

Original Article

The Effect of Consciousness Field on Anxiety Due to the Prevalence of Covid-19 Disease with Emphasis on Scientology

Majid Jalali Jalalabadi¹, Ali Reza Khajegir^{2*}, Mohsen Fahim³, Seyed Hossein Vaezi⁴

1. Ph.D. Student in Religions and Mysticism, Department of Theology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Faculty Member, Department of Religions and Mysticism, Shahrekord University, Shahrekord, Iran. (Corresponding Author) Email: A.khajegir1350@gmail.com
3. Faculty Member, Department of Theology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
4. Associate Professor, Faculty Member, Department of Theology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Received: 11 Sep 2021 Accepted: 2 Feb 2022

Abstract

Background and Aim: Being in the field of consciousness is one of the ways to live in peace and health. The present study was conducted to investigate the effect of consciousness field on anxiety due to the prevalence of Covid-19.

Materials and Methods: The research design was experimental and a two-group post-test design. The samples consisted of two groups consisting of each group of 50 people out of 1500 people who were affected or not affected by the consciousness field in Isfahan province in 1399 AH, were randomly selected. Beck 21-item anxiety test was used to measure the two groups and the research data were analyzed by independent t-test using SPSS software.

Ethical Considerations: Information about the reasons for the research, confidentiality and how the research was conducted was given to the individuals and the participation was done with informed consent.

Findings: The results of this study showed the effect of consciousness field on anxiety and those who were exposed to consciousness had a lower mean in the overall score of anxiety. In addition, the significance of t-test showed a significant difference between the two groups.

Conclusion: findings indicated a significant difference between the control group and the experimental group that the analysis of the results showed a lower level of anxiety among those who were affected by the field of consciousness. This indicates the importance of developing research and the use of complementary therapies in this area.

Keywords: Anxiety; the Field of Consciousness; Diseases; Covid-19

Please cite this article as: Jalali Jalalabadi M, Khajegir AR, Fahim M, Vaezi SH. The Effect of Consciousness Field on Anxiety Due to the Prevalence of Covid-19 Disease with Emphasis on Scientology. *Bioethics Journal*, Special Issue on Ethical & Legal Reflections 2021; 227-241.

تأثیر میدان شعوری بر میزان اضطراب ناشی از شیوع بیماری کووید ۱۹ با تأکید بر سایمنتولوژی

مجید جلالی جلال آبادی^۱، علیرضا خواجه‌گیر^{۲*}، محسن فهیم^۳، سیدحسین واعظی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی ادیان و عرفان، گروه الهیات، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار، عضو هیأت‌علمی، گروه ادیان و عرفان، دانشگاه دولتی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: A.khajegir1350@gmail.com

۳. عضو هیأت‌علمی، گروه الهیات، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۴. دانشیار، عضو هیأت‌علمی، گروه الهیات، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

دریافت: ۱۴۰۰/۶/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: فرارگرفتن در میدان شعوری یکی از شیوه‌های آرامش و سلامت‌زیستن است. پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر میدان شعوری بر میزان اضطراب ناشی از شیوع Covid-19 انجام شده است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهشی، آزمایشی و از نوع طرح پس‌آزمون دو گروهی بوده است. نمونه‌ها شامل دو گروه متشکل از هر گروه تعداد ۲۵ نفر از بین ۱۵۰۰ نفر که هر شب تحت تأثیر یا عدم تأثیر میدان شعوری در استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ قرار گرفته بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. برای سنجش میزان دو گروه از تست اضطراب ۲۱ سؤالی بک استفاده شد و داده‌های پژوهش توسط شاخص آماری t مستقل، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: اطلاعات راجع به دلایل تحقیق، محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و مشارکت با رضایت آگاهانه انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های این تحقیق حاکی از تأثیر میدان شعوری بر میزان اضطراب بوده است و کسانی که در معرض میدان شعوری قرار گرفته بودند، دارای میانگین کمتری در نمره کلی اضطراب بودند. علاوه بر این معناداری آزمون t نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه بوده است.

نتیجه‌گیری: نتیجه حاکی از تفاوت معنادار بین گروه گواه با گروه آزمایش بوده است و تحلیل نتایج نشان‌دهنده میزان کمترین اضطراب در بین کسانی است که تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته بودند. این مهم حاکی از ضرورت توسعه تحقیق و بکارگیری روش‌های درمانی مکمل در این حیطه است.

واژگان کلیدی: اضطراب؛ میدان شعوری؛ بیماری؛ Covid-19

۱. مقدمه

زندگی صنعتی امروزی بیش از هر زمان دیگری انسان را دچار تجارب استرس و اضطراب‌زایی نموده که بهداشت روانی و ذهنی افراد را به مخاطره انداخته و باعث بروز مسائل و مشکلات روانی در انسان گردیده است. زندگی در جهان تکنولوژی که در آن روابط انسانی تا حدی ضعیف و حمایت‌های اجتماعی کم‌رنگ شده، مناسبات و روابط انسانی را به مخاطره انداخته و از طرفی افراد را مجبور ساخته که برای گذران زندگی به تلاش بی‌وقفه دست بزنند. لذا باید بر آن بود که راهی برای به آرامش رسیدن و ارتباط مناسب با خود و دیگران در جهان هستی پیدا نمود. یکی از بحران‌هایی که جهان با آن مواجه شده است، شیوع بیماری کووید ۱۹ می‌باشد که در حال حاضر تمام کشورهای جهان با آن درگیر هستند. گسترش بیماری کرونا، موجی از استرس و اضطراب را در جوامع ایجاد کرد. با در نظر گرفتن این شرایط، یافتن آرامش و کم‌کردن اضطراب مردم تبدیل به یک چالش جهانی شد که دولت‌ها با ابزارهای مختلف به دنبال رفع آن بوده و هستند.

قرار گرفتن در میدان شعوری یکی از شیوه‌های آرامش و سلامت‌زیستن است که در این تحقیق با پرسشنامه بک Beck مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه اضطراب بک برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند، با کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (۱). پرسش اصلی که در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ آن هستیم، این است که تأثیر میدان شعوری بر میزان اضطراب ناشی از شیوع بیماری کووید ۱۹ چگونه است؟

در ارتباط با متغیرهای پژوهش حاضر، تحقیقات محدودی صورت گرفته است که در ادامه به مهم‌ترین موارد اشاره می‌کنیم. در تحقیق حسین کویانی و همکاران تحت عنوان «شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران»، میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی در جمعیت ۶۴-۲۰ سال شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ بررسی گردید. نتایج نشان می‌دهد که بیش از ۱۵ درصد افراد مورد بررسی از یکی از

اختلال‌های اضطرابی رنج می‌برده‌اند. همچنین میزان اضطراب زنان در کل نمونه مورد بررسی ۳-۲ برابر مردان است (۲). در تحقیق مرسته نوروزی و همکاران تحت عنوان «شیوع شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه ارومیه» نتایج نشان داد که ۵/۲ درصد از دانشجویان اضطراب اجتماعی دارند. شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در دختران بیشتر از پسران دانشجوی بوده است. میزان اضطراب اجتماعی در دختران و پسران به ترتیب ۵/۵ درصد و ۴/۷ درصد بود و سطوح اضطراب اجتماعی در گروه دختران و گروه پسران با هم متفاوت بود. دانشجویان کارشناسی اضطراب اجتماعی بیشتری در مقایسه با دانشجویان کارشناسی ارشد داشتند. در دانشجویان دکتری اضطراب اجتماعی مشاهده نشد. شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان بومی و غیر بومی با هم تفاوتی نداشت (۳).

با در نظر گرفتن پژوهش‌های موجود، نوآوری تحقیق حاضر در متغیر شرایط ناشی از شیوع بیماری کرونا می‌باشد. در ارتباط با اهمیت و ضرورت این تحقیق باید عنایت داشت که با شیوع بیماری کرونا، انواع محدودیت‌ها از جمله تردد و سفر به صورت گسترده در سطح کشور اعمال شده است. این محدودیت‌ها به نوبه خود باعث کاهش میزان رفت و آمد و افزایش اضطراب، تنش و سایر مشکلات عاطفی شده است. با توجه به این شرایط، بررسی مشکلات موجود و راهکارهای رفع و کاهش آن، از اهمیت فراوانی برخوردار است.

۲. ملاحظات اخلاقی

اطلاعات راجع به دلایل تحقیق، محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و مشارکت شرکت‌کنندگان توأم با رضایت آگاهانه انجام شد.

۳. مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی در این تحقیق به صورت آزمایشی و از نوع طرح پس‌آزمون دو گروهی بوده است. نمونه‌ها شامل دو گروه متشکل از هر گروه تعداد ۲۵ نفر از بین ۱۵۰۰ نفر که هر شب تحت تأثیر یا عدم تأثیر میدان شعوری در استان اصفهان در

اضطراب، نگرانی پیشاپیش نسبت به خطرهای ناگواری‌های آینده که توأم با احساس عدم لذت یا نشانه‌های تنش جسمانی است (۷). اضطراب وضعیتی است که فرد در آن، نگرانی و فشار روانی ناخوشایندی را احساس می‌کند و هشدار می‌دهد که فرد را نسبت به یک موقعیت خطرناک یا نامطلوب، گوش به زنگ می‌سازد، مانند کسی که قرار است روز بعد در دادگاه حاضر شود و شب قبل از آن، احساس ناخوشایندی دارد که همان اضطراب است (۸).

۵-۱-۲. اضطراب از دیدگاه ساینتولوژی: سایمنتولوژی یک رشته از طب‌های مکمل پیرامون ذهن - روان‌شناسی با دید فراکلنگر است که نگاهی آزاد، جدید و همه‌جانبه به انسان و انسان‌شناسی دارد. ذهن و روان در ساینتولوژی هر یک با مفهومی جداگانه به کار می‌روند و بخش‌های خاصی از وجود انسان را دربر می‌گیرند. این رشته همچنین به رفع اختلالات ذهن و روان می‌پردازد (۹). هدف و کاربرد اصلی سایمنتولوژی شناخت انسان، نرم‌افزارهای وجودی او و همچنین تشخیص و درمان اختلالات ذهنی - روانی و مشکلات ناشناخته و چگونگی تسلط بر آنها است که می‌توان آن را به اهداف جزئی‌تر ذیل تقسیم نمود: خودشناسی به منظور پیدا کردن جایگاه انسان در هستی و شناخت برنامه‌های نرم‌افزاری او، ارائه تعاریف دقیق‌تری از انسان، تعالی و کمال انسانی و... رساندن انسان به بهترین کیفیت (خوب‌اندیشیدن، خوب رفتار کردن، خوب بودن)، شناسایی اختلالات ذهن - روان و رفع مشکلات نرم‌افزاری فوق. تعریف و نگرشی نوین از اکوسیستم، عقل، هوش، روان، حافظه، شخصیت، هویت و ماهیت انسان، وپروس‌های ذهنی، میدان شعوری و مباحث دیگری در زمینه ذهن و روان‌شناسی (۱۰).

از آنجا که اضطراب نوعی احساس ناخوشایندی است، در سایمنتولوژی، فاز منفی محسوب می‌شود و وجود آن مضر و مختل‌کننده زندگی انسان است، اما در علم روان‌شناسی، اگرچه اضطراب (در صورتی که با علائم آزاردهنده روانی یا جسمی همراه باشد) نوعی بیماری و اختلال محسوب می‌شود، مقدار مختصر آن را به عنوان عامل ایجاد انگیزه، مفید و مؤثر می‌دانند. از دید برخی از روان‌شناسان، انسان برای فعالیت‌های

سال ۱۳۹۹ قرار گرفته بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. برای سنجش میزان دو گروه از تست اضطراب ۲۱ سؤالی بک استفاده شد و داده‌های پژوهش توسط شاخص آماری t مستقل، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 تحلیل گردید.

۴. یافته‌ها

یافته‌های این تحقیق حاکی از تأثیرگذاری میدان شعوری بر میزان اضطراب بوده است و کسانی که در معرض میدان شعوری قرار گرفته بودند، دارای میانگین کمتری در نمره کلی اضطراب بودند. علاوه بر این، معناداری آزمون t نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه بوده است. لذا مجموعه یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروه گواه با گروه آزمایش بوده است و تحلیل نتایج نشان‌دهنده میزان کمترین اضطراب در بین کسانی است که تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته بودند.

۵. بحث

۵-۱. تعریف مفاهیم

۵-۱-۱. تعریف اضطراب: اضطراب، هیجانی ناخوشایندی است که معمولاً با کلماتی مانند نگرانی، تشویش، تنش و ترس توصیف می‌شود (۴). اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه افراد در حدی اعتدال‌آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اضطراب مستلزم مفهوم ناامنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند. اضطراب احساسی است که نشانه‌های آن مانند ترس پراکنده و مبهم می‌باشد و علت بروز آن نیز نامشخص است (۵). اضطراب یک حالت عاطفی ناخوشایندی است که ضمن آن شخص انتظار وقوع حادثه‌ای نامساعد را دارد، اما از وقوع آن مطمئن نیست. به عبارت دیگر اضطراب ترسی بدون علت کافی است. فروید اضطراب را هشدار برای «خود» معرفی کرد که از فشار یک سائق نامعقول برای تظاهر آگاهانه و تخلیه خبر می‌دهد، این هشدار «خود» را برای اقدامات دفاعی در مقابل فشارهای درونی تحریک می‌کند (۶).

می‌شود و با کلیه اجزاء در ارتباط قرار می‌گیرد و از این طریق همه اجزای آن را اسکن و اصلاح می‌کند (شکل ۱) (۱۴).

۴-۱-۵. تعریف اسکن: اسکن عبارت است از زیر ذره‌بین قرارگرفتن اجزای وجودی فرد از طریق قرارگرفتن در این میدان شعوری به منظور یافتن معایب و بیماری‌های آشکار و پنهان وجود است. بدن در قسمت مولکولی خود و در بخش ریزذره‌ها مانند همه اجزای جهان هستی از تارهای مرتعش ساخته شده است و از این ارتعاش است که بخش مادی جسم شکل پیدا می‌کند. عاملی که این ارتعاش و حرکت را جهت داده و به وجود آورده است، همان شعور حاکم بر جهان هستی می‌باشد (۱۵). پس هم دنیای ریزذره و هم وجود انسان با شعور هستی ارتباط تنگاتنگ دارند، از مجموع شعور اجزاء، شعور کل حاصل می‌شود که شامل مجموعه شعوری است که اجزا به خودی خود از آن بهره‌مند نیستند. شعور کل که در این گفتار میدان شعوری نامیده می‌شود، مجموعه هوشمندی یا آگاهی حاکم بر جهان هستی بوده که عنصر اصلی جهان هستی است، در نتیجه اتصال و پیوند انسان به شعور کل می‌تواند برای او کارهایی را تحقق بخشد که خود او به تنهایی قادر به انجام آن‌ها نیست. یکی از این موارد، خودعیب‌یابی و خوددرمانی است (۱۶).

۵-۱-۵. تعریف اتصال: منظور از اتصال برقراری نوعی ارتباط با این میدان شعوری است که هیچ تعریف دقیقی برای آن نمی‌توان ارائه کرد، زیرا در دنیای بی‌ابزاری انجام می‌گیرد و انسان فقط می‌تواند آثار آن را مشاهده و بررسی کند نه خود اتصال را، از آنجایی که اتصال مفهومی تجربی است، انجام آن فقط با یک توجه کوتاه صورت می‌گیرد که موجب برقراری پیوند شعور جزء و کل می‌گردد و به دنبال آن، آثار این پیوند آشکار می‌شود (۱۴).

۲-۵. مواد و روش کار: تعداد پنجاه نفر از افرادی که به مدت دو ماه رأس ساعت ده شب تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته‌اند، از بین یک گروه ۱۵۰۰ نفری به صورت تصادفی انتخاب شدند و به وسیله تست اضطراب بک مورد سنجش قرار گرفتند که میانگین ۴/۶۴ و انحراف استاندارد ۴/۹۸ به دست آمد. همچنین از بین افراد عادی نیز ۵۰ نفر به صورت

اجتماعی و روزمره، نیاز به حداقل میزانی از استرس (عامل درونی یا بیرونی ایجاد اضطراب) دارد، به عبارت دیگر میزانی از استرس و اضطراب لازم است تا فرد فعال‌تر شود و برای او ایجاد انگیزه صورت گیرد. برای مثال، فردی که می‌خواهد در یک مسابقه با آزمونی سرنوشت ساز شرکت کند، باید تا حدی مضطرب باشد (۱۱). همچنین تصور می‌شود اگر دانش‌آموزی نسبت به امتحان تنش و نگرانی نداشته باشد درس مربوطه را مطالعه نخواهد کرد. بنابراین به اضطراب به عنوان وسیله‌ای برای رهایی از شرایط احساس خطر و تهدید نگاه می‌شود، حتی در حوزه مدیریت نیز مشاهده می‌شود که مدیران برای آنکه برخی کارکنان به وظایف خود بهتر عمل کنند، در آن‌ها ایجاد ترس، استرس و اضطراب می‌کنند (۱۲)، اما از منظر سایمنتولوژی، اضطراب و انگیزه دو مقوله متفاوت و جداگانه هستند. اگر انسانی انگیزه نداشته باشد، به او انسان بی‌هویت گفته می‌شود، مانند کسی که از روی بی‌انگیزگی نتواند از خانه بیرون بیاید و به فعالیت‌های اجتماعی و روزمره خود بپردازد. انگیزه به عنوان آنچه عامل بروز رفتار نامیده می‌شود، از جنس شوق و تمایل برای رسیدن به هدف است. بنابراین اضطراب و تنش، عامل متعالی و مثبتی برای ایجاد انگیزه حرکت به سمت هدف محسوب نمی‌شود. اضطراب جنبه مثبتی برای انسان ندارد و به هر میزانی، دارای نقش منفی است و حتی در شرایط خاص می‌تواند اختلالات دیگری نیز ایجاد کند. از این منظر یکی از راه‌های رهایی از اضطراب استفاده از میدان شعوری است (۱۳).

۳-۱-۵. تعریف میدان شعوری: هرگاه بین شعور اجزای تشکیل‌دهنده وجود انسان و شعور کل ارتباط برقرار شود، شعور مدیریت بدن و سلول که جزئی از ذهن است، قادر به اصلاح، ترمیم و رفع عیوب و اشکالات بدن و سلول و اصلاح عملکرد نرم‌افزاری روان و سایر بخش‌های ذهن خواهد بود و شفا و بهبود حاصل می‌شود. شعور اجزا شامل شعور بی‌نهایت بخش‌های وجودی انسان می‌باشد و شعور کل، شعور و هوشمندی حاکم بر جهان هستی است. با پیوند شعور جزء و کل حلقه پیوند شعوری تشکیل و بخش مدیریت توزیع شعوری ذهن تجهیز

ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ به این ترتیب تعیین شده است:

۰: سلامت روانی در ماده مورد نظر.

۱: احساس اختلال خفیف در ماده مورد نظر.

۲: احساس اختلال شدید در ماده مورد نظر.

۳: احساس اختلال حاد و شدید در ماده مورد نظر.

از این پرسشنامه چندین فرم تهیه گردید، در این تحقیق فرم معمولی آنکه شامل بیست و یک ماده بر اساس فرم معرفی شده توسط «بک» است، معرفی می‌شود. این پرسشنامه یک آزمون خودآزما است که برای تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه وقت لازم است.

۱-۲-۵. نحوه نمره‌گذاری: برای بررسی نتایج تحقیق، نمراتی را که با کشیدن دایره مشخص کردیم (فقط یک جمله از هر ماده که بالاترین ارزش را دارد) و مورد قبول در محاسبات بود، جمع گردید. جمع نمرات از ۰ تا ۶۲ می‌تواند نوسان داشته باشد و نمره منفی نیز منظور نمی‌گردد. این درجات در تشخیص افسردگی به چهار صورت ذکر می‌شود:

۱- میانگین بهنجار ۱۵-۱ یا ۱۸-۱: افرادی که افسردگی ندارند و در سطح عادی هستند؛ ۲- افسردگی خفیف ۳۱-۱۶ یا ۲۸-۱۸: افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند؛ ۳- افسردگی متوسط ۴۷-۳۲ یا ۳۵-۲۹: افرادی که به افسردگی در سطح متوسط مبتلا هستند؛ ۴- افسردگی عمیق ۶۲-۴۸ یا ۶۳-۳۶: افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند (۱۷).

البته باید توجه نمود که برای اطمینان یافتن بین حالت سلامت یا بیماری نیاز به تحقیق و پژوهش‌های بیشتری است و چون افراد مختلف برداشت‌های گوناگونی در یک جامعه دارند، نتایج متفاوت است. بنابراین بهتر است که این آزمون را در جامعه مورد نظر به صورت استاندارد اجرا نمود. در آزمون بک ایجاد یک سیستم شایسته در نظر گرفته شده است، زیرا به عقیده بک تنها تشخیص بالینی کافی نیست و ناگزیر باید روشی را به وجود آورد که اولاً افسردگی را تعریف کند؛ ثانیاً دارای اعتبار و روایی کافی باشد. نتایج معیارهای موجود در این آزمون ابتدا از مشاهدات بالینی و در ضمن دوره‌های روان

تصادفی انتخاب شدند و آن‌ها هم به وسیله تست اضطراب بک مورد سنجش قرار گرفتند که میانگین ۱۳/۸۶ و انحراف استاندارد ۱/۰۴ به دست آمد و نتایج دو گروه توسط آزمون t مستقل مقایسه شد. پرسشنامه افسردگی بک که شامل ۲۱ گروه سؤال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Aaron Beck, Mark Mendelssohn, Backward و Arbaft تدوین شده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد.

۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سؤال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده است. این ۲۱ ماده بر اساس علائمی مانند: ۱- غمگینی؛ ۲- بدبینی؛ ۳- احساس شکست؛ ۴- نارضایتی؛ ۵- احساس گناه؛ ۶- نیاز به مجازات (انتظار تنبیه‌داشتن)؛ ۷- نفرت از خود (بیزاری از خود، دوست نداشتن خود)؛ ۸- تهمت به خود (اتهام بستن به خود)؛ ۹- خود آزاری؛ ۱۰- گریستن (دوره‌های گریه کردن)؛ ۱۱- زودرنجی (تحریک پذیری)؛ ۱۲- انزوای اجتماعی (گوشه‌گیری)؛ ۱۳- بی‌تصمیمی؛ ۱۴- پندار شخص از خود (تغییر در تصویر بدن)؛ ۱۵- سستی و کندی (کندی در انجام کار، کاهلی در کار)؛ ۱۶- اختلال در خواب؛ ۱۷- خستگی پذیری؛ ۱۸- کاهش اشتها (بی‌اشتهایی)؛ ۱۹- کاهش وزن؛ ۲۰- اشتغال ذهنی؛ ۲۱- کاهش نیروی جنسی.

انتخاب این موارد بر اساس ظهور و بروز رفتار آشکار، در بیماری افسردگی است و دلیل بر هیچ فرضیه‌ای در مورد علت شناسایی یا فرایند روانی در بیماری افسردگی نیست. در این آزمون در برابر هر یک از پرسش‌های مورد نظر (که مشخص کننده یکی از علائم بیماری افسردگی است)، ۴ تا ۶ جمله نوشته شده که به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین درجه بیماری مورد نظر است. جملات هر ماده با دقت تمام از افرادی که مورد آزمون قرار گرفته بودند، پرسیده شد و جمله‌ای که بیانگر بیشترین حالات فعلی وی بود با کشیدن دایره به دور آن مشخص شد.

درمانی مبنی بر تجزیه و تحلیل روانی بیماران افسرده به دست آمده است (۱۸).

به طور کلی، پرسشنامه بک یک آزمونی است که وابسته به فرهنگ نیست و ماده‌های مورد بحث آن اختصاص به محیط اجتماعی ندارد و حتی مخصوص هیچ یک از طبقات اجتماعی، اقتصادی یا تحصیلی و... نیست، این مسأله به سادگی بیانگر آن است که وقتی کسی به عنوان افسرده در این آزمون تشخیص داده شد (نظر به این که او فقیر یا غنی، تحصیل کرده یا کم‌سواد و یا ... باشد)، آزمون به هر صورت عمق افسردگی او را در خود منعکس می‌کند. این آزمون همچنین از نوع آزمون‌های خود سنجی است. بک معتقد است به علت وسیع بودن دامنه امتیازات این پرسشنامه نسبت به سایر قضاوت‌های کلینیکی که بر پایه مصاحبه‌های روان‌پزشکی قرار دارد، این پرسشنامه در مورد سنجش عمق افسردگی حساسیت بیشتری دارد (۱۹).

۲-۲-۵. اعتبار و روایی: جهت سنجش اضطراب، مقیاس‌های زیادی با توجه به دیدگاه‌های مختلف ایجاد شده است و تحلیل مقیاس‌های فوق، بیانگر این است که در مفهوم‌سازی نظری و ویژگی‌های روش‌شناختی آن‌ها احتمالاً مشکلاتی وجود دارد (۲۰). بر مبنای مطالب فوق در سال ۱۹۹۰ آرون بک ابزاری را به عنوان مقیاس اضطراب بک معرفی کرد که بیانگر شدت علائم اضطراب بالینی است (۲۱). بررسی‌های انجام‌شده نشان‌دهنده اعتبار خوب این پرسشنامه در سنجش اضطراب افراد است (۲۲).

پژوهش‌ها بیانگر اعتبار و پایایی پرسشنامه BAI در موقعیت‌های گوناگون و جوامع مختلف است و پرسشنامه ۲۱ سؤالی BAI جهت سنجش میزان اضطراب ایجاد شده، گزینه‌ها به صورت عبارت چهار حالتی از اصلاً تا شدید عنوان شده است. هر سؤال به عنوان بازتاب یکی از علائم اضطراب است که افراد مضطرب در وضعیت‌های اضطراب برانگیز با آن مواجه‌اند (۲۳)؛ علاوه بر مطالعه انجام‌شده توسط بک و همکار وی، اعتبار ساختاری و پایایی این پرسشنامه در مطالعات دیگر که روی دانشجویان انجام شده است، مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲).

بر اساس مطالعات انجام‌شده در ایران، بیش از ۳۵ درصد از دانشجویان از اضطراب متوسط و شدید رنج می‌برند که این میزان بالاتر از گزارش‌های دیگر کشورهاست. جهت بررسی پایایی و اعتباریابی ابزارهای به کار رفته‌شده نیز مطالعات کم و پراکنده‌ای وجود دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در ایران با استفاده از روش آماری آزمون و باز آزمون بررسی شده که مقدار آن ۸۳ درصد و آلفای کرونباخ آن ۹۲ درصد برآورد شده است (۲۴). در بررسی‌های دیگر خارج از کشور جهت بررسی مناسبت ابزار BAI، نتایج بیانگر این موضوع بوده است که ابزار سنجش اضطراب بک بسیار خوب می‌تواند اضطراب افراد مورد بررسی را تبیین کند، ولی با توجه به ماهیت این پرسشنامه بین اضطراب و افسردگی افتراق زیادی را قائل نبوده است (۲۵). در بررسی‌های دیگری که جهت بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفته است، برای این ابزار، دو، چهار و پنج عامل معرفی شده است. میزان پایایی این ابزار نیز از ۰/۸۰ الی ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۶). به منظور تعیین اعتبار و پایایی ابزار سنجش اضطراب بک، بررسی اعتبار ساختاری و تعیین ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۲۰۱۳ انجام گرفته است. میزان پایایی بدست آمده ۰/۹۲ و روایی به دست‌آمده ۰/۷۶ است (۲۷).

۳-۲-۵. دستورالعمل: این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه سؤال است که از افراد هر گروه خواسته شد به دقت مطالعه کنند و فقط دور شماره جمله‌ای که بیش از جملات دیگر که حالت و احساساتشان را بیان می‌کند یک دایره بکشند و تأکید بر آن شد که در هر گروه از جمله‌ها، فقط باید یک جمله را انتخاب کنند و برای پاسخ‌دادن به سؤال‌ها، حالت‌های خود را از دو ماه گذشته تا کنون در نظر بگیرند.

کلید پرسشنامه: بعد از اجرای پرسشنامه اعدادی که دور آن‌ها خط کشیده بودند یا گزینه مورد نظر انتخاب‌شده، جمع شد، سپس با توجه به جدول مندرج در پیوست وضعیت آزمودنی از لحاظ افسردگی به دست آورده شد. لازم به ذکر است که در ادامه نیز وضعیت آزمودنی را می‌توان بر اساس رتبه درصدی به دست آورد، یعنی اینکه از چند درصد افراد از

لحاظ افسردگی وضعیت بهتری دارند یا اینکه در وضعیت بدتری به سر می‌برند.

به طور مثال اگر یک آزمودنی در این آزمون نمره خام معادل ۳۶ به دست آورد، با توجه به جدول می‌توان گفت که آزمودنی مورد نظر افسردگی شدیدی دارد و باید هرچه سریع‌تر جهت مراجعه به روان‌شناس یا مشاوره اقدامات لازم انجام پذیرد (هرچند که در اینجا باید به تاریخچه آزمودنی توجه داشت).

جدول افسردگی بک فرم بلند (BDI-II): جمع امتیازات میزان افسردگی کمتر از ۴ انکار احتمالی افسردگی، ارائه تصویر خوبی از خود، این نمره در مورد افراد بهنجار غیر معمول است.

۱۰-۵: طبیعی.

۱۶-۱۱: کمی افسرده.

۲۰-۱۷: نیازمند به مشورت.

۳۰-۲۱: به نسبت افسرده.

۴۰-۳۱: افسردگی شدید.

بیشتر از عدد ۴۰ افسردگی بیش از حد، این نمره به گونه معنی‌دار بالاتر از نمره افراد دارای افسردگی شدید است، نشان دهنده اغراق احتمالی درباره افسردگی است، شاید مشخصه اختلالات نمایشی یا مرزی است. احتمال افسردگی در سطح معنادار نیز وجود دارد. لازم به ذکر است که در مشاهدات روزانه انواع این حالت‌ها را به صورت موقتی یا زودگذر می‌توان دید، البته افرادی وجود دارند که تمایل به افسردگی یا بیماری افسردگی در آنان شروع شده و ممکن است افسردگی آنان شدت یابد.

۵-۳. نتایج: همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود،

۲۵ مرد و ۲۵ زن در تحقیق شرکت کرده‌اند.

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، از ۵۰ نفر شرکت‌کننده در تحقیق ۱۷ نفر ۳۴ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۲۷ نفر ۵۴ درصد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۳ نفر ۶ درصد دارای مدرک فوق لیسانس و ۳ نفر ۶ درصد دارای مدرک تحصیلی دکترا بوده‌اند.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در تحقیق ۳۶/۹۸ سال می‌باشد و میانگین سنی آن‌ها ۳۵ سال و نمای سنی آن‌ها ۲۳ سال می‌باشد.

همانطور که در جدول ۴ قابل ملاحظه است، میانگین نمره آزمودنی‌ها در در گروهی که تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته بودند، در پرسشنامه اضطراب بک ۴/۶۴ بود و نمرات دارای انحراف استاندارد ۴/۹۸ و خطای میانگین ۰/۷۰ بود. همچنین داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد گروه کنترل (افراد معمولی) در تست اضطراب بک میانگین ۱۴/۳ کسب کردند و نمرات این گروه دارای انحراف استاندارد ۹/۸۴ و خطای استاندارد میانگین ۱/۳۹ بود.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقایسه نمرات اضطراب حاصل از اجرای آزمون تی مستقل در دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد که با ۹۵ درصد اطمینان بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

۴-۴. تحلیل: با توجه به نتایج به دست آمده از جدول دو

مقایسه t مستقل دو گروه میانگین نمرات حاصل از اجرای تست اضطراب بک میانگین گروهی که تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته بودند (گروه آزمایش) ۴/۶۴ و انحراف معیار ۴/۹۸ و همچنین میانگین گروه عادی ۱۴/۳ و انحراف استاندارد این گروه ۹/۸۴ بود. همچنین با توجه به t به دست آمده ۶/۱۹- با درجه معناداری ۱۰۰ و درجه آزادی ۹۸ حاکی از آن است که میانگین دو گروه با هم تفاوت معناداری دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کسانی که در معرض میدان شعوری بودند، سطح اضطراب پایین‌تری را نسبت به افراد عادی تجربه کردند که این نتایج با تحقیق طاهری و همکاران (۲۸) در مطالعه مقایسه‌ای بر روی دو گروه ۲۵ نفره انجام شد. گروه مورد نظر بیش از یک سال در میدان شعوری قرار گرفته بودند، در حالی که گروه کنترل شرکت نکرد. از گلدبرگ GHQ28 استفاده شد. آزمون t نشان داد افرادی که در میدان شعوری شرکت کرده بودند، از سلامت بالاتری برخوردار بودند و اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه مورد بسیار کمتر بود.

همچنین نتایج تحقیق سمسارها و همکاران (۲۹) نشان داد که فرارگرفتن در میدان شعوری موجب افزایش قابل توجهی در باند فرکانس گاما ۲ (۴۰-۳۵ هرتز) در نواحی پیشانی مغز در طول کار در مقایسه با شرایط استراحت وجود دارد. افزایش قدرت در چهار کانال قابل توجه بود F4، F8، Fz و Cz. از روش LORETA برای بازسازی فعالیت الکتریکی در مغز بر اساس پتانسیل‌های پوست سر استفاده شد. نتایج حاکی از برخی تغییرات نسبی قابل توجه قدرت باند فرکانسی گاما ۲ در مناطق زیر است. منبع فعال شده با دقت بالا در قسمت جلویی میانی قرار داشت که مربوط به منطقه ۶ Broadmann (BA6) Paracentral است. معلوم شد که دومین منبع فعال در لوبول Broadmann (BA31) است که مربوط به منطقه ۳۱ است. منطقه BA6 عمدتاً با توالی حرکتی و حرکات برنامه‌ریزی همراه است. علاوه بر این، در برخی از مطالعات به مشارکت آن در حافظه، توجه و عملکردهای اجرایی اشاره شده است. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که فعالیت در این بخش با فعالیت حرکتی همراه است و ارتباط زیادی با بیماری‌های عصبی مانند بیماری پارکینسون، اسکیزوفرنی و اختلال افسردگی وهانتینگتون دارد. نقش BA31 در احساسات و انواع مختلف حافظه آشکار است. علاوه بر این، مطالعات متعدد ارتباط بین کاهش فعالیت در منطقه BA31 و دوره‌های روان پریشی حاد و بیماری آلزایمر را نشان داده است. موج گاما که سریع‌ترین فعالیت مغزی در نظر گرفته می‌شود، وظیفه عملکرد شناختی، یادگیری، حافظه و پردازش اطلاعات را بر عهده دارد. در حالت روانی مطلوب، همانطور که در مطالعه حاضر مشاهده شد، امواج گاما به توجه، تمرکز، ارتباط حواس، هوشیاری، پردازش ذهنی و ادراک کمک می‌کنند. با توجه به ارتباط کلی بین سیستم عصبی مرکزی و سایر سیستم‌های بدن و با توجه به نتایج این مطالعه مقدماتی، به نظر می‌رسد که میدان شعوری می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی افراد استفاده‌کننده از آن داشته باشد که نتایج تحقیق فوق نیز همسو با این تحقیق می‌باشد.

۶. نتیجه‌گیری

با شیوع بیماری کرونا و پیامدهای آن نظیر ترس از بیماری و محدود نمودن آزادی‌های فردی از طریق محدود کردن حرکت افراد، نگرانی از بابت ایجاد مشکلات روان‌پزشکی (۳۱) و به ویژه افزایش سطح اضطراب در شهروندان حائز اهمیت و توجه ویژه گردیده است.

در این راستا لازم است به تمامی امکانات موجود برای رفع این مشکلات توجه شود. با توجه به نتایج به دست آمده از این تحقیق مبنی بر اینکه میزان کمتری از اضطراب در بین

همچنین در تحقیق طاهری و همکاران (۲۸) ویروس به مدت یک روز در معرض pHهای مختلف (2-12) در

مدت یک روز در معرض pHهای مختلف (2-12) در

اصولاً این نوع طب با توجه به تئوری آن، توسط هر درمانگر که صورت پذیرد، پاسخ یکسانی حاصل می‌شود.

۷. تقدیر و تشکر

ابراز نشده است.

۸. سهم نویسندگان

این پژوهش مستخرج از رساله دکتری است که سهم نویسندگان در آن عبارت است از:

مجید جلالی جلال‌آبادی: نگارش مقاله.

علیرضا خواجه‌گیر، محسن فهیم و سیدحسین واعظی: نظارت و راهنمایی.

۹. تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

کسانی که تحت تأثیر میدان شعوری قرار گرفته‌اند وجود دارد، به نظر می‌رسد که استفاده از راهبردهای نوین مؤثر به واسطه نقش آن بر سلامت روح و روان، بایسته است.

طب مکمل و جایگزین با توجه به ریشه‌های شرقی اکثر اقسام آن در آسیا متداول بوده و هم‌اکنون نظام‌های سلامت برخی از کشورهای توسعه‌یافته در این قاره همچون ژاپن، کره جنوبی و مالزی این روش‌ها را به رسمیت شناخته و مجوزهای لازم برای ارائه خدمات را به آنان داده‌اند. به نظر می‌رسد با توجه به استقبالی که از این روش‌ها در کشور ما طی سال‌های گذشته مشاهده می‌شود، ضروری است که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به صورتی جدی و سیستماتیک انجام چنین مطالعاتی را تسریع و هدایت نموده و با توجه به نتایج به دست‌آمده و در صورت تأیید اثربخشی این روش‌ها، امکان ارائه چنین خدماتی در کشور فراهم گردد. همچنین نظر به نیاز کشورمان به یک طب مکمل بومی و ایرانی و نیز علاقه و گرایش پزشکان به انواع روش‌های مکمل در کنار طب رایج پزشکی، معرفی یک طب کارآمد ایرانی به جامعه علمی دنیا ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این مسأله، توصیه می‌گردد که مسؤولین محترم بهداشتی کشور، به جای سرمایه‌گذاری روی طب مکمل کشورهای دیگر که کارآمدی و یا ناکارآمدی آن‌ها در بی‌شمار تحقیق در سراسر دنیا اثبات شده است، تحقیقات گسترده‌ای را بر روی فرادرمانی و دیگر روش‌های طب مکمل داخلی انجام دهند تا اثر آن بر روی انواع بیماری‌های جسمی و روانی مورد بررسی و آزمایش قرار گیرد و بتوانیم در زمینه طب مکمل و جایگزین جایگاه مناسبی را در میان کشورهای دنیا پیدا کنیم.

در روش فرادرمانی با توجه به اینکه هیچ مکمل دارویی تجویز نمی‌گردد و همچنین یادگیری آن در دوره‌های کوتاه‌مدت بسیار سهل می‌باشد و نیز هیچ تداخلی با طب رایج پزشکی ندارد، به‌طور قابل توجهی ارزان‌قیمت و قابل اجرا می‌باشد و در صورت اثبات کارآمدی، می‌توان از آن در بسیاری از بیماری‌هایی که فرد متحمل هزینه‌های بسیار جهت درمان و یا کنترل بیماری می‌گردد، استفاده نمود. ویژگی این روش این است که منوط به مهارت و سابقه درمانگر نمی‌باشد و

جدول ۱: ۲۵ مرد و ۲۵ زن

gender					
Row		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zan	25	50.0	50.0	50.0
	mard	25	50.0	50.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

جدول ۲: تحصیلات

education					
Row		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diplom	17	34.0	34.0	34.0
	lisans	27	54.0	54.0	88.0
	fowgh	3	6.0	6.0	94.0
	dr	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

جدول ۳: میانگین سن

Statistics		
ege	gender	Statistics
N	Valid	50
	Missing	0
Mean		36.9800
Median		35.0000
Mode		23.00 ^a
Std. Deviation		1.20076E1
Sum		1849.00
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown		

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

Group Statistics					
Row	VAR00001	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Aztrabfrfan	A	50	4.6400	4.98062	0.70437
	M	50	14.300	9.84627	1.39247

جدول ۵: T دو گروهی مستقل

Independent Samples Test										
Row		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
aztrabfrfan	Equal variances assumed	20.695	0.000	-6.190	98	0.000	-9.66000	1.56048	-12.75673	-6.5327
	Equal variances not assumed			-6.190	72.535	0.000	-9.66000	1.56048	-12.77038	6.54962

پیوست‌ها

پرسشنامه اضطراب بک (BAI) پرسشنامه استاندارد بوده که به منظور بررسی میزان اضطراب افراد توسط کارشناسان و مشاوران ارشد مورد استفاده و پیمایش قرار می‌گیرد.

لطفاً هر عبارت را به دقت بخوانید و فقط دور شماره جمله‌ای که بیش از جملات دیگر حالت و احساساتتان را بیان می‌کند، یک دایره بکشید. از زمان شروع کرونا تا امروز چقدر از آن علائم را داشته‌اید. پاسخ خود را براساس شرایط خود از بین گزینه‌ها انتخاب کنید.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

ردیف	موارد	هیچ یا کمترین	خفیف	متوسط	شدید
۱	گرخی و گزگز شدن (مورمور شدن)				
۲	احساس داغی {گرما}				
۳	لرزش در پا				
۴	ناتوانی در آرامش				
۵	ترس از وقوع حادثه بد				
۶	سرگیجه و منگی				
۷	تپش قلب و نفس‌نفس‌زدن				
۸	حالت متغییر (بی‌ثبات)				
۹	وحشت‌زده				
۱۰	عصبی				
۱۱	احساس خفگی				
۱۲	لرزش دست				
۱۳	لرزش بدن				
۱۴	ترس از دست‌دادن کنترل				
۱۵	به سختی نفس‌کشیدن				
۱۶	ترس از مردن				
۱۷	ترسیدن (حالت ترس)				
۱۸	سوءهاضمه و ناراحتی در شکم				
۱۹	غش کردن (از حال رفتن)				
۲۰	سرخ‌شدن صورت				
۲۱	عرق کردن (نه در اثر گرما)				

References

1. Leyfer O, Ruberg J, Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20(4): 444-458.
2. Kaviani H, Ahmadi Abhari A. Prevalence of Anxiety Disorders in Tehran City. *IJPCP*. 2003; 8(3): 4-11. [Persian]
3. Nowrouzi M, Michaeli Manee F, Issazadegan A. The Prevalence of Self-Reported Social Anxiety Disorder on Iranian Students. *Stud Med Sci*. 2016; 27(2): 155-166. [Persian]
4. Abramowitz J, Blakey S. *Clinical Handbook of Fear and Anxiety: Maintenance Processes and Treatment Mechanisms*. Washington: American Psychological Association; 2019. p.11-12.
5. McKay D. *Overcome Social Anxiety: A Practical Guide to Symptoms, Causes and Solutions*. New York: Salvatore Badalamenti; 2020. p.111-115.
6. Davidson J. *Natural Cures of Anxiety*. London: JD-Biz Corp Publishing; 2013. p.17-19.
7. Kogan C, Ashbaugh A. Classification of Anxiety and Related Disorders. In: Simon N, Hollander E, Rothbaum B, Stein D. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma and OCD-Related Disorders*. Washington: The American Psychiatric Association Publishing; 2020. p.3-28.
8. Hettema J. Genetic Contributions to Anxiety Disorders. In: Simon N, Hollander E, Rothbaum B, Stein D. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma and OCD-Related Disorders*. Washington: The American Psychiatric Association Publishing; 2020. p.29-42.
9. Reitman J. *Inside Scientology: The Story of America's Most Secretive Religion*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 2011. p.1-3.
10. Prophet E. Deconstructing the Scientology 'Monster' of Popular Imagination. In: Lewis J. *Handbook of Scientology*. London: Brill. 2017. p.225-248.
11. Christensen D. Rethinking Scientology: An Analysis of L. Ron Hubbard's Formulation of Therapy and Religion in Dianetics and Scientology, 1950-86. In: Lewis J. *Handbook of Scientology*. London: Brill. 2017. p.47-103.
12. Ruskell N, Lewis J. News Media, the Internet and the Church of Scientology. In: Lewis J. *Handbook of Scientology*. London: Brill; 2017. p.319-340.
13. Petsche J. Scientology in Paul Thomas Anderson's *The Master*. In: Lewis J. *Handbook of Scientology*. London: Brill; 2017. p.360-380.
14. Lewis J. *Scientology*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p.146, 201-202.
15. Wakefield M. *Understanding Scientology*. London: lulu; 2010. p.152-153.
16. Kent S, Raine S. *Scientology in Popular Culture: Influences and Struggles for Legitimacy*. New York: ABC-CLIO; 2017. p.114-116.
17. Ashtiyani A, Dastani M. *Psychological tests: personality and mental health*. Tehran: Besat; 2017. p.241-250. [Persian]
18. Lange M. *Leading-edge Psychological Tests and Testing Research*. New York: Nova Science Publishers; 2007. p.29-30.
19. Marnat G, Wright J. *Handbook of Psychological Assessment*. London: Wiley; 2016. p.436-439.
20. Cattell R, Scheier I. *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. London: Literary Licensing; 2012. p.47-51.
21. Clark D, Beck A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Washington: Guilford Publications; 2011. p.3-6.
22. Clark D, Beck A. *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. Washington: Guilford Publications; 2012. p.11-13.
23. Beck A. *Transcultural Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression: A Practical Guide*. London: Taylor & Francis; 2016. p.21-25.
24. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008; 65(2): 136-140. [Persian]
25. Carney C, Moss T, Harris A, Edinger J, Krystal A. Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients? *Journal of Psychiatric Research*. 2001; 45(1): 1243-1249.
26. Muntingh A, Cornelis V, Christina M, Marwijk V, Harm J, Spinhoven P. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and

anxiety (NESDA). *BMC Family Practice*. 2011; 12(1): 66-89.

27. Rafiee M, Seyfi A. Check the reliability and validity of the Beck Anxiety Scale in Students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 8(27): 37-46. [Persian]

28. Taheri MA, Semsarha F, Modarresi-Asem F. An Investigation on the Electrical Activity of the Brain during Fara-Darmani Connection in the Fara-Therapist Population. *Preprints*. 2020; 1(1): 1-22.

29. Taheri MA, Semsarha F, Modarresi-Asem F. Study of Environmental Survival and Infectivity of SARS-CoV-2 Virus under the Influence of Consciousness fields in Various Foods. *Preprints* 2021; 2020090679.

30. Azemi S. Investigating the short-term effect of Extra care on the severity of the number of asthma attacks. Ph.D. Dissertation. Tehran: Shahed University; 2009. p.280. [Persian]

31. Khaji A. Quarantine and its Related Ethical Issues. *Med Ethics J* 2020; 14(45): e2.