©2015 DAZCo, *Danesh Afarand Zistagen Co., IRAN*
ISSN: 2008-2630 *Quarterly of Iranian Journal of War & Public Health 2015;7(2):57-65*

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Training on Reducing the Secondary Trauma Symptoms of PTSD Veterans' Wives

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Abolmaali Kh.* *PhD,*
Aghaeepour Gavasaraee M.[1] *MA*

How to cite this article
Abolmaali Kh, Aghaeepour Gavasaraee M. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Training on Reducing the Secondary Trauma Symptoms of PTSD Veterans' Wives. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(2):57-65.

*Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
[1]Psychology Department, Psychology Faculty, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Correspondence
Address: Psychology Department, Imam Ali Building, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
Phone: +98 2176505018
Fax: +98 2188577520
sama.abolmaali@gmail.com

Article History
Received: December 21, 2014
Accepted: February 18, 2015
ePublished: April 20, 2015

ABSTRACT

Aims Secondary trauma is a psychological consequence of direct and prolonged contact with a post-traumatic stress disorder person. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of instruction of cognitive-behavioral techniques on reduction of secondary trauma symptoms in wives of post-traumatic stress disorder veterans, with controlling the effect of depression, anxiety and stress.

Materials & Methods In this quasi-experimental research with pretest-posttest with control group design, 22 spouses of post-traumatic stress disorder veterans referred to Sadr Psychiatric Hospital of Tehran, Iran in 2013 were studied. The people who have attained high score on the secondary trauma test were randomly assigned to two experimental and control groups. The research instruments were a demographic questionnaire, questionnaire of secondary post-traumatic stress, and questionnaire of depression, anxiety and stress. The experimental group was weekly taught cognitive-behavioral techniques in 13 sessions in 135 minutes. The analysis of data was performed by univariate and multivariate analysis of covariance.

Findings The mean of secondary trauma and components of intrusion, avoidance, and arousal in all cases in the experimental group were lower than the control group. Instruction of cognitive behavioral techniques with controlling the effect of depression, anxiety and stress was effective in reduction of secondary trauma symptoms in wives of post-traumatic stress disorder veterans ($p<0.05$).

Conclusion Teaching the cognitive-behavioral techniques is an effective strategy for reducing the symptoms of secondary traumatic stress.

Keywords Cognitive Behavioral Therapy; Stress Disorders, Post-Traumatic; Veterans; Spouses

CITATION LINKS

[1] The impact of emotionally ... [2] Longitudinal assessment of ... [3] The psychological risks of ... [4] Sexual dysfunction in male posttraumatic stress ... [5] Frontline treatment of combat stress ... [6] Psychological sequelae of ... [7] Compassion fatigue following the ... [8] Posttraumatic stress disorder in ... [9] Compassion satisfaction, burnout, and ... [10] Career burnout: Causes and ... [11] Self-care for trauma therapists: Ameliorating ... [12] Secondary traumatisation and ... [13] The family as victim: Mental health ... [14] Secondary traumatization of ... [15] Addressing secondary traumatic ... [16] Compassion fatigue and ... [17] Secondary traumatization among ... [18] Psychiatric and health impact of ... [19] Chronic pain and ... [20] Evaluation of secondary PTSD and ... [21] Role and treatment of ... [22] The effect of schema-based instruction on ... [23] Effectiveness of cognitive-behavioral strategies in ... [24] Prevalence and correlates of ... [25] Mindfulness and trauma: Implications for ... [26] The effectiveness of mindfulness-based ... [27] Prevention of ... [28] Psychological resilience and ... [29] Cognitive-behavioral intervention ... [30] Decision making in the ... [31] The current state of ... [32] Mood disorders: Cognitive ... [33] Does psychotherapy homework ... [34] Cognitive-behavioral and ... [35] Multidisciplinary treatment for ... [36] Body image interventions in ... [37] Comparison of the effect of ... [38] Response of African American and ... [39] Cognitive-behavior therapy vs ... [40] The relative efficacy and ... [41] The important of ... [42] Investigate of validity and ... [43] Development and validation of ... [44] Current status on behavioral and ... [45] Effect of schema-based ... [46] Standardization test of ... [47] A study on the reliability and ... [48] The effect of ... [49] Residual insomnia following ... [50] Relationship between ... [51] Emotion Regulation in ... [52] The effectiveness of ... [53] Effectiveness of ... [54] Treatment of posttraumatic ... [55] Effect of cognitive-behavioral couple ... [56] The efficacy of ... [57] Cognitive behavioral therapy ... [58] The think first ...

All keywords and available citations are linked in this page.

اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب

خدیجه ابوالمعالی* PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
مائده آقائی‌پور گواسرائی MA
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده
اهداف: ترومای ثانویه، پیامد روان‌شناختی ناشی از ارتباط مستقیم و طولانی‌مدت با فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب است. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری با کنترل اثر متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بود.
ابزار و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۲ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران در سال ۱۳۹۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد که در آزمون ترومای ثانویه نمره بالایی را کسب کرده بودند به‌تصادف در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه استرس پس از ضربه ثانویه و پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس بود. گروه آزمایشی به‌مدت ۱۳ جلسه ۱۳۵دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری انجام گرفت.
یافته‌ها: میانگین نمرات آزمون ترومای ثانویه و مولفه‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی در همه موارد در پس‌آزمون گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بود. آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری با کنترل اثر متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب اثربخش بود ($p<۰/۰۵$).
نتیجه‌گیری: آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری در کاهش علایم ترومای ثانویه، از کارآیی لازم برخوردار است.
کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، ترومای ثانویه، اختلال استرس پس از آسیب، جانبازان، همسران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۹
*نویسنده مسئول: sama.abolmaali@gmail.com

مقدمه
جنگ به‌عنوان یک عامل فشارزای روانی، اثرات عمیق، مداوم و پیچیده‌ای دارد که با ابتلای قربانیان مستقیم رویداد تروماتیک، یعنی مجروحان و جانبازان بازگشته از جنگ به مشکلات روان‌شناختی متوقف نمی‌شود [۱، ۲]. برخی از پژوهشگران گزارش داده‌اند که حدود ۹ تا ۴۵٪ آسیب‌دیدگان بازگشته از جنگ به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) مبتلا شده‌اند [۳]. نشانگان اجتناب، کرختی روانی، کناره‌گیری، فاصله‌گرفتن و ازدست‌دادن علاقه برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و افزایش تحریک‌پذیری، طغیان خشم، خصومت و حتی خشونت خانگی یا آزار بدنی همسر و اعضای خانواده، کاهش سائق جنسی و نرخ بالای بیکاری به‌دلیل ایجاد مشکلاتی در کارکرد اجتماعی و حرفه‌ای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، حفظ صمیمیت در خانواده آنان را به‌خطر می‌اندازند [۴، ۵]. مراقبان، مددکاران، اعضای خانواده و سایر افرادی که ارتباط مستقیم با افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب دارند، ممکن است از طریق مواجهه مکرر و غیرمستقیم با واقعه آسیب‌زا و گزارش یا روایت دست اول آن، شروع به انباشتگی و گنجاندن مواد ترومای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب کنند [۸-۶]. رایج‌ترین اصطلاحاتی که برای توصیف اثرات منفی پیامدهای کار با بیماران مبتلا به ترومای ثانویه به‌کارمی‌رود، خستگی شفقت، استرس آسیب ثانویه، ترومای جانشینی و فرسودگی هستند. فردی که از خستگی شفقت رنج می‌برد، نشانگانی مانند تجربه دوباره وقایع آسیب‌زای روانی فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، اجتناب یا اضطراب را تجربه می‌کند [۹، ۱۰]. اعتقاد بر این است که خستگی شفقت از طریق مواجهه با مواد تروماتیک فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ایجاد می‌شود. فرسودگی برخلاف مفاهیم دیگر به‌طور خاص و محدود در کار و مراقبت از افراد اختلال استرس پس از آسیب به‌کار نمی‌رود، بلکه بیشتر یک واکنش به تقاضاهای شغلی فردی و محیط است و یک حالت جسمی، هیجانی و خستگی روانی است که از طریق درگیری طولانی‌مدت با تقاضاهای موقعیتی هیجانی رخ می‌دهد [۱۰]. ترومای جانشینی، روی "چارچوب مختل مرجع" متمرکز می‌شود که ممکن است به‌طور دایم روی باورهای مراقب یا درمانگر درباره معنی خودش و دیگران، دیدگاهش نسبت به دنیا، معنویت، سطح تحمل، روابط بین‌فردی و "نظام حافظه تصوری" اثر بگذارد [۱۱]. ترومای ثانویه به‌عنوان یک پیامد روان‌شناختی و یک واکنش طبیعی و هیجانی تلقی می‌شود که ناشی از ارتباط نزدیک، مستقیم و طولانی‌مدت با فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب است و علایم آن به‌طور ناگهانی و بدون اخطار ظاهر می‌شود [۶، ۱۵-۱۲]. *فیگلی*، ترومای ثانویه را درد هیجانی ناشی از هزینه پرستاری و همدردی افراطی با فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب خوانده است. نشانگان

استرس ترومای ثانویه تقریباً مشابه با اختلال استرس پس از آسیب است، که به‌جز ملاک A (یعنی مواجهه مستقیم با تروما) سایر علایم اختلال استرس پس از آسیب شامل تجربه مجدد رویداد تروماتیک، اجتناب از محرک‌های مرتبط با تروما و عدم پاسخ‌دهی، افزایش برانگیختگی، تداوم نشانه‌ها به‌مدت بیش از یک ماه و نقص در عملکردهای زندگی روزمره را در بر دارد [۶، ۷، ۱۶، ۱۷].

همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، از جمله گروه‌های مختلفی هستند که از پیامدهای منفی روان‌شناختی حوادث پس از سانحه رنج می‌برند. آنان از طریق مجاورت نزدیک، مراقبت و همدردی بیش از حد و طولانی‌مدت، در معرض ترومای همسر خود قرار می‌گیرند و علایمی را که با شدت علایم همسرانشان مطابقت دارد، تجربه می‌کنند [۶، ۱۳، ۱۴، ۱۸]. ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، اولین بار در سال ۱۹۸۰ توسط *ویلیامز* و براساس جلسه گروه‌درمانی با همسران جانباز، در توصیف بالینی زندگی با جانبازان جنگ ویتنام مطرح شد. آنان شواهدی روشن از وجود یک پریشانی بزرگ که این گروه از زنان جانباز از آن رنج می‌بردند و ناشی از فاصله‌گرفتن و خشونت همسرانشان و نیز تله همدردی بود را ارایه کردند [۱۴]. نتایج پژوهش *کویک* و همکاران نشان داد که ۳۳٪ همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب معیارهای ترومای ثانویه را داشتند [۱۹]. *فرانسیسکوویچ* و همکاران نیز نشان دادند که ۳۹٪ همسران جانباز از ترومای ثانویه رنج می‌برند [۱۴]. در ایران *پورافشار* و همکاران، میزان علایم ترومای ثانویه را در مراقبان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب از ۴۹ تا ۵۱٪ گزارش داده‌اند [۲۰].

نظریه‌پردازان از دیدگاه‌های مختلف به تبیین نظری ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب پرداخته‌اند که از جمله آنها می‌توان به نقش همانندسازی و همدلی، طرحواره‌های شناختی (باورهای بنیادی) فرد و تغییر باورها در مورد خود و دیگران و دنیای بیرونی اشاره کرد [۶، ۱۱، ۲۱]. باورهای فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، حاصل تاریخچه زندگی شخصی او در طول زندگی و همچنین تجربه زندگی مشترک و رابطه با همسر مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب است [۱۴]. همه افرادی که در معرض مواجهه غیرمستقیم با ترومای فرد آسیب‌دیده قرار دارند، علایم ترومای ثانویه را نشان نمی‌دهند، بلکه طرحواره‌های شناختی فرد، او را مستعد ترومای ثانویه ساخته و از عوامل پیش‌بینی‌کننده ابتلا به آن است [۶، ۷]. اما در برخی از افراد، تجربه زندگی با نشانه‌های ترومای همسر و عوامل استرس‌زای مزمن ناشی از آن، به‌مرور و در درازمدت، منجر به تغییر مفروضات و باورهای آنان در ارتباط با دنیا، دیگران و خودشان می‌شود و در نتیجه احساس و رفتار آنان نیز تغییر می‌کند، بنابراین افکار و باورهای منفی و ناسازگار، توسط تجربیات گذشته و همچنین تجربیات کنونی، در زندگی زناشویی با همسرِ دچار اختلال، شکل می‌گیرند یا تقویت می‌شوند و زمینه را برای پریشانی روان‌شناختی فراهم می‌آورند [۲۲، ۲۳].

با وجود پریشانی قابل ملاحظه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، بحث بسیار محدودی در ادبیات پژوهشی درباره چگونگی کمک به آنان برای کاهش نشانه‌های ترومای ثانویه و مقابله با سایر مشکلات روان‌شناختی همراه آن وجود دارد و در کل، نیازهای قربانیان ثانویه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. برخی معتقدند هر نوع درمان ارایه‌شده و مورد تایید پژوهشی برای جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب می‌تواند در حمایت و توانمندسازی همسران آنان با تاکید بر چگونگی کنارآمدن با ترومای ثانویه به‌کار گرفته شود [۱۷].

برخی دیگر ترومای ثانویه را یک واکنش هیجانی می‌دانند و نه یک اختلال، و مبتلایان به ترومای ثانویه را به‌عنوان جمعیت بالینی در نظر نمی‌گیرند [۷، ۸]. برخی معتقدند این افراد در یک سطح متوسط نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب را تجربه می‌کنند و نیاز به مداخله بالینی ندارند [۲۴]، اما اقدامات آموزشی می‌تواند برای آنان مفید باشد. در هر حال برخی از مداخلات آموزشی و درمانی، به‌منظور کاهش علایم ترومای ثانویه صورت گرفته است؛ مانند اثربخشی درمان و آموزش ذهن‌آگاهی [۲۵، ۲۶]، درمان و آموزش شناختی- رفتاری [۲۳، ۲۷]، و آموزش تاب‌آوری [۲۸]. در آموزش مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، هم بر اصلاح شناخت‌های تحریف‌شده و هم آموزش رفتارهای جدید تاکید می‌شود. آموزش شناختی- رفتاری ماهیتی فعال، رهنمودی، ساخت‌دار، متمرکز بر حال و کوتاه‌مدت دارد و هدف عمده آن تغییر فرآیندهای شناختی افراد است و مهم‌ترین ویژگی آن بازسازی شناختی است. این الگو یک مدل روانی- آموزشی با تاکید بر فرآیند یادگیری است و می‌توان آن را در مورد دامنه وسیعی از افراد با مشکلات مختلف اجرا کرد [۳۱-۲۹]. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که پریشانی روان‌شناختی عمدتاً ناشی از آشفتگی‌هایی در فرآیندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد [۳۲]. اثربخشی راهبردهای مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در مورد بخش وسیعی از اختلال‌های بالینی و انواع گوناگونی از مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی [۳۳]، فوبیای اجتماعی [۳۴] دردهای مزمن [۳۵]، تصویر بدنی [۳۶] و باورهای محدودکننده [۳۷] و همچنین بهبود اختلال استرس پس از آسیب اولیه مزمن ناشی از جنگ [۴۰-۳۸] تایید شده است و به‌نظر می‌رسد که این راهبرد می‌تواند در کاهش علایم ترومای ثانویه نیز موثر باشد. در مجموع با توجه به آنچه ذکر شد، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مداخله آموزشی مبتنی بر

تکنیک‌های شناختی- رفتاری بر کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب تاثیر دارد؟ از این رو این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری بر کاهش علایم ترومای ثانویه و مولفه‌های آن (مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، با کنترل اثر اضطراب، استرس و افسردگی انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر به‌روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ساکن تهران در سال ۱۳۹۲ بود که این جانبازان در بازه زمانی سال‌های ۹۲-۱۳۸۲ به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران مراجعه کرده و تشخیص روان‌پزشکی اختلال استرس پس از آسیب را دریافت کرده بودند (با توجه به پرونده روان‌پزشکی آنان). حجم نمونه براساس جدول کوهن، در سطح خطای ۰/۰۵، حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۶۵، برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۲ نفر برآورد شد [۴۱]؛ یعنی در مجموع، تعداد افراد گروه نمونه معادل ۲۴ نفر بودند. ۲۴ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، بعد از غربالگری به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که در حین اجرا، مجموع تعداد افراد گروه به‌علت ریزش، به ۲۲ نفر کاهش پیدا کرد و برنامه با تعداد نهایی هر گروه ۱۱ نفر اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ کسب نمره لازم در پرسش‌نامه استرس پس از ضربه ثانویه (با نقطه برش ۳۸)، عدم وجود سابقه بستری به‌علت بیماری روان‌پزشکی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و درمان روان‌شناختی در ۴ ماه گذشته تاکنون، حداقل طول مدت ازدواج ۱۰ سال، دامنه سنی ۵۵-۳۵ سال و سطح تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی بود. ملاک خروج از مطالعه نیز عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

در ابتدا از بین پرونده‌های موجود در بیمارستان روان‌پزشکی صدر (جانبازان)، مراجعه‌کننده در فاصله زمانی ۱۰ سال گذشته (سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۲)، حدود ۳۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت و ۸۰ نفر از جانبازانی که دارای تشخیص روان‌پزشکی اختلال استرس پس از آسیب بودند فهرست شدند. در ادامه با شماره تلفن‌های موجود در پرونده تماس گرفته شد و به همسران جانبازان مورد نظر درباره برنامه آموزشی گروهی توضیحاتی داده شد و اطلاعات اولیه آنان یعنی سن و تحصیلات دریافت شد. از تعداد افراد دعوت‌شده، حدود ۵۰ نفر در مکان برگزاری کلاس‌ها برای انجام آزمون ترومای ثانویه حضور یافتند. در نهایت، از بین افرادی که نمره آنان در آزمون ترومای ثانویه ۳۸ یا بیشتر بود و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، ۲۴ نفر انتخاب و به تصادف در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه استرس پس از ضربه ثانویه (STSS) و پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) استفاده شد. پرسش‌نامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل اطلاعاتی مرتبط با سن، مدت ازدواج، تحصیلات، سابقه بستری به‌علت بیماری روان‌پزشکی و غیره بود.

پرسش‌نامه استرس پس از ضربه ثانویه (STSS) توسط *براید* و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است که به‌عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی دارای ۱۷ آیتم و سه خرده‌مقیاس افکار و تصاویر مزاحم، بیش‌برانگیختگی و اجتناب است و از طریق طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی‌زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره برش این پرسش‌نامه ۳۸ است و زیرمقیاس‌های آن براساس ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب در DSM-IV تنظیم شده‌اند [۴۲، ۴۳]. زیرمقیاس "مزاحمت" شامل نشانه‌های ملاک B یعنی تجربه مجدد خاطرات ناراحت‌کننده مکرر، غیرارادی و مزاحم مربوط به رویدادهای آسیب‌زاست که ممکن است با رویاهای مکرری همراه باشد که در آنها محتوی یا عاطفه رویا با رویداد آسیب‌زا ارتباط دارد. ملاک بعدی یعنی "اجتناب" همان موارد مرتبط با ملاک C در DSM-V است و اجتناب از افکار یا صحبت درباره واقعه آسیب‌زا و حتی مکان‌ها و افرادی است که واقعه آسیب‌زا را یادآوری می‌کنند. زیرمقیاس برانگیختگی نیز موارد مرتبط با ملاک E در DSM-V در اختلال استرس پس از آسیب را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد و بیانگر رفتارهای تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم، گوش‌به‌زنگی مفرط و مشکلاتی در تمرکز خواب است [۴۴]. با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، ساختار عاملی مقیاس STSS بررسی و شاخص‌های GFI=۰/۹۰، CFI=۰/۹۴، IFI=۰/۹۴ و مقدار شاخص RMSEA ۰/۰۶۹ محاسبه شده است. بررسی سایر شاخص‌های برازش مدل مانند بارهای عاملی، مجذور همبستگی چندگانه R2 و مقدار T نیز نشان می‌دهد که مدل تحلیل عاملی تاییدی این مقیاس دارای برازش خوبی است [۴۵]. در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ این مقیاس در نمره کلی و زیرمقیاس‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب معادل ۰/۹۳، ۰/۸۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ گزارش شده است [۴۶].

پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در سال ۱۹۹۵ توسط *لاویبوند* و *لاویبوند* تهیه شده است که دارای مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است [۴۷]. فرم بلند آن دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی "افسردگی"، "اضطراب" و "استرس" را توسط ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت، یک

عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند و در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از اصلاً (صفر) تا خیلی‌زیاد (۳) درجه‌بندی می‌شود [۴۸، ۴۹]. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس، مواد مربوط به هر یک از سه عامل و بار عاملی آنها مشخص شده است، به‌گونه‌ای که عامل افسردگی ۱۵/۰۹٪، عامل اضطراب ۱۴/۳۲٪ و عامل استرس ۱۷/۲۵٪ (در مجموع ۴۶/۶۶٪) واریانس کل آزمون را تبیین می‌کردند. برای بررسی روایی ملاکی نیز از پرسش‌نامه افسردگی *بک*، اضطراب *زانگ* و تنیدگی ادراک‌شده استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد تمامی همبستگی‌ها در سطح p<۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین در این پژوهش، ضرایب همسانی درونی برای سه زیرمقیاس ذکرشده به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸گزارش شد [۴۸]. *مرادی‌منش* و همکاران، همسانی درونی را برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش نموده‌اند [۵۰].

جدول ۱) پروتکل آموزش شناختی- رفتاری

روند آموزش طبق اصول شناختی- رفتاری
جلسه اول (مقدماتی) و دوم
معارفه پذیرش، بیان اصول و قواعد گروه، اجرای پیش‌آزمون برای غربالگری و ارزیابی، برقراری رابطه درمانی و جلب اعتماد، آشناساختن گروه با اختلال استرس پس از آسیب، ترومای ثانویه، مدل شناختی و فرآیند برنامه آموزشی، طبیعی جلوه‌دادن مشکلات فرد و برانگیختن امید (آغاز روند بازسازی شناختی).
جلسه سوم تا ششم
آموزش شناسایی افکار منفی و همچنین ادامه آشناکردن افراد با شناخت‌درمانی، آموزش تنش‌زدایی به‌روش تصویرسازی محیط امن و تنفس عمیق شکمی، ارزیابی و چالش با افکار ناکارآمد و ارایه تفسیرهای جایگزین متعادل‌تر.
جلسه هفتم
تلاش برای شناسایی و مقابله با مشکلات و حل آنها به‌شیوه‌ای سازگارانه، از طریق آموزش تکنیک‌های آزمایش رفتاری و حل مساله.
جلسه هشتم تا یازدهم
معرفی باورهای میانجی و بنیادین، شناسایی و بازبینی شیوه عمل آنها، چالش با آنها و ارایه تکنیک‌هایی که در شکل‌دهی باورهای بنیادین جدید و مثبت‌تر کمک می‌کند، سوق‌دادن گروه به سمت پایان دوره.
جلسه دوازدهم
آموزش تکنیک "جرات‌ورزی" و "توجه‌برگردانی" و پاسخ به دغدغه‌ها در خصوص ختم درمان.
جلسه سیزدهم (پایانی)
کمک به بیمار در جهت استفاده از فنون یادگرفته‌شده در گروه در زندگی واقعی و برگزاری جلسات خودیاری، اجرای پس‌آزمون.

هر جلسه آموزشی به‌صورت هفتگی، در دو بخش یک‌ساعته و در مجموع با محاسبه زمان استراحت و پذیرایی به‌مدت ۱۳۵ دقیقه برای گروه آزمایشی برگزار شد. در جلسات آموزشی، پس از اجرای تمرین‌ها در هر جلسه، مثال‌هایی با مشارکت گروهی شرکت‌کنندگان ارایه می‌شد و عملکرد گروه مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. ارایه متغیر مستقل یعنی آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری دربرگیرنده سه دسته تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی بود. روند آموزش طبق اصول شناختی- رفتاری در جدول ۱ انجام شد. این پروتکل آموزشی، مجموعه‌ای از منابع و مطالب دارای ساختار آموزش روانی را در شکل مداخله گروهی با گرایش شناختی- رفتاری ارایه می‌دهد. به‌طور کلی این برنامه دارای گرایش شناختی قدرتمندی است. در نتیجه، هدف آن شناسایی و تغییر شناخت‌های منفی است که در ایجاد و تداوم نشانه‌های ترومای ثانویه شرکت‌کنندگان نقش اصلی را دارند [۳۱، ۳۸، ۴۵، ۵۱].

بعد از اتمام جلسات آموزشی و در پایان جلسه سیزدهم، آزمودنی‌ها مجدداً مورد آزمون استرس پس از ضربه ثانویه قرار گرفتند (اجرای پس‌آزمون) و نتایج آن با نتایج پیش‌آزمون مقایسه شد. در اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز برخی مراحل پژوهش همچون بررسی تمرین‌ها، از همکار پژوهشی آموزش‌دیده بهره گرفته شد.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. ابتدا آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در همه متغیرها (به‌جز پس‌آزمون برانگیختگی گروه آزمایش) به توزیع نرمال نزدیک است. همچنین قبل از بررسی‌های آماری، با استفاده از آزمون T در گروه‌های مستقل، میانگین نمره کلِ پیش‌آزمون ترومای ثانویه و مولفه‌های آن در گروه کنترل و آزمایش مورد مقایسه قرار گرفتند. برای بررسی اثرات متغیر مستقل (آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری) بر ترومای ثانویه و مولفه‌های آن از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و چندمتغیری (MANCOVA) با کنترل اثر پیش‌آزمون و اضطراب، افسردگی و استرس (DASS) استفاده شد (با توجه به برقراربودن مفروضه‌های این آزمون‌ها).

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶/۲±۴۳/۵ سال و دامنه سنی آنان بین ۳۲ تا ۵۴ سال بود. میانگین سال‌های تحصیل شرکت‌کنندگان ۳/۴±۱۰/۵ سال و دامنه آن بین ۵ تا ۱۶ سال بود. به‌علاوه، میانگین سال‌های زندگی مشترک شرکت‌کنندگان ۶/۷±۲۲/۵ سال و دامنه آن بین ۱۰ تا ۳۴ سال بود.

میانگین نمرات آزمون ترومای ثانویه و مولفه‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی در همه موارد در پس‌آزمون گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

براساس نتایج آزمون T در گروه‌های مستقل، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کل پیش‌آزمون ترومای ثانویه و مولفه‌های آن در دو گروه وجود نداشت.

جدول ۲) میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در آزمون سنجش نشانه‌های ترومای ثانویه و سه مولفه آن (تعداد در هر گروه=۱۱نفر)

متغیرها	گروه کنترل	گروه آزمایش
مولفه مزاحمت		
پیش‌آزمون	۱۸/۳۶±۴/۲۷	۱۶/۷۰±۳/۳۰
پس‌آزمون	۱۸/۲۷±۴/۲۲	۱۱/۹۰±۲/۸۰
مولفه اجتناب		
پیش‌آزمون	۲۱/۴۵±۷/۶۸	۲۲/۰۰±۶/۷۶
پس‌آزمون	۲۱/۰۰±۷/۴۹	۱۵/۴۰±۴/۰۰
مولفه برانگیختگی		
پیش‌آزمون	۱۸/۵۴±۴/۵۹	۱۶/۸۰±۴/۴۹
پس‌آزمون	۱۹/۲۷±۵/۸۳	۱۱/۵۰±۱/۸۴
ترومای ثانویه (نمره کل)		
پیش‌آزمون	۵۸/۸۱±۱۶/۳۴	۵۵/۷۰±۱۳/۱۴
پس‌آزمون	۵۸/۸۱±۱۵/۴۰	۳۸/۸۰±۷/۰۵

پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون و افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS)، متغیر مستقل (روش آموزش شناختی- رفتاری) توانست تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل ایجاد کند (F=۳۶/۷۷۹ ؛p<۰/۰۱)، بنابراین اجرای روش آموزش شناختی- رفتاری منجر به کاهش نمره کل ترومای ثانویه در گروه آزمایش شد. به‌علاوه، ۶۸/۴٪ (۰/۶۸۴) واریانس نمره کل ترومای ثانویه توسط متغیر مستقل (آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری) تبیین شد. در کل می‌توان گفت آموزش شناختی- رفتاری با اطمینان ۰/۹۹ توانست علایم ترومای ثانویه را کاهش دهد.

همچنین بین میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در علایم مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی، با کنترل اثر متغیر افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS) و کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌دار وجود داشت. به‌علاوه، مقادیر مجذور ایتا نشان‌دهنده اندازه ارتباط متوسط بین تکنیک‌های شناختی- رفتاری و علایم مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی بود (به ترتیب ۰/۵۳۰، ۰/۳۵۰ و ۰/۴۷۵).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر تکنیک‌های شناختی- رفتاری در کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب با تعدیل متغیر افسردگی، اضطراب و استرس بود. یافته‌های پژوهش بیانگر این بود که آموزش شناختی- رفتاری منجر به کاهش نشانه‌های ترومای ثانویه و سه مولفه آن (مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) شده است. اثربخشی راهبردهای شناختی- رفتاری بر کاهش علایم استرس ترومای ثانویه در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش *کاظمی* و همکاران [۲۳]، *کاظمی* [۲۶]، *غفوری* [۲۵]، *رابرتسون* و همکاران [۲۷] و *پیترزاک* و همکاران [۲۸] مورد تایید قرار گرفته است. برخی از پژوهشگران معتقدند هر روشی که در کاهش علایم اختلال استرس پس از آسیب اولیه مفید است می‌تواند در کاهش علایم ترومای ثانویه و حمایت و توانمندسازی همسران با تاکید بر چگونگی کنارآمدن با ترومای ثانویه به‌کار گرفته شود [۱۴]. همراستا با این فرض، یافته‌های این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام‌شده در مورد اثربخشی تکنیک‌های مبتنی بر روش شناختی- رفتاری بر کاهش علایم اختلال استرس پس از آسیب اولیه و سایر مشکلات روان‌شناختی آنان هماهنگی دارد؛ از جمله یافته‌های *اصلانی* و همکاران [۵۲]، *ذوقی‌پایدار* و همکاران [۵۳]، *احمدزاده* و همکاران [۴۸]، *زیفرد* و *دویوا* [۴۹]، *فوآ* و همکاران [۵۴] *مانسون* و همکاران [۵۵]، *هافمن* و همکاران [۵۶]، *اوته* [۵۷] و دیگران که نشان می‌دهند تکنیک شناختی- رفتاری منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌شود.

همان گونه که گفته شد، یکی از اصطلاحاتی که به‌جای ترومای ثانویه به‌کار می‌رود ترومای جانشینی است که در آن روی "چارچوب مختل مرجع" تاکید می‌شود. این چارچوب، تحریف شناختی و باورهای بنیادین مختل و منفی مراقب را نسبت به خودش و دیگران، دیدگاهش نسبت به دنیا، معنویت، سطح تحمل، روابط بین‌فردی و "نظام حافظه تصوری" او را بازنمایی می‌کند [۱۱]. این تحریفات شناختی در سایه مواجهه غیرمستقیم با ترومای همسر، در همسران جانباران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب مزمن شکل گرفته است [۳۱-۲۹]. با توجه به وجود این تحریفات شناختی، در این پژوهش به مراجعان کمک شد تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و راه‌های مقابله با مشکلات و حل آنها به‌شیوه سازگارانه را کسب کرده و به‌کار گیرند. در واقع، افراد از طریق بازسازی شناختی، فرصتی برای انطباق سازگارانه و کنترل هیجانات و رفتار خود پیدا کردند. براساس رویکرد شناختی- رفتاری، شناخت و رفتار جدا از هم نیستند و برای فهم ارتباطات پویا و پیچیده بین افکار، احساسات و رفتار، دو رویکرد شناختی و رفتاری به‌طور منسجم به‌کار گرفته می‌شوند. در کل، مداخلات شناختی- رفتاری بر تعامل پیچیده وقایع شناختی، فرآیندها، تولیدات، ساختارها، عاطفه، رفتار آشکار و تجارب و زمینه محیطی تاکید می‌کنند و شناخت‌ها، رفتارها و عواطف ناکارآمد را مورد هدف قرار می‌دهند [۵۸]. تاکید همزمان این رویکرد بر افکار، عواطف و رفتار، سه نوع مداخله شامل مداخلات شناختی، مداخلات رفتاری و مداخلات تجربی/هیجانی را مطرح می‌سازد. در پژوهش حاضر با به‌کارگیری این سه نوع مداخله، اجزای شناختی، رفتاری و هیجانی ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال آسیب پس از سانحه مورد هدف قرار گرفتند، به‌گونه‌ای که در مداخلات شناختی، تحریف‌های شناختی و باورهای بنیادین و میانجی ناکارآمد از طریق بررسی فرآیندهای شناختی و برقراری ارتباط منطقی بین باور و احساس و شناخت، به‌چالش کشیده شد. با استفاده از تمرین‌های

تنش‌زدایی و آرمیدگی، نوشتن آرام‌بخش و بازسازی تصویر ذهنی بر تغییر "اجزای هیجانی و فیزیولوژیک تروما" تاکید شد، و از طریق به‌کارگیری مداخلات رفتاری بر کاربرد مهارت‌های ارتباطی، حل مساله و حل تعارض تاکید شد. مداخلات شناختی- رفتاری در این پژوهش توانست به کاهش نشانه‌های برانگیختگی (رفتارهای تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم، گوش‌به‌زنگی مفرط و مشکلاتی در تمرکز و خواب)، مزاحمت (تجربه مکرر و غیرارادی و مزاحم خاطرات ناراحت‌کننده مربوط به رویدادهای آسیب‌زا) و اجتناب (اجتناب از افکار یا صحبت درباره واقعه آسیب‌زا و حتی مکان‌ها و افرادی که واقعه آسیب‌زا را یادآوری می‌کنند) منجر شود. به‌نظر می‌رسد که در این پژوهش کاهش ترومای ثانویه از یک سو، ناشی از تاکید بر تغییر اجزای هیجانی و رفتاری تجربه ترومای ثانویه با تاکید بر به‌کارگیری روش‌های حل مساله و حل تعارض در مواجهه با تجربه‌های هیجانی مختل باشد و از سوی دیگر، تاکید بر مهارت حل مساله و حل تعارض به‌جای اجتناب از آن می‌تواند کاهش علایم اجتناب را به‌همراه داشته باشد. به‌علاوه، تاکید بر شناسایی تحریفات شناختی و شناخت‌های ناکارآمد و بازسازی شناختی، می‌تواند بستری مناسب برای کاهش هر سه مولفه ترومای ثانویه فراهم آورد.

با توجه به اثرات فشارزا، عمیق، مداوم و پیچیده جنگ و تاثیر آن بر افراد خانواده توصیه می‌شود، به‌منظور ارتقای سلامت روان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب و خانواده‌های آنان، جلسات آموزش خانواده به‌منظور پیشگیری از ترومای ثانویه برای مراقبان آنان برگزار شود. همچنین با توجه به اثربخشی تکنیک آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش علایم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب توصیه می‌شود که این روش در طیف وسیعی در شهرها و مناطق دیگر و روی سایر افرادی که از اختلال استرس پس از آسیب رنج می‌برند، اجرا شود. با استفاده از راهبردهای رویکرد شناختی- رفتاری می‌توان از طریق بازسازی شناختی، آموزش تکنیک‌های تنش‌زدایی و آرمیدگی، تکنیک‌های تجربی و مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت استرس به بهبود نشانه‌ها در افراد دچار ترومای ثانویه کمک کرد. از این رو توصیه می‌شود این روش در کاهش سایر اختلالات روان‌شناختی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب به‌کار گرفته شود.

در این پژوهش امکان مطالعه تداومِ اثر روش آموزش شناختی- رفتاری برای پژوهشگران میسر نشد، بنابراین به پژوهشگران دیگر توصیه می‌شود که ضمن مطالعه تداوم اثر آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش علایم ترومای ثانویه، متغیرهایی همچون شرایط اقتصادی، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب را کنترل کنند.

نتیجه‌گیری

روش آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری، راهبردی کارآمد و موثر در کاهش علایم ترومای ثانویه و سه مولفه آن، یعنی مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب است.

تشکر و قدردانی: از کلیه همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب که با شرکت در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از مسئولان بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ و ریاست محترم بیمارستان روان‌پزشکی صدر و همکاری‌ها و راهنمایی‌های بی‌دریغ ایشان قدردانی می‌شود.

تاییدیه اخلاقی: پس از اخذ توافق آگاهانه از شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند و شرکت در این پژوهش هیچ گونه ضرر احتمالی برای آنان ندارد. به‌علاوه به آنان اطمینان داده شد که یافته‌های حاصل از این تحقیق به‌صورت کلی و بدون ذکر موارد فردی منتشر می‌شود.

تعارض منافع: هیچ موردی از تعارض منافع توسط پژوهشگران، شرکت‌کنندگان و بیمارستان صدر گزارش نشد.

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

منابع

1- Rezaee M, Yonesi J, Ahmadi Kh, Asgari A, Mirzaee J. The impact of emotionally focused couple therapy on improving communication patterns in combat-related PTSD veterans & their wives. J Fam Res. 2010;6(1):43-58. [Persian]

2- Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. JAMA. 2007;298(18):2141-8.

3- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. Sci. 2006;313(5789):979-82.

4- Kotler M, Cohen H, Aizenberg D, Matar M, Loewenthal U, Kaplan Z, et al. Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. Psychother Psychosom. 2000;69(6):309–15.

5- Solomon Z, Shklar R, Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: A 20-year longitudinal evaluation study. Am J Psychiatry. 2005;162(12):2309-14.

6- 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;9:477-501.

7- Boscarino JA, Figley CR, Adams RE. Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A

25- Follette V, Palm KM, Pearson AN. Mindfulness and trauma: Implications for treatment. J Ration-Emot Cogn-Behav Ther. 2006:24(1):45-61.
26- Kazemi AS. The effectiveness of mindfulness-based cognitive strategies to reduce the symptoms of secondary traumatic stress disorder and chronic psychological problems. J Think Behav. 2011;6(23):122-9. [Persian]
27- Robertson CS, Valadka AB, Hannay HJ, Contant CF, Gopinath SP, Cormio M, et al. Prevention of secondary ischemic insults after severe head injury. Crit Care Med. 1999; 27(10):2086-95.
28- Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Psychological resilience and post deployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. Depress Anxiet. 2009;26(8):745-51.
29- LaMontagne, LL, Hepworth JT, Cohen F, Salisbury MH. Cognitive-behavioral intervention effects on adolescents' anxiety and pain following spinal fusion surgery. Nurs Res. 2003;52(3):183-90.
30- Prochaska JO. Decision making in the trans-theoretical model of behavior change. Med Decis Making. 2008;17;11-9.
31- Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(9):953-59.
32- Roiser JP, Elliott R, Sahakian BJ. Mood disorders: Cognitive mechanisms of treatment in depression. Neuropsychopharmacol Rev. 2012;37:117-36.
33- Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? J Consult and Clin Psychol. 2000;68(1):46 –56.
34- Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. Clin Psychol: Sci Pract. 1997;4(4):291-306.
35- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: A systematic review of interventions and outcomes s. Rheumatol. 2008;47(5):670-8.
36- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioral therapy of binge-eating disorder: A component analysis . Behav Res Ther. 2004;42(11):1325–39.
37- Narimani M, Rajabi S. Comparison of the effect of eye movement desensitization and reprocessing and cognitive-behavioral therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Islamic Azad Univ J Med Sci. 2009; 19(4):236-45. [Persian]
38- Zoellner, L A, Feeny NC, Fitzgibbons LA, Foa EB. Response of African American and Caucasian women to cognitive behavior therapy for PTSD. Behav Ther. 1999;30(4):581–95.
39- Paunovic, N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behavior research and therapy. 2001;39(10):1183-97.
40- Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. J Anxiety Disord. 1999;13(1-2):131-57.
41- Cristofolini L. The important of sample size and statistical power in experimental research: A study of secondary trauma among New York City social workers. Int J Emerg Ment Health. 2004;6(2):57-66.
8- Zimering R, Gulliver SB, Knight J, Munroe J, Keane TM. Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to Ground Zero. J Trauma Stress. 2006;19(4):553-7.
9- Sodeke-Gregson EA, Holttum S, & Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. Eur J Psychotraumatol. 2013;4:10.
10- Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1998.
11- Pearlman LA. Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In: Stamm BH, editor. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers & educators. 2nd edition. Baltimore: Sidran Press; 1999. pp. 51-64.
12- Klarić M, Kvesić A, Mandić V, Petrov B, Frančišković T. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress. Psychiatr Danub. 2013;25(Suppl1):29-36.
13- Figley CR. The family as victim: Mental health implication. Psychiatry. 1985;6:283-91.
14- Francisković T, Stevanović A, Jelusić I, Roganović B, Klarić M, Grković J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. Croat Med J. 2007;48(2):177–84.
15- Collins J. Addressing secondary traumatic stress: Emerging approaches in child welfare. Children's Voice. 2009;2:10-4.
16- Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(1):103-8.
17- Ben Arzi N, Solomon Z, Dekel R. Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: Distress, caregiver burden and psychological separation. Brain Inj. 2000;14(8):725-36.
18- Klarić M, Frančišković T, Obrdalj EC, Petrić D, Britvić D, Zovko N. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. Psychiatr Danub. 2012;24(3):280-6.
19- Koić E, Frančišković T, Mužinić-Masle L, Đorđević V, Vondraček S, Prpić J. Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for post-traumatic stress disorder. Acta Clinica Croatica. 2002;41(4):295-306.
20- Porafshar S, Ahmadi Noudeh Kh, Elias MH. Evaluation of secondary PTSD and marital satisfaction in spouses of veterans with PTSD. Milit Psychol Q. 2008;1(1):67-76. [Persian]
21- Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. Clin Psychol Psychother. 2010;17(3):165-82.
22- Yousefi R, Abedin A, Tirgari A, Fathabadi J. The effect of schema-based instruction on improving marital satisfaction. J Clin Psychol. 2009;2(3):25-37. [Persian]
23- Kazemi AS, Banijamali SS, Ahadi H, Farrokhi NA. 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. Islamic Azad Univ J Med Sci. 2012;22(2):122-9. [Persian]
24- Ortlepp K, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. J Trauma Stress. 2002;15(3):213-22.

50- Moradi Manesh 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]

51- Leahy RL, Trich D, Napolintano LA. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner guide. New York- London: The Guilford Press; 2011.

52- Aslani M, Hashemian K, Lotfi Kashani F, Mirzaei J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with chronic posttraumatic stress disorder as a result of the war. J Appl Psychol. 2005;1(3):16-7. [Persian]

53- Zoghi Paidar M, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A. Effectiveness of instruction of coping skills based on cognitive-behavioral approach on post-traumatic stress disorder and depression caused by the war veterans. Milit Psychol. 2011;2(5):1-16. [Persian]

54- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs D, Murdock T. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. J Consult Clin Psychol. 1991;59(5):715-23.

55- Monson CM, Fredman SJ, Macdonald A, Pukay-Martin ND, Resick PA, Schnurr PP. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. J Am Med Assoc. 2012;308(7):700-9.

56- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang, A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012;36(5):427–40.

57- Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(4): 413-21.

58- McGuire J. The think first program. In: McMurran M, McGuire J, editors. Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution. Hoboken: John Wiley & Sons; 2005. pp. 183-206.

comparative study. Acta Bioengin Biomechanics. 2000;2(1):3-16.

42- Ahmadi Kh, Rezapour Y, Davoudi F, Saberi M. Investigate of validity and reliability of secondary trauma stress scale for evaluation of ptsd symptoms in samples of warfare victims' wives. Iran J War Public Health. 2013;5(3):47-57. [Persian]

43- 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.

44- Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(5):860-95.

45- 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. Iran J War Public Health. 2015;7(1):21-8. [Persian]

46- Ahmadi Kh, Rezapour Mirsalah R. Standardization test of vicarious PTSD in veterans' families [Research Report]. Institute of Behavioral & Neuroscience and Behavioral Sciences Research Center: Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2011. [Persian]

47- Samani S, Jokar B. A study on the reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress scale. J Soc Sci Humanities Shiraz Univ. 2007;26(3):65-77. [Persian]

48- Ahmadzadeh Aghdam E, Ahmadi Kh, Nooranipoor R, Akhavi Z. The effect of stress inoculation on decrease of PTSD symptoms in veterans. Iran J War Public Health. 2013;5(3):32-40. [Persian]

49- Zayfart C, DeViva JC. Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. J Trauma Stress. 2004;17(1):69-73.