

Comparison of the Effectiveness of Two Religious–Spiritual and Hope Interventions on Reducing Stress, Anxiety and Depression of Spouses of Veterans with PTSD

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Taghavi M.^{*1} MA,
Hashemian K.¹ PhD,
Bolhari J.² MD

How to cite this article

Taghavi M, Hashemian K, Bolhari J. Comparison of the Effectiveness of Two Religious–Spiritual and Hope Interventions on Reducing Stress, Anxiety and Depression of Spouses of Veterans with PTSD. *Iranian Journal of War & Public Health*.2020;12(3):165-172.

¹Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

²Spiritual Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: University Complex of Islamic Azad University, Roudehen, Iran. Postal Code: 3973188981.
Phone: +98 (21) 76506887
Fax: +98 (21) 76507639
m.taghavi125@gmail.com

Article History

Received: August 04, 2020
Accepted: January 05, 2021
ePublished: March 14, 2021

ABSTRACT

Aims The present study aimed to compare the effects of religious-spiritual intervention and hope therapy on reducing stress, anxiety, and depression of spouses of veterans with the post-traumatic stress disorder (PTSD).

Materials & Methods Using the pretest-posttest design with a control group and follow-up, this quasi-experimental study was conducted among spouses of veterans who had referred to Sadr hospital in Tehran since 2003 to 2016. The participants were randomly assigned into two experimental groups and one control group (each group 17 persons). The data were collected using the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS-17) and Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21). The experimental groups 1 and 2 were trained three times a week in eight sessions. A week after termination of training sessions, posttest was administered for the two experimental groups and the control group. Three months after termination of training program, participants were tested again to follow up the training effects. To compare the effectiveness of the approaches, two-way multivariate analysis of variance (MANOVA) mixed design was used.

Findings Both religious-spiritual and hope interventions significantly reduced stress, anxiety, and depression of spouses of veterans with PTSD compared to the control group and also the effects have been stable after a three-month follow-up ($p < 0.01$). Whereas, there was no significant difference between the effectiveness of these two interventions on reducing stress, anxiety, and depression of spouses of veterans compared to the control group ($p > 0.05$).

Conclusion The two religious-spiritual and hope approaches are effective as interactive interventions on reducing stress, anxiety, and depression of spouses of veterans with PTSD, and there is no reference between them.

Keywords Spirituality; Religion; Hope; Psychological Stress; Anxiety; Depression

CITATION LINKS

[1] Comparison of the effectiveness ... [2] Diagnostic and statistical ... [3] Psychological sequelae of combat ... [4] Secondary traumatic stress ... [5] Psychiatric and health impact of primary ... [6] The relationship between acute ... [7] Post-traumatic stress disorder and ... [8] Secondary traumatization among ... [9] Caregiver burden and ... [10] National guard families ... [11] Comparison of depression, anxiety ... [12] Marital intimacy, family ... [13] The relationship between personality ... [14] A systemic review of interventions ... [15] Comparison of the effectiveness ... [16] The effectiveness of instruction ... [17] Development and validation ... [18] Investigate of validity and reliability ... [19] The structure of negative ... [20] Reliability and validity of ... [21] Psychiatry and man's ... [22] Logotherapy and existentialism ... [23] Casebook for a spiritual ... [24] Target Article: Hope ... [25] Hand book of hope ... [26] Strategic hopefocused relationship ... [27] Examining the links ... [28] A spirituality teaching ... [29] The effectiveness of ... [30] Effect of spiritual group ... [31] Using spiritual interventions ... [32] Compiling and evaluating ... [33] Spiritual healing ... [34] Hope and depression ... [35] You have got hope, studies ... [36] Hope therapy in a Community ... [37] The effectiveness of hope ... [38] Religious psychotherapy in ... [39] Blessed assurance: Religion ... [40] The comparison of ... [41] Meaning therapy: An ... [42] Psychotherapy and ... [43] Hope as a predictor of anxiety ... [44] Hope conquers fear ... [45] Interaction of hope ... [46] The effects of optimism ... [47] Examining hope as a trans ... [48] An ecological view of ... [49] Hope for rehabilitation ... [50] Hope therapy: Helping ... [51] Patterns of positive and negative ... [52] The role of spirituality ... [53] Religious coping among ... [54] Forgiveness is an ... [55] Relationship among forgiveness ... [56] Handbook of positive ... [57] A longitudinal study ... [58] Hope as a source of resilience ...

مقایسه اثربخشی دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به استرس پس از ضربه

منبزه تقوی * MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

کیانوش هاشمیان PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

جعفر بوالهروی MD

مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش شبه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بر همسران جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس استرس پس از ضربه ثانویه و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس جمع‌آوری شدند. گروه آزمایشی ۱ و ۲ طی ۸ جلسه در ۳ روز هفته تحت آموزش قرار گرفتند. یک هفته پس از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گروه کنترل اجرا شد. پس از گذشت ۳ ماه از پایان دوره آموزشی، مشارکت‌کنندگان برای پیگیری تداوم اثر آموزش، مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. برای مقایسه اثربخشی میانگین‌های ۳ گروه تحقیق از طرح ترکیبی دوره‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها را کاهش دادند و همچنین اثرات پس از ۳ ماه پیگیری پایدار بودند ($p < 0/01$). این در حالی است که در مقایسه با گروه کنترل، بین اثربخشی این دو مداخله در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: دو روش مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی به‌عنوان مداخلات تعاملی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به استرس پس از ضربه مؤثرند و تفاوتی ندارند.

کلیدواژه‌ها: معنویت، مذهب، امید، استرس روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۶

*نویسنده مسئول: m.taghavi125@gmail.com

مقدمه

جنگ به‌عنوان عامل استرس‌زای روانی، مشکلات فراوان و غیرقابل پیش‌بینی را در درازمدت برای سربازان بازگشته از جنگ، خانواده‌هایشان و حتی جامعه به‌دنبال دارد. جنگ تحمیلی ۸ساله عراق علیه ایران علاوه بر خسارات اقتصادی و ایجاد نقایص عضوی

با انواع اختلالات روانی از جمله اختلال استرس پس از ضربه (Post-traumatic stress disorder; PTSD) همراه بوده که اثرات آن هنوز گریبانگیر جامعه است^[1]. رزمندگانی که با PTSD از جنگ بازمی‌گردند، دارای افکار بازگشتی معطوف به جنگ است، از اطرافیان اجتناب می‌کنند و به دیگران همراه با برانگیختگی پاسخ می‌دهند^[2]. مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که نشانه‌های PTSD جانباز بر روابط خانوادگی تاثیر منفی گذاشته و با مزمن شدن این نشانه‌ها اعضای خانواده به‌تدریج دچار آسیب روانی می‌شوند^[3] و به‌سبب تماس نزدیک با فردی که قربانی مستقیم تروما است، آن فرد نشانه‌هایی را بروز می‌دهند که مشابه نشانه‌های فرد مبتلا است. از این جهت، به خانواده فرد مبتلا به PTSD «قربانیان ثانویه» و به اختلال ایجادشده ترومای ثانویه (Secondary Traumatic Stress Disorder; STSD) می‌گویند. روند این انتقال کند است و بسیاری از مواقع، خانواده فرد مبتلا به PTSD متوجه چگونگی انتقال آن نمی‌شوند^[4].

پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که همسران جانبازان مبتلا به PTSD بیشتر از سایر اعضای خانواده از پیامدهای روان‌شناختی حوادث پس از ضربه رنج می‌برند^[5]؛ چرا که علایم تحریک بیش از حد جانبازان موجب می‌شود که همسرانشان در معرض آسیب‌های جدی از جمله استرس^[6] و افسردگی^[7] قرار گیرند و سطح بالایی از پریشانی را تجربه کنند^[8]. شواهد، حاکی از آن است که همسران جانبازان در مراقبت مسئولانه از خانواده متحمل پذیرش نقش‌های متعدد شده و بار سنگین مشکلات را به‌تنهایی به دوش می‌کشند و حدود نیمی از آنان گزارش می‌کنند که در زندگی مشترک با شوهرانشان از پا درآمده‌اند^[9].

در یک زمینه‌یابی از ۲۱۲ نفر از همسران نظامیان گارد ملی آمریکا پس از جنگ، گزارش شد که یک سوم از همسران، نشانه‌های بالینی استرس پس از ضربه، افسردگی، اضطراب و یک دهم آنها افکار خودکشی داشتند^[10]. در مطالعه‌ای روی گروهی از جانبازان مبتلا به PTSD، میزان افسردگی ۹۷/۸٪ و میزان افسردگی همسران آنان ۲/۲٪ گزارش شد، همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که علاوه بر اختلال افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، انطباقی و مشکلات بین فردی این خانواده‌ها قابل توجه بود^[11]. علاوه بر این، رزمنده مبتلا به PTSD در برقراری روابط صمیمی و جنسی دچار اضطراب زیاد می‌شود و به‌صورت اجتنابی یا پرخاشگرانه رفتار می‌کند که به‌موجب آن، همسر در معرض استرس و اضطراب شدیدی قرار گرفته و در محیط خانه احساس امنیت نمی‌کند^[12]. نتایج تحقیقات، حاکی از آن است که به‌سبب تعارض روابط زناشویی، میزان طلاق در رزمندگان مبتلا به PTSD بالا است^[13]. با توجه به اینکه شواهد حاکی از آن است که مشکلات خانوادگی در خانواده‌های مبتلایان به PTSD رو به افزایش است، به‌نظر می‌رسد که همسران، بیشتر در معرض تجربه مشکلات روان‌شناختی هستند. از این‌رو، همسران برای ایجاد سازگاری و کاهش تنش در روابط زناشویی نیازمند استفاده از شیوه‌های مختلف آموزشی هستند^[14].

پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر است و براساس فرمول کوکران تعیین شد که در آن میزان d در سطح خطای ۵٪، حجم اثر ۵۰٪ و توان آزمون ۶۵٪ در نظر گرفته شد. همسران جانبازانی که دارای PTSD بودند، تمایل به شرکت در تحقیق داشتند، سطح تحصیلاتشان حداقل پنجم ابتدایی بود، نمره لازم (بالتر از نقطه برش ۳۸) در آزمون STSS را کسب کرده بودند و ساکن تهران بودند، وارد مطالعه شدند و در صورت عدم تمایل به ادامه حضور در تحقیق، غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، اعتیاد به مواد مخدر، وجود اختلال روانی که مانع درمان شود، زوجین جدا از هم یا در حال طلاق بوده باشند، از تحقیق کنار گذاشته شدند.

اطلاعات مورد نیاز برای انجام پژوهش توسط پرسش‌نامه‌های زیر جمع‌آوری شدند:

۱- مقیاس استرس پس از ضربه ثانویه (STSS-17): این مقیاس دارای ۱۷ آیتم و در ۳ زیرمقیاس مزاحمت (گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۶، ۱۰ و ۱۳)، اجتناب (گویه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۴ و ۱۷) و برانگیختگی (گویه‌های ۴، ۸، ۱۱، ۱۵ و ۱۶) است [17]. این مقیاس از روایی قابل‌قبولی برخوردار بوده و پایایی حاصل از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۹۸٪ گزارش شده است [17]. مقیاس STSS روی نمونه‌ای از همسران جانبازان ایرانی هنجاریابی شده و روایی آن مطلوب گزارش شده است و برای ارزیابی پایایی، نمره کلی ضریب آلفای کرونباخ ۹۸٪ به‌دست آمده است [18].

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety, Stress Scale; DASS-21): فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۱ آیتم است که در آن ۷ عبارت ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ زیرمقیاس افسردگی و ۷ عبارت ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ زیرمقیاس اضطراب و ۷ عبارت ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ زیرمقیاس می‌سجند [19]. آزمون DASS-21 در مقیاس لیکرت (اصلاً= تا خیلی زیاد=۳) نمره‌گذاری می‌شود. روایی ملاکی مقیاس DASS-21 رضایت‌بخش گزارش شده است؛ پایایی این ابزار نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۹۷٪ به‌دست آمده است [19]. در ایران، فرم کوتاه DASS-21 در جمعیت غیربالیبی اعتباریابی شده است. روایی ملاکی این ابزار در مجموع ۴۶/۶۶٪ از واریانس را تبیین کرد که نشان می‌دهد تمام همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است و پایایی آن توسط آلفای کرونباخ برای سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش شد [20].

در پیش‌جلسه، هدف از مطالعه به سه گروه توضیح داده شد و پس از آن به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه‌ای مبنی بر اطمینان از رازداری در گفته‌ها و اطلاعات و مختاربودن در حضور و خروج از جلسات آموزشی از همسران گرفته شد. در ادامه، گروه‌ها به سؤالات فرم جمعیت‌شناختی پاسخ دادند و پیش‌آزمون DASS-21 را تکمیل نمودند. جلسات آموزشی در سالن اجتماعات یک مجموعه فرهنگی-آموزشی اجرا شد. گروه آزمایشی ۱ طی ۸ جلسه در ۳ روز زوج هفته تحت آموزش تلفیقی از برخی مداخلات معنوی-

اگرچه مشکلات همسران جانبازان مبتلا به PTSD غیرقابل اجتناب است، ولی کمبود مداخلات شواهدمحور که به‌طور ویژه به سلامتی و سازگاری همسران جانبازان مبتلا به PTSD بپردازد، همچنان باقی است؛ چرا که تحقیقات، عمدتاً بر نیازهای خود جانبازان به‌عنوان پیامد اولیه تمرکز دارد و چنانچه همسران را در برنامه درمانی وارد کنند، به‌منظور بهبودی پیامدهای PTSD جانبازان است. بنابراین بهتر است تا هر مداخله درمانی ارایه‌شده و مورد تایید پژوهشی برای کهنه‌سربازان مبتلا به PTSD در راستای حمایت اختصاصی برای بهبودی مشکلات سلامت روانی همسران آنان باشد. از جمله مداخلات درمانی متعددی که موجب بهبودی مشکلات روان‌شناختی همسران شده‌اند، تحقیقی است که با دو راهبرد آموزشی شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همسران جانبازان مبتلا به PTSD موثر بوده [1]. پژوهشی دیگر با آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری با کنترل اثر متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در کاهش علائم استرس پس از ضربه ثانویه همسران جانبازان مبتلا به PTSD اثربخش بوده [15] و همچنین مطالعه‌ای با آموزش فنون دو رویکرد شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی در تعدیل علائم ترومای ثانویه همسران جانبازان مبتلا به PTSD راهبردی کارآمد بوده است و در اثربخشی تفاوتی با هم نداشتند [16].

با توجه به اینکه تاکنون تحقیقی عیناً دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی را در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مورد مقایسه قرار نداده است و همچنین با درنظرگرفتن ضرورت تحقیق روی خود همسران به‌عنوان پیامد ثانویه، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به استرس پس از ضربه بود.

مواد و روش‌ها

این تحقیق شبه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بر همسران جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۵ انجام شد. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعدادی از همسران جانبازان مبتلا به PTSD برای غربالگری، پرسش‌نامه استرس پس از ضربه ثانویه (Secondary Traumatic Stress Scale; STSS-17) را تکمیل نمودند. دو هفته پیش از شروع جلسات آموزشی، با ۷۰ نفر از همسران، تماس گرفته شد و ضمن معرفی مطالعه از آنها دعوت به عمل آمد در پژوهش حاضر شرکت کنند. پاسخ‌های همسران طبق جدول مقایسه نشانه‌های PTSD و STSD در DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [2] مورد ارزیابی روان‌شناسان بیمارستان قرار گرفت که از بین آنها ۵۱ نفر شرایط ورود به تحقیق را پیدا کردند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) قرار گرفتند. این تعداد با توجه به اینکه حداقل حجم هر گروه در

آموزش، مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. گروه کنترل در این دوره هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی ارزیابی شدند. در بخش توصیفی، میانگین و توزیع نمرات محاسبه شدند و در بخش استنباطی برای مقایسه اثربخشی میانگین‌های ۳ گروه تحقیق از طرح ترکیبی دوره‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) در قالب نرم‌افزار SPSS 20 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی اول (معنوی-مذهبی) ۴۸/۱۸±۴/۴۰ سال، گروه آزمایشی دوم (امیددرمانی) ۴۸/۱۸±۴/۴۰ سال و گروه کنترل ۴۶/۱۸±۶/۵۸ سال بود. به استثنای نمرات مربوط به افسردگی در گروه اول در مرحله پیش‌آزمون و اضطراب در گروه دوم در مرحله پیش‌آزمون، توزیع نمرات مربوط به متغیرها در گروه‌ها در هر سه مرحله نمرال بود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که ارزش $F(۶,۹۲)=۱/۶۷۶$ معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین، متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش‌آزمون بین سه گروه به‌طور معنادار تفاوت نبود و مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از متغیر عضویت گروهی بین داده‌های پژوهش برقرار بود. همچنین نتایج آزمون موجلی نشان داد که برخلاف متغیر اضطراب ($p>۰/۰۵$)، $\chi^2(۲)=۳/۸۰۶$ ، مفروضه کرویت برای افسردگی ($p<۰/۰۱$)، $\chi^2(۲)=۱۶/۳۸۱$ و استرس ($p<۰/۰۵$)، $\chi^2(۲)=۷/۳۶۳$ برقرار نبود؛ به همین دلیل درجه آزادی مربوط به افسردگی و استرس با استفاده از روش برآورد گرینهوس-گیسر اصلاح شد و با این اصلاح بین متغیرهای وابسته همبستگی کافی برقرار شد ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۱ مقایسه میانگین متغیرهای مقیاس DASS-21 بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
افسردگی	معنوی-مذهبی	۱۶/۱۷±۰/۰۴	۱۰/۵۸±۱/۲۲	۸/۴۱±۲/۹۱
	امیددرمانی	۱۷/۰۵±۳/۹۴	۹/۷۴±۳/۴۰	۹/۸۸±۲/۵۰
	کنترل	۱۷/۰۵±۲/۱۵	۱۶/۲۳±۱/۸۵	۱۵/۷۶±۲/۴۹
اضطراب	معنوی-مذهبی	۱۴/۷۰±۰/۲۰	۹/۸۲±۱/۵۷	۸/۴۷±۲/۴۷
	امیددرمانی	۱۶/۲۲±۱/۶۹	۹/۷۶±۱/۱۹	۹/۵۲±۲/۸۰
	کنترل	۱۷/۲۹±۲/۱۱	۱۶/۰۵±۲/۰۷	۱۶/۷۶±۲/۱۴
استرس	معنوی-مذهبی	۱۳/۰۵±۱/۸۸	۱۰/۳۰±۱/۵۱	۷/۹۴±۲/۲۵
	امیددرمانی	۱۴/۸۸±۱/۷۰	۹/۹۴±۳/۹۱	۹/۴۷±۲/۱۲
	کنترل	۱۳/۹۴±۱/۵۱	۱۵/۷۰±۲/۲۳	۱۵/۲۰±۲/۱۹

با توجه به نتایج مقیاس DASS-21، در مرحله پیش‌آزمون همسران جانبازان مبتلا به PTSD نمرات بالایی را از زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی کسب کردند و پس از اجرای مداخلات، میانگین

وجودی مبتنی بر دیدگاه ویکتور فرانکل [21, 22]، معنوی-مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین [23] و آموزه‌های دینی حول ۶ محور قرار گرفتند. محتوای جلسات آموزشی معنوی-مذهبی شامل این موضوعات بودند: در جلسه اول (ارتباط با جهان هستی) ابتدا اهداف برنامه آموزشی به آزمودنی‌ها معرفی شد، سپس موضوع معنویت و اهمیت آن در نحوه نگرش افراد به زندگی و سلامت روان مفهوم‌سازی شد؛ در جلسه دوم (ارتباط با خود) خودآگاهی و انواع آن توضیح داده شد؛ در جلسه سوم (ارتباط با خدا) خودآگاهی معنوی مورد بحث قرار گرفت؛ در جلسه چهارم (ادامه موضوع ارتباط با خدا) به تبیین رابطه معکوس بین افزایش عبادات و انجام مناسک مذهبی با کاهش هیجان‌های منفی پرداخته شد؛ در جلسه پنجم (ارتباط با دیگران) پیامدهای منفی روانی، جسمانی و معنوی رنجش و نبخشودن خود و دیگران، همچنین پیامدهای مثبت بخشش و اهمیت آن در سلامت روان و ترمیم روابط بین فردی توضیح داده شد؛ در جلسه ششم (مقابله مذهبی) به تبیین تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات پرداخته شد؛ در جلسه هفتم (تجارب معنوی روزانه) آزمودنی‌ها به اعمال خوب از جمله شکرگزاری و نوع‌دوستی ترغیب شدند و در جلسه هشتم (جلسه پایانی) جمع‌بندی کلی موضوعات آموزشی بود. به‌طور متناوب گروه آزمایشی ۲ نیز طی ۸ جلسه در ۳ روز فرد هفته تحت آموزش امیددرمانی مبتنی بر نظریه‌های امید/سنایدر [24, 25] و ورثینگتون [26] قرار گرفتند. محتوای جلسات آموزشی امیددرمانی شامل این موضوعات بودند: در جلسه اول، ابتدا اهداف برنامه آموزشی به آزمودنی‌ها معرفی شد و چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن مفهوم‌سازی شد؛ سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد که موفقیت‌ها و سرخ‌هایی از عناصر امیدبخش را در گذشته‌شان کشف و در قالب یک داستان بنویسند. در جلسه دوم، ویژگی‌های انتخاب یک هدف مناسب به‌عنوان مولفه اول امید آموزش داده شد؛ در جلسه سوم، ویژگی گذرگاه‌های مناسب و قدرت برنامه‌ریزی یا راه‌یابی برای دستیابی به هدف به‌عنوان دومین مولفه امید ارایه شد؛ در جلسه چهارم ابتدا پیرامون قدرت اراده در دستیابی به هدف به‌عنوان سومین مولفه امید توضیحاتی ارایه شد، سپس در مورد انرژی روانی برای پیگیری هدف راهکارهایی ارایه شد؛ در جلسه پنجم نیز در ادامه مبحث جلسه قبل در مورد انرژی فیزیکی برای پیگیری هدف راهکارهایی ارایه شد؛ در جلسه ششم پیرامون وجود موانع در راه رسیدن به هدف و اهمیت شناسایی آن موانع توضیحاتی داده شد؛ در جلسه هفتم راهکارهایی برای کنترل و جلوگیری از لغزش ارایه شد و در جلسه هشتم (جلسه پایانی)، به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که امیددرمانگر خود باشند و تفکر امیدوارانه را به‌صورت روزمره به‌کار برند و در نهایت به جمع‌بندی کلی موضوعات آموزشی پرداخته شد. لازم به ذکر است که همه آزمودنی‌ها در جلسات آموزشی به‌صورت منظم شرکت کردند و ریزشی وجود نداشت. یک هفته پس از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گروه کنترل اجرا شد. پس از گذشت ۳ ماه از پایان دوره آموزشی، مشارکت‌کنندگان برای پیگیری تداوم اثر

همکاران^[36] که نشان دادند، نظریه امید را هم برای شناخت شروع افسردگی هم در مداخلات برای بهبودی افسردگی می‌توان به کار بست، زیرا بین امید و افسردگی رابطه معکوس وجود دارد و منوجهی و همکاران^[37] که نتیجه گرفتند امیددرمانی میزان افسردگی را در همسران معتادان کاهش می‌دهد، همسو است. در توجیه تاثیر امیددرمانی بر کاهش افسردگی می‌توان به دیدگاه *سنایدر*^[34] اشاره کرد که بر این باور بود که سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی بالینی می‌کند: (۱) مسدودشدن هدف (۲) انتخاب هدفی که رضایت‌بخش نیست و (۳) انتظار تعمیم‌یافته برای شکست. از نظر *سنایدر*، وقتی که هدف مسدود می‌شود و به مانع برخورد می‌کند، انگیزه فرد برای ادامه مسیر کم شده و برای رسیدن به هدف ناامید می‌شود. به این ترتیب، امید پایین منجر به افسردگی او می‌شود. روان‌درمانی امیدمحور ممکن است با اصلاح الگوی انسداد هدف، افزایش نیروی عامل و ایجاد گذرگاه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، قابلیت‌های فرد را افزایش داده و به تدریج آسیب‌پذیری او را نسبت به افسردگی کمتر می‌کند.

برنامه درمانی معنوی-مذهبی منجر به کاهش اضطراب همسران جانبازان مبتلا به PTSD شد. این یافته با تحقیقات *آژار* و همکاران^[38] که نتیجه گرفتند وقتی از روان‌درمانگری با جهت‌گیری مذهبی استفاده می‌شود، نشانه‌های اضطراب تعمیم‌یافته کاهش می‌یابد، *الیسون* و همکاران^[39] که به نتیجه رسیدند شدت پایبندی به باورهای مذهبی با اضطراب رابطه معکوس دارد و *یعقوبی* و همکاران^[40] که نشان دادند که روان‌درمانی معنوی-مذهبی میزان اضطراب دانشجویان را کاهش داده است، همسو است. در توضیح این یافته می‌توان گفت که طبق دیدگاه وجودگرایی، فرد احساس می‌کند در جهانی بی‌هدف زندگی می‌کند و اضطراب واکنش او به خلأ عظیمی است که در وجود و معنای زندگی می‌بیند، این خلأ وجودی به شکل ملال و بی‌حوصلگی پیوسته خودنمایی می‌کند، این اضطراب‌ها و روان‌رنجوری‌های بشری حاصل نیافتن معنا در زندگی است که به موجب آن تشویش و بی‌قراری را به دنبال دارد^[21]. از این جهت، روان‌درمانگر وجودگرا راهکارهایی را فراهم می‌آورد تا مراجع بر اضطراب وجودی خود غلبه نماید و متعاقب آن بتواند به یک زندگی معنادار دست پیدا کند^[41]. از دیدگاه مک *کانل* و *پارگامنت*^[27]، اضطراب با سردرگمی در دین، تردید معنوی، ارتباط نایمن با خداوند و تعصب رابطه دارد. یکی از مهم‌ترین راهبردهای حل این مساله فنون تصویرسازی مذهبی است^[42]. زمانی از این راهبرد استفاده می‌شود که در فرآیند درمان مراجع تصویر منفی از خداوند داشته باشد و ارتباط او با خدا مملو از اضطراب و احساس گناه باشد. روان‌درمانگر از طریق تن‌آرامی معنوی یا مراقبه معنوی مفهوم واقعی خداوند و حقیقت وجود را در ذهن مراجع اصلاح می‌کند. بدین ترتیب با تمرین این راهبرد ممکن است که به تدریج اضطراب فرد کاهش یافته و به آرامش وجودی برسد^[23].

امیددرمانی منجر به کاهش اضطراب همسران جانبازان مبتلا به

نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافت و این در حالی است که میانگین نمرات گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری هیچ‌گونه تغییری نکرد (جدول ۱). اثر تعاملی دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی معنادار نبود ($p > 0.05$)، اما اثر تعاملی مداخله معنوی-مذهبی و گروه کنترل و همچنین امیددرمانی و گروه کنترل در سطح ۱٪ معنادار بود ($p < 0.01$)؛ به این ترتیب، بین اثربخشی دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همسران جانبازان مبتلا به PTSD تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد.

برنامه درمانی معنوی-مذهبی منجر به کاهش افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های *مک‌کانل* و *پارگامنت*^[27] که نشان دادند کشمکش معنوی با سطوح بالاتر افسردگی همراه است، در حالی که بخشش، توکل و استمداد از خداوند با سطوح پایین‌تر افسردگی همراه است، *موریتر* و همکاران^[28] که نتیجه گرفتند آموزش معنویت‌درمانی موجب کاهش شدت افسردگی می‌شود، *هریس* و همکاران^[29] که نشان دادند مداخله معنوی در کهنه‌سربازان موجب کاهش افسردگی آنها می‌شود و *امیرارجمندی* و همکاران^[30] که به نتیجه رسیدند آموزش معنویت‌درمانی موجب کاهش افسردگی زنان متأهل می‌شود، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افسردگی با ادراکاتی در خصوص از دست دادن منبع مقدس، خودتنزلی معنوی، احساس بیگانگی، خشم نسبت به خداوند و احساس مجازات شدن از سوی او رابطه دارد؛ وقتی معنویت افراد دچار آسیب شود، شناخت آنها از خداوند و وجود دچار اختلال شده و این شناخت ناصحیح در برداشت افراد از خودشان تاثیر می‌گذارد و موجب اختلال در تفکر و سازگاری آنان می‌شود^[27] روان‌درمانگر معنوی با بازسازی ذهن از تفسیر رویدادها و نسبت‌ندادن علل وقایع منفی به دلایل کلی بینش مراجع را نسبت به مسائل تغییر داده^[31] و از طریق راهبردهای معنوی-مذهبی از جمله افزایش خودآگاهی معنوی^[32] و تعبیر و تفسیرهای معنوی^[23] منابع غنی فطری مراجع را بیدار کرده و از طریق فراخوانی نیروهای درونی با او ارتباط برقرار کرده و انرژی شفا بخش را در او ایجاد می‌کند^[33]. از این جهت، ممکن است با بهبود معنویت آسیب‌دیده، افسردگی فرد کاهش یابد^[31].

امیددرمانی منجر به کاهش افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD شد. این یافته با تحقیقات *سنایدر*^[34] که نشان می‌دهد سه مولفه امید (هدف، نیروی عامل و گذرگاه) با ۹ نشانه مرضی تشخیص افسردگی در DSM-V رابطه دارد، مهمت و *مایکل*^[35] که به نتیجه رسیدند که امیددرمانی با افسردگی می‌جنگد، *چیونس* و

معنوی-مذهبی در انطباق روانی و سازگاری با شرایط استرس‌زا و بیماری‌ها قابل توجه است [51].

امیددرمانی منجر به کاهش استرس همسران جانبازان مبتلا به PTSD شد. این یافته با تحقیقات *سنایدر و لویز* [56] که به نتیجه رسیدند امید وسیله‌ای برای پیشگیری اولیه و ثانویه از استرس است و *روستون* و همکاران [57] که نتیجه گرفتند امیددرمانی در کاهش استرس و پریشانی روانی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان موثر است، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از عواملی که در مقابله با استرس نقش تعیین‌کننده دارد، امید است. امید به‌عنوان یک درون‌مایه روان‌شناختی مثبت از شواهد پژوهشی رو به رشد در ارتباط با تمرکز بر عملکرد سازشی برخوردار است و ادعای اینکه امید به‌عنوان یک سپر حفاظتی بر تمام ابعاد روان‌شناختی موثر است، قویاً در پژوهش‌های متعدد مورد تایید قرار گرفته است [37]. تحقیقات نشان می‌دهد که امید به‌عنوان یک منبع تاب‌آوری، فواید حمایتی برای کاهش هیجان‌های منفی از جمله استرس دارد؛ این ارتباط پویا بین امید و استرس با مولفه‌های امید تعدیل می‌شود [58]. از این رو، پژوهشگران به نتیجه رسیدند که فنون امید می‌تواند در فرآیندهای انطباقی مفید باشد [49].

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که دو مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی در مقایسه با هم در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD تفاوت چشمگیری نداشتند. تشابه کارآمدی این دو رویکرد را می‌توان حداقل در سه محور، این‌گونه توجیه کرد: ۱- هر دو مداخله با تأمین حمایت عاطفی موجب تعدیل پیامدهای هیجانی منفی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی هستند. ۲- هر دو رویکرد با تغییر بینش و باورهای منفی افراد نسبت به مسائل موجب افزایش تفکر امیدوارانه می‌شوند و این نشان می‌دهد که یک نوع رابطه تجربی تضمین‌شده بین این دو روش در توانایی حل مساله وجود دارد. ۳- هر دو روش درمانی با برانگیختن نیروهای درونی افراد به‌عنوان تأمین‌کننده انرژی معطوف به هدف عمل می‌کنند. این یافته‌ها نویدبخش بوده و نشان‌دهنده ارزش درمان‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌طور عام و معنویت و امیددرمانی به‌طور خاص است؛ چراکه روان‌درمانی مثبت‌نگر علاوه بر اینکه هیجان‌های مثبت را برمی‌انگیزاند و منافع روان‌شناختی مثبت را ایجاد می‌کند، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش هیجان‌های منفی داشته باشد و به‌صورت سدی برای وقوع مجدد آنها عمل نماید.

این یافته‌ها بسیار نویدبخش بوده و نشان‌دهنده ارزش بالقوه درمان‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌طور عام و معنویت و امیددرمانی به‌طور خاص است. چرا که روان‌درمانی مثبت‌نگر علاوه بر این که هیجان‌های مثبت را بر می‌انگیزاند و منافع روان‌شناختی مثبت را ایجاد می‌کند می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش هیجان‌های منفی داشته باشد و به‌صورت سدی برای وقوع مجدد آنها عمل نماید. لذا پیشنهاد می‌شود روان‌پزشکان و روان‌شناسان

PTSD شد. این یافته با تحقیقات *جرمن* و همکاران [43] که نتیجه گرفتند مولفه نیروی عامل امیددرمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان موثر است. *میشل* [44] که نشان داد امید روی اضطراب و وحشت‌زدگی تأثیر دارد، *راجان‌دایم* و همکاران [45] که به نتیجه رسیدند تعامل امید و خوش‌بینی در کاهش اضطراب و افسردگی نجات‌یافتگان از سرطان موثر است، *لاول* و همکاران [46] که نشان دادند خوش‌بینی، مذهب و امید در روحیه و اختلالات اضطرابی زنانی که زایمان زودرس داشتند موثر بوده است، همسو است. در تبیین این یافته از تحقیق می‌توان گفت که نتایج تحقیقات پیشین از نقش امید به‌عنوان یک مکانیزم تغییر با نشان‌دادن رابطه‌ای قوی بین تغییرات در امید و کاهش اضطراب حمایت کردند و به‌موجب آن نتیجه گرفتند که تغییرات در امید موجب بهبودی اضطراب می‌شود [47]. فردی که مبتلا به PTSD است، ترس از فقدان دارد و به‌دلیل اضطراب فزاینده گوش‌به‌زنگی، محیط را ناامن می‌بیند، دائماً احساس تهدید از نابودشدن دارد و به رابطه عاشقانه و زندگی در درازمدت بدبین است [48]. امیددرمانی به بازسازی اعتماد در فرد مبتلا می‌پردازد؛ از جمله اینکه از طریق تصویرسازی مثبت دنیا را برای بیمار محیطی امن متصور ساخته و با فرآیند تعقیب هدف او را از خاطرات استرس‌زای حادثه به‌سوی زندگی برگردانده و توجهش را به آینده معطوف می‌دارد؛ بدین طریق به‌تدریج اضطراب فرد مبتلا رو به بهبودی می‌رود [49, 50].

برنامه درمانی معنوی-مذهبی منجر به کاهش استرس همسران جانبازان مبتلا به PTSD شد. این یافته با تحقیقات *پارگامنت* و همکاران [51] که نتیجه گرفتند مقابله مثبت مذهبی در کاهش پیامدهای منفی استرس موثر است و *ریچاردز و پاتر* [31] که نتیجه گرفتند معنویت‌درمانی در کاهش اثرات منفی استرس موثر است و بیگی و همکاران [52] که به نتیجه رسیدند با معنویت و معنادگی به زندگی می‌توان به مدیریت استرس و مقابله جدی با انواع استرس دست یافت، همسو است. در توجیه این یافته می‌توان گفت بعضی از مطالعات نشان‌دهنده این است که کشمکش معنوی رابطه قوی با استرس و بیماری‌های حاد روانی دارد [27]. از این رو، به محض درمان معنویت آسیب‌دیده، از شدت استرس کاسته می‌شود [31]. از پیشینه‌های پژوهشی چنین برمی‌آید که همسران در شرایط استرس‌زای زندگی با جانبازان مبتلا به PTSD تحت فشارهای روانی هستند. از این جهت، مراقبین بیماران اعصاب و روان که استرس زیادی را تجربه می‌کنند برای گذر از این مرحله و رسیدن به آرامش نیازمند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از جمله به‌کارگیری راهبردهای معنوی برای دستیابی به انسجام هستند [53]. در این زمینه یکی از رایج‌ترین راهبردهای معنوی-مذهبی ترغیب افراد به بخشایشگری است [23]. شواهد به اثرات مفید بخشودگی در شرایط فشار روانی اذعان کرده است [54]. تحقیقات حاکی از آن است که بخشودگی بهترین پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی در روابط جانبازان با همسرانشان است [55]. بنابراین، اهمیت نقش راهبردهای

- 7- O'Doonel ML, Creamer M, Pattison P. Post-traumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1390-6.
- 8- Arzi NB, Solomon Z, Dekel R. Secondary traumatization among wives of veterans with PTSD and posterior-concussion casualties: Distress, caregiver's burden, and psychological separation. *Brain Inj*. 2000;14(8):725-36.
- 9- Klaric M, Franciskovic T, Pernar M, Nembic Moro I, Milicevic R, Cerni Obrdalj E, et al. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Coll Antropol*. 2010;(34 Suppl 1):15-21.
- 10- Gorman LA, Blow AJ, Ames BD, Reed PL. National guard families after combat: Mental health, use of mental health service, and perceived treatment barriers. *Psychiatr Serv*. 2011;62(1):28-34.
- 11- Ahmadi K, Reshadatijou M, Karami G Comparison of depression, anxiety and stress in chemical victims with healthy people in Sardasht. *J Babol Univ Med Sci*. 2008;12(1):44-50. [Persian]
- 12- Mikulineer M, Florian V, Solomon Z. Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study on wives of veterans with and anxiety reactions. *Anxiety Stress Coping*. 1995;8(3):203-13.
- 13- Rafieepour A, Farahani S, Mazloomal-Hosseini N, Eshagi Moghadam F. The relationship between personality traits and the desire for divorce in disabled veterans: The mediating role of post-traumatic stress. *Sci J Mil Psychol*. 2020;10(40):33-44. [Persian]
- 14- Turgoose D, Murphy D. A systemic review of interventions for supporting partners of military veterans with PTSD. *J Mil Veteran Fam Health*. 2019;5(2):195-208.
- 15- Abolmaali K, Aghaeepour-Ghoasaraee M, Kamal A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral techniques training and schema-based training on modulating the symptoms of secondary trauma in the spouses of veterans with post-traumatic stress disorder. *Jundishapur Med Sci J*. 2014;15(2):187-200. [Persian]
- 16- Kamal A, Abolmaali K. The effectiveness of instruction based on schema therapy in reducing STSD. *Iran J War Public Health*. 2015;7(1):21-8. [Persian]
- 17- Bride BE, Robinson MM, Yegidis D, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract*. 2004;14(1):27-35.
- 18- Ahmadi K, Rezapour Y, Davoodi F, Saberi M. Investigate of validity and reliability of secondary trauma stress scale for evaluation of PTSD Symptoms in samples of warfare victims' wives. *Iran J War Public Health*. 2013;5(3):47-57. [Persian]
- 19- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scale (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33:335-43.
- 20- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Reliability and validity of the depression anxiety stress scale (DASS-21) for Iranian population. *Q Period Iran Psychol*. 2005;1(4):36-54. [Persian]
- 21- Frankl VE. Psychiatry and man's quest for meaning. *J Relig Health*. 1962;1:93-103.
- 22- Frankl VE. Logotherapy and existentialism. *Psychother Theor Res Pract*. 1967;4(3):138-42.
- 23- Richards PS, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counselling and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Association; 2004.
- 24- Snyder CR. Target Article: Hope Theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inquiry J*. 2002;13(4):249-75.
- 25- Snyder CR. Hand book of hope: Theory, measures and

جهت کمک به بهبود علائم همسران جانبازان از نتایج پژوهش حاضر در مداخلات درمانی استفاده نمایند. همچنین از آنجایی که پژوهش حاضر به منظور تامین شواهد اولیه از مقایسه اثر بخشی دو مداخله معنویت و امید درمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مجدداً اثر بخشی این دو مداخله را روی همسران جانبازان مبتلا به PTSD بررسی کنند.

نتیجه‌گیری

هر دو روش مداخله معنوی-مذهبی و امیددرمانی به‌عنوان مداخلات تعاملی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD موثرند و در مقایسه با هم تفاوتی ندارند.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از همسران جانبازان مبتلا به PTSD که با شرکت در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از حمایت و راهنمایی‌های ریاست محترم بیمارستان روانپزشکی صدر تهران و همکارانشان در فرآیند پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

تأییدیه اخلاقی: موردی بیان نشد.

تعارض منافع: تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: منیژه تقوی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ کیانوش هاشمیان (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۱۰٪)؛ جعفر بوآلهری (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۴۰٪).

منابع مالی: این مقاله از هیچ منبعی تامین نشده است و مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد منیژه تقوی در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است.

منابع

- 1- Kazemi AS, Banijamali SS, Ahadi H, Farrokhi NA. Comparison of the effectiveness of two training strategies- cognitive behavioral and mindfulness in reduction of STSD symptoms and psychological problems of devotee's wives with PTSD. *Med Sci J Islam Azad Univ*. 2009;22(2):122-9. [Persian]
- 2- American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- 3- Galvoski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggress Violent Behav*. 2004;9(5):477-501.
- 4- Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *J Traumatic Stress*. 2002;15(5):423-32.
- 5- Klaric M, Franciskovic T, Obrdalj EC, Petric D, Britvic D, Zovko N. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*. 2012;24(3):280-6.
- 6- Harvey A, Bryant R. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(3):507-12.

- 2000.
- 43- German JN, Leonard D, Heath CL, Stewart SM, Leavey PJ. Hope as a predictor of anxiety and depressive symptoms following pediatric cancer diagnosis. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(2):152-61.
- 44- Michael ST. Hope conquers fear: Overcoming anxiety and panic attacks. *Handb Hope*. 2000;301-19.
- 45- Rajandram RK, MY HO S, Samman N, Chan N, Mc Grath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: A preliminary study. *BMC Res Notes*. 2011;4:519.
- 46- Lowell EP, Tonnsen BL, Bailey DB, Roberts JE. The effects of optimism, religion, and hope on mood and anxiety disorders in women with the FMR1 premutation. *J Intellect Disabil Res*. 2017;61(10):916-27.
- 47- Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, Dsouza J, Boswell JF, Farchion TJ, et al. Examining hope as a trans diagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behav Ther*. 2020;51(1):190-202.
- 48- Harvey MR. An ecological view of psychological trauma and recovery. *J Trauma Stress*. 1996;9(1):3-23.
- 49- Synder CR, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilit Psychol*. 2006;51(2):89-112.
- 50- Lopez SJ, Floyd RK, Ulven JC, Snyder CR. Hope therapy: Helping clients build a house of hope. In: Snyder CR, editor, *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Unknown city: Academic Press; 2000.
- 51- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Stud Relig*. 1998;37(4):710-24.
- 52- Beigi A, Mohammadifar MA, Eisa Morad Rudbaneh A, Najafi M. The role of spirituality in predicting coping styles with stress. *J Couns Cult Psychother*. 2013;4(14). [Persian]
- 53- Pearce MJ, Medoff D, Lawrence RE. Religious coping among adults caring for family members with serious mental illness. *Community Ment Health J*. 2016;52(2):194-202.
- 54- Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health and resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychol Health*. 2004;19(3):385-405.
- 55- Ehteshamzadeh P, Mekvandi B, Bagheri A. Relationship among forgiveness, perfectionism, and intimacy with marital satisfaction in military veterans and their spouses. *Journal of Social Psychology (New Findings In Psychology)*. 2009;4(12):123-36.
- 56- Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 57- Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on Levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(4):351-7.
- 58- Antony DO, Edwards LM, Bergman CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personal Individ Differ*. 2006;41(7):1263-73.
- applications. Cambridge: Academic Press; 2000.
- 26- Worthington EL, Hight TL, Ripley JS, Perrone KM, Kurusu TA, Jones DR. Strategic hopefocused relationship-enrichment counseling with individual couples. *J Couns Psychol*. 1997;44:381-89.
- 27- McConnell KM, Pargament KI. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol*. 2006;62(12):1469-84.
- 28- Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: Qualitative finding on cognitive and emotional changes. *Complement Ther Med*. 2011;19(4):201-7.
- 29- Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, Thuras P, Murray-Swank N, Grace D, et al. The effectiveness of spiritually integrated intervention in veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol*. 2011;67(4):425-38.
- 30- Amirarjmandi SZ, Hashemian K, Niknam M. Effect of spiritual group training on decreasing depression and increasing marital satisfaction among married woman in Tehran, region 5. *Educ Psychol*. 2015;11(35):137-58. [Persian]
- 31- Richards PS, Potts RW. Using spiritual interventions in psychotherapy: practices, successes, failures and ethical concerns of Mormon psychotherapy. *Prof Psychol Res Pract*. 1995;26(2):163-70.
- 32- Bolhari J, Mohsenikabir M. Compiling and evaluating educational package of spiritual skills for university students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2019;25(2):210-21. [Persian]
- 33- Taylor PB, Ferszt GG. Spiritual healing. *Holist Nurs Pract*. 1990;4(4):32-8.
- 34- Snyder CR. Hope and depression: A light in the darkness. *J Soc Clin Psychol*. 2004;23(3):347-51.
- 35- Mehmet C, Michael R. You have got hope, studies show "hopetherapy" fights depression. Atlanta: New SRX Science; 2009.
- 36- Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR. Hope therapy in a Community sample: A pilot investigation. *Soc Indicators Res*. 2006;77(1):61-78.
- 37- Manouchehri M, Golzari M, Kordmirza-Nikoozadeh E. The effectiveness of hope therapy training on the use of positive coping methods with stress in women with addicted spouses. *Q Clin Psychol Stud*. 2015;6(21):78-90. [Persian]
- 38- Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(1):1-3.
- 39- Elison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among U.S. adults. *Soc Sci Res*. 2009;3(38):656-67.
- 40- Yagoobi H, Sohrabi F, Mohammadzadeh A. The comparison of cognitive-behavior therapy and Islamic based spiritual-religion psychotherapy on reducing of students overt anxiety. *J Res Behav Sci*. 2012;10(2).
- 41- Wong PTP. Meaning therapy: An integrative and positive psychotherapy. *J Contemp Psychother*. 2010;40(2):85-93.
- 42- West W. *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Thousand Oaks: SAGE;