

تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو

مریم زرنقاش*^۱، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۲، کیومرث بشلیده^۳، ایران داوودی^۴، سید علی مرعشی^۵

چکیده

هدف از این پژوهش، تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز بود. این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. بدین منظور، از افرادی که به مرکز مشاوره ایثارگران شهر اهواز مراجعه کرده‌اند، بمنظور شرکت در پژوهش دعوت شد. سپس از بین داوطلبان ۲۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به گونه تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. سپس گروه آزمایش مورد مداخله "گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی" قرار گرفت و پس از ۸ جلسه گروه درمانی، پس آزمون بر روی گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. ابزار این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی و تاب آوری بود که به وسیله شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تکمیل گردید. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان دادند که مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه معنادار منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک برنامه درمانی کارآمد منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شود.

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

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۲- استاد گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۴- استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۵- استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

*- نویسنده مسئول مقاله: mzarnaghash@yahoo.com

پیشگفتار

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است، به گونه ای که مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می گردد. در این میان، معلولیت های حرکتی بالاترین میزان شیوع را در معلولیت ها دارا می باشند، قطع عضو یکی از شایع ترین معلولیت های حرکتی است. عوامل قطع عضو در جهان از ناحیه ای نسبت به ناحیه دیگر بسیار متفاوت است. شایع ترین عوامل قطع عضو تروما، بیماری ها و بدشکلی های مادرزادی است، اما در کشورهای در حال توسعه یا مورد تجاوز قدرت های زورگو، قطع عضو معمولاً به علت تصادف یا آسیب های جنگی رخ می دهد که ناتوانی های جانبی دیگری را نیز ممکن است به همراه داشته باشد (دووروکس، بول لاک، بارگمن و کیریاکو، ۲۰۰۵). جنگ مسئله ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی های سنگین ناشی از آن به گونه معمول منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می شود. از جمله این مسایل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم توجهی به نیازهای اولیه بهداشتی، درمانی و توان بخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است (بحرینیان و برهانی، ۱۳۸۲). بالطبع زندگی همسران جانبازان متأثر از وضعیت جانباز است. امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های گوناگون زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می گیرد. تعریف های ارائه شده از کیفیت زندگی^۱ که در جهت استفاده در مراقبت های بهداشتی و درمانی مفید هستند را می توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل: زندگی عادی، خوشحالی و رضایت، دستیابی به اهداف فردی، مفید بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. بنابراین، به نظر می رسد، برآورده شدن نیازها و اولویت های اساسی انسان، نقشی مهم در کیفیت زندگی دارد. عوامل بسیاری مانند سلامت جسمی و روانی بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است، اما بدنبال قطع عضو در جانبازان، سلامت جسمی و روانی دستخوش تغییرات بسیاری می شود و اگر آسیب های روانی و آسیب های جسمی به موقع و به سرعت تشخیص داده نشود و تدابیر درمانی لازم انجام نگیرد، آثار، عوارض و پیامدهای ناگوار، شدید و قابل مشاهده ای را بر رضایت زندگی جانبازان و خانواده های آنان بویژه همسرانشان خواهد داشت. از آنجا که پس از گذشت ۲۵ سال از پایان جنگ هنوز پیامدها و اثرات ناشی از جنگ بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده های آنها مشاهده می شود و با توجه به این که شرایط فشار و استرس، تعادل

¹ - Devereux, Bullock, Bargman, & Kyriakou

² - quality of life

زیستی _ روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و از آن‌جا که تاب‌آوری^۱ را توان‌مندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک می‌دانند. کامپفر (۱۹۹۹)، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، (۱۳۸۶) باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است و از این رو، سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. داشتن یک الگوی فکری، رفتاری و احساسی مناسب دشوار است و در چنین حالتی داشتن ثبات نسبی نیاز به کسب مهارتی و رای‌شناسایی افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها دارد. مهارتی که بتواند در برابر سیر سریع افکار منفی قرار بگیرد و با هدایت درست توجه، توانایی بازگشت به شرایط عادی را داشته باشد. با توجه به این که همسران جانباز شرایطی ویژه را در محیط خانواده تجربه می‌کنند و با ایفای نقش‌های متفاوت و درگیر شدن با فشار مشکلات گوناگون زندگی، ممکن است با نگاه بیش از حد به گذشته یا نگرانی بیش از حد نسبت به آینده، نقش یک فرد قربانی را برای خود در نظر گیرند و وجود مجروحیت جسمی و روانی در جانبازان، فشار و استرس زیادی را به جانباز و همسران آن‌ها وارد خواهد کرد.

جلسه‌های شناخت درمانی نسل نخست تمرکز بیش از حد درمانگر (مشاور) بر روی استدلال‌های ذهنی مراجع است که با اصلاح و تغییر آن از غیر منطقی به منطقی، سعی بر نزدیک‌سازی تفکر مراجع با واقعیت دارد (یونسی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۷)، اما در این شیوه مداخله با کمک روش‌های ذهن آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می‌شود به مراجع کمک شود، به جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات 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 (هایز، ۲۰۰۳). بنابراین، ذهن آگاهی می‌تواند درمان جویان را در شناخت افکار و ارزیابی‌های نادرست کمک کند تا به زمان حال عاری از قضاوت آگاه شوند و به ارزش‌های شخصی و توانایی‌های خود پی ببرند. هم‌چنین ذهن آگاهی به همسران جانبازان کمک می‌کند که نگرش‌های همراه با حضور ذهن مانند اطمینان، صبر و پذیرش را تقویت کنند و رابطه خود را با مشکلی که درگیر آن هستند، تغییر دهند. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می‌باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. این سازه شناختی را باید از خود آگاهی و یا توجه

¹ - Resiliency

² - Hayes

معطوف به خود متمایز کرد. تشابه این سازه ها در توجه فزون یافته به تجربه های ذهنی است، اما تفاوت اصلی در جنبه شناختی آن است؛ بدین معنا که جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری های تفکر خود محور بوده و با قضاوت درباره خود همراه است، اما ذهن آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه های خود است. ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد، در حالی که خودآگاهی با میزان پایین بهزیستی روان شناختی مرتبط است. یکی از دلایل افزایش پژوهش های روان شناختی و پزشکی پیرامون ذهن آگاهی، این است که می تواند ابعاد نوینی از رابطه ذهن و بدن را مشخص سازد. بیش تر پژوهش ها بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز شده اند (محمدخانی و خانی پور، ۱۳۹۱). رایج ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی (MBSR) است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود (کابات زین^۲، ۱۹۹۰). پژوهش ها نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند اثرات مثبتی بر متغیرهای کیفیت زندگی و تاب آوری داشته باشد. تحقیقات رن شاو، رودریگز و جونز^۳ (۲۰۰۸) و پاندر^۴ (۲۰۰۹) نشان داده است که تجربه حضور در جنگ باعث کاهش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می شود. ایتون^۵ و همکاران (۲۰۰۸) به خودی خود این عدم رضایت را ناشی از عواملی مانند بالا رفتن مسئولیت زنان در خانه و مشکلات فرزند پروری و گاهی اجرای مقررات و قواعد نظامی در منزل می دانند. طی تحقیقاتی که توسط موسوی و همکاران (۱۳۸۸) انجام شد نشان داد که میانگین نمرات جانبازان در هر ۸ عامل کیفیت زندگی به گونه معنی داری پایین تر از گروه نرمال بوده است و کمترین مقدار مربوط به درد جسمی بوده است و ارائه خدمات حمایتی به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک می کند. هم چنین، در پژوهشی دیگر که به وسیله جعفری، معین، سروش و موسوی (۱۳۹۰) در مورد ۱۰۸ نفر از همسران جانبازان شیمیایی انجام شد، نتایج نشان دادند که کیفیت زندگی این گروه به گونه معنی دار از جمعیت نرمال کم تر بود. امیری، بردبار و کاتب (۱۳۸۴) پژوهشی با هدف مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی در تهران، در نمونه ای با تعداد ۹۰ نفر انجام دادند. نتایج نشان دادند که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد و همسران این گروه از

^۱ - Mindfulness Based Stress Reduction

^۲ - Kabat-Zinn

^۳ - Renshaw, Rodrigues, & Jones

^۴ - Ponder

^۵ - Eaton

جانبازان وضعیت روانی چندان مطلوبی ندارند. وفایی و خسروی (۱۳۸۸)، در مورد ۱۵۰ همسر جانباز در مقایسه با ۱۵۰ همسران افراد عادی پژوهشی با هدف مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان با افراد عادی دریافتند که بین سلامت روانی همسران جانبازان با افراد عادی تفاوتی معنادار وجود دارد و با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R نشان دادند که همسران جانبازان در ترس مرضی، افسردگی، پارانوئید، روان پریشی، شکایت جسمانی، حساسیت فردی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری، نمره های بالاتری داشتند. در مطالعه ویتزنکامپ^۱ و همکارانش (۱۹۹۷) نشان داده شد، همسرانی که از شوهران با صدمه نخاعی مراقبت می‌کنند، در مقایسه با همسران سالم، استرس فیزیکی و هیجانی، افسردگی، علایم شبه جسمی، خستگی بیش از حد، عصبانیت، تنش و خشم بیش‌تری دارند (یمینی نیا، ۱۳۸۰). مطالعه دیگری به بررسی تأثیر MBSR بر عملکرد ایمنی، کیفیت زندگی و شیوه های مقابله در زنانی پرداخت که به تازگی تشخیص سرطان پستان دریافت کرده بودند. این افراد به دو گروه دریافت کننده MBSR و کنترل تقسیم شده بودند. نخستین ارزیابی حدود ۱۰ روز پس از جراحی و پیش از انجام MBSR انجام گرفت. نتایج نشان دادند MBSR بر کیفیت زندگی و مقابله بیماران نیز تأثیر مثبت داشت (ویتک- جانوسک^۲، ۲۰۰۸). بر اساس پژوهشی که به وسیله کاویانی ۱۳۸۴ بمنظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۶۵ دانشجوی دختر خوابگاههای دانشگاه اصفهان انجام شد، نتایج نشان دادند پس از گذراندن دوره کامل MBSR بهبود چشمگیری در پنج مقیاس از ۸ مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی انجام شده است. پژوهش کارلسون، اسپیکا، پاتل و گودی^۳ (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت معنادار MBSR بر کیفیت زندگی نشان داد. آن‌ها پیرامون تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان دادند که پس از ۸ جلسه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی افراد به گونه چشمگیری افزایش یافته بود. مور و مالووینسکی^۴ (۲۰۰۹) طی پژوهشی اثر ذهن آگاهی بر افزایش توجه و انعطاف پذیری شناختی گروهی از کارکنان را بررسی کردند. گروه نمونه شامل ۲۵ نفر گروه آزمایش (۱۲ زن و ۱۳ مرد) و ۲۵ نفر گروه کنترل (۱۲ زن و ۱۳ مرد) ۲۰-۴۰ ساله با میانگین سنی ۲۷/۵ بود. نتایج پژوهش نشان دادند که تمرین‌های ذهن آگاهی تأثیر مثبت معنی دار ($r=0/80$, $p<0/001$) بر انعطاف پذیری شناختی گروه آزمایش دارد و

1. Weitzenkamp

2 - Witek-janusek

3 - Carlson, Speca, Patel & Goodey

4 - Moore & Malinowski

همچنین، منجر به افزایش توجه افراد شده است. جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله تائو^۱ (۲۰۱۴) در مورد گروهی از نظامیان آمریکایی در هاوایی، بمنظور کاهش استرس و کسب مهارت های خود گردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت های فیزیکی و سلامت ذهنی انجام گرفت. جلسه های ذهن آگاهی طی ۱۲ جلسه در اردوگاه نظامیان هاوایی برگزار شد. گروه نمونه شامل ۲۱۹ نوجوان ۱۹-۱۳ سال با میانگین سنی ۱۵ سال بود ۴۴ درصد زن و ۵۶ درصد مرد در جلسه های ذهن آگاهی شرکت کردند که به گروه های ۱۵ نفره تقسیم شدند. نتایج پژوهش نشان دادند که جلسه های ذهن آگاهی باعث افزایش کنترل هیجانی، افزایش اعتماد به نفس و کاهش مشکلات رفتاری درونی و بیرونی شده نظامیان می شود. بر اساس نظر تائو (۲۰۱۴) اگر نظامیان مهارت های لازم را برای تغییر چالش ها بر اساس ذهن آگاهی بدست آورند، باعث افزایش تاب آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت های بعدی زندگی آنها می شود. همچنین، بر اساس گزارش های ارایه شده، ذهن آگاهی باعث افزایش سلامت روان نظامیان و کاهش بستری شدن ها و مراجعه به پزشک، کاهش افکار خودکشی و اختلال استرس پس از سانحه و هیجان های شتابزده در نظامیان شد (کلی و جوریلز، ۲۰۱۱). با توجه به پژوهش های انجام شده به نظر می رسد ارایه خدمات روان شناختی به همسران جانبازان در ارتقاء کیفیت زندگی و تاب آوری جانبازان و خانواده آنها موثر است. با توجه به ماهیت مفهوم ذهن آگاهی، می توان کیفیت بهره مندی از این سازه شناختی را به عنوان عاملی مؤثر در بهبود روابط افراد در نظر گرفت. بنابراین، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به همسران جانبازان می تواند کمک کند که این فرصت را داشته باشند تا مهارت های خودکنترلی و خودکفایت مندی را که به آن نیاز دارند، توسعه دهند. لذا، این پژوهش در پی بررسی این پرسش است که آیا روان درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز تأثیر دارد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، همسران جانبازان قطع عضو بنیاد جانبازان شهر اهواز بود. بمنظور نمونه گیری از این جامعه، در مرکز مشاوره بنیاد شهید اهواز پس از بررسی تعداد پرونده های

1- Thao

2- Kelley & Jouriles

موجود در مرکز، از افرادی که به مرکز مشاوره ایثارگران مراجعه کرده‌اند بمنظور شرکت در پژوهش دعوت شد. از بین داوطلبان ۲۸ نفر که واجد شرایط ورود و خروج در پژوهش بودند، انتخاب شدند. سپس این ۲۸ نفر به گونه تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه کیفیت زندگی و تاب آوری را تکمیل کردند سپس گروه آزمایش مورد مداخله گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و پس از ۸ جلسه "گروه درمانی" بر روی گروه آزمایش، پس آزمون بر روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

بمنظور تاثیر مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو از پرسشنامه کیفیت زندگی وارو و شربون (۱۹۹۲) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد.

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

مقیاس تاب‌آوری: مقیاس تاب آوری به وسیله کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه، پنج لیکرتی (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) است که کمترین نمره در مقیاس صفر و بیشترین نمره صد است و محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده ایران انطباق

1 - Varo & Sherbone

2- Conner & Davidson

داده است. برای تعیین روایی این پرسشنامه از همبستگی هر پرسش با نمره کل به جز گویه ۳ ضرایبی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و برای پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که ضریب بدست آمده برابر ۰/۹۸ بود (محمدی، ۱۳۸۴). در این پژوهش جهت بررسی تاب آوری همسران جانبازان از این مقیاس استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

یافته های پژوهش

در این پژوهش دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۳ تا ۶۴ سال با تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۰ سال با انحراف معیار ۵/۷ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۴ سال با انحراف معیار ۷/۹ بود. میانگین، انحراف معیار، بیش ترین و کم ترین نمره های آزمودنی ها در متغیرهای کیفیت زندگی و تاب آوری در افراد نمونه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بررسی شد (جدول ۱). آزمون t نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، درجه تحصیلات و تاهل تفاوتی معنی دار وجود ندارد و اجرای پیش آزمون به عنوان متغیر مداخله گر کنترل شد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کم ترین و بیش ترین نمره های کیفیت زندگی در

آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون.

مرحله	گروه	شاخص های آماری			
		میانگین	انحراف معیار	کم ترین	بیش ترین
پیش آزمون	آزمایش	۹۱/۷۸	۱/۰۳	۱۴	۱۱۰
	کنترل	۹۳/۲۸	۱/۲۲	۱۴	۱۱۰
پس آزمون	آزمایش	۹۶/۵۷	۷/۰۳	۱۴	۱۰۶
	کنترل	۹۱/۵۷	۱/۱۷	۱۴	۱۰۸

همان گونه که جدول ۱ نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون ۹۱/۷۸ و در مرحله پس آزمون ۹۶/۵۷ می باشد. همچنین، در گروه کنترل، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون ۹۳/۲۸ و در مرحله پس آزمون ۹۱/۵۷ می باشد.

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

مرحله	شخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیش‌ترین	شماره	
						پس‌آزمون	پیش‌آزمون
پیش‌آزمون	آزمایش	۶۳/۴۲	۱۱/۶۱	۱۴	۸۲	۴۶	
	کنترل	۶۸/۰	۱۹/۵۱	۱۴	۸۹	۹	
پس‌آزمون	آزمایش	۷۷/۵۷	۹/۵۵	۱۴	۹۲	۶۰	
	کنترل	۶۵/۷۱	۱۹/۴۴	۱۴	۸۷	۱۳	

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره تاب آوری در مرحله پیش‌آزمون ۶۳/۴۲ و در مرحله پس‌آزمون ۷۷/۵۷ می‌باشد. هم‌چنین، در گروه کنترل، میانگین نمره تاب آوری در مرحله پیش‌آزمون ۶۸/۰ و در مرحله پس‌آزمون ۶۵/۷۱ می‌باشد.

بمنظور بررسی اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو و تحلیل کوواریانس چند متغیره، ابتدا مفروضه‌های کوواریانس چند

متغیره مورد بررسی قرار گرفتند. همگنی شیب رگرسیون به عنوان مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی و مورد تایید قرار گرفت که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

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

تاب آوری.

متغیر وابسته	F / \bar{M} ماره	سطح معناداری
گروه * کیفیت زندگی	۱/۰۳	۰/۴۵
گروه * تاب آوری	۱/۷۰	۰/۲۲

با توجه به این که همگنی شیب رگرسیون در تعامل متغیر کیفیت زندگی و تاب آوری با گروه معنادار نیست، بنابراین مفروضه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره رعایت شده است و می توان از این آزمون برای تحلیل داده ها استفاده کرد. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۴ نشان داده شده است.

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

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	سطح معنی داری
اثر پیلای ^۱	۰/۴۳	۸/۸۰	۲	۲۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱
لای میدا ویلکز ^۲	۰/۵۶	۸/۸۰	۲	۲۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^۳	۰/۷۶	۸/۸۰	۲	۲۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۰/۷۶	۸/۸۰	۲	۲۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱

¹-Pillai Trace

²-Wilks' Lambda

³-Hotelling's Trace

⁴-Roy's Largest Root

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که F کلی برابر با $۸/۸۰$ با ارزش لامبدای ویلکز $۰/۵۶$ در سطح $p \leq ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی دار است و این گواه آن است که مداخله آزمایشی دست‌کم در بهبود یکی از متغیرهای وابسته موثر بوده است. در ضمن، با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی ۴۳ درصد واریانس بهبودی را تبیین می‌کند. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج بدست آمده از آن در جداول ۵ و ۶ درج شده است.

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

سطح معنی داری	انباره اثر	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییر	میزان
۰/۰۰۱	۴ ۰/۵	۱۶۲ ۱۹	۱۰۸۲/۵۸	۱	۱۵۸ ۱۰۸۲	پیش آزمون	
۰/۰۰۳	۱ ۰/۴	۴/۰۶	۲۲۴/۴۶	۱	۱۴۶ ۲۲۴	گروه	کیفیت زندگی
			۵۵/۱۷	۲	۲۱	خطا	
				۴	۱۳۲۴		

با توجه به جدول ۵ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح $p = ۰/۰۰۳$ معنی دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی همسران جانبازان داشته است. افزون بر این، ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۱۴ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

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

سطح معنی داری	اندازه اثر	F	میانگین مجزوات	درجه آزادی	مجموع مجزوات	معیار تغییر	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۶۱	۱۶۲ ۳۷	۳۶۱۱/۲۵۰	۱	۳۶۱۱/۲۵۰	پیش آزمون	تاب آوری
۰/۰۰۰	۰/۴۰	۱۲۳ ۱۶	۱۵۵۷/۸۸	۱	۱۵۵۷/۸۸	گروه	خطا
			۹۵/۹۷۸	۲۴	۲۳۰۳/۴۷۱		

در جدول ۶ در ستون مربوط به معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر تاب آوری در سطح $p = ۰/۰۰۰۱$ معنی دار است. در نتیجه، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی دار بر تاب آوری همسران جانبازان داشته است. افزون بر این، ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۴۰ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش تعیین تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو شهر اهواز بود. یافته های پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی و تاب آوری افراد گروه آزمایش را در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داده است. همان گونه که نتایج مانکوا نشان داد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نمره های گروه آزمایش را به گونه ای معنی دار افزایش داد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش های (مور و مالوینسکی، ۲۰۰۹؛ ویتک- جانوسک، ۲۰۰۸؛ کاویانی، ۱۳۸۷؛ کارلسون، ۲۰۰۳؛ کلی و جوریلز، ۲۰۱۱) بود. در واقع، با توجه به این که کیفیت زندگی از ابعاد گوناگونی تشکیل شده است، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی،

تمرین‌های ذهن آگاهی به گونه ای طراحی شده اند که بر همه این ابعاد تاثیر می گذارد. به این ترتیب، این روش موجب افزایش کیفیت زندگی می شود. با توجه به محتوای جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاکید بر بکارگیری روش هایی برای کاهش استرس و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خود می باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش موجود خود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد (تیزدل، مور، هایپرتس، پوپ و سگال؛ ۲۰۰۲). در واقع، پذیرش بدون قضاوت با کیفیت زندگی ارتباط دارد (نیکلک، کارلیجن و کوویچپر؛ ۲۰۰۸). هدف کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش هوشیاری لحظه به لحظه می باشد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روشی نوین و شخصی در رویارویی فرد با استرس را فراهم می آورد. استرسورهای قدیمی بخشی از زندگی هستند و تغییرناپذیرند، اما روش های مقابله با استرس و چگونگی پاسخ دهی به استرس می تواند تغییر کند (فولیجل کوله، چا و بائر؛ ۲۰۱۰). ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بد عملکردی خلق مرتبط با استرس که یکی از عوامل کیفیت زندگی است، با افزایش فرایندهای رویارویی شناختی مانند ارزیابی دوباره مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند (گارلند، گایلورد و پارک؛ ۲۰۰۹). بنابراین، از آن جا که کیفیت زندگی با استرس همبستگی دارد، انتظار می رود با انجام تمرین های منظم ذهن آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد شود و در نهایت، منجر به بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان شود. همچنین، جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت‌های خود گردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی می گردد (تائو، ۲۰۱۴) و در صورتی که مهارت‌های لازم برای تغییر چالش ها بر اساس ذهن آگاهی بدست آید، باعث افزایش تاب آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت های بعدی زندگی افراد می شود که نتایج بدست آمده از این پژوهش نیز تایید کننده این مطلب است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تاب آوری همسران جانبازان شد. آموزش ذهن آگاهی شامل آگاهی به صورت ارادی و بر اساس توجه به احساسات ویژه مانند احساس فیزیکی در بدن از یک لحظه به لحظه دیگر است، با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می شود، محتوای آگاهی به خاطر سپرده

1 - Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope & Segal

2 - Nykliček, Karlijn & Kuijpers

3 - Flugel Colle, Cha & Bauer

4 - Garland, Gaylord & Park

می‌شود و سپس توجه به آرامی، اما به گونه جدی به سمت اهداف محافظت شده بر می‌گردد. این فرایند بارها و بارها تکرار می‌شود و دوباره در مرحله روزانه تمرین هشیاری فراگیر تکرار می‌شود. این دیدگاه مجزای لحظه به لحظه بینش فراشناختی، از راه آموزش توجه به محتوای افکار تسهیل می‌شود به همان صورت که آن‌ها شروع می‌شوند و به آن‌ها اجازه داده می‌شود تا از آگاهی خارج شوند و سپس به تمرکز ابتدایی توجه بازگردند. در این روش یک تمرکز اولیه مانند تنفس می‌تواند به عنوان یک مرکز تکیه‌گاه عمل کند که برای بازگشت آگاهی به زمان حال بکار می‌رود و مانع از منحرف شدن از واقعیت در جریان‌های فکری می‌گردد. در واقع، مشاهده فراگیر افکار به ما اجازه می‌دهد تا الگوی مشابه فکری را به صورت افکار نه این که ضرورتاً خود واقعیت‌اند، داشته باشیم.

سپاسگزاری

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

منابع

- امیری، م. بردبار، س. و کاتب، ز. (۱۳۸۴). مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی. *مجله روانشناسی، سال ۹، شماره ۱، صص ۲۲-۳۳*.
- بحرینیان، ع.ا.م. و برهانی، ح. (۱۳۸۲). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت جانبازان اعصاب و روان و همسران آنها در استان قم. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۲۷، شماره ۴، صص ۳۰۵-۳۱۲*.
- جعفری، ف. معین، ل. سروش، م.ر. و موسوی، ب. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی. *نشریه علمی - پژوهشی طب جانباز، دوره ۳، شماره ۳، صص ۸-۱۲*.
- سامانی، س.، جوکار، ب. و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، پاییز ۸۶، شماره ۵۰*.
- کاویانی، ح. جواهری، ف. و بحیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیندمنفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب پیگیری ۶۰ روزه. *مجله تازه‌های علوم شناختی، ۱(۷)، ۴۹-۵۹*.
- محمد خانی، پ. و خانی پور، ح. (۱۳۹۱). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی.

- محمدی، م. (۱۳۸۴) عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- منتظری، ع. گشتاسبی، آ. و وحدانی نیا، م.س. (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره اول، صص ۴۹-۵۶.
- موسوی، ب. سروش، م.ر.، معصومی، م. گنج پرور، ز. و منتظری، ع. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی همسران جانبازان با قطع عضو هر دو اندام تحتانی. دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره ۸۴، صص ۱۱-۱۸.
- وفایی، ط. و خسروی، ص.ا. (۱۳۸۸). مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان و همسران افراد عادی. مجله علمی پژوهشی طب جانباز، سال اول، شماره چهارم، صص ۱۰-۱۳.
- یمینی نیا، ن. (۱۳۸۰). بررسی صفات شخصیتی همسران جانباز قطع نخاع و اعصاب و روان و همسران افراد بدون آسیب. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم.
- یونسی، س.ج. و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۸۷). جان تیزدیل دریچه ای به فراشناخت. تهران: ناشر دانژه.
- Carlson, L. E., Speca M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness -based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Jornal of Biobehavioral Medicine*, 65(4), 571-81.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: the conner- Davidson Resilience Scale(CD-RISK). *Depression & Anxiety*, 18, 76-82..
- Devereux, P. G., Bullock, C. C., Bargmann-Losche, J., & Kyriakou, M. (2005) Maintaining support in people with paralysis: What works? *Qualitative Health Research*, 15(10), 1360-76.
- Eaton, K. M., Hoge, C. W., Messer, S. C., Whitt, A. A., Cabrera, O.A., McGurk, D., et al. (2008), Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Military Medicine*, 173(11), 1051-1056.
- Flugel Colle, K. F., Cha, S., S. Loehrer, L., & Bauer, B.A. (2010) Wahner-Roedler, D L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulnessbased stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 36-40.

- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5, 37-44.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy*. (2 ed) New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Doubleday Dell.
- Kelley, M. L., & Jouriles, E. N. (2011). An introduction to the special section on U.S. military operations: Effects on military members' partners and children. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 45.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition* 18 (1), 176-186
- Nyklíček, I., Karlijn, F., & Kuijpers, M. A. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *Ann. Behav*, 35, 331 – 340.
- Ponder, W. (2009). *Marital satisfaction: Veteran From Operation Iraqi Freedom (OIF) and operation enduring freedom (OEF)*. The University Of Texas at Arlington. August
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C.S., & Jones, D. H. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of operation Iraqi freedom veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22(3) , 586-594.
- Thao, N. Le. (2014). Mindfulness-Based Adventure Camp for Military Youth. *Journal of Extens* , 52,2.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*, 70, 275–287.
- Witek-janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu. R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun*, 22(6), 969-81

