

## اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه‌ی ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

آمنه سادات کاظمی<sup>۱</sup>

دریافت مقاله: 2011, Dec 2  
پذیرش مقاله: 2012, Mar 10

همسران، فرزندان و نزدیکان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، معمولاً در کنار این مبتلایان، به تدریج علائمی را از خود بروز می‌دهند که به اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه معروف است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه‌ی ثانویه و مشکلات روان‌شناختی آنها بود. بدین منظور در یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۸ نفر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه، به طور در دسترس انتخاب و از نظر اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه، افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی مورد ارزیابی قرار گرفته و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ی گروهی ۱۵۰ دقیقه‌ای، راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را فرا گرفته و در پایان، هر دو گروه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. مقایسه ی نتایج، نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم کلی اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه و متغیرهای وابسته به آن شامل افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی برانگیختگی و همچنین کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش‌های ناکارآمد و اعتقاد به افکار خودآیند منفی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ثانویه، موثر بوده است.

**واژه های کلیدی:** راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه

### مقدمه

تاریخ، گواه بروز انواع ضربه ها و فاجعه های تکان دهنده، به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی انسان ها بوده است و جنگ به عنوان یک پدیده ی خانمان برانداز و ویران کننده، یکی از این فاجعه هاست. پدیده ای که مشکلات ناشی از آن در زمینه های جسمانی، روانی، اجتماعی فرهنگی و اقتصادی از چنان گستردگی برخوردار است که اثرات سو آن سالیان متمادی، گریبان

گیر کشورهای جنگ زده می شود. یکی از نشانگانی که در مطالعات مربوط به آسیب های روانی پس از جنگ جایگاه ویژه ای دارد، اختلال استرس پس از ضربه<sup>۱</sup> است. این اختلال، در اثر مواجهه با رویدادهای آسیب زا، ایجاد و با وجود سه دسته علایم شامل تجربه ی مجدد<sup>۲</sup>، اجتناب<sup>۳</sup> و بیش برانگیختگی<sup>۴</sup> مشخص می شود (نات، دیویدسون و زهار، ۲۰۰۰).

پژوهشگران، اثرات تخریبی اختلال استرس پس از ضربه ی ناشی از جنگ را روی خانواده های آسیب دیده مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه دست یافتند که خانواده های این افراد و به خصوص همسران آنها از مشکلات فراوانی رنج می برند و در واقع، نهاد خانواده ی آنها از کارکرد مطلوبی برخوردار نیست (موتا، ۱۹۹۰). در این شرایط، افرادی که در معرض حوادث و درگیری های جنگی قرار می گیرند و از نزدیک جنگ را لمس کرده و ترس از مرگ، آسیب دیدن و تنش های جسمانی و روانی آن را تجربه می کنند، با یادآوری مکرر این لحظات سرشار از آتش و خون و صدای شلیک و انفجار، همسر، فرزندان و سایر اطرافیان خود را تحت تاثیر قرار می دهند و آن ها را نیز به دنبال روابط طولانی مدت دچار مشکلات روان شناختی عدیده ای می سازند (کترال، ۲۰۰۴).

پژوهش ها، حاکی از آن است که همسران افراد مبتلا به PTSD به جهت نقش کلیدی و نزدیک خود با فرد آسیب دیده، به تدریج علایمی را از خود بروز می دهند که مشابه علایم اختلال فرد مبتلا به استرس پس از ضربه است (چرستمن، ۱۹۹۹). وجود این علایم، موجب بروز اختلالی در این افراد می شود که به آن اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه (STSD) می گویند. این اصطلاح اولین بار توسط محققانی چون استام و فیگلی (۱۹۹۵) برای بیان نشانه های آسیب بین کارکنان بالینی و مشاوره ای که در ارتباط نزدیک با افراد مبتلا به PTSD قرار داشتند، به کار برده شد و بعدها توسعه یافت و به علایمی اطلاق شد که در بین اطرافیان و نزدیکان بیماران مبتلا به PTSD دیده می شود (به نقل از استام، ۱۹۹۹). تاثیرات منفی مواجهه ی ثانویه با رویدادهای ضربه ای تقریباً مانند اختلال استرس پس از ضربه، تعریف می شود با این تفاوت که حادثه برای شخص دیگری رخ داده است و فرد دچار STSD به طور مستقیم در معرض رویداد آسیب زا قرار نگرفته است و در مرحله ی دوم استرس ناشی از حادثه قرار می گیرد (فیگلی، ۱۹۹۹).

1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)  
2. reexperience

3. avoidance  
4. hyperarousal

از نظر چرستن (۱۹۹۹) نشانه های بالینی ضربه های ثانویه، مشابه نشانه های موجود در افرادی است که به طور مستقیم در معرض مواجهه با آسیب قرار گرفته اند. همانند افکار و تصورات مزاحم وابسته به رویداد ضربه ای<sup>۱</sup>، پاسخ های اجتنابی<sup>۲</sup>، برانگیختگی های جسمانی (فیزیولوژیکی)<sup>۳</sup> هیجانات استرس زای منفی<sup>۴</sup> و ضعف و نقص عملکردی<sup>۵</sup>. این نشانه ها متعاقبا میزان بالایی از علائم افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت، نگرش های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی را در این افراد به همراه خواهد داشت. به اعتقاد فوا، کین و فریدمن (۲۰۰۴) مداخله هایی که به منظور کاهش تنش های خانوادگی و افزایش حمایت های درون خانواده به کار می رود، می تواند در کاهش مشکلات ناشی از آسیب، مفید و موثر واقع شود. نتایج بررسی ها نشان داده است خانواده هایی که تحت آموزش های درمانی قرار می گیرند با کاهش چشمگیری در میزان پریشانی، انزوا و استرس های ناشی از بیماری های روانی نشان می دهند. یکی از این شیوه های مداخله، ذهن آگاهی است. شیوه های مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از نوآوری ها در درمان های روانشناختی محسوب می شود که از تلفیق سنت های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه های بدنی با تکنیک های شناختی- رفتاری سنتی حاصل شده است.

کابات زین (۱۹۹۰) ذهن آگاهی را به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تعریف می کند. ذهن آگاهی، یعنی تجربه ی بدون داوری واقعیت موجود (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). آموزش های مبتنی بر ذهن آگاهی با ادغام تکنیک های مراقبه و واریسی بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس های بدنی خودکار و غیرارادی برنامه ریزی شده است به طوری که بتوان با به کارگیری تکنیک های آن، پاسخ های وابسته به افکار، احساسات و حس های بدنی را از حالت خودکار خارج نمود و در بروز آنها تغییر ایجاد کرد (ماوتیزدل، ۲۰۰۴). این تکنیک ها به افراد می آموزد الگوهای عاداتی غیرارادی و نشخواری ذهن را شناسایی و آن ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه های منفی، به عنوان رویدادهایی ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (سگال، ویلیامز، تیزدل، ۲۰۰۲). از نظر کابات زین (۱۹۹۴) در سال های اخیر، تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی، در جوامع

1. intrusive imagery related to traumatic event
2. avoidant responses
3. physiological arousal

4. distressing emotions
5. functional impairment

مختلف توجه زیادی را به خود معطوف کرده است زیرا بیماران، ترغیب می شوند تغییرات عمیقی در رفتارها، باورها و ادراکات شخصی خود ایجاد کرده و در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و دیگر علایم روان شناختی و جسمانی خود کاهش قابل ملاحظه ای را تجربه کنند. براین اساس، در پژوهش حاضر به دنبال بررسی تاثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علایم کلی STSD و متغیرهای وابسته به آن در همسران جانبازان مبتلا به PTSD و کاهش علایم افسردگی، اضطراب، استرس و نگرش های ناکارآمد آنها بودیم.

### روش

در پژوهش حاضر، از طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل تمامی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ تحمیلی بود که در سال ۸۸-۱۳۸۷ در شهر تهران سکونت داشتند. از این جامعه، ۲۸ نفر به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب و با مقیاس سنجش اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه<sup>۱</sup> (S.T.S.S) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۲</sup> (DASS) پرسشنامه ی افکار خودآیند<sup>۳</sup> (ATQ) و مقیاس نگرش های ناکارآمد<sup>۴</sup> (DAS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس آزمودنی ها به تصادف در دو گروه ۱۴ نفری آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ی ۱۵۰ دقیقه ای بر مبنای پروتکل آموزشی- درمانی سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) تحت آموزش گروهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. در پایان نیز گروهها دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس سنجش اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه (STSS) با ۱۷ عبارت به عنوان یک ابزار خود گزارش دهی، به منظور سنجش میزان علایم اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه، مطابق با علایم و ملاک های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در DSM-IV، تنظیم و توسعه یافته است (براید، رایبسون و فیگلی، ۲۰۰۳). این ابزار، شامل سه خرده مقیاس جهت سنجش میزان افکار و تصورات مزاحم، پاسخ های اجتنابی و علایم برانگیختگی افرادی است که در ارتباط نزدیک خانوادگی یا حرفه ای حمایت کننده و یاری رسان با مبتلایان به PTSD قرار دارند. نتایج

1. Secondary Traumatic Stress Scale  
2. Depression, Anxiety, Stress Scale

3. Automatic Thought Questionnaire  
4. Dysfunctional Attitude Scale (DAS)

حاصل از بررسی پایایی درونی آزمون به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای STSD کل ۰/۹۳، افکار و تصورات مزاحم ۰/۸۰، پاسخ‌های اجتنابی ۰/۸۷ و علائم برانگیختگی ۰/۸۳ گزارش شده است (براید، رایبسون و فیگلی، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، مقیاس فوق ابتدا توسط محقق ترجمه شد و اعتبار صوری و محتوایی آن به وسیله ی چهار نفر از متخصصین روان‌شناس و روانپزشک در زمینه ی PTSD مورد تایید قرار گرفت سپس روی ۶۰ نفر از همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ (و ۶۰ نفر همسران افراد غیر جانباز) اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای نمرات کل STSD به دست آمد. جهت بررسی اعتبار ملاک مقیاس سنجش اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه از اجرای همزمان مقیاس می‌سی‌سی‌پی<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج، نشان داد که نمرات بین دو مقیاس، همبستگی بالایی (۰/۹۳) دارند (کاظمی، ۲۰۱۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) به منظور تشخیص و غربال‌گری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) تهیه شده است. مولفان با اجرای آن روی یک نمونه‌ی هنجاری ۷۱۷ نفری، ضرایب آلفای کرونباخ آن را برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۲۱ عبارتی DASS استفاده شد. این مقیاس، برای جمعیت ایرانی توسط صاحبی اصغری و سالاری (۲۰۰۵) اعتباریابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ در حیطه ی خرده مقیاس افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش شده است.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) توسط ویزمن و بک (۱۹۷۸) تهیه شده است. این مقیاس بر اساس نظریه‌ی شناختی بک و به منظور سنجش نگرش‌ها و مفروضه‌های ناکارآمد افراد افسرده و مضطرب تدوین شده است. پژوهش‌ها نشان داده است همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن ۰/۷۳ است (به نقل از رپایر، ۱۹۹۴). در ایران نیز یزدان دوست (۲۰۰۱) ضرایب پایایی این ابزار را ۰/۷۲ گزارش کرده است.

پرسشنامه ی افکار خودآیند (ATQ) توسط هولون و کندال (۱۹۸۰) تدوین شده و شامل ۳۰ عبارت است که در آن نمونه‌هایی از افکار خود آیند بیماران افسرده ارائه شده است. آزمودنی‌ها، بر حسب میزان اعتقاد و باور خود به این افکار و فراوانی بروز آن طی یک هفته ی گذشته گزینه‌هایی که با نمرات یک تا پنج مشخص شده است را انتخاب می‌کنند. پایایی درونی این

پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است (هولون و کندال، ۱۹۸۰). قاسمزاده و همکاران، به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه با اجرای آزمون روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را برای آن گزارش کرده اند. غرابی (۲۰۰۳) نیز با اجرای مجدد این آزمون در فاصله ی دو هفته روی ۳۰ دانش آموز دختر و پسر دبیرستانی، ضریب پایایی ۰/۸۷ را برای باورها و ضریب ۰/۸۵ را برای فراوانی بروز باورها گزارش کرده است (از کاظمی، ۲۰۰۸).

آموزش تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی، طی ۸ جلسه ی ۱۵۰ دقیقه ای بصورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که محتوای این جلسات آموزشی در جدول ۱ گزارش شده است.

### جدول ۱: پروتکل آموزشی مبتنی بر راهبردهای ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه. ارابه ی توضیحاتی پیرامون اختلال استرس پس از ضربه ی اولیه و ثانویه و مشکلات روان شناختی همراه با آن. ارابه ی توضیحاتی پیرامون راهبردهای ذهن آگاهی. اجرای تمرین حضور ذهن در لحظه ی حال به صورت گروهی.
دوم	اجرای تمرین مراقبه واریسی بدنی، تمرین حضور ذهن از تنفس. توضیح ارتباط بین افکار و احساسات با استفاده از مدل شناختی ABC و ارابه ی مثال های متنوع. اجرای تمرین در خصوص ارتباط افکار، احساسات و رفتار. آموزش ثبت وقایع خوشایند و افکار و احساسات و حس های بدنی وابسته به آن ها در زندگی روزمره. انجام مراقبه ی نشسته. ارابه ی تکالیف خانگی.
سوم	آموزش "دیدن" یا "شنیدن". تمرین گرفتن بازخورد. بازنگری تکالیف. تمرین مراقبه ی نشسته به مدت ۳۰ دقیقه با ایجاد حس درد. بازنگری تمرین، پاسخگویی به سوالات و واکنش های آزمودنی ها. تمرین فضای تنفس به مدت چند دقیقه و بازنگری آن توسط آزمودنی ها. تمرین دراز کشیدن همراه با حضور ذهن و بازنگری آن. تمرین قدم زدن با حضور ذهن و بازنگری آن. ارابه ی تکالیف.
چهارم	تمرین "دیدن" و "شنیدن". تمرین مراقبه ی نشسته به مدت ۳۰ دقیقه. گرفتن بازخورد و بررسی واکنش های آزمودنی ها. بازنگری تکالیف خانگی. آموزش حضور در زمان حال با اجازه ی ورود افکار خودآیند و مزاحم مرتبط با تجارب آزاردهنده به ذهن. تمرین فضای تنفس، تمرین دراز کشیدن به همراه مواجهه با افکار و تصورات مزاحم با حضور ذهن و کنترل تنفس. ارابه ی تکالیف خانگی.
پنجم	تمرین مراقبه ی نشسته به مدت ۴۰ دقیقه. بازنگری تمرین، بررسی واکنش آزمودنی ها. بازنگری تکالیف خانگی. تمرین فضای تنفس و بازنگری آن. تمرین مراقبه بدنی به همراه مواجهه با افکار و تصورات مزاحم، تجارب آزاردهنده با حضور ذهن و کنترل تنفس. تمرین قدم زدن با حضور ذهن و بازنگری آن. ارابه ی تکالیف خانگی.
ششم	تمرین مراقبه ی نشسته به مدت ۴۰ دقیقه. بازنگری تمرین، بررسی واکنش های آزمودنی ها. بازنگری تکالیف خانگی. تمرین تکنیک، بحث گروهی. تمرین فضای تنفس. تمرین مراقبه ی بدنی به همراه مواجهه با افکار و کنترل تنفس. تمرین قدم زدن با حضور ذهن. بازنگری تمرین، بررسی واکنش های آزمودنی ها. ارابه ی تکالیف خانگی.
هفتم	تمرین مراقبه ی نشسته، بازنگری تمرین. بازنگری تکالیف خانگی. ارابه ی توضیحاتی پیرامون ارتباط بین فعالیت و خلق. تمرین مشاهده ی ارتباط بین فعالیت و خلق. تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس تسلط، کفایت، پیشرفت و کنترل می شود. برنامه ریزی برای انجام چنین فعالیت هایی. تمرین فضای تنفس. تمرین مراقبه ی بدنی به همراه مواجهه با افکار و کنترل تنفس. ارابه ی تکالیف خانگی.
هشتم	تمرین مراقبه ی واریسی بدنی. بازنگری تکالیف خانگی. بازنگری کل برنامه. تمرین فضای تنفس. ارابه ی یک طرح نگهدارنده. تمرین مراقبه ی بدنی.

با توجه به خصوصیت فاصله ای ویژگی های مورد سنجش، نزدیک بودن توزیع نمرات به توزیع نرمال و تایید همگنی واریانس های نمرات، به منظور بررسی معنادار بودن تفاوت بین میانگین تغییرات در نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه، از روش آماری t مستقل استفاده شد.

### یافته ها

در جدول ۲، شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها به تفکیک گروه های مورد پژوهش گزارش شده است.

**جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های مورد پژوهش**

گروه ها	شاخص ها	سن	طول	تعداد
آزمایشی	میانگین	۴۴	۲۰/۵۰	۲/۷۹
	انحراف استاندارد	۴/۲۹	۳/۲۰	۰/۸۰
کنترل	میانگین	۴۴/۵۷	۲۰/۵۷	۲/۸۶
	انحراف استاندارد	۳/۸۱	۳/۳۲	۰/۷۷

در جدول ۳، شاخص های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پیش و پس آزمودنی ها در کل علائم اختلال استرس پس از ضربه ی ثانویه و متغیرهای وابسته به آن شامل افکار و تصورات مزاحم پاسخ های اجتنابی و علائم برانگیختگی، آزمودنی های مورد مطالعه به تفکیک گروه های مورد پژوهش نشان داده شده است.

**جدول ۳: شاخص های توصیفی مربوط به میزان تغییر در نمرات کل علائم STSD و متغیرهای وابسته به آن**

متغیرها	گروه ها	تعداد	میانگین میزان تغییرات	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
نمرات کل STSD	آزمایشی	۱۴	۱/۲۵۶	۰/۲۶۳	۰/۰۷۰
	کنترل	۱۴	۰/۰۵۹	۰/۱۹۸	۰/۰۵۳
افکار و تصورات مزاحم	آزمایشی	۱۴	۱/۲۷۱	۰/۳۷۳	۰/۱۰۰
	کنترل	۱۴	۰/۰۸۶	۰/۳۱۱	۰/۰۸۳

۰/۰۷۶	۰/۲۸۴	۱/۰۷۱	۱۴	آزمایش	پاسخ‌های اجتنابی
۰/۰۷۳	۰/۲۷۴	۰/۱۶۳	۱۴	کنترل	
۰/۱۰۴	۰/۳۹۰	۱/۵۰۰	۱۴	آزمایش	علایم برانگیختگی
۰/۰۸۰	۰/۲۹۸	۰/۰۵۷	۱۴	کنترل	
۰/۰۵۰	۰/۱۸۷	۰/۹۶۹	۱۴	آزمایش	افسردگی
۰/۰۵۹	۰/۲۲۲	۰/۰۸۲	۱۴	کنترل	
۰/۰۳۲	۰/۱۱۸	۰/۸۶۷	۱۴	آزمایش	اضطراب
۰/۰۸۰	۰/۳۰۱	۰/۱۲۲	۱۴	کنترل	
۰/۰۴۵	۰/۱۷۰	۰/۹۶۹	۱۴	آزمایش	استرس
۰/۰۶۸	۰/۲۵۳	۰/۱۰۲	۱۴	کنترل	
۰/۰۸۲	۰/۳۰۶	۱/۲۴۶	۱۴	آزمایش	نگرش‌های ناکارآمد
۰/۰۸۵	۰/۳۲۰	۰/۱۲۵	۱۴	کنترل	
۰/۰۶۴	۰/۲۳۹	۱/۱۴۸	۱۴	آزمایش	فراوانی افکار خودآیند منفی
۰/۱۴۱	۰/۵۲۶	۰/۰۹۵	۱۴	کنترل	
۰/۱۳۸	۰/۵۱۷	۱/۳۰۵	۱۴	آزمایش	اعتقاد به افکار خودآیند منفی
۰/۱۶۵	۰/۶۱۸	۰/۰۸۸	۱۴	کنترل	

به منظور بررسی معنادار بودن تفاوت بین میانگین تغییر در نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه از روش آماری t مستقل استفاده شد. نتایج محاسبه شده در جدول ۴ تفاوت معناداری را در تمامی متغیرهای مورد پژوهش بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد ( $P < 0.05$ ).

**جدول ۴: نتایج محاسبه ی t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل**

**در متغیرهای مورد پژوهش**

سطح معناداری	t	متغیرها	t	سطح معناداری
۰/۰۰۱	۸/۶۱۷	نمرات کل علایم	۱۳/۶۰۹	۰/۰۰۱
۰/۰۰۱	۱۰/۶۴۴	افکار و تصورات مزاحم	۱۰/۴۵۷	۰/۰۰۱
۰/۰۰۱	۹/۴۸۱	پاسخ‌های اجتنابی	۸/۶۱۰	۰/۰۰۱
۰/۰۰۱	۶/۸۱۶	علایم برانگیختگی	۱۰/۹۹۵	۰/۰۰۱
۰/۰۰۱	۵/۶۴۸	افسردگی	۱۱/۴۳۱	۰/۰۰۱



## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه‌ی ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD بود. یافته‌های این پژوهش، نشان داد که مداخله‌ی انجام شده موجب کاهش علائم PTSD و مشکلات روان‌شناختی مورد مطالعه در آزمودنی‌های گروه آزمایشی شده است.

تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۴) در مطالعات خود گزارش کرده اند افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه هستند، در افکار و ذهنشان زندگی می کنند نه در بدنشان زیرا افراد مذکور تصور می کنند اگر به هیجانات خود یا چیز دیگری که با رویداد ضربه ای تجربه شده در ارتباط است فکر کنند، ایمن تر خواهند بود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> (MBCT) به افراد کمک می کند تا قادر شوند با تجارب ترسناک و آزاردهنده‌ی خود ارتباط برقرار کنند. این تمرین ها، موجب می شود مبتلایان از آگاهی نسبت به حس های بدنی و افکار خود اجتناب نکنند تا از ضربات آن مصون بمانند.

پژوهش ویتکویتز، مارلات و واکر (۲۰۰۵) نشان داد که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش فشار روانی، دردهای مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم یافته اختلال استرس پس از ضربه و سایر اختلال های مشابه، موثر است. فیلیپات (۲۰۰۴) گزارش کرده است که مداخلات MBCT می تواند تنظیم هیجانی افراد مبتلا به افسردگی را افزایش دهد که این امر به نوبه‌ی خود باعث پیشگیری از بروز نشخوارهای ذهنی ناکارآمد و سایر الگوهای پردازش شناختی معیوب، نظیر تعمیم بیش از حد یا فاجعه سازی می شود.

تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۴) نیز نشان داده اند که آموزش تکنیک های ذهن آگاهی موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکرارشونده و همچنین کاهش نشخوارهای ذهنی می شود. مک نالی (۱۹۹۴) در پژوهش خود در رابطه با بیماران مبتلا به PTSD و بیماران مبتلا به افسردگی، با استفاده از روش های MBCT، کاهش قابل ملاحظه ای را در روند حافظه‌ی سرگذشتی بیش تعمیم یافته‌ی این افراد که نشانگر الگوی پردازش شناختی ناسازگارانه و غیرکارکردی در آنهاست، نشان داد (از هاینز، فولت و لینهان، ۲۰۰۴). کابات زین (۱۹۹۴) طی پژوهش های خود روی بیماران مبتلا به افسردگی های مزمن و بیماران مبتلا به اختلال اضطراب

منتشر و اختلال هراس، بهبودی معناداری را در علایم مشکلات روان شناختی این بیماران، با استفاده از شیوه های مبتنی بر ذهن آگاهی گزارش کرده است. تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) نیز نتایج مشابهی را در کاهش علایم روان شناختی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب گزارش کرده اند. از نظر این پژوهشگران، آموزش ذهن آگاهی در افراد افسرده یا مضطرب باعث افزایش آگاهی از تمام رویدادهای هیجانی و شناختی می شود. کابات زین، ماسشن، کریستلر (۱۹۹۲) کابات زین (۱۹۹۴)، تیزدل (۱۹۹۷) و همکاران (۲۰۰۰) اسپکاو کارلسون (۲۰۰۰) و ویلیامز کلار، رچر و پیرسون (۲۰۰۱) در مطالعات جداگانه ای روی داوطلبانی که جهت کاهش سطوح استرس و علایم اضطراب و افسردگی خود، دوره های آموزشی MBCT را گذرانده بودند، بهبودی معناداری را در علایم مشکلات مذکور گزارش کرده اند.

می توان گفت در روش های شناختی منطبق بر ذهن آگاهی، با استفاده از به کارگیری تکنیکهای مراقبه ای، به مراجعان آموزش داده می شود از طریق مواجهه با افکار و پذیرش آنها به عنوان فقط فکر و نه واقعیت، رابطه ی غیرمتمرکزی برقرار کنند و بیاموزند که ذهن سرگردان، باعث ایجاد افکار و احساسات منفی در آن ها می شود که موجبات نگرش های ناکارآمد، افسردگی، اضطراب و استرس را فراهم می آورد. بنابراین لازم است افراد، اتحاد خود را با این افکار کاهش دهند و با افزایش حضور در زمان حال و ایجاد تجربه با تمرکز بر تنفس، از افکار، احساسات و حس های بدنی خود آگاهی یابند و هنگام ورود افکاری که علایم روان شناختی منفی را در آنها ایجاد می کند، روابط خود را با افکار تغییر دهند و علایم برانگیختگی های خود را تعدیل کنند.

بایر (۲۰۰۳) معتقد است که این شیوه ها نه تنها باعث اثرات عمومی مطلوبی در افراد می شود بلکه از طریق محصولات فراشناختی که به همراه دارد، این توانمندی شناختی را در افراد به وجود می آورد که بتوانند با پردازش های منفی شناختی و افکار مزاحم خود نیز رابطه ی بهتری برقرار کنند. مطالعات بایر (۲۰۰۳) نشان داد که شیوه های مبتنی بر MBCT باعث ایجاد تاثیرات معناداری بر حالات مثبت ذهن و کاهش اضطراب و استرس می شود. در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان ترغیب شدند با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی، بدون تلاش در جهت ایجاد هر نوع تغییر تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده و آن ها را بپذیرند. احتمالاً مواجهه با هیجانانگیز منفی از این طریق توانسته است باعث کاهش میزان واکنشی بودن و تکانش وری نسبت به استرس شود. در این فرآیند، افراد تشویق می شوند تا هیجانانگیز خود را به عنوان رویدادهای زودگذری ببینند که مستلزم

بروز رفتارها و واکنش های ناسازگارانه نیست و این دید تعمیم یافته نسبت به هیجانها، به پیشگیری از تجربه ی واکنش های هیجانی ثانویه نیز کمک خواهد کرد.

### سپاسگزاری

با سپاس از آزمودنی های پژوهش که علیرغم برخورداری از مشکلات عدیده در خانواده، با بردباری در زمینه ی اجرای پژوهش مساعدت کردند.

### References

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bride, B. E., Robinson, M.M., & Figley, C.R. (2003). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 13, 1-16.
- Catherall, D. R. (2004). *Handbook of stress, trauma and the family*. USA: Brunner-Routledge.
- Chrestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: sidran.
- Figley, C. R. (1999). *Compassion fatigue: Towards a new understanding of the costs of caring. Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Foa, E. B, kean, T.M., & Friedman, M. J. (2004). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford press.
- Hayes, S. C., Follette, V .M., & linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance Expanding the cognitive behavioural tradition*. New York: Guilford Press.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. (1980). Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Kabat-zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everybody life*. New York: Hyperion.
- Kabat-zinn, J., Massion, A. O., & Kristeller, J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living :Using the wisdom of your body and mind to face stress,pain and illness*. New York:Dell Publishing.
- Kazemi, A. S. (2008). *A comparison between stress and coping stress strategies in the veteran's wives with PTSD due to war to the non veteran's wives*.Tehran: Islamic Azad University.
- Kazemi, A. S. (2011). Psychometric characteristics of S.T.S.S.*Contemporary Psychology*, 5(suppl.), 638-640.
- Lovibond, S.M., & Lovibond, P. F. M. (1995). *Manual for Depression and Anxiety- Stress Scale*. Australia: Psychology Foundation of Australia Inc.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72, 31-40.
- Motta, R.W. (1990). Personal and intrefamiliar effects of the vietnam war experience. *Behavior Therapy*, 51, 155-157.
- Nutt, D., Davidson, J.R.T., & Zohar, J. (2000). *Post traumatic stress Disorder*. London: Duntiz press.
- Philippot, P. (2004). A qualitative study of mindfulness based cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 15, 201-221.

- Repiar, W. (1994). Depression. In G., W. Lindsay & GE., Powel (Eds). *The Handbook of clinical adult psychology*. London: Routledge.
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. (2005). Validity of stress, depression, and anxiety scale among Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists*, 4, 29-39. (Persian).
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., and Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A New approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Specia, M., & Carlson, L. E. (2000). A randomized wait list controlled clinical trail: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville. MD: sidran.
- Teasdale, J. D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorder. *Science and practice cognitive behavioral therapy*. Oxford University Press.
- Teasdale, J. D., Segal Z. V., & Williams, J. M. (2004). *Mindfulness training and problem formation*. Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Rideway, V. A., & Soulsby, J. M. (2000). Prevention of relapse recurrence in major depression mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attention control (Mindfulness) training help?. *Behavior Research and Therapy*. 33, 225-239.
- Williams, J. M., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trail. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-432.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorder: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 221-229.
- Yazdandoost, R. (2001). Evaluation of dysfunctional attitudes, depression and severity of coronary heart disease in bed rest patients in CCU. *Journal of Thought and Behavior*, 4, 6. (Persian).