

بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) و مشکلات روان شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ تحمیلی

آمنه سادات کاظمی^۱، شکوه السادات بنی جمالی^۲، حسن احدی^۳، نورعلی فرخی^۳

^۱ دکترای تخصصی روان شناسی، دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.

^۲ دکترای تخصصی روان شناسی، دانشگاه الزهرا

^۳ دکترای تخصصی روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

سابقه و هدف: *STSD* اختلالی است که به عنوان تأثیرات منفی مواجهه ثانویه با رویدادهای ضربه‌ای در بین اطرافیان و نزدیکان بیماران مبتلا به *PTSD* دیده می‌شود و نشانه‌های بالینی آن مشابه نشانه‌های موجود در افرادی است که به طور مستقیم در معرض مواجهه با آسیب قرار گرفته‌اند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم *STSD* و مشکلات روان شناختی همسران جانبازان مبتلا به *PTSD* ناشی از جنگ بود.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۸ نفر همسران جانبازان مبتلا به *PTSD* به تصادف در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه تحت آموزش قرار گرفت. آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس‌های سنجش اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (*STSS*)، سنجش افسردگی، اضطراب، استرس (*DASS*)، سنجش نگرش‌های ناکارآمد (*DAS*) و پرسشنامه افکار خودآیند منفی (*ATQ*) ارزیابی شدند. داده‌ها با روش آماری *T-Test* تحلیل شدند.

یافته‌ها: آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم کلی اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و متغیرهای وابسته به آن شامل افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و علائم برانگیختگی و همچنین کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس، میزان نگرش‌های ناکارآمد و میزان فراوانی و اعتقاد به افکار خودآیند منفی در آزمودنی‌ها اثربخش بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که جلسات ده‌گانه آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و مشکلات روان شناختی همسران جانبازان مبتلا به *PTSD* مزمن تأثیرگذار است.

واژگان کلیدی: راهبردهای شناختی- رفتاری، اختلال استرس پس از ضربه ثانویه، مشکلات روان شناختی.

مقدمه

زندگی آدمی از بدو تولد تا لحظه مرگ با پدیده‌ها و رخداد‌های فراوانی روبرو است. برخی از این پدیده‌ها با مشکلاتی همراه

هستند که تأثیرات مخربی بر فرد و برخی دیگر آسیب‌هایی را بر پیکره‌ی جامعه وارد می‌سازند و می‌توانند گاهی بیش از سطح تحمل افراد بوده و منجر به بروز مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمانی و روانی گردند. جنگ یکی از آن پدیده‌هایی است که مشکلات و عواقب ناشی از آن هم بر فرد و هم بر اجتماع، آسیب می‌رساند و اثرات آن بیش از سطح تحمل افراد جامعه می‌باشد. یکی از مهم‌ترین مشکلات ناشی از

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دکتر آمنه سادات کاظمی

(email: sadat.kazemi@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۷/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۸

از آن جا که به طور دایم در نقش یک مراقب، حامی و پرستار قرار گرفته و با تجربه‌های مکرر آشفتگی فرد مبتلا به PTSD مواجه می‌شوند پس از مدتی خود نیز دچار نوعی اختلال می‌گردند که به آن اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) یا PTSD ثانویه اطلاق می‌شود و می‌توان آن را نوعی تصویر و بازتاب آینه مانند از PTSD دانست، چرا که فرد آسیب‌دیده نمی‌تواند حالات و هیجانات خود را به طور کامل تحت کنترل درآورد و آن‌ها را به دیگران منتقل می‌سازد. روند این انتقال کند است و بسیاری از مواقع افراد متوجه چگونگی این انتقال از سمت فرد آسیب‌دیده به خود نمی‌شوند (۷)، ولی گرفتار احساس بی‌قراری، درماندگی، آشفتگی شدید و سایر علائم STSD می‌شوند. اصطلاح استرس پس از ضربه ثانویه توسط محققانی چون استام و فیگلی (۱۹۹۵) مطرح شده است. این عبارت اولین بار برای بیان نشانه‌های آسیب در بین کارکنان کلینیکی و مشاوره‌ای که در ارتباط نزدیک با افراد مبتلا به PTSD قرار داشتند به کار برده شد، ولی بعدها توسعه یافت و به علایمی اطلاق شد که در بین اطرافیان و نزدیکان بیماران مبتلا به PTSD دیده می‌شود (۸). چرستمن (۱۹۹۹) عنوان می‌نماید نشانه‌های بالینی ضربه‌های ثانویه، مشابه نشانه‌های موجود در افرادی است که به طور مستقیم در معرض مواجهه با آسیب قرار گرفته‌اند. این نشانه‌ها عبارتند از افکار و تصورات مزاحم وابسته به رویداد ضربه‌ای، پاسخ‌های اجتنابی، برانگیختگی‌های جسمانی (فیزیولوژیکی)، هیجانات استرس‌زای منفی و ضعف و نقص عملکردی (۹). هر چند که این اختلال، در بین اطرافیان نزدیک افراد مبتلا به PTSD در حال رشد و گسترش است ولی تحقیقات تجربی بسیار اندکی در این خصوص انجام گرفته است (۸). از آن جا که رابطه با همسر عنصر اصلی زندگی عاطفی و احساسی فرد تلقی می‌شود اولین شخصی که مستقیماً در معرض آسیب ثانویه و مشکلات روان‌شناختی وابسته به آن قرار می‌گیرد همسر فرد مبتلا به اختلال است، پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که همسران افراد مبتلا به PTSD علایمی شبیه به علایم همراه با PTSD را از خود بروز می‌دهند که این علایم با مشکلاتی از قبیل برانگیختگی و تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب، جسمانی شدن، خصومت، عقاید و باورهای ناکارآمد و نقص در کارکردهای اجتماعی همراه است (۱۰). با عنایت به این که همسران جانبازان مبتلا به PTSD در طی زندگی مشترک و مراقبت‌های مکرر از همسران بیمار خود پس از مدتی دچار مشکلات و اختلال‌های عدیده‌ای می‌شوند لذا توجه به بهداشت روانی آن‌ها و ایجاد زمینه‌هایی جهت ارائه

جنگ برای افراد درگیر با آن ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه یا PTSD است که با پیامدهای غیر قابل پیش‌بینی، مخرب و بلندمدتی برای فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند همراه است (۱). اختلال استرس پس از ضربه، اختلالی است که به دنبال قرار گرفتن فرد در معرض یک محرک تنش‌زای به شدت آسیب‌زا که به تجربه مستقیم شخصی یک رویداد تهدید کننده مربوط است، ظاهر می‌گردد و شخص طی آن، با یادآوری‌های برگشت کننده و مزاحم یا رویاهای پریشان کننده‌ای از رویداد آسیب‌زا مواجه خواهد شد (۲). مطالعات همه‌گیر شناسی بیانگر آن است تمام افرادی که در معرض یک رویداد آسیب‌زای یکسان قرار می‌گیرند، دچار اختلال استرس پس از ضربه نخواهند شد، بلکه آسیب‌پذیری شخصی نقش به‌سزایی را در این خصوص ایفا می‌نماید. این آسیب‌پذیری هم می‌تواند زمینه‌ی ژنتیکی داشته باشد و هم می‌تواند پس از تولد به صورت اکتسابی ایجاد شود (۳). معمولاً افرادی که دچار PTSD می‌شوند، تحریک‌پذیری، گوش به زنگ بودن در حد افراط، از جا پریدن و رویاهای آشفته‌ای دارند که به روابط اجتماعی آن‌ها آسیب می‌رساند. ناسازگاری‌های زناشویی، عدم رضایت شغلی، حالات ناامیدی، درماندگی و احساس تهدید مداوم در آن‌ها دیده می‌شود. مطالعات انجام شده بر روی علائم PTSD نشان داده است که این علایم می‌تواند بر روی روابط خانوادگی تأثیر منفی بگذارد و در برخی موارد همسران جانبازان را در شرایط درماندگی و بی‌پناهی قرار دهد. این وضعیت با طولانی شدن اختلال جانباز، بر همسر و خانواده وی آسیب‌های روانی جدی وارد می‌کند (۴). بکهام و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهش خود ذکر کردند این افراد علاوه بر مشکلات عدیده در روابط بین فردی، مشکلات فراوانی در خصوص روابط صمیمی جنسی، انسجام خانواده، بیان عواطف و عملکردهای اصلی زندگی دارند و نرخ بالایی از خصومت و پرخاشگری را نسبت به دیگران گزارش می‌دهند (۵). مطالعات کارول و همکاران (۱۹۸۵) نیز حاکی از آن است که این افراد بعد از اتمام جنگ علاوه بر بروز علائم PTSD، با مشکلات فراوانی در زندگی شخصی خود مواجه می‌باشند. برای نمونه احساس گناه، کناره‌گیری هیجانی و پرخاشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند که این مشکلات مانع از آن می‌شود که بتوانند نقش‌های خود را به عنوان پدر، همسر و سرپرست خانواده به درستی ایفا نمایند (۶). پژوهش‌های متخصصان PTSD بیانگر آن است افرادی که در ارتباط مستقیم با فرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه قرار دارند، به تدریج دچار کرختی روانی و خستگی می‌شوند و

مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی به این قشر ایثارگر می‌تواند در تأمین و تقویت حمایت‌های خانوادگی و کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه‌ی اولیه و ثانویه نقش به‌سزایی داشته باشد. به این دلیل، در پژوهش حاضر ابتدا در بین جمعیت مورد مطالعه، به بررسی علائم ناشی از اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همراه با آن پرداخته شد. سپس با استفاده از شیوه‌های آموزشی شناختی- رفتاری به ارائه مداخله و بررسی اثربخشی این شیوه‌ها در کاهش علائم موجود ناشی از اختلال و مشکلات همراه با آن اقدام گردید.

مواد و روشها

در پژوهش حاضر، از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش، شامل کلیه همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ تحمیلی بود که در سال ۸۸-۱۳۸۷ در شهر تهران سکونت داشتند. نمونه آماری متشکل از ۲۸ نفر از همسرانی بود که از ملاک‌های ورود به مطالعه برخوردار بودند و به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف‌گزینش شدند. افراد مزبور به تصادف در دو گروه ۱۴ نفری متشکل از گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه‌ای بر مبنای پروتکل آموزشی- درمانی مایکل فری (۱۹۹۹) (۱۱) و رابرت لیاهی (۲۰۰۳) (۱۲) به طور هفتگی تحت آموزش گروهی قرار گرفت. این پروتکل تلفیقی است از به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی و رفتاری که سه دسته از روش‌های آموزشی- درمانی وابسته به تکنیک‌های مذکور در آن لحاظ گردیده است. این روش‌ها عبارتند از: روش‌های شناخت درمانی مانند پردازش شناختی، بازسازی شناختی، پردازش هیجانی؛ روش‌های آموزش کنترل و مدیریت اضطراب مانند آرام‌سازی عضلانی، کنترل تنفس، ایمن‌سازی در برابر استرس و روش‌های رویارویی مانند بیان روایت زندگی، حساسیت‌زدایی منظم و غرقه‌سازی. به منظور گردآوری داده‌ها، آزمودنی‌های مورد پژوهش طی دو مرحله قبل و بعد از اجرای جلسات آموزشی با استفاده از ابزارهای زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس سنجش اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (S.T.S.S): این مقیاس با ۱۷ عبارت به عنوان یک ابزار خود گزارش‌دهی، به منظور سنجش میزان علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه، مطابق با علائم و ملاک‌های تشخیصی

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در DSM-IV، تنظیم گردید و توسعه یافت (۱۳) این مقیاس شامل سه خرده مقیاس جهت سنجش میزان افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و علائم برانگیختگی افرادی است که در ارتباط نزدیک خانوادگی یا حرفه‌ای حمایت‌کننده و یاری‌رسان با مبتلایان به PTSD قرار دارند. نتایج حاصل از بررسی پایایی درونی آزمون به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای STS کل ۰/۹۳، افکار و تصورات مزاحم ۰/۸۰، پاسخ‌های اجتنابی ۰/۸۷ و علائم برانگیختگی ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۳). در پژوهش حاضر مقیاس فوق ابتدا توسط محقق ترجمه شد و روایی صوری و محتوایی آن به وسیله چهار نفر از متخصصین روان‌شناس و روانپزشک در زمینه‌ی PTSD مورد تأیید قرار گرفت. سپس بر روی ۶۰ نفر از همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ و ۶۰ نفر همسران افراد غیرجانباز اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای نمرات کل STS گزارش شد. جهت بررسی روایی ملاک S.T.S.S از اجرای هم‌زمان مقیاس می‌سی‌سی‌پی (M-PTSD) استفاده شد و بین دو مقیاس ضریب همبستگی ۰/۹۳ به دست آمد (۱۴).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): این مقیاس به منظور تشخیص و غربال‌گری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در دو فرم کوتاه و بلند توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) تهیه گردید و با اجرای آن بر روی یک نمونه‌هنجاری ۷۱۷ نفری، ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ گزارش گردید (۱۵). 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 زیر مقیاس افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است (۱۶).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS): مقیاس ۴۰ عبارتی نگرش‌های ناکارآمد (DAS) توسط ویزمن و بک (۱۹۷۸) تهیه شده است. این مقیاس بر اساس نظریه شناختی بک و به منظور سنجش نگرش‌ها و مفروضه‌های ناکارآمد افراد افسرده و مضطرب که در آن آزمودنی میزان موافقت خود با عبارات را در یک مقیاس هفت درجه‌ای عنوان می‌نماید، طراحی گردیده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن ۰/۷۳ است (۱۷). در ایران یزدان‌دوست (۲۰۰۱) ضرایب پایایی این ابزار را بر روی ۳۰ نفر جمعیت ایرانی ۰/۷۲ گزارش نمود (۱۸).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان تغییر در نمرات کل علائم STSD و متغیرهای وابسته به آن

خطای آزمون استاندارد	پس تغییرات	میانگین میزان استاندارد	پیش آزمون	پس آزمون	متغیرها گروه‌ها* پیش آزمون
نمرات کل STSD					
۰/۰۶	۰/۲	۱/۰۷	۲/۴	۳/۵	آزمایشی
۰/۰۵	۰/۲	۰/۰۵	۳/۲	۳/۳	کنترل
افکار و تصورات مزاحم					
۰/۰۶	۰/۲	۱/۰۵	۲/۳	۳/۴	آزمایشی
۰/۰۸	۰/۳	۰/۰۸	۳/۴	۳/۳	کنترل
پاسخ‌های اجتنابی					
۰/۱	۰/۴	۰/۹۳	۲/۳	۳/۲	آزمایشی
۰/۰۷	۰/۳	۰/۱۶	۳	۳/۲	کنترل
علائم برانگیختگی					
۰/۰۶	۰/۲	۱/۳	۲/۴	۳/۶	آزمایشی
۰/۰۸	۰/۳	۰/۰۵	۳/۵	۳/۵	کنترل

*تعداد در هر گروه ۱۴ نفر است

پرسشنامه افکار خودآیند (ATQ): این پرسش‌نامه توسط هولون و کندال (۱۹۸۰) تدوین شده است. متن پرسش‌نامه شامل ۳۰ عبارت است که در آن نمونه‌هایی از افکار خودآیند بیماران افسرده ارائه گردیده است. آزمودنی‌ها بر حسب میزان اعتقاد و باور خود به این افکار و فراوانی بروز آن طی یک هفته گذشته، گزینه‌هایی که با نمرات یک تا پنج مشخص شده است را انتخاب می‌نمایند. پایایی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۹). قاسم‌زاده و همکاران به منظور بررسی پایایی درونی پرسش‌نامه با اجرای آزمون بر روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را به دست آوردند. غرایبی (۲۰۰۳) نیز با اجرای مجدد این آزمون در فاصله دو هفته بر روی ۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر دبیرستانی ضریب پایایی ۰/۸۷ را برای باورها و ضریب ۰/۸۵ را برای فراوانی بروز باورها به دست آورد (۴).

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان تغییر در نمرات کل علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و متغیرهای وابسته به آن شامل افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و علائم برانگیختگی آزمودنی‌های مورد مطالعه پس از دو مرحله اجرای پیش‌آزمون و پس از آزمون به تفکیک گروه‌های مورد پژوهش نشان داده شده است. همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، میانگین میزان تغییر در نمرات حاصل از اجرای دو مرحله پیش‌آزمون و پس از آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان تغییر در نمرات افسردگی، اضطراب، استرس، میزان نگرش‌های ناکارآمد و میزان فراوانی و اعتقاد به افکار خودآیند منفی آزمودنی‌های مورد مطالعه پس از دو مرحله اجرای پیش‌آزمون و پس از آزمون به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه نشان داده شده است. اطلاعات مندرج در جدول ۳ بیانگر آن است که میزان تغییر در نمرات حاصل از اجرای دو مرحله پیش‌آزمون و پس از آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایشی در تمامی متغیرهای مورد مطالعه، نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است. به منظور بررسی معنی‌دار بودن تفاوت بین میانگین تغییر در نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه از روش آماری t-test (مستقل) استفاده شد.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های مورد پژوهش گزارش شده است. باتوجه به این که آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ ملاک‌های ورود به مطالعه هم‌تاسازی شدند، لذا از نظر دامنه سنی، مدت زمان ازدواج، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات و سطح طبقه اقتصادی در دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد پژوهش

	گروه آزمایشی (n=۱۴)	گروه کنترل (n=۱۴)
سن (سال)	۴۵/۲۹±۵/۱۰*	۴۴/۵۷±۳/۸۱
مدت زمان ازدواج (سال)	۲۱/۵۷±۳/۲۲	۲۰/۵۷±۳/۳۲
تعداد فرزندان	۲/۹۳±۰/۸۲	۲/۸۶±۰/۷۷

میانگین±انحراف معیار

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه، ۱۴ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه‌های آزمایشی و کنترل به ترتیب برابر ۴۵/۲۹±۵/۱۰ و ۴۴/۵۷±۳/۸۱ سال (محدوده سنی ۳۵-۵۰ سال)، میانگین طول مدت زمان ازدواج برابر ۲۱/۵۷±۳/۲۲ و ۲۰/۵۷±۳/۳۲ (بین ۱۵ تا ۲۵ سال) و میانگین تعداد فرزندان برابر ۲/۹۳±۰/۸۲ و ۲/۸۶±۰/۷۷ (بین ۲ تا ۴ فرزند) بود.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان تغییر در نمرات کل علائم روان‌شناختی مورد مطالعه در آزمودنی‌های دو گروه

متغیرها	گروه‌ها ^a	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین میزان تغییرات	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
افسردگی						
آزمایشی	۲/۴	۱/۵	۰/۹	۰/۱	۰/۰۴	
کنترل	۲/۴	۲/۳	۰/۰۸	۰/۲	۰/۰۶	
اضطراب						
آزمایشی	۲/۳	۱/۶	۰/۸	۰/۱	۰/۰۳	
کنترل	۲/۲	۲/۱	۰/۱	۰/۳	۰/۰۸	
استرس						
آزمایشی	۲/۴	۱/۵	۰/۸	۰/۱	۰/۰۴	
کنترل	۲/۳	۲/۲	۰/۱	۰/۳	۰/۰۷	
نگرش‌های ناکارآمد						
آزمایشی	۵	۳/۸	۱/۲	۰/۲	۰/۰۵	
کنترل	۵	۴/۸	۰/۱	۰/۳	۰/۰۸	
فراوانی افکار خودآیند منفی						
آزمایشی	۴	۲/۹	۱/۱	۰/۴	۰/۱	
کنترل	۳/۸	۳/۷	۰/۱	۰/۵	۰/۱	
اعتقاد به افکار خودآیند منفی						
آزمایشی	۳/۹	۲/۶	۱/۳	۰/۳	۰/۰۸	

*تعداد در هر گروه ۱۴ نفر است

جدول ۴ تفاوت معنی‌داری را در تمامی متغیرهای مورد پژوهش بین دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد ($P < 0.05$).

جدول ۴- نتایج محاسبه t مستقل بین دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش*

متغیرها	t محاسبه شده	درجه آزادی
نمرات کل علائم STSD	۱۲/۶	۲۶
افکار و تصورات مزاحم	۱۰/۹	۲۶
پاسخ‌های اجتنابی	۶/۳	۲۶
علائم برانگیختگی	۱۱/۹	۲۶
افسردگی	۱۱/۸	۲۶
اضطراب	۷/۵	۲۶
استرس	۹/۲	۲۶
نگرش‌های ناکارآمد	۱۰/۳	۲۶
فراوانی افکار خودآیند منفی	۵/۷	۲۶
اعتقاد به افکار خودآیند منفی	۶/۴	۲۶

*نتایج آزمون t مستقل بین دو گروه در متغیرهای فوق معنی‌دار شد ($P < 0.05$).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که جلسات ده‌گانه آموزشی موجب کاهش علائم STSD و مشکلات روان‌شناختی مورد مطالعه در

آزمودنی‌های گروه آزمایشی می‌شود. در مدل شناختی مطرح می‌گردد وقتی افراد در معرض تجارب و رویدادهای آزار دهنده‌ای قرار می‌گیرند مفروضه‌ها و طرحواره‌های ناکارآمدی درباره "خویشتن"، "دیگران" و "جهان اطراف" در آن‌ها شکل گرفته و فعال می‌گردد. طبق این مدل، در افرادی که از زمینه‌های بروز علائم افسردگی و اضطراب برخوردارند، این مفروضه‌ها بسیار نامنعطف، افراطی و مقاوم در برابر تغییر، تلقی می‌شوند. با فعال شدن این مفروضه‌های انعطاف ناپذیر، افکار خودآیند منفی عرصه‌ی ظهور می‌یابند و هم‌زمان نشانگان افسردگی یا اضطراب، پدیدار می‌شود که با تغییرات جسمانی، شناختی، عاطفی، انگیزشی و رفتاری همراه هستند. وجود این نشانگان، خود افکار منفی دیگری را جان می‌بخشد و با توجه به تجربه مستقیم یا غیرمستقیم رویدادهای استرس‌آور و ضربه‌ای سبک تفکر افراد را نیز به تدریج تغییر می‌دهد و به سبک تفکر افسرده‌ساز و اضطرابی تبدیل می‌نماید. این نوع سبک‌های تفکر، مکرراً در جهت تقویت مفروضه‌ها و طرحواره‌های موجود خود در جستجوی اطلاعات تبیین‌کننده هستند. بنابراین، این دسته از افراد در عین این که شواهد و مستندات رد‌کننده مفروضه‌ها و باورهایشان را مورد غفلت قرار می‌دهند دائماً اطلاعاتی را مورد توجه قرار می‌دهند که با حالات منفی و آزاردهنده آن‌ها هم‌خوان است. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از کاربرد تکنیک‌های شناختی- رفتاری نشان داد که CBT موجب کاهش علائم کلی STSD در آزمودنی‌ها گردید. از آن جا که در زمینه تأثیر مداخلات آموزشی بر روی کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی مبتلایان به STSD در پیشینه و ادبیات تجربی و علمی تحقیقات موجود، یافته‌هایی توسط پژوهشگر ملاحظه نگردید. لیکن به جهت مشابهت علائم این اختلال با PTSD، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات مشابه در خصوص اثربخشی تکنیک‌های شناختی- رفتاری در کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی مبتلایان به PTSD هم‌خوان است. فروته و همکاران (۲۰۰۶) طی پژوهش‌های خود گزارش نمودند که درمان‌های مبتنی بر شیوه‌های شناختی- رفتاری نسبت به بسیاری از روش‌ها در بهبود علائم PTSD موثرتر و مناسب‌تر است (۲۰). در تحقیقاتی مارکس و همکاران (۱۹۹۸)، با کاربرد برخی از تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری بر روی ۸۷ بیمار مبتلا به PTSD گزارش نمودند که ترکیب آموزش مواجهه‌سازی و بازسازی شناختی، علائم PTSD را بهبود می‌بخشد و اثرات درمانی آن برتر از آموزش آرام‌سازی است (۲۱). رسیک و اشناپیک (۱۹۹۲)، در یک مداخله درمانی با

سولومون و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است. این پژوهشگران تکنیک‌های درمانی شناختی-رفتاری را بر روی سربازان مبتلا به PTSD به کار گرفتند. پس از ارائه درمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم مجدد، علایم اجتنابی، و همچنین افزایش تحمل ناکامی و مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی گزارش گردید (۲۸،۲۷). از دیگر مشکلاتی که آزمودنی‌ها با آن مواجه بودند، بروز برانگیختگی‌های جسمانی و هیجانی بود. استفاده از تکنیک‌های CBT با ایجاد بازسازی شناختی و تغییر در طرز نگرش و تفکرات و باورهای زیر بنایی آزمودنی‌ها در بعد شناختی و استفاده از تکنیک‌های مثبت، نوشتن، رویارویی، حساسیت‌زدایی، بیان احساسات و هیجانات و اجرای تمرینات آرام‌سازی عضلانی در بعد رفتاری؛ به جهت افزایش توانایی در مدیریت اضطراب و تنش‌های هیجانی و عضلانی ناشی از آن، در کاهش علائم برانگیختگی‌های آزمودنی‌های گروه CBT مؤثر واقع گردید. لیهی و هالنسد (۲۰۰۰) در پژوهش خود گزارش نمودند، استفاده از تکنیک‌های CBT موجب کاهش برانگیختگی‌های جسمانی در مبتلایان به PTSD می‌گردد (۲۹). همچنین نتایج یافته‌های دیگر پژوهش کاهش قابل ملاحظه‌ای را در میزان علایم افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌ها نشان داد. رسیک و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای گزارش نمودند روش‌های درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم PTSD و علائم افسردگی مبتلایان به اختلال، مؤثر می‌باشد (۲۲). فوا و همکاران (۲۰۰۴) ۱۱۷ قربانی رویدادهای ضربه‌ای که به PTSD مبتلا بودند را تحت درمان غرقه‌سازی و روش ترکیبی غرقه‌سازی به همراه بازسازی شناختی قرار دادند. نتایج نشان داد هر دو شیوه درمانی، به طور یکسان در کاهش علایم PTSD و افسردگی مؤثر واقع شده بود (۳۰). پانویچ (۲۰۰۰) در پژوهشی تعدادی از بیماران مبتلا به PTSD را تحت درمان مواجهه‌سازی و بازسازی شناختی قرار داد. پس از پایان درمان، کاهش ۴۹ و ۵۰ درصدی، در میزان اضطراب آزمودنی‌ها مشاهده گردید (۳۱). اهلرز و همکاران (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی بر روی ۲۸ نفر از افراد مبتلا به PTSD گزارش نمودند شدت علایم PTSD و میزان اضطراب، در بیمارانی که تحت درمان‌های شناختی-رفتاری قرار گرفته بودند نسبت به افراد لیست انتظار کاهش یافته بود (۲۴). نتایج پژوهش‌های فوا و همکاران (۲۰۰۴) نیز بیانگر آن است خانواده‌های افراد مبتلا به PTSD هنگامی که تحت آموزش قرار می‌گیرند، با کاهش چشم‌گیری در میزان پریشانی، انزوا و استرس‌های ناشی از بیماری‌های روانی مواجه خواهند شد (۳۰). یافته‌های فوق با نتایج حاصل از

استفاده از تکنیک‌های شناختی، بر روی ۲۹ قربانی مبتلا به PTSD، کاهش قابل ملاحظه‌ای را در علائم PTSD مبتلایان گزارش نمودند (۲۲). فکته او و نیکی (۱۹۹۹) درمان شناختی-رفتاری را با استفاده از شیوه‌های آموزش آرام‌سازی، مواجهه‌سازی و بازسازی شناختی بر روی ۲۰ فرد مبتلا به PTSD به کار گرفتند. نتایج مطالعات آنها بیانگر آن بود که کاربرد تکنیک‌های فوق، به طور چشمگیری در کاهش علایم PTSD مؤثر است (۲۳). در پژوهش حاضر با استفاده از شیوه‌های شناختی-رفتاری نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و افکار و تصورات مزاحم آزمودنی‌ها از طریق تکنیک‌های خاص مورد بازسازی قرار گرفتند. بدین صورت که درمانگر در وهله اول با کمک مراجعان به بررسی، شناسایی و کشف آن پرداخت و سپس از طریق چالش با افکار ناکارآمد و مزاحم آزردهنده به تغییر و رد آنها مبادرت نمود. اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) عنوان می‌نمایند بیماران مبتلا به PTSD، رویدادهای آسیب‌زا و یا پیامدهای ناشی از آن را به صورتی پردازش می‌کنند که منجر به ایجاد ترس مداوم و شدیدی در آنها می‌گردد. بنابراین افراد برای کنترل ترس مداوم خود به استفاده از نگرش‌ها و روش‌های ناکارآمدی متوسل می‌شوند که این نگرش‌ها موجب افزایش فراوانی وقوع علایم PTSD در آنها می‌گردد. بنابراین روش‌های بازسازی شناختی موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد و به دنبال آن علایم PTSD در این افراد می‌گردد (۲۴). کاهیل و فوا (۲۰۰۷) استفاده از روش حساسیت‌زدایی منظم راد کاهش واکنش‌های هیجانی ناشی از افکار و تصورات مزاحم در مبتلایان به PTSD مؤثر گزارش نمودند (۲۵) و این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوان است. یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی آزمودنی‌های مبتلا به PTSD، نرخ بالای واکنش‌های اجتنابی در آنها بود. همان‌گونه که پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند، اجتناب به خودی خود باعث جلوگیری از انجام رفتارهای سودمند و استفاده از شیوه‌های مفید و مؤثر حل مسأله می‌شود. اجتناب تجربه‌ای مفهومی است که به عنوان تجربه ناخواسته احساسات، حس‌ها و افکار منفی تعریف می‌شود و فعالیت‌های بسیاری را برای این تجربیات به شکل ناسازگارانه به خود اختصاص می‌دهد (۲۶). در این راستا، کاربرد تکنیک‌های منطبق با حساسیت‌زدایی، تصویرسازی تجسمی، رویارویی، بازسازی تصویر ذهنی و حل مسأله در گروه آزمایشی توانست در ارتقاء توانایی مقابله‌های مؤثر در برابر هیجانات منفی و کاهش پاسخ‌های اجتنابی آزمودنی‌ها مؤثر واقع گردد. این نتایج با یافته‌های تحقیقات لاوسون و همکاران (۲۰۰۵) و

این افراد را مورد توجه قرار نداده‌اند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود کاربرد این گونه مداخله‌های آموزشی بر روی جمعیت مذکور به گونه جدی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش که علی‌رغم برخورداری از مشکلات عدیده در خانواده، با بردباری در زمینه اجرای پژوهش مساعدت نمودند.

پژوهش حاضر هم‌سو است. هیکمون و همکاران (۱۹۹۷) به نقل کترال (۲۰۰۴) گزارش می‌نمایند تجارب بالینی حاکی از آن است حتی زمانی که مستقیماً یکی از زوجین تحت برنامه‌های روانی- آموزشی قرار می‌گیرد به کاهش استرس کل خانواده کمک می‌شود و اعضا دوباره نیروی خود را به دست می‌آورند (۳۲). در خاتمه لازم به ذکر است علی‌رغم ضرورت و نیاز، مطالعات و ادبیات تجربی در خصوص مبتلایان به PTSD ثانویه نادر است و محدودیت این مطالعات به این دلیل بوده است که اغلب، پژوهشگران تمرکز خود را بر آسیب دیدگان اولیه رویدادهای ضربه‌ای معطوف داشته‌اند و همسر یا اطرافیان

REFERENCES

1. Flannery RB. Post traumatic stress disorder the victims guide to healing and recovery. New York: Crossroad Publishing Company; 1995.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C: American psychiatric press; 2000.
3. Gelder MG, Pez-Ibor J, Andreasen N, Eds. Oxford text book of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Kazemi AS. 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, Iran: Islamic Azad University; 2008. [In Persian]
5. Beckham JC, Roodman AA, Barefoot JC, Haney TL, Helms MJ, Fairbank JA, et al. Interpersonal and self-reported hostility among combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1996; 9: 335-42.
6. Sherman DM, Zanotti DK, Jones DE. Key elements in couples therapy with veterans with combat related posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice* 2005; 36: 626-33.
7. Hart AB. An operators manual for combat PTSD. New York: Basic Books; 2000.
8. Stamm BH, Editor. Secondary traumatic stress: self care issues for clinicians, researchers and educators. New York: Sidran Press; 1999.
9. Chrestman KR, Editor. Secondary. Secondary traumatic stress: self- care issues for clinicians, researchers and educators. New York; Sidran Press; 1999.
10. Taft, CT, Niles BL. Assessment and treatment of anger in combat related PTSD. In: Taft, CT, Niles BL, Eds. Iraq war clinician's guide. Boston: Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD; 2004.
11. Free ML, Ed. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. Philadelphia: John Wiley Press; 2007.
12. Leahy RL, Ed. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
13. Bride BE, Robinson MM, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract* 2003; 13: 1-16.
14. Kazemi AS. Psychometric characteristics of STSS. *Contemporary Psychology* 2011; 5: S638-40. [In Persian]
15. Lovibond SM, Lovibond PFM, Eds. Manual for depression and anxiety- stress scale. Psychology Foundation monograph. New South Wales: School of Psychology, University of New South Wales; 1995.
16. Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. Validity of stress, depression, and anxiety scale among Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 4: 299. [In Persian]
17. Lindsay SJE, Powell Graham E, Eds. The handbook of clinical adult psychology. London: Rutledge; 1994.
18. Yazdandoost R. Evaluation of dysfunctional attitudes, depression and severity of coronary heart disease in bed rest patients in CCU. *Journal of Thought and Behavior* 2001; 4:6. [In Persian]
19. Hollon SD, Kendall P. Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980; 4: 383-95.
20. Frueh BC, De Arellano MA, Turner SM. Systematic desensitization as an alternative exposure strategy for PTSD. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 287-88.

21. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of PTSD by exposure and cognitive restructuring. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 325-37.
22. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 748-56.
23. Fecteau G. Cognitive behavioural treatment of PTSD after motor vehicle accident. *Behav Cogn Psychother* 1999; 27: 207-24.
24. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319-45.
25. Cahill SHP, Foa E. PTSD: treatment efficacy future directions. *Psychiatric Times* 2007; 24: 3.
26. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Prac* 2003; 10: 125-43.
27. Lawson D. Conceptualization and treatment for Vietnam veterans experiencing PTSD. *J Ment Health* 2005; 17: 31-53.
28. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 659-66.
29. Leahy RL, Holland S, Eds. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorder. New York, NY: Guilford Press; 2000.
30. Foa EB, Kean TM, Friedman MJ, Eds. Effective treatments for PTSD. New York, NY: Guilford press; 2004.
31. Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001; 39: 1183-97.
32. Catherall DR, Ed. Handbook of stress, trauma and the family. New York, NY: Brunner- Routledge; 2004.