



Effect of Schema-Based Learning on Reducing the Symptoms of Secondary Traumatic Stress in Wives of Post-Traumatic Stress Disorder Veterans

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Research

Authors

Abolmaali Kh.* PhD,
Kamal A.¹ MA

How to cite this article

Abolmaali Kh, Kamal A. Effect of Schema-Based Learning on Reducing the Symptoms of Secondary Traumatic Stress in Wives of Post-Traumatic Stress Disorder Veterans. Iranian Journal of War & Public Health 2015;7(1):35-42.

*Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

¹Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Correspondence

Address: 6th Floor, Unit 21, Block 42, Kooye Noor 4, Noor Street, Phase 3, Mahallati Town, Minicity, Tehran, Iran

Phone: +98 2176505018

Fax: +98 2188519082
sama.abolmaali@gmail.com

Article History

Received: October 10, 2014

Accepted: December 2, 2014

ePublished: February 19, 2015

ABSTRACT

Aims Secondary trauma is considered as a similar syndrome to post-traumatic stress disorder that is caused indirectly and through close contact with victims. This study aimed to examine the effects of schema-based model training in reducing the symptoms of secondary traumatic stress and its dimensions (re-experiencing of the event, avoidance, and arousal) in the spouses of veterans with post-traumatic stress disorder.

Materials & Methods In this quasi-experimental study with pretest-posttest and control group, 24 spouses of veterans with post-traumatic stress disorder from 2006 to 2013 had been admitted to the Sadr Psychiatric Hospital of Tehran were studied. The subjects were randomly assigned to two experimental (n=12) and control (n=12) groups. Data collected using demographic questionnaire, depression, anxiety and stress scale and Secondary Traumatic Stress Scale. Schema-based approach learning was done in 12 sessions with 2h. Data were analyzed by univariate and multivariate covariance.

Findings In the posttest phase, the mean score of secondary trauma symptoms in experimental group was significantly lower than control group. There was a significant difference between mean scores of two groups regarding disturbing, avoidance and arousal symptoms ($p < 0.01$).

Conclusion Schema-based instruction is an effective method for reducing of the symptoms of secondary trauma and its components (disturbing, avoidance and arousal) in the spouse of veterans with post-traumatic stress disorder.

Keywords Stress Disorders, Post-Traumatic; Veterans; Stress, Psychological; Methods

CITATION LINKS

[1] Fatigue caused by PTSD and ... [2] New strategies for the treatment of posttraumatic ... [3] Posttraumatic stress ... [4] Compassion fatigue in ... [5] Treating compassion fatigue ... [6] Psychiatric & health impact of ... [7] Posttraumatic stress disorder among Israeli ex-prisoners of ... [8] Burnout as systematic traumatic stress: A model for ... [9] Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible ... [10] Trauma and couples: Mechanisms in ... [11] Secondary Traumatic Stress and ... [12] Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research ... [13] Vicarious traumatization: Implications for the mental health of Health ... [14] Combat stress injury: Theory, research, and ... [15] The impact of PTSD on veterans' family ... [16] Psychogenic lowering of urinary cortisol ... [17] Civilian women at war: Psychological impact decades after the ... [18] Secondary traumatization of wives of ... [19] Psychological distress and ... [20] Forgiveness and marital satisfaction in ... [21] The comparison of the quality of ... [22] The role of shame and guilt in ... [23] Psychological symptoms and ... [24] Health care and community-based intervention for ... [25] The effectiveness of intervention based on ... [26] Role and treatment of ... [27] Secondary traumatization and ... [28] CBT for occupational stress in ... [29] Cognitive behavior ... [30] Schema therapy a ... [31] Handbook of Cognition and ... [32] The effects of schema-based instruction on ... [33] Improving seventh grade students' learning of ... [34] Should we teach using ... [35] Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in ... [36] Response of African American and ... [37] Role of treatment of ... [38] Effectiveness of ... [39] Secondary traumatic stress and ... [40] The effectiveness of ... [41] The importance of ... [42] Validity and reliability of ... [43] A preliminary validation of ... [44] Cognitive processing therapy for ... [45] Relationship between ... [46] Validation of Depression ... [47] Development and ... [48] Reliability and validity of ... [49] Secondary traumatization ... [50] Metaphoric language, metaphoric cognition, and ... [51] Schema therapy based on metaphorical-allegorical narrative ...

اثر آموزش مبتنی بر طرحواره بر کاهش علایم استرس ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

خدیجه ابوالمعالی * PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

اکرم سادات کمال MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

اهداف: ترومای ثانویه، به‌عنوان نشانگان تقریباً مشابه با اختلال استرس پس از سانحه در نظر گرفته می‌شود که به‌صورت غیرمستقیم و از طریق تماس نزدیک با قربانیان اصلی ایجاد می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثرات آموزش مبتنی بر مدل طرحواره در کاهش علایم استرس ترومای ثانویه و ابعاد آن (تجربه مجدد رویداد، اجتناب و برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۴ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" و "مقیاس نشانگان استرس ترومای ثانویه" بودند. آموزش مبتنی بر رویکرد طرحواره، در ۱۲ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. داده‌ها با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره نشانه‌های ترومای ثانویه در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. همچنین بین میانگین نمره‌های دو گروه، در علایم مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: آموزش طرحواره‌محور، راهبردی کارآمد و سودمند برای کاهش علایم ترومای ثانویه و مولفه‌های آن (مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه؛ جانبازان؛ استرس؛ مدل‌ها

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۱۱

* نویسنده مسئول: sama.abolmaali@gmail.com

مقدمه

آدمی از بدو تولد تا لحظه مرگ با مشکلات فراوانی روبه‌رو است، اما برخی از حوادث و سوانح، فشار روانی بیشتری به او وارد می‌کنند.

جنگ یکی از آن پدیده‌هایی است که مشکلات ناشی از آن گاهی بیش از تحمل افراد است. افرادی که به‌طور مستقیم در معرض آسیب‌های ناشی از جنگ قرار می‌گیرند، گروه مجروحان، جانبازان و شهدای اولیه را تشکیل می‌دهند و افرادی که به‌طور غیرمستقیم در معرض این آسیب‌ها قرار می‌گیرند، شهدا یا جانبازان ثانویه نامیده می‌شوند^[1]. ضربه روانی (تروما) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با توجه به تأثیرات اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی جدی آن به‌عنوان یک مشکل سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود^[2, 3]. اصطلاح ترومای ثانویه، اولین بار توسط محققانی مانند *استام*^[4] و *فیکلی*^[5] برای بیان نشانه‌های آسیب بین کارکنان کلینیکی و مشاوره‌ای که ارتباط نزدیک با افراد مبتلا به PTSD داشتند به‌کار برده شد، ولی در حال حاضر به علایمی که بین اطرافیان و نزدیکان بیماران مبتلا به PTSD نیز دیده می‌شود، اطلاق می‌شود. *استام* از ترومای ثانویه به‌عنوان هزینه پرستاری از فردی که در معرض تروما قرار گرفته است نام می‌برد^[4]. در واقع ضربه روانی ثانویه، استرس ناشی از آرایه کمک، تمایل به کمک و واکنش هیجانی حمایت از یک فرد ضربه‌دیده است^[6].

گزارش ترومای ثانویه برای اولین بار در همسران جانبازان PTSD جنگ ویتنام در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. در این گزارش به اصطلاحات ترومای ثانویه و PTSD اشاره نشد، چون هنوز ناشناخته بود. با این حال شواهد روشنی از اندوه و پریشانی در زنان گزارش شد^[7]. زندگی طولانی‌مدت با فردی که از PTSD رنج می‌برد، اثرات عمیقی بر اعضای خانواده، پویایی خانواده و نظام خانواده دارد و می‌تواند به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مزمن برای همسر و منشا مشکلات بزرگی در خانواده شود^[8, 9]. شدت علایم فرد مبتلا به PTSD می‌تواند باعث ایجاد نشانه‌های تروما در شریک زندگی شود و علایمی مانند افسردگی، اضطراب و انزوا را در وی ایجاد کند^[10]. ایده‌های مربوط به استرس ترومای ثانویه، از مفهوم "فرسودگی" گرفته شده است که به‌عنوان یک حالت خستگی جسمی، روحی و روانی است که در طولانی‌مدت در فرد ایجاد می‌شود. این فرآیند به‌تدریج آغاز می‌شود و رو به وخامت می‌رود و یک عدم توانایی در رسیدن به اهداف، همراه با سرخوردگی و احساس از دست‌دادن کنترل را در فرد شکل می‌دهد^[11].

ترومای ثانویه، به‌عنوان یک سندروم تقریباً مشابه با اختلال استرس پس از سانحه در نظر گرفته می‌شود و علایم آن شامل تجربه مجدد رویداد، برانگیختگی و اجتناب است. ولی ملاک A، یعنی تجربه مستقیم با رویداد را در بر نمی‌گیرد. ترومای ثانویه به‌صورت غیرمستقیم و از طریق تماس نزدیک با قربانیان اصلی ایجاد می‌شود^[8]. در استرس ترومای ثانویه (STS)، فرد بیمار از علایم روان‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه، تقلید می‌کند. مولفه‌های استرس ترومای ثانویه همانند مولفه‌های استرس پس از ضربه اولیه است، بنابراین در تبیین مفاهیم مربوط به تروما یا ضربه روانی ثانویه

عنوان نموده‌اند^[23]. پژوهش دیگری نیز نشان داد که ۳۹٪ همسران جانبازان معیارهای ترومای ثانویه را دارند^[24]. علی‌رغم پژوهش‌های گسترده‌ای که نشان می‌دهند همسران جانبازان دارای اختلال PTSD، سطوح قابل ملاحظه‌ای از پریشانی روانی و زناشویی را دارند، ولی اطلاعات تجربی اندکی درباره مکانیزم‌هایی که باعث به‌وجود آمدن این پریشانی‌ها می‌شود، موجود است^[23]. عوامل شناختی به‌عنوان یکی از عوامل موثر در ناراضی‌تی و ناسازگاری زناشویی تلقی می‌شوند که در تنظیم روابط زناشویی نقش مهمی دارند. در این راستا طحوره‌ها، سازه‌های شناختی را بازنمایی می‌کنند که می‌توانند در چگونگی روابط زوجین نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند^[25]. فیگلی، استعداد ابتلا به ترومای ثانویه را مرتبط با طحوره‌های شناختی افراد می‌داند^[5]. همچنین کک‌رام، بروز نشانه‌های تروما در افراد را مرتبط با طحوره‌ها و باورهای بنیادی آنان می‌داند^[26]. برخی نیز تغییر در طحوره‌های شناختی و نظام باورهای فرد را در نتیجه تعامل همدلانه وی با بازماندگان تروما می‌دانند. در واقع، طحوره‌های ناسازگار اولیه انعطاف‌ناپذیر، افزایش تدریجی استرس و سرخوردگی را در پی دارند^[27] و نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیشتر می‌کنند^[28].

طحوره‌ها به‌عنوان ساختارهایی در نظر گرفته می‌شوند که دارای یک محتوای شخصی‌شده کاملاً غیرمعمول هستند و در اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، حملات وحشت‌زدگی و وسواس فکری فعال و تقویت می‌شوند. وقتی این طحوره‌ها ارزش زیادی پیدا کنند، سایر طحوره‌هایی را که ممکن است برای دست‌یابی به هدف مناسب‌تر یا سازگارتر باشند، متوقف می‌سازند یا جایگزین آنها می‌شوند. این امر در ادامه باعث ایجاد نوعی سوگیری منظم در پردازش اطلاعات می‌شود^[29]. طحوره‌های ناسازگار یا ناکارآمد به‌عنوان باورهای پایدار، غیرمشروط و منفی در مورد خود و دیگران هستند که به تجربیات فرد و رفتارهای وی سازمان می‌دهند و از طریق تجربیات مکرر تقویت می‌شوند و تا بزرگسالی تداوم می‌یابند. این طحوره‌ها موضوعات گسترده و فراگیری هستند که در اوایل زندگی و از طریق تعامل مزاج کودک و شیوه‌های والدگری تشکیل می‌شوند و به سال‌های بعدی گسترش می‌یابند^[22].

یانگ و همکاران، ۱۸ طحوره ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه معرفی کرده‌اند که شامل بریدگی و طرد (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی)، عملکرد و خودگردانی مختل (وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحول نیافته/گرفتار، شکست)، محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی)،

از مفاهیم مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه اولیه استفاده شده است^[5, 12, 13].

ترومای ثانویه در دو معنای محدود و گسترده به‌کار برده شده است. معنای محدود آن به انتقال کابوس‌ها، بازگشت‌ها و افکار مزاحم از فردی که دچار تروما شده به نزدیکان او اشاره می‌کند^[6] و در یک معنای گسترده‌تر، ضربه روانی ثانویه به هر گونه انتقال پریشانی از شخصی که استرس روانی را تجربه کرده به شخصی که تماس نزدیک با او دارد اطلاق می‌شود^[9, 14]. کرختی هیجانی و خشم در جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه بر روابط خانوادگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد^[15]. کرختی هیجانی، مجموعه‌ای از نشانگان را در بر می‌گیرد که با کاهش علاقه در انجام فعالیت‌های مهم، احساس فاصله و بیگانگی از دیگران و دامنه محدودشده عواطف همراه است^[16]. در پژوهشی که روی خانواده سربازان جنگ انجام شد، نشان داده شد که حس بیگانگی و کناره‌گیری سربازان، همسران آنان را در شرایطی قرار می‌دهد که شدیداً احساس تنهایی می‌کنند و مستعد شکایت‌های جسمانی و روان‌شناختی می‌شوند^[7]. همچنین به‌دلیل شرایط خاص بیماران مزمن PTSD، مراقبان آنان با انزوای اجتماعی و مشکلات اقتصادی مواجه می‌شوند. مشکلات ارتباط بین‌فردی و رفتاری افراد PTSD، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کاهش صمیمیت آنان با همسرانشان و همچنین کاهش کارکردهای روان‌شناختی همسران آنان است^[17-19]. تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل استرس‌زا می‌توانند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشند^[20]. به‌علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین کیفیت زندگی همسران جانبازان PTSD و همسران سایر جانبازان تفاوت معنی‌داری وجود دارد^[21].

یکی از مشخصه‌های افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و همچنین مجروحان ثانویه (همسر، نزدیکان)، احساس گناه از زنده‌ماندن یا این گونه زنده‌ماندن و عصبانیت از شرایط موجود است. اکثر افراد پس از تحمل یک رویداد تروماتیک، دیدگاه‌های قبلی خود را درباره دنیا زیر سؤال می‌برند و اغلب این کار را به این دلیل انجام می‌دهند که تجربه رویداد تروماتیک با عقاید مربوط به عدالت دنیا در تضاد قرار می‌گیرد. در نتیجه پس از تروما، ناهمخوانی شناختی شدیدی به‌وجود می‌آید و این ناهمخوانی به پیامدهای ناگواری مانند نشخوار فکری، خاطرات مزاحم، افسردگی و نشانه‌های منفی دیگر منجر می‌شود^[22]. در پژوهشی نشان داده شد که ۲۱/۶٪ همسران جانبازان مبتلا به PTSD برخی از علایم استرس ترومای ثانویه و ۴۱/۶٪، سطح شدید علایم را گزارش داده‌اند. بیش از نیمی از همسران جانبازان مبتلا به PTSD علایم خود را مربوط به حوادث زندگی خودشان و نه از تجربه نظامی همسرانشان بیان کرده‌اند و کمتر از ۲۰٪ نشانه‌های خود را صرفاً به‌دلیل تجارب نظامی همسران

آسیب‌زا یا افکار مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و نشانگان برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش، کلیه همسران جانبازان مبتلا به PTSD بودند که از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ به بیمارستان یا درمانگاه روان‌پزشکی صدر تهران مراجعه کرده بودند. حجم نمونه براساس جدول کوهن در سطح خطای ۰/۰۵، حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۶۵ برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۲ نفر برآورد شد^[41]. معیارهای ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالای ۳۸ در مقیاس نشانگان ترومای ثانویه (STSS)، تحصیلات پنجم ابتدایی به بالا، عدم سابقه بیماری روانی، همسر جانباز دارای تشخیص روان‌پزشکی PTSD، سکونت در تهران و دامنه سنی بین ۳۰-۵۵ سال و معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود اختلال روان‌پزشکی عمده، تحصیلات پایین‌تر از پنجم ابتدایی، روان‌درمانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی تجویزی به‌طور همزمان با جلسات گروه، سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی و احراز نمره پایین‌تر از ۳۸ در STSS بود.

ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و مقیاس نشانگان ترومای ثانویه (STSS) بودند؛ اطلاعات مرتبط با سن، مدت ازدواج، تحصیلات، درصد جانبازی همسر و تعداد فرزندان با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد.

DASS به‌منظور تشخیص و غربالگری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس (تنیدگی) توسط لاولیون و لاولیون در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است که برای انجام پژوهش، از فرم ۲۱‌عبارتی DASS که از فرم بلند ۴۲‌سوالی اقتباس شده است استفاده شد. در این مقیاس هر ۷ عبارت، یک عامل یا سازه روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) را اندازه‌گیری می‌کند و پاسخ به هر سؤال در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (اصلاً=صفر، کمی=۱، زیاد=۲ و خیلی زیاد=۳) درجه‌بندی می‌شود^[37]. روایی این مقیاس به دو صورت تحلیل عاملی و اعتبار ملاکی مورد بررسی قرار گرفته است. با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس تایید و نشان داده شده است که تمام مواد در عامل ویژه خود بار عاملی برابر یا بزرگتر از ۰/۴۷ دارند. همبستگی نمره این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک قابل توجه و معنی‌دار است ($r=0/70$) و $p<0/01$ که نشانگر روایی ملاکی همزمان آن است^[42]. همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر در محدوده ۰/۴۷-۰/۵۶ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های آن با نمره کل پرسش‌نامه در دامنه ۰/۷۸-۰/۸۴ گزارش شده است و کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند^[43]. پایایی این پرسش‌نامه به روش

دیگرجهت‌مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/جلب توجه) و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، تنبیه) هستند^[30]. اکثر نظریه‌های شناختی در مورد استرس پس از ضربه، این برداشت مشترک را می‌پذیرند که افراد درباره خود، دنیا و دیگران بازنمایی‌های شناختی (طرحواره‌ها، باورها) دارند که مجبورند آنها را با واقعیت‌های بسیار ناهمخوان تروما (نابودی، تزلزل، خیانت و غیره) تطبیق دهند. ناتوانی افراد در انطباق این اطلاعات با بازنمایی‌های شناختی موجود، علت اصلی نشانه‌های اجتنابی و تجربه مجدد اختلال استرس پس از سانحه است. لذا آموزش طرحواره‌محور، یک فرآیند انطباق را شامل می‌شود که از طریق آن مراجعان، طرحواره‌های قبلی خود را با توجه به این حقیقت که اتفاقات بد نیز ممکن است گریبان افراد خوب را بگیرد و پیامدها الزاماً به‌طور عادلانه رخ نمی‌دهند، تغییر دهند^[31]. بسیاری از پژوهشگران معتقدند پس از تجربه تروما تنها طرحواره‌های ناسازگار تعیین‌کننده میزان انطباق فرد نیستند، بلکه معنادهی می‌تواند به قربانیان کمک کند تا با تروما مقابله نمایند. مفهوم‌پردازی‌های مبتنی بر طرحواره‌ها می‌توانند معنادهی‌های سازگانه در سطح طرحواره را نیز در کار خود ادغام کنند. در معنادهی موفق، فرد یا تجربه تروما را در زندگی خود جذب می‌کند یا معنای کلی زندگی خود را به‌منظور انطباق با ترومای تجربه‌شده تغییر می‌دهد. شواهدی وجود دارد که جذب و انطباق، فرآیند معنادهی را پس از رویدادهای تروماتیک آسان می‌سازند. مراجعان می‌توانند باورهای کلی خود، اعم از باورهای مربوط به خود، دنیا و دیگران را پس از تجربه رویداد تروماتیک تغییر دهند که به‌تبع آن افکار مزاحم و نشانه‌های دیگر نیز کاهش می‌یابند^[22]. مطالعات کمی در خصوص بررسی اثرات آموزش مبتنی بر طرحواره انجام شده است. این مطالعات اثر مثبت آموزش مبتنی بر طرحواره را در کاهش ناراضی‌ت زناشویی زوجین^[25]، حل مساله در کودکان ناتوان در یادگیری^[32]، یادگیری نسبت و تناسب در دانش‌آموزان^[33]، بهبود سازمان‌دهی دانش و راهبردهای استدلال تشخیصی^[34] بررسی کرده‌اند. پژوهش‌های اندکی نیز به‌منظور کاهش علائم PTSD اولیه انجام شده است و در آنها روش‌های مختلف از جمله درمان مبتنی بر پردازش اطلاعات^[35]، روش شناختی- رفتاری^[36] و طرحواره‌درمانی^[37] مورد استفاده قرار گرفته است. در خصوص مداخلات آزمایشی به‌منظور کاهش STS نیز پژوهش‌های کمی از جمله؛ تاثیر آموزش شناختی- رفتاری^[38, 39] و آموزش ذهن‌آگاهی^[39, 40] بر کاهش علائم ترومای ثانویه و انطباق با تروما انجام شده است. اما در خصوص تاثیر آموزش طرحواره‌محور بر کاهش علائم ترومای ثانویه، پژوهشی صورت نگرفته است.

از این رو، این پژوهش با هدف بررسی اثرات آموزش مبتنی بر مدل طرحواره در کاهش علائم STS و ابعاد آن (تجربه مجدد رویداد

به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و شرکت در پژوهش هیچ گونه ضرر احتمالی برای آنان ندارد. به علاوه به آنان اطمینان داده شد که یافته‌های حاصل از تحقیق به صورت کلی و بدون ذکر موارد فردی منتشر می‌شود. مراحل اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که ابتدا از بین پرونده‌های موجود در بیمارستان روان‌پزشکی صدر که متعلق به بنیاد جانبازان است، پرونده‌های مراجعانی که از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ مراجعه به بیمارستان داشتند (حدود ۳۰۰ پرونده جانبازی که توسط روان‌پزشک تشخیص PTSD گرفته بودند)، مورد بررسی قرار گرفت. سپس با ۴۰ نفر از همسران جانبازان مبتلا به PTSD برای شرکت در کلاس تماس گرفته شد و به کسانی که مایل به شرکت در کلاس بودند درباره نحوه آموزش (عنوان و هدف برگزاری کلاس‌ها) توضیحاتی داده شد. در اولین جلسه، مقیاس علائم استرس ثانویه از آنان گرفته شد و کسانی که نمره ۳۸ به بالا را کسب کرده بودند به تعداد ۲۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۲ نفر) و آزمایش (۱۲ نفر) قرار گرفتند. سپس به گروه آزمایشی، اطلاعاتی درباره نحوه حضور و تعداد جلسات کلاس‌ها (۱۲ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک‌بار) داده شد. همچنین به گروه کنترل در صورت اثربخش بودن آموزش مبتنی بر طرحواره قول برگزاری کلاس برای آنان داده شد. مداخله آزمایشی در ۱۲ جلسه ارائه شد. در هر جلسه مرور جلسات قبل، منطبق آرایه تکنیک، آموزش مبانی تعیین شده در هر جلسه، مرور تکالیف داده شده، تعیین تکلیف جلسه بعد و در نهایت خلاصه‌سازی و گرفتن بازخورد انجام گرفت. در پایان جلسه دوازدهم آزمون STSS از آنان گرفته شد و نتایج با پیش‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. بسته مداخله آموزش گروهی طرحواره‌محور براساس نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ توسط پژوهشگر تدوین شد. همچنین در هر جلسه به منظور تسریع در یادگیری از تمثیل‌های درمانگری استفاده شد [50, 51].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. برای توصیف داده‌های حاصل از اجرای مقیاس استرس ترومای ثانویه، از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها، شاخص‌های توزیع (کجی و کشیدگی) و آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. در خصوص توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر نشانه‌های استرس ترومای ثانویه و سه مولفه مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی، توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در همه متغیرها (به جز پس‌آزمون استرس ثانویه گروه آزمایش) به توزیع نرمال نزدیک بود. از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مشروط به برآورده شدن مفروضه‌های آزمون، به منظور مقایسه نمره‌های کلی مقیاس استرس ترومای ثانویه در هر دو گروه

بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ به دست آمده است [41]. همسانی درونی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالیبی برای کل آزمون ۰/۹۳ [38] و برای مولفه‌های آن به ترتیب در حیطه افسردگی، اضطراب و استرس در دامنه ۰/۷۷-۰/۹۴، ۰/۷۴-۰/۹۲ و ۰/۷۸-۰/۸۲ گزارش شده است [41-44].

STSS با ۱۷ عبارت به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی به منظور سنجش میزان علائم استرس ترومای ثانویه، مطابق با ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، تنظیم و توسعه یافته است. این ابزار شامل سه خرده‌مقیاس برای سنجش میزان افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و علائم برانگیختگی افرادی است که در ارتباط نزدیک با مبتلایان به PTSD قرار دارند. هر سؤال با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، بیشتر اوقات=۴ و همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۳۸ به بالا نشان‌دهنده شاخص‌های استرس ترومای ثانویه است. نمره‌های STSS با استفاده از شیوه الگوریتم براساس معیارهای تشخیصی PTSD در DSM-IV نیز تفسیر می‌شود [39]. این مقیاس از روایی همگرا و واگرایی قابل قبولی برخوردار است. با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، ساختار عاملی مقیاس STSS بررسی شده است. شاخص‌های $IFI=0/94$ ، $CFI=0/94$ ، $GFI=0/90$ ، $RMSEA=0/069$ و سایر شاخص‌های برازش مدل مانند بارهای عاملی، مجذور همبستگی چندگانه و مقدار T نشان می‌دهد که مدل تحلیل عاملی تاییدی این مقیاس دارای برازش خوبی است [45]. در نمونه‌ای از همسران و فرزندان جانبازان ایرانی نیز برای ارزیابی ساختار عاملی مقیاس STSS از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. بررسی شاخص‌های $IFI=0/98$ ، $CFI=0/98$ ، $GFI=0/94$ و $RMSEA=0/039$ نشان داد که این مقیاس از برازش مطلوبی در نمونه ایرانی برخوردار است و می‌توان نتیجه گرفت که در همسران جانبازان ایرانی، دارای همان ساختار عاملی است که در نمونه غیرایرانی وجود دارد [46]. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای کل پرسش‌نامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ و همسانی درونی حاصل از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۸ گزارش شده است [47, 48]. همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی در نمونه‌ای از همسران و فرزندان جانبازان برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس مزاحمت ۰/۸۷، اجتناب ۰/۷۹ و برانگیختگی ۰/۸۴ به دست آمده است که همگی در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار هستند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آزمون STSS از اعتبار مناسبی برخوردار است [49].

شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش توافق‌نامه کتبی امضا کردند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه‌ها

و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه مولفه‌های مقیاس استرس ترومای ثانویه (مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) در هر دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین نمره نشانه‌های ترومای ثانویه در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. بنابراین آموزش مبتنی بر طرحواره با کنترل اثر پیش‌آزمون و متغیر افسردگی، اضطراب و استرس توانست نشانگان ترومای ثانویه را کاهش دهد ($p < 0/01$). همچنین $67/1\%$ واریانس نشانه‌های ترومای ثانویه از طریق متغیر آموزش مبتنی بر طرحواره تبیین شد.

بین میانگین نمره‌های دو گروه در مرحله پس‌آزمون، در علایم مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی با کنترل اثر پیش‌آزمون و متغیر افسردگی، اضطراب و استرس، تفاوت معنی‌داری وجود داشت و آموزش مبتنی بر طرحواره توانست میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را در متغیر وابسته کاهش دهد. همچنین آموزش مبتنی بر طرحواره به ترتیب $65/6\%$ ، $32/2\%$ و 38% واریانس مولفه‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی را تبیین نمود ($p < 0/01$; جدول ۱).

جدول ۱ میانگین آماری نمرات نشانگان ترومای ثانویه و مولفه‌های آن در همسران جانبازان مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | گروه آزمایش | گروه کنترل |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| مولفه مزاحمت | | |
| پیش‌آزمون | ۱۷/۲۷±۴/۰۷ | ۱۸/۳۶±۴/۲۷ |
| پس‌آزمون | ۱۲/۷۲±۳/۲۸ | ۱۸/۲۷±۴/۲۲ |
| مولفه اجتناب | | |
| پیش‌آزمون | ۲۲/۲۷±۴/۹۰ | ۲۱/۴۵±۷/۶۸ |
| پس‌آزمون | ۱۷/۲۷±۳/۶۳ | ۲۱/۰۰±۷/۴۹ |
| مولفه برانگیختگی | | |
| پیش‌آزمون | ۱۹/۵۴±۲/۸۷ | ۱۸/۵۴±۴/۵۹ |
| پس‌آزمون | ۱۴/۴۵±۳/۰۱ | ۱۹/۲۷±۵/۸۳ |
| ترومای ثانویه (نمره کل) | | |
| پیش‌آزمون | ۵۹/۰۹±۱۰/۴۰ | ۵۸/۸۱±۱۶/۳۴ |
| پس‌آزمون | ۴۴/۴۵±۸/۳۱ | ۵۸/۸۱±۱۵/۴۰ |

بحث

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی اثرات آموزش طرحواره‌محور بر کاهش علایم استرس ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به PTSD بود. یافته‌ها حاکی از اثربخش بودن آموزش مبتنی بر طرحواره بر کاهش علایم ترومای ثانویه و مولفه‌های آن (شامل مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش پانویک و آست^[35]، زولنر و همکاران^[36]، کوکر/م و همکاران^[37]،

کاظمی و همکاران^[38]، غفوری^[39] و کاظمی^[40] همسو است. یانگ و همکاران نیز استفاده از تکنیک‌های تجربی مبتنی بر طرحواره را عامل موثری در غلبه بر اجتناب، کاهش رفتارهای مختل‌کننده و تسهیل شرایط بهبود هیجانی عنوان کرده‌اند^[30].

چندبُعدی بودن رویکرد طرحواره‌محور در توجیه اثربخشی آموزش طرحواره بر کاهش علایم استرس ترومای ثانویه نقش بسزایی ایفا می‌کند. در آموزش مبتنی بر طرحواره، افراد از طریق تکنیک‌های شناختی و به‌چالش‌کشاندن طرحواره‌ها (شواهد تاییدکننده و ردکننده) می‌فهمند که طرحواره نادرستی دارند و نباید به آنها به‌عنوان حقایق مطلق بنگرند، بلکه باید آنها را به‌صورت فرضیه‌هایی در نظر بگیرند که باید آزمون شوند^[30].

آموزش مبتنی بر طرحواره به افراد کمک می‌کند که طرحواره‌های قبلی خود را با تفسیر مجددی از مفهوم و معنای تروما و پیامدهای آن تغییر دهند^[31]، با تروما مقابله موثر داشته باشند، تجربه تروما را جذب کنند و احساسات مربوط به تروما را بپذیرند و سپس طرحواره‌های ناسازگار و بیش‌تعمیم‌یافته را شناسایی کنند. بعد از شناسایی طرحواره‌های ناسازگار به فرد آموزش داده می‌شود که این شناخت را به‌چالش بکشد. علاوه بر به‌چالش کشیدن باورهای ناسازگاران، با استفاده از شواهد ردکننده محیطی نیز می‌توان به فرد کمک کرد تا باورهای ناسازگار خود را به‌چالش بکشد و از طریق انطباق معنای تروما با این شواهد، معنای سازگارانهای به آن بدهد. معنادگی مجدد می‌تواند به کاهش افکار مزاحم و نشانه‌های دیگر ترومای ثانویه منجر شود^[22].

در این پژوهش به‌دلیل محدودیت‌های اجرایی، امکان مطالعه پیگیری اثر آموزش طرحواره‌محور بر علایم ترومای ثانویه میسر نشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، عدم امکان کنترل ویژگی‌های شخصیتی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی همسران جانبازان PTSD بود. با توجه به مبانی نظری و یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره بر سایر مسایل و مشکلات سلامت روان همسران جانبازان مبتلا به PTSD مورد بررسی قرار گیرد و در برنامه‌های پیشگیرانه و سیاست‌های آموزشی همسران جانبازان، روش آموزش طرحواره‌محور مورد توجه واقع شود.

نتیجه‌گیری

آموزش مبتنی بر مدل طرحواره، مداخله‌ای اثربخش و کارآمد برای کاهش علایم ترومای ثانویه و ابعاد آن (تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا یا افکار مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و نشانگان برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به PTSD است. از طریق آموزش طرحواره‌محور می‌توان به افراد کمک کرد باورهای کلی خود، اعم از باورهای مربوط به خود، دنیا و دیگران را پس از تجربه رویداد

15- Ray SL, Vanstone M. The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(6):838-47.

16- Mason JW, Wang S, Yehuda R, Riney S, Charney DS, Southwick SM. Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 2001;63(3):387-401.

17- McCormack L. Civilian women at war: Psychological impact decades after the Vietnam war. *J LossTrauma*. 2009;14(6):447-58.

18- Franciskovic T, Stevanovic A, Jelusic I, Roganovic B, Klaric M, Grkovic J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*. 2007;48(2):177-84.

19- Manguno-Mire G, Sautter F, Lyons J, Myers L, Perry D, Sherman M, et al. Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):144-51.

20- Nateghian S, Mollazadeh J, Goudarzi MA, Rahimi Ch. Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with post traumatic stress disorder and their wives. *Q J Fundament Ment Health*. 2008;10(37):33-46. [Persian]

21- Najafi M, Mohammadifar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary A. The comparison of the quality of life war veteran's families with/without PTSD. *Iran J War Public Health*. 2011;3(11):27-35. [Persian]

22- Lee DA, Scragg P, Turner, S. The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol*. 2001;74(4):451-66.

23- Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom Veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *J Fam Psychol*. 2008;22(4):586-94.

24- Franciskovic T, Tovilovic Z, Sukovic Z, Stevanovic A, Ajduković D, Kraljević R, Bogić M, et al. Health care and community-based intervention for war-traumatized people in Coratina: Community-based study of service use and mental health. *Corat Med J*. 2008;49(4):483-90.

25- Yousefi R, Abedin AR, Tirgari A, Fath Abadi J. The effectiveness of intervention based on Schemas model on marital satisfaction enhancement. *J Clin Psychol*. 2009;2(7):25-37. [Persian]

26- Cockram D. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD [Dissertation]. Perth: Murdoch University; 2009.

27- Klaric M, Kvesic A, Mandic V, Petrov B, Franciskovic T. Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*. 2013;1(1):29-36.

28- Bamber MR. CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema focused approach. London: Routledge; 2006.

29- O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes S. Cognitive behavior therapy. New York: Wiley; 2012.

30- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy a practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2006.

31- Dagleish T, Power M. Handbook of Cognition and Emotion. New York: John Wiley & Sons; 2000.

32- Jitendra AK. The effects of schema-based instruction on the mathematical word-problem-solving performance

آسیب‌زا تغییر دهند که به تبع آن افکار مزاحم و نشانه‌های دیگر نیز کاهش می‌یابند.

تشکر و قدردانی: از کلیه همسران جانبازان مبتلا به PTSD و تمامی افرادی که امکان انجام این پژوهش را برای ما فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تأییدیه اخلاقی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: اعتبار مالی این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع

- 1- Bani Fatemi S, Hosseini SS, Hekmatpour A, Jamal Livani MR, Hossein SM, Haghghi H, et al. Fatigue caused by PTSD and war. *Qoam: Razban*; 2001. [Persian]
- 2- Davidson J. New strategies for the treatment of posttraumatic stress. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(7):3-51.
- 3- Cash A. Posttraumatic stress disorders. Wiley: New Jersey; 2006.
- 4- Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):191-7.
- 5- Figley CR. Treating compassion fatigue (Routledge psychosocial stress series). 1st ed. New York: Brunner-Routledge; 2002.
- 6- Klaric M, Franciskovic T, Obrdalj EC, Petric D, Britvic D, Zovko N. Psychiatric & health impact of primary & secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*. 2012;24(3):280-6.
- 7- Solomon Z, Dekel R. Posttraumatic stress disorder among Israeli ex-prisoners of war 18 and 30 years after release. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(8):1031-7.
- 8- Figley CR. Burnout as systematic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In: Figley CR. (Editor). *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring*. Boca Raton, FL: CRC Press; 1998. Pp. 15-28.
- 9- Galovski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggress Violent Behav*. 2004;9(5):477-501.
- 10- Henry SB, Smith DB, Archuleta KL, Sanders-Hahs E, Goff BS, Reissbig AM, et al. Trauma and couples: Mechanisms in dyadic functioning. *J Marital Fam Ther*. 2011;37(3):319-32.
- 11- Bale R. Secondary Traumatic Stress and Related Concepts. London: Medical Foundation. Available from: <http://www.freedomfromtorture.org/document/publication/5667>.
- 12- Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counsell Psychol Q*. 2006;19(2):181-8.
- 13- Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: Implications for the mental health of Health workers?. *Clin Psychol Rev*. 2003;23(3):449-80.
- 14- Figley CR, Nash WP. *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York: Routledge; 2006.

- 42- Samani S, Joukar B. Validity and reliability of the short form of depression, anxiety and stress. *J Soc Sci Human Shiraz Univ.* 2007;26(3):65-77. [Persian]
- 43- Asghari Moghaddam, M. A, Saed, F, Dibajnia, P, Zangane, J. A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical sample. *Daneshvar Raftar.* 2010;11(31):23-38. [Persian]
- 44- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):748-56.
- 45- Moradi Msanesh F, Ahadi H, Jomehri F, Rahgozar M. Relationship between Psychological Distress and Quality Of Life in Women with Breast Cancer. *J Zabol Univ Med Sci Health Serv.* 2012;4(2):51-9. [Persian]
- 46- Sahebi A, Asghari J, Salari RS. Validation of Depression Anxiety Stress Scale (DASS) for Iranian population. *J Dev Psychol.* 2005;4:299-312. [Persian]
- 47- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract.* 2004;14(1):27-35.
- 48- Ahmadi Kh, Rezapour MS, Davoodi F, Saberi M. Reliability and validity of the secondary traumatic stress scale (STSS) to further assess PTSD symptoms in a sample of veterans' wives. *Veteran Med J Magazine.* 2012;5(19):47-57. [Persian]
- 49- Ben Arzi N, Solomon Z, Dekel R. Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury.* 2000;14(8):725-736.
- 50- Kopp, RR, Craw, MJ. Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1998;35(3):306-311.
- 51- Ahmadian AL, Smaeeli Far N, Hatami M, Hasan Abadi HR. Schema therapy based on metaphorical-allegorical narrative training in therapeutic data retrieval of dysthymic patients. *Int J Psychol Behav Res.* 2013;2(3):132-46.
- of students with learning disabilities. *J Learn Disabil.* 1996;29(4):422-31.
- 33- Jitendra AK, Star JR, Starosta K, Leh JM, Sood S, Caskie G, Hughes CL, Mack TR. Improving seventh grade students' learning of ratio and proportion: The role of schema-based instruction. *Contemp Educ Psychol.* 2009;34(3):250-64.
- 34- Blissett S, Cavalcanti RB, Sibbald M. Should we teach using schemas? Evidence from a randomized trial. *Med Educ.* 2012;46(8):815-22.
- 35- Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther.* 2001;39(10):1183-97.
- 36- Zoellner LA, Feeny NC, Fitzgibbons, Foa EN. Response of African American and Caucasian woman to cognitive behavior therapy for PTSD. *Behav Ther.* 1999;30(4):581-95.
- 37- Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role of treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother.* 2010;17(3):165-82.
- 38- Kazemi AS, Banijamali SS, Ahadi H. Effectiveness of cognitive-behavioral strategies in reducing the symptoms of secondary traumatic stress disorder (STSD) spouses of veterans with chronic PTSD and psychological problems caused by the war. *J Med Sci.* 2012;22(2):122-9. [Persian]
- 39- Crumpton NM. Secondary traumatic stress and mindfulness training. *J Emerg Nurs.* 2010;36(1):3-4.
- 40- Kazemi AS. The effectiveness of mindfulness-based cognitive strategies to reduce the symptoms of secondary traumatic stress disorder and chronic psychological problems. *Thought Behav Clin Psychol.* 2011;6(23):129-2. [Persian]
- 41- Cristofolini L. The importance of sample size and statistical power in experimental research: A comparative study. *Acta Bioengin Biomechanics.* 2000;2(1).