

صفحات ۱۱۴ - ۸۷

اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ

سمیه علیرضایی مقدم بجستانی^۱

فرح لطفی کاشانی^۲

فریبرز باقری^۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین مشکلات ناشی از جنگ برای افراد درگیر با آن ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه یا PTSD است که با پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی، مخرب و بلندمدتی برای فرد آسیب دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند همراه است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ است.

روش بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش را کلیه همسران جانبازان مبتلا به PTSD بنیادشهید و امور ایثارگران تهران بزرگ تشکیل داده‌اند. نمونه مورد نظر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج از بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD انتخاب شد که در مجموع ۲۴ نفر از همسران جانبازان مبتلا به PTSD به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه، به عنوان گروه آزمایشی معنویت درمانی (۱۲ نفر)، گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. سپس پرسشنامه SCL 25 فرم کوتاه شده‌ی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی فهرست نود نشانه‌ای یعنی SCL-90-R، توسط دو گروه تکمیل شد. گروه آزمایشی معنویت درمانی طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله و آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله و آموزش دریافت ننمود. پس از اتمام دوره درمانی هر دو گروه مجدداً مورد

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران
۲ دپارتمان روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).

Lotfi.kashani@gmail.com

۳ دانشیار گروه روانشناسی بالینی و عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

آزمون فوق‌ترار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس نشان داد که معنویت درمانی بر کاهش نشانگان روانی (علائم جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پارانوئیا، روانپریشی) همسران جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر می‌باشد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر معنویت بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان PTSD اثرگذار است.

واژگان کلیدی

همسران جانبازان مبتلا به PTSD - معنویت درمانی - نشانگان اختلال روانی

مقدمه

تاریخ، گواه بروز انواع ضربه‌ها و فاجعه‌های تکان‌دهنده، بعنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان‌ها بوده است و جنگ بعنوان یک پدیده خانمان‌برانداز و ویران‌کننده، یکی از این فاجعه‌هاست. پدیده‌ای که مشکلات ناشی از آن در زمینه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از چنان گستردگی برخوردار است که اثرات سوء آن سالیان متمادی، گریبان‌گیر کشورهای جنگ‌زده می‌شود. یکی از نشانگانی که در مطالعات مربوط به آسیب‌های روانی پس از جنگ جایگاه ویژه‌ای دارد، اختلال استرس پس از ضربه^۱ است (نات، دیویدسون و زهار^۲، ۲۰۰۰). این اختلال از جمله اختلالات بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده روانپزشکی می‌باشد که براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM5)، جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس می‌باشد که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: ۱- مزاحمت‌ها ۲- اجتناب پایدار از محرک‌های مرتبط با رویداد(های) آسیب‌زا، ۳- تغییرات منفی در شناخت و خلق و ۴- تغییرات چشمگیر در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیس یانس و عرب قهستانی، ۱۳۹۳). معمولاً افرادی که دچار PTSD می‌شوند، تحریک‌پذیری، گوش به زنگ بودن در حد افراط، ازجا پریدن و رؤیاهای آشفته‌ای دارند که به روابط اجتماعی آنها آسیب می‌رساند. ناسازگاری‌های زناشویی، عدم رضایت شغلی، حالات ناامیدی، درماندگی و احساس تهدید مداوم در آنها دیده می‌شود. مطالعات انجام شده بر روی علائم PTSD نشان داده است که این علائم می‌تواند بر روی روابط خانوادگی تأثیر منفی بگذارد و در برخی موارد خانواده‌های جانبازان را در شرایط درماندگی و بی‌پناهی قرار دهد. این وضعیت با طولانی شدن اختلال جانباز، بر همسر و خانواده وی آسیب‌های روانی جدی وارد می‌کند (کاظمی، بنی‌جمالی، احدی و هم کاران، ۱۳۹۱). از آنجا که رابطه با همسر عنصر اصلی زندگی عاطفی و احساسی فرد تلقی می‌شود اولین شخصی که مستقیماً

1 Post Traumatic Stress Disorder

2 Nutt & Davidson & Zohar

در معرض آسیب ثانویه و مشکلات روانشناختی وابسته به آن قرار می‌گیرد همسر فرد مبتلا به اختلال است. پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که همسران افراد مبتلا به PTSD علائمی شبیه به علائم همراه با PTSD را از خود بروز می‌دهند که این علائم با مشکلاتی از قبیل برانگیختگی و تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب، جسمانی شدن، خصومت، عقاید و باورهای ناکارآمد و نقص در کارکردهای اجتماعی همراه است. (تافت و نیلز^۱، ۲۰۰۴). پژوهش‌های بسیاری حاکی از آن است که به دلیل تأثیرات ناشی از آسیب، بسیاری از اختلالات روان‌شناختی در بین اعضای خانواده افراد مبتلا به PTSD و به ویژه در همسران آن‌ها شایع است. پرایس^۲ و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهشی با عنوان "همسران سربازان PTSD، مراقبت‌کنندگان و مشکلات مربوط به آن‌ها"، گزارش نمودند که علائم PTSD، اثرات منفی ای بر روی ارتباطات خانوادگی وارد می‌سازد. پژوهش‌های انجام شده بر روی خانواده‌های افراد مبتلا به PTSD، در داخل کشور نیز حاکی از آن است که این افراد از مشکلات روانشناختی عدیده‌ای رنج می‌برند. برهانی (۱۳۸۰) در یک مطالعه‌ی توصیفی بر روی ۲۵۰ نفر جانباز و همسران آن‌ها، گزارش نمود که اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، اختلال‌های انطباقی و اختلال در روابط بین فردی در این خانواده‌ها چشمگیر بوده است.

یکی از معضلات قرن حاضر آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در روابط انسانی است. مطالعات معنوی در روان‌شناسی در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۹۱). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزونی توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. از سوی دیگر با توجه به نقشی که معنویت در نگرش افراد نسبت به زندگی آن‌ها ایفا می‌کند و ارتباطی که

1 Taft & Niles

2 Prise

با مسائل جسمی افراد دارد، انجام پژوهش‌هایی در جهت آشنایی با مداخلاتی که متغیرهایی نظیر امید به زندگی، ارزشمندی زندگی و... را بهبود می‌بخشد از اهمیت بسزایی برخوردار است. پیداست که نیاز بشر تنها به دستیابی به مادیات، رفاه، تجمل و مصرف نوعی پاسخ داده نمی‌شود. نسل امروز خلأ معنویت را در روح و روان و حیات خویش احساس کرده و به دنبال یافتن گمشده‌ی خویش در وادی تحیر گام می‌زند و از آنجا که معنویت بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می‌دهد، تأثیر مهمی بر سلامت و بهزیستی آنان دارد. تحقیقات جدید نشان داده‌اند که برخلاف آنچه در قرن بیستم تصور می‌شد، گرایش‌های معنوی می‌توانند نقش مثبتی بر ارتقای سلامت روان داشته باشند. (آرگایل^۱، ۲۰۰۲؛ سلینگمن^۲، ۲۰۰۲).

تجارب شخصی نشان می‌دهد که در ایران نیز بسیاری از اختلالات روانی، عاطفی و حتی شخصی، در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود؛ برای نمونه، اختلال‌هایی مانند وسواس، افسردگی، احساس گناه، تعارض‌های درونی و بین فردی، در تعامل با باورها و نگرش‌های مذهبی قرار دارد؛ بنابراین می‌توان راهبرد معنوی را نوعی ابزار مکمل در کنار رویکردهای دیگر در نظر گرفت و از آن با دقت و حساسیت ویژه‌ای استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴). استفاده از معنویت در گروه درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حائز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت مؤثر باشد (روهیم و گرین برگ^۳، ۲۰۰۷). بنابراین اهمیت و ضرورت طرح موضوع معنویت از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه‌ی انسان‌شناسی توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند. (سهرابی، ۱۳۸۷). معنویت یک کیفیت روانی

1 Argyle

2 Seligman

3 Revheim N & Greenberg

است که فراتر از باورهای مذهبی است و در انسان ایجاد انگیزه می‌کند، فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنای زندگی را دریافته است؛ حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد بعد معنوی، انسان را وامی‌دارد تا درباره خلقت و جهان لایتناهی تفکر کند. زمانی این بعد مهم در زندگی برجسته و مهم می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری شدید و مرگ قرار گیرد. بر اساس جدیدترین پژوهش‌های جامعه‌شناختی ۹۵٪ انسان‌ها به وجود خداوند ایمان دارند (کرمانی مامازندی و دانش، ۱۳۹۰).

با توجه به هزاران جانباز مبتلا به PTSD در ایران و لزوم رسیدگی به مسائل این گروه که به نوعی صاحبان انقلاب نیز هستند، بررسی این موضوع به صورت علمی و کاربردی ضرورت دارد، همچنین ضرورت این پژوهش در ابعاد آسیب‌شناسی خانواده‌های جانبازان PTSD، پیشگیری از انتقال علائم اختلال PTSD به همسران و فرزندان، تلاش برای ارتقای بهداشت روانی این خانواده‌ها و پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی بر فرزندان این خانواده‌ها از طریق کمک به مادران، بیشتر احساس می‌گردد. از طرفی با توجه به اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که معنویت نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا می‌کند، اهمیت این تحقیق از این روست که سعی دارد معنویت را در سطح زندگی انسانی و هرچه بهتر کردن آن مورد بررسی قرار دهد. عاملی که سنخیت بالایی با روانشناسی بومی جامعه ایران دارد. در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی فرد، تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی شخص موجب تداوم آثار درمانی می‌شود. همسران جانبازان مبتلا به PTSD، این قربانیان فراموش شده، بر اساس پابندی به اصول، مبانی و ارزش‌های اخلاقی و انسانی، بر مراقبت و پرستاری از همسران خود تمرکز کرده و خود در معرض آسیب‌های جدی قرار گرفته‌اند. وجود تحقیقات اندک نظام‌دار در رابطه با بررسی اثربخشی مداخله‌های آموزشی-درمانی، در بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD، به این معناست که بسیاری از سؤالات، در خصوص چنین مسائلی بی‌پاسخ مانده است. لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD،

صورت بندی گردید تا به این سوال پژوهشی پاسخ داده شود که: آیا معنویت درمانی بر کاهش نشانگان روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD تاثیر گذار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. همچنین این پژوهش، کاربردی و از نوع مداخله ای می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل همسران جانبازان مبتلا به PTSD بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ در سال ۱۳۹۵ می باشد. نمونه مورد نظر به شیوه نمونه گیری در دسترس و در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج از بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD انتخاب شد. نمونه آماری پژوهش حاضر متناسب با روش تحقیق که از نوع روش نیمه آزمایشی می باشد، ۲۴ نفر است که به طور تصادفی در دو گروه، به عنوان گروه آزمایشی معنویت درمانی (۱۲ نفر)، گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. همچنین، پیش از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی معنوی)، آزمودنی های انتخاب شده در هر دو گروه در پیش آزمون اقدام به پر کردن ابزار پژوهش (مقیاس SCL ۲۵) کردند. گروه آزمایشی طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر مبنای پروتکل معنویت درمانی وزیر، لطفی کاشانی و اکبری (۱۳۹۶)، به طور هفتگی تحت مداخله معنوی گروهی قرار گرفت. در گروه کنترل هیچ مداخله ای اعمال نشد. پس از اتمام جلسات درمانی پس آزمون روی دو گروه اجرا شد. شرایط لازم برای شرکت کنندگان در جلسه های درمان عبارت بودند از: جنسیت مونث، همسر جانباز PTSD، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات ابتدایی و بالاتر و ابراز تمایل فرد برای شرکت در گروه.

پروتکل معنویت درمانی

این طرح درمانی مشتمل بر ۱۱ جلسه (۱ جلسه در هفته) به مدت ۹۰ دقیقه است (وزیری، لطفی کاشانی و اکبری، ۱۳۹۶)

جلسات	عنوان جلسه	اهداف	مراحل اجرایی	شرح جلسات
اول	آشنایی و	الف) آشنایی اعضا	۱. تدارک جلسه	طرح سوال معنویت

<p>چيست؟ آيا به وجودی لايزال معتقد هستيد؟ در مقابل اين نير و چع کاری دوست داری انجام دهيد؟ چه کاری انجام می دهيد؟ اعمالی که انجام می دهيد چه احساسی در شما ايجاد می کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ايجاد می کند؟ نام ببريد. اين اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آن ها چطور به شما کمک می کند؟ آيا تا بحال شده که اين کارها برای شما مشکل ايجاد کند؟</p>	<p>۲. خوش آمدگویی به اعضاء گروه ۳. معرفی اعضاء به يکديگر ۴. توضيح دادن اهداف درمان ۵. بيان قوانين گروه ۶. زمينه سازی و چالش یاد آوری ۷. جمع بندی جلسه ۸. مقدمه کوتاه در مورد عنوان جلسه بعدی ۹. ارائه تکليف خانگی ۱۰. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی</p>	<p>ء با يکديگر، اطلاع از دلایل تشکيل گروه ب) چالش یادآوری (آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعريف ان از نظر هر يک از اعضاء، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و فراهوانی ادراک و باور درمانجویان در مورد معنویت)</p>	<p>زمينه سازی</p>	
<p>زمان هایی که يک احساس خاص مبنی بر معنویت به شما دست داده است، چه حالتی داشتيد؟ اين حالت ها از کجا می آیند؟ اين حالت ها چه احساسی به ما می دهند؟</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. بررسی وضعیت گروهی ۴. مرور جلسه اول ۵. تامل در مورد تکليف</p>	<p>درون نگری</p>	<p>درون نگری و توصيف</p>	<p>دوم</p>

	<p>۶. معرفی جلسه دوم (درون نگری) ۷. تمرین درون نگری ۸. جمع بندی جلسه ۹. ارائه تکلیف خانگی ۱۰. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی</p>			
<p>منبع ترس و اضطراب چیست؟ ترس و اضطراب نتیجه چیست؟ چرا می ترسیم یا اضطراب داریم؟ از چه چیزی می ترسیم؟ چه چیزی در ما اضطراب ایجاد می کند؟ منبع آرامش چیست؟ چگونه می توان احساس آرامش کرد؟ چرا بشر با وجود همه تلاشی که برای بدست آوردن آرامش می کند هنوز به آرامش واقعی نرسیده است؟ چطور می توانیم به آرامش برسیم؟ چه چیزهایی از رسیدن به آرامش جلوگیری می کند؟</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. بررسی وضعیت گروهی ۳. مرور جلسه دوم ۴. تامل در مورد تکالیف ۵. معرفی جلسه سوم، منابع ترس و اضطراب و مقابله با آنها ۶. تمرین شناخت ترس و اضطراب و کسب آرامش ۷. جمع بندی جلسه ۸. ارائه تکلیف</p>	<p>یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آنها</p>	<p>منابع ترس و اضطراب و منابع مادر مقابل آنها</p>	<p>سوم</p>

<p>انسان‌های آرام چگونه انسان‌هایی هستند؟</p>	<p>خانگی ۹. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی</p>			
<p>پایان ناپذیری چیست؟ آیا مطلقاً تمام می‌شویم؟ چگونه می‌توان احساس پایان ناپذیری کرد؟ از زندگی چه ارث برده ایم؟ چه ارثی در زندگی باقی خواهیم گذاشت؟ چه چیزهایی از ما به ارث باقی می‌ماند؟ ارث‌های ما چه احساسی رویدیگران می گذارد؟ ارث مبتنی بر مهر و مبتنی بر کین چیست؟</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. بررسی وضعیت گروهی ۴. مرور جلسه ی سوم ۵. تامل در مورد تکالیف ۶. معرفی جلسه ی چهارم، پایان ناپذیری و میراث ۷. تمرین پایان ناپذیری و ارث ۸. جمع بندی جلسه ۹. ارایه تکلیف خانگی ۱۰. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۱. دعای پایان جلسه</p>	<p>فهم پایان ناپذیری و ارث ما</p>	<p>پایان ناپذیری و ارث</p>	<p>چهارم</p>

<p>مهر و کین چیستند؟ مهر یا کین کدامیک کوجب آرامش ما می شود؟ چگونه می توان مرورزی کرد؟ مهرورزی چه نتایجی به بار می آورد؟ مهر یا کین چه احساسی روی دیگران می گذارد؟</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین ۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه چهارم ۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه پنجم، ارث برمدارمهر و ارث برمدارکین ۸. تمرین مهر و پرهیز از کین ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۲. دعای پایان جلسه</p>	<p>فهم نتایج کینه توی و مهرورزی</p>	<p>ارث برمدارمهر و ارث برمدارکین</p>	<p>پنجم</p>
<p>پیامد رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و یا کینه جویی چه تاثیری در خودمان می</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین</p>	<p>محاسبه و مراقبه</p>	<p>مراقبه</p>	<p>ششم</p>

<p>گذارد؟ پیامد رفتار مبتنی بر مهرورزی و یا کینه جویی ما چه تاثیری در دیگران می‌گذارد؟ پیامد رفتارهای مبتنی بر مهرورزی و یا کینه جویی ما چه تاثیری در دنیا می‌گذارد؟ مهرورزی و یا کینه جویی ما چه تاثیری در خودمان، دیگران و دنیا می‌گذارد؟ چگونه می‌توانیم رفتارهایمان را بر مدار مهرورزی نگه داریم؟ چگونه می‌توانیم رفتارهایمان را از مدار کین دور نگه داریم؟</p>	<p>۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه پنجم ۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه ششم، محاسبه، مراقبه ۸. تمرین محاسبه و مراقبه ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۲. دعای پایان جلسه</p>			
<p>دنیا و سختی‌های آن اسباب رسیدن ما به مقصودی هستند که شاید هیچ‌گاه نتوانیم به آن‌ها پی ببریم، وصال مجنون به لیلی به شرط آن که ما واقعا مجنون باشیم. انسان همواره در رنج</p>	<p>۱. تدارك جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین ۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه ششم</p>	<p>یادآوری قدرت درونی انسان بر صبر بر سختی‌ها</p>	<p>صبر</p>	<p>هفتم</p>

<p>است، پس صبر بر مشکلات لازمه حیات است. تعریف شما از صبر چیست؟ چرا باید صبر کنیم؟ تا بحال در چه مواردی صبر کرده اید؟ تجربیات شما از صبر کردن چه بوده است؟ این صبر چه تاثیری برای شما داشته اند؟ نتایج حاصل از آنها برای شما چه بوده است؟ تجربه ای از عدم صبر کردن دارید؟ نتیجه آن برای شما چه بوده است؟</p>	<p>۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه هفتم، صبر ۸. تمرین صبر ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۲. دعای پایان جلسه</p>			
<p>چگونه و خودمان و دیگران را ببخشیم و خشممان را حل و فصل کنیم؟ بخشودگی را چگونه در خودمان پایدار نگه داریم؟ چگونه رویدادها را بپذیریم؟ حل و فصل خشم و بخشودگی چگونه بدست می آید؟ بخشودگی یعنی چه؟ چگونه می توانیم مسئله ببخشیم و خشممان را حل و فصل کنیم؟ چگونه می توان سودمندی</p>	<p>۱. تدارک جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین ۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه هفتم ۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه هشتم، بخشش و حل و فصل خشم ۸. تمرین بخشش و</p>	<p>افزایش بخشش و حل و فصل خشم معظوف به خود، دیگران و دنیا، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسئولانه و سودمندی شخصی و اجتماعی</p>	<p>بخشش و حل و فصل خشم</p>	<p>هشتم</p>

<p>شخصی و اجتماعی خود را افزایش دهیم؟ بخشش و حل و فصل کردن خشم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟</p>	<p>حل و فصل خشم ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۲. دعای پایان جلسه</p>			
<p>کسی که حاکمیت جهان به دست اوست بهتر از ما می‌داند و خودش به بهترین نحو ممکن اداره می‌کند. او نفع ما را می‌داند و عالم بر دایره حکمت او می‌گردد. نظرتان در مورد توکل چیست؟ آیا در زندگی فقط به تلاش خودتان تکیه می‌کنید؟ چه تجربیاتی از توکل کردن بر خدا داشته‌اید؟ چه اتفاقی افتاده است؟ آیا به آن فکر کرده‌اید؟ آیا وقتی متول شده‌اید آرامش داشته‌اید؟ آیا راضی بوده‌اید؟</p>	<p>۱. تدارك جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین ۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه هشتم ۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه نهم، توکل ۸. تمرین توکل ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز</p>	<p>اعتماد کردن به نیروی لایزال الهی و آرام گرفتن</p>	<p>توکل</p>	<p>نهم</p>

	و ساعت جلسه بعدی			
	<p>۱. تدارك جلسه ۲. اهداف جلسه ۳. دعای آغازین ۴. بررسی وضعیت گروهی ۵. مرور جلسه نهم ۶. تامل در مورد تکالیف ۷. معرفی جلسه دهم، محاسبه، مراقبه و پایداری ۸. تمرین محاسبه و مراقبه ۹. جمع بندی جلسه ۱۰. ارائه تکلیف خانگی ۱۱. یادآوری روز و ساعت جلسه بعدی ۱۲. دعای پایان جلسه</p>	<p>افزایش خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا، اقدام مسئولانه، سودمندی شخصی و اجتماعی</p>	<p>محاسبه، مراقبه و پایداری</p>	<p>دهم</p>
<p>بطور کلی نظرتان در مورد این دوره چه بود؟ چه تجرباتی برایتان حاصل</p>		<p>جمع بندی جلسات پیش و بازخورد گرفتن</p>	<p>اختتامیه</p>	<p>یازدهم</p>

<p>شد؟ رضایت شما چگونه بود؟ بهترین تجربه شما چه بود؟ آیا نارضایتی ای داشته اید؟ چه چیز باعث آن شده بود؟ آرزوی سلامتی برای همه اعضای گروه و اطمینان دادن از پاسخ‌گویی تلفنی برای مسائل شخصی بعد از پایان این دوره</p>			
--	--	--	--

ابزار

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. به این منظور برای جمع-آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی نشانگان اختلالات روانی (مقیاس ۲۵ SCL)، فرم کوتاه شده‌ی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی فهرست نود نشانه‌ی ای یعنی SCL-۹۰-R می‌باشد که توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تهیه گردیده، استفاده شده است. نجاریان و داودی (۱۳۸۰) بر اساس مقیاس SCL-۹۰-R، مقیاس ۲۵ SCL را که یک مقیاس تک عاملی می‌باشد و دارای ابعاد نه گانه و (ماده‌های اضافی)، شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی می‌باشد را تهیه کردند. این مقیاس نیز یک ابزار خودگزارشی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی می‌باشد. همبستگی میان این دو مقیاس ۰/۹۵ است. دامنه ضرایب همبستگی این دو مقیاس از ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ می‌باشد. در مطالعه‌ی نجاریان و سودانی (۱۳۷۹)، به نقل از داودی و نجاریان، (۱۳۸۰)، پایایی SCL-۲۵ از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب آماری بازآزمایی بر روی ۳۱۲ دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بررسی گردید. ضریب اعتبار به شیوه‌ی بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه‌ی همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است. در پژوهش عسگری (۱۳۸۶) ضرایب پایایی این مقیاس به روش‌های آلفای کرونباخ، اسپیرمن-براون و گاتمن محاسبه گردید.

این ضرایب به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بودند که نمایانگر پایایی نسبتاً خوب آزمون می باشد. جهت بررسی روایی این آزمون نیز مطالعاتی صورت گرفته است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). در این مطالعات، همبستگی SCL-۲۵ با مقیاس اضطراب عمومی^۱ ANQ برابر ۰/۶۹، با پرسشنامه ی افسردگی بک برابر ۰/۴۹، با مقیاس کمال گرایی اهواز برابر ۰/۶۶ و با مقیاس سرسختی برابر ۰/۵۶- گزارش شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشند. همچنین همبستگی بین این مقیاس با SCL-۹۰ برابر ۰/۹۷ گزارش شده است.

یافته ها

جدول ۱ شاخص های توصیفی شدت کلی و ابعاد علایم مرضی در گروه ها

متغیر		کنترل				معنویت			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
۰.۵۳۹	۲.۶۵	۰.۵۳۹	۲.۶۳	۰.۵۷۸	۰	۰.۶۷۹	۳.۶۱	۰.۸۰۷	۲.۸۳
۰.۹۰۴	۳.۳۱	۰.۹۰۴	۳.۲۸	۰.۸۸۶	۰	۰.۶۵۸	۳.۵۳	۰.۴۵۲	۲.۴۲
۰.۷۹۶	۳.۲۲	۰.۷۹۶	۳.۲۲	۰.۷۵۶	۰	۰.۶۶۴	۳.۰۶	۰.۶۵۱	۱.۶۷
۰.۷۰۱	۲.۹۲	۰.۷۰۱	۲.۹۶	۰.۹۴۰	۰	۰.۸۸۲	۳.۶۳	۰.۷۵۴	۱.۷۵
۰.۶۵۸	۲.۸۶	۰.۶۵۸	۲.۸۳	۰.۶۱۱	۰	۰.۷۵۸	۳.۸۶	۰.۹۷۹	۲.۵۰
۰.۶۴۹	۱.۹۴	۰.۶۴۹	۱.۹۷	۰	۰	۰.۸۲۲	۲.۵۳	۰.۷۲۶	۱.۷۵

¹ Anxiety Questionnaire

				۰.۶۴۳				
پارانویا	۳.۳۳	۱.۰۷	۳.۲۵	۱.۰۵	۲.۲۵	۱.۱۳	۱.۵۰	۰.۶۷۴۰
		۳		۵		۸		
روان پریش	۲.۳۱	۰.۸۰۹۰	۲.۲۵	۰	۲.۶۹	۰.۸۳۴۰	۱.۸۶	۰.۶۲۶۰
				۰.۷۸۰				
شدت کلی علایم	۲.۸۱	۰.۴۵۴۰	۲.۷۷	۰	۳.۰۸	۰.۵۲۸۰	۲.۰۳	۰.۴۹۸۰
				۰.۴۹۶				

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون شدت کلی علایم به ترتیب برابر با ۲.۸۱ و ۰.۴۵۴ و در پس‌آزمون ۲.۷۷ و ۰.۴۹۶ است. میانگین و انحراف نمرات گروه معنویت در پیش‌آزمون شدت کلی علایم به ترتیب برابر با ۳.۰۸ و ۰.۵۲۸ و در پس‌آزمون ۲.۰۳ و ۰.۴۹۹ است. همچنین پایین‌ترین میانگین گروه کنترل در پیش‌آزمون مربوط به بعد ترس مرضی (۱.۹۴) و بالاترین میانگین در بعد وسواس فکری/عملی (۳.۳۱) است. در گروه معنویت درمانی نیز پایین‌ترین میانگین در پیش‌آزمون مربوط به پارانویا (۲.۲۵) و بالاترین میانگین مربوط به اضطراب (۳.۸۶) است. در پس‌آزمون پایین‌ترین میانگین در گروه کنترل مربوط به بعد ترس مرضی (۱.۹۷) و بالاترین میانگین مربوط به بعد وسواس فکری/عملی (۳.۲۸) است. در گروه معنویت درمانی نیز پایین‌ترین میانگین در پس‌آزمون مربوط به بعد پارانویا (۱.۵۰) و بالاترین میانگین در بعد جسمانی (۲.۸۳) است.

جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس در شدت کلی علایم و خرده‌مقیاسها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
گروه (شدت کلی علایم)	۵.۱۳۲	۱	۵.۱۳۲	۵۴.۲۲۸	۰.۰۰۱	۰.۷۲۱۰
خطا	۱.۹۸۷	۲۱	۰.۰۹۵۰			
گروه (جسمانی)	۱.۵۷۹	۱	۱.۵۷۹	۹.۸۲۷	۰.۰۰۷	۰.۴۱۲

۰.۳۴۱	۰.۰۱۷	۷.۲۵۶	۲.۰۵۰	۱	۲.۰۵۰	وسواس فکری/عملی
۰.۵۳۸	۰.۰۰۱	۱۶.۲۸۶	۵.۷۷۳	۱	۵.۷۷۳	حساسیت در روابط
۰.۴۷۲	۰.۰۰۳	۱۲.۴۹۱	۴.۷۵۰	۱	۴.۷۵۰	افسردگی
۰.۴۷۰	۰.۰۰۳	۱۲.۴۰۹	۲.۱۲۹	۱	۲.۱۲۹	اضطراب
۰.۱۱۶	۰.۱۹۶	۱۸۴۰	۰.۳۹۹۰	۱	۰.۳۹۹۰	ترس مرضی
۰.۳۲۱	۰.۰۲۲	۶.۶۲۲	۲.۱۷۸	۱	۲.۱۷۸	پارانویا
۰.۰۳۴	۰.۴۹۷	۰.۴۸۷	۰.۰۶۴۰	۱	۰.۰۶۴۰	روان پریشی
			۰.۱۶۱۰	۲۳	۲.۲۴۹	خطا(جسمانی)
			۰.۲۸۲۰	۲۳	۳.۹۵۵	وسواس فکری/عملی
			۰.۳۵۴۰	۲۳	۴.۹۶۳	حساسیت در روابط
			۰.۳۸۰۰	۲۳	۵.۳۲۴	افسردگی
			۰.۱۷۲۰	۲۳	۲.۴۰۲	اضطراب
			۰.۲۱۷۰	۲۳	۳.۰۳۲	ترس مرضی
			۰.۳۲۹۰	۲۳	۴.۶۰۶	پارانویا
			۰.۱۳۲۰	۲۳	۱.۸۵۲	روان پریشی

جدول ۲ نشان می دهد که بین گروه ها از نظر شدت کلی علایم مرضی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۷۲۱ و در حد زیاد است. به عبارت دیگر، در حدود ۷۲ درصد نمره کل شدت کلی علایم مرضی ناشی از تاثیر معنویت درمانی است. از این رو، فرضیه اول پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. همچنین بین گروه ها از نظر علایم جسمانی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۴۱۲ و در حد اندک به بالاست. بین

گروه‌ها از نظر وسواس فکری/عملی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۳۴۱ و در حد اندک به بالاست. بین گروه‌ها از نظر حساسیت در روابط بین فردی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۵۳۸ و متوسط به بالاست. بین گروه‌ها از نظر افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۴۷۲ و در حد نزدیک به متوسط است. بین گروه‌ها از نظر اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۴۷۰ و در متوسط است. بین گروه‌ها از نظر پارانوئیا تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۳۲۱ و اندک به بالاست. بین گروه‌ها از نظر روانپریشی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰/۳۰۷ و اندک به بالاست. بین گروه‌ها از نظر ترس مرضی تفاوت معنی داری وجود دارد، اندازه اثر ۰.۱۱۶ و در حد پایین است. مقایسه‌های اندازه اثرات نشان می‌دهد که بیشترین تاثیر به ترتیب در حساسیت در روابط بین فردی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ جسمانی؛ وسواس فکری/عملی؛ پارانوئیا؛ ترس مرضی و روانپریشی است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش، مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش نشانگان روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD نشان داد که معنویت درمانی در کاهش نشانه‌های علائم جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پارانوئیا، روانپریشی مؤثر می‌باشد. این یافته، با مطالعات مولایی و همکاران (۱۳۹۴)، کیانی و همکاران (۱۳۹۴)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲)، موریتز و همکاران (۲۰۱۱)، پیتیت و همکاران (۲۰۱۲)، هریس^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، همسو است. در راستای این یافته، در پژوهش مولایی و همکاران (۱۳۹۴)، که به بررسی کارآمدی شناخت درمانی مذهب محور بر کاهش نشانه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پرداختند، یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور نشانه‌های روانشناختی همه ابعاد مقیاس ۲۵-SCL به جز روان گسستگی، جسمانی سازی و وسواس فکری-عملی را کاهش می‌دهد. همچنین یافته‌های پژوهش، کیانی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد که مداخله معنوی بر افزایش سلامت روان کلی مؤثر است؛ همچنین این مداخله در خرده مقیاس‌های

سلامت روان شامل سطوح جسمانی سازی، اضطراب و بد خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیماران مؤثر بوده است. لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی به اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. در مطالعه هریس و همکاران (۲۰۱۱)، که به بررسی مداخله یکپارچه معنوی در جانبازان مبتلا به PTSD پرداختند، یافته ها حاکی از کاهش معنادار آماری و بالینی در نشانه های PTSD در میان جانبازان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود. پیتیت^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داده که مداخلات مذهبی معنوی، به دلیل تأثیر بازدارندگی معنویت و مذهب در برابر ابتلای به اختلالات روانی به خوبی می توانند از سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان در برابر افسردگی و اضطراب محافظت کنند. همچنین موریتز^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی تأثیر آموزش معنویت بر درمان افسردگی عمده را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که آموزش معنویت به عنوان یک درمان غیر دارویی به طور معناداری باعث کاهش شدت افسردگی می شود.

در همه ی پژوهش های مطرح شده نتایج موید اثربخشی معنویت درمانی در کاهش نشانگان روانی بوده است، البته در هر پژوهش تعدادی از نشانگان روانی تحت تأثیر معنویت درمانی کاهش یافته اند در حالی که در پژوهش حاضر همه نشانگان روانی تحت تأثیر معنویت درمانی کاهش یافته اند که می توان تفاوت را در نمونه آماری پژوهش حاضر با دیگر پژوهش ها دانست. شایع ترین تبیین ها در اینکه معنویت چگونه بر کاهش نشانگان روانی اثربخش می باشد این است که معنویت موجب دادن هادی در تصمیم گیری ها و فشارها می گردد، برای معتقدین خود، حمایت اجتماعی در جنبه های انسانی و الهی تأمین می کند، مثبت نگری و خوش بینی ایجاد کرده، معنا و هدفداری در زندگی ایجاد می کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می کند،

1 Peteet

2 Moritz

توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید (بوالهروی، ۱۳۸۹).

از طرفی، اعتقاد به خدا نیز به انسان قدرت می‌دهد و افراد معتقد باور می‌کنند که در مقابل مشکلات، تنها نیستند و خدا یار و یاور آنهاست. به عبارت دیگر افراد معتقد، مشکلات خود را به کمک کنترل با وساطت خدا حل می‌کنند. شاید ظاهر امر این طور باشد که این گروه از انسان‌ها گرایش بیرونی دارند ولی این طور نیست. آنها معتقد نیستند خدا مشکلاتشان را حل می‌کند بلکه معتقدند حمایت و پشتیبانی خدا به آنان نیرو و امید می‌دهد تا به اهدافشان برسند. این نوع باورها به انسان کنترل درونی می‌دهد (شیمان^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). مهمترین عامل مربوط به تأثیر معنویت درمانی، در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌های جدید ارزیابی نموده، حس قویتری از کنترل بر واقعه داشته باشد. احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند نموده و به دنبال آن موجب ارتقای سلامت روانی می‌گردد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱). اعمال مذهبی سازمان یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تأمین می‌کند. عقاید و فعالیتهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، اضطراب و استرس زندگی را کم کنند (راسیک و همکاران، ۲۰۱۱).

یک توجه احتمالی در تبیین اثربخشی معنویت درمانی این است که وقتی افراد معتقدند که منبعی از قدرت و انرژی وجود دارد که آن‌ها را دوست می‌دارد و می‌توانند به آن تکیه کنند و هر زمان که بخواهند قادر هستند با او سخن بگویند، احساس خود مهارگری برای وقایع پیدا می‌کنند، و کمتر دچار ترس و نگرانی از مشکلات می‌شوند و راحت تر با آن کنار آمده و کمتر دستخوش افکار و هیجان‌های منفی می‌شوند. انسان

هنگام مناجات به خداوند پناه می برد و بازگو کردن مشکلات اضطراب زا، سبب تخلیه هیجانی، اطمینان به خویشتن، حس امیدواری، احساس امنیت و ایجاد آرامش در فرد می شود. (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۳).

ذر تبیین اثربخشی معنویت درمانی گروهی می توان چنین گفت که وجود محیط امنی که بتوان در آن به بیان احساسات منفی خود پرداخته و بر نیروی الهی در کمک به سعادت روحانی و معنوی خود تمرکز نمایند، می تواند در کاهش اضطراب مؤثر باشد. همچنین ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی گرایانه خود می تواند نقش عمده ای در ثبات خلق و بهزیستی هیجانی افراد ایفا نماید و مهارتهای ایمانی مانند نیایش، ذکر و درگیری در فعالیتهای لذت بخش معنوی باعث تغییرات خلقی و رفتاری مطلوب می گردد (کیانی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین به اعتقاد فونتولاکیس، سیامولی، مگیریا و کاپرینیس^۱ (۲۰۰۸)، باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت ها مسلط و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیتها را کاهش می دهد؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می توان موقعیتهای غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد.

پژوهش ها نشان داده اند که معنویت و مذهب موجب القا امیدواری، هدف و معنی در زندگی می شود و انسجام اجتماعی را افزایش می دهد. علائم عمومی روانپزشکی، افکار پارانوئیدی و حساسیت بین فردی را کاهش می دهد. افراد تحت مداخله با نگرش مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای پرهیز می کنند (شاه و همکاران، ۲۰۱۱؛ پروود و همکاران، ۲۰۱۱). افراد دارای گرایش معنوی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. در مواجهه با رویدادهای رنج زای زندگی، پیامدهای روانی- اجتماعی منفی کمتری را نشان می دهند. درد روانشناختی و کیفیت زندگی پایین این افراد به طور معناداری با باورهای معنوی بسیار پایین ارتباط داشته است (گیرینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ دلگادو گوی^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین

1 Fountoulakis, K, N., Siamouli, M., Magiria,

2 Gearing

تمسک جستن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی باعث ایجاد احساس امید و آرامش می‌شود. اعمال معنوی آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می‌شود. (ریچاردز، هاردمن و برت؛ ۲۰۰۷). در خاتمه لازم به ذکر است علی‌رغم ضرورت و نیاز، مطالعات و ادبیات تجربی در خصوص همسران جانبازان مبتلا به PTSD نادر است و محدودیت این مطالعات به این دلیل بوده است که اغلب، پژوهشگران تمرکز خود را بر آسیب دیدگان اولیه رویدادهای ضربه‌ای معطوف داشته‌اند و همسر یا اطرافیان این افراد را مورد توجه قرار نداده‌اند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود کاربرد این گونه مداخله‌های آموزشی بر روی جمعیت مذکور به گونه جدی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش که علی‌رغم برخورداری از مشکلات عدیده در خانواده، با بردباری در زمینه اجرای پژوهش مساعدت نمودند.

فهرست منابع

- اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. ۱۰ (۳۵ و ۳۶)، ۱۴۶-۱۳۱.
- انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-۵. ترجمه آوادیس یانس، هامایاک؛ عرب قهستانی، داوود. تهران: رشد.
- برهانی حسین. (۱۳۸۰). بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم. پایان نامه دوره دکترای تخصصی. دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده پزشکی.
- بوالهری، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان. سال سوم. شماره ۱. ۸۵-۱۱۶.
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۹). نهادینه سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم. شماره ۱۴. ۱۰۵-۱۱۲.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷). مبانی هوش معنوی. فصلنامه سلامت روان. سال اول. شماره ۱. ۱۴-۱۸.
- کاظمی، آمنه‌سادات؛ بنی جمالی، شکوه‌السادات؛ احدی، حسن و فرخی، نورعلی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات روان‌شناختی همسران (STSD) ثانویه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی جانبازان مبتلا به PTSD. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۲، شماره ۲، صفحات ۱۲۲ تا ۱۲۹.
- کرمانی مامازندی، زهرا و دانش، عصمت. (۱۳۹۰). تأثیر نگرش مذهبی و هیجان خواهی بر سازگاری زناشویی دبیران متأهل شهرستان پاکدشت. مطالعات روانشناختی. دوره ۷. شماره ۲. ۱۲۹-۱۵۴.
- کیانی، جمیله؛ جهان پور، فائزه؛ عباسی، فرهاد؛ درویشی، شهرزاد و قلی زاده، بهزاد (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر. فصلنامه پرستاری گروه های آسیب پذیر. سال دوم. شماره ۵.

۴۰ - ۵۱.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ اکبری، محمد اسماعیل و شامکویانف لیلا (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه ای در بیماران مبتلا به سرطان. روانشناسی تحول: روانشناسان ایرانی. سال دهم. شماره ۳۹. ۲۸۵ - ۲۹۵.

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سیدمهدی و هاشمیه، مژگان (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره ۲۰. ۱۷۳ - ۱۸۶.

لطفی کاشانی، فرح؛ مفید، بهرام؛ سرافراز مهر، سعیده (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه رفتار، دوره هفتم، شماره ۲۷.

مولایی، مهری؛ جانی، ستاره؛ محمود علیلو، مجید و پور اسماعیلی، اصغر (۱۳۹۴). کارآمدی شناخت درمانی مذهب محور بر کاهش نشانه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان. روانشناسی و دین. سال هشتم. شماره ۱. ۸۵ - ۹۸.

نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-۲۵ (فرم کوتاه شده ی SCL-۹۰-R). مجله ی روانشناسی، سال پنجم، شماره ی ۲.

وزیری، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح و اکبری، محمد اسماعیل (۱۳۹۶). راهنمای معنویت درمانی. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

Argyle, M. (2002). June and religious metabolism in psychology and religion. London: Routledge.

Delgado-Guay, M.O, & et al, (2011). Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients, *The Journal of Pain and Symptom Management*, v. 41, p. 986-994.

Fountoulakis, K,N., Siamouli, M., Magiria & S. Kaprinis,G. (2008). Late-Life depression, religiosity cerebralvascular disease. Cognitive impairment and attitudestowards death in the elderly: Interpreting the data.*Medical hypotheses*, 70, 493-496.

Gearing, R., & et al, (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence, *Schizophrenia Research*, v. 126, p. 150-163.

Harris, J. I., & et al. (2011). The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 67 (4). 425 – 438.

Moritz, S. & et al. (2011). A Spirituality Teaching Program for Depression: A Randomized Controlled Trial. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 42 (3). 317 – 331.

Nutt, D., Davidson, J.R.T., and Zoher, J. (2000). Post traumatic stress Disorder. London: Duntiz press.

Perroud, N, & et al. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders, *Psychiatric Research*, v. 186, p. 82-177.

Peteet, J.R., et al. (2012). Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *Journal Of Clinical Psychology*. 31 (4), 461 – 467.

Price, J.L., and Stevenes, S.P.(2007). Partners of veterans with PTSD: Caregiver burden and related problems. USA: National center for PTSD.

Rasic, D, & et al,(2011), Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study, *Journal of Psychiatric Research*, v. 45, p. 848-854.

Revheim N., & Greenberg W.M.(2007). Spirituality matters: Creating a time and place for hope, *psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4).307-310.

Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.

Schieman, S., Pudrovska, T., & Milkie, M. A. (2005). The sense of divine control and the self- concept. *Research on Aging*, 27,

165- 196.

Seligman, M. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.

Thorne, B. (1998). *Person-centered counseling and Christian spirituality: the secular and the holy*. London.

Shah, R., & et al. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia, *Psychiatric Research*, v. 190, p. 200 – 205.

Taft, C.T., Niles, B.L. (2004). Assessment and treatment of anger in combat related PTSD. In: Taft, C.T., Niles, B.L., Eds. *Iraq war clinician's guide*. Boston: Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD.