Journal of Spiritual Health

2025, Volume 3, Issue 4
Pages: 497-510
10.30491/JSH.3.4.497

Development and Content Evaluation of a Therapeutic Protocol for Prolonged Grief Disorder Based on Spiritually Multidimensional Psychotherapy and Islamic Texts

Zahra Aghamir Mohammad Ali [1], Masoud Janbozorgi [2*], Hassan Mirzahosseini [1]

[1] *Department of Psychology, Qo.C., Islamic Azad University, Qom, Iran*
[2] *Department of Psychology, Hawzah and University Research Institute, Qom, Iran*

Abstract

Background and Aim: Prolonged Grief Disorder, added as a psychiatric disorder to the DSM-5-TR in 2022 and classified under trauma- and stress-related disorders, requires interventions that align with cultural and spiritual beliefs. This study aimed to develop a therapeutic protocol for PGD based on spiritually multidimensional psychotherapy and elements derived from Islamic texts.

Methods: This study was conducted using an exploratory mixed-method approach (quantitative-qualitative) in two parts. In the first part, spiritual concepts and mechanisms effective in the management and treatment of grief were extracted from Islamic scriptures. After searching for key terms and conducting thematic analysis, the components were organized into categories and final themes. In the quantitative stage, content validity was assessed through the evaluation of 12 experts in psychology and Islamic studies using CVR and CVI indices. In the second phase, a therapeutic protocol was developed based on the confirmed concepts and their alignment with spiritually multidimensional psychotherapy. For protocol validation, the Delphi method and feedback from 11 experts familiar with this therapeutic approach were utilized. The final protocol content was assessed through CVR and CVI indices.

Results: In the first phase, 72 spiritual components were extracted from Islamic texts. Following expert evaluations, 69 components with CVR values above 0.56 and CVI values above 0.79 were confirmed, grouped into 16 categories and eight themes, while three components were excluded. In the second phase, the therapeutic protocol based on these components and aligned with spiritually multidimensional psychotherapy was reviewed by 11 experts. The protocol sessions achieved CVR values above 0.59 and CVI values above 0.79, thus receiving expert validation.

Conclusion: The research findings indicated that the therapeutic protocol developed based on Islamic concepts and Spiritually Multidimensional Psychotherapy was validated in terms of content reliability and validity, suggesting its potential effectiveness as a method for treating prolonged grief disorder.

Keywords: Prolonged Grief Disorder, Therapeutic Protocol, Spiritually Multidimensional Psychotherapy, Islamic Texts, Content Validity.

*Corresponding author: **Masoud Janbozorgi,** Email: mjanbozorgi@rihu.ac.ir

Received: 3 November 2024 **Accepted:** 28 February 2025

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

مجله سلامت معنوی
دوره ۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳
صفحات: ۵۱۰-۴۹۷
10.30491/JSH.3.4.497

تدوین و ارزیابی محتوایی پروتکل درمانی اختلال سوگ طولانی‌مدت مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و متون اسلامی

زهرا آقامیرمحمدعلی[۱]، مسعود جان‌بزرگی[۲*]، حسن میرزاحسینی[۱]

[۱] گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال سوگ طولانی‌مدت، که در سال ۲۰۲۲ به‌عنوان یک اختلال روانی به DSM-5-TR افزوده شد و در دسته اختلالات مرتبط با تروما و استرس قرار دارد، نیازمند مداخلاتی است که با باورهای فرهنگی و معنوی هم‌خوانی داشته باشد. این پژوهش با هدف تدوین پروتکل درمانی برای این اختلال، مبتنی بر مؤلفه‌های معنوی استخراج‌شده از متون اسلامی و رویکرد درمان چندبعدی معنوی، انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه با رویکرد آمیخته اکتشافی (کمی-کیفی) در دو بخش انجام شد. در بخش اول، مفاهیم و سازوکارهای معنوی مؤثر بر مدیریت و درمان سوگ از آیات و روایات اسلامی استخراج گردید. پس از جستجوی واژگان کلیدی و «تحلیل مضمون»، مؤلفه‌ها در قالب مقوله‌ها و مضامین نهایی انتخاب شدند. در مرحله کمی این بخش، روایی محتوای مؤلفه‌ها با استفاده از نظرات ۱۲ متخصص روان‌شناسی و علوم حوزوی و شاخص‌های CVR و CVI ارزیابی شد. در بخش دوم، در مرحله کیفی، بر اساس مفاهیم تأییدشده و انطباق آن‌ها با درمان چندبُعدی معنوی، پروتکل درمانی تدوین شد و در مرحله کمی این بخش، برای اعتبارسنجی پروتکل، از روش «دلفی کلاسیک» و نظرات ۱۱ متخصص آشنا با این رویکرد درمانی استفاده شد و شاخص‌های CVR و CVI برای ارزیابی نهایی پروتکل به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها: در بخش اول پژوهش، ۷۲ مؤلفه معنوی از متون اسلامی استخراج شد که پس از ارزیابی ۱۲ متخصص، ۶۹ مؤلفه با مقادیر CVR بالاتر از ۰/۵۶ و CVI بالاتر از ۰/۷۹ در قالب ۱۶ مقوله و ۸ مضمون تأیید شدند و ۳ مؤلفه حذف گردیدند. در بخش دوم، پروتکل درمانی تدوین‌شده بر اساس این مؤلفه‌ها و منطبق بر درمان چندبُعدی معنوی، توسط ۱۱ متخصص ارزیابی شد. شاخص‌های CVR و CVI برای محتوای جلسات درمانی نیز در همه موارد بالاتر از ۰/۵۹ و ۰/۷۹ بودند و پروتکل نهایی به تأیید متخصصان رسید.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که پروتکل درمانی تدوین‌شده بر اساس مفاهیم اسلامی و رویکرد چندبُعدی معنوی، از نظر روایی و اعتبار محتوایی تأیید شده و می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر در درمان اختلال سوگ طولانی‌مدت به‌کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال سوگ طولانی‌مدت، پروتکل درمانی، درمان معنوی، متون اسلامی، روایی محتوایی.

*نویسنده مسئول: **مسعود جان‌بزرگی.** پست الکترونیک: mjanbozorgi@rihu.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

مقدمه

کارشناسان حوزه سوگ بر این باورند که درصد قابل‌توجهی از افرادی که با فقدان عزیزان خود مواجه می‌شوند، دچار اندوهی شدید، مداوم و ناتوان‌کننده‌ای می‌گردند که نیازمند مداخلات تخصصی است (۱). در طی سال‌ها، این اختلال که با واکنش‌های شدید اندوه همراه است، با عناوینی همچون اختلال سوگ پیچیده (Complicated Grief Disorder) (۲)، اختلال سوگ پیچیده مداوم (Persistent Complex Bereavement Disorder) (۳) و اختلال سوگ طولانی‌مدت (Prolonged Grief Disorder) معرفی شده است (۱).

در نسخه ۲۰۲۲ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR)، اختلال سوگ طولانی‌مدت به‌عنوان اختلالی جدید در گروه اختلالات مرتبط با تروما معرفی شده است (۴). معیارهای این اختلال شامل پریشانی جدایی (احساس اشتغال ذهنی به متوفی) و نشانه‌هایی مانند تمایل مداوم به متوفی، درد هیجانی شدید، دشواری در پذیرش مرگ و اجتناب از یادآوری فقدان است. این علائم باید دست‌کم ۱۲ ماه دوام داشته و عملکرد اجتماعی و شغلی فرد را مختل کند و با باورهای فرهنگی یا مذهبی او ناسازگار باشد. وابستگی عاطفی عامل اصلی این درد شناخته می‌شود و همراه با نشانه‌هایی مانند افکار مرگ و تمایل به نزدیکی به متوفی بروز می‌کند (۷-۵).

با وجود تحقیقات گسترده، علت‌شناسی دقیق سوگ طولانی مدت هنوز مشخص نیست. با این‌حال، عواملی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (زن‌بودن، سن بالاتر و وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین)، شرایط روان‌پزشکی، نوع مرگ و حمایت اجتماعی ناکافی می‌توانند در بروز این اختلال مؤثر باشند (۸). همچنین، افرادی با سابقه اختلالات خلقی، ناملایمات دوران کودکی یا تجربه تلفات ناگهانی مانند خودکشی و تصادف، بیشتر در معرض خطر قرار دارند (۱۱-۹).

روش‌های مختلفی برای مدیریت سوگ توسعه یافته و اثر بخشی آن‌ها تأیید شده است. از جمله این مداخلات می‌توان به درمان شناختی-رفتاری (۱۲)، دارودرمانی (۱۳)، درمان‌های حمایتی (۱۴)، درمان بین‌فردی (۱۵)، و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۶) اشاره کرد. همچنین، روش‌های حساسیت‌زدایی با حرکات منظم چشم (۱۷)، معنادرمانی (۱۸)، درمان‌های مواجهه‌محور (۱۹)، و روان‌درمانی یکپارچه (۲۰) نیز در درمان سوگ کاربرد دارند.

برخی پژوهشگران معتقدند روان‌درمانگری، به‌ویژه درمان‌های شناختی-رفتاری، تحت‌تأثیر فرهنگ و باورهای مراجعان است و اثربخشی آن‌ها به میزان تطابق با زمینه‌های فرهنگی بستگی دارد (۲۱). همچنین، معنویت به‌عنوان عاملی برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان مطرح شده است (۲۲،۲۳). در همین راستا، پژوهش‌هایی نیز به اهمیت معنویت در روان‌درمانی سوگ پرداخته‌اند (۳۲-۲۴).

روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی (Spiritually Multidimensional Psychotherapy)، محور درمان روان‌شناختی را بر فعال‌سازی بُعد معنوی قرار می‌دهد. این رویکرد بر اصل توحیدیافتگی روانی استوار است و مکانیسم اصلی آن، فعال‌سازی نظام تشخیص‌گر درونی (عقل طبیعی) و خودنظم‌جویی است. با هدایت این مکانیسم‌ها به سوی خدا و استفاده از فن «پنداره‌زدایی» در چهارچوب نظام ادراکی، واقع‌نگری فرد برای بازگشت به تعادل روانی و دستیابی به تعالی فراهم می‌شود (۳۳). بر همین اساس، به نظر می‌رسد روان‌درمانگری چندبُعدی معنوی برای درمان اختلال سوگ طولانی‌مدت نیز قابل‌بررسی باشد، زیرا این رویکرد با اصلاح پنداره‌های ادراکی به متغیرهای مرتبط با سوگ توجه دارد. این متغیرها شامل تصور از خدا و میزان دلبستگی به او (۲۷،۳۴)، نوع رابطه انسان با خدا، تقدیر و آزمایش الهی (۳۵)، سبک‌های دلبستگی و تأثیر آن‌ها بر روابط میان‌فردی (۲۹)، درک مفاهیم زندگی، مرگ و زندگی پس از مرگ و تنظیم هیجانات (۳۰،۳۱)، و همچنین تمرینات معنوی و رفتارهای دینی نظیر صبر و توکل (۳۶) است.

درمان‌های مبتنی بر رویکرد چندبُعدی معنوی در مطالعات مختلف برای اضطراب (۳۷)، افسردگی (۳۸،۳۹)، مدیریت استرس ناشی از کرونا (۴۰)، استرس پس از سانحه (۴۱) و وسواس- بی‌اختیاری (۴۲) اثربخش بوده‌اند. با این‌حال، برای اختلال سوگ طولانی‌مدت که به‌تازگی به راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی افزوده شده، هنوز نیازمند بررسی و تطبیق بیشتر با نشانه‌های خاص این اختلال است.

با توجه به اهمیت فرهنگ و بُعد معنوی در روند درمانی و نیاز به روش‌های بومی و هماهنگ با ارزش‌های دینی و فرهنگی، طراحی پروتکلی درمانی برای اختلال سوگ طولانی‌مدت ضروری به‌نظر می‌رسد. این پژوهش تلاش دارد تا با بهره‌گیری از مفاهیم معنوی استخراج‌شده از متون اسلامی و ترکیب آن با رویکرد درمان چندبُعدی معنوی، الگویی جامع برای مدیریت و درمان این اختلال ارائه دهد. سوال اصلی پژوهش این است که چگونه می‌توان با تکیه بر درمان چندبُعدی معنوی و آموزه‌های دینی، پروتکلی مؤثر برای درمان اختلال سوگ طولانی‌مدت طراحی کرد؟

روش

این پژوهش با هدفی کاربردی و ماهیتی توصیفی- تحلیلی، از رویکرد آمیخته اکتشافی (Exploratory Mixed Methods) در دو مرحله کیفی و کمی بهره گرفته است. بخش اول به استخراج و ارزیابی مفاهیم معنوی مؤثر در مدیریت و درمان سوگ از آیات و روایات اسلامی پرداخته است. در بخش دوم، این مفاهیم با رویکرد درمان چندبُعدی معنوی تطبیق داده شده و پروتکل درمانی تدوین شده که در نهایت توسط متخصصان اعتبارسنجی شده است.

در بخش اول پژوهش و مرحله کیفی آن، جامعه متنی شامل قرآن کریم و منابع روایی اسلامی بود. در این مرحله، داده‌ها با

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

جستجوی واژگان کلیدی در نرم‌افزارهای تخصصی مانند جامع‌التفاسیر و جامع‌الاحادیث گردآوری شدند. ابتدا ۱۰ واژه کلیدی مانند «موت»، «مصیبت»، «صبر»، «فقدان» و «حزن» و ... برای جستجو انتخاب شد و ۲۴۳ مستند دینی (آیات و روایات) استخراج گردید. سپس، ۱۵ واژه دیگر مانند «تسلی»، «رضا» و «عزاء» و ... اضافه شدند تا دامنه بررسی گسترش یابد. بااین‌حال، در فرایند پالایش، تعداد مستندات به ۱۷۸ سند دینی کاهش یافت، زیرا مستندات تکراری و مفاهیمی که ارتباط مستقیمی با موضوع نداشتند حذف شدند. در این مرحله، از اصل اشباع (Saturation) استفاده شد؛ یعنی گردآوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که هیچ مفهوم جدیدی به دست نیامد و داده‌های جدید تنها تکرار مفاهیم قبلی بودند (۴۳). در نهایت، ۶۹ مؤلفه (Component) به‌عنوان نمونه‌های نهایی انتخاب و در ۱۶ مقوله (Categories) گروه‌بندی شدند. مقوله‌ها در سطح بالاتر به ۸ مضمون (Themes) اصلی سازمان‌دهی شدند. برای تحلیل متون، کدگذاری و کشف مضامین از رویکرد تحلیل مضمون (Thematic Analysis) استفاده شد. تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶) (۴۴)، یک روش کیفی است که با شناسایی و کدگذاری مضامین معنادار در داده‌ها کمک می‌کند. این روش در ۶ مرحله، از آشنایی با داده‌ها تا نگارش گزارش، انجام می‌شود و هدف آن استخراج مفاهیم کلیدی و تفسیر عمیق داده‌ها است. برای درک بهتر، جدول ۱ روند کدگذاری داده‌ها و مراحل تحلیل را با ذکر مثال در این پژوهش نشان می‌دهد.

جدول-۱. نمونه‌ای از روند کدگذاری داده‌ها و استخراج مضامین براساس تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶)

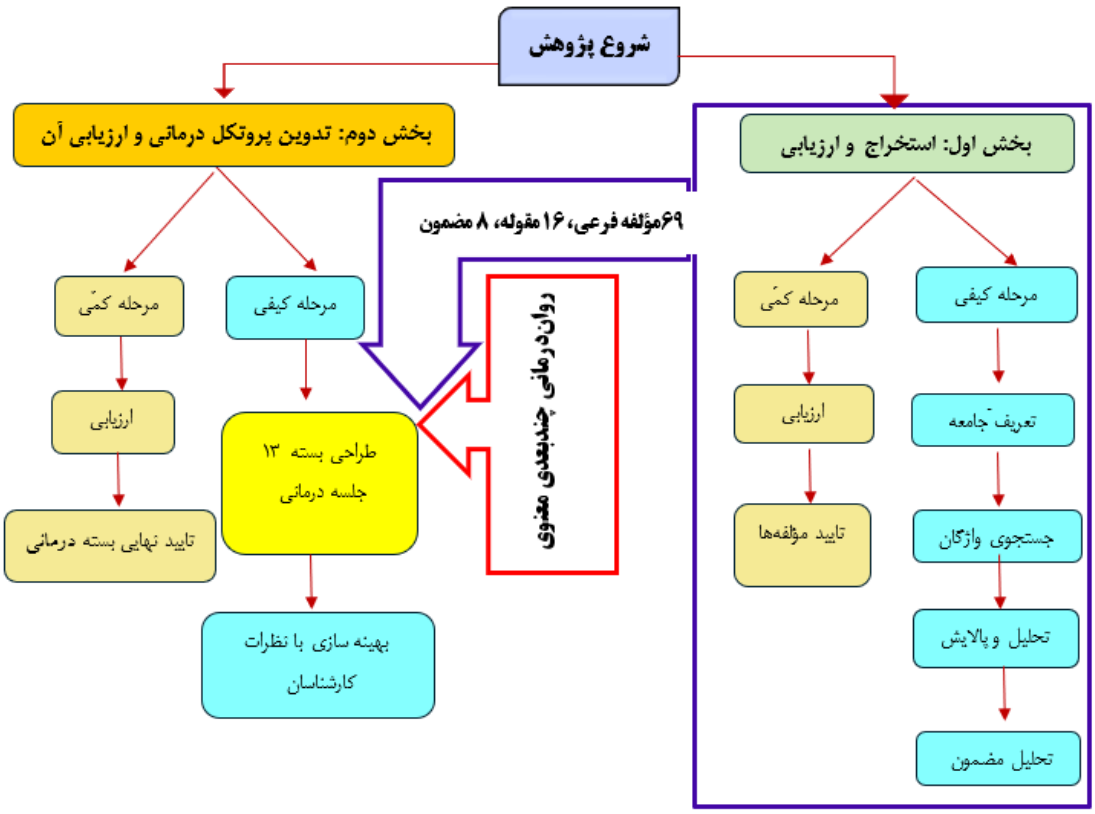
متون (مستندات دینی)	کدها (زیرطبقات)	زیرطبقه‌ها (طبقات)	طبقه‌ها (مضمون)
۱) کسی که به خدا پناه برد، خداوند او را از هر مشکلی کفایت خواهد کرد (نهج البلاغه، حکمت ۴۹).	۱) خدا بهترین پناهگاه و حمایت‌گر ۲) یاد خدا آرام بخش دل‌ها است	اکتساب خداتکایی	استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه
۲) «أَلا بِذِكرِ اللَّهِ تَطمَئِنُّ القُلُوبُ» (رعد/۲۴).	۳) خدا سکینه است		
۳) «هُوَ الَّذِی أَنزَلَ السَّكِينَةَ فِی قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ» (فتح/۴).	۴) خدا برای بندگانش کافی است		
۴) «أَلَيْسَ اللَّهُ بِكَافٍ عَبْدَهُ ...» (زمر/۳۶)			

در مرحله کمّی بخش اول پژوهش، ارزیابی نظرات کارشناسان برای اعتبارسنجی و کمّی‌سازی داده‌ها انجام شد. دو شاخص اصلی، یعنی شاخص روایی محتوا (CVI: Content Validity Index) و نسبت روایی محتوا (CVR: Content Validity Ratio) (۴۵)، در نظر گرفته شدند. جامعه آماری شامل متخصصان روان‌شناسی و علوم حوزوی با تحصیلات عالی بود و ارزیابی توسط ۱۲ متخصص از طریق نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful Sampling) انجام شد. در CVI، معیارهایی مانند «کاملاً مرتبط»، «مرتبط اما نیازمند بازبینی»، «نیاز به بازبینی دارد» و «غیرمرتبط» بررسی شدند و حداقل نمره ۰/۷۹ مطابق روش Waltz و Bausell (۱۹۸۱) تعیین شد. در CVR، ضرورت و مفید بودن با مقیاس‌های «ضروری است»، «مفید ولی غیرضروری» و «ضروری نیست» و حداقل مقدار ۰/۵۶ طبق جدول Lawshe (۱۹۷۵) بررسی شدند (۴۶). در صورتی که این نمره‌ها تأمین نمی‌شدند، مفهوم مربوطه حذف می‌گردید. در نهایت، از ۷۲ مؤلفه اولیه و پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی متخصصان، ۶۹ مؤلفه فرعی تأیید و در ۱۶ مقوله و ۸ مضمون سازمان‌دهی شدند.

در بخش دوم این پژوهش، در گام اول، با استفاده از داده‌های بخش اول (سازوکارهای معنوی مدیریت سوگ بر اساس آیات و روایات اسلامی) و با در نظرگرفتن ساختار درمان چندبُعدی معنوی، پیش‌نویس بسته درمانی ۱۳ جلسه‌ای طراحی گردید. این بسته شامل اهداف عملیاتی، فنون و کاربرگ‌های درمانی اختصاصی برای درمان اختلال سوگ طولانی‌مدت بود. در نهایت، ساختار جلسات و تکنیک‌های درمانی پس از چندین بار بازبینی و تصحیح توسط اساتید متخصص، بهینه شد. همچنین، در تدوین این بسته، استانداردهای رایج و فرآیندهایی مانند تعریف هدف، طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، و رعایت اصول اخلاقی پژوهش مدنظر قرار گرفت (۴۷). در گام دوم، پس از تدوین اولیه بسته درمانی، به‌منظور ارزیابی روایی محتوای آن، از روش دلفی کلاسیک (Classic Delphi) استفاده شد. در این روش، از نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب متخصصان بهره گرفته شد پرسشنامه‌ای بر اساس پروتکل درمانی تهیه و به اساتید روانشناسی با تحصیلات تکمیلی در شهر قم، که حداقل ۵ سال سابقه کار در زمینه روان‌درمانی و آشنایی با درمان چندبعدی معنوی داشتند، ارائه گردید. از این میان، ۱۱ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس، نظرات آن‌ها در خصوص تناسب اهداف، راهبردها، فنون و قابلیت اجرای هر جلسه گردآوری شد. برای تحلیل روایی محتوای بسته درمانی، از CVI و CVR استفاده شد. در CVI، معیارها شامل «کاملاً مرتبط»، «مرتبط اما نیاز به بازبینی»، «نیاز به بازبینی دارد» و «غیر مرتبط» بود و حداقل نمره قابل قبول ۰/۷۹ طبق روش Waltz و Bausell (۱۹۸۱) در نظر گرفته شد. در CVR نیز مقیاس‌های «ضروری است»، «مفید ولی غیرضروری»، و «ضروری نیست» به‌کار رفت و حداقل مقدار ۰/۵۹ بر اساس جدول Lawshe (۱۹۷۵) تعیین گردید؛ در صورتی که مقادیر پایین‌تر از حد تعیین شده به دست می‌آمد، گویه‌های مربوطه از بسته درمانی حذف می‌شدند. در نهایت، تغییرات لازم برای اصلاح بسته درمانی اعمال

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]



شکل-۱. مراحل گام‌به‌گام پژوهش، از استخراج سازوکارهای معنوی مؤثر بر مدیریت سوگ تا تدوین بسته درمانی

گردید و نسخه نهایی تدوین شد. مراحل گام‌به‌گام پژوهش، از استخراج سازوکارهای معنوی سوگ تا تدوین و ارزیابی نهایی بسته درمانی، به‌صورت خلاصه در شکل ۱ نمایش داده شده است.

نتایج

یافته‌های این پژوهش در دو بخش ارائه شده‌اند:

بخش اول: به استخراج سازوکارهای معنوی مؤثر بر درمان سوگ از آیات و روایات اسلامی اختصاص دارد. در این بخش، مفاهیم معنوی با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون شناسایی و در قالب مقوله‌ها، مؤلفه‌ها و مضامین اصلی سازمان‌دهی شدند. برای ارزیابی روایی محتوایی این مفاهیم، از نظرات ۱۲ متخصص استفاده شده و از شاخص‌های CVR و CVI برای ارزیابی دقیق‌تر بهره گرفته شد (جدول ۲).

جدول-۲. نتایج ارزیابی روایی محتوایی سازوکارهای معنوی درمان سوگ

مضمون	مقوله	مؤلفه	ارتباط و مطابقت CVI قابل قبول > ۰/۷۹ n = 12	ضرورت و مفید بودن CVR قابل قبول > ۰/۵۶ n = 12
بازخورد توحیدی	استحکام باورهای یقینی به خدا	اعتقاد به استرجاع و بازگشت به‌سوی خدا	۱	۱
		خدا مالک حقیقی است	۱	۰/۶۶
		اعتقاد داشتن به ربوبیت و حاکمیت الهی	۱	۰/۸۳
		اعتقاد به قضا و قدر الهی	۱	۰/۸۳
		اعتقاد به اذن الهی	۱	۰/۸۳
		اعتقاد به نظارت و حضور خدا در تمام امور	۰/۹۱	۰/۸۳
		اعتقاد به حکمت الهی	۱	۰/۶۶
استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه	اکتساب خداتکایی	خدا بهترین پناهگاه و حمایت‌گر	۰/۸۳	۰/۶۶
		یاد خدا آرام‌بخش دل‌ها است	۰/۸۳	۰/۸۳
		خدا سکینه است	۱	۰/۸۳
		خدا برای بندگانش کافی است	۱	۱
	اکتساب خدایاوری	با هر سختی آسانی است	۰/۸۳	۰/۶۶
		خدا یاری دهنده صابران است	۱	۰/۸۳
		گشایش الهی پس از تحمل سختی‌های شدید	۱	۰/۶۶

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

	اکتساب خداآسنادی	سختی‌ها به عنوان آزمون الهی	۰/۸۳	۰/۶۶
		هیچ مصیبتی بدون اذن خدا رخ نمی‌دهد	۱	۱
		مصیبت‌ها برای تطهیر از گناهان	۰/۸۳	۰/۳۳*
پذیرش خداسو	معنادهی مجدد به پذیرش	تسلیم در برابر خواست و اراده الهی	۱	۰/۶۶
		تسلیم در برابر مهر و رضای الهی	۱	۱
		در سختی‌ها، رشته همه امور به دست اوست	۰/۸۳	۰/۶۶
		وعده الهی قطعی است	۰/۹۱	۰/۵۰*
		همراهی خدا با صابرین	۱	۰/۶۶
		افزایش رنج در مصائب با بی‌تابی	۱	۰/۸۳
		رنج و مصیبت، یکی از آزمایشات الهی	۰/۸۳	۰/۶۶
		محبت خدا در سختی‌ها	۱	۰/۶۶
تنظیم رابطه با دنیا	پنداره‌زدایی و معنادهی مجدد از دنیا	دنیا آمیخته با رنج و مشقت	۱	۱
		ناپایداری سختی‌های دنیا	۰/۸۳	۰/۸۳
		زودگذر بودن دنیا	۱	۱
		دنیا مزرعه آخرت است	۱	۱
		دنیا به‌عنوان محل فریب	۰/۸۳	۰/۳۳*
		آسانی مصایب، با رهایی از تعلقات دنیوی	۰/۹۱	۰/۸۳
تنظیم رابطه با مرگ و آخرت	پنداره‌زدائی و معنادهی مجدد به مرگ	مرگ نابودی نیست	۱	۱
		مرگ پدیده و رخدادی طبیعی	۱	۰/۸۳
		مرگ تقدم و تأخر ندارد	۰/۸۳	۰/۶۶
		غفلت از مرگ با وجود مشاهده دایمی آن	۱	۱
		مرگ هدیه‌ای برای مؤمن	۰/۸۳	۰/۶۶
		مرگ راحتی از بلا و سختی	۰/۸۳	۰/۶۶
		مرگ وعده الهی	۱	۱
		مرگ بازگشت به‌سوی خدا	۱	۱
	پنداره زدائی و معنادهی مجدد به آخرت	آخرت و ملاقات با خدا	۱	۰/۶۶
		آخرت سرای ماندگار	۰/۸۳	۰/۶۶
		آخرت بهشت مومن	۰/۹۱	۰/۶۶
		آخرت محل برداشت	۰/۸۳	۰/۸۳
		آخرت سرای نیکو برای صابرین	۰/۹۱	۰/۶۶
تنظیم هیجان	تغیر جهت‌گیری از دنیا به آخرت	دنیا، متاعی فانی و زودگذر	۱	۰/۸۳
		وابستگی به دنیا، سرآغاز اندوهی بی‌پایان	۱	۰/۸۳
		آسانی مصایب با بی‌رغبتی به دنیا	۱	۰/۶۶
		دنیا محلی برای عبور مسافران	۰/۹۱	۰/۶۶
		هشیاری بر پاداش صبر بر مصیبت در آخرت	۰/۹۱	۰/۸۳
	نگرش توحیدی به وقایع	اسناد خوشی‌ها و ناخوشی‌ها به خدا	۱	۰/۶۶
		خیر و برکت الهی در پسِ شادی‌ها و مصایب	۰/۸۳	۰/۶۶
		توکل در سختی‌ها و مصایب	۱	۰/۸۳
		دستیابی به آرامش با سرمایه‌گذاری عاطفی بر خداوند	۱	۰/۸۳
تنظیم سوگ و سوگواری	معنادهی معنوی به فقدان و سوگ	آزمایش الهی	۰/۸۳	۰/۸۳
		سنت الهی	۱	۰/۶۶
		محبت و توجه الهی	۱	۰/۶۶
		پاکسازی گناهان	۱	۱
		انتخاب الهی برای ارتقا	۱	۰/۶۶
	رشد وسرمایه معنوی	کسب پاداش الهی برای صبر	۰/۸۳	۰/۶۶
		دریافت رحمت و رضایت الهی	۰/۸۳	۰/۶۶
		کسب درجه بالاتر نزد خدا	۰/۸۳	۰/۶۶
		گریستن امری طبیعی است	۱	۰/۸۳
	سرمشق‌گیری معنوی	غم و اندوه طبیعی است	۱	۰/۸۳
		یاد خدا در سوگواری	۱	۰/۸۳
		نهی از شیون و نوحه‌سرایی بی‌رویه	۱	۰/۸۳
		هشیاری به مرگ خویش	۱	۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

هشیاری نسبت به دنیا و فرصت‌ها	هشیاری به نعمت حیات و فرصت اصلاح	۱	۱
	اصلاح روابط و حل کدورت‌ها	۰/۸۳	۰/۶۶
هشیاری نسبت به آخرت و مسئولیت‌ها	هشیاری به مسئولیت‌ها و اعمال	۱	۰/۸۳
	زندگی حقیقی، آخرت است	۱	۰/۸۳
	یاد مرگ و آخرت	۱	۱

همان‌طور که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، مقادیر CVR و CVI برای اکثر مؤلفه‌ها بالاتر از حد استاندارد قابل قبول (۰/۵۶ برای CVR و ۰/۷۹ برای CVI) است، که نشان‌دهنده توافق بالای متخصصان در تأیید اعتبار و مرتبط بودن محتوای این مؤلفه‌ها می‌باشد، با این وجود، سه مؤلفه از مجموع مؤلفه‌های بررسی‌شده موفق به کسب حداقل امتیاز قابل‌قبول نشدند و حذف گردیدند.

بخش دوم: به تدوین و ارزیابی پروتکل درمانی مبتنی بر محتوای استخراج‌شده از منابع اسلامی در مرحله اول پژوهش و براساس ساختار درمان چندبُعدی معنوی می‌پردازد. ساختار جلسات درمانی تنظیم و ارزیابی نهایی آن انجام شده است. برای اعتبارسنجی این پروتکل، از نظرات ۱۱ متخصص استفاده شده است. نتایج در دو جدول ارائه می‌شود: جدول ۳ ساختار جلسات درمانی را نشان می‌دهد و جدول ۴ به ارزیابی کلی پروتکل بر اساس نظرات متخصصان اختصاص دارد.

جدول-۳. خلاصه ساختار جلسات درمان سوگ طولانی‌مدت بر اساس مدل درمان چندبُعدی معنوی و مفاهیم اسلامی

جلسه	موضوع	هدف	محتوا و فنون وکاربرگ
پیش درمان	آمادگی مراجع و ایجاد اتحاد درمانی	آماده‌سازی برای درمان تعیین معنادهی معنوی مراجع نسبت به فقدان پیش از مداخله معنوی	• خوش‌آمدگویی و معرفی درمانگر • استفاده از فنون برای تقویت رابطه درمانی • بیان داستان سوگ مراجع • تعیین و ثبت معنادهی معنوی مراجع در کاربرگ سوگ • بستن قرارداد درمانی
اول	آشنایی مراجع با درمان و تعیین جهت‌گیری و اهداف درمان	آشنایی با درمان چندبعدی معنوی و پیش‌فرض‌های آن تعیین هدف مراجع برای درمان (تعادل یا تعالی)	• بیان تفاوت درمان چندبعدی معنوی با سایر درمان‌ها با استفاده از شکل و اسلاید • فرمول‌بندی سوگ و ثبت در کاربرگ • آموزش فن هدف‌گذاری (SMART) همراه با کاربرگ
دوم	فعال‌سازی نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (عقل)	فعال‌سازی خودیاری در فرآیند درمان سوگ	• بررسی کاربرگ‌های جلسه قبل • اجرای فن جزیره برای هشیاری نسبت به نظام تشخیص‌گر درونی با کاربرگ تجربه زندگی در جزیره • طرح سؤال و چالش برای درک تأثیر فاصله‌گیری از آموزه‌ها و عدم هشیاری بر طولانی شدن سوگ
سوم	اعتماد به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی، شناسایی موانع و تقویت آن	اکتشاف تشخیص‌گری، تقویت خودنظمی و مهار عاطفی در فرآیند سوگ	• بررسی کاربرگ تجربه زندگی در جزیره • بیان موانع نظام تشخیص‌گر همراه با کاربرگ • عقلانی‌سازی فرآیند عقل با تمرکز بر تمرین واقعیت و خطاهای ذهنی (محوریت سوگ) • تکمیل کاربرگ شناسایی خطاهای شناختی مرتبط با سوگ
چهارم	اکتشاف خداپنداره‌ها	کشف تأثیر خداپنداره‌ها بر رنج فقدان و سوگ	• چالش اثبات یا انکار خدا • تمرین گفتگو با خدا برای کسب بینش نسبت به ادراک از خدا و آمادگی برای اصلاح باورها • کشف و تحلیل خداپنداره‌ها با پرسش و پاسخ اکتشافی (همراه با تکمیل کاربرگ) • درک ارتباط خداپنداره‌ها با طولانی شدن سوگ (همراه با تکمیل کاربرگ)
پنجم	پنداره‌زدایی از مبدأ ادراک شده و اکتشاف خداپنداشت با استفاده از منابع وحیانی و پیامدهای آن (با محوریت سوگ)	تغییر معنای سوگ با خداپنداشت	• زدودن پنداره‌های ذهنی از مفهوم خدای واقعی با استفاده از آیه «سبحان الله عما یصفون» (صافات/۱۵۹) • چالش برای یافتن بهترین راه رسیدن به خداپنداشت • هشیاری به خداپنداشت و پذیرش آن با استعاره «اتاق تاریک» و مفهوم نور در آیه «الله نور السموات و الأرض ...» (نور/۳۵) • پنداره‌زدایی با مفهوم نور و تأثیر آن بر معنادهی به فقدان و سوگ

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

ششم	کشف رابطه خود با خدای واقعی (احساس یگانگی با مفهوم خلق ویژه و حمایت معنوی خدای واقعی از طریق ربوبیت)	تغییر معنای سوگ با آگاهی از مخلوق ویژه بودن و قرار گرفتن تحت حمایت معنوی خدای واقعی	• اجرای فن هشیاری نسبت به «خلق ویژه» با استفاده از آیات ۵۷ تا ۵۹ سوره واقعه • چالش برای درک مخلوق ویژه بودن و تأثیر آن بر سوگ طولانی با تکمیل کاربرگ • استفاده از تفسیر آیه ۱۷۲ سوره اعراف برای شهادت عقلی به ربوبیت الهی • چالش برای درک ربوبیت الهی و تأثیر آن بر سوگ طولانی‌مدت • معرفی ربوبیت‌های اعتباری و نقش آن در معنادهی به سوگ
هفتم	خداپنداشت و بازسازی شناختی باورهای ناکارآمد سوگ ناشی از خداپنداره‌ها	بازسازی معنای فقدان و سوگ با کشف باورهای ناکارآمد خداپنداره‌ها	• کمک درمانگر برای شناسایی و مدیریت افکار و باورهای ناکارآمد ناشی از خداپنداره‌ها و درک تأثیر آن‌ها بر طولانی شدن سوگ با استفاده از کاربرگ
هشتم	خداتکایی به‌جای دیگراتکایی، کشف نوع سرمایه‌گذاری عاطفی بر متوفی و مراقبت از سوی عقب در چارچوب چهارسوی معنوی	اصلاح تکیه‌گاه و اثر آن بر معنای فقدان و سوگ	• توضیح اجمالی درمانگر درباره چهارسوی معنوی با تأکید بر سوی عقب و پیامدهای آن در زمینه سوگ • معرفی تکیه‌گاه‌های لرزان و پایدار با استفاده از آیات و روایات و تکمیل کاربرگ • استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه پایدار با استفاده از آیات و روایات
نهم	مفهوم‌پردازی هیجانی خداسو و تنظیم هیجانی	اسناد دادن فقدان و سوگ به خدای واقعی و اصلاح سرمایه‌گذاری‌های عاطفی	• بررسی کاربرگ‌های جلسه قبل • اجرای فن تنظیم هیجانی با استناد به آیات ۲۲ و ۲۳ سوره حدید • بیان معیارهای سرمایه‌گذاری عاطفی بر اساس آیات ۷۶ و ۷۷ سوره انعام برای جهت‌دهی خداسو به عواطف و درک تأثیر آن بر گذر از سوگ
دهم	پندارهزدایی و بازتعریف معنوی از دنیا	راهی به سوی صبر خداسو و تسهیل فرآیند گذر از سوگ	• تلاش درمانگر برای کمک به مراجع در کسب بینش نسبت به دنیا و پندارهای آن با تکمیل کاربرگ • آشنا کردن مراجع با خطاهای شناختی مرتبط با دنیا و تأثیر آن بر طولانی شدن سوگ با تکمیل کاربرگ • تلاش درمانگر برای پندارهزدایی از مفهوم دنیا و بازتعریف آن و تأثیر دنیاپنداشت بر حل مسئله سوگ با استفاده از آیات و روایات • بیان رابطه دنیاپنداشت با صبر خداسو و سرمایه‌های ماندگار از دنیا
یازدهم	پنداره زدایی از مفهوم مرگ و آخرت و مفهوم‌پردازی معنوی آن	نقش پندارهای مربوط به مرگ و آخرت و تأثیر آن بر معنابخشی به رنج و طولانی شدن سوگ	• کمک به مراجع در کشف پندارهای مرتبط با مرگ و آخرت با تکمیل کاربرگ • پندارهزدایی از مفهوم مرگ و آخرت با تمرکز بر حل مسئله سوگ با استفاده از مستندات دینی • پندارهزدایی از مفهوم مرگ با تأکید بر حل مسئله سوگ با استفاده از مستندات دینی • پندارهزدایی از مفهوم آخرت با تمرکز بر حل مسئله سوگ با مفهوم «روز ملاقات» (انشقاق/۶) • بررسی معنادهی به سوگ پس از پندارهزدایی از مرگ و آخرت توسط مراجع با تکمیل کاربرگ و کمک درمانگر
دوازدهم	معنادهی معنوی به فقدان و سوگ و سازگاری مجدد با شرایط فعلی زندگی	با هدف سازگاری مجدد با شرایط فقدان	• توضیح ویژگی‌های معنوی عمل معنادار، از جمله سوگواری • کمک به مراجع برای تصمیم‌گیری در بازسازی زندگی پس از فقدان با استفاده از عقل خداسو و الگوگیری از پیامبران و ائمه
سیزدهم	مرور و پیشگیری از عود	مقایسه تغییرات در معنادهی به سوگ، میزان دستیابی به اهداف و پیشگیری از عود	• مرور و جمع‌بندی محتوای جلسات • بررسی مجدد معنادهی معنوی به سوگ توسط مراجع با کمک درمانگر و مقایسه آن با جلسه اول از طریق ارزیابی کاربرگ • توضیح فن استغفار و فن خدایادسپاری برای مراجع برای پیشگیری از عود
پیگیری (۲ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه بعد از درمان)	بررسی شاخص‌های درمان	ارزیابی پایداری درمان توسط درمانگر تثبیت و تقویت نتایج مثبت	• شناسایی و رسیدگی به مشکلات جدید • افزایش اعتماد به نفس مراجع در مسیری که برای درمان طی کرده است. • کمک به تطبیق مراجع با تغییرات زندگی

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

جدول-۴. گزارش CVR و CVI پرسشنامه ارزیابی جلسات پروتکل درمانی سوگ طولانی مدت مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی

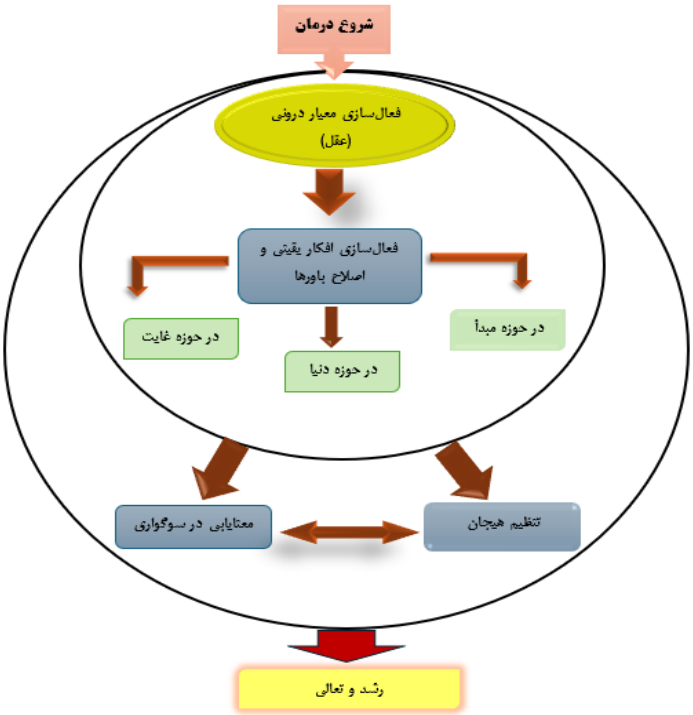
جلسه	محتوا و فنون و کاربرگ	ارتباط و مطابقت CVI > ۰/۷۹ قابل قبول n = 11	ضرورت و مفید بودن CVR > ۰/۵۹ قابل قبول n = 11
پیش	به‌کارگیری فنون برای ایجاد و تقویت رابطه درمانی	۱	۱
درمان	بیان داستان سوگ توسط مراجع	۱	۰/۸۲
	تعیین نوع معنادهی معنوی مراجع	۱	۱
	جلب رضایت و بستن قرارداد درمانی	۱	۱
اول	بیان تفاوت درمان چندبُعدی معنوی با دیگر درمان‌ها با ترسیم شکل و اسلاید	۱	۰/۸۲
	فرمول‌بندی سوگ طولانی‌مدت در مدل درمان چندبُعدی معنوی با ترسیم الگوی چرخه مشکل مراجع	۱	۱
	هدف‌گذاری برای درمان (تعادل یا تعالی‌خواهی) با استفاده از فن اسمارت‌تینگ	۱	۰/۸۲
دوم	بینش‌یابی مراجع نسبت به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی و تلاش برای فعال‌سازی آن با اجرای فن جزیره و استفاده از کاربرگ	۱	۱
	درک تأثیر فاصله‌گیری از آموزه‌ها و عدم هشیاری نسبت به نظام تشخیص‌گر درونی بر طولانی شدن سوگ	۱	۰/۶۴
سوم	بررسی گزارش تمرین فن جزیره برای ایجاد اعتماد بیشتر به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی	۱	۰/۶۴
	شناسایی موانع کنش عقل	۱	۱
	تقویت عقل	۱	۱
	عقلانی‌سازی فرایند عقل (نجات عقل) با محوریت سوگ	۱	۱
چهارم	چالش اثبات یا انکار خدا	۰/۹۱	۰/۶۴
	بینش به نوع ادراک از خدا با تمرین گفتگو با خدا به منظور آمادگی برای اصلاح باورهای مربوط به خدا	۱	۰/۸۲
	کشف و تحلیل خداپنداره‌ها با فن پرسش و پاسخ اکتشافی	۱	۱
	درک نسبی ارتباط بین خداپنداره‌ها و طولانی شدن سوگ	۰/۹۱	۰/۶۴
پنجم	زدودن پنداره‌های ذهنی از مفهوم خدای واقعی با استعانت از آیه «سبحان الله عما یصفون»	۱	۱
	چالش بهترین راه برای رسیدن به خداپنداشت	۱	۰/۸۲
	هشیاری به خداپنداشت و پذیرش آن	۰/۹۱	۰/۶۴
	پندارەزدایی با مفهوم نور و اثر آن بر معنادهی به فقدان و سوگ	۱	۱
ششم	فن «هشیاری نسبت به خلق ویژه»	۱	۱
	درک مخلوق ویژه خدا بودن و اثر آن بر سوگ طولانی مدت	۱	۰/۸۲
	شهادت عقلی به ربوبیت الهی	۰/۹۱	۰/۶۴
	درک ربوبیت الهی و تأثیر آن بر سوگ طولانی‌مدت	۱	۰/۸۲
	آشنایی با ربوبیت‌های اعتباری و نقش آن در معنادهی به سوگ	۱	۰/۸۲
هفتم	شناخت و مدیریت افکار و باورهای ناکارآمد ناشی از خداپنداره‌ها در سوگ طولانی مدت	۰/۸۲	۰/۶۴
هشتم	آگاهی به چهار سوی‌معنوی: بینش نسبت به تکیه‌گاه‌های لرزان به عنوان موضوع سرمایه‌گذاری عاطفی	۱	۰/۸۲
	تکیه‌گاه پایدار و لرزان: از سوگ تا آرامش معنوی	۰/۹۱	۰/۶۴
	استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه و اثر آن بر سوگ طولانی‌مدت	۱	۰/۸۲
نهم	تنظیم هیجانات: نسبت دادن رویدادها به خود، دیگران یا خدا (فن تنظیم هیجانی)	۱	۰/۸۲
	معیارهای سرمایه‌گذاری عاطفی و جهت‌دهی خداسو به عواطف براساس آیات قرآن	۱	۰/۸۲
	جهت‌دهی خداسو به عواطف و تأثیر آن بر سوگ طولانی‌مدت	۱	۰/۸۲
دهم	بینش‌یابی به دنیا و پندارهای آن	۱	۱
	آشنایی با خطاهای شناختی مرتبط با دنیا و تاثیر آن بر طولانی شدن فرآیند سوگ	۱	۰/۸۲
	پندارەزدایی از مفهوم دنیا با محوریت سوگ	۱	۱
	دنیاپنداشت و اثر آن بر حل مسئله سوگ	۱	۱
	تهیه لیستی از باورهای یقینی در مورد دنیا برای مقابله با تجارب ناخوشایند از جمله سوگ	۰/۹۱	۰/۶۴
	دنیاپنداشت، رنج‌های فقدان عزیزان و سرمایه ماندگار	۱	۰/۸۲
	دنیاپنداشت و صبر خداسو	۱	۰/۸۲
یازدهم	بینش‌یابی نسبت به مرگ و آخرت و پندارهای مرتبط با آن	۱	۱
	پندارەزدایی از مفهوم مرگ با تأکید بر حل مسئله سوگ با استفاده از مستندات دینی	۱	۱
	پندارەزدایی از مفهوم آخرت با تأکید بر مفهوم «روز ملاقات» با محوریت سوگ	۱	۰/۸۲
	بررسی معنادهی به سوگ پس از پندارەزدایی از مرگ و آخرت	۱	۰/۸۲
دوازدهم	معنادهی معنوی به عمل و سوگواری	۱	۰/۸۲
	برنامه‌ریزی برای سازگاری مجدد با زندگی	۱	۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

سیزدهم	مرور و جمع‌بندی محتوای جلسات	۱	۱
	بررسی مجدد معنادهی معنوی به سوگ	۱	۰/۸۲
	بررسی اهداف اسمارت شده	۱	۰/۸۲
	پیشگیری از عود با فن استغفار و فن خدایادسپاری	۱	۰/۸۲
پیگیری	وارسی شاخص‌های درمان‌شدگی	۱	۱
	بررسی چالش‌های جدید و برنامه‌ریزی جلسات فردی برای حل آن‌ها با بهره‌گیری از فنون معنوی	۱	۱

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، ساختار جلسات درمانی با بهره‌گیری از درمان چندبُعدی معنوی و مفاهیم اسلامی مرتبط با سوگ طراحی شده است. جدول ۳ نیز مقادیر CVR و CVI این پروتکل را بر اساس نظرات متخصصان نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقادیر CVR و CVI تمامی مؤلفه‌های پروتکل درمانی بالاتر از حد استاندارد و قابل‌قبول (حداقل ۰/۵۶ برای CVR و ۰/۷۹ برای CVI) بوده و همگی موفق به کسب تأیید ۱۱ متخصص شده‌اند. این نتایج نشان‌دهنده روایی محتوای مناسب و ساختار قابل‌قبول جلسات درمانی از نظر متخصصان است. محورهای اصلی مدل درمانی به‌طور خلاصه در شکل ۲ به تصویر کشیده شده است.



شکل-۲. نمای کلی مدل درمانی اختلال سوگ طولانی‌مدت، مبتنی بر درمان چندبُعدی معنوی و متون اسلامی

بحث

هدف این پژوهش، تدوین و ارزیابی روایی محتوایی پروتکل درمانی برای سوگ طولانی‌مدت، بر پایه درمان چندبُعدی معنوی و متون اسلامی بود. در این راستا، سازوکارهای معنوی مؤثر بر مدیریت و درمان سوگ، از جمله «بازخورد توحیدی»، «استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه»، «پذیرش خداسو»، «تنظیم رابطه با دنیا»، «تنظیم رابطه با مرگ و آخرت»، «تنظیم هیجان»، « تنظیم سوگ و سوگواری» و «هشیاری‌افزایی» از آیات و روایات اسلامی استخراج و توسط متخصصان ارزیابی شدند. بر اساس این سازوکارها، پروتکل درمانی با رویکرد چندبُعدی معنوی تدوین و از نظر روایی و اعتبار ساختاری تأیید گردید.

یافته‌های این پژوهش در تأیید روایی پروتکل معنوی طراحی شده، با مطالعاتی که اثربخشی رویکردهای معنوی در درمان سوگ را نشان داده‌اند، همخوانی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که باورهای معنوی در درمان با تقویت پذیرش، معنابخشی به فقدان و تنظیم هیجانات، اثربخشی را افزایش می‌دهند (۲۵،۴۸). مطالعه‌ای در مجله روان‌شناسی زیست‌پزشکی (BMC Psychology) (۲۰۲۳) (۴۹) نیز نشان داده است که تلفیق آموزه‌های معنوی در درمان، به کاهش اضطراب و بهبود وضعیت روانی افراد مبتلا به سوگ طولانی‌مدت کمک می‌کند.

برای تبیین مکانیسم عمل پروتکل و درک بهتر ساختار آن، می‌توان گفت که جلسات اولیه بر فعال‌سازی عقل متمرکز هستند. بر اساس رویکرد درمانگری چندبُعدی معنوی، عقل به‌عنوان نظام تشخیص‌گر درونی، تنها سازه روان‌شناختی است که می‌تواند بُعد

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

معنوی را فعال کرده و پایداری آن را تضمین کند (۳۳). هدف از این جلسات اولیه، تقویت حس استقلال، افزایش مسئولیت‌پذیری مراجع و هدایت فرایند درمان به سمت رویکرد خداسو است.

پس از تکمیل این مرحله، جلسات بعدی بر درمان سوگ طولانی‌مدت متمرکز می‌شوند و به سه بخش تقسیم می‌گردند: فعال‌سازی افکار یقینی و اصلاح باورها، تنظیم هیجانات، و معنایابی سوگ برای دستیابی به تعالی معنوی. در بخش اول، ارتباط معنوی با خدا، معاد و دنیا، باورها و نگرش‌های فرد را اصلاح کرده و او را به‌سوی پذیرش و آرامش هدایت می‌کند. در بخش دوم، تنظیم هیجانات منفی تعادل روانی ایجاد می‌کند و در بخش سوم، زمینه برای رشد معنوی و دستیابی به آرامش درونی فراهم می‌شود. در ادامه، هر یک از این بخش‌ها به‌صورت جداگانه بررسی خواهند شد.

فعال‌سازی افکار یقینی و اصلاح باورهای مرتبط با آن

فعال‌سازی معنوی در این بخش در سه حوزه‌ی ادراک خدا (مبدأ)، دنیا و غایت برای اصلاح باورها و نگرش‌ها انجام می‌شود. مبدأ ادراک‌شده از محورهای کلیدی در درمان چندبُعدی معنوی است که بر باورهای یقینی و اصلاح باورها و رفتارهای معنوی مرتبط تأکید دارد. از میان هشت سازوکار معنوی برای مدیریت سوگ، «بازخورد توحیدی»، «استحکام‌بخشی به تکیه‌گاه» و «پذیرش خداسو» با مبدأ ادراک‌شده پیوند دارند. بازخورد توحیدی مبتنی بر باور به خدای واحد به‌عنوان خالق و مالک امور است؛ اعتقاد به وجود یقینی خدا، بدون درآمیختن با توصیفات محدود و مادی‌گرایانه، می‌تواند به تقویت نظام روان‌شناختی و اعتقادی فرد کمک کند (۳۷). بر اساس آیات و روایات، این باور، همراه با درک عمیق‌تر از بازگشت به سوی خدا (بقره/۱۵۶)، مالکیت حقیقی او (حدید/۲)، و حکمت الهی (بقره/۲۱۶) می‌تواند به پذیرش بهتر فقدان و کاهش احساس تنهایی منجر شود. این یافته‌ها با پژوهش‌های دیگر که به نقش خدا و مبدأ در کاهش شدت سوگ و بهبود سلامت روان اشاره دارند، همسو است و نشان‌دهنده هم‌گرایی نظری این بخش از پروتکل با پیشینه موجود است (۲۷،۳۲،۳۵،۵۰،۵۱).

دنیا و تنظیم رابطه با آن از مفاهیم کلیدی در درمان چندبُعدی معنوی است. در این رویکرد، دنیا به‌عنوان عرصه‌ای برای رشد معنوی و تحول فردی در نظر گرفته می‌شود و داشتن هدف غایی و نظام ارزشی مشخص، شرایطی را برای مدیریت نیازها و ایجاد سرمایه معنوی فراهم می‌کند. با این‌حال، درک انسان از دنیا اغلب با خطاهای شناختی همراه است که ممکن است زمینه‌ساز مشکلات روانی- معنوی شود (۳۳). به‌همین دلیل، پندارزدایی و مفهوم‌پردازی صحیح دنیا به‌عنوان یکی از راهبردهای درمانی در این رویکرد پیشنهاد می‌شود. در تحلیل محتوای این پژوهش، تنظیم رابطه با دنیا به‌عنوان یکی از سازوکارهای معنوی مؤثر در مدیریت سوگ شناسایی شد. ویژگی‌هایی مانند زودگذر بودن سختی‌ها (۵۲)، فریبندگی دنیا (حدید/۲۰) و دنیا به‌عنوان مزرعه آخرت (۵۳)، در آیات و روایات به فرد کمک می‌کنند تا دنیا را عرصه‌ای موقتی ببیند و فقدان‌ها را با آرامش بیشتری بپذیرد. این دیدگاه با نتایج پژوهش‌های همسو (۵۰،۵۴،۵۵) در کاهش شدت سوگ و بهبود سلامت روان هم‌خوانی دارد.

تنظیم غایت، شامل مرگ و آخرت، از مفاهیم کلیدی در درمان چندبُعدی معنوی است. این رویکرد بر تقویت باورهای یقینی به مرگ و جهان آخرت و ایجاد تعادل در نگرش به زندگی تأکید دارد، که به پذیرش رنج و معنا دادن به سختی‌ها کمک می‌کند (۳۳). در این پژوهش، تنظیم رابطه با مرگ و آخرت به‌عنوان سازوکار معنوی در مدیریت سوگ شناسایی شد. مرگ به‌عنوان پدیده‌ای طبیعی و گذرا، و نه نابودی، بلکه به‌عنوان بازگشت به‌سوی خدا (سجده/۱۱) و آخرت به‌عنوان سرای ماندگار و محل پاداش توصیف شده است. این مفاهیم، نگرش فرد به مرگ را تغییر داده و به پذیرش فقدان به‌عنوان بخشی از مسیر طبیعی زندگی کمک می‌کنند. باور به مرگ به‌عنوان گذرگاهی به آرامش الهی، به سوگواران توان می‌دهد تا از سوگ فرصتی برای تقویت ایمان و آرامش درونی بسازند. این دیدگاه با پژوهش‌های همسو در بهبود وضعیت سوگواران هم‌خوانی دارد (۲۷،۳۰،۳۱،۵۶).

تنظیم هیجان

تنظیم هیجان در درمان چندبُعدی معنوی با مدیریت رغبت‌ها و تغییر تمرکز از وابستگی‌های دنیوی به اهداف معنوی پایدار به‌دست می‌آید (۳۳). این رویکرد، با تغییر نگرش مراجعان از نسبت دادن رویدادها به خود یا دیگران به اسناد آن‌ها به خدا، به آرامش و ثبات هیجانی منجر می‌شود. بر اساس آیات و روایات، زمانی که فرد نگرش خود را به دنیا به‌عنوان متاعی فانی و زودگذر (قصص/۷) تغییر دهد، قادر به پذیرش رنج‌ها خواهد بود. همچنین، باور به پاداش صبر در آخرت (۵۳) تحمل سختی‌ها را آسان‌تر می‌کند و باعث آرامش درونی می‌شود. نگرش توحیدی و باور به اینکه خیر و برکت الهی در پس شادی‌ها و مصایب نهفته است (حدید/۲۲) تقویت توکل را در فرد به همراه دارد. چنین نگرشی باعث می‌شود تا فرد به‌جای وابستگی به دنیا، سرمایه‌گذاری عاطفی خود را به سمت خداوند سوق دهد و به آرامش پایدار دست یابد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر همسو هستند که تأثیر تقویت دلبستگی به خدا و توکل در تنظیم هیجان و تاب‌آوری را نشان می‌دهند (۳۰،۳۱،۳۲).

معنایابی در سوگواری و تعالی معنوی

درمان چندبُعدی معنوی باور دارد که هر عمل معنادار باید با اراده، نیت خالص و هدفی متعالی انجام شود (۳۳)، و این رویکرد، حتی سوگ را از یک واکنش احساسی به فرصتی برای تعالی روحی و آرامش درونی تبدیل می‌کند. یافته‌های این پژوهش و متون دینی نشان می‌دهند که سوگ، علاوه بر ابراز احساسات، بستری برای تقویت پیوند معنوی است. از این منظر، فقدان و سختی‌ها به عنوان آزمونی الهی برای رشد روحی در نظر گرفته شده‌اند (بقره/۱۵۵). این نگرش به تحمل رنج به‌عنوان راهی برای کسب پاداش الهی و آرامش منجر می‌شود (۵۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معنایابی

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

در سوگواری نقش مهمی در تعالی معنوی و تاب‌آوری فرد دارد. معنایابی به فرد کمک می‌کند که رنج سوگ را به فرصتی برای بازسازی روحی و تقویت پیوند با خداوند تبدیل کند، که این رویکرد به افزایش آرامش درونی و تاب‌آوری منجر می‌شود (۲۹).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پروتکل درمانی تدوین‌شده، با بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی و مبتنی بر رویکرد درمان چندبُعدی معنوی، از نظر روایی و اعتبار محتوایی توسط متخصصان تأیید شده و می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر در مدیریت اختلال سوگ طولانی‌مدت به کار گرفته شود. این پروتکل، با تمرکز بر فعال‌سازی افکار یقینی و اصلاح باورهای مرتبط با آن، تنظیم هیجانات و معنادهی به فقدان، بستری برای بهبود سازگاری و افزایش تاب‌آوری افراد سوگوار فراهم می‌کند.

یکی از نقاط قوت این پژوهش، استفاده از مفاهیم معنوی مشترک میان ادیان و فرهنگ‌های مختلف است. اعتقاد به خدا، معاد و زندگی پس از مرگ، مفاهیمی بنیادین هستند که علاوه بر معنا دادن به رنج و فقدان، ظرفیت ارائه چارچوب‌هایی جهانی در مدیریت سوگ را فراهم می‌کنند. با این‌حال، توجه به تفاوت‌های فردی و فرهنگی در پاسخ به درمان، می‌تواند به توسعه پروتکل‌های جامع‌تر و متناسب‌تر با نیازهای مختلف کمک کند. چالش‌های عملیاتی‌سازی پروتکل، از جمله آموزش درمانگران، ایجاد زیرساخت‌های مناسب در محیط‌های درمانی و تطبیق پروتکل با شرایط فرهنگی، از مسائل مهمی است که باید در پژوهش‌های آینده مورد توجه قرار گیرد. انجام مطالعات امکان‌سنجی برای ارزیابی عملی بودن و قابلیت اجرای پروتکل و همچنین مطالعات مقدماتی برای بررسی اثربخشی آن در مقیاس کوچک، گام‌های مهمی در مسیر توسعه این رویکرد هستند. در نهایت، مطالعات تطبیقی با سایر روش‌های درمانی و بررسی میزان رضایت‌مندی مراجعان می‌توانند نقاط قوت و ضعف این پروتکل را روشن‌تر سازند و به بهبود کاربرد آن در محیط‌های درمانی مختلف کمک کنند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش با همیاری و مشارکت ارزشمند متخصصان علوم حوزوی و روان‌شناسی در مراحل تدوین و ارزیابی به ثمر رسیده است. از تمامی استادان و متخصصان گرانقدری که با راهنمایی‌های دلسوزانه و همراهی بی‌دریغ خود در این مسیر ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. این پژوهش بخشی از رساله دکتری مؤلف اول مقاله است که توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم با کد تأییدیه IR.IAU.QOM.REC.1403.190 مورد تأیید قرار گرفته است.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. World Psychiatry. 2021;20(1): 96-106.
2. Horowitz M. Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2006;52(1):87-9.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
5. Lenferink LI, Franzen M, Ten Klooster PM, Knaevelsrud C, Boelen PA, Heeke C. The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: A psychometric evaluation of a new interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. Journal of Affective Disorders. 2023;330:188-97.
6. Eisma MC, Rosner R, Comtesse H. ICD-11 prolonged grief disorder criteria: turning challenges into opportunities with multiverse analyses. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:752.
7. Sardella A, Musetti A, Caponnetto P, Quattropani MC, Lenzo V. Prolonged grief disorder and symptoms of anxiety and depression among bereaved family caregivers in the context of palliative home care. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2023;13(2):490-500.
8. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. Journal of Affective Disorders. 2011;131(1-3):339-43.
9. Sung SC, Dryman MT, Marks E, Shear MK, Ghesquiere A, Fava M, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. Journal of Affective Disorders. 2011;134(1-3):453-8.
10. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2006; 194(2):121-3.
11. Guldin MB, Ina Siegismund Kjaersgaard M, Fenger-Grøn M, Thorlund Parner E, Li J, Prior A, et al. Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study. World Psychiatry. 2017; 16(2):193-9.
12. Lacasta MA, Cruzado JA. Effectiveness of a cognitive–behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial. Palliative & Supportive Care. 2024;22(5):954-60.
13. Gang J, Kocsis J, Avery J, Maciejewski PK, Prigerson HG. Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. Trials. 2021;22:110.
14. Wilsey SA, Shear MK. Descriptions of social support in treatment narratives of complicated grievers. Death

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

Studies. 2007;31(9):801-19.
15. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. Basic Books; 2008.
16. Newton TL, Ohrt JH. Infusing mindfulness-based interventions in support groups for grieving college students. The Journal for Specialists in Group Work. 2018;43(2):166-83.
17. Solomon RM, Rando TA. Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. European Review of Applied Psychology. 2012;62(4):231-9.
18. Chamani Ghalandari R, Dokaneifard F, Rezaei R. The effectiveness of semantic therapy training on psychological resilience and psychological well-being of mourning women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019;6(4):26-36.
19. Eddinger JR, Hardt MM, Williams JL. Concurrent treatment for PTSD and prolonged grief disorder: Review of outcomes for exposure-and nonexposure-based treatments. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2021; 83(3):446-69.
20. Bardideh F, Jarareh J, Mofrad M, Bardideh K. The effectiveness of integrated group therapy on prolonged grief disorder of bereaved people from COVID-19 randomized controlled trial. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2022:00302228221141126.
21. Killikelly C, Maercker A. The cultural supplement: A new method for assessing culturally relevant prolonged grief disorder symptoms. Clinical Psychology in Europe. 2023;5(1):e7655.
22. Carey LB, Koenig HG, Hill T, Drummond D, Gabbay E, Cohen J, et al. Spirituality, mental health, and COVID-19. Journal of Religion and Health. 2024;63(1):1-5.
23. Unterrainer HF. The multidimensional measurement of religious/spiritual well-being: recent developments in scale validation and clinical applications. Religions. 2023; 14(7):882.
24. Lee KH, Jun JS. Grief, Social Support, Spirituality, and Depressive Symptoms Among Older Adults in Assisted Living in Kansas. Journal of Evidence-Based Social Work. 2023;20(6):765-79.
25. Vis JA, Boynton HM. A Spiritually Integrated Approach to Trauma, Grief, and Loss: Applying a Competence Framework for Helping Professionals. Religions. 2024;15(8):931.
26. Sobhani MR, Omidvar B. The Mediating Role of Attachment to God in the Relationship between Attachment Style and Anticipatory Grief in Parents of Children with Specific Diseases. Research on Religion & Health. 2022;8(4):8-22.
27. Nazemi M, Javidi-Bagban B, Hosseini-Aryan N, Shiri M, Maddani A. The efficacy of group-based spirituality therapy on grief symptoms in families of COVID-19 deceased patients. The 14th International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences; 2022.
28. Fatahi D, Moradi M, Hosseini-Nejad N, Ghamari Kivi H, Alipour M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Parameters of the Dual Process Model of Coping with Loss; Hope and Spiritual Well-Being. Ravanshenasi Va Din. 2018; 11(3):75-84.
29. Kiani A, Fathi D, Honarmand P, Abdi S. The relationship between attachment styles, social support and copping styles with psychological resiliency in groups with grief experience: Path analysis. Counseling Culture and Psycotherapy. 2020;11(41):157-80.
30. Panahi S, Ataeifar R, Bahrami HM, Havassi SN, Tajeri B. The Effect of Spiritually Multidimensional Psychotherapy on Grief Experience and Grief Intensity in the Bereaved during the COVID-19 Pandemic. Research on Religion & Health. 2023; 9(1):134-49.
31. Poorgholamy F, Rava S, Raeis Saadi H, Moji M, Farashbandi R. The effectiveness of group mourning counseling with Islamic approach on resilience and social health of bereaved mothers affected by Covid-19 in Bushehr. Journal of Islamic Studies in Health. 2022;6(3): 13-26.
32. Mehdipour F, Arefnia R, Zarei E, Zarei EZ. Effects of spiritual-religion interventions on complicated grief syndrome and psychological hardiness of mothers with complicated grief disorder. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2020;7(2):20-6.
33. Janbozorgi M. Spiritually multidimensional therapy: a God-centered approach for counseling and psychotherapy. Qom: Research Institute of Hawzah and University; 2019.
34. Sobhani MR, Omidvar B. The Mediating Role of Attachment to God in the Relationship between Attachment Style and Anticipatory Grief in Parents of Children with Specific Diseases. Research on Religion & Health. 2022;8(4):8-22.
35. Fathi D, Moradi M, Hoseini-Nejad N, Qamari-Kivi H, Alipour M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the dual-process model of coping with loss, hope, and spiritual well-being. Psychology of Religion. 2018;75-84
36. Mirmehdi SR, Safarnia MJ, Sharif E. Spirituality therapy and positive psychology approach. Tehran: Ava Noor Publishing; 2018.
37. Janbozorgi M. Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP): Activation of spiritual action and its effectiveness on psychological problems of anxious clients. Islamic Psychology Research Journal. 2016;2(3): 8-39.
38. 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. Journal of Applied Psychological Research. 201910(3):27-45.
39. Nequee F, Oraki M, Janbozorgi M, Alipoor A. Comparative study of the effect of multidimensional spiritual therapy and stress inoculation training (SIT) on physiological and psychological coordination of heart rate variability (HRV) and depression in patients after coronary artery bypass graft (CABG) surgery. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2020;9(1):78-89.
40. Janbozorgi M, Ghavari SM, Hosseini S, Rezvani A, Razavi A. The development of a spiritual intervention model for crisis management during the COVID-19 pandemic. Research on Religion & Health. 2021;18(3): 117-129.
41. Faraji F, Nouhi S, Peiade-koohsar A, Janbozorgi M. The effectiveness of god-given multidimensional spiritual therapy on perceived spirituality and selfconcept-godconcept among Red Crescent staff with symptoms of post-traumatic stress disorder. Studies in Islam and Psychology. 2021;15(28):185-201.
42. Monirpour N, Semnani SH. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with a Rational-Spiritual Approach on the Reduction of Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) among Women. The Islamic Journal of Women and The Family. 2019;7(1):107-23.
43. Glaser B, Strauss A. Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. London: Routledge; 2017.
44. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
45. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]

recommendations. Research in Nursing & Health. 2007; 30(4):459-67.
46. Esmaeili H, Rafii Honar H, Tavakoli MR. Development of conceptual framework to cope with stress based on the Quranic verses by emphasis on the stresses from interpersonal relations. Cultural Psychology. 2021;5(1):112-37.
47. Chan AW, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. Annals of Internal Medicine. 2013; 158(3):200-7.
48. Becker CB. Utilizing the spirituality of funeral rituals for post-pandemic grief recovery. Frontiers in Psychology. 2023;13:1040482.
49. Vieten C, Oxhandler HK, Pearce M, Fry N, Tanega C, Pargament K. Mental health professionals' perspectives on the relevance of religion and spirituality to mental health care. BMC Psychology. 2023;11(1):439.
50. Mousavi SN, Hasanzadeh R, Dousti Y. Effect of Spiritual Cognitive-Emotional Therapy on the Psychological WellBeing of Bereaved Women. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:5.
51. Jueckstock JA. Relational spirituality and grief: a qualitative analysis of bereaved parents. Journal of Psychology and Theology. 2018;46(1):38-51.
52. Saduq MB. Man La Yahduruhu Al-Faqih. Vol. 1. Qom: Islamic Publishing House; 1413 AH.
53. Majlesi MB. Bihar al-Anwar. Tehran: Islamiyya Bookstore; 1983.
54. Nematipour Z, Golzari M. The effectiveness of group grief counseling and grief therapy using a religious approach on improving the quality of life in bereaved mothers. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2015;5(1):52-69.
55. Damianakis T, Marziali E. Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. Aging & Mental Health. 2012;16(1):57-66.
56. Sharifi M, Ahmadi A, Fatehzadeh M. The relationship between religious coping and grief outcomes in bereaved students. Psychology and Religion. 2012;5(2):115.
57. Al-Kulayni M. Al-Kafi. Tehran: Dar al-Kutub al-Islamiyyah; 1407 AH.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.4.497]