

## اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) مزمن آزادگان ایرانی

ابوالقاسم عیسی مراد<sup>۱</sup>

احمد برجعلی<sup>۲</sup>

فرامرز سهرابی<sup>۳</sup>

حسین اسکندری<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین الگوی روان‌درمانی دینی و تعیین اثربخشی آن در اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) مزمن آزادگان ایرانی انجام شد. جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه آزادگان ساکن شهر تهران که به اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) مزمن مبتلا بوده‌اند. به منظور انتخاب نمونه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. با استفاده از پروتکل آموزش روان‌درمانی دینی با تأکید بر آموزه‌های اسلام به مدت ۱۰ جلسه دو ساعته (هفته‌ای دو جلسه)، به گروه آزمایش آموزش داده شد. داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش روان‌درمانی دینی در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) آزادگان ایرانی مؤثر است. این یافته‌ها می‌تواند کاربردهایی برای درمان مبتلایان به اختلال مذکور و سایر اختلالات مشابه داشته باشد که در مقاله حاضر به آن پرداخته خواهد شد.

---

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی

۲- استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

۳- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

۴- استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

واژگان کلیدی: روان‌درمانی دینی، نشانگان، اختلال پس‌ضربه‌ای (PTSD)، آزادگان ایرانی.

## مقدمه

اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD)<sup>۱</sup> با ظهور نشانه‌هایی به دنبال قرار گرفتن فرد در معرض یک محرک تنش‌زای به شدت آسیب‌زا می‌باشد. این اختلال با تجربه مستقیم شخصی رویدادی مانند مرگ واقعی، تهدید به مرگ، آسیب جدی یا سایر رویدادهای تهدیدکننده تمامیت جسمی فرد یا مشاهده مرگ و مجروح شدن، تهدید جسمی شخص دیگر یا آگاهی درباره مرگ غیرمنتظره، خشونت، آسیب جدی، تهدید به مرگ یا آسیب به اعضای خانواده به صورت واکنش‌هایی مانند ترس، درماندگی، وحشت و نشانه‌هایی مانند، دوباره تجربه شدن، اجتناب، بیش‌انگیزگی و مشکل در عملکرد اجتماعی و شغلی نشان داده می‌شود (DSM-IV-TR<sup>۲</sup>، 2000).

اختلالات اضطرابی عمده‌ترین بیماری عصر جدید هستند (دوزوآو و دابسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). هرچند میزان شیوع آن بالا است، ولی کمتر از ۳۰ درصد به دنبال درمان آن برمی‌آیند (پولک و کاو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). انجمن روان‌پزشکی آمریکا شیوع PTSD را در جمعیت عادی بین ۱ تا ۱۴ درصد گزارش کرده است (لهی و هالند<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). ولی گروه‌های در معرض خطر که رخدادها ضربه‌ای را تجربه کرده بودند، میزان شیوع آن در طول عمر از ۵ تا ۷۵ درصد اعلام می‌کنند (سادوک و سادوک<sup>۶</sup>، ۱۳۸۴). فاصله ظهور PTSD از یک هفته تا ۳۰ سال به طول می‌انجامد هر چند حدود ۳۰ درصد این بیماران به طور کامل بهبود می‌یابند، ولی در ۴۰ درصد آنان علایم خفیف و در ۲۰ درصد آنان علایم متوسط ادامه

1. Post traumatic stress disorder
2. diagnostic and statistical manual of mental disorder: text revision
3. Dozois & Dobson
4. Pollok & Kuo
5. R. Leahy & S. Holland
6. Sadock sadock

داشته و در ۱۰ درصد آنان بدون تغییر مانده یا بدتر می‌شوند. افراد خیلی جوان و خیلی پیر نسبت به میان‌سالان دارای مشکلات بیشتری هستند (همان).

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) براساس DSM-IV-TR درمقوله اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرد. احتمال بروز تنیدگی حاد و پس‌ضربه‌ای به توانایی روان‌شناختی فرد قبل از وقوع رویداد ضربه‌آمیز و همچنین به ماهیت ضربه، بستگی دارد (دادستان، ۱۳۸۷). ضربه‌هایی مانند جنگ که ناشی از اعمال انسانی هستند بیش از سایر حوادث و سوانح به ایجاد واکنش‌های وخیم منجر می‌شوند. هر اندازه تهدید به مرگ بیشتر باشد و آسیب بیشتری به گروه وارد نماید، احتمال وخامت تنیدگی پس‌ضربه‌ای بیشتر خواهد بود (گلسر و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱).

ملاک‌های تشخیصی و علایم و نشانه‌های PTSD براساس DSM-IV-TR در حوزه‌های مختلف به شرح ذیل می‌باشد:

- الف: تداعی‌ها و تکرار تجربه شدن در قالب افکار مزاحم، رویاها، تجزیه.
- ب: اجتناب‌ها مانند کاهش علاقه، گسلس و بی‌زاری، محدودیت عواطف، احساس کوتاه شدن آینده.
- ج: بیش‌انگیختگی مثل اشکال در خواب، خشم، تمرکز، گوش به زنگی، واکنش از جا پریدن.

د: عملکرد اجتماعی و شغلی و سایر ویژگی‌های اختلال همراه.

آمار جهانی شیوع این اختلال در بزرگسالان آمریکایی را ۸ درصد گزارش شده است. این نسبت در بازماندگان جنگ و اسارت بالاتر است (نوربالا، ۱۳۸۳). PTSD به سه شکل حاد، مزمن و تأخیری بروز و ظهور پیدا می‌کند که میزان و شدت و پدیدآیی آن با توجه به سن، تحصیلات، نوع شخصیت، و مدت زمان اسارت و حادثه متفاوت است. عوامل مختلفی مانند تجربه‌های دوران کودکی، شخصیت و نظام حمایت اجتماعی در تنیدگی حاد و پس‌ضربه‌ای مؤثر هستند (شنور و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). کسانی که تجربه‌های

---

1. Gleser,R  
2. Shenour &et al

دوران کودکی داشته باشند و مانند کودکانی که قبل از سن ده سالگی والدین آن‌ها از هم جدا شده باشند و یا از اختلالات روانی رنج می‌برده‌اند یا در سنین کودکی مورد حمله و تجاوز قرار گرفته باشند و یا تجربه‌ی حادثه‌ی فاجعه‌انگیزی را پشت سر گذاشته باشند در مقایسه با کسانی که چنین تجربی نداشته باشند برای ابتلا به این اختلال آمادگی بیشتری دارند (دیویدسن و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱؛ برمنر و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). تأثیر تجاوز بر فرد (برمنر و همکاران، ۱۹۹۳) تأثیر ویژگی‌های شخصیتی (کلارک و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴) تأثیر برخورداری از نظام‌های حمایتی قدرتمند پس از حادثه (شنور و همکاران، ۱۹۹۳) مورد تأکید می‌باشد.

براساس ضوابط نشانه‌شناختی DSM-IV-TR در صورتی که نشانه‌های اضطرابی در خلال ۴ هفته پس از رویداد تنیدگی‌زا آغاز شوند و ۲ تا ۲۸ روز پایدار بمانند می‌توان تشخیص اختلال تنیدگی‌حاد بر آن گذاشت، ولی اگر نشانه‌ها بیش از ۲۸ روز تداوم یابند تشخیص اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای عنوان می‌شود. معمولاً نشانه‌ها در خلال ۶ ماه از بین می‌روند، ولی ممکن است سال‌ها باقی بمانند. مثلاً ۲۰ تا ۲۵ درصد از سربازان آمریکایی که در جنگ با ویتنام شرکت کرده بودند هنوز از اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای (PTSD) رنج می‌برند (ویس و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲).

رویکرد های مختلف درمانی برای درمان PTSD، مداخله‌های زیادی را پیشنهاد کرده‌اند که از جمله می‌توان به درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT)، (موزر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) مثل (میچن بام<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) و (لویس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸)، حساسیت زدایی باحرکات چشم و بازپردازش (EMDR) مثل (سیدلر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶)، رفتاردرمانی مانند غرقه‌سازی تجسمی،

- 
1. Dividsoun & et al
  2. Bermner & et al
  3. Clark & et al
  4. Vaise & et al
  5. Mouser & et al
  6. Michen boum
  7. louis
  8. sidler

مواجهه‌سازی، (نات و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰)، رویکرد خانواده درمانی (فوا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) و سایر درمان‌ها اشاره کرد.

دین همواره در زندگی بشر یکی از دغدغه‌های مهم بوده است که غالباً به آن توجه می‌کنند. انسان‌ها بنابر نیازهای درونی و فطری، تجلی جلوات ذات الهی، قربت با منشأ هستی و همچنین برای پیشگیری از آفات بشری و برون رفت از مشکلات و درمان اختلالات به دین رو می‌آورند. گاهی زندگی انسان‌ها با توجه به حوادث و واقعه‌های دردناک، محرک‌های مختلف، پریشانی و عدم هماهنگی معرفت، باورها و رفتار دینی ممکن است دچار نوعی مشکل شوند. برای برون رفت از آن دانشمندان، صاحب نظران، اندیشمندان و روان‌درمان‌گران راه‌های زیادی را مورد آزمون قرار داده‌اند. تنوع رویکردهای روان‌درمانی شاهدهی بر این ادعاست که بسیار متنوع و کاربردی می‌باشد. ملاک ما در این پژوهش از روان‌درمانی دینی تأکید بر آموزه‌های تعالیم اسلام است. به همین منظور، تقسیم بندی‌های مختلف از جمله امام محمد غزالی (۱۱۱۱-۱۰۵۸ م) که معرفت نفس، معرفت خدا، معرفت دنیا و معرفت آخرت را یادآور شده است (کیمیای سعادت، ج ۱، به کوشش جم، ۱۳۶۸). همچنین سید محمد باقر صدر انواع روابط که شامل رابطه انسان با خدا، انسان با خود، انسان با انسان و انسان با طبیعت را مورد توجه قرار داد (به نقل از اعرافی، ۱۳۷۶)، تقسیم بندی تعالیم اسلام مانند اصول عقاید، اخلاقیات و احکام (مطهری، ج ۲، ص ۶۳، ۱۳۶۹) و سایر تقسیم‌بندی‌ها که به طور کل می‌توان معرفت، عقاید، باورها، عواطف، اراده و رفتار را یادآور شد.

یکی از روان‌درمانی‌های مؤثر در درمان مبتلایان به PTSD، روان‌درمانی دینی می‌باشد که با نظر به استقبال جامعه‌ی هدف (آزادگان) - که مهمترین دلیل استفاده از آن است - می‌توان اشاره کرد. در رویکرد دینی انسان‌ها در قالب دین معنا پیدا می‌کنند و به زندگی با توجه به عمق معانی عرفانی آن نگاه می‌کنند و با توجه به این که مقابله با اختلال مذکور برای جامعه هدف با التفات به فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند مناسب‌تر

1. Nout & et al  
2. foua

می‌باشد، بنابراین الگو استفاده شد. انسان‌ها می‌توانند با معنادادن به درد، سختی، رنج و عواقب مثبت آن وانگیزه‌های معنوی و دینی به حل و درمان عوارض اختلالات روان شناختی بپردازند. با توجه به اهمیت و ضرورتی که وجود دارد، و از طرفی آزادگان سرمایه‌های ملی کشور محسوب می‌شوند، پرداختن به آن برای درمان و حل مشکلات کمک کننده می‌باشد.

لذا با نظر به رویکردهای مختلف درمانی مذکور و اثربخشی‌های آن‌ها و از طرفی مدل‌های درمان‌های دینی که به صورت متفرق و مجزا انجام شد مانند مجموعه پژوهش‌ها و درمان‌هایی که در موضوعات مختلف، مثل تأثیر دعا، صلح، صبر، صبر، خواندن قرآن، توکل و... که به عنوان روان درمان دینی انجام گرفته است، محقق را بر آن داشت تا به بررسی این مشکل بپردازد. برای تشریح مباحث مربوط به پژوهش حاضر دو نکته کلیدی را مطرح می‌کنیم. اول آن که باید بدانیم برخی مولفه‌های دینی تا چه حد در زندگی انسان‌هایی که دچار برخی اختلالات می‌شوند دخیل است؟ دوم این که اختلال استرس پس‌ضربه‌ای در زندگی انسان‌ها تا چه حد اشکال ایجاد نموده است؟

مسئله اصلی در پژوهش حاضر این است که آیا دوره آموزشی روان درمانی دینی و عناصر مؤثر در آن باعث کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس‌ضربه‌ای می‌شود یا خیر؟ با این فرض به مطالعه سوابق پژوهش‌ها پرداخته می‌شود. پیام دین و قرآن که دعوت به هدایت، آرامش و سکینه است و انسان‌ها با پناه آوردن به فرهنگ قرآنی راهنمایی می‌شوند و به آرامش می‌رسند که ذکر می‌تواند به آنان آرامش دهد. "الا بذکر... تطمئن القلوب" (قرآن کریم، سوره ۱۳، آیه ۲۸) همچنین افکار، رفتار و اعمال و مناسک دینی می‌تواند کار ساز باشند.

اصولاً چرا تدوین الگوی روان درمانی دینی احساس شد؟ آیا رویکردهای دیگر به خوبی پاسخگوی درمان اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) نبوده‌اند؟ آیا نواقصی در آن‌ها یافت می‌شود که نمی‌تواند در درمان اختلال استرس پس‌ضربه‌ای مؤثر واقع شود؟ آیا رویکردهای موجود در دنیا قادر به پاسخگویی به حل نگرانی‌های جامعه هدف (آزادگان) نیستند؟ در حقیقت چرا به این رویکرد روان درمانی دینی (آموزش اختصاصی

برای PTSD) روی آورده است؟ در پاسخ به سؤالات فوق یادآوری چند نکته ضروری است که عبارتند از:

اولاً مطرح کردن این رویکرد دلیل بر نا کارآمدی سایرین نیست- هر چند برای آحاد جامعه، روان‌درمانی دینی بهتر پاسخ می‌دهد، چرا که انسان‌های متمایل به مذهب از جمله آزادگان که از این قشر هستند به شدت استقبال می‌کنند- و به استناد پژوهش‌های داخلی و خارجی که متعاقباً اشاره می‌شود، می‌توان به آن‌ها اشاره کرد.

ثانیاً محقق در صدد نوعی یکپارچه‌نگری دینی در مدل روان‌درمانی دینی بوده است و ادعا بر این بوده است که نوعی یکپارچه‌نگری با قید آموزه‌های دینی جهت پر کردن خلاء موجود یعنی گرایش‌های دینی مستند به منابع عقلی و نقلی اسلام به منظور آموزش و درمان اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) می‌باشد که با نظر به دیدگاه‌های درمانی مختلف و چارچوب‌های مرتبط پرداخته شد.

ثالثاً با توجه به سوابق موجود که به طور متفرق در ارتباط با اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات اضطرابی و بالاخص PTSD که در پژوهش‌های داخلی و خارجی آمده است، می‌توان استناد کرد و به پژوهش‌های حوزه‌های دینی مانند صبر، شکر، قدردانی، عبادات و مناسک، صله رحم، عفو و بخشش، احترام و تکریم و سایر مؤلفه‌ها اشاره کرد. رابعاً با توجه به تجارب محقق و انجام مصاحبه‌ها و سایر پژوهش‌های کیفی و نیز استنادات به عقلی و نقلی در اسلام که در قرآن، احادیث و روایات در حوزه‌های شناخت و باور، هیجان و احساس و رفتار و عملکرد آمده به تدوین الگو پرداخته و در پروتکل روان‌درمانی دینی و اجرای آن به صورت نیمه‌آزمایشی توجه شده است.

عناصر مؤثر در روان‌درمانی دینی که منجر به کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) می‌شود عبارتند از: ۱- عبادات و مناسک که شامل: دعا، مناجات، نماز، نیایش، زیارت، خواندن قرآن، ذکر و اندیشه در آیات الهی می‌باشد ۲- صبوری، شکیبایی و خودکنترلی، شامل: کنترل افکار، عواطف و رفتار آدمی، خواندن داستان‌ها و زندگانی بزرگان دین در قرآن و منابع اسلامی است ۳- توکل، توسل و امید، شامل: خواندن آیات توکل و ادعیه مرتبط با توکل و توسل، تقویت اندیشه‌های مثبت،

طلب شفاعت و وعده‌های الهی ۴-عفو، گذشت و بخشش، شامل: خواندن قرآن، روایات و ادعیه مربوط به عفو و بخشش، ثبت عفو و بخشش دیگران، دفع بدی به خوبی و عدم انتقام جویی ۵-یاری، تعاون، حمایت و همکاری شامل: کمک رسانی به دیگران، وفای به عهد، عضویت در موسسه‌ی خیریه و خواندن آیات، روایات و داستان‌های مرتبط ۶-صله رحم، معاشرت و تعامل شامل: اهمیت و استمرار صله رحم و ارتباط با خانواده و دیگران، یادآوری محاسن صله‌رحم در سلامت روان، خواندن آیات، روایات و داستان‌های مرتبط ۷-احترام و تکریم شامل: ثبت موارد احترام و تکریم به دیگران، تواضع و فروتنی به دیگران، بیان کلمات و عبارات مثبت، تقدم در سلام گفتن و ابراز احترام و خواندن آیات، روایات و داستان‌های مرتبط ۸-شکر گزاری و قدردانی شامل: قدر دانی و سپاس‌گزاری از خالق و مخلوق مثل سپاس از خدا و تشکر از خانواده و دیگران، خواندن آیات، روایات و داستان‌های مرتبط، یادآوری نعمت‌های الهی و سپاس‌گزاری از آن.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از روش نیمه آزمایشی استفاده شده است. با توجه به این که همه متغیرها قابل کنترل نیستند، از استفاده از روش مذکور مناسب است (دلاور، ۱۳۸۵).

جدول ۱. طرح تحقیق با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	نحوه انتخاب	گروه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پی‌گیری
گروه آزمایش	R	E	T <sub>1</sub>	X	T <sub>2</sub>	T3
گروه کنترل	R	C	T <sub>1</sub>	-	T <sub>2</sub>	T3

جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه آزادگان ساکن شهر تهران که به اختلال استرس پس از ضربه‌ای مزمن (PTSD) مبتلا بوده‌اند. آزادگان به اسیرانی اطلاق می‌شود که پس از تحمل سال‌ها اسارت در جریان جنگ تحمیلی عراق علیه ایران به میهن خود بازگشتند و لقب «آزاده» گرفتند. سنین گروه نمونه بین ۴۰ تا ۵۵ سال بوده و از ۴۸ تا ۱۰۰ ماه در اسارت عراق بوده و هم اکنون ساکن تهران هستند.



روش پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی که مجموعاً ۲۴ نفر می‌باشند، به دو گروه ۱۲ نفری یعنی گروه آزمایش و گروه کنترل، تقسیم شدند.

### ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه (Tsc-40) که به چک لیست PTSD معروف است و توسط «بریرو رونتز»<sup>۲</sup> تنظیم شده است ۲- مصاحبه بالینی ۳- سوابق خود گزارش دهی.

### شیوه جمع‌آوری اطلاعات

سوابق پزشکی و روان‌شناختی آزادگان مبتلا به اختلال استرس پس ضربه‌ای (PTSD) از طریق سازمان بنیاد شهید استان تهران (معاونت بهداشت و درمان) و بیمارستان‌های وابسته و مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناختی، مورد مطالعه قرار گرفت و از بین مبتلایان به تعداد چند برابر انتخاب و دو برابر برای آموزش و درمان انتخاب شدند.

### فرایند اجرای پژوهش

اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌های آن با استفاده از تست آزمون چک لیست PTSD (Tsc-40).

شایان ذکر است این آزمون در جامعه‌ی ایران که با استفاده از روش بازآزمایی ۸۷٪ و روش آلفا با کرانباخ ۹۴٪ (دریکوند، ۱۳۸۷) می‌باشد، مورد توجه قرار گرفته است.

متغیر مستقل (براساس پروتکل روان‌درمانی دینی) روی گروه آزمایشی، طی ۱۰ جلسه آموزشی دو ساعته (۱۲۰ دقیقه‌ای) اجرا شد.

پس از آزمون و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از تست (Tsc-40) مثل اجرای پیش‌آزمون عملی شد.

نوع جلسات آموزشی به صورت گروهی و هفته‌ای دو جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بود.

آزمون‌های مذکور پس از ۴۵ روز به عنوان پی‌گیری (follow up) انجام شد.

1. Trauma Symptom checklist(Tsc-40)  
2. Brayr & runets

### یافته‌های پژوهش (تجزیه و تحلیل داده‌ها)

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که محاسبه میانگین، انحراف استاندارد، بررسی جداول و نمودارها مورد توجه قرار گرفت. در روش‌های آمار استنباطی از کواریانس برای آزمون فرضیه و تحلیل آن استفاده شد.

فرضیه: مداخله و آموزش روان درمانی دینی بر کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس ضربه‌ای (PTSD) مؤثر است.

برای پاسخ‌گویی به فرضیه حاضر با نظر به جدول‌های ذیل به تأیید و رد آن‌ها پرداخته می‌شود:

جدول ۲. شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری

عوامل اختلال پس ضربه‌ای (مجموع داده‌ها PTSD)

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری
آزمایش	میانگین	۴۱/۳۳	۲۸/۰۸
	تعداد	۱۲	۱۲
	انحراف استاندارد	۱۴/۶۹	۱۱/۹۴
کنترل	میانگین	۴۸/۰۰	۵۳/۷۵
	تعداد	۱۲	۱۲
	انحراف استاندارد	۲۰/۰۹	۱۷/۲۸
مجموع	میانگین	۴۴/۶۶	۴۰/۵۴
	تعداد	۲۴	۲۴
	انحراف استاندارد	۱۷/۵۵	۱۶/۸۱

باتوجه به داده‌های جدول شماره ۲ میانگین‌های به دست آمده به ترتیب ۴۱/۳۳، ۳۲/۲۵ و ۲۸/۰۸ پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری در گروه آزمایش می‌باشد که تفاوت معنادار و چشمگیر است ولی در گروه کنترل این آمار به ترتیب ۴۸، ۴۸/۸۳ و ۵۳/۷۵ می‌باشد که تفاوت وجود ندارد. لذا فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود، یعنی دوره آموزشی مؤثر بوده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون در چک لیست اختلال پس ضربه‌ای عوامل Tsc-40 (PTSD)

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۰۱	۱۳۱/۰۲	۴۱۸۵/۱۲	۱	۴۱۸۵/۱۲	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۲۳/۳۳	۷۴۵/۲۱	۱	۷۴۵/۲۱	گروه‌ها
-	-	۳۱/۹۴	۲۱	۶۷۰/۷۹	واریانس خطا
-	-	-	۲۳	۶۵۰۵/۹۵	مجموع

نتایج به دست آمده در تحلیل کواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون آورده شده است. چون مقدار F محاسبه شده  $F=۱۳۱/۰۲$  در درجات آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول ( $F=۴/۳۲$ ) بزرگتر است، بنابراین با اطمینان ۹۵٪ فرضیه محقق تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین الگوی روان‌درمانی دینی و اثربخشی آن در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس ضربه‌ای (PTSD) آزادگان ایرانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد: مداخله و آموزش الگوی روان‌درمانی دینی در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس ضربه‌ای (PTSD) آزادگان ایرانی مؤثر بوده است.

نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات: دکل و ماسن<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) مبنی بر تأثیر باورهای مذهبی در ایمنی مبتلایان به PTSD، کوینک و پترسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) مبنی بر تأثیر عبادات و مناسک بر بهبودی مراجعان، کاپلان (۱۹۹۶) مبنی بر درمان مؤثر شناختی- رفتاری بر PTSD، کلایزینک و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)، ماکلر و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) تأثیر درمان گروهی، ماسن (۲۰۰۹) نقش عوامل حمایتی در درمان PTSD، هنلی<sup>۵</sup> (۲۰۰۹)، نقش حمایت در درمان

1. Dekel & mousen  
 2. Cooink & petesoon  
 3. Klazink & et al  
 4. Makler & et al  
 5. henly

PTSD، امانز و دیگران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) تاثیر شکرگزاری بر کاهش اختلالات انسان، آرفیلد<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) رفتار مقابله ای و ایجاد آرامش منجر به سلامت و باقری (۱۳۸۶) تأثیر نماز خواندن در سلامت انسان و سایر پژوهش‌های داخلی و خارجی همسو می‌باشد.

در ضمن با پژوهش‌هایی مانند هیلمن<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) که مذهب بعضاً مشکل آفرین است، وست<sup>۴</sup>، ترجمه شهیدی (۱۳۸۳) گاهی مذهب تخریب‌گر است، هی<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) به نقل از فروید مبنی بر این که مذهب در بهترین شرایط یک شفای ناقص است، و دیدگاه ماتریالیست‌ها و سکولاریسم مبنی بر عدم اثربخشی مؤلفه‌های دین، پین و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) عدم ارتباط بین مذهب‌گرایی و پیشگیری از اختلالات روانی و الیس<sup>۷</sup> (۱۹۸۰) مبنی بر مذهب کمتر، بهبود بیشتر، همسو نیست.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، استناد به آموزه‌های اسلام و مؤلفه‌هایی مانند: عبادات و مناسک، توکل و توسل، صبوری، عفو و گذشت، تعاون و یاری‌رسانی، احترام و تکریم، صله رحم و روابط بین فردی، شکرگزاری و قدردانی، با توجه به مبانی و چارچوب‌های نظری مطروح و اثرگذاری آن که در پروتکل تدوین شده آمده است، می‌توانند در کاهش علایم و نشانه‌های PTSD و نیز در ارتقای سلامت آن‌ها مؤثر باشند.

تحقیقات منفک متفاوت یاد شده حاکی از تایید آن است. بنابراین با توجه به معرفت دینی، انسان‌ها می‌توانند با نظر به مبانی دینی و عمل به باورهای آن و با توجه به پژوهش‌های مختلف مانند تأکید بر سالم‌تر بودن افراد مذهبی به دلیل انجام اعمال مذهبی (اسلاوسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲) و تأثیر نگرش مثبت افراد مذهبی در ارتقای بهداشت روان (دادفر، ۱۳۸۶) و با توجه به تغییر شناختی که منجر به تغییر الگوی غلط می‌شود (سیف، ۱۳۸۳) و نظر به این که رویکرد دینی به انسان‌ها یاری‌رساننده و توجه به قرآن یکی از مؤلفه‌های آن است، یعنی

- 
1. Emounz & et al
  2. arfiled
  3. hilman
  4. veast
  5. Heay
  6. Pein & et al
  7. Ellis
  8. slousoon

قرآن بالاترین ذکر و هشیاری نسبت به خداوند تلقی می‌شود (طهرانی، ۱۳۸۰)، همچنین با نظر به کلام حضرت علی علیه السلام که فرمود: «درمان تو در توست ولی تو بدان بصیرت نداری» محقق را برآن واداشت تا با آموزش برخی از آموزه‌های دینی مثل صبر، عبادات و مناسک، توکل و توسل، دعا و مناجات، صلح‌رحم، شکرگزاری و قدردانی برای هشیار کردن مراجع در درمان و تاثیر در وضعیت خود استفاده کند و نیز با عنایت به همرنگی انسان با فطرت و جلوه‌ی ذات آن چنان که ابن عربی می‌گوید «خلق .. آدم علی صورته» یعنی توجه انسان به درون خود به عنوان نوعی خودشناسی به تبیین فرضیه اول پرداخت. همچنین با در نظر گرفتن انجام پژوهش حاضر و نتایج به دست آمده و نیز تجارب محقق با درمان جویان و سایر استنادات بر ادعای مذکور تأکید ورزیده شد، هرچند برای تقویت این پژوهش، تحقیقات مختلف می‌تواند آینده بهتری را برای درمان دینی رقم بزند.

تحقیق حاضر با سایر پژوهش‌های انجام شده در رویکردهای شناختی، شناختی- رفتاری (CBT)، مانند مراحل شش‌گانه درمان اختلال پس‌ضربه‌ای مثل ایجاد رابطه خوب (میچن باوم، ۱۹۹۸)، معنویت درمانی، معنا درمانی مثل معنادگی به زندگی برای رهایی از ناامیدی (جسی و همکاران، ۲۰۰۶)، روان‌شناسی مثبت‌گرا مانند اثرگذاری نعمت شماری، تشکر و قدردانی (پترسون، ۲۰۰۶) و سایر رویکردهای مرتبط همخوانی دارد.

در تبیین مباحث مذکور می‌توان گفت باورهای دینی منجر به عمل و رفتار دینی و منجر به سلامت انسان و کاهش اختلالات مختلف می‌شود و با نظر به این که اسلام در تعریف انسان سالم، خصوصیات او را حرکت به سوی انسان کامل شدن مثل اکتساب فضایل و دفع رذایل و نیز سلامت انسان را در قرابت بیشتر و همرنگی مضاعف با فطرت می‌داند و با توجه به انجام مفاد برنامه آموزشی روان‌درمانی دینی که بر ارتقای سلامت انسان تأکید دارد و نیز با در نظر گرفتن پژوهش‌های مختلف و گوناگون در حوزه‌های دینی و گاه گروهی از مؤلفه‌های دینی انجام شده است. درمان و آموزش‌هایی در مورد آموزه‌های دینی مثل صبر، شکر، عبادات و مناسک، دعا و... که در سلامت انسان مؤثر است و همچنین با توجه به سوابق و تجارب روان‌درمان‌گری اثربخش به صور متنوع در داخل و خارج انجام شد و با تأکید بر پژوهش حاضر به تبیین فرضیه دوم پرداخته شد.

بنابراین تدوین الگوی روان درمانی دینی میسور و قابل طرح می‌باشد. بنابراین ترکیب حاضر نوعی درمان مقدماتی در این اختلال مورد آزمایش قرار گرفت و برای تقویت این ادعا پژوهش‌های آتی راه‌گشا خواهد بود.

### محدودیت‌های پژوهش

باتوجه به دشواری در ابراز آموزه‌های دینی و نمود آن در رفتار و نیز پیچیدگی آموزش، سنجش و اندازه‌گیری اعتقادات دینی و آموزه‌های مرتبط با آن و همچنین دشواری شناسایی و کنترل همه عوامل و متغیرهای مزاحم و متداخل در فرایند پژوهش و از آن جا که ابعاد اعتقادی، معرفتی، شناخت و باورهای دینی اولاً با آمادگی درونی پایه‌ای و ثانیاً با عمل و مداومت نسبتاً طولانی مدت و تدریجی شکل می‌گیرد، لذا با دوره‌ی آموزشی کوتاه مدت، ممکن است اثربخشی آن را تحت تأثیر قرار دهد.

### پیشنهادها

- ۱- این پژوهش علاوه بر اجرای مکرر در جامعه هدف، همچنین در حوزه خانواده که ممکن است به صورت اختلال استرس پس ضربه‌ای ثانویه (PTSD ثانویه) بروز کند، عملی شود.
- ۲- هر چند در این پژوهش کار به صورت گروهی انجام شد، اجرای آن به صورت روان درمانی فردی نیز میسور و حتی اثربخش‌تر باشد.
- ۳- این الگو را می‌توان در اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیتی و سایر اختلالات و در جوامع هدف متفاوت مانند دانشجویان، فرهنگیان و اقشار مشابه نیز به کار برد.
- ۴- الگوی پیشنهادی در پژوهش حاضر با استمرار در بررسی‌های بعدی، قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری خواهد داشت.

## منابع

- آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۵). تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، چ ۲. تهران: انتشارات حوزه و دانشگاه.
- احمدی‌زاده، محمدجواد. (۱۳۸۷). *اثر بخشی الگوهای درمانی شناختی- رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات چشم بر بهبودی بیماران PTSD* پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- امام سجاده، *صحیفه‌ی کامله‌ی سجاده‌ی، ترجمه‌ی عباس یزدی، انتشارات صلاه، ج ۶، تهران (۱۳۸۶).*
- ایزاک، استفان. *راهنمای تحقیق و ارزشیابی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ترجمه‌ی علی دلاور، انتشارات ارسباران، تهران. ۱۳۸۴.*
- بروجاسکا، جیمز او، نورکراس، جان سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. (۱۳۸۱). ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، انتشارات رشد، چ ۱، تهران.
- حسن زاده آملی، حسن. (۱۳۸۷). *دروس معرفت نفس (۳ جلدی)*، انتشارات علمی و فرهنگی، چ ۹، تهران.
- حسین ثابت، فریده. (۱۳۸۶). *تعیین اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی، رساله‌ی دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.*
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد ۱-۲)* انتشارات سمت، تهران.
- دلاور، علی. (۱۳۷۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی*، انتشارات رشد، تهران.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). *روش تحقیق روان‌شناسی و علوم تربیتی*، انتشارات ویرایش، تهران.
- سادوک، ویرجینیاریا، کاپلان، هرولد و سادوک بنیامین جیمز. *خلاصه‌ی روان‌پزشکی*، ترجمه نصرت ا... پورافکاری، انتشارات شهر آب، تبریز. ۱۳۸۷.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۰). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، مرکز نشر دانشگاهی، چ ۸، تهران.
- طباطبائی، علامه محمد حسین. (۱۳۶۲). *تفسیر المیزان*، انتشارات رجا، تهران.
- عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی اسارت*، انتشارات نورالثقلین، تهران.
- غزالی، امام محمد. (۱۳۷۰). *کیمیای سعادت*، انتشارات، اسلامیه، تهران.

- فضایلی، امیر عباس و حسین، محمد علی زاده. (۱۳۸۵). *عدالت در بخش سلامت از دیدگاه مکاتب اخلاقی*، نشریه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجاه، شماره ۲۰.
- قرآن، نهج البلاغه، مفاتیح الجنان، نهج الفصاحه، تفاسیر قرآن، احادیث و روایات. قربانی، نیما. (۱۳۷۷). *روان شناسی دین یک رویکرد چند تباری*، قبسات سال سوم، مؤسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر، تهران.
- کاپلان، سادوک، گرب. *خلاصه روان پزشکی (۳ جلدی)*، ترجمه‌ی نصرت ... پور افکاری، انتشارات شهر آب، تبریز، ۱۳۷۵.
- کرک، هاوتون، کیس و کلارک. *رفتار درمانی شناختی ترجمه‌ی حبیب ... قاسم زاده*، انتشارات ارجمند، چ ۴، تهران. (۱۳۸۳).
- کلینی، محمد. (۱۳۶۰). *اصول کافی*، انتشارات چهارده معصوم، تهران.
- لیهی، رابرت ل. *فنون شناخت درمانی، ترجمه‌ی لادن فتی و همکاران*، انتشارات دایره، تهران. ۱۳۸۷.
- مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه (جمعی از مؤلفان). (۱۳۸۲). *چکیده مقالات همایش روان سنجی مقیاس های دینی*، انتشارات حوزه و دانشگاه، تهران.
- مجلسی، محمدباقر. (۱۴۰۳ ق). *بحارالانوار، داراحیاء النرات العربی، الطبعه الثالثه*. لبنان.
- مصباح، محمدتقی. (۱۳۸۶). *فلسفه اخلاق*، انتشارات بین الملل، چ ۳، تهران.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۴). *مجموعه‌ی آثار*، انتشارات صدرا؛ چ ۳، تهران.
- میردریگونند، فضل ... (۱۳۸۷). *مقایسه‌ی دو روش گروه درمانی شناختی و شناختی - رفتاری در PTSD جانبازان و تأثیر آن بر رضایت زناشویی*، پایان‌نامه دکتری.
- نراقی، ملا احمد. *معراج السعاده در اخلاق*، انتشارات علمی، چ ۴. ۱۳۶۶.
- واتس، پل چی و نیما قربانی. (۱۳۷۷). *روان شناسی دین در جوامع مسلمین*، ترجمه‌ی پونه بناکار حقیقی، قبسات سال سوم، تهران.
- وست، ویلیام، *روان درمانی و معنویت*، ترجمه‌ی شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، انتشارات رشد، تهران. (۱۳۸۳).
- ولف، دیوید، *روان شناسی دین*، ترجمه‌ی محمد دهقان، انتشارات رشد، تهران. ۱۳۸۶.
- هالچین، ریچاردپی و ویتبورن، سوزان کراس، *آسیب شناسی روانی*، ترجمه‌ی یحیی سید محمدی، انتشارات روان، تهران. ۱۳۸۶.



الیاده، میرچا. ( ۱۹۷۸). دین پژوهی، ترجمه‌ی بهاء الدین خرمشاهی (۱۳۷۵). ج ۲، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.  
 یعقوبی، حسن. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی و مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز برگین بر کاهش اضطراب دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبایی، رساله‌ی دکتری.

- Agency Group . (2003). *PTSD Can Emerge in POWs, Combat Veterans and Civilians. FDCH Regulatory Intelligence Database.*
- American Psychititpric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (4<sup>th</sup>.ed) Text Revision (DSM-IV-TR).* Washington, D.C.
- Argyle M.(2000). *Dictionary of Psychology*, London, Routledge.
- Beck, A. T. (1991). *cognitive therapy: A30-year retrospective.* Amer. Psychology.
- Blanchard et al. (1996) *and Parents PTSD Checklist (PCL- G/PR*, Ford et al, 2000).
- Bower, Bruce .(1991). *Emotional Trauma Haunts Korean PoWs.* Science News, Vol 139, Issue 5, p68, 2/3p.
- Bramen, I. (2008). *Fifty years later: the long- term Psychological adjustment of ageing World War II Suriivors.* Department of Medical Psychology, Vrije universiteit Amsterdam.
- Briere & Runtz. (1989). *Trauma Symptom Checklist (TSC-40) Semptoms related.*
- Cohen, j,A. (2007). *Practice Parameters For the assessment and treatment of children and adolescents with Posttraumatic Stress disorder.* AACAP, communications Department. 3615 wisconsin Avenue. N. W, Washington, DC 20016 united States.
- Cohen, j,A. (2010). *Practice Parameters For the assessment and treatment of children and adolescents with PTSD.* N. W, Washington, DC 20016 united States.
- Dejong. J .T. V.M. (2010). *Lifetime events and Posttraumatic Stress disorder in 4 Postconflict Settings, Transcultural Psychsocial Organisation (TPO)*, Who Collaborating Center, Amsterdom, Netherands.
- Dekel, R and Monson, M .(2010). *Militaryrealated PTSD and Family relation Current Knowledge and Futur direction*, Agression and Violene Behavior 15 (2010) 303-309.
- Dieperink M, Leskela J.(2001). Thuras P; Engdahl B. *Amjorthopsychiatry.* 2001: 71(3): 374-8 (ISSN:0002-9432).
- Eberly, R.E. (2009). *Prevalence of Somatic and Psychiatric among former prisoners of War (Pow)*, Psychology Serice, Department of Veterans Affairs Medical Center (116 B), I Veterans Drive, Minneapolis, MN55417, united States.
- Foa, Edna B; Keane, Terence M; Friedman Matthew J .(2000). *Guidelines for Treatment of PTSD. Journal of Traumatic Stress*, Vol 13, No 4, 2000, (National Center for PTSD).

- Genia Vicky (1995). *Counselling & Psychotherapy of religious Clients: A Developmental Approach*; Praeger.
- Howard, j and Andrew Thompson. (2008). *The development and maintenance of PTSD in Civilian adult Survivors of War trauma and torture a review*. Clinical Psychology unit, Department of Psychology, university of Sheffield.  
<http://www.ncptsd.org/facts/general/fs-what-is-ptsd.html>. (2000).
- James, W .(1983). *The Principles of Psychology, Massachusetts, Harvard University Press*.
- James, W .(2002). *The Varieties of Religious Experience: A study in Human Nature*, London, Routledge.
- Joshua, D and Clapp, j. and Gayle Beck. (2009). Understanding the relationship between PTSD and Social Support, *Journal homepage Department of Psychology*.
- Kathleen, N and et al. (2007). *Sources of Stress in Coptivity, A Valiable online 25 Joly*.
- Kohn, Carol; Hasty, Susan; Henderson, C.W.(2002). August). *Clinical Steategies Available for Assessing PTSD*. Bio Terrorism Week, 8/19/02, p7, 1/2p.
- Lawrence, S and Desilva. M. (2008). *Sport and gams For PTSD*, London, WCiB 3RF, uk.
- Livanou, Maria.(2001). *Psychological Treatments for PTSD: an overview. International Review of Psychiatry*, 2001, 13, 181-188.
- Makler, Salvatore; singal, Mircea. *Combat Related, Chronic PTSD: Implications for Group Thetapy Intervention*.
- Morality: *A New justification the moral Rules*, P4.  
*National Center for Post Traumatic Stress Disorser*.(2000).v  
*Post traumatic stress Disorder* (2008) <http://www.psychology.com>.
- Pynoo, R and et al. (2010). *Children's PTSD reactions one year after a Sniper attack at their School, uCL A Neure psychology inst*.
- Rachel, D and Candice, M. (2009). *Military- related PTSD and Family relations, Ryerson university, Canada*.
- Turner, Stuart.(1990). *Place of Pharmacotherapy in PTSD*. Lancet, 00995355, 10/23/99, Vol, 354, Issue 9188.
- Tworus, R and Szymanska, S and Ilnicki, S. (2009). *Asoldier*.
- Ursano, J, Robert . (2003). *The Psychology of prisoner of war. USATODAY.COM*.
- Weathers. (1994). *PTSD Checklist (PCL) 17 item Self-report Scale*.  
[www.ncptsd.org](http://www.ncptsd.org)
- West, M.(2005). *Queer Spirituality*: <http://www.mcchurch.org>.
- Wilson, J.P; Friedman M.J & lindy J.D.(2004). *treating Psychological trauma & PTSD*. Boston The Guilford Press.
- Worhinton, Jr,E, W, Kurusu, T, A, & Mccullough, M,E, .(1996). *Emprical Research on Religion & Psychotherapeutic Processed and outcomes: 10 years Review and Research Prospectus Psychological Bulletin Vol, 119 No3: 448-487*.
- WUIFF,D.M .(1997). *Psychology of Religion, John Wiley. N.Y.U.S.A*.
- Zimbardo, Philip. (2004). *Americam Psychological Association Washington, DC*  
 (202) 336-5700 May 2004.