

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و آموزش مقابله مذهبی بر کاهش علائم ترومای ثانویه فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD

بهزاد علی گوهری^۱، خدیجه ابوالمعالی الحسینی*^۲، فریبرز درتاج^۳، فرهاد جمهری^۴

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: abolmaali@riau.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: شواهد نشان می‌دهد که روش‌های معنوی قادر کمک به افراد در حفظ و افزایش سلامت روانی در شرایط بحران، مؤثر است. این پژوهش با هدف تعیین اثرات معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی بر کاهش علائم ترومای ثانویه فرزندان جانبازان PTSD انجام شد.

روش کار: روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری دربرگیرنده دانشجویان شاهد (فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در سال ۱۳۹۷ بود. ابتدا بر اساس ملاک‌های ورود دانشجویانی که نمره بالایی در ترومای ثانویه داشتند شناسایی شدند و به تصادف در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر). سه گروه آزمایش به ترتیب تحت معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی قرار گرفتند، گروه سوم به‌عنوان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های استرس ثانویه (STS) را تکمیل کردند. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت‌کنندگان با داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثرات معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی در تعدیل و کاهش علائم ترومای ثانویه معنادار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر بر ضرورت مداخلات معنویت درمانی، مشاوره‌ای، آموزش راهبردهای مقابله مذهبی خانواده‌های جانبازان مبتلا به PTSD (به‌منظور انجام دادن اقدامات مؤثرتر)، تشکیل جلسه‌های معنویت درمانی گروهی و برنامه آموزشی راهبردهای مقابله‌ای برای روابط بهتر و مؤثرتر تأکید می‌کند.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی، آموزش مقابله مذهبی، کاهش علائم تروما، جانبازان مبتلا به PTSD

مقدمه

استرس ترومای ثانویه به انتقال نشانگان مشابه با PTSD، از فردی که به طور مستقیم در معرض یک واقعه آسیب‌زا قرار گرفته، به فرد دیگری که مجاورت مداوم و نزدیک با او دارد، اشاره می‌کند این انتقال ناشی از یک ارتباط همدلانه با فرد آسیب دیده است و از طریق آن فردی که وابستگی نزدیکی با قربانی اولیه دارد به ترومای ثانویه مبتلا می‌شود (۱). نشانگان استرس ترومای ثانویه معمولاً به اندازه نشانگان PTSD ناتوان کننده نیستند، اما شامل همان نوع پریشانی‌ها مانند نشانگان اجتناب، برانگیختگی و مزاحمت هستند، ولی ملاک A، یعنی تجربه مستقیم رویداد استرس‌زا را دربر نمی‌گیرد (۲، ۳). این نشانگان تشابه زیادی با نشانگان PTSD دارند و نتیجه‌ای از دانش در مورد واقعه‌ی آسیب‌زا یا تمایل برای کمک به شخصی هستند که استرس آسیب‌زا را تجربه کرده است (۴). با توجه به اینکه نقص در عملکرد و شدت علائم تجربه شده در افراد دچار ترومای ثانویه به مرز بالینی نرسیده است، از آن به عنوان یک سندرم یاد می‌شود، نه اختلال روانی (۵). این علائم باید بیش از یک ماه طول کشیده باشد و موجب نقص در عملکرد زندگی روزمره‌ی فرد شوند تا تشخیص ترومای ثانویه داده شود (۱). شدت نشانگان فرد مبتلابه اختلال استرس پس از آسیب افزایشی را در شدت نشانگان ترومای ثانویه در همسر و احتمالاً در فرزندان پیش‌بینی می‌کند (۴).

بسیاری از مداخلات انجام‌شده بر روی افراد مبتلابه ترومای ثانویه، به زوج درمانی (۶)، خانواده‌درمانی (۷) و نیز گروه درمانی (۸) محدود شده‌اند که تأکید آن‌ها بیشتر بر ترومای اولیه‌ی همسر بوده و نیازهای فرزندان را در مرکز توجه قرار نمی‌دهد. تعداد کمی از گزارشات بالینی در مورد کار مستقیم با فرزندان جانباز مبتلابه PTSD با تمرکز بر خود آن‌ها وجود دارد (۹). در ایران مداخلات آموزشی مبتنی بر راهبردهای شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر ترومای ثانویه انجام‌شده است و همچنین بر بهبود نشانه‌های ترومای ثانویه همسران جانبازان مبتلابه PTSD که حاکی از اثر بخشی مداخلات مذکور بوده، ولی در مورد مداخله در ترومای ثانویه فرزندان جانبازان مبتلابه PTSD پژوهش مداخلات آموزشی و درمانی کمتری صورت گرفته است (۷). نظریه پردازان از دیدگاه‌های مختلف ترومای ثانویه را تبیین کرده‌اند. فیگلی (۵) در الگوی همانندسازی و همدلی بر این نکته تأکید می‌کند که کمک‌کنندگان می‌کوشند که از طریق همانندسازی با قربانی او را درک کنند. نظریه مدل ترومای ثانویه نظامدار، به این نکته

اشاره می‌کند که وقتی بازمانده‌ی ترومای اولیه (جانباز) در درون نظام خانواده نشانگان تروما یا سطح پایین عملکرد را تجربه می‌کند، یک پاسخ نظامدار رخ می‌دهد که در آن احتمال رشد نشانگان استرس ترومای ثانویه در همسر و خانواده افزایش می‌یابد و به تغییر باورهای مراقب در مورد خود و دیگران و دنیای بیرونی اشاره می‌کند (۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یک‌سوم جانبازان جنگی دچار علائم اختلال استرس پس از ضربه شده‌اند، این اختلال علاوه بر مشکلات فراوانی که برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند تأثیرات منفی بر خانواده و به تبع آن بر جامعه دارد (۳). پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران و جهان نشان می‌دهند که ترومای ثانویه یک سندرم شایع در همسران و خانواده‌های جانبازان به‌ویژه جانبازان مبتلابه PTSD است (۶-۷) زندگی با فردی که دچار تروما شده، سایر اعضای خانواده، به خصوص مراقب فرد را به طور قابل‌ملاحظه‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد.

دکل و سولمن (۳)، نکاتی را برای طراحی مداخلات جهت بهبود نشانه‌های ترومای ثانویه پیشنهاد کرده‌اند و اعتقاد دارند که طیف وسیعی از مداخلات با توجه به رویکردهای مختلف می‌توانند بسته به نیاز و شرایط خاص افراد مبتلابه ترومای ثانویه به شکل فردی یا گروهی مورد استفاده قرار گیرند. فرانسس کوویچ و همکاران (۲)، بر این باورند که هر نوع مداخله درمانی ارائه‌شده و مورد تأیید برای جانبازان مبتلابه PTSD، می‌تواند در حمایت و توانمندسازی خانواده آنان برای چگونگی کنار آمدن با ترومای ثانویه، به کار گرفته شود.

مذهب در گذشته به مکتب‌های فکری درون یک دین (مانند مذاهب پنجگانه فقه اسلامی) اطلاق می‌شد. در زبان انگلیسی، واژه religion به معنای مکتب‌های درون یک دین و خود دین به کار می‌رود. در کشور ما نیاز در سال‌های اخیر، کلمه مذهب به هر دو معنا به کار می‌رود (۸). علامه طباطبایی (۹) در موارد گوناگونی در المیزان، دین را به روش سنت اجتماعی تعریف می‌کند؛ از جمله گفته شده است: «دین راه زندگی است که آدمی در دنیا به ناچار آن را می‌پیماید. جوادی آملی (۱۰). معتقد است: دین مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی است که برای اداره جامعه انسانی و پرورش انسان‌ها باشد. بنابراین میتوان مفهوم دین و مذهب را به طور مترادف در نظر گرفت؛ لذا در اینجا نیز هرگاه صحبت از رابطه مذهب با سلامت می‌شود؛ مفهوم عام و کلی آن که مترادف با دین است مدنظر است. دین در لغت معانی مختلفی دارد: دین یعنی

طاعت و لذا خداوند متعال فرموده: «وَلَهُ الدِّينُ وَأَصْبًا أَفْعَيْرَ اللَّهُ تَتَّقُونَ؛ و دین خالص همواره از آن اومی باشد، آیا از غیر اومی ترسید». مذهب نیز در لغت معانی مختلفی دارد: به معنای طریقه و روش به معنای رأی و به معنای اعتقادی که بر اساس آن فعلی را انجام می دهند آمده است. در اصطلاح ادیان به همین معنای اخیر یعنی معتقدی که بر اساس آن فعلی را انجام می دهند، مذهب گفته می شود. مذهب معمولاً کار بردش اخص از دین است یعنی دین عام است و مذهب خاص. بر این اساس گاهی یک دین دارای چند مذهب است؛ بنابراین بین دین و مذهب به اصطلاح معروف از نسب اربعه، عموم و خصوص مطلق است یعنی دین شامل مذهب می شود و عام است و مذهب جزء دین است و خاص می باشد (۱۱).

در سال های اخیر پژوهشگران نقش مذهب و معنویت را در حوزه های مختلف فردی و اجتماعی بیش از پیش آشکار ساخته اند (۱۲). در ایران در سال های اخیر شاهد افزایش روزافزون پژوهشگران به مطالعه نقش مذهب در حوزه های مختلف بوده ایم. این علاقه در طی یک مسیر فرهنگی - تاریخی و اجتماعی - سیاسی شکل گرفته است. به طور موازی، این علاقه در کشورهای دیگر نیز نمایان شده است (۱۳). پژوهشگران متعددی سودمندی بالقوه و تأثیر مذهب و معنویت را بر باورهای سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی تأیید کرده اند (۱۱-۱۳). در برخی از موارد افراد از مذهب برای معنی دادن به شرایطشان استفاده می کنند و استرس شان را کاهش می دهند (۱۴). در واقع مذهب بر نحوه مقابله افراد با فشارهای روانی در موقعیت های زندگی روزمره اثر دارد (۱۵). پارگامنت اذعان می دارد که مذهب می تواند در هر قسمتی از فرآیندهای مقابله وارد شود؛ مذهب یک بعد دیگر به فرآیند مقابله می افزاید؛ نقش مذهب در مقابله به وسیله ای در دسترس بودن مذهب و درک اینکه مذهب راه حل های قانع کننده ای را ارائه می دهد تبیین می شود. در کل معلوم شده است که مذهب بخشی جدایی ناپذیر، غنی و چند بعدی از فرآیند مقابله است که نباید در مطالعات افرادی که با استرس مواجه می شوند، نادیده گرفته شود. نقش مذهب در رشد پس از آسیب نیز مورد توجه قرار گرفته است (۱۶). بر اساس دیدگاه پژوهشگران مذهب به عنوان منبع یک منبع حمایت کننده در مقابله با بحران ها و چالش های زندگی تلقی می شود و انسجام و امنیت اجتماعی، احساس

1. Religion
2. Spirituality
3. Post traumatic growth

تعلق، تعاملات اجتماعی سازنده، کمک دو جانبه راتقویت کرده می کند (۱۷). طبق برنامه سازمان بهداشت جهانی مهارت های مقابله ای شامل ۱۰ مهارت می شود که عبارتند از: مهارت های توانایی در مسایلی شامل ارتباط موثر، برقراری رابطه بین فردی مؤثر، تصمیم گیری، حل مساله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، آگاهی از خود، همدلی با دیگران، مقابله با هیجانات (شکست، اضطراب، افسردگی و غیره) و مقابله با استرس می باشد (۷). راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می کند. راهبردهای مقابله ای مؤثر باعث می شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (۸). نکته مهم این است که همه مهارت ها قابل یادگیری هستند. این مهارت ها فرد را در کنترل مشکلاتی مانند: افسردگی، اضطراب، تنهایی، طردشدگی، کمروبی، خشم، تعارض در روابط بین فردی، شکست و فقدان یاری می دهند. (۱۸). راهبردهای مقابله ای مذهبی به دو دسته مثبت و منفی ۴ تقسیم می شود. راهبردهای مثبت برای افراد تحت استرس مفید هستند. برخی از رویکردهای معنوی را می توان تحت راهبردهای مقابله ای مذهبی مثبت و منفی عنوان نمود. مقابله مذهبی مثبت سبک هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن ها، فرد با بهره گیری از ارزیابی ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می رود. مطالعات صورت گرفته نیز ارتباط بین مکانیسم های مقابله مذهبی و جنبه های مختلف سلامت را آشکار ساخته است. راهبردهای مقابله مذهبی می تواند مانند راهبردهای مقابله با استرس سازگارانه اثرات مثبتی بر جنبه های روانی فرد داشته باشد (۱۹).

پژوهش ها نشان می دهند که معنویت درمانی نیز می تواند به کاهش علائم ترومای ثانویه منجر شود. واژه «معنویت» در زبان عربی، مصدر صناعی از صفت «معنوی» است که خود، کلمه ای منسوب است یعنی آنچه با «معنا» نسبتی دارد. بر این اساس، «معنویت»، معنوی بودن است یعنی برقراری نسبتی با «معنا». معنای زندگی و جهان را می توان ارزش یا هدف آن دانست، همواره اموری وجود دارند که معناداری جهان و زندگی را تهدید می کنند همچون مرگ، بیماری، ناتوانی و بلایا و در

4. Spiritual/religious Coping Skills

به‌ویژه کسانی که در خانواده‌های پر استرس بدلیل شرایط خاصی که این خانواده‌های جانبازان دارند از اهمیت زیادی جهت کاهش شرایط استرس‌زا آن‌ها دارد همچنین با توجه به اینکه کاربرد رفتارهای مقابله‌ای مذهبی در زندگی نقش مهم و غیر قابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود کیفیت زندگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد، لذا پژوهش حاضر باهدف ارائه مداخله با استفاده از دو شیوه معنویت درمانی گروهی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مذهبی به‌صورت گروهی در جهت بررسی میزان اثربخشی این شیوه‌ها در کاهش علائم استرس ثانویه در فرزندان جانبازان مبتلابه PTSD، طراحی و اجرا گردید.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری یک‌ماهه بود. در این پژوهش دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول تحت معنویت درمانی، گروه آزمایشی دوم تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ای مذهبی قرار گرفتند و گروه سوم به‌عنوان گروه کنترل مداخله آزمایشی را دریافت نکرد. جامعه آماری در این پژوهش دربرگیرنده فرزندان جانبازان PTSD که به‌عنوان دانشجو در سال ۱۳۹۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن شاغل به تحصیل بود برای انتخاب گروه نمونه ابتدا با ستاد شاهد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن هماهنگ شد و سپس فهرست اسامی دانشجویانی که دانشجویانی که فرزند جانباز بودند انتخاب و پس از آن از بین آنان دانشجویانی که پدران آنان مبتلابه اختلال PTSD بودند شناسایی شدند. در ادامه با توجه به ملاک‌های ورود ۴۰ نفر انتخاب شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس روش کوهن در سطح خطای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۲ در هر گروه معادل ۱۰ نفر انتخاب شد (۲۴). ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل: توافق آگاهانه جهت شرکت پژوهش، فرزند جانباز مبتلابه PTSD بودن، کسب نمره‌ی بالاتر از حد متوسط در آزمون STSS، عدم سابقه‌ی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج: دامنه سنی ۳۰ سال به بالا، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا همه شرکت‌کنندگان به پرسشنامه ترومای ثانویه پاسخ دادند و افرادی که نمره بالاتر متوسط (۱ انحراف معیار بالاتر از

مجموع، اموری که مرزهای وجودی انسان هستند. مفهوم معنویت به طور لزوم منطبق بر مفهوم مذهب نیست هرچند معنویت در قلب مذهب و در تمام آموزه‌ها، دستورات، رفتارها و مناسک مذهبی وجود دارد اما در دنیای امروز رویکردهای غیرمذهبی نیاز بدون پیوند معنویت با مذهب بر معنویات با تعریف متفاوتی که از آن می‌دهند تأکید می‌ورزند. "معنویت جنبه‌ای پویا و ذاتی از بشریت است که از طریق آن افراد به دنبال معنای نهایی، هدف و تعالی می‌روند و رابطه‌ای با خود، خانواده، دیگران، جامعه، طبیعت و چیزهای مهم یا مقدس را تجربه می‌کنند. معنویت از طریق اعتقادات، ارزش‌ها، سنت‌ها و اعمال تظاهر پیدامی‌کند (۱۰). معنویت، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد، در واقع وحدت در هستی به‌وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (۲۰). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسائل مهم معنوی درمان‌جویان در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان‌جو باشد. در درمان معنویت‌گرا درمانگر، درمان‌جو را به کاوش در موضوعها و مسائل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی به‌صورتی بیطرفانه و غیر قضاوت‌گرایانه است (۲۴).

با توجه به اینکه معنویت درمانی یکی از روش‌های درمانی جهت بهبود و بازیابی سلامتی و تغییر باورهای منفی است و به نظر می‌رسد اگر بتوان به فرزندان جانبازان مهارت‌های و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت و منفی را آموزش داد قطعاً خیلی موثرتر در جهت کاهش استرس ثانویه باشد. از این رو با توجه به مطالب مطرح شده در این پژوهش، پژوهشگر در صدد است به این سؤال پاسخ دهد که آیا معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی می‌توانند به کاهش علائم ترومای ثانویه در فرزندان جانبازان مبتلابه PTSD منجر شود؟ بنابراین اهمیت و ضرورت طرح موضوع معنویت درمانی و راهبردهای مقابله مذهبی از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. امروزه آموزش به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین شیوه‌ی درمان و کنترل اختلال‌های مزمن، روز به روز سهم بیشتری را در اعاده‌ی سلامت و بهبودی بیماران ایفا می‌کند (۱۶). آموزش مهارت‌های مذهبی و بررسی باورهای مثبت و یامنی افراد

الف: پرسشنامه‌ی ترومای ثانویه

Secondary Trauma Stress Scale (STSS)

این پرسشنامه توسط براید و همکارانش (۲۵) ساخته شده است. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار خود گزارش دهی، دارای ۱۷ آیتم و سه خرده مقیاس افکار و تصاویر مزاحم، بیش برانگیختگی و اجتناب است که توسط تحلیل عوامل به‌دست آمده است و توسط طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا خیلی زیاد=۵) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۲، ۳، ۶، ۱۰ و ۱۳ مربوط به زیرمقیاس مزاحمت، گویه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۷ مربوط به زیر مقیاس اجتناب و گویه‌های ۴، ۸، ۱۱، ۱۵ و ۱۶ مربوط به زیر مقیاس برانگیختگی هستند. گویه‌های ۲، ۳، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۷ مربوط به عوامل استرس‌زا هستند و سایر گویه‌ها مربوط به عواطف منفی دیگر مرتبط با استرس پس از ضربه‌ای هستند (۲۶). براید و همکارانش، پیشنهاد کردند که نمره ۳۸ به بالا نشان‌دهنده‌ی شاخص‌های ترومای ثانویه است. بنا بر گزارش براید (۲۰۰۷: ص ۶)، اگر فردی حداقل نمره‌ی ۳ در یک یا بیشتر از یک گویه از زیرمقیاس مزاحمت، بیشتر از سه گویه از زیرمقیاس اجتناب، دو یا بیشتر از دو گویه در زیر مقیاس برانگیختگی بیاورد، این فرد ممکن است «در یک سطح تشخیصی به دلیل قرارگیری در معرض STS، علائم PTSD را تجربه کند (۲۵). بررسی شاخص‌ها نشان داد این مقیاس از برازش مطلوبی در نمونه‌ی ایرانی برخوردار است و می‌توان نتیجه گرفت که در همسران جانبازان ایرانی دارای همان ساختار عاملی است که در نمونه‌ی غیر ایرانی وجود دارد (۲۶).

میانگین) به دست آوردند به‌تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. نمره‌های این مرحله برای پیش‌آزمون نیز در نظر گرفته شد. قبل از شروع جلسات توافق شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه ضرر احتمالی برای آنان ندارد و اطلاعات گردآوری‌شده از آنان نیز به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند. روش معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای هم‌زمان در دو گروه آزمایش به‌صورت مجزا ارائه شد. تکنیک‌های معنویت درمانی (جدول ۱) و آموزش راهبردهای مقابله‌ای (جدول ۲) در ۱۰ جلسه (هر جلسه به مدت تقریباً ۹۰ دقیقه) آموزش داده شد. یک هفته پس از پایان جلسات آموزشی به‌عنوان پس‌آزمون شرکت‌کنندگان به آزمون پاسخ دادند. یک ماه پس از پایان جلسات آموزش و درمان مجدداً شرکت‌کنندگان مورد آزمون قرار گرفتند. شرکت در پژوهش حاضر داوطلبانه و با اخذ رضایت کتبی انجام شد. به‌علاوه پژوهشگر به‌صورت کتبی و شفاهی متعهد شد که کلیه‌ی اطلاعات و مشخصات فردی به‌دست‌آمده از فرم‌ها و پرسش‌نامه‌ها را محرمانه نگه‌داشته و نتایج تحقیقات به‌صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر گردد. همچنین نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه شود. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های حد وسط و پراکندگی و توزیع استفاده شد و به‌منظور استنباط آماری از روش تحلیل واریانس دوعاملی - چندمتغیره با اندازه‌های مکرر استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه پروتکل معنویت درمانی (۲۳)

جلسات	اهداف	نمونه‌ای از محتوا	تکالیف
جلسه اول آشنایی با اعضا	آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با جلسات درمانی اخذ توافقی آگاهانه از شرکت‌کنندگان، توضیح اهداف و بیان قوانین گروه	تعریف اعضا و بررسی باورهای آن‌ها درمورد معنویت، زمینه‌سازی شنیدن تجربه‌های معنوی آزمودنیها	تفکر درمورد معنویت، هنگامی که تجربه خاصی برمعنویت به شما دست می‌دهد، حالات، احساس‌ها و تجربه‌های خود را دریک فرم چک لیست از صفر تا ۱۰ نمره دهید
جلسه دوم درونگری و توصیف	مرور جلسه اول و تکالیف جلسه اول درونگری، ادراک افراد از معنویت تمرکز زمانهایی که یک احساس خاصی مبتنی برمعنویت به فرد دست می‌دهد	تمرین درونگری فهم حکمت موجود درجهان هستی چه احساسی پیدا می‌کنید، این حالت‌ها از کجا می‌آیند و اجرای درونگری	از آزمودنی‌ها خواستیم تا جلسه بعدی آنچه در این فاصله در رابطه با اعمال معنوی را انجام داده‌اند و احساسی که داشتند در این مدت یادداشت کنند و تجربیات را با اعضای گروه به اشتراک بگذارند
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه دوم - یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آن، چگونه می‌توان به آرامش رسید، بررسی موانع رسیدن به آرامش	درمانگر بتواند بحث‌ها و تکالیف درمان‌جویان را به بحث منابع ترس و اضطراب پیوند دهند، مرگ از دست دادن، خطر آینده	تمرین شناخت و اضطراب و کسب آرامش، از آن‌ها خواستیم تاآنچه در این فاصله دررابطه با کسب آرامش انجام دادید و احساسات را در این مورد، یادداشت کنید و تجربیاتشان را به اعضای گروه به اشتراک بگذارند.
جلسه	مرور تکالیف جلسه سوم، فهم پایان ناپذیری وارث ما، پایان	تمرین: وقتی به آن عزیز فکر	من از شما می‌خواهم تا جلسه بعد به این

چهارم	ناپذیری چیست؟ از زندگی چه چیزی به ارث برده‌ایم، از دست دادن عزیزی چه احساس و تفکری در فرد ایجاد می‌کند	می‌کنید، چه چیزی بیاد می‌آورد، وقتی می‌گویید آن‌ها یادشان باقیست، آیا منظور اینست که چیزی بر ما به ارث گذاشته‌اند	فکر کنید که کدامیک از رفتارهای شما برمدار کین و کدامیک در مدارمهر قرار می‌گیرد و هریک از اینها چه تاثیری در خودمان، دیگران و دنیا می‌گذارد و این تجربیات را با اعضای گروه به اشتراک بگذارید
جلسه پنجم	بررسی تکالیف چهارم، ارث برمدارمهر و ارث برمدار کین، فهم نتایج کینه تیزی و مهرورزی و درک کلی درمورد فهم نتایج کینه تیزی و مهرورزی دست یابند	تجربیات خود را با دیگران مرور کنید و موضوعاتی همچون احترام، بخشش، اعتماد، تحمل، مدارا و پرهیز از فاجعه‌سازی در روابط چه تاثیری دارند	از شما می‌خواهم تا جلسه بعد سعی کنید خودتان و دیگران را ببخشند، فاجعه‌سازی نکنید و انتظارتان از خود و دیگران را منطقی کنید و تحمل و مدارا داشته باشید و به ما بگویید این کارها چه تاثیری در خودمان و دیگران می‌گذارند.
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه پنجم پیامدهای رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و کینه‌جویی و مراقبت از رفتارهای مهرورزانه و درک کلی درمورد محاسبه دیدن اعمال و نتایج آن و مراقبه حفظ رفتارهای مهرورزانه دست یابند	تجربیات خودتان و دیگران را مرور کنید و به ما بگویید برای محاسبه و مراقبه چه می‌کنند و مسدولیت‌پذیری انسان بایستی چگونه باشد آیا مراقبه لذتبخش است	تا جلسه بعد سعی کنید اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید راههایی برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی خودتان و حفظ خودتان از محور کین پیدا کنید، کارهای شما چه تاثیری می‌تواند در خودتان و دیگران داشته باشد
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه ششم، بخشش و حل و فصل خشم تجربیات ماندن درمدارمهر چیست و تجربیات تام با کین، همراه با خشم و دشمنی، فاجعه‌سازی است و بخشش یک فضیلت قابل آموزشی دربرابر خطا دیگران و صرف نظر کردن از انتقام	تجربیات خود را مرور کنید، چه چیزی مانع بخشیدن دیگران می‌شود، بر روی خشم خود فکر کنید، چقدر احساس مخربی دارید، رنج ناشی از خشم چه احساسی در خود و دیگران بوجود می‌آورد، بخشش چقدر می‌تواند در این موقعیت لذتبخش باشد	تا جلسه بعدی، تجربیات خود را مرور کنید، چه چیزی مانع بخشیدن و حل و فصل خشم می‌شود و به موانع خشم خود فکر کنید و به بخشش به‌عنوان یک عملی مهرورزانه فکر کنید و برای رهایی از خشم خودتان و دیگران به دنیا متمرکز شوید
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسه هفتم، خروج از مسیر مهرورزی از نیروی برخواسته از خودخواهی نهفته است، ما نیازمند خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار برای پذیرش و شکیبایی...	تجربیات خود را مرور کنید و بما بگویید برای محاسبه و مراقبه، چگونه از رفتار خودتان مراقبت می‌کنید، چگونه در خود آگاهی افزایش و چگونه می‌توانیم اقدامات مسئولانه انجام دهیم	از شما می‌خواهم که اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید و راههایی برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی خودتان از محور کین پیدا کنید و تاثیر آن را در خودمان و دیگران بررسی کنید
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه هشتم، افزایش خودکنترلی، در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری تحمل مدارا و اقدام مسئولانه	به ما بگویید محاسبه و مراقبه، تحمل خودکنترلی، پذیرش و شکیبایی را بالا می‌برد و سودمندی شخصی و اجتماعی را افزایش می‌دهد این اقدامات بردرونگری ذهنی، مفید خواهد بود	تا جلسه بعد اعمال روزانه خودتان را بررسی کنید، راههای برای مراقبت از رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و حفظ خودتان و دیگران پیدا کنید و به ما بگویید چه تاثیری در دیگران و خودمان دارد
جلسه دهم	مراقبت از خود، در حفظ آگاهی امید و انتظار، پذیرش شکیبایی و اقدام مسئولانه	تجربیات خود و دیگران را مرور کنید، برای خودپایی چه می‌کنید، یا خودپایی احساس مسئولیت‌پذیری را در شما افزایش می‌دهد و حفاظت از خود و دیگران هم مدنظر قرار گیرد	امروز آخرین جلسه درمانی است، از شما می‌خواهیم مواظب خودتان باشید، راههای مراقبت از رفتارها مبتنی بر مهرورزی را خوب یاد بگیرید و بخشش، خود آگاهی، پذیرش، درونگری و تمامی مواردی که درده جلسه همه باهم درونی‌سازی کنید.

جدول ۲: خلاصه آموزش راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی (۱۸)

جلسه	زیر مقیاس مقابله مذهبی مثبت	محتوی آموزشی جلسات
اول	تطهیر مذهبی و تقاضای شفاعت الهی	آماده‌سازی فرمول‌بندی بررسی ۱۱ گویه از این مقیاس، پرسش و پاسخ، تحلیل باورهای آزمودنیها، آموزش و تکلیف خانگی مبتنی بر مقیاس
دوم	کمک مذهبی	بررسی و مرور تکالیف خانگی، بررسی ۱۱ گویه از این مقیاس، پرسش و پاسخ، تحلیل باورهای آزمودنیها، آموزش‌هایی مبتنی بر آرامش معنوی، دعا، سعادت، حمایت و ارتباط معنوی با خود و دیگران، امیدواری به خدا و ارائه تکالیف خانگی
	تسلیم مذهبی فعالانه	
سوم	باز ارزیابی مذهبی خیر خواهانه	بررسی و مرور تکالیف خانگی، بررسی ۶ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، آموزش مبتنی بر وقوع اتفاقات و رابطه آن با خیر خواهی، حکمت، تدبیر، شکیبایی و قوی‌تر ساختن انسان از طرف خداوند و ارائه تکالیف خانگی
چهارم	پیوند معنوی و جهت‌گیری مذهبی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۵ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، آموزه‌های دینی آن‌ها، پیوند فرد با یک قدرت قوی‌تر احساس معنویت، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی
پنجم	حمایت از دین یاران	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۱۲ گویه از این مقیاسها تحلیل باورهای آزمودنیها، حمایت معنوی از دیگران، علاقه به افراد هم عقیده، درخواست دعا از طرف یاران هم عقیده، انجام فعالیت‌های معنوی، تمرکز و اندیشیدن در مورد خدا، رفع نگرانی، وفاداری، راز و نیاز، عبادت در مسجد، دوری از افراد مغایر با عقاید خود، نمونه رفتارها و ارائه تکالیف خانگی
	تمرکز مذهبی	
جلسه	زیر مقیاسهای مقابله مذهبی - منفی	محتوی آموزش جلسات
ششم	باز ارزیابی مبتنی بر خداوند کیفر دهنده	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۴ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، اعتقاد به خداوند تنبیه کننده، بدون دلیل بودن کیفرهای خداوند، ارتکاب گناه و تنبیه از طرف خداوند، عدم اعتقاد به خدا و تنبیه خود و خانواده از طرف خداوند، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی
هفتم	باز ارزیابی شیطان محور	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۵ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، باور به وجود شیطان، مسئول بودن شیطان در رخدادهای زندگی، اتفاقات زندگی و اعتقاد به شیطان، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی
هشتم	ناراضی معنوی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۶ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، اعتقاد به اجابت نشدن دعاها، نارضایتی از خداوند، فراموش شدن از جانب خدا، حمایت نشدن از جانب خداوند، اعتقاد به ناتوانی خداوند، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی
نهم	واگذاری مذهبی منفعلانه	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۵ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، عدم تلاش و واگذاری خود به خداوند، انتظار بدون تلاش از خداوند، وجود اتفاقات منفی زندگی و واگذاری به خداوند جهت حل مشکلات، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و ارائه تکالیف خانگی
دهم	ناراضی مذهبی بین فردی	بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی ۵ گویه از این مقیاس، تحلیل باورهای آزمودنیها، نارضایتی از افراد هم عقیده، رهاسدن از جانب افراد هم عقیده بهنگام اتفاقات منفی، نمونه رفتارهای عملی بر اساس خاطرات زندگی و مرور و نتیجه‌گیری کل جلسات

یافته‌ها

سه گروه شرکت‌کننده به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($f(3, 36) = 0.503, p > 0.05$). میانگین و انحراف استاندارد درجه جانبازی پدر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول (معنویت درمانی) به ترتیب ۳۸/۰۰ و ۱۰/۹۴، گروه آزمایش دوم (آموزش راهبردهای مقابله مذهبی) ۳۳/۵۰ و ۷/۴۷ و گروه سوم (گروه کنترل) ۳۶/۵۰ و ۷/۴۲ بود. استفاده از تحلیل

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول (معنویت درمانی) به ترتیب ۲۷/۲۰ و ۳/۳۳، گروه آزمایش دوم (آموزش راهبردهای مقابله مذهبی) ۲۵/۶۰ و ۴/۷۲، گروه سوم (گروه کنترل) ۲۶/۶۰ و ۳/۷۱ بود. گفتنی است که استفاده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین

معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$)، $f(3, 36) = 0.456$ ، میانگین و انحراف استاندارد سال‌های تحصیل پدر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول (معنویت درمانی) به ترتیب $13/50$ و $2/80$ ، گروه آزمایش دوم (آموزش راهبردهای مقابله مذهبی) $13/70$ و $2/91$ ، و گروه سوم (گروه کنترل) $14/40$ و $2/07$ بود. استفاده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین سه گروه شرکت‌کننده به لحاظ سال‌های تحصیل پدر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$)، $f(3, 36) = 0.396$.

واریانس یک راهه نشان داد که بین سه گروه شرکت‌کننده به لحاظ درجه جانبازی پدر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$)، $f(3, 36) = 0.278$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن پدر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول (معنویت درمانی) به ترتیب $55/60$ و $6/90$ ، گروه آزمایش دوم (آموزش راهبردهای مقابله مذهبی) $54/10$ و $4/38$ ، و گروه سوم (گروه کنترل) $53/20$ و $3/43$ بود. استفاده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین سه گروه شرکت‌کننده به لحاظ سن پدر تفاوت

جدول (۳): میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو - ویلک علائم ترومای ثانویه در سه گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

علائم ترومای ثانویه	شاخص آماری	زمان	
		پیش آزمون	پس آزمون
گروه اول (معنویت درمانی)	میانگین \pm انحراف استاندارد	$5/89 \pm 43/90$	$3/39 \pm 35/80$
	شاپیرو - ویلک	$0/912 (p=0/293)$	$0/860 (p=0/076)$
گروه دوم (آموزش مقابله)	میانگین \pm انحراف استاندارد	$5/54 \pm 44/00$	$3/60 \pm 39/10$
	شاپیرو - ویلک	$0/897 (p=0/201)$	$0/914 (p=0/313)$
گروه سوم (کنترل)	میانگین \pm انحراف استاندارد	$7/57 \pm 44/70$	$4/92 \pm 41/00$
	شاپیرو - ویلک	$0/924 (p=0/392)$	$0/980 (p=0/964)$

استفاده از آزمون لون نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای نمرات پیش آزمون ($P > 0.05$)، $F(3, 36) = 1/811$ ، پس آزمون ($F(3, 36) = 0/328$)، $P > 0.05$ و پیگیری ($F(3, 36) = 0/967$)، $P > 0.05$ برقرار است. در نهایت ارزش F حاصل از تحلیل چندمتغیری مقایسه اثر بخشی متغیرهای مستقل در سطح 0.01 معنادار بود ($0/389 =$ لامبدای ویلکز، $0/376 = \text{partial } \eta^2$ ، $P = 0/001$ ، $7/031 = F(6, 70)$). این یافته بیانگر آن است که تعامل بین زمان شرایط در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر علائم ترومای ثانویه در سطح 0.01 معنادار است. به عبارت دیگر این نتیجه نشان می‌دهد که دست کم اثر یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با اثر دیگر متغیرهای مستقل یا گروه کنترل بر علائم ترومای ثانویه به صورت معناداری متفاوت است.

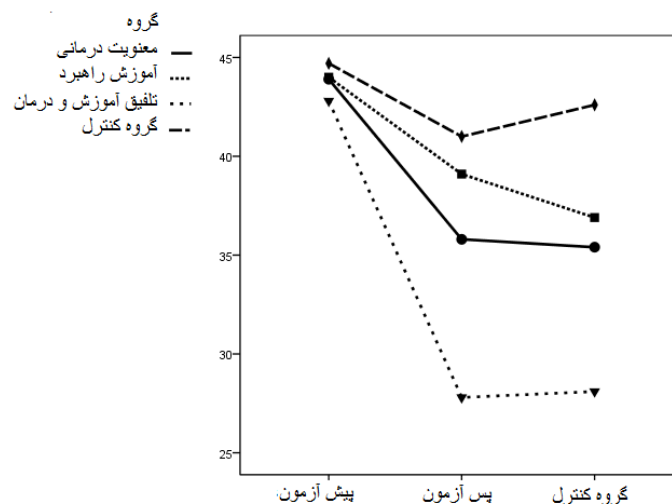
نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که شاخص شاپیرو - ویلک نمرات مربوط به هر سه گروه در سطح 0.05 غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به هر یک از نمرات در هر سه گروه نرمال است. استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که علاوه بر فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از متغیر عضویت گروهی نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است ($P > 0.05$)، $0/190 = F(3, 36)$. بدین ترتیب داده‌های پژوهش حاضر از شرایط لازم برای استفاده از روش تحلیل طرح ترکیبی دوراهه چند متغیری برخوردار بود. پیش از گزارش نتیجه تحلیل، شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از شاخص موچلی (Mauchly) و همگنی واریانس‌های خطا از طریق آزمون لون بررسی شد. تست موچلی نشان داد ارزش مجذور کای ($\chi^2 = 3/996$)، $p > 0.05$ در سطح 0.05 غیر معنادار و بنابراین مفروضه کرویت برقرار است.

جدول (۴): مقایسه معناداری اثر تعاملی شرایط * زمان به صورت دو گروهی بر علائم ترومای ثانویه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	partial η^2
گروه اول - گروه دوم	۲۵/۷۳	۱۲/۸۷	۹/۱۸	۱/۴۰۲	۰/۲۵۹	۰/۰۷۲
گروه اول - گروه سوم	۱۰۷/۲۰	۵۳/۶۰	۱۲/۴۹	۴/۲۹۱	۰/۰۲۱	۰/۱۹۲
گروه دوم - گروه سوم	۶۸/۱۳	۳۴/۰۷	۱۱/۳۰	۳/۰۱۴	۰/۰۶۲	۰/۱۴۳

اثر آموزش راهبردهای مقابله مذهبی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، با وجود این اثر مزبور در سطح ۰/۰۶۲ معنادار بود ($F(۳۶,۲) = ۳/۰۱۴, P = ۰/۰۶۲$) که خود یافته ارزشمندی محسوب می‌شود. نمودار شکل ۱ تعامل بین زمان و شرایط در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر علائم ترومای ثانویه را نشان می‌دهد.

براساس نتایج جدول (۴) مقایسه‌های دو گروهی نشان داد که تفاوت اثر معنویت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله مذهبی بر علائم ترومای ثانویه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ($F(۳۶,۲) = ۱/۴۰۲, P > ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه کنترل اثر معنویت درمانی در سطح ۰/۰۵ معنادار ($F(۳۶,۲) = ۴/۲۹۱, P < ۰/۰۵$) است. لازم به توضیح است، اگر چه در مقایسه با گروه کنترل



شکل ۱: نمودار اثر تعاملی بین زمان و شرایط در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر علائم ترومای ثانویه

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش بررسی ارائه مداخله با استفاده از دو شیوه معنویت درمانی گروهی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مذهبی به صورت گروهی در جهت بررسی میزان اثربخشی این شیوه‌ها در کاهش علائم استرس ثانویه در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD بود. یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی، آموزش راهبردهای مقابله مذهبی به صورت چشمگیری علائم ترومای ثانویه را در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD کاهش داده است. می‌توان گفت در پژوهش حاضر معنویت درمانی بر تعدیل و کاهش علائم ترومای ثانویه اثربخش بوده و این نتایج

ارزیابی نمودارها در شکل (۱) نشان می‌دهد که معنویت درمانی، آموزش راهبردهای مقابله مذهبی به صورت چشمگیری علائم ترومای ثانویه را در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD کاهش داده است. از آنجا که پس از اتمام دوره‌های آموزش میانگین نمرات در مرحله پیگیری به طرف میانگین‌های پیش آزمون میل ننموده، بنابراین می‌توان گفت اثر هر دو متغیر مستقل در کاهش علائم تروما از ثبات برخوردار بوده است.

رابطه بین سبک‌های دلبستگی نسبت به خدا و سلامت روان والدین نقش واسطه‌گری ایفا می‌کند (۳۲). از طرفی مقابله مذهبی نیز تلاش فعال شخص برای یافتن پناهگاه مطمئن در مواجهه با تهدید و چالش با موقعیت‌ها است (۳۳)، که گویای پایه ایمنی برای توکل به خدا و مواجهه با مشکلات و پناهگاه مطمئن برای اعتماد و پناه بردن به خداست، به بیان دیگر کارکردهای دلبستگی به خدا (پایه ایمنی و پناهگاه مطمئن) در مقابله مذهبی افراد نمود می‌یابد. لذا مقابله به عنوان عنصر انگیزشی جستجوی چهره دلبستگی است (۳۳، ۳۴). حاجی زاد و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که مهارت مقابله‌ای مذهبی معنوی در پس آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب و افزایش راهبرد کنار آمدن با استرس در بیماران دیابتی شد (۳۵). در مطالعه دیگری یافته‌ها نشان داد که پس از آموزش مهارت‌های معنوی، میزان نمره افکار اضطرابی بیماران گروه آزمایش کاهش یافت (۳۶).

در بیان و تبیین یکی دیگر اهداف پژوهش، آموزش راهبردهای مقابله مذهبی می‌توانانگونه اظهار داشت که مشاهده یک طرح معنوی در ورای فاجعه، با تفسیر رویدادهای منفی به‌عنوان فرصت‌هایی برای رشد معنوی، یا استناد فقدان به یک خدای مهربان که اراده او را نمی‌توان کاملاً فهمید، روش‌هایی هستند که افراد در مواجهه با ضربه، باورهای خود در مورد خیرخواهی خداوند را حفظ می‌نمایند. در بررسی دیگری روش‌های مقابله دینی، افرادی که در فرایند حل مسئله، خدا را به‌مثابه یاری در کنار خود می‌دیدند، سلامت روان بهتری را گزارش می‌دهند؛ در مقابل، افرادی که مشکلات خود را، بخصوص در موقعیت‌های قابل کنترل، منفعلانه به خدا واگذار می‌کنند، سطوح پایین‌تری از سلامت روان را نشان می‌دهند. بر اساس این مطالعات، روشن می‌شود که سودمندی بازیان بخشی جستجوی امر الهی توسط افراد، به نوع خدایی که افراد کشف می‌کنند و نحوه ارتباط با وی، بستگی دارد (۱۶). بنابراین افرادی که در شرایط سخت زندگی دچار تغییرات و ناسازگاری‌هایی شده‌اند حتی به دلیل وجود استرس‌های زیادی که روبرو هستند در تحقیق تیکس و فرازیر نتیجه گرفتند که مقابله مذهبی بیانگر منبع متمایز برای افرادی است که با چالش زیستی مهم مقابله می‌یابند. سایر مطالعات نیز نقش متمایز مذهب در فرآیند مقابله را نشان داده است و اینکه روش‌های مقابله مذهبی به‌خصوص برای افرادی با منابع کمتر فردی و اجتماعی و مواجهه بیشتر با شرایط بحرانی هستند، مؤثرتر است (۲۸-۳۰).

با یافته‌های فرنسیس کاویک و همکاران (۷)، فیگلی (۴)، پارگمنت (۱۶) همسو است.

در تبیین اینکه معنویت چگونه بر کاهش علائم استرس ثانویه اثربخش است می‌توان گفت، معنویت موجب هدایت در تصمیم‌گیری‌ها و استرس می‌شود و افرادی که معتقد به معنویت هستند، حمایت اجتماعی را در جنبه‌های انسانی والهی تأمین می‌کند، مثبت نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده و معنا و هدف‌داری در زندگی به وجود می‌آورد، توانمندی فرد را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید (۲۲). در معنویت درمانی با توجه به کاربرد مؤلفه‌های معنویت در فرآیند درمان مراجعان شرایط استرس‌زای زندگی را با اعتقادات و معنوی راحت‌تر می‌پذیرند از این‌رو، شواهد بسیار مهمی نیز وجود دارد. که معنویت، به‌طور استثناء برای عامل‌های اضطراب‌زای زندگی مانند شرایط بحرانی، استرس و مشکلات خانوادگی برگشت‌پذیر و بهبودپذیر است (۱۶).

سایر محققان، کشمکش‌های معنوی را به آسیب‌های اصلی و اختلال پس از حادثه ربط داده‌اند (۲۷، ۲۸). محققان دریافته‌اند که پس از رویدادهای تکان‌دهنده، مثل تصادفات، جنگ و مرگ محبوب و شرایط سخت زندگی، سطوح ایمان، باورها و اعمال دینی به‌طور گسترده‌ای بدون تغییر باقی‌مانده و یا حتی تقویت می‌شود (۲۹-۳۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که خداوند را در مواقع سخت و ناگوار نگه داشته‌اند، توانسته‌اند با این منبع عظیم معنوی یکپارچگی روانی و معنوی خود را حفظ کنند و یکپارچگی روانی و معنوی به‌عنوان سپر بلا در مقابل افسردگی، اضطراب و درماندگی عمل کرده است (۲۲). تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهند افراد با ارزیابی مثبت می‌توانند در اتفاقات ناگوار یکپارچگی روانی و معنوی خود را حفظ کنند. باور به اینکه خدایی هست بر موقعیت‌ها و مشکلات ناظر بر بندگان است، تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ به‌عبارت‌دیگر، این افراد معتقد که از طریق اتکای به خداوند می‌توانند موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند. تجربیات روزانه معنوی و کمک گرفتن از یک نیروی مطلق الهی در حل مشکلات، می‌توان باعث کاهش افسردگی و اضطراب شود (۲۲). در تبیین یافته‌های دیگر این پژوهش می‌توان گفت، آموزش مهارت‌ها و راهبردهای مقابله مذهبی بر تعدیل و کاهش علائم ترومای ثانویه اثربخش بوده، احمدی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مقابله مذهبی در

پژوهش‌های آینده وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سبک فرزند پروری والدین کنترل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده فرزندان دیگر جانبازان (جانبازان غیر PTSD) را مطالعه کند. پیشنهاد می‌شود اثر مهارت‌های مقابله مذهبی بر کیفیت زندگی جانبازان و همسران آنان مطالعه شود. پیشنهاد می‌شود که پروتکل مهارت‌های مقابله مذهبی مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام طراحی و اعتبارسنجی شود. بر اساس یافته‌ها به روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش علائم ترومای ثانویه، آموزش راهبردهای مقابله مذهبی و معنویت درمانی و تلفیق این دو روش را بکار بگیرند.

قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگان که صبورانه در اجرای این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی میشود.

ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات تهران نیز این مطالعه را با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.124 تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچگونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده اند.

مشارکت مؤلفان

مؤلفان این پژوهش به یک اندازه در اجرا و نگارش مشارکت داشتند.

آموزش راهبردهای مقابله مذهبی و تغییر باورهای منفی افراد و توکل به خداوند در مورد اتفاقات، اینکه حکمت و خیری وجود دارد، محققان در بررسی‌های تجربی خود نشان داده‌اند افرادی که رویدادهای منفی زندگی را در یک چارچوب دینی خیرخواهانه‌تر تفسیر می‌کنند، عموماً سازگاری بهتری را با بحران‌های زندگی خود تجربه می‌نمایند. (۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهند افرادی که در بحران‌های زندگی، نمی‌توانند نگرش مثبت خود نسبت به خدا را حفظ نمایند، بیشتر در معرض مشکلات روانی یا جسمانی قرار می‌گیرند (۷) و اینکه اضطراب با سردرگمی و تردید معنوی، ارتباط ناایمن با خداوند، تعصب و تنگ‌نظری معنوی و همچنین باورهایی نسبت به خدای کوچک که کمتر از کمال را نمی‌پذیرد مرتبط است (۲۲).

محدودیت‌های پژوهش

در این مطالعه چندین محدودیت وجود داشت از جمله محدودیت در انتخاب نمونه‌ها چون پسران دانشجوی جهت شرکت در جلسات آموزشی و درمانی حاضر به همکاری نبودند بالاجبار از دختران دانشجوی برای این پژوهش استفاده شد. با توجه به اینکه در این پژوهش از ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری متغیر وابسته استفاده شد، ممکن است شرکت‌کنندگان آگاهانه یا ناآگاهانه پاسخ خود را تحریف کرده باشند. بنابراین امید است در پژوهش‌های آتی از مصاحبه نیز در کنار ابزار استفاده گردد. عدم کنترل بعضی از متغیرها همچون وضعیت اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و ویژگی‌های شخصیتی شرکت‌کنندگان محدودیت دیگری بود که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت.

پیشنهاد‌های پژوهش

توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های آتی فرزندان پسر جانبازان مبتلا به PTSD نیز مورد مطالعه قرار گیرند. در صورت امکان در

The Effectiveness of Spiritual Therapy and Religious Coping Strategies Instruction on Reducing the Symptoms of Secondary PTSD Among Veterans' Children with PTSD

Behzad Aligohari¹, Khadijeh Abolmaali Hosseini *², Fariborz Dortaj³, Farhad Jamhari⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
4. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

* Corresponding author: abolmaali@riau.ac.ir

Abstract

Background and purpose: Evidence shows that spiritual coping methods are effective in helping people maintain and increase mental health in crisis situations. The aim of this study was to determine the effects of spiritual therapy and teaching coping strategies on reducing the symptoms of secondary trauma in the children of PTSD veterans.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with control and a one-month follow-up group. The statistical population included control students (children of PTSD veterans) in the Islamic Azad University of Roudehen Branch in 1397. First, based on the inclusion criteria, students with high scores in secondary trauma were identified and randomly assigned to three experimental groups and one control group (10 people in each group). Three experimental groups underwent spiritual therapy and religious coping strategies training, respectively, the third group did not receive any intervention as a control group. Participants completed the Secondary Stress Questionnaire (STS). After collecting and extracting the data, participants' scores were analyzed with the data by repeated measures multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that the effects of spirituality, therapy, and training of religious coping strategies in modulating and reducing the symptoms of secondary trauma were significant ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of the present study emphasize the need for spiritual therapy interventions, counseling, teaching religious coping strategies to families of PTSD veterans (in order to take more effective measures), organizing group spiritual therapy sessions, and coping strategies training programs for better and more effective relationships.

Keywords: *Spiritual therapy, Religious coping strategies, symptoms of Secondary PTSD, veterans' Children*

References

1. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne KN. Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational health science*. 2019 Sep;3(3): 297-336.
2. Frančišković T, Stevanović A, Jelušić I, Roganović B, Klarić M, Grković J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croatian medical journal*. 2007 Apr 15;48(2.):0-184.
3. Dekel R, Solomon Z. Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. *Combat stress injury: Theory, research, and management*. 2007; 34:137-57
4. Figley CR. Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C. R. Figley (Ed.), *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring* 1998; 15–28. Boca Raton, FL: CRC Press.
5. Heydari A, Bordbar MF, Ebrahimi M, Meshkinyazd A. The Impact of Spiritual Care Skills on Quality of Life in Spouses of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*. 2020 Dec; 9(4): 220.
6. Abolmaali Kh, AghaeiPour-Gavasaraei M, Kamal As. Comparison of The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques Training and Schemes Based Training on the Adjustment of Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Jundishapur Sci Med J* 2016; 15(2):187-200.
7. Johnson RA, Albright DL, Marzolf JR, Bibbo JL, Yaglom HD, Crowder SM, Carlisle GK, Willard A, Russell CL, Grindler K, Osterlind S. Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans. *Military medical research*. 2018 Dec;5(1):1-3.
8. Valipour Dehnou V, Motamedi R. assessing and comparing balance and flexibility among elderly men and women in the age group of 60-79 years. *Iranian Journal of Ageing*. 2018 Jul 10;13(2):210-21.
9. Jafari MT. Translation and interpretation of Nahj al-Balaghah. Tehran: Islamic Culture Publishing House. 1982;10:12-3.
10. Javadi Amoli A. Shari'a in the mirror of knowledge. Qom: Asra Publication; 2009.p.92. [In Persian]
11. Rabbani Golpayegani, Ali, *Theological Differences and Religions*, Qom, World Center of Islamic Sciences, First Edition, 1998, p.20.
12. Xu J. Pargament's theory of religious coping: Implications for spiritually sensitive social work practice. *British journal of social work*. 2016 Jul 1;46(5):1394-410.
13. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on the relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patients with cancer. *Evidence-Based Care*. 2011;1(1):51-62.
14. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. *Journal of Religion and Health*. 2021 Jan 6:1-42.
15. Maragh-Bass AC, Sloan DH, Alghanim F, Knowlton AR. A mixed-methods exploration of faith, spirituality, and health program interest among older African Americans with HIV. *Quality of Life Research*. 2021 Feb;30(2):507-19.
16. Kent BV, Davidson JC, Zhang Y, Pargament KI, VanderWeele TJ, Koenig HG, Underwood LG, Krause N, Kanaya AM, Tworoger SS, Schachter AB. Religion and Spirituality among American Indian, South Asian, Black, Hispanic/Latina, and White Women in the Study on Stress, Spirituality, and Health. *Journal for the scientific study of religion*. 2021 Mar;60(1):198-215.
17. Cornell NR. Factors Influencing the Likelihood of Using Religion as a Coping Mechanism in Response to Life Event Stressors. [Honors Theses]. Minnesota: College of Saint Benedict and Saint John's University. 2015.
18. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of palliative medicine*. 2009 Jun 1;12(6):537-45.
19. Pargament KI. Religion and coping: The current state of knowledge, in Folkman S., editor. (ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York: Oxford University Press, 2012.

20. Krause N. Church-based social support and health in old age: Exploring variations by race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2002 Nov 1;57(6): S332-47.
21. Hajizad R, Abdollahzadeh H, Gholami M. The Impact of Training Spiritual/religious Coping Skills on Level of Anxiety and Stress Coping Strategies of Patients with Type II Diabetes to Provide Nursing and Caring Strategies. *J Diabetes Nurs*. 2016; 4 (4) :72-83.
22. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 2000 Apr;56(4):519-43.
23. Allen GE, Richards PS, Lea T. Spiritually oriented psychotherapy for trauma and meaning making among ethnically diverse individuals in the United States. In *Reconstructing Meaning After Trauma* 2017 Jan 1 (pp. 83-100). Academic Press.
24. Richards PS, Worthington Jr EL. The need for evidence-based, spiritually oriented psychotherapies. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2010 Oct;41(5):363.
25. Bolhari J, Naziri GH, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2012 Mar 20;3(9):87-117.
26. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association; 2007.
27. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research methods in behavioral sciences*. Tehran, 2007
28. Bride BE, Radey M, Figley CR, Measuring compassion fatigue. *Clin Soc Work J*, 2007, 35, 155-163.
29. Ahmadi Kh, Rezapour Mirsaleh R, Davoodi F, and Saberi M. Evaluation of the validity and reliability of the Secondary Trauma Stress Scale (STSS) for measuring the symptoms of secondary PTSD in a sample of veterans' spouses. *Journal of Veteran Medicine*, 2012; 5(19): 57-47.
30. Brémault-Phillips S, Pike A, Scarcella F, Cherwick T. Spirituality and moral injury among military personnel: a mini-review. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Apr 29; 10:276.
31. Musisi S, Kinyanda E. Long-Term Impact of War, Civil War, and Persecution in Civilian Populations—Conflict and Post-Traumatic Stress in African Communities. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Feb 25; 11:20.
32. Sedmak C. Evidence-based dialogue: the relationship between religion and poverty through the lens of randomized controlled trials. *Palgrave Communications*. 2019 Jan 29;5(1):1-7.
33. Ter Kuile H, Ehring T. Predictors of changes in religiosity after trauma: Trauma, religiosity, and posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014 Jul;6(4):353.
34. Amiri H, Rezapour M, Nakhaee N, Nekoei-Moghadam M, Jahani Y. Patterns of traumatic events and its relations with posttraumatic growth and religiosity in Iranian college students. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10.
35. Shahabizadeh, F. Causal Model of Religious Coping strategy in crisis, The Role of Family functioning and Attachment to God. *Journal of Psychological Studies*, 2015; 11(2): 135-165. doi: 10.22051/psy.2015.1956
36. Ahmadi B, Shahabizadeh F, Khazaei M. The mediating role of religious confrontation in God-centered attachment styles and the mental health of children with disabilities. *Exceptional Education* 2012:110
37. Cooper LB, Bruce AJ, Harman MJ, Boccaccini MT. Differentiated styles of attachment to God and varying religious coping efforts. *Journal of Psychology and Theology*. 2009 Jun;37(2):134-41.
38. Hajizad R, Abdollahzadeh H, Gholami M. The Impact of Training Spiritual/religious Coping Skills on Level of Anxiety and Stress Coping Strategies of Patients with Type II Diabetes to Provide Nursing and Caring Strategies. *J Diabetes Nurs*. 2016; 4 (4) :72-83 URL: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-196-fa.html>
39. Ranjbar Soodjani, Sharifi K, Khazaei U. The effect of spiritual skills training on anxiety thoughts of methadone-treated adolescent girls, *Social Health and Addiction in the third year of autumn* 2016:11