

## مقایسه اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی

### مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان

#### دارای استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از جنگ

# *A Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Approaches on the Quality of Life and Resiliency among Disabled Veterans' Wives with War-Related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۴

Isanejhad, O.✉; Azadbakht, F.

امید عیسی نژاد✉، فرناز آزادبخت<sup>۱</sup>

## Abstract

**Introduction:** Although war finished years ago, disabled veterans' families, especially their wives, are still suffering from a lot of physical and psychological problems, which can seriously affect their well-being. The present study aimed to examine the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) approach and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) approach on the resiliency and quality of life among disabled veterans' wives with PTSD.

**Method:** In the present semi-experimental study, a pretest and a posttest were administered to the experimental and control groups, and the follow-up phase was carried out a month later. The statistical population included all the psychiatric disabled veterans' wives with PTSD in Kuhdasht, Iran. A sample of 51 subjects was selected and randomly divided into 3 groups. 13 individuals were randomly assigned into the acceptance and commitment therapy group, 13 into the mindfulness-based cognitive therapy group, and 15 into the control group. WHOQOL-BREF and CD-RISC questionnaires were employed as the data collection instruments.

**Results:** The results of the present study revealed that ACT and MBCT approaches enhanced the participants' scores in resiliency and quality of life ( $p < 0.01$ ). The results of one-month follow-up study further indicated that the effect remained unchanged ( $p < 0.01$ ). Both interventions were affective and a comparison of the two approaches indicated that ACT has more efficiency.

**Discussion:** The results of the present study showed that both ACT and MBCT approaches enhanced resiliency and quality of life among the disabled veterans' wives with PTSD.

**Key words:** posttraumatic stress disorder (PTSD), disabled veterans' wives, resiliency, quality of life, mindfulness-based cognitive approach, acceptance and commitment approach.

## چکیده

**مقدمه:** خانواده جانبازان به‌ویژه همسران آنها با گذشت سال‌ها از جنگ تحمیلی، هنوز عوارض ناشی از آن را تجربه می‌کنند که زندگی این افراد را با آسیب‌های روحی و روانی همراه کرده است. هدف این بررسی اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی همسران جانبازان دارای استرس پس از سانحه (PTSD) است.

**روش:** در این پژوهش نیمه‌تجربی، از پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده و مرحله پیگیری، پس از یک ماه به‌اجرا درآمد. جامعه آماری شامل کلیه همسران جانبازان اعصاب و روان دارای استرس پس از سانحه شهرستان کوهدشت بودند که ۱۳ نفر در گروه پذیرش و تعهد، ۱۳ نفر در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر در گروه گواه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند.

پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس تاب‌آوری کاتر و دیویدسون به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) منجر به افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی در همسران جانبازان دارای (PTSD) شد ( $p < 0.01$ ). نتایج پیگیری یک‌ماهه نیز نشان داد که اثربخشی باقی مانده است ( $p < 0.01$ ). در مقایسه دو رویکرد، درمان ACT اثربخش‌تر از درمان MBCT گزارش شد.

**بحث:** مداخلات آموزش رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بالابردن کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مؤثر است.

**کلید واژه‌ها:** استرس پس از سانحه (PTSD)؛ همسران جانبازان؛ تاب‌آوری؛ کیفیت زندگی؛ رویکرد مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ رویکرد پذیرش و تعهد

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor of Family Counselling, University of Kurdistan  
E-mail: o.isanejad@uok.ac.ir

✉ استادیار مشاوره خانواده دانشگاه کردستان  
۱ - کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه کردستان

## مقدمه

از عوارض جنگ برای افرادی که به‌طورمستقیم و غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، مشکلات جسمی و روانی است. مشکلات و جراحاتی که از نظر روانی بر این افراد وارد می‌شود، تا مدت‌ها پس از جنگ گریبانگیر آسیب‌دیدگان است (صادقی، جدیدی و شمسایی ۹۳). از آنجاکه تعاملات اعضای خانواده، خطی نیست و بر همدیگر تأثیر متقابل دارند، لذا اعضای خانواده هم متأثر از این مشکلات هستند (رادفر، ۱۳۸۴). اختلال استرس پس از آسیب<sup>۱</sup> (PTSD) یک اختلال اضطرابی شدید، مزمن و ناتوان‌کننده (کوزاریک، پاولیک، فیلیپاک و سیندریک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و خارج از تحمل انسان است که به‌دنبال قرارگرفتن در معرض حوادث تروماتیک شدید، تجربه موقعیت‌های آسیب‌زا (جاسپ، لاینلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و مواجهه با حوادثی مانند: جنگ، سیل، زلزله، تصادفات رانندگی، بمباران، وحشت، زندگی در اردوگاه‌های جنگی شکنجه، حمله و تجاوز بروز می‌نماید (کونن، استیلمن، سامر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). شواهد گواه این است که PTSD در خانواده‌های جانبازان، پیامدهای قابل توجهی دارد، به‌خصوص اینکه بر زندگی زناشویی و رفاه روانی اعضای خانواده آنها اثر می‌گذارد (رنشو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ به‌نقل از دیکل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶).

همسران جانبازان که به‌طور دائم در نقش یک مراقب و پرستار قرار گرفته و با تجربه‌های مکرر آشفتگی فرد مبتلا به PTSD مواجه می‌شوند، پس از مدتی خود نیز دچار نوعی اختلال می‌شوند که به آن اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) یا PTSD ثانویه اطلاق می‌شود (هارت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰)، این اختلال در مواجهه غیرمستقیم با آسیب، از طریق شنیدن حادثه و ارتباط مستقیم فرد، با فرد آسیب‌دیده می‌باشد (زیمیرنگ، مانرو و گالیو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳)؛ بنابراین، نشانه‌های بیماری در

وهله اول از بیمار به همسر و سپس به دیگر اعضای خانواده انتقال می‌یابد (کلارچ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). اختلال استرس پس از سانحه، یکی از اختلالاتی است که نه‌تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه کیفیت زندگی خانواده و جامعه وی را نیز تحت تأثیر قرار دهد (رادفر، تولایی، حقانی، مدیریان و فلاحتی، ۱۳۸۴). کیفیت زندگی، یک شاخص اساسی سلامت محسوب می‌شود که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکردی را دربرمی‌گیرد (باکی، لایگ و اسکلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی، یک مفهوم گسترده چندبعدی است که معمولاً شامل ارزیابی ذهنی از هر دو جنبه مثبت و منفی از زندگی است (فراژ، میلر و شرمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). پس از گذشت سال‌ها از پایان جنگ، هنوز پیامدها و اثرات ناشی از جنگ بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنها مشاهده می‌شود و با توجه به اینکه شرایط فشار و استرس، تعادل زیستی - روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زرنقاش، محرابی‌زاده، بشلیده، داوودی، مرعشی، ۱۳۹۵) و از آنجاکه تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک می‌دانند؛ کامپفر<sup>۱۲</sup>، (۲۰۰۲) بیان کرد که تاب‌آوری برگشت به تعادل اولیه است که باعث سازگاری موفق در زندگی افراد می‌شود. زنان در نقش همسر جانبازان مقدار زیادی درد و رنج، عصبانیت، ترس، افسردگی، اختلال در عملکرد جسمی، دشمنی و پرخاشگری را در خود تجربه می‌کنند (مارتین، مانسینی، بوئن، اورتنر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴) یکی از درمان‌های روان‌شناختی که به مشکلات و رنج‌های غیرقابل‌اجتناب نگاه متفاوت و درعین‌حال کاربردی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۴</sup> (ACT) نام دارد. می‌توان این درمان را این‌گونه تعریف کرد: یک مداخله زمینه‌گرای کارکردی مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه است که رنج انسان را ناشی از

به حالتی روانی از گشودگی بی‌غرض، کنجکاوی و پذیرایی تجارب داخلی و خارجی که در حال حاضر ظهور می‌کنند، مربوط می‌شود (هافمن، ساویر، ویت و اوه<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان داده است که مراقبه ذهن‌آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه‌مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد و بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در دانشجویان را به همراه دارد (گودفرین<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک برنامه درمانی کارآمد منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان قطع عضو شود (زرنقاش، ۱۳۹۵). نتایج مطالعه دیگری با عنوان بررسی تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر عملکرد ایمنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان داد که ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی این جامعه تأثیر مثبت داشته (ویتک - جانوسک، آلبوکوری، کرونیاک و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۸). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف کاهش علائم روان‌شناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی (کیات زین، هانه<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۰) به‌طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی به‌کار برده می‌شود (بیشاپ<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۲). همچنین اعمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌منزله یک مداخله مؤثر روان‌شناختی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم به‌کار رود (سرائی، نشاط‌دوست، منشی و نادری، ۱۳۹۵) و نیز یافته‌های (باتلر و سیاروچی<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۷) حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی بر سازگاری و کیفیت زندگی در سالخوردگان است. ایزدی (۱۳۹۱) و ایرج و کراسک<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روانی تأیید کرد.

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گستره عمل متعهدانه مربوط به این ارزش‌هاست (جاراسیو، فورمن و هربرت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). همچنین ACT به‌دنبال آن است که به مراجع پیامزد چگونه از محتوای فکر بگسلد، چگونه برای رهایی از آن تلاش کند، به داستان زندگی خود نچسبد، به‌جای گذشته و آینده مفهومی‌ساز شده در زمان حال زندگی کند و حاصل همه اینها اینکه روش‌ها و اهدافش را شناسایی کرده و به آنها معتقد باشد (هیز و استروسال<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴). یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۷</sup> (MBCT) است. در این شیوه مداخله با کمک روش‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می‌شود به مراجع کمک شود به‌جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، 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 (هیز<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴). بنابراین، ذهن‌آگاهی می‌تواند درمان‌جویان 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 پی‌ببرند. همچنین ذهن‌آگاهی 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 (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر، پژوهش بر ذهن‌آگاهی به شکلی چشمگیر افزایش یافته است (دیویز و هیز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۱). عموماً ذهن‌آگاهی

## روش

در این پژوهش نیمه تجربی، از پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد و مرحله پیگیری، پس از یک ماه برای هر دو گروه اجرا شد. جامعه آماری شامل ۱۷۰ نفر از همسران جانباز اعصاب و روان (دارای PTSD) شهرستان کوهدشت در سال ۱۳۹۵ بودند که از این فهرست در دسترس از بین افراد حاضر به همکاری، ۱۰۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و دعوت به همکاری شده که ۴۵ نفر حاضر به همکاری در این طرح شدند. از بین این تعداد ۱۵ نفر در گروه پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر در گروه گواه، به‌صورت تصادفی قرار گرفتند که در نهایت، از هر گروه دو نفر ریزش داشتند. این افراد براساس ملاک‌های موافقت برای شرکت در جلسات، داشتن تحصیلات حداقل متوسطه برای پاسخگویی، زندگی زوجی مشترک، بستری‌نبودن همسر در آسایشگاه و تک‌همسری وارد پژوهش شدند. ملاک‌های خروج قرارداشتن هم‌زمان تحت روان‌درمانی‌های دیگر، مصرف داروهای اعصاب و روان بود. ملاک‌ها در جلسه اولیه به‌صورت خوداظهاری پرسیده شد. تحصیلات افراد شرکت‌کننده ۱۸ نفر دیپلم و زیردیپلم، ۱۰ نفر فوق‌دیپلم و ۱۷ نفر لیسانس و طول مدت ازدواج این افراد بین ۱۴ تا ۲۵ سال بود. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه کیفیت زندگی بود.

**مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC)<sup>۲۷</sup>:** برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کور و دیویدسون<sup>۲۸</sup> (۲۰۰۳) استفاده شد که یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره آن صد است. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای به‌صورت

فصلنامه روانشناسی نظامی دوره ۱۰، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۸

لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمده است. (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). مقیاس در ایران توسط (محمدی، ۱۳۸۵) هنجاریابی شده و پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶) پایایی این مقیاس در دانشجویان به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد. **پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲۹</sup>** (WHOQOL- BREF): این پرسشنامه برای سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۹۸ است. تعداد ۲۶ سؤال در قالب ۴ حیطه: سلامت جسمانی (فیزیکی)، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیط زندگی است که دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران این پرسشنامه توسط (نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی و مجدزاده، ۱۳۸۵) ترجمه و استانداردسازی شده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون‌خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد و در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به‌دست آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ می‌تواند به‌علت کم‌بودن تعداد سؤالات در این حیطه باشد. در پژوهشی دیگر که توسط نجومی و عنبری (۱۳۸۶) انجام گرفت، پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از آلفای کرونباخ در

گمارده شدند و هرکدام از دو گروه آزمایشی هشت جلسه یک و نیم‌ساعته درمان را به‌صورت گروهی دریافت کردند. درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزش از هر دو گروه تحت درمان و گروه کنترل، با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و تاب‌آوری، پس‌آزمون به‌عمل آمد.

در زیر خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) آمده است:

حدود ۰/۹۲ به‌دست آمد. شیوه اجرا: بعد از هماهنگی با مراکز درمانی و کسب مجوز و جلب رضایت شرکت‌کننده‌ها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی، شرکت کنند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری در اختیار آنها قرار گرفت و از آنان خواسته شد که به‌دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و تا حد امکان، سؤالی را بی‌جواب نگذارند. سپس همسران جانبازان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گواه

### جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز ۳۰، ۲۰۰۴)

جلسه	محتوای جلسات آموزش
اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل گروه و ارزیابی آن؛ مطرح کردن اهداف درمان توضیح فلسفه مداخله براساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و استفاده از استعاره دو کوه قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به‌موقع اعضا در جلسات و انجام تکالیف و همچنین تأکید بر اهمیت رازداری و تکمیل پرسشنامه
دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام داده و تجربه این نکته که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی، بی‌اثر است. شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع؛ ادامه درماندگی خلاق و استعاره چاله
سوم	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ تمرین ذهن‌آگاهی؛ استفاده از استعاره دروغ‌سنج
چهارم	تمرین آگاهی از احساسات بدنی؛ بحث در مورد موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها
پنجم	تمرین مرتبط با رضایت و ناراضی‌تی از رنج‌های زندگی؛ استفاده از استعاره مهمان و گدا
ششم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه بحث پیرامون آنها؛ بیان گسلس و استعاره اتوبوس ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ تمرین ذهن‌آگاهی (نفس کشیدن یا آگاهی بدنی)؛ خود به‌عنوان زمینه و استعاره صفحه شطرنج
هفتم	معرفی ارزش‌ها و دادن تکلیف ارزش‌ها؛ ادامه بحث پیرامون رضایت داشتن از رنج؛ تمرین ذهن‌آگاهی در حین راه رفتن
هشتم	تمرین شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ ایجاد انگیزه، یعنی فعالیت معطوف به هدف، همراه پذیرش تجارب ذهنی؛ جمع‌بندی و ارزیابی آموزش

جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (کرین<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسات آموزش
اول	خلبان اتوماتیک: تمرین در جلسه: خوردن کشمش با آگاهی و مدیتیشن واری بدن
دوم	رسیدگی به موانع: مدیتیشن واری بدن، ۱۰ دقیقه تنفس همراه ذهن آگاهی
سوم	ذهن آگاهی از تنفس (و بدن در حرکت): حرکت ذهن آگاه همراه با تمرین کشش و نفس کشیدن، کشش های بدنی ایستاده که پس از آن مدیتیشن نشسته باشد و بر آگاهی از تنفس و بدن تمرکز شود، فضای تنفس سه دقیقه ای
چهارم	حاضرماندن: پنج دقیقه دیدن یا شنیدن ذهن آگاه - مدیتیشن ایستاده (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی بی اختیار) افزون این تمرین به عنوان عملی مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که امور به نظر دشوار می شوند، پیاده روی ذهن آگاه، تنفس سه دقیقه ای
پنجم	پذیرش و مجاز شمردن/ واگذار کردن: مدیتیشن نشسته؛ آگاهی از تنفس و بدن؛ تأکید بر توجه بر چگونگی عکس العمل ما به افکار، عواطف و احساسات بدنی که انگیزه می شوند.
ششم	افکار حقایق نیستند: علاوه بر دشوار کردن تمرین و بررسی اثرات آن بر بدن و ذهن؛ فضای تنفس سه دقیقه ای
هفتم	چگونه می توانم به بهترین شکل مراقب خودم باشم؟ مدیتیشن نشسته؛ آگاهی از تنفس و بدن، اصوات، افکار و احساسات
هشتم	برای مدیریت حالات روانی آینده از آنچه که آموزش داده شده است، استفاده شود: مدیتیشن واری - پایان مدیتیشن

یافته ها

جدول ۱ - میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و تاب آوری به تفکیک گروه در سه مرحله

متغیرها	مراحل	ACT		MBCT		گواه
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۲/۵۸	۱۹/۷۶	۳/۰۲	۱۸/۹۳	۲/۷۶
	پس آزمون	۲/۰۷	۲۳/۸۴	۲/۴۲	۲۱/۶	۳/۵۶
	پیگیری	۱/۸۶	۲۲/۸۴	۲/۴۲	۱۹/۹۳	۳/۰۳
حیطه روان شناختی	پیش آزمون	۱/۸۲	۱۷	۱۶/۸۴	۱۶/۸	۱/۷۴
	پس آزمون	۱/۴۹	۲۰/۳	۲۰/۰۷	۱۸/۶۶	۲/۳۵
	پیگیری	۱/۶۶	۱۹/۳۸	۲/۲۵	۱۷/۶۶	۱/۸۶
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۱/۷۲	۸/۱۵	۱/۰۵	۸	۱/۳۳
	پس آزمون	۱/۷۶	۱۱/۵۳	۱/۰۹	۹/۷۳	۲/۴۹
	پیگیری	۱/۷۳	۱۰/۷۶	۰/۹۶	۸/۹۳	۱/۷۹
محیط زندگی	پیش آزمون	۴/۲۵	۲۱/۵۳	۲۲/۶۱	۲۱/۰۶	۳/۱۹
	پس آزمون	۳/۱۳	۲۶/۲۳	۲۷/۱۵	۲۴/۶	۴/۰۶
	پیگیری	۳/۲۹	۲۵/۷۶	۲۶/۵۳	۲۳/۰۶	۳/۷۸
تاب آوری	پیش آزمون	۸/۱	۵۳/۳۸	۵۲/۴۶	۷/۳۳	۷/۹۸
	پس آزمون	۴/۹۴	۶۶/۸۴	۶۸/۳	۵۶/۸	۸/۹۱
	پیگیری	۴/۸	۶۴/۴۶	۶۵/۱۵	۵۲/۱۳	۷/۲۲

— مقایسه اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ... ۶۳

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین ابعاد کیفیت زندگی و متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون، ارتقا یافته است. برای بررسی تفاوت‌های اولیه دو گروه در پیش‌آزمون از مانوا (لامبدای ویلکس) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین ابعاد کیفیت زندگی و متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون، ارتقا یافته است. برای بررسی تفاوت‌های اولیه دو گروه در پیش‌آزمون از مانوا (لامبدای ویلکس) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد

جدول ۲ - نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
بین‌گروهی		۰/۴۲	۳/۶۳	۱۰	۶۸	۰/۰۰	۰/۳۴	۰/۹۸
کیفیت زندگی	درون‌گروهی	۰/۰۶	۴۴/۰۷	۱۰	۲۹	۰/۰۰	۰/۹۳	۱
تعامل		۰/۲۴	۲/۹۶	۲۰	۰/۵۸	۰/۰۰	۰/۵۰	۰/۹۹

جدول ۲ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی و با محوریت عامل تعاملی صورت می‌پذیرد.

جدول ۲ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل

جدول ۳ - نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
گواه		۰/۶۴	۱/۱۶	۱۰	۴۸	۰/۳۴	۰/۱۹	۰/۵۲
کیفیت زندگی	ACT	۰/۰۱	۳۲/۵۸	۱۰	۴۰	۰/۰۰	۰/۸۹	۱
	MBCT	۰/۰۳	۱۸/۳۴	۱۰	۳۸	۰/۰۰	۰/۸۲	۱
گواه		۰/۲۲	۱/۶۹	۱۰	۵	۰/۲۹	۰/۷۷	۰/۲۷
تاب‌آوری	ACT	۰/۰۰	۹۶/۰۸	۱۰	۳	۰/۰۰	۰/۹۹	۱
	MBCT	۰/۰۱	۲۵/۴۷	۱۰	۳	۰/۰۱	۰/۹۸	۰/۹۶

جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. براین‌اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته‌ها در دو گروه آزمایش اکت  $F = ۳۲/۵$ ،  $\lambda = ۰/۸۹$  و  $\eta^2 = ۰/۸۹$  و ذهن‌آگاهی  $F = ۲۵/۴$ ،  $\lambda = ۰/۹۶$  و  $\eta^2 = ۰/۹۸$  برای تاب‌آوری به دست آمد که معنی‌دار بودند ( $p < ۰/۰۱$ ). مقادیر مذکور در گروه گواه، معنی‌دار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ).

جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. براین‌اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته‌ها در دو گروه آزمایش اکت  $F = ۳۲/۵$ ،  $\lambda = ۰/۸۹$  و  $\eta^2 = ۰/۸۹$  و ذهن‌آگاهی  $F = ۲۵/۴$ ،  $\lambda = ۰/۹۶$  و  $\eta^2 = ۰/۹۸$  برای تاب‌آوری به دست آمد که معنی‌دار بودند ( $p < ۰/۰۱$ ). مقادیر مذکور در گروه گواه، معنی‌دار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ).

جدول ۴ - نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر (Greenhouse-Geisser) در دو گروه آزمایش

گروه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
سلامت جسمانی	۱۱۷/۳۸	۱/۰۹	۱۰۷/۴۴	۵۴/۲۸	۰/۰۰	۰/۸۱	۱
حیطه روان‌شناختی	۷۵/۷۴	۱/۳۴	۵۶/۱۹	۱۱۰/۰۸	۰/۰۰	۰/۹۰	۱
روابط اجتماعی	۸۱/۸۴	۱/۴	۵۸/۳۴	۱۵۹/۶	۰/۰۰	۰/۹۳	۱
محیط زندگی	۱۷۳/۸۹	۱/۰۵	۱۶۵/۲۹	۳۱/۸۹	۰/۰۰	۰/۷۲	۱
تاب‌آوری	۱۳۴۱/۵۹	۱/۱۳	۱۱۸۳/۲۳	۳۷/۸۱	۰/۰۰	۰/۷۵	۱
سلامت جسمانی	۱۲۸/۶۶	۱/۰۸	۱۱۸/۷	۶۸/۱۱	۰/۰۰	۰/۸۵	۱
حیطه روان‌شناختی	۷۴/۰۵	۱/۳۴	۵۵/۱۷	۸۹/۳۲	۰/۰۰	۰/۸۸	۱
روابط اجتماعی	۵۴/۹۷	۱/۵۷	۳۴/۸۹	۱۰۳/۷۴	۰/۰۰	۰/۸۹	۱
محیط زندگی	۱۵۷/۵۹	۱/۰۷	۱۴۷/۱۲	۵۸/۳۴	۰/۰۰	۰/۸۲	۱
تاب‌آوری	۱۸۲۹/۲۸	۱/۱۱	۱۶۴۷/۸۹	۶۵/۳۲	۰/۰۰	۰/۸۴	۱

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر (Greenhouse-Geisser) را در دو گروه آزمایش نشان می‌دهد. تمام ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌دار دارند ( $p < 0.01$ ).

جدول ۵ - مقایسه سه مرحله گروه‌های آزمایش

مرحله (J)	مرحله (I)	ACT		MBCT	
		تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۰۷	۰/۵۴	-۴/۲۳	۰/۴۹
پیگیری	پیش‌آزمون	۳/۰۷	۰/۴	۳/۳	۰/۴۱
پیگیری	پس‌آزمون	-۱	۰/۱۹	-۹۲	۰/۲۴
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۳	۰/۲۸	-۳/۲۳	۰/۳۲
پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۳۸	۰/۲۴	۲/۴۶	۰/۲۴
پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۹	۰/۱۳	-۷۶	۰/۱۶
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۳۸	۰/۲۴	-۲/۷۶	۰/۲۳
پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۶۱	۰/۲۱	۲/۱۵	۰/۲۲
پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۷۶	۰/۱۲	-۶۱	۰/۱۴
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۶۹	۰/۸۳	-۴/۵۳	۰/۵۸
پیگیری	پیش‌آزمون	۴/۲۳	۰/۷۲	۳/۹۲	۰/۵۱
پیگیری	پس‌آزمون	۰/۴۶	۰/۱۸	-۶۱	۰/۱۴
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۳/۴۶	۲/۰۸	-۱۵/۸۴	۱/۷۹
پیگیری	پیش‌آزمون	۱۱/۰۷	۱/۸۵	۱۲/۶۹	۱/۷۳
پیگیری	پس‌آزمون	-۲/۳۸	۰/۶۳	-۳/۱۵	۰/۴۷



— مقایسه اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و... ۶۵

جدول ۵ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش اکت و ذهن‌آگاهی را در ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری نشان می‌دهد. مراحل پس‌آزمون و پیگیری درقیاس با پیش‌آزمون، کاهش معنی‌دار نشان می‌دهد ( $p < 0.01$ ). در نتیجه، روش مداخله در این ابعاد اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول ۶ - مقایسه سه گروه در مراحل بعد از مداخله

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	پس‌آزمون			پیگیری		
			تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
سلامت جسمانی	ACT	ذهن‌آگاهی	-۳۸	۱/۱	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۸۹	
	ACT	گواه	۲/۲۴	۱/۰۶	۰/۱۲	۰/۹۵	۰/۰۱	
حیطه روان‌شناسی	MBCT	گواه	۲/۶۳	۱/۰۶	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۰۰	
	ACT	ذهن‌آگاهی	۰/۲۳	۰/۷۶	۰/۹۵	۰/۷۶	۰/۹۹	
روابط اجتماعی	ACT	گواه	۱/۶۴	۰/۷۴	۰/۰۹	۰/۷۳	۰/۰۷	
	MBCT	گواه	۱/۴۱	۰/۷۴	۰/۱۲	۰/۷۳	۰/۰۹	
محیط زندگی	ACT	ذهن‌آگاهی	۰/۳	۰/۷۴	۰/۹۱	۰/۶۱	۰/۹۶	
	ACT	گواه	۱/۸	۰/۷۲	۰/۰۵	۰/۵	۰/۰۱	
تاب‌آوری	MBCT	گواه	۱/۴۹	۰/۷۲	۰/۱۳	۰/۵۹	۰/۰۲	
	ACT	ذهن‌آگاهی	-۹۲	۱/۳۲	۰/۷۸	۱/۳	۰/۸۴	
محیط زندگی	ACT	گواه	۱/۶۳	۱/۲۸	۰/۴۵	۱/۲۶	۰/۱۱	
	MBCT	گواه	۲/۵۵	۱/۲۸	۰/۱۵	۱/۲۶	۰/۰۳	
تاب‌آوری	ACT	ذهن‌آگاهی	-۱/۴۶	۲/۵۹	۰/۸۵	۲/۲۵	۰/۹۵	
	ACT	گواه	۱۰/۰۴	۲/۵	۰/۰۰	۲/۱۸	۰/۰۰	
	MBCT	گواه	۱۱/۵	۲/۵	۰/۰۰	۲/۱۸	۰/۰۰	

### بحث و نتیجه‌گیری

۱۳۹۵ و ایزدی (۱۳۹۱) به نتیجه مشابه رسیدند. در این راستا پژوهش (باتلر و سیاروچی، ۲۰۰۷) نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی تأثیرگذار است. در پژوهش صورت‌گرفته توسط (زرنقاش ۱۳۹۵) که در زمینه مراقبه ذهن‌آگاهی انجام شده است، به این نتیجه دست یافتند که آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک برنامه درمانی کارآمد به افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان منجر شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) انجام شد. یافته‌ها در جدول ۳ و ۴ نشان می‌دهد که دو رویکرد مذکور بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری، تأثیر مثبت دارد. پژوهش‌های گذشته (گودفرین، ۲۰۱۰؛ جانوسک، ۲۰۰۸؛ کبات زین، ۱۹۹۰؛ پیشاپ، ۲۰۰۲؛ ایرچ و کراسک، ۲۰۰۸؛ سرائی

آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است؛ رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد (هیز، ۲۰۰۴). انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن، با تاب‌آوری، همبستگی مثبت معنی‌داری دارد (تقی‌زاده و فرمانی، ۱۳۹۲). هرچه انعطاف‌پذیری فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیت‌های سخت را به‌عنوان موقعیت قابل‌کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند، ظرفیت او در مقابله و سازگاری با دشواری‌های زندگی بالاتر است.

تمرین مهارت ذهن‌آگاهی (MBCT)، توانایی مراجعان، برای حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و تحمل آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بائر، ۲۰۰۳). به‌نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. درواقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن‌آگاهی، شناخت و آگاهی را از بدن، احساسات و افکار افزایش می‌دهد. در ذهن‌آگاهی، توجه به بدن و تنفس، تمرین می‌شود و حس‌های مختلفی که در بدن و حتی خود تنفس تجربه می‌شود، آگاهی حاصل می‌شود. همچنین زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدن گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلب افزایش می‌یابد و تنفس، تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود، با انجام تمرینات یوگا توجه به بدن هرچه بیشتر تجربه می‌شود و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند. درواقع، به‌نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنون توجه به تنفس و بدن، تجربه در زمان کنونی، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات، اثر دارد. لذا باتوجه‌به مؤثر واقع شدن

است که با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد (آرچ و کراسک، ۲۰۰۸). ارزش‌هایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... با هر حرکت در مسیر ارزش‌ها از طریق هدف‌گذاری‌ها و بعدازآن تعیین تکالیف و ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند، ارتقا می‌یابد که این همان تعریف بهبود کیفیت زندگی است. درواقع، حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در این رویکرد از طریق فرایندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود، دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی که بهداشت و بعد روان‌شناختی بود، ارتقا یابد. مراجعان در این درمان می‌آموزند که با وجود مشکلات می‌توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار شود و از خود رضایت داشته باشند که همین پیشرفت روان‌شناختی باعث کاهش علائم بیماری‌هایی چون افسردگی اضطراب و همچنین کم‌شدن اختلالات خواب و بیماری‌های روان‌تنی خواهد شد. از طرف دیگر، با پذیرش و گسلش شناختی در این درمان مراجعان دریافتند که در صورت عدم رضایت از وضعیت سلامت خویش و یا محیط اطراف خود می‌توانند با وجود ناراضی بودن و وجود مشکل، با جواب‌دادن به فکر و احساس و خاطره و میل و علائم بدنی به‌گونه‌ای رفتار نمایند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند که این کار به‌طور کلی باعث بهبود کیفیت زندگی آنها خواهد شد. هدف ACT تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزردهنده نیست، بلکه هدف اصلی

این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، به‌کارگیری گسترده این روش توصیه می‌شود. در این شیوه مداخله با کمک روش‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می‌شود به مراجع کمک شود، به‌جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، 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 (هیز، ۲۰۰۳)؛ بنابراین، ذهن‌آگاهی می‌تواند درمان‌جویان 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 پی‌برند که این عوامل باعث ایجاد انعطاف‌پذیری روانی می‌شود و انعطاف‌پذیری روانی، تبیین‌کننده تاب‌آوری شخص است.

در مقایسه اثربخشی رویکردها بنابر نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۵ این دو درمان بر ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک‌میزان بر شاخص‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری تأثیرگذار بودند. نتایج این پژوهش اطلاعات مهمی در زمینه اثربخشی آموزش رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) به‌دست می‌دهد و براساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که به اهمیت و نقش آموزش‌های پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی و متغیرهای مرتبط با سلامت روان در همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) توجه شود و در تحقیقات پیش‌رو، آموزش پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی در خود جانبازان و سایر خانواده‌ها نیز

بررسی شود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، اجرای آن در یک شهرستان است که ممکن است مسائل فرهنگی و تعداد کم نمونه‌ها در نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده باشد. در نتیجه، در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید با احتیاط عمل نمود. همچنین به‌دلیل محدودیت پژوهشگر در افزایش فاصله بین پس‌آزمون و پیگیری و به‌دلیل افزایش احتمال ریزش و عدم دسترسی به نمونه با گذر زمان، این مدت ۱ ماه در نظر گرفته شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابه در جامعه‌های آماری دیگری تکرار شوند، چون استفاده از طرح‌های اندازه‌گیری مکرر که پیگیری با فاصله زمانی بیشتر برای اطمینان از میزان پایایی تأثیر مداخلات، لازم باشد، سیر تأثیر آموزش‌ها را روشن‌تر نشان خواهد داد. به رسم اخلاق و امانتداری علمی از همکاری و مساعدت‌های صمیمانه مسئولان محترم بنیاد جانبازان شهرستان کوه‌دشت و خانواده محترم جانبازان، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

#### پی‌نوشت

- 1- Disorder, post-traumatic stress
- 2- Kozaric, Pavelic, Filipac, Cindric
- 3- Joseph, Linley
- 4- Koenen, Stellman, Sommer
- 5- Renshaw, et al
- 6- Dekel
- 7- Hart
- 8- Zimering, Munroe & Gulliver
- 9- Klarić
- 10- Boakye, Leigh, Skelly
- 11- Farage, Miller & Sherman
- 12- Kumpfer
- 13- Martin, Mancini, Bowen, Orthner
- 14- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- 15- Juarascio, Forman & Herbert
- 16- Hayes & strosahl
- 17- Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)
- 18- Hayes
- 19- Davis & Hayes
- 20- Hofmann, Sawyer, Witt & Oh

۷- سرائی فتحی، احمد؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ منشئی، غلامرضا و نادى، محمدعلی (۱۳۹۵)، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۴(۱): ۳۱-۳۹.

۸- صادقی، ابوالقاسم؛ جدیدی، محسن و شمسایی، محمدمهدی (۱۳۹۳)، مقایسه نیمرخ روانی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در همسران شهدا و جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و آزادگان، فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۸ (۳۱): ۵۷-۶۶.

۹- محمدی، مسعود؛ جزایری، علی‌رضا؛ رفیعی، امیرحسین؛ جوکار، بهرام و پورشه‌باز، بهرام (۱۳۸۵)، بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوء صرف مواد مخدر، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)، ۲۱(۳-۲): ۲۲۴-۲۰۳.

۱۰- مولوی نجومی، مرضیه و عنبری، خاطره (۱۳۸۷)، مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۵(۵۸): ۱۶۹-۱۷۶.

۱۱- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ کاظم، محمد و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-BREF)، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲.

1- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279.

2- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71-83.

3- Boakye, M., Leigh, B. C., & Skelly, A. C. (2012). Quality of life in persons with spinal cord injury: comparisons with other populations. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 17(Suppl1), 29-37.

4- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life Research*, 16(4), 607-615.

21-Godfrin

22-Witek-Janusek, Witek-Janusek, Chroniak, et al

23-Kabat-Zinn & Hanh

24-Bishop

25-Butler & phciarrochi

26-Arch & Craske

27-Connor-Davidson Resilience Scale

28-Connor - Davidson

29-World Health Organization Quality of Life Questionnaire

30-Hayes

31-Crane

## منابع

۱- ایزدی خامه‌ور، آرام و یزدان‌پناه نوذری، سیدسعید (۱۳۹۲)، بررسی وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی باتوجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳(۱۰۵): ۱۰۱-۱۰۹.

۲- خانی‌پور، حمید؛ برجلی، احمد؛ محمدخانی، پروانه و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۱)، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک‌موردی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۲(۷): ۵۰-۳۱.

۳- رادفر، حمید (۱۳۸۴)، روش‌های مقدماتی تحلیل جمعیت (باتأکید بر باروری و مرگ و میر)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

۴- رادفر، شکوفه؛ حقانی، حمید؛ تولایی، سیدعباس؛ مدیریان، احسان و فلاحتی، مریم (۱۳۸۴)، بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۵-۱۸ ساله جانبازان، مجله طب نظامی، ۷(۳): ۲۰۳-۲۰۹.

۵- زرنقاش، مریم؛ محرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ بشلیده، کیومرث؛ داوودی، ایران و مرعشی سیدعلی (۱۳۹۵)، تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان قطع عضو، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۷(۲۳): ۸۳-۹۸.

۶- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶)، تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه رفتار)، ۱۳(۳): ۲۹۰-۲۹۵.

- veterans: A 14 year follow up. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 49-57.
- 19-Kozaric-Kovacic, D., Pavelic, K., Filipac, V., Cindric, M., Vucinic, S., & Kraljevic-Pavelic, S. (2010). Proteomics and posttraumatic stress disorder (PTSD): Coping with Posttraumatic Stress Disorder in Returning Troops: Wounds of War II/Wiederhold. Amsterdam: IOS Press.
- 20-Kumpfer, K. L. (2002). Factors and processes contributing to resilience Resilience and development (pp. 179-224): Springer.
- 21-Martin, J., Mancini, D., Bowen, G., Mancini, J., & Orthner, D. (2004). Building strong communities for military families. Minneapolis, MN: National Council on Family Relations.
- 22-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(4), 586.
- 23-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 with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(6), 969-981.
- 24-Zimering, R., Munroe, J., & Gulliver, S. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4). 1-4
- 5- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- 6- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Canada: Routledge.
- 7- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- 8- Dekel, R., Levinstein, Y., Siegel, A., Fridkin, S., & Svetlitzky, V. (2016). Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 63.
- 9- Farage, M. A., Miller, K. W., Sherman, S. N., & Tsevat, J. (2012). Assessing quality of life in older adult patients with skin disorders. *Global journal of Health Science*, 4(2), 119.
- 10-Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738-746.
- 11-Hart, A. B. (2000). *An operators manual for combat PTSD: iUniverse*.
- 12-Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*: Springer Science & Business Media.
- 13-Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- 14-Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041-1053.
- 15-Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190.
- 16-Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*: Delta.
- 17-Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančičković, T. (2013). Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*, 1(1), 29-36.
- 18-Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F., & Stellman, J. M. (2008). Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam