

## Effect of Religious Coping Skills Training on Modifying Metacognitive Beliefs among Children of Veterans with PTSD

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Original Research

#### Authors

Ali Gouhari B.<sup>1</sup> MA,  
Abolmaali Alhosseini Kh.<sup>\*2</sup> PhD,  
Dortaj F.<sup>3</sup> PhD,  
Jomehri F.<sup>3</sup> PhD

#### How to cite this article

Ali Gouhari B, Abolmaali Alhosseini Kh, Dortaj F, Jomehri F. Effect of Religious Coping Skills Training on Modifying Metacognitive Beliefs among Children of Veterans with PTSD. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(1):11-18.

<sup>1</sup>Psychology Department, Human Science Faculty, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Educational Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

<sup>3</sup>Educational Psychology Department, Psychology Faculty, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

#### \*Correspondence

Address: Educational Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.  
Phone: +98 (21) 22496027  
Fax: +98 (21) 22496027  
abolmaali@riau.ac.ir

#### Article History

Received: April 30, 2019  
Accepted: November 24, 2019  
ePublished: March 17, 2020

### ABSTRACT

**Aims** Defect in metacognitive beliefs increases the vulnerability of children of veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD) to mental health problems. The purpose of this study was to determine the effect of religious coping skills training on modifying metacognitive beliefs among children of veterans with PTSD

**Materials & Methods** This semi-experimental study with pretest-posttest design with control group and one-month follow-up was conducted among 20 Shahed students (the children of veterans with PTSD) in Islamic Azad University-Roudehen Branch in 2016. The subjects were selected by purposive sampling method and randomly assigned to control and experimental groups (10 people in each group). The experimental group received 10 sessions of religious coping skills training and the control group did not receive training during this period. Both groups completed the metacognitions questionnaire (MCQ-30), before, after, and one month after the intervention. Data were analyzed by SPSS 22 software using multivariate analysis of variance.

**Findings** In post-test step, only the components of positive beliefs about worry ( $F=3.511$ ;  $p=0.045$ ) and cognitive self-consciousness ( $F=6.482$ ;  $p=0.008$ ) were significantly different between the two groups. In the follow-up step, there was still a significant difference between the two control and experiment groups in terms of positive beliefs about worry ( $F=5.134$ ;  $p=0.001$ ) and cognitive self-consciousness ( $F=6.956$ ;  $p=0.001$ ).

**Conclusion** The religious coping skills training improves some of the components of metacognitive beliefs that is, positive beliefs about worry and lack of cognitive self-consciousness that its effect persists after one month.

**Keywords** Coping Skills; Religion; Metacognition; Children; Veterans; PTSD

### CITATION LINKS

[1] Correlation of parental perception and its ... [2] Effectiveness of cognitive-behavioral training ... [3] Quality of value system and self-efficacy ... [4] examining the relationship between parent ... [5] Evaluation of Mental Health State in Veterans ... [6] Parental factors associated with rumination ... [7] A short form of the metacognitions questionnaire ... [8] Beliefs about worry and intrusions: the ... [9] Post-traumatic stress symptom, metacognition ... [10] Metacognitive therapy for depression in adults ... [11] The relationship between parenting factors and trait anxiety ... [12] Relationship between religious beliefs and stress coping ... [13] Social work with older adults: a biopsychosocial ... [14] Spiritual diversity in social work practice: the heart ... [15] The relationship between spiritual growths coping ... [16] Spirituality and aging ... [17] The changing of the gods: abused Christian wives ... [18] Positive and negative religious coping ... [19] Metacognitive beliefs and strategies predict worry ... [20] Religion and coping: The current state of ... [21] The psychology of religion and coping ... [22] Advances in the conceptualization and measurement ... [23] The brief rCOPE: current psychometric status ... [24] Spiritually integrated psychotherapy: understanding ... [25] Relationship of religious coping strategies with ... [26] Research methods in behavioral ... [27] Religion and HIV: a review of the literature and clinical ... [28] Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic ... [29] "Sacred moments": social anxiety in a larger ... [30] Metacognitive beliefs and general health ... [31] Investigating the factor structure, validity and reliability ... [32] Development and implementation of a spiritual coping ... [33] Dysfunctional Metacognitive Beliefs Are ... [34] Cognitive-self consciousness and metacognitive ... [35] Cognitive self-consciousness, implicit learning ... [36] Are there specific meta-cognitions associated with ... [37] Positive and Negative religious coping skills: psychometric ...

## تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی بر تعدیل باورهای فراشناخت در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD

بهزاد علی‌گوهری MA

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

خدیجه ابوالمعالی الحسینی PhD\*

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران

فریبرز درتاج PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

فرهاد جمهری PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** نقص در باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) را نسبت به مشکلات سلامت روان افزایش می‌دهد. هدف این پژوهش تعیین اثرات آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی بر تعدیل باورهای فراشناخت در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه در سال ۱۳۹۵ بین ۲۰ نفر از دانشجویان شاهد (فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD) در دانشگاه آزاد اسلامی- واحد روده‌ن انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند (۱۰ نفر در هر گروه). گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی دریافت کرد، ولی گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. هر دو گروه پرسش‌نامه باورهای فراشناخت ویز (MCQ-30) را قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله تکمیل کردند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در مرحله پس‌آزمون تنها مولفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی ( $F=3/511; p=0/045$ ) و خودآگاهی شناختی ( $F=6/482; p=0/008$ ) بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار بودند. در مرحله پیگیری نیز همچنان بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر دو مولفه باورهای مثبت در مورد نگرانی ( $F=5/134; p=0/001$ ) و خودآگاهی شناختی ( $F=6/956; p=0/001$ ) تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** آموزش راهبردهای مقابله مذهبی منجر به بهبود برخی از مولفه‌های باورهای فراشناخت، یعنی مولفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و فقدان خودآگاهی شناختی می‌شود که اثر آن بعد از یک ماه همچنان پابرجاست.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های مقابله، مذهب، فراشناخت، فرزندان، جانبازان، PTSD

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۳

\*نویسنده مسئول: abolmaali@riau.ac.ir

### مقدمه

جنگ به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا با تغییر در ساختار خانواده همراه است. این تغییر که اغلب ناشی از مرگ یکی از والدین یا معلولیت یکی از اعضای خانواده است، نه تنها مشکلاتی برای جانبازان به وجود می‌آورد، بلکه خانواده و فرزندان آنان نیز به‌طور غیرمستقیم تحت تأثیر فشارهای روانی ناشی از آن قرار می‌گیرند [1].

فرزندان جانبازان جنگی دچار علایم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در معرض استرس‌های مختلفی قرار می‌گیرند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یک‌سوم جانبازان جنگی دچار علایم PTSD شده‌اند. این اختلال علاوه بر مشکلات فراوانی که برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند، تأثیرات منفی بر خانواده و به‌دنبال آن بر جامعه دارد [2]. سطوح پایین باورهای خودکارآمدی (در ابعاد تحصیلی و هیجانی) در فرزندان جانبازان ممکن است ناشی از مشکلات جانبازی در پدر باشد [3]. در واقع مشکلات ارتباطی بر احساس شایستگی پدران جانباز مبتلا به PTSD اثر گذاشته و رابطه پدر- فرزند را با مشکل مواجه می‌سازد [4]. فرزندی که پدرانشان مشکل مجروحیت اعصاب و روان دارند نسبت به سایر گروه‌ها احساس سلامتی کمتری دارند. تعداد زیادی از مطالعات پژوهشی نیز ارتباط بین باورهای فراشناخت و سلامت روانی را تایید کرده‌اند [5, 6].

نقص در باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری فرزندان جانبازان PTSD را نسبت به مشکلات سلامت روان افزایش می‌دهد. فراشناخت به ساختارهای روان‌شناختی، دانش و وقایع و فرآیندهایی اشاره می‌کند که شامل کنترل، تغییر و تفسیر تفکر می‌شود. به‌طور خاص الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF) فرض می‌کند که عوامل فراشناخت، به‌عنوان مولفه‌های پردازش اطلاعات، موجب رشد و ابقای آشفتگی روان‌شناختی می‌شود. یک اصل اساسی در این رویکرد نقش باورها در اختلالات روان‌شناختی است. باورها در هدایت فعالیت تفکر و مقابله نقش مهمی دارند. تحقیقات نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی با دسته وسیعی از اختلالات روانی در ارتباطند [7, 8]. در مدل S-REF فرض می‌شود که پریشانی‌های روان‌شناختی نتیجه‌ای از توجه و تمرکز زیاد بر خود، کفایت شناختی کاهش‌یافته، تحریف‌ات توجه و فعال‌سازی باورهای خود و ارزیابی هستند [9].

در مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی شامل باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی معرفی شده‌اند. منظور از باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی درباره سودمندی نگرانی، نشخوار فکری و دیگر فرآیندهای شناختی است که در درازمدت منجر به اختلال روان‌شناختی شده و آن را تداوم می‌بخشند [10]. به عبارت دیگر، باورهای مثبت فراشناختی بیانگر افکاری هستند که استفاده از نگرانی را به‌عنوان یک راهبرد افزایش می‌دهند و در برخی از موارد منجر به استفاده بیش از حد از نگرانی می‌شوند. باورهای فراشناختی منفی دومین حیطه محتوایی باورهای فراشناختی را بازنمایی می‌کنند و به اهمیت و معنای منفی رخدادهای شناختی درونی نظیر افکار و باورهای معمولی مربوط می‌شوند. باورهای منفی فراشناختی مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار و باورهای مرتبط با خطر و اهمیت و معنای این افکار است. افراد دارای باورهای فراشناختی منفی از یک سو به‌دلیل ناتوانی در کنترل افکار و رویدادها و از سوی دیگر به‌دلیل تفسیرهای منفی و تهدیدآمیز از رویدادها هیجانات منفی را تداوم می‌بخشند [11]. پژوهشگران بر نقش مذهب در باورهای افراد و تفسیر موقعیت‌ها

راهبردهای مقابله مذهبی به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند<sup>[22]</sup>؛ روش‌های مقابله مذهبی مثبت یک ارتباط ایمن با یک نیروی متعالی، یک حس پیوند معنوی با دیگران و یک دیدگاه مذهبی خیرخواهانه را بازنمایی می‌کند<sup>[23]</sup>. روش‌های مقابله مذهبی منفی تنش‌های معنوی زیربنایی و درگیری با خود، با دیگران و دنیا را بازنمایی می‌کند.

در کل، راهبردهای مقابله مذهبی مثبت (برای مثال بازاریابی عوامل استرس‌زا به‌عنوان سودمند براساس آموزه‌های مذهبی، جست‌وجوی کنترل بر وقایع از طریق مشارکت خداوند، برخورد با خدا به‌عنوان یک همیار، جست‌وجو و قدردانی از عشق و مراقبت خداوند)، یک ارتباط ایمن با یک منبع متعالی، یک حس پیوند معنوی با دیگران و یک دیدگاه خیرخواهانه نسبت به دنیا را مطرح می‌سازد. راهبردهای مثبت برای افراد تحت استرس مفید هستند. برعکس راهبردهای مقابله مذهبی منفی (برای مثال بازاریابی استرس به‌عنوان تنبیه از سوی خداوند، وابستگی منفعلانه به خدا برای حل استرس‌ها، کوشش برای مقابله با استرس‌ها بدون اتکا به کمک خداوند) انعکاسی از تنش‌های معنوی زیربنایی و کشمکش‌هایی در درون خود، مبارزه با دیگران و با خداوند است<sup>[24]</sup>. محققان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تأکید کرده‌اند که دسترسی به منابع مذهبی می‌تواند به افرادی که در معرض بحران قرار دارند کمک کند و رشد پس از آسیب را در آنان پیش‌بینی نماید<sup>[24, 25]</sup>.

با توجه به فشارهای روانی که فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD تجربه می‌کنند، هدف این پژوهش تعیین اثرات آموزش راهکارهای مقابله مذهبی بر باورهای فراشناختی ناکارآمد در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD بود.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان شاهد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن در سال ۱۳۹۵ بود که پدرانشان جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی بودند. با هماهنگی ستاد شاهد دانشگاه و پس از کسب لیست دانشجویانی که پدران جانباز داشتند، ۲۰ نفر براساس ملاک‌های ورود به مطالعه و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه براساس روش کوهن در سطح خطای ۰/۰۵، حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۲ در هر گروه معادل ۱۰ نفر تعیین شد<sup>[26]</sup>. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت زن، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، نمره بیشتر از حد متوسط در پرسش‌نامه باورهای فراشناخت، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک و توافق آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه باورهای فراشناخت را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه

تاکید کرده‌اند. باورها و نگرش‌های مذهبی و معنوی بر نحوه شناخت و تفسیر افراد از وقایع و رویدادهای زندگی و همچنین بر نحوه برداشت خوش‌بینانه و بدبینانه آنان از امور مختلف اثر می‌گذارد<sup>[12]</sup>. در سال‌های اخیر پژوهشگران نقش مذهب و معنویت در حوزه‌های مختلف فردی و اجتماعی را بیش از پیش آشکار ساخته‌اند<sup>[6]</sup>. در ایران در سال‌های اخیر شاهد افزایش روزافزون پژوهشگران در مطالعه نقش مذهب بوده‌ایم. این علاقه طی یک مسیر فرهنگی-تاریخی و اجتماعی-سیاسی شکل گرفته است. به‌طور موازی، این علاقه در کشورهای دیگر نیز نمایان شده است<sup>[13]</sup>. مذهب به یک الگوی نهادینه‌شده و نظام‌دار از ارزش‌ها، باورها، نمادها، رفتارها و تجارب اشاره می‌کند که یک ساختار سازمانی دارند و به سمت نگرانی‌های معنوی معطوف می‌شوند و توسط یک جامعه به اشتراک گذاشته شده و طی زمان در سنت‌ها گنجانده شده‌اند<sup>[14]</sup>. پژوهشگران متعددی سودمندی بالقوه و تأثیر مذهب و معنویت را بر باورهای سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی تأیید کرده‌اند<sup>[15, 16]</sup>. برخی از موارد افراد از مذهب برای معنی‌دادن به شرایطشان استفاده می‌کنند و استرسشان را کاهش می‌دهند<sup>[17]</sup>. در واقع مذهب بر نحوه مقابله افراد با فشارهای روانی در موقعیت‌های زندگی روزمره اثر دارد<sup>[18]</sup>. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین باورهای فراشناخت و مهارت‌های مقابله‌ای رابطه وجود دارد<sup>[19]</sup>. به نظر می‌رسد که تغییر در راهبردهای مقابله با استرس می‌تواند بر تعدیل باورهای فراشناختی ناکارآمد اثر بگذارد؛ از این رو در این پژوهش تلاش نظام‌داری برای بررسی اثرات راهبردهای مقابله مذهبی بر باورهای فراشناختی فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD صورت گرفته است. پارگامنت اذعان می‌دارد که مذهب می‌تواند در هر قسمتی از فرآیندهای مقابله وارد شود. مذهب بعد دیگری به فرآیند مقابله می‌افزاید، نقش مذهب در مقابله به‌وسیله در دسترس بودن مذهب و درک این که مذهب راه حل‌های قانع‌کننده‌ای را ارائه می‌دهد تبیین می‌شود. در کل معلوم شده است که مذهب بخشی جدایی‌ناپذیر، غنی و چندبعدی از فرآیند مقابله است که نباید در مطالعات افرادی که با استرس مواجه می‌شوند، نادیده گرفته شود. نقش مذهب در رشد پس از آسیب (Post traumatic growth) نیز مورد توجه قرار گرفته است<sup>[20]</sup>. براساس دیدگاه پژوهشگران مذهب به‌عنوان یک منبع حمایت‌کننده در مقابله با بحران‌ها و چالش‌های زندگی تلقی می‌شود و انسجام و امنیت اجتماعی، احساس تعلق، تعاملات اجتماعی سازنده و کمک دو جانبه را تقویت می‌کند<sup>[21]</sup>. مذهب در زندگی روزمره و در بحران‌ها به اهداف مختلفی کمک می‌کند و دارای پنج کارکرد مهم است: مذهب در مواجهه با تجارب زندگی رنج‌آور و ناراحت‌کننده چارچوبی برای فهم و تفسیر آرایه می‌دهد و به زندگی فرد معنا می‌دهد و گذرگاه‌های زیادی را برای دستیابی به حس تسلط و کنترل فراهم می‌کند، دلپره فرد را در مورد زندگی در جهان کاهش می‌دهد، مکانیزم ترویج همبستگی اجتماعی و هویت اجتماعی را تبیین می‌کند و ممکن است به تغییر زندگی افراد هم کمک کند<sup>[22]</sup>.

**جدول ۱)** عناوین و خلاصه محتوای آموزشی جلسات آموزش راهبردهای مقابله

مذهبی مثبت و منفی

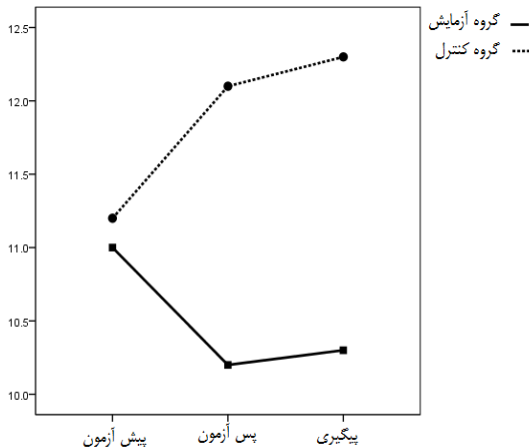
<p><b>جلسه اول: تطهیر مذهبی و تقاضای شفاعت الهی</b></p> <p>آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، تبیین مفهوم مقابله مذهبی و آثار آن، تمرکز بر تشریفات دینی، خواندن قرآن و نیایش به‌منظور حرکت از سمت گناه به سمت پرهیزکاری، تفکر عمیق و تمرین به‌منظور ارتقای تطهیر و کمک به شرکت‌کنندگان به‌منظور ساخت، حفظ و تغییر جهت ادراکی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه دوم: کمک مذهبی و تسلیم مذهبی فعالانه</b></p> <p>مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش آرامش معنوی، تصور خدای حمایتگر و غمخوار، دعا و ارتباط معنوی با خود، خداوند و دیگران، امید به خدای حمایتگر، بازبینی نگرش به خداوند و تسلیم‌شدن مذهبی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه سوم: بازاریابی مذهبی خیرخواهانه</b></p> <p>مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش مبتنی بر وقوع اتفاقات و رابطه آن با خیرخواهی، حکمت، تدبیر، شکیبایی و قوی‌ترساختن انسان از طرف خداوند و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه چهارم: پیوند معنوی و جهت‌گیری مذهبی</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی آثار پیوند با یک قدرت برتر، احساس معنویت، نمونه رفتارهای عملی براساس خاطرات زندگی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه پنجم: حمایت از دین‌یاران و تمرکز مذهبی</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، حمایت معنوی از دیگران، علاقه به افراد هم‌عقیده، درخواست دعا از طرف یاران هم‌عقیده و دریافت حمایت معنوی از دینداران، انجام فعالیت‌های معنوی، تمرکز و اندیشیدن در مورد خدا، رفع نگرانی، وفاداری، راز و نیاز، تفکر پیرامون بخشش به‌عنوان محرک ایمان، عبادت در مسجد و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه ششم: بازاریابی مبتنی بر خداوند کیفردهنده</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باور اعتقاد به خداوند تنبیه‌کننده، 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 براساس خاطرات زندگی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه هفتم: بازاریابی شیطان‌محور</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باور به وجود شیطان، مسئول‌بودن شیطان در رخدادهای زندگی، اتفاقات زندگی و اعتقاد به شیطان، بررسی نمونه رفتارهای عملی براساس خاطرات زندگی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه هشتم: نارضایتی معنوی</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی اعتقاد به اجابت‌نشدن دعاها، نارضایتی از خداوند، فراموش‌شدن از جانب خدا، حمایت‌نشدن از جانب خداوند، اعتقاد به ناتوانی خداوند، نمونه رفتارهای عملی براساس خاطرات زندگی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه نهم: واگذاری مذهبی منفعلانه</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باورهای عدم تلاش و واگذاری خود به خداوند، انتظار بدون تلاش از خداوند، وجود اتفاقات منفی زندگی و واگذاری به خداوند برای حل مشکلات، نمونه رفتارهای عملی براساس خاطرات زندگی و ارایه تکالیف خانگی</p>
<p><b>جلسه دهم: نارضایتی مذهبی بین‌فردی</b></p> <p>بررسی و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی باورهای نارضایتی از افراد هم‌عقیده، رهاشدن از جانب افراد هم‌عقیده به‌هنگام اتفاقات منفی، بررسی نمونه رفتارهای عملی براساس خاطرات زندگی و مرور و نتیجه‌گیری کل جلسات</p>

بعد از اتمام دوره آموزشی و همچنین پس از گذشت یک ماه از دوره

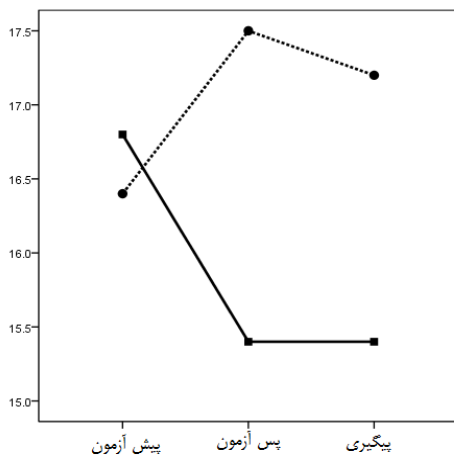
۶۰ دقیقه‌ای، آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی را دریافت کرد، در حالی که برای گروه کنترل، آموزشی ارایه نشد. محتوای بسته آموزشی به‌صورت راهکارهای مقابله مذهبی با تاکید بر تقویت راهکارهای مقابله مذهبی مثبت و کاهش راهکارهای مقابله مذهبی منفی طراحی شد. در این راستا، از محتوای آموزشی راهکارهای مقابله مذهبی نظام‌مند نورافکنی راه [27]، راهکارهای مقابله مذهبی نظام‌مند "زندگی‌تان را دوباره بسازید" [28] و دیگر آثار پارگامنت در حوزه راهکارهای مقابله مذهبی [20-24, 27] و همچنین از آثار دیگر مانند راهکارهای مقابله مذهبی نظام‌مند لحظات مقدس [29] برای طراحی راهکارهای مقابله مذهبی استفاده شد. سپس نظر متخصصان در خصوص پذیرش علمی، فایده و ضرورت، و وضوح و سادگی بسته مداخله آموزشی طراحی‌شده اخذ و اصلاحات پیشنهادی آنان اعمال شد. در ادامه، قبل از اجرای بسته آموزشی روی نمونه نهایی، طی یک مطالعه مقدماتی، آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی روی ۲ نفر که مشابه نمونه نهایی بودند اجرا شد و مشخص شد که محتوای بسته آموزشی طراحی‌شده برای جامعه دانشجویان قابل کاربرد و مناسب است؛ سپس اجرای نهایی صورت گرفت. در ارایه راهکارهای مقابله مذهبی ۵ جلسه برای افزایش راهکارهای مقابله مذهبی مثبت و ۵ جلسه نیز برای کاهش راهکارهای مقابله مذهبی منفی اختصاص داده شد و مدت‌زمان هر جلسه به‌طور متوسط یک ساعت و ۴۵ دقیقه بود (جدول ۱).

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ویز (MCQ-30) بود. این پرسش‌نامه که توسط ویز و کارترایت هاوتون طراحی شده، دارای ۳۰ گویه است و گویه‌های آن از طریق مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (موافق نیستم، تا حدودی موافقم، موافقم، خیلی زیاد موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و باورهای فراشناختی را در پنج خرده‌مقیاس جداگانه شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهایی در مورد اعتماد شناختی، باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل، و خودآگاهی شناختی مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمره این پرسش‌نامه در فاصله ۶ تا ۲۴ قرار دارد. همه خرده‌مقیاس‌ها به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر در هر یک از مقیاس‌ها است. رابطه معنی‌داری بین نمره این پرسش‌نامه و سلامت عمومی (GHQ) گزارش شده است که به‌عنوان شاخصی از روایی ملاکی آن تلقی می‌شود [29]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و مولفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی آن به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [7, 30]. ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ گزارش داده‌اند [31].

خودآگاهی شناختی در مرحله پس‌آزمون شد. این در حالی است که نمرات مزبور در گروه کنترل در زمان مشابه افزایش یافت. ارزیابی میانگین‌های تعدیل‌شده مولفه‌های باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری نشان داد که بعد از اتمام دوره آموزش اثر اجرای متغیر مستقل همچنان باقی بود، چون میانگین مولفه‌های مزبور در گروه آزمایش در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون همچنان پایین بود و در مقایسه با میانگین‌های مرحله پس‌آزمون تغییر چندانی نیافت (شکل ۱).



نمودار الف) اثر اجرای متغیر وابسته بر مؤلفه باورهای مثبت فراشناخت



نمودار ب) اثر اجرای متغیر وابسته بر مؤلفه خودآگاهی شناختی باورهای فراشناخت

شکل ۱) نمودار اثر تعاملی شرایط×زمان در تبیین مولفه‌های باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله مذهبی بر تعدیل دو مولفه باورهای فراشناخت، یعنی خودآگاهی شناختی و باور مثبت در مورد نگرانی بود و این اثرات در یک پیگیری یک‌ماهه تداوم داشت. این یافته‌ها تقریباً با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [18-20, 25, 32] همسویی دارد.

آموزشی، مجدداً هر دو گروه به پرسش‌نامه باورهای فراشناخت پاسخ دادند.

داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط نرم‌افزار آماری SPSS 22 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مختلط با یک عامل بین‌گروهی و یک عامل درون‌گروهی (عامل زمان) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها توسط آزمون شاپیرو-ویلک مورد تایید قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۲۵/۶±۴/۷۲ سال و گروه کنترل ۲۶/۶±۳/۷۱ سال بود. میانگین سن پدر در گروه آزمایش ۵۴/۱±۴/۳۸ سال و در گروه کنترل ۵۳/۲±۳/۴۳ سال بود. میانگین درصد جانبازی پدر در گروه آزمایش ۳۳/۵±۷/۴۷ و در گروه کنترل ۳۶/۵±۷/۴۲ بود. همچنین میانگین تعداد سال‌های تحصیل پدر در گروه آزمایش ۱۳/۷±۲/۹۱ سال و در گروه کنترل ۱۴/۴±۲/۰۷ سال بود.

میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p>0/05$ ). در مرحله پس‌آزمون تنها مولفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی ( $p=0/008$ ;  $F=6/482$ ) و خودآگاهی شناختی ( $p=0/045$ ;  $F=3/511$ ) بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار بودند، ولی بقیه مولفه‌ها بین دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشتند ( $p>0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز همچنان بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر دو مولفه باورهای مثبت در مورد نگرانی ( $p=0/001$ ;  $F=5/134$ ) و خودآگاهی شناختی ( $p=0/001$ ;  $F=6/956$ ) تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری مولفه‌های باورهای فراشناخت در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
<b>فقدان اعتماد شناختی</b>			
گروه آزمایش	۱۱/۶±۳/۸۱	۱۲/۱±۲/۵۶	۱۱/۳±۲/۱۱
گروه کنترل	۱۱/۶±۱/۹۶	۱۳/۱±۱/۷۹	۱۳/۱±۱/۱۰
<b>باورهای مثبت</b>			
گروه آزمایش	۱۱/۰±۲/۳۶	۱۰/۲±۱/۶۲	۱۰/۳±۱/۲۵
گروه کنترل	۱۱/۲±۱/۲۳	۱۲/۱±۱/۰۰	۱۲/۳±۱/۳۴
<b>خودآگاهی شناختی</b>			
گروه آزمایش	۱۶/۸±۱/۲۲	۱۵/۴±۱/۳۵	۱۵/۴±۰/۹۷
گروه کنترل	۱۶/۴±۱/۷۱	۱۷/۵±۱/۲۷	۱۷/۲±۱/۶۷
<b>کنترل‌ناپذیری و خطر افکار</b>			
گروه آزمایش	۱۲/۶±۲/۵۹	۱۲/۴±۱/۹۰	۱۲/۷±۲/۵۸
گروه کنترل	۱۲/۹±۱/۷۹	۱۴/۸±۱/۸۷	۱۴/۶±۱/۵۸
<b>نیاز به کنترل افکار</b>			
گروه آزمایش	۱۳/۶±۲/۵۹	۱۲/۴±۱/۴۳	۱۲/۷±۲/۳۱
گروه کنترل	۱۲/۸±۲/۳۵	۱۳/۰±۱/۸۳	۱۲/۸±۱/۸۷

اجرای آموزش مقابله مذهبی در گروه آزمایش منجر به کاهش چشمگیر نمرات دو مولفه باورهای مثبت در مورد نگرانی و فقدان

مذهبی امکان تفسیر رخدادهای استرس‌زا و ناراحت‌کننده زندگی روزمره را به صورت مثبت فراهم می‌کند.

در این پژوهش در آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی، علاوه بر تاکید بر به‌کارگیری راهکارهای مقابله مذهبی مثبت بر کاهش باورهای مذهبی منفی تاکید شد. در آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی سعی شد بر کاهش ناراضی‌مندی معنوی و احساس رهاشدگی از سوی خداوند و توجه به خداوند توجه‌کننده و نه تنبیه‌کننده، تلاش در جهت حل مشکلات با توکل به خداوند به‌جای واگذاری منفعلانه حل مشکلات به خداوند و تمرکز بر روابط بین‌فردی مناسب با دیگران تاکید شود. کاهش به‌کارگیری راهکارهای مقابله مذهبی منفی، تنش‌های معنوی زیربنایی و کشمکش‌هایی درونی و مبارزه با دیگران یا خداوند را کاهش می‌دهد و زمینه افزایش تفسیرهای مثبت از وقایع و کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد را فراهم می‌کند.

در پژوهش حاضر انتخاب اولیه شرکت‌کنندگان براساس ملاک‌های ورود صورت گرفت و فقط جایگزینی تصادفی بود، از این رو در تعمیم یافته‌ها لازم است احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به تاثیر مذهب بر باورهای افراد، براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران و پژوهشگران بر کاربرد آموزش راهکارهای مقابله مذهبی بر تغییر باورهای فراشناخت ناکارآمد تاکید کنند. پیشنهاد می‌شود، پژوهشی در خصوص مقایسه اثرات آموزش راهکارهای مقابله مذهبی و آموزش معنویت در تعدیل باورهای فراشناختی فرزندان جانبازان PTSD انجام شود و همچنین اثربخشی آموزش راهکارهای مقابله مذهبی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرزندان جانبازان PTSD مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

آموزش راهبردهای مقابله مذهبی منجر به بهبود برخی از مولفه‌های باورهای فراشناخت، یعنی مولفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و فقدان خودآگاهی شناختی می‌شود که اثر آن بعد از یک ماه همچنان پابرجاست.

**تشکر و قدردانی:** از کلیه افرادی که ما را در این پژوهش یاری دادند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

**تأییدیه اخلاقی:** قبل از آغاز پژوهش رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد و آنان از اهداف پژوهش آگاه شدند. اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند و هیچ‌گونه آسیبی در نتیجه شرکت در پژوهش متوجه آنان نشد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در انتشار نتایج، شرط بی‌نامی رعایت می‌شود. این پژوهش از نظر اخلاقی مورد تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی در واحد رودهن قرار گرفته است.

**تعارض منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافی گزارش نشد.

**سهم نویسندگان:** بهزاد علی‌گوهری (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۴۰٪)؛ خدیجه ابوالمعالی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ فریبرز درتاج (نویسنده سوم)،

در تبیین اثرات راهبردهای مقابله مذهبی بر خودآگاهی شناختی می‌توان گفت که باورهای فراشناختی بدکارکرد و کارکردهای اجرایی عوامل مهمی در اختلالات روانی هستند<sup>[33]</sup>. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که افراد دارای خودآگاهی شناختی زیاد بیشتر به کنترل افکارشان می‌پردازند و بنابراین بیشتر آگاه می‌شوند که بر فرآیندهای تفکرشان کنترل ندارند<sup>[30]</sup>. خودآگاهی شناختی ممکن است پیامدی از پردازش آگاهانه باشد که برجستگی افکار و احتمال ارزیابی منفی و افکار مزاحم را افزایش می‌دهد<sup>[34]</sup>. خودآگاهی شناختی می‌تواند افکار وسواسی و نشخوار فکری را پیش‌بینی کند<sup>[35]</sup> و ممکن است فرد را آگاه کند که افکارش غیرقابل کنترل است<sup>[33]</sup> و موجب تداوم افکار منفی شود و برای تمرکز و انتقال توجه مانع ایجاد نماید<sup>[9]</sup>. همان‌گونه که ذکر شد در این پژوهش آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی بر کاهش خودآگاهی شناختی اثر داشته است. به نظر می‌رسد تمرکز بر ارتباط با خدا، توجه را از مشاهده و ارزیابی خود برمی‌دارد و کاهش خودآگاهی شناختی را در بر دارد و احتمال تداوم هیجان‌های منفی و اضطراب را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از اثربخشی راهکارهای مقابله مذهبی بر کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی بود. براساس دیدگاه پژوهشگران، مذهب به‌عنوان یک منبع حمایت‌کننده در مقابله با بحران‌ها و چالش‌های زندگی تلقی می‌شود، از این رو مشارکت مذهبی می‌تواند احساس تعلق و امنیت را برای افراد فراهم کند و منابع حمایت اجتماعی را برای مقابله با بحران‌ها و چالش‌های زندگی افزایش دهد<sup>[21]</sup>. افراد مذهبی ارتباطات اجتماعی بیشتری دارند و از حمایت اجتماعی بیشتری بهره‌مند می‌شوند<sup>[36]</sup>. به عبارت دیگر، آیین‌های مذهبی، تخلیه هیجانی را آسان می‌سازد، هویت و رشد اجتماعی فرد را تقویت می‌کند و به ارتقای معنا بخشی به تغییرات و گذارهای زندگی کمک می‌کند<sup>[24]</sup>. منابع مقابله مذهبی برای افرادی که با موقعیت‌های پر استرس و چالش‌برانگیزی در زندگی مواجه می‌شوند و دسترسی محدود به منابع حمایت اجتماعی دارند، مفید هستند<sup>[22]</sup>. به علاوه، این منابع در زمانی که افراد از منابع شخصی و حمایت اجتماعی خسته می‌شوند نیز مفید هستند. با توجه به این که در آموزش مقابله مذهبی مثبت در این پژوهش، بر جست‌وجوی معنا، صمیمیت با دیگران، تقویت هویت، کنترل هیجان‌ها، کاهش اضطراب، معنا بخشی به تغییرات زندگی و پیگردی معنوی تاکید شده است<sup>[37]</sup>.

می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی به کاهش باور مثبت در مورد نگرانی می‌انجامد. به نظر می‌رسد افرادی که از مقابله مذهبی مثبت استفاده می‌کنند به دلیل تمرکز بر موضوعات الهی، تمرکز کمتری بر نگرانی خود دارند و در نتیجه باور مثبت در مورد نگرانی در آنان تقویت نمی‌شود. به عبارت دیگر، افراد به‌جای تمرکز بر نگرانی بر ارتباط با خدا متمرکز می‌شوند. آموزش مهارت‌های مقابله مذهبی موجب جست‌وجوی حمایت از طرف افراد مطلع در دین یا افراد هم‌عقیده می‌شود و از این طریق افراد از هم‌کیشان خود کمک معنوی دریافت می‌کنند. به علاوه، بازارزیایی خیرخواهانه

17- Nash ST. The changing of the gods: abused Christian wives and their hermeneutic revision of gender, power, and spousal conduct. *Qual Soc.* 2006;29(2):195-209.

18- Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med.* 2009;12(6):537-45.

19- Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clin. Psychol Psychother.* 2007;14(4):258-68.

20- Pargament KI. Religion and coping: The current state of knowledge. In: Folkman S, editor. *The oxford handbook of stress, health, and coping.* New York: Oxford University Press; 2011. p. 269-88.

21- Pargament KI. The psychology of religion and coping: theory research practice. *Rev Relig Res.* 1998;40(1):89-90.

22- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychol Relig Spiritual.* 2008;S(1):3-17.

23- Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The brief rcope: current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions.* 2011;2(1):51-76.

24- Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred. Kalantar SM, Hosseini SM, Motahari S, translators. 1<sup>st</sup> Edition. Tehran: Avaye Noor; 2016. [Persian]

25- Seyyed Mousavi P, Vafaei M, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Nadali H. Relationship of religious coping strategies with post-traumatic development and helplessness in students. *Contemp Psychol.* 2009;4(1):102-11. [Persian]

26- Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi A. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Agah; 2008. [Persian]

27- Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. *South Med J.* 2004;97(12):1201-9.

28- Cole B, Pargament K. Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psychooncology.* 1999;8(5):395-407.

29- Mccorkle BH, Bohn C, Hughes T, Kim D. "Sacred moments": social anxiety in a larger perspective. *J Ment Health Relig Cult.* 2005;8(3):227-38.

30- Ashoori, A, Vakili, Y, Bien Said, S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health in students. *Princ Ment Health.* 2010;11(1):15-20. [Persian]

31- Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi C, Nazari G. Investigating the factor structure, validity and reliability metacognitive questionnaire 30. *Psychology.* 2009;12(4):445-61. [Persian]

32- Tarakeshwar N, Pearce MJ, Sikkema KJ. Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: a pilot study. *J Ment Health Relig Cult.* 2005;8(3):179-90.

33- Kraft B, Jonassen R, stiles TC, landrø NI. Dysfunctional Metacognitive Beliefs Are Associated with Decreased Executive Control. *Front Psychol.* 2017;8:593.

34- Palmier-Claus JE, Dunn G, Taylor H, Morrison AP, Lewis SW. Cognitive-self consciousness and metacognitive beliefs: Stress sensitization in individuals at ultra-high risk of developing psychosis. *Br J Clin Psychol.* 2013;52(1):26-41.

35- Marker CD, Calamari JE, Woodard JL, Riemann BC. Cognitive self-consciousness, implicit learning and

پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۱۰٪): فرهاد جمهری (نویسنده چهارم)،  
پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۱۰٪)  
**منابع مالی:** پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است.

## منابع

1- Bazoolnejad M, Robatmili S. Correlation of parental perception and its components with attachment style and tendency to communicate with the opposite sex in veterans' daughters. *Iran J War Public Health.* 2018;10(2):91-7. [Persian]

2- Abolmaali K, Aghaeipour Gavasaraei M. Effectiveness of cognitive-behavioral training on reducing the secondary trauma symptoms of ptsd veterans' wives. *Iran J War Public Health.* 2015;7(2):57-65. [Persian]

3- Fakhri Z, Danesh E, Shahidi, S, Saliminia A. Quality of value system and self-efficacy beliefs in children with veteran and non-veteran fathers. *J Appl Psychol.* 2013;6(4):25-42. [Persian]

4- Zalta AK, Bui E, Karnik NS, Held P, Laifer LM, Sager JC, et al. Examining the relationship between parent and child psychopathology in treatment-seeking veterans. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2018;49(2):209-16.

5- Radfar S, Haghani H, Tavallaee SA, Modirian E, Falahati M. Evaluation of Mental Health State in Veterans Family (15-18 Y/O adolescents). *J Mil Med.* 2005;7(3):203-09. [Persian]

6- Chow KW, Lo BCY. Parental factors associated with rumination related metacognitive beliefs in adolescence. *Front Psychol.* 2017;8:536.

7- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):385-96.

8- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997;11(3):279-96.

9- Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: a structural equation model. *Pers Individ Differ.* 2016;88:94-8.

10- Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LE, Nordahl HM, Fisher P, Wells A. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Front Psychol.* 2017;8:31.

11- Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: mediating role of cognitive errors and metacognition. *J Anxiety Disord.* 2008;22(4):722-33.

12- Moghtader L. Relationship between religious beliefs and stress coping strategies in psychological resilience and marital satisfaction of veteran's wives. *J Guilan Univ Med Sci.* 2017;26(103):37-45. [Persian]

13- McInnis-Dittrich K. Social work with older adults: a biopsychosocial approach to assessment and intervention. 3<sup>rd</sup> Edition. Boston: Pearson; 2009.

14- Canda ER, Furman LD. Spiritual diversity in social work practice: the heart of helping. 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Oxford University Press; 2010.

15- Fatemi MM, Zare M, Kharrazi Afra F, Kharrazi Afra M. The relationship between spiritual growths coping with stressful situations among medical students (intern). *Med Sci J.* 2014;24(1):49-53. [Persian]

16- Lavretsky H. Spirituality and aging. *Aging Health.* 2010;6(6):749-69.

Individ Differ. 2007;42(4):689-99.

37- Dadvandi F, Shokri O. Positive and Negative religious coping skills: psychometric analysis of religious coping scale among Iranian students. J Psychol Relig. 2015;8(1):41-62. [Persian]

obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2006;20(4):389-407.

36- de Bruin GO, Muris P, Rassin E. Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? Pers