزش خودشفابخشی در حوزه‌های روان‌شناختی که با نمونه‌های آماری متفاوت مورد بررسی قرار داده‌اند؛ همسو بوده است.

در تبیین تاثیر خودشفابخشی بر مؤلفه‌های بهزیستی معنوی که شامل ارتباط با خود، طبیعت و ارتباط با خدا است، می‌توان بیان داشت که احتمالا شرکت‌کنندگان با یادگیری تکنیک‌هایی همچون تعالی معنوی، پرورش غنای درونی، و دعا، توانسته‌اند بهزیستی معنوی خود را در حوزه ارتباط با خود بهبود بخشند. همچنین شاید بتوان استنباط کرد که شناخت دقیق خاطرات مخرب و اقدامات زیانبخش ناشی از آن و در نهایت اصلاح سبک زندگی موجب بهبود ارتباط با طبیعت گردیده است. در تبیین عدم تاثیر خودشفابخشی بر خرده‌مقیاس‌های ارتباط با دیگران و ارتباط باخدا؛ شاید بتوان به این یافته از تحقیقات لوید اشاره کرد که "زمان برای درمان و بهبود یک بیماری مشترک، در دو بیمار متفاوت است؛ ممکن است درمان و بهبود یک بیمار تا یک هفته ولی درمان و بهبود بیمار دیگر تا دو سال به طول بیانجامد"؛ بنابراین با توجه به شدت کینه‌جویی افراد مبتلا به ام.اس نسبت به خداوند به‌خاطر چرایی ابتلا به بیماری ام.اس در ایشان (چرا من باید مبتلا شوم؟) و تمایل شدید این افراد به پنهان‌کردن آن و احساس شرم و بدبینی به دیگران (گنجی، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد شاید تاثیرگذاری نیازمند ادامه آموزش خودشفابخشی در بازه زمانی طولانی‌تر، لازم است.

در تبیین بهبود عواطف مثبت به نظر می‌رسد، شناخت و کاهش خصلت‌های بازدارنده کینه‌جویی و باورهای غلط و کاهش اقدامات زیان‌بخش (سه گروه اول ریشه‌یابی مشکلات) باعث بهبود حس درونی مثبت، تغییر نگرش، تقویت اراده و تغییر محیط یادگیری و

رفع سندرم من بیچاره (بدشانس، قربانی) با حل مسئله می‌شود. علاوه بر این احتمالا تمرین و تکلیف‌های مرتبط با ایجاد و تقویت ۹ کد شفابخش؛ عشق؛ شادمانی؛ آرامش؛ بردباری؛ مهربانی؛ خوبی؛ اعتماد؛ تواضع؛ خویشتنداری موجب افزایش عواطف مثبت شده است. در تبیین عدم کاهش معنادار عواطف منفی، شاید بتوان گفت با توجه به اینکه تکنیک‌های بازیابی خاطرات مخرب سلولی مانند آسانسور شیشه‌ای و تصویرسازی‌های ذهنی موجب بازبینی و برون‌ریزی عواطف منفی می‌گردند و ممکن است در ابتدای مداخله این مواجهه موجب بروز حالات عصبی و پرخاشگری واضح‌تر از قبل بشوند و مدت‌زمان بیشتری لازم است تا اصلاح، بازبینی و پذیرش خاطرات مخرب سلولی به مرور زمان انجام شود، که تا اجرای آزمون پیگیری اختلاف معناداری بین دو گروه در عواطف منفی دیده نشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خودشفابخشی می‌تواند بر عواطف مثبت و بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به ام.اس موثر باشد. بنابراین می‌توان در مراحل مختلف درمان این گروه از بیماران یا پس از آن با انجام این آموزش به بهبود مشکلات روان‌شناختی و ارتباطی بیماران مبتلا به ام.اس کمک کرد. پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزش خودشفابخشی به‌صورت کارگاه‌های آموزشی در مراکز درمانی بیماران مزمن بالاخص مراکز درمانی محل رجوع؛ مبتلا به بیماران مبتلا به ام.اس اجرا و جزء برنامه‌های اجرایی مشاوران به‌خصوص دانشگاه‌های علوم پزشکی برای کمک به حل مشکلات جسمی و روان‌شناختی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در کنار مشاوره‌های گروهی از مشاوره فردی با روش خودشفابخشی برای افزایش انگیزه بیماران و بازگشت به وضعیت طبیعی زندگی و پیشگیری از احساس درماندگی آموخته شده و افسردگی نیز بهره گرفته شود. همچنین در تحقیقات بعدی مقایسه قدرت اثربخشی این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی پیشنهاد می شود.

در نهایت نتایج این پژوهش محدود به بیماران مبتلا به ام.اس در یکی از مراکز اصفهان بوده و نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل متغیرهایی چون سطح اجتماعی- اقتصادی افراد، کیفیت زندگی که ممکن است بر روی نتایج تحقیق اثرگذار باشد از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند.

سپاسگزاری

در پایان محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه متخصص مرکز (دکتر فرشته اشتری) و تمامی پرسنل و شرکت‌کنندگان مرکز ام.اس شهید باهنر اعلام می‌کنند.

References

Abdel Salam, O.A., Ghonimi, N.A.M., Ismail, M.H. (2019). Risk of obstructive sleep apnea in multiple sclerosis: Frequency, clinical and radiological correlates. *Mult Scler Relat Disord*, 28,184-188.

Carven, R., & Hirnle, C. J. (2003). Fundamental of nursing: human health and function, 4th ed, Philadephia: *Lippincott Williams and Wilkins*.1382- 92.

Case, LK., Jackson P., Kinkel, R., Mills, P.J. (2018). Guided Imagery Improves Mood, Fatigue, and Quality of Life in Individuals With Multiple Sclerosis: An Exploratory Efficacy Trial of Healing Light Guided Imagery. J *Evid Based Integr* Med, 23: 2515690X17748744.

Davis, DE., Hook, JN., McAnnally-Linz R, Choe, E., Placeres, V. (2017). Humility, religion, and spirituality: a review of the literature. *Psychology of Religion and Spirituality*.; 9(3):242.

Dobson, R., Giovannoni, G. (2019). Multiple sclerosis, A review. *Eur J Neurol*.; 26(1):27-40.

Ganji, M. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.Tehran: Savalan Publications. (*in Persian*)

Ghazanfariyan pour S, Chalabianloo G. (2021). The Effectiveness of a short time Self-Compassion Intervention Program on Positive and Negative Affect and Life Satisfaction. *Rooyesh*; 10 (3) :121-134. (*in Persian*)

Golparvar, M., Abedini, H. (2014). The relationship between spirituality and meaning at work and the job happiness and psychological well-being: A spiritual-affective approach to the psychological well-being. International Journal of *Management and Sustainability*. 3(3): 160-175.

Gultekin, A., Kavak, F., & Ozdemir, A. (2019). The correlation between spiritual well-being and psychological resilience in patients with liver transplant, *Journal of Medicine Science*.

Foschi, M., Rizzo, G., Liguori, R., Avoni, P., Mancinelli, L., Lugaresi, A., Ferini-Strambi, L. (2019). Sleep- related Disorders and their relationship with MRI findings in Multiple Sclerosis. *Sleep Medicine*.; 56: 90-97

Khanjani, M., & Rezai, S. (2016). Effectiveness of positive psychotherapy intervention on psychological wellbeing and positive- negative affects of mothers with Autistic children.

Empowering Exceptional Children, *7*(1), 37-52. (*in Persian*)

khodaei, R., Bazzazian, S., & Jafari, A. (2016). The Effectiveness of Transactional Analysis Training on Self-concept and Positive/Negative Affect of Householders. *Journal of Woman and Family Studies*, *3*(2), 185-203. (*in Persian*) doi: 10.22051/jwfs.2016.2212

Larsen, J. T., Hershfield, H., Stastny, B. J., & Hester, N. (2017). On the relationship between positive and negative affect: *Their correlation and their co-occurrence. Emotion*.; 17(2): 323.

Latifi Z, Marvi M (2018). *Handbook of Self-Healing Codes*, Publisher: Marvi, Tehran. Iran. (*in Persian*)

Latifi Z, Shafie L, Soltanizadeh M. (2021) The effectiveness of self-healing training on job burnout, quality of life, and emotional flexibility in Isfahan's social emergency personnel. *EBNESINA*. 23 (2) :36-47. (*in Persian*)

Latifi Z, Gharaghani R, Mardani Z. (2020) The Effectiveness of Self-Healing Training on Lifestyle and Symptom Management in Women with Hypertension. *hrjbaq*. 6 (1) :66-77. (*in Persian*)

Lotfi M, Bahrampoori L, Amini M, Fatemitabar R, Birashk B, Shiasi Y. (2020). Developing the Persian Version of Positive and Negative Affect Scale for Children (Original and Short Form) and Assessing Its Psychometric Properties. *IJPCP*. 25 (4) :440-453. (*in Persian*)

Loyd A, & Johnson B. *Healing Codes Guide: unlocking the Cellular chain of life*. Translated by Mahdi Marvi & Zohreh Latifi,; Isfahan, Publication: orouj, 2014; (Original work published (2010). (*in Persian*)

Marzuki, N. A., Mustaffa, C. S., Johari, J., & Rahaman, N. H. (2016). Stress and social support as predictors of quality of life: a case among flood victims in Malaysia. WASET International *Journal Behavior Education Economy Management England*.; 9: 2910-2915.

Nemati M, Dokaneheeifard F, Behboodi M.(2020) Comparing Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Emotion-Focused Therapy (EFT) and Combining ACT & EFT in the Spiritual Well-being of Couples Referring to Counseling Centers in Sari: An Semi-experimental Study. Journal of *Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 6(1):87-99. (*in Persian*). https://doi.org/10.22037/jrrh. v6i1. 21369.

Paredes, A.C., Pereira, M.G. (2018). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of Religion and Health*.; 57(5):1606-17.

PourMohammad, P., Yousefi, Z., & Hashemi, T. (2017). The role of illness perception and type D personality in prediction quality of life in multiple sclerosis (MS) patients. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, *12*(44), 17-26.

Salehi, S, & Sajjadian, I. (2018). The relation between self-compassion whit intensity, catastrophizig, and self-efficacy of pain and affect in women with musculoskeletal pain. *Journal of anesthesiology and pain* (persian), 8(2), 72-83. (*in Persian*)

Savadi, Z., bahmani, B., & zadehmohammadi, A. (2021). Effectiveness of "unity-oriented psychology concepts instruction" on reducing depression and increasing spiritual well-being in bereaved mothers. *Counseling Culture and Psycotherapy*, *12*(46), 259-280. (*in Persian*)

Shahbazi, N., latifi, Z. (2020) Effectiveness of Training of Self-Healing (Healing codes) on Depression, Severity of Pain Perception & Pain-related anxiety in Chronic Headache Patients. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 9(35): 113-132. (*in Persian*)

Soltani, M., Latifi, Z., Moosavi, S. (2020). The efect of self-healing education on self compassion, body image concern and improvement of disease process in suffering from skin cancers. *Journal of Dermatology and Cosmetic, (4)10*, 222-234. (*in Persian*)

Stellar, J.E., John-Henderson, N., Anderson, C.L., Gordon, A.M., McNeil, G.D., et al. (2015). Positive affect and markers of inflammation: *Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. Emotion;* 15: 129-35.

Taghilo, L, Makvand Hosseini, S, & Sedaghat, M. (2017). The effect of indfulness-based cognitive therapy in reducing perceived stress in patints with MS. journal of *Nurse and Physician Within War,* 5(15), 5-10. (*in Persian*)

Tauil, C.B., Grippe, T.C., Dias, R.M., Dias-Carneiro, RPC., Carneiro, NM., Aguilar, ACR., Silva, FMD., Bezerra, F., Almeida, LK., Massarente, VL., Giovannelli, EC., Tilbery, CP., Brandao, CO., Santos, LMB., Santos-Neto, LD. (2018). Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76(5):296-30smms1

Zabet, M., Momeni, K., & Karami, J. (2015). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Positive and Negative Affect in Elderly Women. *Aging Psychology*, *1*(2), 73-80.

Zamanigharaghoosh F, Latifi Z, Sharifi Isfahani M. (2021) The Effect of self- Healing Training on Stress, Death Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *IJPN*; 9 (3) :83-95

Zarean, F., Latifi, Z. (2021). Effects of self-healing intervention on quality of life and mother-child interaction among female breadwinners. Complementary Therapies in *Clinical Practice* 43 (2021) 101334. (*in Persian*)

Zarean F, Latifi Z, Mirmahdi S. (2020) The Effectiveness of Self-Healing Training on Psychological Capital, Distress Tolerance, and Headache of Addicts' Spouses. *etiadpajohi*. 14 (55) :193-212. (*in Persian*)

Zarean. F., Sadri Damirchi E & Sheykholeslami A. (2022). Effect of Self-Healing Intervention Program on Psychological Well-Being and Marital Satisfaction of Women Victimized by Domestic Violence. *The American Journal of Family Therapy*. 2022. (*in Persian*)

Zarean, F., Sheykholeslami, A,. &. Sadri Damirchi, E. (2022). Effect of Self-healing Training on Marital Conflicts of Women Visiting Counseling Centers. *International Journal of Behavioral Sciences.* 16(2): 103-110. (*in Persian*).