

## Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anger and Emotion Regulation of Veterans' Spouses

Mehri Nejad S.A.\* PhD, Ramezan Saatchi L.<sup>1</sup> MSc

\*Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Alzahra University, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Clinical Psychology Department, Psychology and Educational Sciences Faculty, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

### Abstract

**Aims:** Having spent many years in mutual life with the veterans with physical and mental disorders, the spouses of the veterans are facing with mental problems. Therefore, it is necessary to find a way to help the spouses, to improve their mental situation. The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the veterans' spouses with depression, anger, and emotion regulation difficulties.

**Materials & Methods:** In the controlled pretest-posttest semi-experimental study, 60 veterans' spouses were studied in Tehran in 2014. The subjects, selected via purposful sampling, were randomly divided into experimental (n=30) and control (n=30) groups. Data was collected using Spielberger Anger Inventory, Beck Depression Inventory (BDI), and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). 10-session mindfulness-based cognitive therapy intervention was done in experimental group. The inventories were completed by the groups in both pretest and posttest stages. Data was analyzed by SPSS 21 software using multivariable covariance analysis.

**Findings:** The mean scores of the overall index of anger expression, depression, and the overall index of the difficulties in emotion regulation in the experimental group were significantly reduced at the posttest stage with the inhibition of the pretest effects, than control group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** As a short-term therapy, the mindfulness-based cognitive therapy can simultaneously reduce depression, anger, and the difficulties in emotion regulation in the spouses of the veterans.

### Keywords

Mindfulness [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064866>];

Veterans [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68014728>];

Depression [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003863>];

Emotions [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004644>];

Anger [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000786>]

---

\*Corresponding Author

Tel: +98 (21) 85692294

Fax: +98 (21) 85692294

Address: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran Province, Vanak Village Street, Tehran, Iran

ab\_mehrinejad@yahoo.com

Received: May 5, 2016

Accepted: August 10, 2016

ePublished: August 31, 2016

## تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی همسران جانباز

سیدابوالقاسم مهری نژاد\* PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

لیلی رمضان ساعتچی MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

### چکیده

**اهداف:** همسران جانبازان در اثر سال‌ها زندگی با جانبازانی که دچار نارسای‌های جسمانی و روان‌شناختی هستند، از نظر سلامت روان با مشکلاتی روبه‌رو می‌شوند. بنابراین یافتن راهی برای کمک به همسران جانبازان در بهبود شرایط روانی آنها امری ضروری است. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی تمرین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همسران جانباز مبتلا به افسردگی، خشم و دشواری در تنظیم هیجانی بود.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۳، تعداد ۶۰ نفر از همسران جانبازانی که ساکن شهر تهران بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه خشم / اسپیلیرگر، پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت نمودند و هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات متغیرهای شاخص کلی بیان خشم، افسردگی و شاخص کلی دشواری تنظیم هیجانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون با مهار اثر پیش‌آزمون، دارای کاهش معنی‌دار بود ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** تمرین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک درمان کوتاه‌مدت می‌تواند به‌طور هم‌زمان افسردگی، خشم و دشواری در تنظیم هیجانی همسران جانباز را کاهش دهد.

**کلیدواژه‌ها:** ذهن‌آگاهی، جانبازان، افسردگی، هیجان، خشم

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۲۰

\*نویسنده مسئول: ab\_mehrinedjad@yahoo.com

### مقدمه

زندگی انسان همواره از دو رویداد جنگ و صلح تاثیر پذیرفته است. جنگ به‌عنوان یک عامل بسیار استرس‌زا دارای پیامدهای

اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است که در طول نسل‌های متمادی تاثیر چشمگیری بر ابعاد گوناگون زندگی انسان و روابط اعضای جامعه باقی می‌گذارد<sup>[1]</sup>. در ایران وجود هشت سال جنگ و استرس‌های ناشی از آن موجب شده است تا اختلالات روانی ناشی از آن به‌عنوان اختلالی شایع در رزمندگان، جانبازان و همه ایثارگران و خانواده‌های آنان مطرح شود<sup>[2]</sup>. مسایلی مربوط به بهداشت روانی خانواده‌های مجروحان جنگی (جانبازان) یعنی همسر و فرزندان آنها بسیار حایز اهمیت است. آسیب‌های روانی هم مثل آسیب‌های جسمی اگر به‌موقع و به‌سرعت تشخیص داده نشوند و تدابیر درمانی لازم صورت نگیرد، آثار و پیامدهای ناگواری بر خانواده و اجتماع برجا خواهند گذاشت<sup>[3]</sup>.

یکی از مشکلات بهداشت روانی همسران مجروحان جنگی، افسردگی است. افسردگی یک اختلال شایع روانی موثر بر ۳۴۰ میلیون نفر در سطح جهان و یکی از عوامل اصلی ناتوانی در مردم جهان است. به‌طور کلی افسردگی یک اختلال خلقی است. در عمومی‌ترین کاربرد، این اصطلاح برای پایین‌بودن احساس یا غمگینی به‌کار می‌رود. افسردگی بالینی حالتی است که در آن خلق افسرده و ازدست‌دادن علاقه به‌طور پایایی با یکدیگر و با سایر نشانه‌های روانی و جسمانی مثل مشکلات خواب، اشتها، اشکال در تمرکز و احساساتی مثل ناامیدی و احساس بی‌ارزشی وجود دارند<sup>[4]</sup>. در تحقیقی که روی ۲۵۰ جانباز و همسران آنها با استفاده از آزمون بک انجام شد، میزان افسردگی جانبازان ۹۶/۳٪ و میزان افسردگی همسرانشان ۸۸/۹٪ نشان داده شد<sup>[5]</sup>.

از دیگر مشکلات زنان همسران جانبازان، بالا بودن خشم است. خشم یک حالت هیجانی یا احساس درونی ناشی از برانگیختگی فیزیولوژیک و شناخت و افکار مربوط به کینه‌توزی است. برانگیختگی خشم به‌صورت مکرر می‌تواند مشکل‌ساز باشد، که این برانگیختگی می‌تواند فعال‌کننده رفتار پرخاشگرانه بوده و به سازگاری روان‌شناختی و سلامت فردی آسیب وارد نماید<sup>[6]</sup>. اسپیلیرگر در تعریف خشم، آن را به دو نوع؛ حالت خشم و صفت خشم تقسیم کرده است. افراد درون‌ریزنده خشم، خشم خود را سرکوب کرده و آن را به‌سوی خود جهت‌دهی می‌کنند و افراد برون‌ریزنده خشم، خشم خود را متوجه اشیا و افراد دیگر می‌کنند<sup>[7]</sup>.

تنظیم هیجانی نیز از جمله متغیرهایی است که با سلامت روان مرتبط است. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد<sup>[8]</sup>. شواهدی از وجود خشم و اختلال در تنظیم هیجانی در همسران جانبازان وجود دارد<sup>[6]</sup>.

یکی از رویکردهایی که در چند دهه اخیر در زمینه سلامت روان پیشرفت‌های عمده‌ای داشته است، رویکرد درمان شناختی-رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است. مدل شناختی بر نقش محوری شناخت در هیجان و پردازش طرحواره‌ای به‌عنوان عامل تعیین‌کننده در پردازش اطلاعات تاکید

غیرواکنشی‌بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود<sup>[17]</sup>. در حقیقت وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی ما برای عقب‌ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مانند اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. در نتیجه، ما می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجانات همراه باشیم و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهیم<sup>[18]</sup>.

بهلمیچر و همکاران به این یافته رسیدند که آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سازگاری روان‌شناختی تأثیر دارد<sup>[15]</sup>. براساس تحقیقات، آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود<sup>[19]</sup>. برخی پژوهش‌ها به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند تأثیرات درمانی در خشم و پرخاشگری داشته باشد<sup>[20]</sup>. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد ذهن‌آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت‌بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه‌مدت و درازمدت خلق افسرده دارد<sup>[21]</sup>.

کیانی و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه، دریافتند که تفاوت معنی‌داری در تنظیم هیجانی ایجاد شده است<sup>[22]</sup>. مداخلات ذهن‌آگاهی گروهی تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب‌رساندن به خود و عدم تنظیم هیجان دارد<sup>[23]</sup>. براون و ریان در بررسی نقش ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق نشان دادند که ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید<sup>[24]</sup>. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که با افزایش ذهن‌آگاهی در پردازش اجتماعی از جنبه‌های گوناگون تعارضات متقابل درون‌فردی، تغییراتی حاصل می‌شود. آنها دریافتند که میزان آگاهی، خودتنظیمی و بازبایی تعادل نیز با افزایش ذهن‌آگاهی بهبود می‌یابد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند هوش هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با توانایی تنظیم هیجانی دارد، با مصرف مواد رابطه منفی دارد<sup>[25]</sup>.

همان‌طور که ذکر شد همسران جانبازان با مشکلات بسیاری از جمله افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی روبه‌رو هستند. از آنجا که زنان عضو اصلی خانواده‌اند و نیمی از پیکر اجتماع را تشکیل می‌دهند و به‌عنوان هسته اصلی خانواده نقش اساسی در سلامت اعضای آن دارند، سلامت جامعه به‌شدت تحت تأثیر سلامت و شادابی آنها است<sup>[26]</sup>. بنابراین یافتن راهی برای کمک به همسران جانبازان در تنظیم هیجانی، بهبود نشانه‌های افسردگی، کاهش خشم و بهبود شرایط روانی آنها امری ضروری است. همچنین نتایج

دارد و بازتابی از انقلاب شناختی در حوزه روان‌شناسی در طول دهه ۱۹۷۰ است<sup>[9]</sup>.

حضور ذهن به‌عنوان مولفه‌ای از درمان شناختی است. حضور ذهن عبارت است از نوعی توجه آگاهانه و بدون قضاوت به جریان دائم‌التغییر امور همراه با پذیرش و روبه‌روشدن با واقعیتی که در هر لحظه جریان دارد<sup>[10]</sup>. آموزش حضور ذهن با درمان سنتی شناختی - رفتاری از جنبه‌های مهمی تفاوت دارد. برای مثال، آموزش حضور ذهن شامل ارزیابی افکار تحت عنوان منطقی یا تحریف‌شده یا کوشش منظم برای تغییر افکار غیرمنطقی یا تحریف‌شده نیست. در عوض، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که افکارشان را مشاهده کنند، اهمیتشان را در نظر بگیرند و از ارزیابی آنها جلوگیری کنند. تفاوت مهم دیگر این است که شیوه‌های شناختی - رفتاری سنتی معمولاً یک هدف واضح و روشن، مثل تغییر یک الگوی فکری یا رفتاری دارند. برعکس در مراقبه حضور ذهن، نگرش متفاوتی وجود دارد که براساس آن از کشمکش پرهیز می‌شود<sup>[11]</sup>.

پژوهشگران همچنین به‌صورت تجربی نشان داده‌اند که آموزش ذهن‌آگاهی در یاری‌دادن بیماران برای مقابله با هیجان‌های دشوار، کارآمد است<sup>[12]</sup>. بنابراین درمانگرانی که در جستجوی گسترش دامنه درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای بهبود تنظیم هیجان هستند، علاقه خاصی به آموزش ذهن‌آگاهی دارند. ذهن‌آگاهی سبب افزایش پذیرش، ایجاد حس هیجانی به‌دور از قضاوت و با احساس گناه کمتر و پی‌بردن به این موضوع می‌شود که نیازی نیست هیجان‌ها کنترل یا سرکوب شوند، بلکه می‌توان آنها را تحمل و تجربه کرد<sup>[13]</sup>. هدف آموزش ذهن‌آگاهی عبارت است از تشویق بیماران به تجربه‌کردن هیجان‌ها با سعه صدر در همان لحظه و بدون واکنش‌پذیری شدید رفتاری<sup>[12]</sup>. ذهن‌آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دایمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد<sup>[14]</sup>. تمرینات شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) کمک می‌کنند که درد از افکار دردآور جدا شود و بنابراین به‌تدریج این ظرفیت به‌وجود آید که افکار پریشان‌کننده یا احساسات بدنی بدون واکنش به آنها دور شوند. افراد یاد می‌گیرند که به افکار خود نگاه کنند، به عقب برگردند و به افکار جایگزین بنگرند<sup>[15]</sup>. آموزش ذهن‌آگاهی، کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی را به‌دنبال دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی و کاهش نشانه‌های فیزیکی می‌شود<sup>[16]</sup>.

کارمودی و بائر معتقدند که انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن،

مجموعه شواهد فراهم‌شده به‌وسیله مطالعات مختلف که در راهنمای عملی STAXI-2 به آنها استناد شده است، نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از روایی رضایت‌بخش برخوردار است.

**پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم):** این پرسش‌نامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای که نشان‌دهنده شدت علائم افسردگی در مورد خویش است را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تایید شده است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضرایب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک، با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همپیتون برای افسردگی ۰/۷۳ است.<sup>[29]</sup> بشارت و شهیدی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک را برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ و برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار و بیمار برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه شد.<sup>[30]</sup>

**مقیاس دشواری تنظیم هیجانی (DERS):** این مقیاس، یک شاخص خودگزارشی برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی) است. این مقیاس همسانی درونی بالایی (کل مقیاس  $\alpha=0/93$ ) دارد و در رابطه با روایی، بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است. همسانی درونی فرم ترجمه‌شده به فارسی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس نشان می‌دهد. همچنین همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش ۰/۷۵، اهداف ۰/۷۴، تکانه ۰/۷۶، آگاهی ۰/۶۳، راهبردها ۰/۷۴ و شفافیت ۰/۸۵ در یک جمعیت ایرانی به‌دست آمد.<sup>[31]</sup>

از آزمودنی‌ها خواسته شد با مشارکت در طرح و پاسخ به سوالات خودتحلیل‌گری با پژوهشگر همکاری نمایند. نمونه آماری در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد و متغیر مستقل در گروه آزمایش اعمال شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه در مدت ۱۰ هفته و هر هفته یک جلسه تحت آموزش محتوی و تمرین‌های مشخص‌شده شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند (جدول ۱).

پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی نشان‌دهنده تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود علائم افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی بود.

بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی تمرین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همسران جانباز مبتلا به افسردگی، خشم و دشواری در تنظیم هیجانی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۳، در بین ۳۶۰ نفر همسران جانبازانی که ساکن شهر تهران بودند، انجام شد. از بین این افراد، ۶۰ نفر که براساس پرسش‌نامه افسردگی بک نمره افسردگی ۲۲ و بالاتر کسب کرده بودند و همزمان از ابراز خشم مکرر شکوه داشتند و نیز مصاحبه بالینی بر افسردگی و خشم آنها صحه داشت، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحصیلات حداقل سیکل و حداکثر کاردانی، دامنه سنی ۵۰-۳۵ سال، عدم اشتغال، داشتن همسر جانباز و فرزند و داشتن رضایت برای شرکت در جلسات درمانی و معیارهای خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود.

ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه خشم / اسپیلبرگر (STAXI-2)، پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) و مقیاس دشواری تنظیم هیجانی (DERS) بودند:

**پرسش‌نامه خشم / اسپیلبرگر (STAXI-2):** این پرسش‌نامه یک ابزار ۵۷سئوالی است و شامل شش مقیاس، پنج خرده‌مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که یک اندازه کلی از بیان و کنترل خشم فراهم می‌کند. مقیاس‌های STAXI-2 شامل؛ حالت خشم، صفت خشم، برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم، کنترل برون‌ریزی خشم و کنترل درون‌ریزی خشم هستند. همچنین دو خرده‌مقیاس مربوط به صفت خشم؛ خُلق‌وخوی خشمگین و واکنش خشمناک هستند. مقیاس حالت خشم نیز سه مولفه؛ احساس خشم، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم و احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم دارد.<sup>[27]</sup> برای هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، این پرسش‌نامه توسط اسپیلبرگر<sup>[28]</sup> روی ۱۶۴۴ نفر بزرگسال عادی و ۲۷۶ نفر بیمار روان‌پزشکی اجرا شد. اطلاعات خلاصه‌شده در راهنمای عملی آزمون نشان می‌دهد که ضرایب آلفا برای مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم برابر با ۰/۸۴ یا بالاتر (به‌طور متوسط ۰/۸۸) و برای مقیاس‌های ناظر بر بیان خشم و کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم برابر ۰/۷۳ یا بالاتر (به‌طور متوسط ۰/۸۲) بوده است. بنابراین ضرایب آلفای کرونباخ به‌عنوان اندازه‌های هماهنگی درونی، عموماً برای مولفه‌های مختلف STAXI-2 رضایت‌بخش بوده است.

معنی‌دار بود و مداخله درمانی باعث کاهش معنی‌دار میانگین نمرات این متغیرها شد ( $p < .001$ ; جدول ۲).

**جدول ۲** میانگین آماری نمرات شاخص کلی بیان خشم، افسردگی و نمره کل مقیاس دشواری تنظیم هیجانی همسران جانبازان در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
<b>شاخص کلی بیان خشم</b>		
گروه آزمایش	۵۰/۴۵±۱۳/۷۶	۲۸/۸۶±۱۵/۳۲
گروه کنترل	۴۷/۱۶±۱۱/۴۵	۵۰/۱۳±۱۳/۸۴
<b>افسردگی</b>		
گروه آزمایش	۲۶/۵۴±۱۱/۲۴	۷/۴۶±۵/۳۰
گروه کنترل	۲۸/۷۲±۱۰/۴۸	۲۶/۲۲±۱۳/۷۲
<b>نمره کل مقیاس دشواری تنظیم هیجانی</b>		
گروه آزمایش	۱۱۴/۳۸±۲۵/۸۲	۷۷/۶۹±۲۰/۸۹
گروه کنترل	۱۱۲/۳۲±۲۵/۵۹	۱۱۴/۵۹±۲۵/۱۹

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش بهلمیجر و همکاران که به این یافته رسیدند که آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سازگاری روان‌شناختی تأثیر دارد<sup>[15]</sup> و پژوهش رجبی و ستوده ناوردی<sup>[32]</sup> همسو است. همچنین تعدادی از محققان نیز دریافته‌اند که درمان MBCT در بیماران با سه دوره افسردگی اساسی در جلوگیری از عود افسردگی موثر است<sup>[33]</sup>. در مطالعه‌ای دیگر تعدادی از محققان دریافته‌اند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث بهبود بیماران افسرده‌ای شده است که به هیچ شیوه درمانی جواب نداده بودند<sup>[34]</sup>. نتایج پژوهش فوق با نتایج این پژوهش‌ها نیز همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در واقع به‌نظر می‌رسد حضور ذهن از طریق آموزش کنترل توجه، موثر واقع می‌شود. در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خودایرادگیر ناامیدانه تفکر است که به‌نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی عصبی می‌انجامد. براساس این فرض کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به‌لحاظ الگوی تفکر با کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، تفاوت دارند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق (که در اینجا فشار همسر جانباز بودن مد نظر است) و در نتیجه با‌فعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. شناخت‌درمانی مبتنی

در پایان، تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

## جدول ۱) خلاصه محتوای برنامه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

<b>جلسه اول</b>	معرفه اعضای گروه، تشریح قوانین گروه، اجرای پرسش‌نامه‌ها برای دو گروه کنترل و آزمایش (پیش‌آزمون)
<b>جلسه دوم</b>	ارایه سرفصل‌های هر یک از جلسات، معرفی اجمالی روش MBCT (تمرینات شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی)، مروری بر علائم افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی
<b>جلسه سوم</b>	آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی، آگاهی کامل از افکار و احساسات به‌شیوه فراشناختی با تأکید بر آموزش همیشگی‌نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تأکید بر افکار مربوط به افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی
<b>جلسه چهارم</b>	پی‌بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک واریسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین واریسی بدن، مرور بر افکار خودآیند منفی
<b>جلسه پنجم</b>	ذهن‌آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن‌آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن‌آگاهی همراه با مراقبه
<b>جلسه ششم</b>	تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه‌سازی، گسترش‌دادن)، ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدودکردن و گسترش‌دادن توجه) با روش مراقبه شنیدنی
<b>جلسه هفتم</b>	ایجاد ارتباطی متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش
<b>جلسه هشتم</b>	مرور بر مبحث افکار حقایق نیستند و روش‌هایی که با استفاده از آنها می‌توان افکار را به‌نحو متفاوتی دید، ۴۰ دقیقه تامل نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
<b>جلسه نهم</b>	مرور بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، تمرین تقویت نیت، تمرین واریسی بدنی
<b>جلسه دهم</b>	مروری بر جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

## یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش  $۵۰/۰۰ \pm ۳/۳۰$  سال و در گروه کنترل  $۵۰/۰۰ \pm ۳/۶۰$  سال بود. همچنین در گروه آزمایش ۱۵ نفر سیکل، ۷ نفر دیپلم و ۸ نفر فوق‌دیپلم و در گروه کنترل ۱۳ نفر سیکل، ۹ نفر دیپلم و ۸ نفر فوق‌دیپلم بودند.

میانگین نمرات متغیرهای شاخص کلی بیان خشم، افسردگی و شاخص کلی دشواری تنظیم هیجانی بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون با مهارت اثر پیش‌آزمون، دارای تفاوت

پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید<sup>[24]</sup> که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است.

از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش این است که پژوهش روی نمونه‌ای متشکل از زنان صورت گرفته است و در تعمیم نتایج به مردان مشکل وجود دارد. همین‌طور باید به عدم امکان شناسایی و کنترل فعالیت‌های تاثیرگذار بر گروه آزمایش در خارج از موقعیت‌های آزمایشی شامل اقدامات مشاوره فردی و خانوادگی، درمان‌های دارویی و غیره اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و جامع‌تری به‌منظور تعمیم مطمئن‌تر نتایج استفاده شود و نیز آزمون‌های پیگیرانه با فواصل زمانی طولانی برای بررسی میزان ماندگاری اثرات درمانی اجرا شود.

### نتیجه‌گیری

تمرین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک درمان کوتاه‌مدت می‌تواند به‌طور همزمان افسردگی، خشم و دشواری در تنظیم هیجانی همسران جانباز را کاهش دهد.

**تشکر و قدردانی:** از کلیه همسران جانبازان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، خصوصاً عزیزی که به‌صورت مرتب در جلسات درمانی شرکت داشتند و مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران کمال تشکر را داریم.

**تاییدیه اخلاقی:** کلیه شرکت‌کنندگان با رضایت در پژوهش شرکت داشتند و شرایط نگاه‌داری محرمانه از اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شده است.

**تعارض منافع:** تعارض منافع وجود نداشته است.

**منافع مالی:** این پژوهش با اعتبار مالی نویسندگان در مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران انجام شده است.

### منابع

- 1- Foster H, Brook-Gunn J. Children's exposure to community and war violence and mental health in four African countries. *Soc Sci Med*. 2015;146:292-9.
- 2- Hatemi H, Razavi M, Eftkhar Ardbili H, Majlesi F. *Textbook of public health, Volume 2*. 2<sup>nd</sup> edition. Tehran: Arjomand; 2009. p. 56.
- 3- Mosavi B, Mirsalimi F, Sorosh MR, Mahdavi M, Montazeri A. Quality of life in veterans with amputation of both lower extremities. *Payesh*. 2009;8(3):303-10. [Persian]
- 4- Hopfinger L, Berking M, Bockting CL, Ebert DD. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *J Affect Disord*. 2016;198:189-97.
- 5- Bahreynian A, Borhani H. Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom. *Paouhesh dar Dezheshki*. 2004;27(4):305-12. [Persian]

بر حضور ذهن با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به‌نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر حافظه را به‌همراه داشته باشد<sup>[11]</sup>.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان خشم و شش بُعد آن در زنان گروه آزمایش موثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی *انریت*<sup>[35]</sup> و *لین و همکاران*<sup>[36]</sup> که نشان دادند مداخله ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش عواطف منفی نظیر خشم شود، هماهنگ و همسو است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های *کازمینی و همکاران*<sup>[20]</sup>، *دیلون*<sup>[37]</sup> و *پولیزی*<sup>[38]</sup> مطابقت دارد. ذهن‌آگاهی به‌جای تغییر محتوای افکار، رابطه فرد را با افکارش تغییر می‌دهد<sup>[39]</sup>. هدف از این تکنیک بیرون‌کردن افکار منفی از ذهن نیست، بلکه هدف پیشگیری از تحکیم این افکار است. هوشیاری برای کمک به تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آنها منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی خاص می‌شود و فرد به این نکته پی می‌برد که افکار بیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشند، افکار ساده‌ای هستند و دیگر افکاری مانند "من یک شکست‌خورده‌ام" یا "من موفق نخواهم شد" ضرورتاً صحیح نیست. در واقع ذهن‌آگاهی تکنیک‌هایی برای کنارآمدن با خشم فراهم می‌کند<sup>[40]</sup>.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان دشواری تنظیم هیجانی و شش خرده‌مقیاس آن در زنان گروه آزمایش موثر بوده است. پژوهش‌هایی که به‌تازگی روی ماهیت زیست‌عصبی ذهن‌آگاهی انجام گرفته‌اند، حکایت از آن دارند که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با تقویت ترجمه مستقیم حس‌های بدنی به هیجان‌های مختلف و بدون مرتبط‌ساختن بیش از حد این هیجان‌ها با خاطرات روایتی، عملکرد پردازش هیجانی را بهبود بخشد. به‌نظر می‌رسد که در این فرآیند، تقویت بالقوه عملکرد قطعه جزیره‌ای و قشر کمربندی قدامی نقش داشته باشد<sup>[41]</sup>. نتایج این پژوهش با یافته‌های *سگال و همکاران*<sup>[11]</sup> و *کارمودی و بائر*<sup>[17]</sup> همخوانی دارد. *سگال و همکاران* بیان نمودند ایجاد ذهن‌آگاهی، نوعی حالت عمدی از آگاهی را پرورش می‌دهد که مستلزم رهاشدن متناقض از محتویات ذهن هوشیارانه خویشتن و در عین حال پذیرش محتاطانه تجربه کامل و به‌دور از قضاوت لحظه حال است<sup>[11]</sup>. *کارمودی و بائر* معتقدند که انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود که می‌تواند بر آگاهی هیجانی افراد تاثیر بگذارد<sup>[17]</sup>. *براون و ریان* در بررسی دیگری با عنوان نقش ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق نشان دادند که ذهن‌آگاهی

- methamphetamine addicts. *J Res Addict.* 2013;6(24):27-36. [Persian]
- 23- Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotionregulation groupintervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2006;37(1):25-35.
- 24- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2013;84(4):822-48.
- 25- Shorta M, Mazmaniana D, Oinonena K, Mushquash C. Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. *Pers Individ Dif.* 2016;93:97-103.
- 26- Findler L, Klein Jacoby A, Gabis L. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Res Dev Disabi.* 2016;55:44-54.
- 27- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living (revised edition): Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Random House Publishing Group; 2013.
- 28- Spielbecker C, Reheiser E, Sydeyan S. Measuring the experience expression, and control of anger. *Issue Compr Pediatr Nurs.* 1995;18(3):207-32.
- 29- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: 25 years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988;8(1):77-100.
- 30- Besharat MA, Shahidi S. Perfectionism, anger, and anger rumination. *Int J Psychol.* 2010;45(6):427-34.
- 31- Alavi K, Modares M, Amini A, Salehi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness distress tolerance and emotion regulation component) on depressive symptoms of depression in university students. *Q J Fundam Ment Health.* 2013;13(2):124-35. [Persian]
- 32- Rajabi GH, Sotodeh Navrodi SO. A study of impact of group mindfulness based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. *J Guilan Univ Med Sci.* 2012;20(80):83-91. [Persian]
- 33- Williams JG, Russell I, Russell D. Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(3):524-9.
- 34- Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behav Res Ther.* 2007;45(3):617-25.
- 35- Enright RD, Kittle BA. Forgiveness in psychology and law: The meeting of moral development and restorative justice. *Fordham Urban Law J.* 1999;27(5):1621-31.
- 36- Lin W F, Mack D, Enright RD, Krahn D, Baskin TW. Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(6):1114-21.
- 37- Alipour A, Farzad V, Sharifi SH. Effectiveness of mindfulness training in reducing of aggression and increasing self-esteem in women with breast cancer. *Asian J Med Pharm.* 2014;4(2):111-5.
- 38- Rahimi Ahmad Abadi S, Aghamohammadian H, Modares M, Hossein Karashki H. Survey the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anger reduction in brain injured patients. *Sci J Forensic Med.* 2014;20(2):37-45. [Persian]
- 39- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol.* 2012;40(7):976-1002.
- 6- Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2002;15(2):123-32.
- 7- Controlling anger before it controls you [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association [Published 2004; Cited 2015, 18 October]. Available from: <http://www.apa.org/topics/anger/control.aspx>
- 8- Feldman Barrett L, Gross J, Christensen TC, Benvenuto M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotionregulation. *Cogn Emote.* 2001;15(6):713-24.
- 9- Garlanda EL, Roberts-Lewis A, Tronniere CD, Graves R, Kelley K. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behav Res Ther.* 2016;77:7-16.
- 10- Bajaja B, Robins RW, Pandec N. Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Pers Individ Dif.* 2016;96:127-31.
- 11- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Guilford Press; 2012.
- 12- Baer RA. Mindfulness training as a Clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):125-40.
- 13- Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behav Ther.* 2016;47(3):287-98.
- 14- Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Pers Individ Dif.* 2010;49(7):815-18.
- 15- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2010;68(6):539-44.
- 16- Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns.* 2008;72(3):436-42.
- 17- Carmody J, Bear RA. Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program. *J Behav Med.* 2008;31(1):23-33.
- 18- Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanism of mindfulness. *J Clin Psychol.* 2016;62(3):373-86.
- 19- Neufeind J, Dritschel B, Astell AJ, MacLeod MD. The effects of thought suppression on autobiographical memory recall. *Behav Res Ther.* 2009;47(4):275-84.
- 20- Kazemeini T, Ghanbari Hashem Abadi B, Safarzadeh A. Mindfulness based cognitive group therapy vs cognitive behavioral group therapy as a treatment for driving anger and aggression in Iranian taxi drivers. *Sci Res.* 2013;4(8):638-44.
- 21- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010;48(8):738-46.
- 22- Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in

41- Farb NA, Segal ZV, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Fatima Z, et al. Attention to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2007;2(4):313-22.

40- Paterniti A. A pilot study comparing the efficacy of a mindfulness-based program to a skills-training program in the treatment of test anxiety. New York: Long Island University, The Brooklyn Center; 2007.