

میزان اثر بخشی روش مقابله با «تنیدگی» بر کاهش افسردگی جانبازان

ژیلا کتیبایی*، دکتر محمود منصور**، دکتر علی دلاور***، دکتر حسین آزاد****

چکیده:

«افسردگی» از بیماری‌های روانی شایع در جوامع است و علل گوناگونی دارد، واکنش نسبت به تنیدگی‌های شدید حاد و مزمن از جمله سبب‌شناسی‌های «افسردگی» محسوب می‌شود که از میان این دسته از تجارب می‌توان از تجربیات ناشی از جنگ نام برد.

امروز، روش‌های درمانی متنوعی در درمان این بیماری به کار برده می‌شود و از جمله درمانگری شناختی رفتاری، روشی شناخته شده و معتبر است و لذا در این تحقیق کوشش شده است علاوه بر دستیابی به میزان افسردگی در جانبازان، اثر بخشی این شیوه مورد بررسی قرار گیرد. بدین جهت گروه نمونه از میان جانبازانی که از نقاط مختلف تهران به مجتمع درمانی کوثر مراجعه می‌کردند و همچنین پرسنل جانباز این مرکز درمانی مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نمرات آزمون بک ۴۶ نفر با روش انتخاب و جایگزینی تصادفی برگزیده شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. درمان شناختی رفتاری مدل میشن بام در باره گروه آزمایش به مدت ۵ ماه توسط محقق اجرا گردید. پس از پایان درمان مجدداً «آزمون بک» در مورد ۴۶

*** استاد دانشگاه علامه طباطبائی

* عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

**** دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

** استاد دانشگاه تهران

نفر آزمودنی جانباز اعمال شد. براساس تحلیل آماری داده‌ها نتایج ذیل بدست آمدند:

(۱) میزان شیوع افسردگی وخیم در جانبازان بیشتر از افسردگی متوسط بود. (۲) بین میزان افسردگی جانبازانی که تحت درمان قرار گرفتند و میزان افسردگی جانبازانی که تحت درمان قرار نگرفتند، تفاوت معناداری به دست آمد؛ یعنی روش درمانگری شناختی رفتاری «میشن‌بام» در کاهش افسردگی جانبازان مؤثر واقع شده است. (۳) بین طول مدت جانبازی و میزان افسردگی جانبازان رابطه معناداری مشاهده نشد (۴) بین میزان افسردگی جانبازانی که داوطلبانه به جبهه رفتند با میزان افسردگی جانبازانی که طبق نظام وظیفه به جبهه اعزام شدند تفاوت معناداری مشاهده نشد (۵) بین میزان افسردگی جانبازان متأهل و مجرد تفاوت معناداری مشاهده نشد. (۶) بین میزان افسردگی و اضطراب جانبازان رابطه معناداری مشاهده شد. جانبازانی که دارای افسردگی بالایی بودند میزان اضطرابشان نیز بالا بود.

کلید واژه‌ها: تنیدگی، افسردگی، اضطراب، درمان، جانباز جنگی



مقدمه

«افسردگی» حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و میل جنسی و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. ناامیدی و غمگینی دو مشخصه اساسی افسردگی است. شخص رکود و وحشتناکی احساس می‌کند و نمی‌تواند تصمیمی بگیرد یا فعالیتی را شروع کند یا به چیزی علاقه‌مند شود، در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود، گاه زیر‌گیری می‌زند و نیز ممکن است به فکر خودکشی بيفتد (دیوسن، نیل، ۱۹۹۴).

آمار و تجارب کلینیکی باعث شده تا صاحب نظران، دهه‌های اخیر را «دوره افسردگی» در تاریخ روانپزشکی معاصر بدانند و به نظر آنها «اضطراب»^۲ و تشویش، که پس از جنگ جهانی دوم مهمترین اختلال روانی شمرده می‌شد، جای خود را به «افسردگی» داده است (احمدی، ۱۳۶۵). هم‌زمان با بروز و شیوع افسردگی اقدامات گوناگون از طرف متخصصین در زمینه تشخیص، طبقه‌بندی، بررسی علل و عوارض و درمان انواع افسردگی به عمل آمده است. از

یک سو پژوهش‌های دقیقی که در زمینه بررسی تغییرات شیمیائی حالات عاطفی عادی و غیر عادی و تأثیرات درمانی داروهای ضد افسردگی به عمل آمده، پیچیدگی خاص این حالات و ارتباط متقابل آنها را با فعالیت‌های شناختی و روابط شخصی و اجتماعی فرد به خوبی نشان داده‌است از سوی دیگر یافتن راه‌های جدید درمان اختلالات عاطفی، مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است (همان منبع).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است. از جمله در پژوهشی وضعیت بیماران در یک بیمارستان در «کرواسی» که تجربه‌ای در درمان سربازان مجروح داشت، مورد بررسی قرار گرفت و افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات بین مجروحان بود (کوپ، ایوانویچ، ماتک، ۱۹۹۲).

در پژوهش دیگری ارتباط بین شرکت در عملیات «طوفان صحرا» و نشانگان اختلالات روان شناختی در شرکت کنندگان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان دادند که قرار گرفتن در معرض «تندگی جنگ»^۲ فراوانی و شدت نشانگان روان شناختی را گسترش می‌دهد. ۲۴ درصد از سربازانی که در منطقه جنگی بودند، علائمی را نشان دادند که منجر به PTSD، افسردگی و اضطراب شد (ساتکر و همکاران، ۱۹۹۳).

در پژوهش دیگری آثار انجام عملیات و خدمات نظامی در جنگ خلیج فارس روی سلامت جسمانی و هیجان زنان مورد بررسی واقع شد. ۵۲۵ زن در هنگام شروع جنگ در بخش عملیات (متوسط سن: ۳۰ سال)، در بخش خدمات (متوسط سن: ۳۴ سال) و یا در گارد ملی (متوسط سن: ۳۳ سال) بودند، انتخاب شدند. مجموعه‌ای از اختلالات شایع شامل خارش پوست، افسردگی، سرفه، کاهش وزن، بی‌خوابی و مشکلات حافظه در این گروه گزارش شده است (پیرس، ۱۹۹۷).

در تحقیق حاضر نیز تلاش شده است، میزان شیوع افسردگی در جانبازان و یکی از راه‌های درمان آن بررسی شود.

فرایند روش شناسی

هدف اصلی این پژوهش بررسی میزان افسردگی در جانبازان و کاهش آن بر اثر به کارگیری

روش درمانگری شناختی - رفتاری می‌شن بام (روش خودآموزش دهی) است و منظور پاسخ به سؤال‌های زیر می‌باشد.

- در چه سطحی می‌توان از «افسردگی جانبازان» سخن راند؟
 - آیا «درمانگری شناختی - رفتاری» موجب کاهش افسردگی در جانبازان می‌شود؟
 - آیا بین میزان افسردگی در جانبازان و «طول مدت جانبازی» آنها رابطه‌ای وجود دارد؟
 - آیا بین میزان افسردگی در جانبازان و «نحوه اعزام» آنها به جبهه ارتباطی وجود دارد؟
 - آیا بین میزان افسردگی و وضعیت تأهل آنها رابطه‌ای وجود دارد؟
- براساس این سؤالها، فرضیه‌های تحقیق شکل گرفته‌اند:
- ۱- درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش افسردگی در جانبازان می‌شود.
 - ۲- میزان افسردگی در جانبازان که دوره پس از جانبازی آنها طولانی‌تر است، بیشتر است.
 - ۳- میزان افسردگی در جانبازان داوطلب کمتر از جانبازان است که طبق نظام وظیفه به جبهه اعزام شده‌اند.

۴- میزان افسردگی در جانبازان متأهل کمتر از جانبازان مجرد است.

در مورد اهمیت این تحقیق می‌توان گفت که با بررسی میزان افسردگی در جانبازان به صورت مقایسه‌ای، اولاً رابطه آن را با وضعیت تأهل، نحوه اعزام نیروها به جبهه و طول مدت جانبازی، و ثانیاً میزان تأثیر این شیوه درمانگری را مشخص کرد؛ که این امر نه تنها به گستره علمی در سطح محلی می‌افزاید، بلکه زمینه را برای تحقیقات تطبیقی در سطح بین‌المللی نیز هموار می‌سازد. ثالثاً یافته‌های به دست آمده از این تحقیق راهبردهای مهمی را برای مراکز درمانی، مشاوره‌ای، آموزشی و پژوهشی به ارمغان خواهد آورد.

جامعه آماری، نمونه مورد بررسی و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه جانبازان افسرده که در زمان اجرای پژوهش به عنوان اعضای فعال تحت پوشش بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی تهران به حساب آمده‌اند.

نمونه تحقیق شامل ۴۶ جانباز با افسردگی متوسط و شدید (طبق موازین آزمون بک) بود که

به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، انتخاب و جایگزینی تصادفی است. ابتدا با مراجعین جانباز به کلینیک درمانی «مجمع کوثر» و کارکنان جانباز آنجا مصاحبه به عمل آمد و سپس پرسشنامه محقق ساخته، «آزمون‌های بک» و «اضطراب کتل» در مورد آنها اجرا شد. طرح آزمایشی در این تحقیق طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است و از روش‌های آماری t ، همبستگی پیرسن و رگرسیون چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

ابزار تحقیق

در این پژوهش به منظور تعیین میزان افسردگی جانبازان از «آزمون فرم کوتاه بک» (۱۳) ماده‌ای) استفاده شده است. اعتبار و روایی «پرسشنامه افسردگی بک» (BDI) از هنگام تدوین آن توسط «بک» و همکاران (۱۹۶۱)، تا کنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته و عمدتاً نتایج مطلوبی داشته است. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از $r=0/73$ تا $r=0/92$ با میانگین $0/86$ بوده است. روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا است $r=0/55$ تا $r=0/96$ ضمناً به کمک «آزمون اضطراب کتل»^۵ میزان اضطراب جانبازان سنجیده شده است.

شیوه درمانگری در این تحقیق «روش خودآموزش دهی میشن بام (Sit) است که سه مرحله دارد: الف- «مرحله مفهوم سازی»؛ شامل ایجاد یک رابطه توأم با همکاری متقابل بین درمانگر و مراجع، جمع‌آوری اطلاعات با انواع روش‌ها نظیر مصاحبه، یادآوری به کمک تصویر سازی ذهنی، خود مبصری، ارزیابی‌های رفتاری و مفهوم سازی مجدد می‌باشد.

ب- «مرحله اکتساب و تمرین مهارت‌ها»؛ شامل ایجاد و تحکیم انواع مهارت‌های مقابله‌ای درون فردی و بین فردی به کمک فنون «تندگی زدایی عضلانی»^۶ باز سازی شناختی و آشنایی با تعریفات فکری، حل مسأله، خودگویی‌های هدایت شده و انکار است.

ج- «مرحله کاربرد و پیگیری مستمر»؛ تعمیم آموخته‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای به شرایط

واقعی زندگی، بهره‌گیری از فنون تصویر سازی ذهنی، تمرین رفتاری، الگوگیری، ایفای نقش، اقدام پیشگیری از عود، جلسات تقویتی از جمله موارد مورد استفاده در این مرحله‌اند (میشن‌بام، ۱۹۹۰).

نتایج

براساس داده‌های بدست آمده میانگین سن نمونه ۳۶ سال و انحراف معیار آن ۶/۹۱ است، ۸۰/۴ درصد متأهل و مابقی مجردند، میانگین درصدی جانبازی افراد ۳۰/۷ و انحراف معیار آن ۱۲/۳ می‌باشد. میانگین سابقه جانبازی ۱۴/۵ سال و انحراف معیار آن ۲۰/۷ است. همچنین نتایج نشان می‌دهد اکثریت افراد مورد مطالعه (۶۷/۴ درصد) به طور داوطلبانه و مابقی در چارچوب دوره نظام وظیفه به جبهه رفته‌اند.

با توجه به جداول شماره‌های ۱ تا ۱۰ می‌توان به نتایج آماری به دست آمده در این تحقیق دست یافت.

براساس نتایج مندرج در جدول ۱، تعداد جانبازان دارای افسردگی وخیم بیشتر از تعداد جانبازان با افسردگی متوسط است (حدوداً ۷۰ درصد افسردگی وخیم، ۳۰ درصد افسردگی متوسط).

جدول ۱- فراوانی و درصد میزان افسردگی جانبازان به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون

گروهها	آزمایش		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خفیف (۴-۷)	-	-	-	-
متوسط (۸-۱۵)	۷	۱۵/۲	۷	۱۵/۲
وخیم (۱۶ به بالا)	۱۶	۳۴/۸	۱۶	۳۴/۸

براساس نتایج مندرج در جدول ۲ میزان افسردگی بعد از درمان Sit در جانبازان تغییر کرد افسردگی خفیف تقریباً ۱۱ درصد، افسردگی متوسط ۴۴ درصد و افسردگی وخیم ۴۶ درصد گردید. بدین ترتیب میزان افسردگی جانبازان در اثر درمان Sit از سطح شدید به سطح خفیف کاهش یافت.

جدول ۲- فراوانی و درصد میزان افسردگی جانبازان به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در پس آزمون

گواه	آزمایش		گروهها	
	فراوانی	درصد	فراوانی	شاخصها
درصد				میزان افسردگی
-	-	۱۰/۸	۵	خفیف (۴-۷)
۱۵/۲	۷	۲۸/۳	۱۳	متوسط (۸-۱۵)
۳۴/۸	۱۶	۱۰/۸	۵	وخیم (۱۶ به بالا)

براساس نتایج مندرج در جدول ۳ میزان اضطراب متوسط و شدید در جانبازان نسبت به میزان حالت اضطرابی روان آزرده شایع است (۳۳ درصد نسبت به ۲۴ درصد).

جدول ۳- فراوانی و درصد میزان اضطراب جانبازان به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون

گواه	آزمایش		گروهها	
	فراوانی	درصد	فراوانی	شاخصها
درصد				میزان افسردگی
۶/۵	۳	۴/۳	۲	آرام و راحت ۰-۳
۱۵/۲	۷	۱۷/۸	۸	اضطراب متوسط ۴-۶
۱۳	۶	۱۰/۹	۵	روان آزرده مضطرب ۷-۸
۱۵/۲	۷	۱۷/۴	۸	مضطرب شدید نیازمند به درمان ۹-۱۰

براساس نتایج مندرج در جدول ۴ جانبازان دارای اضطراب متوسط، بیشترین فراوانی و درصد را دارند (۳۷ درصد). اضطراب از سطح شدید به سطح آرام و راحت کاهش یافته است که نشانه تأثیر گذاری روش درمانی Sit است.

جدول ۴- فراوانی و درصد میزان اضطراب جانبازان به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در پس آزمون

گواه	آزمایش		گروهها	
	فراوانی	درصد	فراوانی	شاخصها
درصد				میزان افسردگی
۴/۳	۲	۱۳	۶	آرام و راحت ۰-۳
۱۰/۹	۵	۲۶	۱۲	اضطراب متوسط ۴-۶
۱۹/۶	۹	۴/۳	۲	روان آزرده مضطرب ۷-۸
۱۵/۲	۷	۶/۵	۳	مضطرب شدید نیازمند به درمان ۹-۱۰

جدول ۵- ضرایب همبستگی میانگین و انحراف معیار میزان افسردگی و اضطراب در جانبازان بعد از درمان

شاخصها عوامل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	ضریب همبستگی
افسردگی	۴۶	-۲/۷۶	۶/۵۹	۴۴	* ۰/۳۲
اضطراب	۴۶	-۰/۶۷	۲/۴۲		

* $p < 0/05$

براساس نتایج مندرج در جدول ۵ ضریب همبستگی ($r=0/32$) نمایانگر رابطه مستقیم میان دو متغیر است یعنی جانبازانی که دارای افسردگی بالایی بودند میزان اضطرابشان نیز بیشتر بود. در جداول ۶ تا ۱۰ نتایج تحلیل داده‌ها در چارچوب فرضیه‌ها قابل ملاحظه است:

جدول ۶- نتایج مقایسه میزان افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از درمانگری

شاخصها عوامل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آمار t
آزمایش	۲۳	-۶/۸۷	۵/۹۵	۴۴	* ۵/۳۸
گواه	۲۳	۱/۳۵	۴/۲۸		

* $p \leq 0/0001$

براساس نتایج مندرج در جدول ۶ مقدار t به دست آمده ($t=5/38$) معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل در عامل افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی روش درمانگری شناختی رفتاری در کاهش افسردگی جانبازانی که مورد درمان قرار گرفتند (نسبت به جانبازانی که تحت این درمان قرار نگرفتند) تأثیر دارد (تأیید فرضیه ۱). قابل ذکر است که میانگین تفاضل میزان افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گواه نیز نشان دهنده تأثیر گذاری روش Sit است.

جدول ۷- نتایج برآورد همبستگی میان میزان افسردگی و سابقه جانبازی در جانبازان گروه نمونه بعد از درمان

شاخصها عوامل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	ضریب همبستگی
نمره افسردگی	۴۶	-۲/۷۶	۶/۵۹	۴۴	۰/۲۶
سابقه جانبازی	۴۶	۱۴/۵۲	۲/۰۷		

طبق نتایج مندرج در جدول ۷ و مقایسه ضریب همبستگی بدست آمده با ضریب همبستگی بحرانی ($r = 0/29$) بین دو متغیر افسردگی و سابقه جانبازی رابطه معناداری وجود ندارد (رد فرضیه ۲).

جدول ۸- نتایج مقایسه میزان افسردگی بعد از درمان در دو گروه جانبازان داوطلب و جانبازانی که طبق نظام وظیفه به جبهه اعزام شده‌اند.

شاخصها عوامل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آمار t
داوطلب	۳۱	-۳/۵۸	۷/۰۹	۴۴	۱/۲۲ *
اجباری	۱۵	-۱/۰۶	۵/۲۳		

* $p \leq 0/23$

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۸ و مقایسه مقدار t با مقدار t بحرانی ($t = 168$) می‌توان دریافت که میان ضریب افسردگی در جانبازان داوطلب و اعزام اجباری تفاوت معناداری وجود ندارد (رد فرضیه ۳).

جدول ۹- نتایج مقایسه میزان افسردگی در دو گروه جانباز متاهل و مجرد بعد از درمان

شاخصها عوامل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آمار t
متاهل	۳۷	-۲/۶۲	۶/۷	۴۴	۰/۲۹ *
مجرد	۹	-۳/۳۳	۶/۵		

با توجه به جدول ۹ اختلاف میانگین‌ها در دو گروه معنادار نمی‌باشد؛ یعنی میزان افسردگی در جانبازان متأهل کمتر از میزان افسردگی در جانبازان مجرد نیست (رد فرضیه ۴).

جدول ۱۰- نتایج آزمون رگرسیون چند متغیری بین سن، درصد جانبازی و سابقه جانبازی با میزان افسردگی در جانبازان بعد از درمان

متغیرها	نتایج
سن درصد جانبازی	$\beta = 0/26$ ضریب رگرسیون
سابقه جانبازی افسردگی	$\beta = 0/07$ ضریب تعیین

نتایج مندرج در جدول شماره ۱۰ بیانگر این است که میزان ضریب رگرسیون ($0/26$) و ضریب تعیین ($0/07$) افسردگی از طریق متغیرهای سن، درصد جانبازی و سابقه جانبازی معنادار نبوده و بنابر این هیچیک از متغیرهای مورد اشاره پیش بینی معناداری برای میزان افسردگی ندارند.

بحث و نتیجه گیری

بر پایه یافته‌های به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت:

الف- نتایج نشان داد که قبل از درمان تقریباً ۷۰ درصد جانبازان دارای افسردگی وخیم و ۳۰ درصد دارای افسردگی متوسط بودند. این مقادیر بعد از درمان تغییر کردند؛ یعنی افسردگی خفیف تقریباً ۱۱ درصد، افسردگی متوسط ۴۴ درصد و افسردگی وخیم ۴۶ درصد شد. بدین ترتیب میزان افسردگی جانبازان در اثر «درمان شناختی رفتاری» از سطح شدید به سطوح متوسط و خفیف کاهش یافت. قابل توجه است که این روند کاهش در مورد میزان «اضطراب» جانبازان نیز صدق می‌کند.

ب- یکی از نتایج بدست آمده در این پژوهش تأیید فرضیه اول است. به نظر می‌رسد که این روش به چند دلیل اثر بخش بوده است.

۱- سطح آموزشی این شیوه دارای قابلیت تنزل و انعطاف پذیری بود، ضمن اینکه فنون ساده رفتاری و پرداختن به سطوح مختلف شناختی مزایای این روش محسوب می‌شد (تورک و همکاران، ۱۹۸۳).

۲- صرف نظر از چند مورد آموزش انفرادی، آموزش گروهی این حسن را داشت که خود آشکارسازی را که از ارکان مهم فرآیند بهنجار سازی است، تسهیل نمود (کوهن، آهرن، ۱۹۸۰).

۳- همانطور که لازاروس و لونیر (۱۹۷۸) تأکید می‌کنند فنون مقابله‌ای آموزش داده شده هم شامل مهارت‌های مقابله‌ای ابزاری متمرکز بر مشکل (مشکل مدار) و هم مهارت‌های مقابله‌ای تسکین بخش غلبه بر هیجانات بود؛ لذا قدرت مانور در خطوط درمانی و دامنه تأثیرگذاری آن وسیع بود.

۴- درمان شناختی رفتاری به دلیل رابطه اکمال متقابل و ترکیبی دو شیوه درمانگری شناختی رفتاری دارای قدرت اثربخشی مضاعفی در درمان اختلالات روانی است که در این تحقیق نیز از هر دو جهت در جانبازان تغییراتی به وجود آورد.

در این رابطه بعضی از تحقیقات نیز به همین نتیجه رسیده‌اند؛ از جمله در پژوهشی برنامه درمانی شناختی رفتاری برای افراد آسیب‌دیده نخاعی اجرا گردید. ۱۶ مرد و ۴ زن (میانگین سن: ۳۳ سال) در این برنامه شرکت کردند مردان اغلب خواستار فعالیتهای بدنی بودند و در مورد درمان روان شناختی مشکل داشتند. برنامه درباره تطابق با شرایط زندگی واقعی که در بیرون از بیمارستان در انتظار آنها بود، هدایت و کنترل اضطراب و افسردگی و مشکلات جنسی و خانوادگی آنها تمرکز داشت. تمام افراد در جلسات درمان تا پایان دوره شرکت کردند. ۹۰ درصد آنها اظهار کردند که این برنامه آنها را در سازش یافتگی یا آسیب دیدگی خود کمک کرده است و ۸۵ درصد معتقد بودند که این آموزش آنها را در رویارویی با مشکلات آتی یاری می‌دهد (کریگ، هانکوک، ۱۹۹۴).

در پژوهشی دیگر تحقیقات موجود در مورد درمان شناختی رفتاری بیماران افسرده بستری تا سال ۱۹۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری هم به عنوان درمان اولیه و هم درمان الحاقی با دارو در درمان افسردگی مؤثر بوده است (استوارت، باورز، ۱۹۹۵).

در تحقیقی دیگر تلویحات علمی و بالینی یافته‌های تحقیقات در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانگری به تنهایی یا در ترکیب با هم برای افسردگی‌های درون‌زاد و برون‌زاد مورد بررسی قرار گرفت. اکثر یافته‌ها با نتایج تحقیقات انگلیسی و امریکائی هماهنگ

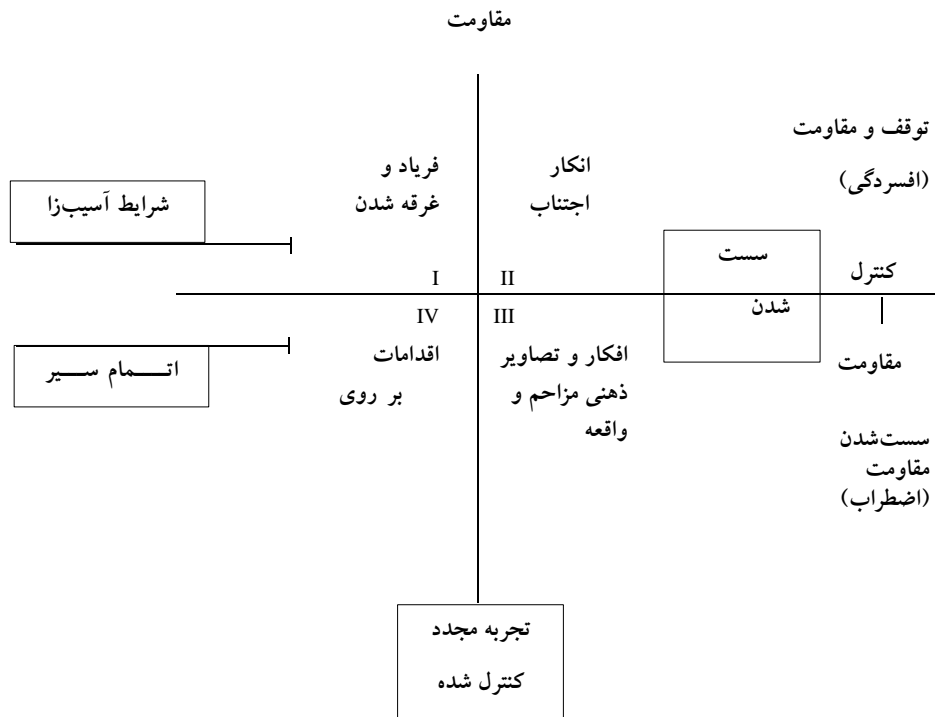
بود. نتایج مزایای دراز مدت درمانگری شناختی رفتاری به ویژه در مورد بیماران غیربستری مبتلا به افسردگی درون زاد را تأیید کردند (یانگ، مریر، هاتزینگر، ۱۹۹۶).

ج- یافته‌های تحقیق برخلاف فرضیه دوم آن است یعنی جانبازانی که دارای سنوات جانبازی بیشتری بودند الزاماً میزان افسردگی شان شدیدتر نبود. در این جا می‌توان گفت که با وجود گذشت سالیان دراز از جنگ هنوز آثار روانی و جسمانی آن جانبازان را بسیار رنج می‌دهد و در این وضعیت دیگر سنوات جانبازی نقشی ندارد.

یکی از مواردی که باید به آن توجه داشت نحوه پردازش اطلاعات و یادآوری خاطرات ناگوار در کنار معلولیت‌های جسمانی و روانی آنها است. در این رابطه «فیشر» و «ریدسر» (۱۹۹۸) از عبور سالم و آسیب‌زا در مراحل پردازش اطلاعات و خاطرات دردناک سخن می‌گویند. این مراحل دارای پنج قدم است:

- ۱- بروز واکنش در برابر عامل آسیب‌زا (فریاد، ترس، غم، خستگی، پرخاشگری).
- ۲- مرحله انکار (بروز رفتار اجتنابی، مصرف داروهای آرام بخش جهت رهایی از درد).
- ۳- غلبه افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات درد آور و مزاحم که این پدیده بیشتر در اختلال استرس پس ضربه‌ای PTSD قابل مشاهده است.
- ۴- مرحله تغییر و تحول تجربیات ناخوشایند یا کار روی واقعه تنیدگی‌زا؛ در این مرحله آسیب دیدگان با وقایع آسیب‌زا و واکنش‌های شخصی خود درگیر می‌شوند و سعی می‌کنند آنها را حل و فصل نمایند که ممکن است موفق شوند و یا با شکست مواجه گردند.
- ۵- پایان چرخه: با توجه به شکل ۱، این نکته روشن می‌شود که جانبازان غالباً به علت آسیب‌دیدگی شدید از این مرحله نمی‌توانند به سلامت عبور کنند و پیوسته در مراحل ۲ و ۳ (افسردگی و اضطراب) تثبیت می‌شوند.

د- یافته‌های مطالعه فرضیه سوم را نیز تأیید نمی‌کنند؛ یعنی میزان افسردگی جانبازان داوطلب کمتر از میزان افسردگی جانبازانی که طبق نظام وظیفه به جبهه اعزام شده بودند نبود. شاید بتوان گفت که در میان جانبازان علیرغم باز خورد مثبتی که به جنگ داشتند و آن را نبرد حق علیه باطل می‌دانستند، عوارض ناشی از جنگ و مسائل گوناگونی نظیر نامطلوب بودن شرایط اجتماعی بعد از جنگ وضعیت اقتصادی، شغلی، مسکن، عدم امکانات رفاهی، تحصیلی و درمانی کافی برای خود و خانواده‌هایشان موجب عمومیت یافتن افسردگی شده بود.



شکل ۱- مراحل حل و فصل یک واقعه آسیب‌زا (اقتباس از فیشر و ریدسر، ۱۹۹۸)

ه- یافته دیگر این تحقیق نشان داد که افسردگی جانبازان متأهل از مجرد کمتر نیست. با وجود اینکه پیش‌بینی می‌شد جانبازان متأهل با تشکیل خانواده از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی بیشتری نسبت به جانبازان مجرد برخوردار باشند، احتمال دارد به چند دلیل کاهش در افسردگی نشان نداده‌اند:

- ۱- فقدان یک محیط گرم حمایت‌کننده، تقویت‌کننده و با نشاط خانوادگی.
- ۲- عدم توانایی جانباز در اداره کامل خانواده و ایفای نقش فعال پدر به عنوان سرپرست خانواده.
- ۳- فقدان احساس کنترل جانباز بر محیط زندگی.
- ۴- اشتغالات ذهنی افسرده‌وار جانباز و دارا بودن اسنادها و نسبت دادن‌های خاص.

۵- ناکافی بودن امکانات مالی، تفریحی، بهداشتی و تحصیلی.

۶- ناتوانی در حل مشکلات تعلیم و تربیت فرزندان.

۷- اختلال در روابط زناشویی.

در تحقیقی همبستگی میان دریافت حمایت‌های اجتماعی، جنس و افسردگی در کویت پس از جنگ خلیج فارس بررسی شد. نتایج نشان داد که مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی برخوردارند و میزان افسردگی در افرادی که حمایت کمتری دریافت کرده بودند بیشتر بود (العیسی، اسماعیل، ۱۹۹۴). «گلدفرید» (۱۹۸۰) معتقد است که واکنش‌های افسردگی ممکن است از یک یا ترکیبی از عوامل زیر ناشی شود:

۱- ناکافی بودن تلاش فرد برای نیل به تقویت‌کننده مثبت.

۲- نارسایی ادراک فرد در مورد میزان توانایی‌هایش جهت کنترل محیط.

۳- پاسخگو نبودن محیط فرد؛ یعنی اندک بودن تقویت‌کننده‌های مثبت.

و اما علت توجه به «نظریه اسناد»^۱ در دیدگاه شناختی رفتاری این است که نحوه نسبت دادن‌ها یا اسنادها، باورها، انتظارات و محفوظات مربوط به خویشتن و دیگران در تعیین احساسات، و حالات و رفتار افراد نقش مهمی دارند. جنبه‌هایی از آسیب‌شناسی روانی در نتیجه شناخت‌های تحریف شده و سازش نیافته افراد در مورد خود، دیگران و رویدادهای محیطی به وجود می‌آید (پروین، ۱۹۸۹). به همین دلیل یکی از اهداف مهم روش «خودآموزش دهی میشن بام» این است که به مراجعان جهت خودبازبینی افکار، تصورات، احساسات و رفتارهای ناسازگار برای دستیابی به ارزیابی‌های سازش یافته آموزش‌های لازم داده شود و دیگر اینکه آنها برای مفهوم سازی مجدد واکنش‌های خود یعنی هشیارشدن نسبت به مفاهیم، تجارب، اسنادها و افکار منفی تنیدگی زای خود آماده گردند (میشن بام، ۱۹۹۰). «جاکوبسن» (۱۹۸۴) برنامه‌ای برای ارزیابی آثار درمان زناشویی بر مشکلات زناشویی مرتبط با افسردگی و علائم افسردگی ارائه داد، با این امید که درمان زناشویی موجب بهبود افسردگی و حفظ طولانی مدت تغییرات مثبت به ویژه تغییرات هماهنگ با درمان شناختی رفتاری شود. الگوی مورد استفاده در مورد زوجها عبارت بود از آموزش اجتماعی یا درمان رفتار زناشویی با شیوه‌های جدید برای برخورد مؤثر با مؤلفه‌های شناختی و عاطفی روابط بین

آنها، درمان شناختی رفتاری دربرگیرنده راه کارهایی برای بهبود و اصلاح شناخت‌های معیوب است؛ مانند آزمایش‌های رفتاری جهت آزمون عقاید خاص افراد افسرده. نتایج نشان داد که درمان افسردگی، حرکتی در مسیر بین شخصی است زیرا افسردگی بازگشت‌کننده است و علت آن نیز در آسیب در روابط نزدیک و صمیمانه زوجین نهفته است.

در این پژوهش اگر چه تفاوت معناداری بین دو گروه جانباز متأهل و مجرد در عامل افسردگی وجود نداشت ولی در مجموع ما شاهد کاهش افسردگی آنها در اثر به‌کارگیری روش درمانی شناختی رفتاری بودیم. به هر حال توجه به مسائل خانوادگی در کنار سایر معضلاتی که جانبازان با آنها دست به‌گریبان‌اند، می‌تواند از عمده‌ترین اهداف درمانی باشد، کما اینکه «مورگ» و «لازاروس» (۱۹۹۰)، نیز به این نتیجه رسیده‌اند که روان‌درمانی افسردگی بزرگسالان مستلزم طرح درمانی التقاطی است که بر عناصر مختلفی از روان‌پوشی، شناخت‌درمانگری، رفتاردرمانگری، گروه‌درمانگری و خانواده‌درمانگری تأکید می‌کند.

چنین طرح‌التقاطی با الگوی زیست‌روان‌شناختی افسردگی هماهنگی دارد و شانس پیشرفت درمانی را به حداکثر می‌رساند.

و- آخرین یافته این تحقیق که درباره آن بحث خواهیم کرد، همبستگی معنادار میان میزان «افسردگی» و «اضطراب» جانبازان است ($r = 0/32$). یعنی جانبازان که افسردگی بالایی داشتند میزان اضطرابشان نیز بالا بود (جدول ۱۱).

این نکته را تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند، از جمله «هاونز» (۱۹۹۴)، در ۱۴۴ زن و ۶۸۰ مرد بازگشته از جنگ جهانی دوم مقیم آلمان اختلالات PTSD، اضطراب و افسردگی را مورد ارزیابی قرار داد. تقریباً ۲۷ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان تشخیص PTSD داشته و این افراد نسبت به سایر آزمودنی‌ها دارای افسردگی و اضطراب بیشتری بودند.

در پژوهشی دیگر شیوع PTSD، افسردگی و اضطراب در نمونه ۷۵۶ نفری از سربازان زلاندنویی بازگشته از جنگ ویتنام از طریق پرسشنامه پستی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۱۰ درصد از سربازان می‌توانند دارای PTSD طبقه‌بندی شوند و ضمناً این سربازان سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب را نشان دادند، در مبتلایان به PTSD، ۱۵ درصد مضطرب، ۶ درصد افسرده و ۷۳ درصد افسرده و مضطرب بودند. ۹۴ درصد از افراد مبتلا به PTSD اختلالات

دیگری نیز داشتند. ۲۷ درصد از افرادی که PTSD نداشتند مبتلا به اضطراب و یک درصد افسرده بودند؛ در حالی که ۱۲ درصد هم افسرده و هم مضطرب بودند (لانگ، مک دونالد، چمبرلین، ۱۹۹۶).

«گرونکر» و «اشپیگل»^۱ (۱۹۴۵)، در مورد واکنش جنگاوران نیروی هوایی در برابر تنیدگی ناشی از نبرد در جنگ جهانی دوم مطالعاتی انجام داده‌اند و پس از تشریح خطرات گوناگونی که این نیروها با آنها مواجه بودند به این سؤال که چه عاملی موجب ترس این رزمندگان می‌شد، اینگونه پاسخ دادند که توپ خانه‌های ضد هوایی که تسخیرناپذیر و دقیق بودند منبع دائمی اضطراب آنها بود. همچنین این دو در مورد واکنش نیروی زمینی در مقابل حملات هوایی و خمپاره‌های دشمن این چنین نگاشتند که آنچه برای آنها تنیدگی‌زا بود، عدم امکان پیش‌بینی خطر در روی زمین بود. و در واقع هر محرکی می‌توانست به معنای شروع یک حمله باشد منع و بازدارای اضطراب به طور فزاینده‌ای در این حالت دشوار می‌شد. به نظر این دو روان‌تحلیل‌گر، اولین واکنش در برابر این تنیدگی، تشدید تنش و هشیاری است؛ یعنی فرد از نظر ذهنی و جسمی برای در دسر و خطر آماده دفاع و کنترل وضعیت می‌گردد. البته با طولانی شدن تنیدگی‌ها امکان تحول و گسترش انواع واکنش‌های روان‌آزردگی و روان‌تنی به وجود می‌آید. به این واکنش‌ها «خستگی عملی» نیز گویند که ترکیبی از اضطراب، افسردگی و واکنش‌های روان‌تنی است (گرونکر و اشپیگل به نقل از پروین، ۱۹۸۹).

در فضای پرتلاطم و تنیدگی‌زای زندگی بشری حذف عوامل تنیدگی‌زا همیشه امکان‌پذیر نیست لذا برای ادامه یک زندگی با نشاط بایستی به ابزارهای تدافعی مجهز شویم که ما را در مقابل این تنیدگی‌ها حفظ کنند. یکی از این وسایل آشنایی با شیوه «خودآموزش دهی میشن‌بام» است که تأثیر مثبت یادگیری آن در جانبازان انقلاب اسلامی قابل ملاحظه بود.

بالاخره کلام پایانی را با این پیام «میشن بام» به انتها می‌رسانیم که می‌گوید:

«تنیدگی بخش طبیعی از زندگی انسانی است که بدون آن حیات یکنواخت و ملال‌آور می‌شود. هدف پاک کردن صورت مسأله و حذف تنیدگی نیست، بلکه مقصود آموختن پاسخ‌هایی مناسب در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و ایجاد حالت انعطاف‌پذیری در صورت شکست است» (میشن بام، ۱۹۹۰).

○ ○ ○

یادداشت‌ها:

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1- Depression | 2- Anxiety |
| 3- War stress | 4- Beck Depression Inventory |
| 5- Cattle Anxiety Test | 6- Meichenbaum, D |
| 7- Relaxation | 8- Attribution theory |
| 9- Gruenker | 10- Spiegel |

منابع:

- احمدی، جمشید. (۱۳۶۵). رفتار درمانی. شیراز، انتشارات دانشگاه شیراز.
- Al - Issa, I. & Ismail, S. J. (1994). Social support and depression of male and female students in kuwait: preliminary findings. special Issue: war and stress in the middleeast. Anxiety, stress and coping, An International Journal. Vol. 7 (3), pp. 253-262.*
- Cohen, R. & Ahearn, F. (1980). Handbook for mental health care of disaster victims. baltimore: Johns hopkins university press.*
- Cop, J. , Ivanovic, J. & Matek, P. (1992). Psychic disorders in war casualties. Journal of Psychologische Beitrage. Vol. 34 (3-4). pp. 234-247.*
- Craig, A. & Hancock, K. (1994). Difficulties in implementing group cognitive behavior therapy for special cord injured persons: a clinical discussion. Journal of Australian Psychologist. Vol. 29 (2) pp. 98-102.*
- Darvison, G. C. & Neale, J. M. (1994). Abnormal psychology. NewYork: John Wiley & Sons. Inc.*
- Fischer, Gottfried, Riedesser, Petter (1998). Lehrbuch der psychotraumatologie. munchen, Basel: Reinhardt. utb fur wissenschaft.*
- Goldfried, M. R. (1980). Psychotherapy as coping skills training in M. J. mahoney (Ed.) , Psychotherapy process: current issues and future directions. NewYork: plenum press.*
- Hovens, J. E. (1994). PTSD in male and female dutch resistance veterans of world war II in relation to trait anxiety and depression. Journal of psychological Reports. Vol. 74(1) , PP. 275-285.*
- jacobson, N. S. (1984). Marital therapy and cognitive behavioral treatment of depression. Journal of Behavior Therapy. Vol. 7 (8), pp. 143-147.*
- Jong meyer, R. & Hautinger, M. (1996). Results of two multicenter treatment studies among patients with encoyenous and nonendo genous depression: conclusions and prospects. Journal of seitschrift fur klinische psychologie forschung and praxis. Vol. 25 (2), pp. 155-160.*

- Long, N. , McDonal, C. & Chamberlain, K. (1996).** *Prevalence PTSD, depression and anxiety in a community sample of Newzealand Vietnam war veterans.* Journal of psychiatry. Vol. 30 (2), pp. 253-256.
- Meichenbaum, D. (1990).** *Stress inoculation training.* NewYork: pergamon press.
- Mobery, P. J. & Lazarus, L. W. (1990).** *Psychotherapy of depression in the eiderly.* Journal of Psychiatric Annals. Vol. 20 (2). pp. 92-96.
- Pervin, L. (1989).** *Personality, theory and research.* NewYork: Wiley.
- Pierce, P. F. (1997).** *Physical and emotional health of golf war veteran woman.* Journal of Aviation Space and Environmental Medicine. Vol. 68 (4). pp. 317-321.
- Stuart, S. & Bowers, W. A. (1995).** *Cognitive therapy with inpatients: Review and metaanalysis.* Brithish association of behavioral and cognitive psychotherapies. Journal of Cognitive Psychotherapy. Vol. 9 (2). pp. 85-92.
- Sutker, P. B. & etal. (1993).** *War-zone trauma and stress-related symptoms in operation desert shield / storm (ods) returness.* Journal of Social Issues. Vol. 49(4). pp. 33-50.
- Turk, D. etal. (1983).** *Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive behavior modification: going beyond the information given: In p. kendall (Ed.), Advances in cognitive behavioral research and therapy.* Vol. (2). NewYork: Academic Press.

