

تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب

آوری همسران جانبازان قطع عضو

مریم زرنقاش^{*1} و مهناز محرابی زاده هنرمند²

چکیده

هدف از این پژوهش، تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز بود. این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. بدین منظور، از افرادی که به مرکز مشاوره ایثارگران شهر اهواز مراجعه کرده‌اند، بمنظور شرکت در پژوهش دعوت شد. سپس از بین داوطلبان 28 نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به گونه تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. سپس گروه آزمایش مورد مداخله "گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی" قرار گرفت و پس از 8 جلسه گروه درمانی، پس‌آزمون بر روی گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. ابزار این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی و تاب آوری بود که به وسیله شرکت کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان دادند که مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه معنادار منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک برنامه درمانی کارآمد منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شود.

واژه‌های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، تاب آوری.

1- دانشجوی دکتر روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران.

2- گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز.

پیشگفتار

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است، به گونه ای که مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می گردد. در این میان، معلولیت های حرکتی بالاترین میزان شیوع را در معلولیت ها دارا می باشند، قطع عضو یکی از شایع ترین معلولیت های حرکتی است. عوامل قطع عضو در جهان از ناحیه ای نسبت به ناحیه دیگر بسیار متفاوت است. شایع ترین عوامل قطع عضو تروما، بیماری ها و بدشکلی های مادرزادی است، اما در کشورهای در حال توسعه یا مورد تجاوز قدرت های زورگو، قطع عضو معمولاً به علت تصادف یا آسیب های جنگی رخ می دهد که ناتوانی های جانبی دیگری را نیز ممکن است به همراه داشته باشد (دووروکس، بول لاک، بارگمن و کیریاکو¹، 2005). جنگ مسئله ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی های سنگین ناشی از آن به گونه معمول منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می شود. از جمله این مسایل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم توجهی به نیازهای اولیه بهداشتی، درمانی و توان بخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است (بحرینیان و برهانی، 1382). بالطبع زندگی همسران جانبازان متأثر از وضعیت جانباز است. امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های گوناگون زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می گیرد. تعریف های ارائه شده از کیفیت زندگی² که در جهت استفاده در مراقبت های بهداشتی و درمانی مفید هستند را می توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل: زندگی عادی، خوشحالی و رضایت، دستیابی به اهداف فردی، مفید بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. بنابراین، به نظر می رسد، برآورده شدن نیازها و اولویت های اساسی انسان، نقشی مهم در کیفیت زندگی دارد. عوامل بسیاری مانند سلامت جسمی و روانی بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است، اما بدنال قطع عضو در جانبازان، سلامت جسمی و روانی دستخوش تغییرات بسیاری می شود و اگر آسیب های روانی و آسیب های جسمی به موقع و به سرعت تشخیص داده نشود و تدابیر درمانی لازم انجام نگیرد، آثار، عوارض و پیامدهای ناگوار، شدید و قابل مشاهده ای را بر رضایت زندگی جانبازان و خانواده های آنان بویژه همسرانشان خواهد داشت. از آن جا که پس از گذشت 25 سال از پایان جنگ هنوز پیامدها و اثرات ناشی از جنگ بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده های آنها مشاهده می شود و با توجه به این که شرایط فشار و استرس، تعادل

¹ - Devereux, Bullock, Bargman, & Kyriakou

² -quality of life

زیستی - روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و از آن‌جا که تاب‌آوری^۱ را توان مندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک می‌دانند. کامپفر (1999)، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد (1386) باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدید کننده است و از این رو، سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. داشتن یک الگوی فکری، رفتاری و احساسی مناسب دشوار است و در چنین حالتی داشتن ثبات نسبی نیاز به کسب مهارتی ورای شناسایی افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها دارد. مهارتی که بتواند در برابر سیر سریع افکار منفی قرار بگیرد و با هدایت درست توجه، توانایی بازگشت به شرایط عادی را داشته باشد. با توجه به این که همسران جانباز شرایطی ویژه را در محیط خانواده تجربه می‌کنند و با ایفای نقش‌های متفاوت و درگیر شدن با فشار مشکلات گوناگون زندگی، ممکن است با نگاه بیش از حد به گذشته یا نگرانی بیش از حد نسبت به آینده، نقش یک فرد قربانی را برای خود در نظر گیرند و وجود مجروحیت جسمی و روانی در جانبازان، فشار و استرس زیادی را به جانباز و همسران آن‌ها وارد خواهد کرد.

جلسه‌های شناخت درمانی نسل نخست تمرکز بیش از حد درمانگر (مشاور) بر روی استدلال‌های ذهنی مراجع است که با اصلاح و تغییر آن از غیر منطقی به منطقی، سعی بر نزدیک‌سازی تفکر مراجع با واقعیت دارد (یونسی و رحیمیان بوگر، 1387)، اما در این شیوه مداخله با کمک روش‌های ذهن آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می‌شود به مراجع کمک شود، به جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده تلاش کنند تا با روش متفاوتی وضعیت زندگی خود را بدون کنترل‌های قبلی و با پذیرش و آگاهی و تمرین حضور در زمان حال بهبود دهند (هایز^۲، 2003). بنابراین، ذهن آگاهی می‌تواند درمان جویان را در شناخت افکار و ارزیابی‌های نادرست کمک کند تا به زمان حال عاری از قضاوت آگاه شوند و به ارزش‌های شخصی و توانایی‌های خود پی ببرند. هم‌چنین ذهن آگاهی به همسران جانبازان کمک می‌کند که نگرش‌های همراه با حضور ذهن خود مانند اطمینان، صبر و پذیرش را تقویت کنند و رابطه خود را با مشکلی که درگیر آن هستند، تغییر دهند. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می‌باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. این سازه شناختی را باید از خود آگاهی و یا توجه معطوف به خود متمایز کرد. تشابه این سازه‌ها در توجه فزون یافته به تجربه‌های ذهنی است، اما

¹ - Resiliency

² - Hayes

تفاوت اصلی در جنبه شناختی آن است؛ بدین معنا که جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری های تفکر خود محور بوده و با قضاوت درباره خود همراه است، اما ذهن آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه های خود است. ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد، در حالی که خودآگاهی با میزان پایین بهزیستی روان شناختی مرتبط است. یکی از دلایل افزایش پژوهش های روان شناختی و پزشکی پیرامون ذهن آگاهی، این است که می تواند ابعاد نوینی از رابطه ذهن و بدن را مشخص سازد. بیش تر پژوهش ها بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز شده اند (محمدخانی و خانی پور، 1391). رایج ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی (MBSR¹) است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود (کابات زین²، 1990). پژوهش ها نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند اثرات مثبتی بر متغیرهای کیفیت زندگی و تاب آوری داشته باشد. تحقیقات رن شاو، رودریگز و جونز³ (2008) و پاندر⁴ (2009) نشان داده است که تجربه حضور در جنگ باعث کاهش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می شود. ایتون⁵ و همکاران (2008) به خودی خود این عدم رضایت را ناشی از عواملی مانند بالا رفتن مسئولیت زنان در خانه و مشکلات فرزند پروری و گاهی اجرای مقررات و قواعد نظامی در منزل می دانند. طی تحقیقاتی که توسط موسوی و همکاران (1388) انجام شد نشان داد که میانگین نمرات جانبازان در هر 8 عامل کیفیت زندگی به گونه معنی داری پایین تر از گروه نرمال بوده است و کمترین مقدار مربوط به درد جسمی بوده است و ارائه خدمات حمایتی به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک می کند. همچنین، در پژوهشی دیگر که به وسیله جعفری، معین، سروش و موسوی (1390) در مورد 108 نفر از همسران جانبازان شیمیایی انجام شد، نتایج نشان دادند که کیفیت زندگی این گروه به گونه معنی دار از جمعیت نرمال کم تر بود. امیری، بردبار و کاتب (1384) پژوهشی با هدف مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی در تهران، در نمونه ای با تعداد 90 نفر انجام دادند. نتایج نشان دادند که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد و همسران این گروه از جانبازان وضعیت روانی چندان مطلوبی ندارند. وفایی و خسروی (1388)، در مورد 150 همسر جانباز در مقایسه با 150 همسران افراد عادی پژوهشی با هدف مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان با افراد

1 - Mindfulness Based Stress Reduction

2 - Kabat-Zinn

3 - Renshaw, Rodrigue, & Jones

4 - Ponder

5 - Eaton

همسران جانبازان با افراد عادی دریافتند که بین سلامت روانی همسران جانبازان با افراد عادی تفاوتی معنادار وجود دارد و با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R نشان دادند که همسران جانبازان در ترس مرضی، افسردگی، پارانوئید، روان پریشی، شکایت جسمانی، حساسیت فردی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری، نمره‌های بالاتری داشتند. در مطالعه ویتزنکامپ¹ و همکارانش (1997) نشان داده شد، همسرانی که از شوهران با صدمه نخاعی مراقبت می‌کنند، در مقایسه با همسران سالم، استرس فیزیکی و هیجانی، افسردگی، علائم شبه جسمی، خستگی بیش از حد، عصبانیت، تنش و خشم بیش‌تری دارند (یمینی نیا، 1380). مطالعه دیگری به بررسی تأثیر MBSR بر عملکرد ایمنی، کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله در زنانی پرداخت که به تازگی تشخیص سرطان پستان دریافت کرده بودند. این افراد به دو گروه دریافت‌کننده MBSR و کنترل تقسیم شده بودند. نخستین ارزیابی حدود 10 روز پس از جراحی و پیش از انجام MBSR انجام گرفت. نتایج نشان دادند MBSR بر کیفیت زندگی و مقابله بیماران نیز تأثیر مثبت داشت (ویتک - جانوسک²، 2008). بر اساس پژوهشی که به وسیله کاویانی³ 1384 بمنظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی 65 دانشجوی دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان انجام شد، نتایج نشان دادند پس از گذراندن دوره کامل MBSR بهبود چشمگیری در پنج مقیاس از 8 مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی انجام شده است. پژوهش کارلسون، اسپیکا، پاتل و گودی³ (2003) نیز اثر مثبت معنادار MBSR بر کیفیت زندگی نشان داد. آن‌ها پیرامون تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان دادند که پس از 8 جلسه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی افراد به گونه چشمگیری افزایش یافته بود. مور و مالوینسکی⁴ (2009) طی پژوهشی اثر ذهن آگاهی بر افزایش توجه و انعطاف‌پذیری شناختی گروهی از کارکنان را بررسی کردند. گروه نمونه شامل 25 نفر گروه آزمایش (12 زن و 13 مرد) و 25 نفر گروه کنترل (12 زن و 13 مرد) 20-40 ساله با میانگین سنی 27/5 بود. نتایج پژوهش نشان دادند که تمرین‌های ذهن آگاهی تأثیر مثبت معنی‌دار ($r=0/80$, $p<0/001$) بر انعطاف‌پذیری شناختی گروه آزمایش دارد و همچنین، منجر به افزایش توجه افراد شده است. جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله تاو⁵ (2014) در مورد گروهی از نظامیان آمریکایی در هاوایی، بمنظور کاهش استرس و

1. Weitzenkamp

2 - Witek-janusek

3 - Carlson, Spca, Patel & Goodey

4 - Moore & Malinowski

5 - Thao

کسب مهارت‌های خود گردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی انجام گرفت. جلسه های ذهن آگاهی طی 12 جلسه در اردوگاه نظامیان هاوایی برگزار شد. گروه نمونه شامل 219 نوجوان 19-13 سال با میانگین سنی 15 سال بود 44 درصد زن و 56 درصد مرد در جلسه های ذهن آگاهی شرکت کردند که به گروههای 15 نفره تقسیم شدند. نتایج پژوهش نشان دادند که جلسه های ذهن آگاهی باعث افزایش کنترل هیجانی، افزایش اعتماد به نفس و کاهش مشکلات رفتاری درونی و بیرونی شده نظامیان می شود. بر اساس نظر تانو (2014) اگر نظامیان مهارت‌های لازم را برای تغییر چالش ها بر اساس ذهن آگاهی بدست آورند، باعث افزایش تاب آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت های بعدی زندگی آن‌ها می شود. همچنین، بر اساس گزارش‌های ارایه شده، ذهن آگاهی باعث افزایش سلامت روان نظامیان و کاهش بستری شدن ها و مراجعه به پزشک، کاهش افکار خودکشی و اختلال استرس پس از سانحه و هیجان های شتابزده در نظامیان شد (کلی و جوریلز¹، 2011). با توجه به پژوهش های انجام شده به نظر می‌رسد ارایه خدمات روان‌شناختی به همسران جانبازان در ارتقاء کیفیت زندگی و تاب آوری جانبازان و خانواده آن‌ها موثر است. با توجه به ماهیت مفهوم ذهن آگاهی، می‌توان کیفیت بهره‌مندی از این سازه شناختی را به عنوان عاملی مؤثر در بهبود روابط افراد در نظر گرفت. بنابراین، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به همسران جانبازان می‌تواند کمک کند که این فرصت را داشته باشند تا مهارت های خودکنترلی و خودکفایت مندی را که به آن نیاز دارند، توسعه دهند. لذا، این پژوهش در پی بررسی این پرسش است که آیا روان درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز تاثیر دارد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، همسران جانبازان قطع عضو بنیاد جانبازان شهر اهواز بود. بمنظور نمونه گیری از این جامعه، در مرکز مشاوره بنیاد شهید اهواز پس از بررسی تعداد پرونده های موجود در مرکز، از افرادی که به مرکز مشاوره ایثارگران مراجعه کرده‌اند بمنظور شرکت در پژوهش دعوت شد. از بین داوطلبان 28 نفر که واجد شرایط ورود و خروج در پژوهش بودند، انتخاب شدند. سپس این 28 نفر به گونه تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. در مرحله پیش

¹ - Kelley & Jouriles

آزمون، پرسشنامه کیفیت زندگی و تاب‌آوری را تکمیل کردند سپس گروه آزمایش مورد مداخله گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت و پس از ۸ جلسه "گروه درمانی" بر روی گروه آزمایش، پس از آزمون بر روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

بمنظور تاثیر مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان قطع عضو از پرسشنامه کیفیت زندگی وارو و شریون^۱ (۱۹۹۲) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی به وسیله وارو و شریون (۱۹۹۲) در آمریکا طراحی شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در گروههای گوناگون بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش است که در هشت بعد: عملکرد، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، ایفای نقش عاطفی، سلامت روحی - روانی و عملکرد اجتماعی می‌باشد که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱-۵ است، کم‌ترین نمره در مقیاس صفر و بیش‌ترین نمره ۱۸۰ است و منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) آن را برای استفاده ایران انطباق داده‌اند. برای تعیین روایی این پرسشنامه منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) افزون بر همسانی درونی از روش تحلیل عاملی استفاده کردند. پایایی پرسشنامه با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۰ و برای تک‌تک ابعاد بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی همگرایی پرسشنامه قابل قبول گزارش شده است (منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، ۱۳۸۴). در این پژوهش جهت بررسی کیفیت زندگی همسران جانبازان از این مقیاس استفاده شد. هم‌چنین، آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

مقیاس تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری به وسیله کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه، پنج لیکرتی (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) است که کم‌ترین نمره در مقیاس صفر و بیش‌ترین نمره صد است و محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده ایران انطباق داده است. برای تعیین روایی این پرسشنامه از همبستگی هر پرسش با نمره کل به جز گویه ۳ ضرابی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و برای پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که ضریب بدست آمده برابر ۰/۹۸ بود (محمدی، ۱۳۸۴). در این پژوهش جهت بررسی تاب‌آوری همسران جانبازان از این مقیاس استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

۱ - Varo & Sherbone

۲ - Conner & Davidson

یافته های پژوهش

در این پژوهش دامنه سنی شرکت کنندگان 33 تا 64 سال با تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بود. میانگین سنی گروه آزمایش 40 سال با انحراف معیار 5/7 و میانگین سنی گروه کنترل 44 سال با انحراف معیار 7/9 بود. میانگین، انحراف معیار، بیش ترین و کم ترین نمره های آزمودنی ها در متغیرهای کیفیت زندگی و تاب آوری در افراد نمونه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بررسی شد (جدول 1). آزمون t نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، درجه تحصیلات و تاهل تفاوتی معنی دار وجود ندارد و اجرای پیش آزمون به عنوان متغیر مداخله گر کنترل شد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کم ترین و بیش ترین نمره های کیفیت زندگی در آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون.

مرحله	شاخص های آماری				
	گروه	میانگین	انحراف معیار	کم ترین	بیش ترین
پیش آزمون	آزمایش	91/78	1/03	14	110
	کنترل	93/28	1/22	14	110
پس آزمون	آزمایش	96/57	7/03	14	106
	کنترل	91/57	1/17	14	108

همان گونه که جدول 1 نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون 91/78 و در مرحله پس آزمون 96/57 می باشد. همچنین، در گروه کنترل، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون 93/28 و در مرحله پس آزمون 91/57 می باشد.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار، کم‌ترین و بیش‌ترین نمره تاب آوری در آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

مرحله	شاخص		تعداد	میانگین	انحراف معیار	نمره کم‌ترین	نمره بیش‌ترین
	آماره	گروه					
پیش‌آزمون	آزمایش	63/42	14	11/61	46	82	
	کنترل	68/0	14	19/51	9	89	
پس‌آزمون	آزمایش	77/57	14	9/55	60	92	
	کنترل	65/71	14	19/44	13	87	

همان‌گونه که جدول 2 نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره تاب آوری در مرحله پیش‌آزمون 63/42 و در مرحله پس‌آزمون 77/57 می‌باشد. هم‌چنین، در گروه کنترل، میانگین نمره تاب آوری در مرحله پیش‌آزمون 68/0 و در مرحله پس‌آزمون 65/71 می‌باشد.

بمنظور بررسی اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو و تحلیل کوواریانس چند متغیره، ابتدا مفروضه‌های کوواریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفتند. همگنی شیب رگرسیون به عنوان مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی و مورد تایید قرار گرفت که نتایج در جدول 3 گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون برای مقیاس کیفیت زندگی و تاب آوری.

متغیر وابسته	آماره F	سطح معناداری
گروه * کیفیت زندگی	1/03	0/45
گروه * تاب آوری	1/70	0/22

با توجه به این که همگنی شیب رگرسیون در تعامل متغیر کیفیت زندگی و تاب آوری با گروه معنادار نیست، بنابراین مفروضه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره رعایت شده است و می توان از این آزمون برای تحلیل داده ها استفاده کرد. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول 4 نشان داده شده است.

جدول ۴- نتایج بدست از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر میانگین نمره های پس آزمون کیفیت زندگی، تاب آوری گروه کنترل و گروه آزمایش.

سطح معنی داری	اندازه اثر	df خطا	df فرضیه	F	مقدار	نام آزمون
0/001	0/43	23	2	8/80	.43	اثر پیلای ¹
0/001	0/43	23	2	8/80	0/56	لای مبدا ویلکز ²
0/001	0/43	23	2	8/80	0/76	اثر هتلینگ ³
0/001	0/43	23	2	8/80	0/76	بزرگترین ریشه روی ⁴

همان گونه که در جدول 4 مشاهده می شود، نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می دهد که F کلی برابر با 8/80 با ارزش لامبدای ویلکز 0/56 در سطح $p \leq 0/001$ تفاوت معنی دار است و این گواه آن است که مداخله آزمایشی دست کم در بهبود یکی از متغیرهای وابسته موثر بوده است. در ضمن، با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی 43 درصد واریانس بهبودی را تبیین می کند. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج بدست آمده از آن در جداول 5 و 6 درج شده است.

¹-Pillai Trace

²-Wilks' Lambda

³-Hotelling's Trace

⁴-Roy's Largest Root

جدول ۵- نتایج بدست آمده از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس
آزمون کیفیت زندگی گروههای آزمایش و گروه کنترل.

سطح معنی داری	اندازه اثر	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییر	مقیاس
0/001	0/45	19/62	1082/58	1	1082/58	پیش آزمون	کیفیت زندگی
0/003	0/14	4/06	224/46	1	224/46	گروه	
			55/17	24	1324/21	خطا	

با توجه به جدول 5 در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح $p = 0/003$ معنی دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی همسران جانبازان داشته است. افزون بر این، ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که 14 درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

جدول ۶- نتایج بدست آمده از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس
آزمون تاب آوری گروههای آزمایش و کنترل.

سطح معنی داری	اندازه اثر	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییر	مقیاس
0/000	0/61	37/62	3611/250	1	3611/250	پیش آزمون	تاب آوری
0/000	0/40	16/23	1557/88	1	1557/88	گروه	
			95/978	24	2303/471	خطا	

در جدول 6 در ستون مربوط به معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر تاب آوری در سطح $p = 0/0001$ معنی دار است. در نتیجه، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی دار بر تاب آوری همسران جانبازان داشته است. افزون بر این، ضریب اندازه اثر نشان می دهد که 40 درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش تعیین تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز بود. یافته های پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی و تاب آوری افراد گروه آزمایش را در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داده است. همان گونه که نتایج مانکوا نشان داد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نمره های گروه آزمایش را به گونه ای معنی دار افزایش داد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش های (مور و مالوینسکی، 2009؛ ویتک - جانوسک، 2008؛ کاویانی، 1387؛ کارلسون، 2003؛ کلی و جوریلز، 2011) بود. در واقع، با توجه به این که کیفیت زندگی از ابعاد گوناگونی تشکیل شده است، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین های ذهن آگاهی به گونه ای طراحی شده اند که بر همه این ابعاد تاثیر می گذارد. به این ترتیب، این روش موجب افزایش کیفیت زندگی می شود. با توجه به محتوای جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاکید بر بکارگیری روش هایی برای کاهش استرس و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خود می باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش موجود خود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد (تیزدل، مور، هایپرتس، پوپ و سگال¹، 2002). در واقع، پذیرش بدون قضاوت با کیفیت زندگی ارتباط دارد (نیکلک، کارلیجن و کوویچپر²، 2008). هدف کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش هوشیاری لحظه به لحظه می باشد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روشی نوین و شخصی در رویارویی فرد با استرس را فراهم می آورد. استرسورهای قدیمی بخشی از زندگی هستند و تغییرناپذیرند، اما روش های مقابله با استرس و چگونگی پاسخ دهی به استرس می تواند تغییر کند (فولبجل کوله، چا و بائر³، 2010). ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بد عملکردی خلق مرتبط با استرس که یکی

¹ - Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope & Segal

² - Nyklíček, Karlijn & Kuijpers

³ - Flugel Colle, Cha & Bauer

از عوامل کیفیت زندگی است، با افزایش فرایندهای رویارویی شناختی مانند ارزیابی دوباره مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند (گارلند، گایلورد و پارک^۱، ۲۰۰۹). بنابراین، از آن جا که کیفیت زندگی با استرس همبستگی دارد، انتظار می رود با انجام تمرین های منظم ذهن آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد شود و در نهایت، منجر به بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان شود. همچنین، جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت‌های خود گردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی می گردد (تائو، ۲۰۱۴) و در صورتی که مهارت‌های لازم برای تغییر چالش ها بر اساس ذهن آگاهی بدست آید، باعث افزایش تاب آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت های بعدی زندگی افراد می شود که نتایج بدست آمده از این پژوهش نیز تایید کننده این مطلب است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تاب آوری همسران جانبازان شد. آموزش ذهن آگاهی شامل آگاهی به صورت ارادی و بر اساس توجه به احساسات ویژه مانند احساس فیزیکی در بدن از یک لحظه به لحظه دیگر است، با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می شود، محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی، اما به گونه جدی به سمت اهداف محافظت شده بر می گردد. این فرایند بارها و بارها تکرار می شود و دوباره در مرحله روزانه تمرین هشیاری فراگیر تکرار می شود. این دیدگاه مجزای لحظه به لحظه بینش فراشناختی، از راه آموزش توجه به محتوای افکار تسهیل می شود به همان صورت که آن‌ها شروع می شوند و به آن‌ها اجازه داده می شود تا از آگاهی خارج شوند و سپس به تمرکز ابتدایی توجه بازگردند. در این روش یک تمرکز اولیه مانند تنفس می تواند به عنوان یک مرکز تکیه‌گاه عمل کند که برای بازگشت آگاهی به زمان حال بکار می رود و مانع از منحرف شدن از واقعیت در جریان های فکری می گردد. در واقع، مشاهده فراگیر افکار به ما اجازه می دهد تا الگوی مشابه فکری را به صورت افکار نه این که ضرورتا خود واقعیت اند، داشته باشیم.

سپاسگزاری

در پایان از همه خانواده های محترم جانبازان شهر اهواز که در این پژوهش شرکت نمودند و مرکز مشاوره ایثارگران و شاهد شهر اهواز که با همکاری خود امکان انجام پژوهش را فراهم کردند قدردانی می شود.

¹ - Garland, Gaylord & Park

منابع

- امیری، م. بردبار، س. و کاتب، ز. (1384). مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی. *مجله روانشناسی، سال 9، شماره 1، صص 22-33*.
- بحرینیان، ع.ا.م. و برهانی، ح. (1382). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت جانبازان اعصاب و روان و همسران آنها در استان قم. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال 27، شماره 4، صص 305-312*.
- جعفری، ف. معین، ل. سروش، م.ر. و موسوی، ب. (1390). کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی. *نشریه علمی - پژوهشی طب جانباز، دوره 3، شماره 3، صص 8-12*.
- سامانی، س.، جوکار، ب. و صحراگرد، ن. (1386). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، پاییز 86، شماره 50*.
- کاویانی، ح. جواهری، ف. و بحیرایی، ه. (1384). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیندمنفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب پیگیری 60 روزه. *مجله تازه های علوم شناختی، 1(7)، 49-59*.
- محمد خانی، پ. و خانی پور، ح. (1391). *درمان های مبتنی بر حضور ذهن*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی.
- محمدی، م. (1384) عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- منتظری، ع. گشتاسبی، آ. و وحدانی نیا، م.س. (1384). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. *فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره اول، صص 49-56*.
- موسوی، ب. سروش، م.ر.، معصومی، م. گنج پرور، ز. و منتظری، ع. (1388). کیفیت زندگی همسران جانبازان با قطع عضو هر دو اندام تحتانی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره 84، صص 11-18*.
- وفایی، ط. و خسروی، ص.ا. (1388). مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان و همسران افراد عادی. *مجله علمی پژوهشی طب جانباز، سال اول، شماره چهارم، صص 10-13*.
- یمینی نیا، ن. (1380). بررسی صفات شخصیتی همسران جانباز قطع نخاع و اعصاب و روان و همسران افراد بدون آسیب. *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم*.
- یونسی، س.ج. و رحیمیان بوگر، ا. (1387). *جان تیزدیل دریچه ای به فراشناخت*. تهران: ناشر دانژه.
- Carlson, L. E., Speca M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, and

symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Journal of Biobehavioral Medicine*, 65(4), 571-81.

- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: the conner- Davidson Resilience Scale(CD-RISK). *Depression & Anxiety*, 18, 76-82..

- Devereux, P. G., Bullock, C. C., Bargmann-Losche, J., & Kyriakou, M. (2005) Maintaining support in people with paralysis: What works? *Qualitative Health Research*, 15(10), 1360-76.

- Eaton, K. M., Hoge, C. W., Messer, S. C., Whitt, A. A., Cabrera, O.A., McGurk, D., et al. (2008), Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Military Medicine*, 173(11), 1051-1056.

- Flugel Colle, K. F., Cha, S., S. Loehrer, L., & Bauer, B.A. (2010) Wahner-Roedler, D L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulnessbased stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 36–40.

- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5, 37-44.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy*. (2 ed) New York: Guilford Press.

- Kabat-Zinn, J.(1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Doubleday Dell.

- Kelley, M. L., & Jouriles, E. N. (2011). An introduction to the special section on U.S. military operations: Effects on military members' partners and children. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 45.

- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition* 18 (1), 176-186

- Nyklíček, I., Karlij, F., & Kuijpers, M. A. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *Ann. Behav*, 35, 331 – 340.

- Ponder, W. (2009). *Marital satisfaction: Veteran From Operation Iraqi Freedom (OIF) and operation enduring freedom (OEF)*. The University Of Texas at Arlington. August

- Renshaw, K. D., Rodrigues, C.S., & Jones, D. H. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of operation Iraqi freedom

veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22(3) , 586-594.

- Thao, N. Le. (2014). Mindfulness-Based Adventure Camp for Military Youth. *Journal of Extens* , 52,2.

- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V.(2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psycho*1, 70, 275–287.

- Witek-janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu. R., & Mathews, H. L, (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed whit early stage breastcancer .*Brain Behavimmum*, 22(6), 969-81

Archive of SID