

## مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و دینداری در افراد مبتلا به بیماری PTSD، همسران آنها و گروه کنترل

منصور بیرامی<sup>۱</sup>؛ مرتضی عندلیب کورایم<sup>۲\*</sup>؛ اصغر پوراسمعی<sup>۳</sup>؛ لیلا محمدی بخش<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه: بسیاری از جانبازان جنگ تحمیلی، مبتلا به بیماری PTSD هستند و بر آن اساس خود و همسران آنها دچار مشکلات زیادی می‌شوند. هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و دینداری در افراد مبتلا به PTSD، همسران آنها و گروه کنترل می‌باشد.

روش‌ها: در مطالعه علی - مقایسه‌ای حاضر تعداد ۲۵ نفر بیمار PTSD و ۲۵ نفر از همسران افراد مبتلا به PTSD و ۲۵ فرد سالم به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی دوک شاخص دینداری استفاده شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 18 و با استفاده از آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به PTSD و همسران آنها کم‌تر از گروه کنترل می‌باشد، ولی بین حمایت اجتماعی افراد مبتلا و همسرانشان تفاوت معناداری مشاهده نشد. در شاخص دینداری، میزان دینداری افراد مبتلا به PTSD و همسران آنها بیشتر از گروه کنترل بود ولی در این مورد هم بین افراد مبتلا و همسران افراد مبتلا تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: شاخص دینداری و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به PTSD با همسرانشان مشابه و با گروه کنترل متفاوت است.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، همسران، دینداری، حمایت اجتماعی

«دریافت: ۱۳۹۱/۷/۳ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۴»

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

\* عهده‌دار مکاتبات: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۷۷۶۴۵۰۵

Email: mortezaandalib65@yahoo.com

### مقدمه

گوناگون طبیعی و رویدادهای بحران ساز چون جنگ قرار گرفته است (۲). وجود رزمنده مبتلا به PTSD حتماً بر روی سایر اعضای خانواده تأثیر گذاشته و مشکلات روانی وی در کانون توجه خانواده قرار می‌گیرد (۳). همسر ممکن است بین احساس همدلی، همانندسازی کردن (الگویابی همسر) و مشکلات دردآور رزمنده و طرد شدن و آسیب دیدن از طرف او نوعی حالت دوگانگی در رفتار پیدا کند و آن‌جاست که احساس می‌کند در دام و تله افتاده است (۴).

انسان در طول حیات اجتماعی و فردی خود همواره به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، شاهد حوادث و رخداد‌های تکان‌دهنده متعدد و مختلفی است. یکی از نشانه‌هایی که در مطالعات مربوط به آسیب‌های روانی پس از فاجعه‌ها مورد توجه قرار گرفته است اختلال استرس پس از سانحه (PTSD، post traumatic stress disorder) است (۱).

کشور ایران از مناطقی است که در معرض حوادث

از طرف دیگر، افکار مثبت و سخت‌رویی، هر دو از مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیر در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۱۱).

در میان پژوهش‌گران حیطه درمان PTSD این توافق کلی وجود دارد که یکی از مشکلات فراگیری که توسط افراد دچار این اختلال تجربه می‌شود، فقدان معنی یا هدف برای زندگی می‌باشد که اغلب با عنوان ضعف اعتقاد معنوی مطرح می‌شود (۱۲). ولی پژوهش‌ها در این زمینه به‌طور متناقض مطرح شده‌اند، به‌طوری‌که پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که PTSD هم اثر تضعیف‌کننده و هم اثر تقویت‌کننده بر روی اعتقادات مذهبی دارد (۱۳). برخی از پژوهشگران مطرح کرده‌اند که شاید دلیل این اثر تقویت‌کنندگی ناشی از نقش رستگاری بخشی است که توسط بسیاری از مذاهب به آن دعوت می‌شود (۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شرکت در گروه‌های مذهبی با بهبود PTSD در ارتباط است (۱۴) و به‌طور ضمنی نشان می‌دهند که مبتلایان به PTSD به‌دنبال تجربیات مذهبی هستند (۱۵) و افزایش مذهبی بودن، پدیده‌ای است که به‌عنوان نتیجه تجربیات استرس‌زا مطرح شده است (۱۶).

با توجه به مشکلات تجربه‌شده توسط افراد مبتلا به PTSD و همچنین خانواده‌های آنها و اثرات سوء این تجربه‌ها در جامعه، هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان حمایت اجتماعی و دینداری جانبازان مبتلا به PTSD، همسران آنها و گروه کنترل بود.

### مواد و روش‌ها

علی - مقایسه‌ای جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مرد مبتلا به PTSD تحت پوشش سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تبریز و همسران آنها تشکیل

یکی از عواملی که می‌تواند در سلامتی اعضای خانواده تأثیر بگذارد، حمایت اجتماعی می‌باشد. پژوهش‌های زیادی در مورد روابط بین سنخ‌های مختلف حمایت اجتماعی و سلامتی انجام شده است (۵). حمایت‌هایی را که اعضا خانواده، بستگان و دوستان فراهم می‌کنند، نقش حیاتی در بازسازی دنیای ذهنی حادثه‌دیدگان دارد (۶). اصولاً بیمارانی که شبکه حمایت اجتماعی خوبی دارند ممکن است یا اساساً دچار این اختلال نشده و یا دچار اشکالات جدی نشوند و در صورت ابتلا به آن سریع بهبود یابند (۷).

فواید حمایت اجتماعی به‌خوبی در PTSD روشن شده است. نتایج پژوهش‌های آینده‌نگر نشان داده است که چنین حمایتی، همبستگی مثبتی با بهداشت روانی و همبستگی منفی با بیماری‌های جسمانی و مرگ و میر ناشی از عوامل مختلف دارد. مطالعه حوادث و بحران‌های مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی همیشه با سازگاری بهتر همبستگی داشته است (۶).

ارتباط معکوس بین نشانه‌های PTSD و حمایت اجتماعی یکی از مسائلی است که به کرات در پژوهش‌های مختلف مشاهده شده است (۸). برخی از مطالعات اشاره کرده‌اند که نشانه‌های PTSD پس از اضمحلال تدریجی حمایت اجتماعی ایجاد می‌شود (۹ و ۱۰).

نتیجه فراتحلیلی که توسط اوزر و همکاران انجام گرفت، نشان داد که بین PTSD و حمایت اجتماعی، ارتباط منفی بالایی وجود دارد؛ این ارتباط معکوس می‌تواند در چهارچوب دو الگوی ضربه‌گیر (buffering model) و مدل فرسودگی (erosion model) تبیین شود. الگوی ضربه‌گیر کوهن و ویلز (۱۹۸۵) فرض می‌کند که شبکه‌های حمایت اجتماعی به افراد در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌زا کمک می‌کند و همچنین در مقابل، افزایش آسیب‌شناختی روانی مرتبط با استرس به‌عنوان عامل دفاعی عمل می‌نماید. مدل فرسودگی، معتقد است که PTSD در از بین رفتن حمایت اجتماعی دخالت دارد (۹ و ۱۰).

لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شود. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی اتکینز و هاودون (۲۰۰۷) دو عامل یادشده را تأیید نموده است (۱۸). ضرایب پایایی برای پایبندی مذهبی برحسب آلفای کرونباخ برای پایبندی مذهبی ۰/۷۱ و برای توسل به نیروهای مافوق بشری ۰/۷۲ به دست آمد. در کشورمان این پرسشنامه مورد استفاده قرار نگرفته است ولی در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای دینداری کل، ۰/۷۳ برآورد شده است. در این پژوهش نمرات کل دینداری مورد تحلیل قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شده و با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض برابری واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در سه گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد که میانگین حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط گروه کنترل بیشتر از افراد مبتلا به PTSD و همسرانشان می‌باشد ولی بین میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد مبتلا به PTSD و همسرانشان تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود (جدول ۱). همچنین در متغیر دینداری، میزان دینداری همسران افراد مبتلا به PTSD و افراد مبتلا به PTSD بیشتر از گروه کنترل می‌باشد (جدول ۱).

با توجه به این که در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش پارامتریک تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد، لذا ابتدا پیش‌فرض برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به نتایج آزمون لوین در مورد حمایت اجتماعی (P=۰/۱۶۵) و دینداری (P=۰/۰۵۸) نتیجه می‌گیریم که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است و مجاز به استفاده از آزمون پارامتریک هستیم.

دادند. از میان این افراد، تعداد ۲۵ نفر بیمار PTSD که با توجه به نظر روانپزشک، مبتلا به این بیماری بودند و ۲۵ نفر از همسران افراد مبتلا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است. همچنین ۲۵ نفر به عنوان گروه کنترل به روش در دسترس انتخاب شدند. این افراد از لحاظ وضعیت اقتصادی و سنی با افراد مبتلا به PTSD هم‌تا شده بودند. برای مشخص کردن وضعیت اقتصادی آزمودنی‌ها از شاخص‌های جمعیت‌شناختی اقتصادی محقق‌ساخته (مانند میزان درآمد و میزان دارایی‌ها) استفاده گردید، به گونه‌ای که سعی بر آن شد وضعیت اقتصادی افراد گروه کنترل (با توجه به این که آزادی عمل بیشتری در انتخاب آن‌ها وجود داشت) تقریباً معادل افراد مبتلا به PTSD باشد تا اثر متغیر وضعیت اقتصادی کنترل شود. میانگین سنی برای افراد مبتلا به PTSD برابر ۴۳/۴۴ سال، برای همسرانشان برابر با ۳۶/۷۶ سال و برای گروه کنترل برابر با ۴۲/۹۶ سال بود. پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و اطمینان یافتن آن‌ها از سری ماندن اطلاعاتشان، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی دوک و شاخص دینداری تکمیل شدند.

پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک در سال ۱۹۸۴ توسط دوک ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۱ سؤال می‌باشد که سؤال ۱ دارای مقیاس ۳ درجه‌ای، سؤال‌های ۲-۴ دارای مقیاس ۷ درجه‌ای، سؤال‌های ۵-۱۰ دارای مقیاس ۵ درجه‌ای هیچ‌گاه، اغلب اوقات، به ندرت، بعضی اوقات و همیشه و سؤال ۱۱ دارای مقیاس ۵ درجه‌ای کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی می‌باشد. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ توسط حسینی بادنجانی (۱۳۸۷) ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد (۱۷).

پرسشنامه شاخص دینداری ۱۵ سؤال دارد که دارای دو زیرمقیاس پایبندی مذهبی و توسل به نیروی مافوق بشری (خداوند) و یک نمره کل می‌باشد. از این ۱۵ سؤال، ۱۱ سؤال به پایبندی مذهبی و ۴ سؤال به نیروی مافوق اختصاص دارد و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای

جدول ۱- مقایسه میانگین متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر اندازه‌گیری شده	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P value
حمایت اجتماعی	PTSD	۲۵	۲۷/۵۶	۱۰/۴۶	۰/۰۳۷
	همسران	۲۵	۲۸/۱۶	۶/۷۳	
	گروه کنترل	۲۵	۳۳/۲۸	۷/۷۵	
دینداری کل	PTSD	۲۵	۵۵/۳۶	۶/۹۲	۰/۰۴۲
	همسران	۲۵	۵۷/۱۶	۵/۲۶	
	گروه کنترل	۲۵	۵۲/۱۶	۸/۳۴	

نشان می‌دهد که میزان تفاوت بین گروه‌های PTSD با گروه کنترل و تفاوت بین همسران با گروه کنترل در سطح  $P < 0/05$  معنادار است. در این میان میانگین نمره حمایت اجتماعی در گروه کنترل بیشتر از دو گروه PTSD و همسران آن‌ها می‌باشد. در بین سایر گروه‌ها در این متغیر، تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) (جدول ۲).

در ادامه، میزان دینداری در سه گروه بیماران مبتلا به PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل مقایسه شد. جهت تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها (PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل) در متغیر دینداری نیز از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد. بر اساس یافته‌ها استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در دینداری کلی با F محاسبه شده (۳/۳۰۹) در سطح  $P < 0/05$  معنادار است.

در ابتدا میزان حمایت اجتماعی در سه گروه بیماران مبتلا به PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل مقایسه شد. جهت بررسی تفاوت میان میانگین گروه‌ها (PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل) در متغیر حمایت اجتماعی از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد، بر اساس یافته‌ها تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (بیماران مبتلا به PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل) در متغیر حمایت اجتماعی با F محاسبه شده (۳/۴۴۸) در سطح  $P < 0/05$  معنادار است.

از آنجایی که نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه، تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پژوهشی (حمایت اجتماعی) را به صورت کلی نشان می‌دهد، جهت تعیین این که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج حاصل از آن

جدول ۲- آزمون تعقیبی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای حمایت اجتماعی و دینداری

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P value
حمایت اجتماعی	PTSD	همسران	-۰/۶۰۰	۲/۳۹۴۱	۰/۸۰۳
	همسران	گروه کنترل	*-۵/۷۲	۲/۳۹۴۱	۰/۰۲۰
		گروه کنترل	*-۵/۱۲	۲/۳۹۴۱	۰/۰۳۶
دینداری	PTSD	همسران	۱/۸۰	۱/۹۶۷	۰/۲۶۴
	PTSD	گروه کنترل	*۵/۰۰	۱/۹۶۷	۰/۰۱۳
		گروه کنترل	*۳/۲۰	۱/۹۶۷	۰/۰۳۸

به انجام فعالیت‌های مهم و احساس بیگانگی و گسستگی از دیگران از نشانه‌های مهم مشاهده شده در افراد مبتلا به PTSD می‌باشد (۲۰) در نتیجه دوری از اجتماع و زندگی در تنهایی موجب می‌شود که این افراد احساس کم‌لطفی از جانب دیگران را کرده و آن‌ها را در این امر مقصر جلوه کنند. البته سعی افراد اطراف بیمار PTSD برای حمایت از وی اغلب به دلایل ذکر شده، با ناکامی مواجه می‌شود و پس از چندین بار سعی، دیگر اطرافیان نیز رغبتی برای این کار نشان نمی‌دهند (۲۱).

یافته‌ها در مورد تفاوت حمایت اجتماعی ادراک شده توسط همسران افراد مبتلا به PTSD و گروه کنترل با نتایج پژوهش امیری، بردبار و کاتب (۱۳۸۴) که نشان داد همسران جانبازان قطع نخاعی که شاغل هستند نسبت به زنان شاغل سالم، مشکلات عدیده‌تری را تجربه می‌کنند و نیاز به حمایت‌های بیشتری دارند (۲۲) همسو می‌باشد. انواع مختلف حمایت‌های اجتماعی شامل امکانات و حمایت عاطفی به صورت رسمی و غیررسمی توسط سازمان‌ها، خانواده‌ها و دوستان ارایه می‌شود. زنان حمایت‌کننده اغلب بار مسئولیت زیادی را در بلایای رخ داده بر همسرانشان به عهده دارند. زنانی که از همسران PTSD خود مراقبت می‌کنند دارای علایم اجتنابی و افکار مزاحم زیادی هستند. بنابراین حمایت اجتماعی کم مشاهده شده در همسران افراد مبتلا به PTSD احتمالاً ناشی از همین عوامل بوده است (۳).

نتایج همچنین نشان داد که در نمرات کل دینداری بین سه گروه مورد مطالعه، تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت بدین‌گونه است که نمرات کل دینداری در همسران بیماران PTSD و همچنین بیماران PTSD بیشتر از گروه کنترل بود. ولی بین میزان معنویت افراد مبتلا به PTSD و همسرانشان تفاوت معناداری مشاهده نشد.

تفاوت معنویت بیماران PTSD با گروه کنترل با یافته پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند میزان اعتقاد به خدا پس از یک دوره طولانی PTSD کم‌تر می‌باشد (۲۳) و دیگر پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند نشانه‌های PTSD با ضعف

جهت تعیین این که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد، نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که نمرات کل دینداری در همسران بیماران PTSD و همچنین بیماران PTSD با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد که این تفاوت در افراد گروه همسران و PTSD بیشتر از گروه سالم است. ولی بین میزان معنویت افراد مبتلا به PTSD و همسران افراد مبتلا به PTSD تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

### بحث

در این پژوهش، میزان حمایت اجتماعی و دینداری در سه گروه آزمودنی‌های مبتلا به PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط سه گروه بیماران PTSD، همسران آن‌ها و گروه کنترل متفاوت است، بدین‌گونه که حمایت اجتماعی ادراک شده توسط افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به PTSD و همسران آن‌ها می‌باشد، همچنین بین حمایت اجتماعی ادراک شده توسط بیماران PTSD و همسران آن‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

یافته‌ها در زمینه تفاوت حمایت اجتماعی ادراک شده توسط بیماران PTSD و گروه کنترل با نتایج پژوهش پرویت و زولتر (۲۰۰۸) که نشان دادند حمایت اجتماعی مثبت با کاهش نشانه‌های PTSD و حمایت اجتماعی منفی با کاهش نشانه‌های PTSD ارتباط دارند (۱۹) همسو می‌باشد. برای تبیین احتمالی این مورد می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره کرد که معتقدند احتمالاً PTSD در نتیجه اضمحلال حمایت اجتماعی پدیدار می‌شود. این مورد عامل تأییدی است بر دیدگاه فرسودگی، چرا که نشان می‌دهد پس از ابتلا به PTSD، افراد به صورت واقعی یا واهی احساس می‌کنند که از حمایت اجتماعی برخوردار نیستند (۹ و ۱۰).

تبیین دیگری که می‌توان برای این یافته ارایه کرد این است که با توجه به این که کاهش قابل ملاحظه در علاقه

این که افراد مورد مطالعه در این پژوهش را افرادی تشکیل دادند که مدت طولانی را با این بیماری سپری کرده بودند، از دست دادن معنی زندگی (۱۲) در این افراد، پدیده احتمالی است و شاید این مورد سبب شده است که این افراد در حالت تناقضی برای یافتن معنی زندگی خود در آیند و برای یافتن معنی در زندگی رو به دینداری آورده‌اند. ماتیس (۱۹۹۷) نیز معتقد است که مذهب می‌تواند در طول مدت بیماری در کسب هدف برای زندگی و پرورش آن در جهت بهبودی به افراد کمک کند (۲۶). کاوندیش و همکارانش (۲۰۰۳) اظهار می‌دارند که عدم قطعیت وقایع زندگی، باعث پایدار شدن نیازهای معنوی می‌شود که در هر فرد بیماری وجود دارد (۲۷).

در زمینه تفاوت معنادار میزان معنویت همسران افراد مبتلا به PTSD با گروه کنترل و عدم تفاوت آن‌ها با افراد مبتلا به PTSD می‌توان پدیده PTSD ثانویه را مطرح کرد که در آن همسرانی که مراقبت از شوهران مبتلا به PTSD را بر عهده دارند خودشان همان نشانه‌های PTSD را از خود نشان می‌دهند (۳). از جمله این نشانه‌ها می‌توان به فقدان معنی در زندگی اشاره کرد. بنابراین این افراد نیز برای حل این مشکل و همچنین رسیدن به آرامشی درونی از راهبردهای مقابله مذهبی استفاده می‌کنند. ناکامی‌های پزشکی تجربه‌شده در این افراد نیز سبب شده تا این همسران برای بهبود شوهرانشان به سمت مذهب و دعا روی آورند و بهبودی را از یک نیروی مافوق طلب کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به PTSD و همسرانشان برای رسیدن به آرامش و تحمل موقعیت فعلی که در آن قرار دارند روی به اصول دینداری می‌آورند.

با توجه به محدودیت جامعه آماری و حجم نمونه مورد مطالعه که مانع تعمیم‌پذیری یافته‌ها به دیگر جوامع می‌شود، انجام این پژوهش با سایر گروه‌ها و نمونه‌های بزرگ‌تر نیز توصیه می‌گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به خودگزارشی بودن ابزار گردآوری

اعتقادات مذهبی در ارتباط است (۱۲)، ناهمسو و با نتایج پژوهشی که نشان از افزایش مذهبی بودن در نتیجه تجربیات استرس‌زا می‌دهد (۱۶) و همچنین با نتایج پژوهش روق (۲۰۰۰) همخوان می‌باشد (۲۴).

این یافته می‌تواند تأییدی بر نظر فرانکل (۱۹۶۲) و جانوف-بولمن (۱۹۹۲) باشد که اظهار داشته‌اند PTSD می‌تواند نقش تقویت‌کننده در اعتقادات مذهبی داشته باشد، چنین تقویتی می‌تواند در نتیجه نقش‌های بخشی باشد که در بسیاری از دین‌ها وجود دارد و یا ناشی از پذیرش دعوت به معنویت باشد که مواجهه مجدد با آسیب را ناشی از تأثیر مخرب ایده‌های غلط در مورد هدف و معنی زندگی می‌داند (۱۲).

رویدادهای آسیب‌زا موجب افزایش معناداری در درک افراد از دنیا می‌شود و احتمالاً جهان‌بینی افراد را به طرق مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶ و ۱۲)، در تلاش افراد برای ساختن جهان‌بینی جدید، پردازش شناختی یک مؤلفه مهم تلقی می‌شود، بنابراین در گروه مورد مطالعه نیز برای به دست آوردن جهان‌بینی مناسب، در شناخت‌های خود از مفاهیم اسلامی یاری جست‌ه‌اند. از آن‌جا که افراد مبتلا به PTSD که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، معلولین تصادفی نبوده بلکه جانبازانی بودند که به واسطه هدف‌های متعالی دچار این وضعیت شده‌اند، روش مقابله مذهبی آن‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد و این افراد با توجه به عمل به اعتقادات مذهبی خود در میدانی جنگ شرکت کرده و دچار این بیماری شده بودند.

یافته‌های پژوهش شیلر و لوین (۱۹۸۸) نشان داد که باورهای مذهبی افراد پیش‌بینی‌کننده سازگاری به دنبال استرس در آن‌ها است (۲۵). قرآن کریم نیز آرامش روانی را در سایه یاد خداوند می‌داند (سوره رعد، آیه ۳۸) و توصیه می‌کند که در هنگام رویارویی با مشکلات از نماز، روزه، صبر و یاد خداوند کمک گرفته شود و آرامش روانی را چیزی می‌داند که خداوند بر قلب مؤمنین می‌فرستد (سوره فتح، آیه ۴). بنابراین با توجه به

مورد استفاده قرار داد، چرا که این بیماری دارای دوره‌های عود مجدد است. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نقش مؤثر حمایت اجتماعی و دینداری در افراد مبتلا، ایجاد برنامه‌هایی برای تقویت دینداری این افراد و همچنین برنامه‌هایی در جهت حمایت اجتماعی بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

اطلاعات اشاره کرد. همچنین عدم هنجاریابی پرسشنامه شاخص دینداری در کشورمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در زمینه تسریع درمان افراد مبتلا به PTSD و مراقبت ثانویه بعد از درمان

### References

1. Najarian B, Boratisade F. [The psychological results of disasters (Persian)] . Tehran: Meysar press 2000. 73-81.
2. Sootoode Asl N, Asgari Majdabadi H. [Mental disorders and mental health in unusual accidents (Persian)]. Article summaries of Second international congress of health and treatment. 2004; 111-5.
3. Mirzaei J, Karami GR. [Guideline of post traumatic stress disorder, (Theory & Practice) (Persian)] 1st ed. Tehran: Janbazan medical and engineering of research institution 2007; 87-91& 157-60.
4. Willson J, Matthew J, Lindy J. treating psychological trauma and PTSD. New York: Guilford press. 2004; 350-3.
5. Salovey P, Rothman AJ, Detwiler JB, Steward WT. Emotional state and physical health. Am Psychol. 2000; 55: 110-21.
6. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. 1st ed. New York: Free Press. 1992: 69-76.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2009. 363-73.
8. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychol Bull. 2003;129:52-73.
9. King DW, Taft C, King LA, Hammond C, Stone ER. Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. J Appl Soc Psychol. 2006; 36(12): 2980-92.
10. Laffaye C, Cavella S, Drescher K, Rosen C. Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. J Trauma Stress. 2008; 21:394-401.
11. Echestein D, Kern R. Life style assessment and interventions, Lifestyle Skills. 5th ed. Iowa: Kend/ Hunt. 2002; 213-7.
12. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide. Mahwah, NJ: Erlbaum 1999; 120-32.
13. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. J Trauma Stress. 2000; 13:521-7.
14. Pargament KI. The psychology of religion and coping. New York: Guilford Press. 1997; 387-92.
15. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress. 1996; 9: 455-71.
16. Park CL, Cohen LH, Murch R. Assessment and prediction of stress-related growth. J Pers. 1996; 64:71-105.
17. Hoseyni Badenjani M. [The prediction amount of stress in the base of social support, personality factors (Persian)]. MSc dissertation in general psychology. Tabriz: Tabriz University. 2008; 21-35.
18. Atkins RG, Hawdon JE. Religiosity and participation in mutualaid support groups for addiction. J Subst Abuse Treat. 2007; 33: 321-31.
19. Pruitt LD, Zoellner LA. The impact of social support: An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure, J Anxiety Disord. 2008; 22: 253-62.
20. American psychiatry association: Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th text revision. Washington DC. 2000; 463-9.
21. Kaniasty K, Norris FH. A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. J Pers Soc Psychol. 1993; 64: 395-408.
22. Amiri M, Bordbar S, Kateb, Z. [The comparison of mental status in wives of patient with disorder in spinal cord with the wives of normal individuals (Persian)]. Journal of Psychology. 2004; 33: 22-33.
23. Grant RW. Spirituality and trauma: An essay. Traumatology. 1999; 5(1): 8-10.

24. Rowgh TM. The role of spirituality in the treatment of long-term posttraumatic stress disorder. Doctoral dissertation. Loyola College in Maryland. UMI order no. AAT99 81381. 2000. 48-67.
25. Schiller PL, Levin JS. Is there a religious factor in health care utilization?: a review. Soc Sci Med. 1988;27:1369-76.
26. Mattis JS. Spirituality and religiosity in the lives of Blackwomen. African American Research Perspectives. 1997;3:56-60.
27. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. Int J Nurs Terminol Classif. 2003;14:111-20.