

## اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

### Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Emotion Efficacy, Cardiovascular Reactions, Quality of Sleep and Psychological Flexibility in Prisoners of War with Post Traumatic Stress Disorder

Jafar Mirzaee PhD

Mohammad Hatami PhD✉

Jafar Hasani PhD

جعفر میرزایی<sup>۱</sup>

محمد حاتمی<sup>۲</sup>

جعفر حسینی<sup>۳</sup>

#### Abstract

This study has been done with aim of effectiveness transdiagnostic therapy based on emotion efficiency, cardio-vascular reactions, sleep quality and psychological flexibility of the prisoners with PTSD. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and the control group with monthly period follow-up. The statistical population included all patients referred to Sadr psychiatry hospital in Tehran in the years 1400-1401, from which 24 people were selected in an accessible and purposeful manner and randomly assigned to experimental (n=12) and control (n=12) groups. In order to gathering data, efficiency emotion scale, depression, anxiety and stress scale, psychological flexibility form and Pittsburgh sleep quality index and estimate vital signs by pressure gauge device were used. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The result of analysis showed that, there was significant difference between the experimental group and control group in terms of dependent variable in pre-test phase towards post-test in monthly period follow-up. The examination of the follow-up periods showed that, there was no significant difference between monthly follow-up and post-test periods. Therefore, this shows, the persistence of the treatment effect over time and a month after end of meetings from the above findings, it can be concluded that, transdiagnostic therapy on emotion efficiency has been a remarkable effect on decrease of PTSD symptoms, psychological flexibility and cardiovascular reactions.

**Keywords:** Post Traumatic Stress Disorder, Transdiagnostic Therapy, Emotion Efficacy, cardio-vascular Reactions, Sleep quality, Psychological Flexibility, Prisoners of War

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شد. روش این پژوهش روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی بنیاد شهید تهران با تشخیص روان‌پزشکی PTSD در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. نمونه شامل ۲۴ نفر که به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) که پس از همگن‌سازی انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس کارآمدی هیجانی، فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی نسخه پنجم، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ و ارزیابی علائم حیاتی و فشارخون به وسیله دستگاه فشارسنج استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی دوره پیگیری نیز نشان داد که بین پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج نشان‌دهنده آثار پایدار درمان در طول جلسه و یک‌ماه پس از پایان جلسات است. همچنین درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی-عروقی، بهبود کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم PTSD تأثیر قابل توجه و معناداری دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال استرس پس از ضربه، درمان فراتشخیصی، کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی-عروقی، کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آزادگان

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۸/۱۹

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

## ● مقدمه

از نظر تاریخی تروما از بدو پیدایش بشر، با حوادث و بلایا همراه انسان بوده است. یکی از حوادث ساخته دست بشر پدیده منفور جنگ و بیماری‌های ناشی از آن شامل طبقه‌بندی‌هایی در دو سده اخیر است؛ نوروژ وحشت توسط کریپلین (۱۸۶۰)، جنگ داخلی آمریکا (۱۸۶۱) با سندرم داکوستا، نوروژ اضطراب فروید در ۱۸۹۴، جنگ روسیه و ژاپن در ۱۹۰۴ با استرس ناشی از موج انفجار، جنگ جهانی اول (۱۹۱۴) با نشانگان قلب سرباز، جنگ جهانی دوم در (۱۹۳۹) با سندرم تلاش، جنگ کره در (۱۹۵۰) با نشانگان خستگی نبرد، جنگ ویتنام در (۱۹۶۴) با استرس پس از سانحه، جنگ عراق علیه ایران در (۱۹۸۰) با (PTSD)، جنگ خلیج فارس در (۱۹۹۰) با سندرم خلیج فارس شناخته شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۵؛ میرزایی و همکاران (۱۳۸۶)). اختلال استرس پس از ضربه (posttraumatic stress disorder) به‌عنوان اختلالی که پدیده‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی را متأثر می‌سازد؛ شناخته شده است (سارین و همکاران، ۲۰۲۱). PTSD با افزایش استرس و اضطراب پس از مواجهه فرد با یک رخداد استرس زا همراه می‌شود و باید این عامل به اندازه‌ای شدید باشد که موجب تهدید وضعیت روان‌شناختی و جسمانی در فرد شده و تقریباً بتواند هر فردی را تحت تأثیر قرار دهد. طبق تعریف راهنمای پنجم تشخیصی و آماری اختلال‌ها روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا PTSD شامل علائم افکار مزاحم، اجتناب از افکار و موقعیت‌ها، تغییر منفی در خلق و شناخت و برانگیختگی مستمر است. این علائم باید حداقل به مدت یک ماه تداوم یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). با مروری بر پژوهش‌ها و ادبیات تحقیق در حوزه درمان مبتلایان به PTSD، نتایج نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری (cognitive behavior therapy) به‌خصوص درمان‌های مبتنی بر مواجهه‌سازی و پردازش شناختی درمان خط اول است (پترسون و همکاران ۲۰۲۳؛ میرزایی و ابهری ۱۳۸۱؛ میرزایی و میرزایی، ۲۰۰۴). میرزایی و همکاران (۱۳۸۶). میرزایی و همکاران (۱۳۸۶) پروتکل درمانی (CBT) فوآ و دابسون را که شامل فنون آرام‌سازی عضلانی، مواجهه درمانی و بازسازی شناختی که به شکل گروه درمانی ارائه شد را روی جانبازان مبتلا به (PTSD) بررسی کرده و اثربخشی قابل توجهی در کاهش عود علائم افسردگی، اضطراب، افکار مزاحم، اجتناب را گزارش کردند. جاسبی، میرزایی و همکاران (۲۰۱۸)، اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) را روی جانبازان (PTSD) به صورت گروهی بررسی کرده و بیشترین اثربخشی برافسردگی، تجربه مجدد و اجتناب بوده و کمترین اثرروی برانگیختگی مستمر بوده است. راه‌نجات و همکاران (۱۳۹۳)، در مقایسه مواجهه درمانی بلندمدت با درمان فراشناختی در مورد کاهش علائم مبتلایان به PTSD به ترتیب کاهش یادآوری، اجتناب و اشتغالات فکری را مؤثر گزارش کردند. نتیجه مطالعه سیستماتیک مروری بر درمان‌های روان‌شناختی (PTSD) با رویکرد (CBT) نشان دهنده آن است که مدیریت استرس، مواجهه درمانی ممتد و بازسازی شناختی مورد توافق بیشتر متخصصین بالینی بوده است (میرزایی، ۱۳۹۹)، نتایج مطالعه مرور نظام‌مند بر درمان‌های موج سوم و فرا تشخیصی نشان می‌دهد که علی‌رغم آنکه درمان مبتنی بر مواجهه‌سازی خط اول درمان است اما ریزش درمانی آن تا ۳۶ درصد گزارش شده است (وارکر و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین به نظر می‌رسد درمان یکپارچه فراتشخیصی به‌دلیل استفاده از رویکردهای موج سوم و فنون متعدد (CBT) و کار روی هیجان از مقبولیت بیشتری در اختلال‌ها هیجانی برخوردار است و هنوز در ابتدای راه برای درمان (PTSD) است (میرزایی و همکاران ۱۴۰۰). یکی از درمان‌هایی که بیش از یک اختلال را با سایر هم‌ابتلائی‌ها (comorbidities) مد نظر قرار می‌دهد، درمان فراتشخیصی (transdiagnostic therapy) است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). درمان کارآمدی هیجان (emotion efficacy therapy) با ادغام مؤلفه‌های پنج‌گانه آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله ذهن‌آگاهانه در بافت مبتنی بر مواجهه است، به مراجعین یاد می‌دهد تا پریشانی خود را تحمل کنند و در صورت نیاز هیجانات خود را کاهش دهند و انتخاب‌های هم‌سو با ارزش‌ها داشته باشند (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). با انجام درمانی مبتنی بر پردازش هیجانی، انگیزتگی هیجانی پس از افزایش آن در طی درمان، کاهش یافته و درمان به صورت پویاتداوم می‌یابد (گرینبرگ، ۲۰۱۶). این رویکرد در مقابل برخی از درمان‌های دیگر قرار دارد که هدف اولیه آنها تنظیم یا کاهش هیجان است (توما و مک‌کی، ۲۰۱۵) رویکرد EET یافته‌های حاصل از علوم مربوطه به هیجان‌ها و عواطف، درمان شناختی رفتاری سنتی، موج سوم CBT و نظریه یادگیری را یکپارچه می‌سازد. EET بر اساس چندین رویکرد درمانی شکل گرفته و مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی (dialectical behavior therapy) را با درمان مبتنی بر مواجهه (exposure based therapy) ادغام می‌کند (بارلو و فارشیون، ۲۰۱۸؛ مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). بنابراین یکی از دلایلی که منجر به شکل‌گیری درمان فراتشخیصی شد؛ هدف قرار دادن

چندین اختلال به طور هم‌زمان و درمان عوامل مشترک اختلال‌های هیجان است (بارلو، فارشیون ۲۰۱۱؛ بارلو و فارشیون، ۲۰۱۸). PTSD یکی از اختلال‌هایی است که بالاترین میزان هم‌ابتلایی را با اختلال‌های افسردگی، خلقی، اضطرابی و مصرف مواد دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). از آنجایی که PTSD با اختلال‌های جسمانی نیز هم‌ابتلایی دارد این پژوهش به دنبال درمانی اثربخش و امن است که هدف آن یافتن خلا موجود در درمان‌های خط اول و با ریزش درمانی کم در مبتلایان به PTSD است. بسیاری از محققان معتقدند استرس بیشترین سهم را در بروز فشارخون بالا دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها وجود هم‌زمانی PTSD با مشکلات قلبی عروقی به خصوص انفارکتوس میوکارد و سکته مغزی را گزارش کرده‌اند (سارین و همکاران، ۲۰۲۱). درباره متغیر واکنش‌های قلبی و عروقی پژوهش آقایوسفی و همکاران، (۲۰۱۵) با درمان پردازش شناختی (cognitive processing therapy) به زیست‌نشان‌گرهای قلبی - عروقی، فشارخون، ضربان و دمای بدن مبتلایان به PTSD نشان داده که این درمان در بهبود شاخص‌های بیش برانگیختگی قلبی - عروقی مؤثر است (آقایوسفی و همکاران ۲۰۱۵). نتیجه پژوهش میرزایی (۱۴۰۲)، با درمان گروهی (CPT) روی جانبازان جنگ مبتلا به PTSD نشان داد؛ علایم تجربه مجدد، اجتناب و تغییر در خلق و شناخت بیشتر از تحریک‌پذیری مستمر تحت تأثیر درمان قرار گرفتند. یکی از مشکلات ویژه سلامتی مرتبط با سطوح بالای استرس مانند فشارخون و سردردهای تشنجی و مشکلات قلبی عروقی به نظر می‌رسد با تمرکز ذهنی و آرام‌سازی بهبود می‌یابد (هوگت و همکاران، ۲۰۱۴). راهبردهای آرام‌سازی در (DBT) برای هدف قراردادن بدتنظیمی هیجانی و افزایش کارآمدی و مقابله ذهن آگاهانه به کار برده می‌شوند (هافمن و هیز، ۲۰۱۸). آرام‌سازی عضلانی موجب کاهش برانگیختگی فیزیولوژیایی می‌شود و با اضطراب ناسازگار است (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۹). در زمینه اختلال‌های خواب یکی از مهمترین آشفتگی‌ها مربوط به کیفیت خواب، کابوس شبانه و وحشت شبانه است. این اختلال موجب خستگی، بدکاری شناختی، افسردگی، اضطراب و افت عملکرد شغلی می‌شود. هم‌ابتلایی PTSD و اختلال‌های مربوط به خواب و کیفیت آن ۷۰ تا ۹۱ درصد گزارش شده است (سارین و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). پژوهشگران معتقدند درمانی که بتواند علی‌رغم علائم همراه PTSD، مشکلات خواب را بهبود بخشد، موجب تنظیم هیجانی بیماران شده و افسردگی کاهش می‌یابد (بیگز و همکاران، ۲۰۲۰). برخی پژوهش‌ها بر این دلالت دارد که مداخلات مبتنی بر افزایش انعطاف‌پذیری و ذهن آگاهی (mindfulness) در مبتلایان به PTSD ارزش درمانی مضاعف دارد (کیت و همکاران، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با هدف تقویت توانایی تماس با لحظات زندگی، تغییر و تثبیت رفتار است. رفتارهایی که به مقتضیات موقعیت هم‌سو با ارزش‌های فرد است (هیز، ۲۰۰۴). پژوهش دورتا و ساده (۲۰۱۸)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را عامل مهمی در کاهش علائم PTSD و رفتارهای پرخاشگرانه سربازان بازگشته از جنگ گزارش می‌کند. نتایج پژوهشی که قصد مقایسه انواع درمان‌های (CBT) را داشته درمان‌های مؤثر و قوی را مواجهه طولانی‌مدت و شناخت‌درمان گزارش کرده و درمان‌های خوب اما نه چندان پایدار را شامل حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات چشم (EMDR) و درمان مواجهه‌سازی روایتی و درمان‌های نه چندان مؤثر را آموزش آرام‌سازی و مشاوره حمایتی معرفی کرده است (واکر و همکاران، ۲۰۲۱). با مروری بر درمان‌های موج سوم (CBT)، EET به‌عنوان بسته درمانی ارائه شده است. پژوهش دیندو نشان داد (ACT) در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای موجب بهبود و کاهش علایم شده است (دیندو و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۸) تأثیر (ACT) در آزادگان مبتلا به PTSD بر روی اجتناب تجربه‌ای، یادآوری مجدد، استرس و اضطراب را مؤثرتر از علایم افسردگی و تحریک‌پذیری مستمر گزارش کردند. DBT در جهت ذهن آگاهی، ارتباط بین فردی مؤثر، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی اقدام می‌کند (لینهان ۱۹۹۳). مرکز توجه درمان (DBT) روی روابط موجود بین افکار، احساسات و رفتارهای جاری، پذیرش، تحمل آشفتگی و تغییر الگوهای رفتاری است (بارلو، ۲۰۰۸). از طرف دیگر مطالعات فراتحلیل PE را درمان خط اول مبتلایان به PTSD گزارش کرده است (ناتاشا و همکاران، ۲۰۲۱). ACT هنوز در درمان PTSD دارای شواهد بالینی قوی نبوده است (گزارش نیروی هوایی آمریکا، ۲۰۱۵) و از طرفی (DBT) به تنهایی قادر به بهبود قابل توجه بیماران PTSD گزارش نشده است (بوهوس و همکاران، ۲۰۲۰)، درمان فراتشخیصی در مبتلایان PTSD هنوز به صورت مطالعه کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی (RCT) مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است و مکانیسم‌های تغییر آن چندان مشخص نیست. در واقع بیشترین پژوهش‌ها بر سایر اختلال‌های هیجانی مانند اختلال‌های افسردگی، اضطراب و خوردن بوده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). EET به‌عنوان یک درمان نوظهور این توان را دارد که بسیاری از مشکلات سازگاری، انعطاف‌پذیری، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی

و نشخوار فکری را پوشش دهد (کرینگ و اسلوان، ۲۰۱۰) و می تواند تعدد مشکلات هیجانی و هم‌ابتلائی را در مبتلایان به PTSD هدف قرار دهد. (EET) دو برانگیزاننده فراتشخیصی دخیل در کارآمدی پایین هیجان را هدف قرار می‌دهد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). از این‌رو محققان بر آن شدند تا به این پرسش پاسخ دهند که آیا درمان فراتشخیصی می‌تواند بر کارآمدی هیجان‌علایم مبتلایان به PTSD، بهبود کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و واکنش‌های قلبی عروقی مؤثر باشد.

## ● روش

این پژوهش از نظر روش‌شناختی، طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه است. جامعه آماری شامل تمام آزادگان مراجعه‌کننده به درمانگاه یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی بنیاد شهید تهران در سال ۱۴۰۰ - ۱۴۰۱ که دارای تشخیص روان‌پزشکی (PTSD) بر اساس کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران بودند. روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر به صورت هدفمند بود. پرونده ۴۰۰ جانباز آزاده که در درمانگاه پرونده درمانی داشتند، مورد بررسی و غربالگری قرار گرفت و از بین آنها ۵۰ نفر که واجد شرایط اولیه ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و در نهایت ۳۲ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. با استفاده از نرم‌افزار (G-Power) حداقل حجم هر گروه بر اساس گروه‌های درمانی تعداد ۱۶ نفر محاسبه شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال‌ها خلقی، روان‌پریشی، اعتیاد به مواد و آسیب مغزی بوده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل تکمیل فرم رضایت‌مندی آگاهانه به‌وسیله جانبازان بود. سایر معیارها شامل تشخیص قطعی (PTSD) با هم‌ابتلائی اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر... و غربالگری آنها با داشتن نمره برش ۳۸ در فهرست علائم (PTSD)، تحصیلات دیپلم، تأهل و سنین ۵۲ الی ۵۹ صورت گرفت. افراد شرکت‌کننده به دلیل همه‌گیری کرونا و حضور در جلسه اول درمان با مسله ریزش در درمان مواجه شده و به ۲۴ نفر تقلیل یافتند که در دو گروه ۱۲ نفره پس از همگن‌سازی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن، تحصیلات، تأهل، درمان سرپایی و مصرف داروها، هم‌تاسازی شدند. روش پژوهش در این مطالعه به این صورت بود که شرکت‌کنندگان در یک فهرست شمارش تصادفی توسط همکار درمانگر به دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. پیش از شروع مداخله تمامی شرکت‌کنندگان در دو جلسه توسط متخصص داخلی برای ویزیت از نظر واکنش‌های قلبی- عروقی و کنترل فشارخون مورد بررسی قرار گرفتند و نمره ۱۳/۸ را به‌عنوان فرد دارای مشکلات پیش از پرفشاری به پژوهشگر معرفی شد. برای گروه درمان (آزمایش) طبق شیوه‌نامه درمان کارآمدی هیجان‌مک‌کی و وست (۲۰۱۶) در ۱۰ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای را به صورت هفتگی یک‌بار دریافت کردند که محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. در جلسه اول پیش‌آزمون، تکمیل پرسشنامه‌ها، ارائه منطق درمان و معرفی اعضای گروه به همراه آموزش آرام‌سازی عضلانی صورت گرفت و همچنین در اول و آخر جلسات درمان ارزیابی فشارخون توسط پرستار بخش صورت می‌گرفت. پس از آخرین جلسه در بهمن ۱۴۰۱ دوره پیگیری یک‌ماهه به صورت ارزیابی و اجرای پرسشنامه‌ها، فشارخون، اجرای آرام‌سازی و مروری بر جلسات و پاسخ دادن به سؤالات روزمره آنها صورت گرفت. بعد از پایان جلسات گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز مداخله (EET) برای ایشان در ۸ جلسه اجرا گردید. فرضیه‌های پژوهش در این مطالعه شامل درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، کاهش علائم (PTSD)، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثر بودند. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار (SPSS) داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

## ● ابزارها

**الف) فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی نسخه پنجم (PCL-5 military version PTSD checklist)**

(M-5): این فهرست توسط ودرز، لیتز و همکاران (۲۰۱۵) برای ارزیابی، غربالگری و کمک تشخیصی بیماران PTSD طراحی شده است. فهرست (PTSD) خودگزارشی است که دارای ۲۰ ماده برای ارزیابی علائم (PTSD) مبتنی بر (DSM-5) است، فهرستی که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و ۴ دسته کلی (PTSD) را که شامل دسته افکار مزاحم، اجتناب، خلق و شناخت منفی و برانگیختگی مستمر را مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی (PTSD-5) است مورد بررسی قرار می‌دهد. ودرز و همکاران نمره

برش آن را برای تعیین (PTSD) نمره ۳۸ و با روایی هم‌گرا ۰/۸۹ برای نمونه‌های نظامی گزارش کردند (ودرز و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۹۵)، در ویژگی‌های روان‌سنجی متغیر (PCL-5)، همسانی درونی روایی همگرا ۰/۶۸ و ضرایب بازآزمایی آزمون ۰/۷۷، آلفای کرونباخ را بالاتر از ۰/۷۹ گزارش کردند. گزینه‌های مقیاس لیکرت شامل اصلاً (صفر) خیلی کم (۱) متوسط (۲) زیاد (۲) و خیلی زیاد (۴) هستند و به شیوه نمره‌گذاری معیارهای DSM نمره گذاری می‌شوند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹).

**ب) مقیاس افسردگی - اضطراب و استرس (DASS-21): Depression; Anxiety and Stress Scale**: این مقیاس توسط لوی باند و لوی باند در سال ۱۹۹۵ برای ارزیابی عاطفی منفی ارزیابی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. این مقیاس خودگزارشی برای بررسی شدت نشانه‌های اصلی عاطفه منفی تهیه شده است. از آنجایی که این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان استفاده کرد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار داده که نتایج آن نشان‌دهنده ارزش ویژه عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۹/۲ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۲ بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران انجام شده که نشان‌دهنده اعتبار بازآزمایی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای (DASS) به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده است (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶).

**ج) شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI):** این شاخص توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شد که شامل ۱۸ ماده در ۷ بخش (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، کارایی و مؤثر بودن خواب، اختلال‌های خواب، داروهای خواب‌آور، عملکرد نامناسب در طول روز) با مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای با دامنه نمرات ۰ تا ۲۱ است و مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء را تشکیل می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۳، حساسیت و ویژگی‌های بازآزمایی آزمون به ترتیب ۰/۸۹/۶، ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۷ و روایی شاخص ۰/۸۹/۶ را گزارش کردند (بوئیس و همکاران، ۱۹۸۹). در مطالعه ایرانی آن حساسیت این پرسشنامه ۰/۸۸/۵، ویژگی ۰/۸۷/۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است (ابراهیمی و صادق نیت و همکاران، ۱۳۹۳).

**د) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility Inventory (CFI):** این پرسشنامه توسط دنیس و نادروال در سال (۲۰۱۰) طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ ماده است. پرسشنامه CFI برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کارهای بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر اختلال‌های روانی به کار می‌رود. روایی CFI هم‌زمان با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۹۳ - و روایی همگرای آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۵۷ به دست آوردند. در ایران پژوهشی ضریب بازآزمایی کل مقیاس ۰/۵۰ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۳۱ گزارش نمودند (شاره و همکاران، ۱۳۹۲).

**ه) مقیاس کارآمدی هیجان (Emotion Efficacy Scale (EES-2):** این مقیاس اولین بار توسط وست (۲۰۱۶) به‌عنوان ابزاری برای سنجش پیامد درمان کارآمدی هیجان طراحی شده است و براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است. مقیاس اصلی کارآمدی هیجان توسط مکس شانون مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن نشان می‌دهد که (EES-2) (2) متشکل از ۵ خرده‌مقیاس آگاهی ذهن: آگاهانه، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله ذهن آگاهانه و کارآمدی کلی هیجان است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس حاکی از همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و همچنین قدرت ابزار در تمایز نمونه‌های بالینی و غیربالینی با استفاده از آزمون t است. روایی همگرا از طریق همبستگی منفی (EES-2) با مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (۰/۵۱-) و پرسشنامه پذیرش و عمل (۰/۵۰) تأیید شده است. لازم به ذکر است که شاخص حساسیت از طریق بررسی حساسیت مقیاس نسبت به درمان کارآمدی هیجان نیز مورد تأیید واقع شده است (مک کی و وست ۲۰۱۶).

**و) معاینه داخلی:** ارزیابی معاینه و بررسی سوابق مشکلات قلبی- عروقی و فشارخون و علائم حیاتی در ابتدا توسط متخصص داخلی در درمانگاه بیمارستان صدر انجام شده و افراد بالای فشارخون ۱۳۸ معرفی و وارد درمان شدند. همان‌طور که ذکر شد در اول و آخر هر جلسه ارزیابی فشارخون و علائم حیاتی توسط پرستار بخش بیمارستان انجام می‌شد.

## جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان EET

جلسات	درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان
اول	مشاهده و پذیرش: آگاهی از هیجان
دوم	مشاهده و پذیرش: پذیرش ذهن آگاهانه، موج سواری بر روی هیجان، تمرین مهارت مبتنی بر مواجهه
سوم	مشاهده و پذیرش و عمل مبتنی بر ارزشها (۱): عمل مبتنی بر ارزشها و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
چهارم	مشاهده و پذیرش و عمل مبتنی بر ارزشها (۲): عمل مبتنی بر ارزشها و آموزش مهارتهای مبتنی بر مواجهه
پنجم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق تن آرامی، خود آرام سازی و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
ششم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق افکار مقابله ای، پذیرش بنیادین و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
هفتم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق توجه برگردانی و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
هشتم	تثبیت، رفع اشکال و جمع بندی: آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش، مقابله ذهن آگاهانه و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه

## ● یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دامنه سنی آزادگان ۵۲ تا ۵۹ سال و میانگین سنی آنها ۵۶ با انحراف استاندارد ۱/۹۳ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه از نظر شدت علائم و سن تفاوت معناداری با هم ندارند و از این نظر همگن هستند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در این پژوهش شامل این موارد بود: تمام افراد متأهل بوده و از نظر تحصیلات ۷ نفر (۵۹ درصد) دارای دیپلم ۳ نفر (۲۵ درصد) فوق دیپلم ۲ نفر (۱۶ درصد) لیسانس گروه آزمایش و در گروه کنترل ۹ نفر (۷۵ درصد) دیپلم و ۲ نفر (۱۶ درصد) فوق دیپلم و یک نفر (۹ درصد) لیسانس قرار داشتند. میانگین سن مجروحیت ۱۹ سال و دارای حداقل ۲ فرزند بودند.

بر اساس جدول ۲ در گروه فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی (EET) کاهش میانگین در متغیر فشار خون و مشکلات خواب بر اساس پیش‌آزمون تا پس‌آزمون دیده می‌شود. نمرات میانگین این متغیرها برای گروه (EET) از پس‌آزمون تا پیگیری افزایش می‌یابد.

## جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه			
		EET	کنترل		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
فشار خون	پیش‌آزمون	۱۲۸/۷۵	۷/۴۲	۱۲۷/۵۰	۴/۵۲
	جلسه چهارم	۱۱۹/۵۸	۹/۱۵	۱۲۶/۶۶	۴/۹۲
	پس‌آزمون	۱۱۰/۰۰	۹/۵۳	۱۲۴/۱۶	۷/۹۲
	پیگیری	۱۱۹/۱۶	۷/۹۲	۱۲۶/۲۵	۶/۳۵
مشکلات خواب	پیش‌آزمون	۱۹	۳/۸۳	۱۹/۱۶	۳/۲۹
	جلسه چهارم	۱۶/۶۶	۳/۰۵	۱۹/۳۳	۲/۶۴
	پس‌آزمون	۱۲/۲۵	۲/۰۱	۱۹/۷۵	۳/۰۷
	پیگیری	۱۶/۵۸	۲/۵۰	۱۹/۰۰	۲/۷۳
کارآمدی هیجان	پیش‌آزمون	۳۴/۳۳	۲/۳۴	۳۳/۵۸	۱/۳۱
	جلسه چهارم	۳۴/۱۶	۱/۴۶	۳۲/۶۶	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۳۸/۷۵	۲/۲۶	۳۲/۲۵	۲/۸۶
	پیگیری	۳۵/۵۰	۱/۵۶	۳۲/۵۰	۱/۲۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۷۴/۸۳	۸/۰۷	۷۲/۰۸	۷/۳۹
	جلسه چهارم	۸۱/۵۸	۷/۳۷	۷۳/۳۳	۱۰/۲۳
	پس‌آزمون	۹۰/۷۵	۹/۰۱	۷۳/۲۵	۸/۹۱
	پیگیری	۸۲/۰۰	۷/۶۰	۷۱/۱۶	۹/۵۶

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیری به‌منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در (EET) و کنترل در چهار مرحله پژوهش

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
فشارخون	اثر اصلی گروه	۱۱۰۰/۲۶	۱	۱۱۰۰/۲۶	۲۷/۰۷	۰/۰۱	۰/۵۶
	اثر اصلی زمان	۱۴۶۷/۴۴	۳	۴۸۹/۱۴	۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۲۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۱۵/۳۶	۳	۲۳۸/۴۵	۳/۹۸	۰/۰۲	۰/۱۶
مشکلات خواب	اثر اصلی گروه	۲۴۳/۸۴	۱	۲۴۳/۸۴	۱۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۳۳
	اثر اصلی زمان	۱۱۷/۶۱	۱/۵۱	۷۷/۵۹	۱۰/۲۴	۰/۰۱	۰/۳۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۷۱/۵۳	۱/۵۱	۱۱۳/۱۶	۱۴/۹۳	۰/۰۱	۰/۴۱
کارآمدی هیجان	اثر اصلی گروه	۲۸۳/۵۹	۱	۲۸۳/۵۹	۴۷/۲۴	۰/۰۱	۰/۶۹
	اثر اصلی زمان	۳۷/۱۱	۱/۸۲	۲۰/۲۹	۴/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۸
انعطاف پذیری روانشناختی	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۰/۷۸	۱/۸۲	۵۵/۰۹	۱۲/۵۷	۰/۰۱	۰/۳۷
	اثر اصلی گروه	۲۴۴۰/۱۶	۱	۲۴۴۰/۱۶	۸/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۹
	اثر اصلی زمان	۸۹۹/۲۵	۲/۲۸	۳۹۳/۷۷	۴۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۶۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۶۶۰/۲۵	۲/۲۸	۲۸۹/۱۱	۲۹/۸۸	۰/۰۱	۰/۵۸

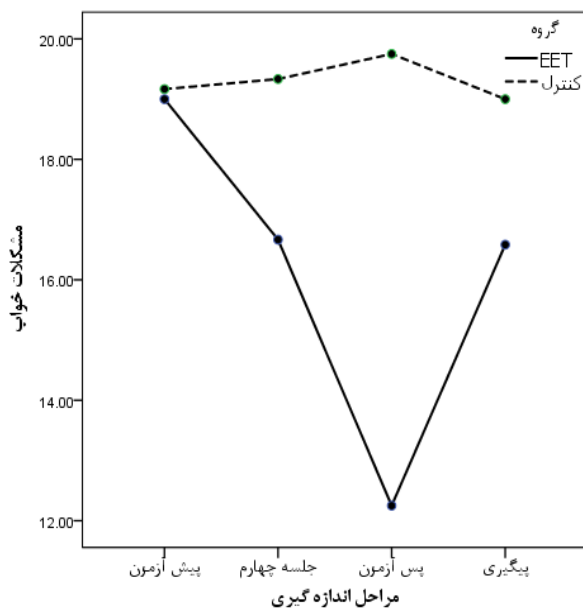
با توجه به جدول ۳ اثر اصلی گروه بر فشارخون بیماران معنادار است ( $F(1, 1100) = 27.07, p < .01, \eta^2 = .56$ ). همچنین اثر اصلی زمان بر فشارخون بیماران نیز معنادار است ( $F(3, 1467) = 8.16, p < .01, \eta^2 = .22$ ). اثر تعاملی گروه× زمان بر فشارخون بیماران معنادار است ( $F(3, 715) = 3.98, p < .05, \eta^2 = .16$ ). این الگوی نتایج حاکی از اثربخشی درمان (EET) بر فشارخون بیماران است. در ادامه برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه درمان اندازه‌گیری (EET) از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که کاهش فشارخون بیماران در گروه درمان در جلسه چهارم نسبت به پیش‌آزمون معنادار و کاهش فشارخون در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون معنادار است. روند تغییرات مربوط به فشارخون بیماران در دو گروه درمان و کنترل در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. آزمون بنفرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش در چهار مرحله پژوهش در گروه درمان EET

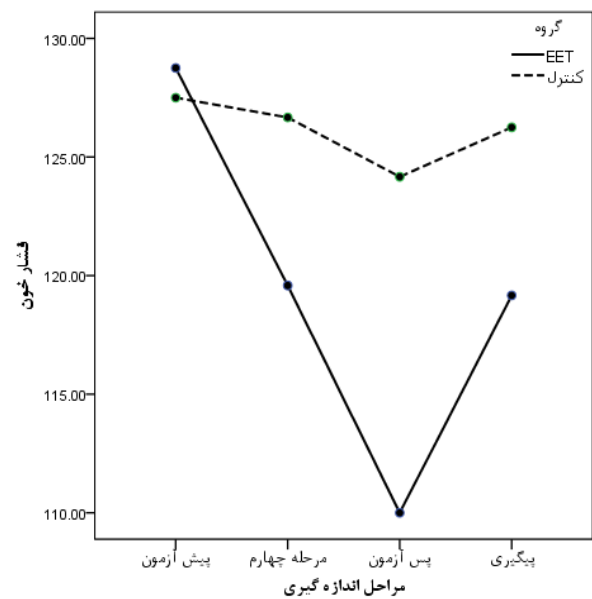
متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I - J)	معناداری
فشارخون	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	۹/۱۶	۰/۰۶
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	۱۸/۷۵	۰/۰۱
		پیگیری	۹/۵۸	۰/۱۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۹/۵۸	۰/۲۲
		پیگیری	۰/۴۲	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۱۶	۰/۰۹
مشکلات خواب	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	۲/۳۳	۰/۰۴
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	۶/۷۵	۰/۰۱
		پیگیری	۲/۴۱	۰/۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۴۱	۰/۰۱
		پیگیری	۰/۰۹	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۳۳	۰/۰۱
کارآمدی هیجانی	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	-۱/۸۳	۰/۱۶
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	-۴/۴۱	۰/۰۱
		پیگیری	-۱/۱۶	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۵۸	۰/۰۱
		پیگیری	۰/۶۷	۰/۱۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۲۵	۰/۰۱
انعطاف پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	-۶/۷۵	۰/۰۱
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	-۱۵/۹۱	۰/۰۱
		پیگیری	-۷/۱۶	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۱۶	۰/۰۱
	جلسه چهارم	پیگیری	-۰/۴۲	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۸/۷۵	۰/۰۱

برای پاسخ به فرضیه پژوهش مبنی بر بررسی اثربخشی درمان (EET) بر کیفیت خواب بیماران نیز از تحلیل واریانس تک‌متغیری آمیخته (اندازه‌گیری مکرر بین گروهی) ۲\*۴ استفاده شد. نتایج آزمون موخلی برای بررسی پیش فرض کرویت ماتریس کواریانس‌ها برای مشکلات خواب حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود. بنابراین در گزارش نتایج از آزمون گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

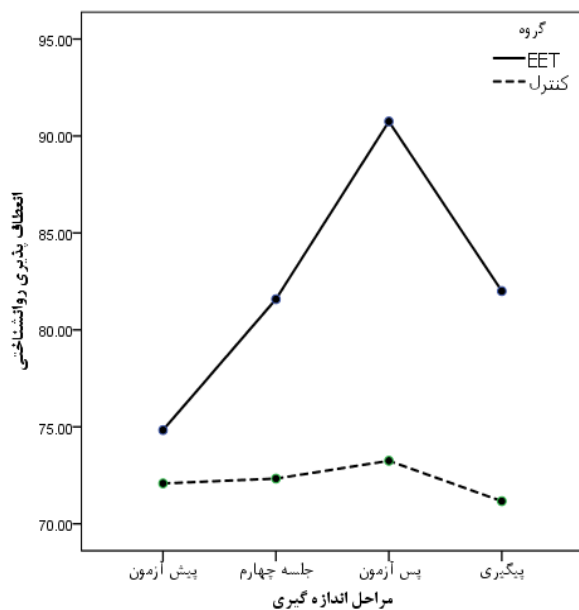
در شکل ۱، روند تغییرات مربوط به فشار خون بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود و در شکل ۲، روند تغییرات مربوط به مشکلات خواب بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود. در شکل ۳، روند تغییرات مربوط به کارآمدی هیجان بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده شده و در شکل ۴، روند تغییرات مربوط به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود.



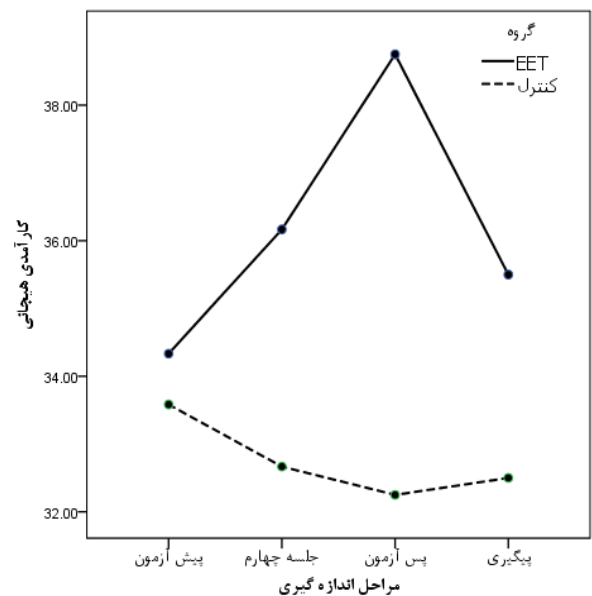
شکل ۱-۴ مقایسه روند تغییرات فشارخون برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۲-۴ مقایسه روند تغییرات مشکلات خواب برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۳-۴ مقایسه روند تغییرات کارآمدی هیجانی برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۴-۴ مقایسه روند تغییرات انعطاف پذیری روانشناختی برای گروه درمان EET و گروه کنترل



## • بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجانی، واکنش‌های قلبی-عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به (PTSD) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان اثر داشته و این پژوهش در درمان اضطراب، افسردگی به‌عنوان بالاترین هم‌ابتلائی با (PTSD) موثر بوده است. یکی از مهمترین فنون فراتشخیصی مواجهه فرد با علائم اضطرابی و افسردگی فرد است. در واقع درمان فراتشخیصی با به‌کارگیری پذیرش هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها، پذیرش و عدم قضاوت آنها و صرفاً مشاهده، منجر به کاهش نشانه‌های بیماری می‌شود (بارلو فارشیون، ۲۰۱۸). یکی از یافته‌های این مطالعه این بود که درمان فراتشخیصی منجر به بهبود کیفیت خواب و کاهش کابوس شبانه آنها شده که با مطالعه آرنی و همکاران (۱۴۰۰)، ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، دوس‌علی‌وند و همکاران (۱۳۹۷) همخوان است. اجتناب موجب برانگیختگی فیزیولوژیک و انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و استرس شده و از پیامدهای آن مشکلات مربوط به خواب است. درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن میزان تحمل فرد نسبت به ابهام و کاهش اجتناب و افزایش سطح تحمل پریشانی می‌تواند راهبردها و مهارت‌های جدید شناختی، هیجانی و رفتاری را به افراد آموزش دهد که منحصر به کاهش هیجانات ادراک شده که زیربنای مشکلات خواب بیماران است را بهبود می‌بخشد (بارلو و همکاران ۲۰۱۱؛ بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). دیگر یافته پژوهش حاضر بر واکنش‌های قلبی-عروقی است و از آنجایی که آرام‌سازی از مؤلفه‌های مهم کاهش استرس است، این روش موجب کاهش فشارخون مبتلایان شده که با پژوهش آقاییوسفی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. درمان (EET) از سایر رویکردها و فنون درمان‌های موج سوم مانند (DBT، EBT، ACT) استفاده می‌کند، در واقع با فراخوانی هیجانات ناشی از یادآوری خاطرات در جلسات درمان به وسیله مواجهه‌سازی موجب افزایش انگیزتگی هیجان‌شده (واکر جونز و همکاران، ۲۰۲۱) و با مهارت قابل توجهی مانند تحمل و کاهش پریشانی و درک هیجان (لینهان، ۱۹۹۳؛ بارلو، ۲۰۰۸) و پذیرش هیجان و ماندن در کنار آن و انجام رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها (هیز و هافمن، ۲۰۱۸)، به درمان (EET) شکل یکپارچه داده و مراجع با این رویکرد با انجام تکالیف در درمان می‌ماند و با آنها زندگی می‌کند. طبق دیدگاه (ACT) با استفاده از مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که موجب می‌شود فرد نسبت به تقاضاهای محیطی در حال تغییر، آگاه و حساس شود و شکل‌گیری این مدل موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌شود (سیاروچی و بیلی، ۲۰۰۸). بیماران با انجام تکالیف روزانه و به چالش کشیدن هیجان‌های خود، از پیامدهای آن بیشتر آگاه شوند (الدائو و همکاران، ۲۰۱۵). مزایای گروه‌درمانی به اشتراک گذاشتن تجارب مربوطه به واقعه آسیب‌زا و حمایت از سایر اعضای گروه هستند و اجرای گروهی آن به‌خصوص در کهنه‌سربازان و بازماندگان وقایع فاجعه‌بار موفقیت‌آمیز بوده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). در آخر می‌توان اذعان کرد (EET) برای اولین بار در مورد آزادگان مبتلا به (PTSD) مزمن ناشی از جنگ اجرا شد و نتایج درمانی و اثربخشی آن از جلسه چهارم تا یک‌ماه پس از پایان درمان تداوم داشت.

## • نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان اذعان کرد نتایج این پژوهش نشان می‌دهد (EET) از آنجایی که بر ایجاد و مؤلفه‌های مهم هیجان کار می‌کند و نتایج آن موجب شده علائم (PTSD) بهبود کیفیت خواب، کاهش واکنش‌های قلبی-عروقی به‌خصوص فشارخون و متغیر انعطاف‌پذیری تحت تأثیر درمان قرار گیرد. (EET) در مورد این گروه از بیماران مزمن درمانی اثربخش بود چرا که از رویکردها و تکنیک‌های متعدد (CBT) درمان‌های موج سوم بهره برده است. پیشنهاد می‌شود به‌عنوان پروتکل درمانی جانبازان مزمن معرفی و در مورد زنان (PTSD) نیز اثربخشی آن کارآزمایی شود.

## • تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانم از جانبازان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش، ریاست و مدیریت بیمارستان، مسول گروه روان‌شناسی، پرستاران محترم و همکاران درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر تقدیر و تشکر نمایم.

## • منابع

- ابراهیمی، محمد حسین، صادق نیت، خسرو و همکاران (۱۳۹۳) بررسی کیفیت خواب و تصادف جاده ای در رانندگان شهرستان شاهرود، نشریه طب کار دوره ۶ شماره ۴
- بارلو دیوید؛ دوراند مارک و همکاران (۲۰۱۸)، آسیب شناسی روانی با رویکرد یکپارچه ترجمه فیروزبخت و همکاران ۱۳۹۸، نشر رسا.
- بارلو، دیوید، فارشیون، تد (۲۰۱۸)، کاربرد پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی ترجمه علیلو و همکاران ۱۴۰۰، نشر ابن سینا.
- بارلو، دیوید، فارشیون، تد و همکاران (۲۰۱۱)، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (راهنمای درمانگر)، ترجمه ابوالفضل محمدی و همکاران، انتشارات ابن سینا.
- بارلو، دیوید (۲۰۰۸)، رفتار درمانی دیالکتیکی ترجمه امیر هوشنگ مهریار و همکاران (۱۳۹۵)، نشر روان شناسی و هنر.
- توما، ناتان؛ مک کی، دین (۲۰۱۵)، پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری ترجمه محمدخانی و همکاران ۱۳۹۳، نشر ارجمند.
- دوس علی وند، هدی؛ حبیبی، مجتبی و همکاران (۱۳۹۸)، مروری بر مدل های سبب شناسی بی خوابی از دیدگاه شناختی - رفتاری مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۷، شماره ۳
- راه نجات، امیر محسن، سلیمی، سید حسن، فتحی آشتیانی، علی و همکاران (۱۳۹۳)، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و مواجهه سازی طولانی مدت بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مزمن ناشی از جنگ، مجله طب نظامی دوره، ۲۲ شماره، ۲۲ اسفند:
- راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، متن بازنگری شده DSM-5-TR ترجمه رضاعی، فرزین و همکاران (۱۴۰۲)، انجمن روانپزشکان آمریکا، نشر ویرایش
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام (۱۳۸۶)، بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی، علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، شماره ۲۶ (۳)، پیاپی ۲.
- سیاروچی، جوزف؛ بی لی، آن (۲۰۰۸)، یکپارچه سازی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترجمه شهرام محمدخانی و همکاران ۱۳۹۷، نشر ابن سینا.
- شاره، حسین، سلطانی اسماعیل و همکاران (۱۳۹۲) نقض انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی، مجله پژوهنده، سال ۱۸، شماره ۲، پی در پی ۹۲ ص ۸۸ تا ۹۶.
- صادقی، میثم، تقوا، ارسیا و همکاران (۱۳۹۵)، روایی و اعتبار نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه در جامعه جانبازان ناشی از جنگ، مجله طب جانباز، شماره ۲۳، صفحه ۲۴۴ تا ۲۴۹.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۵)، آسیب روانی ناشی از جنگ. نشر رسانه. چاپ اول
- کاپلان، سادوک (۲۰۲۲)، خلاصه روان پزشکی بالینی ج ۲ ترجمه سادات و همکاران ۱۴۰۰، نشر ابن سینا.
- کریمی، محسن، دباغی، پرویز و همکاران (۱۳۹۹)، ویژگی های روان سنجی مقیاس PTSD بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در نظامیان شرکت کننده در جنگ مجله طب جانباز، شماره ۴۷، بهار، ص ۱۱۶ تا ۱۲۴.
- کرینگ، آن؛ اسلوان، دنیس (۲۰۱۰)، تنظیم هیجانی و آسیب شناسی روانی ترجمه حسنی و همکاران (۱۳۹۸)، نشر ارجمند.
- گرینبرگ، لسلی (۲۰۱۶)، فرآیند تغییر در درمان روان شناختی ترجمه حبیبی سال ۱۳۹۶، نشر کوی کوثر.
- لوف آرانی، محمد جواد، صادقی، سعیده و همکاران (۱۴۰۱)، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب، تنظیم هیجانی در بیماران PTSD، مجله رویش روان شناسی، سال ۱۱، شماره ۱۰، صفحه ۲۰۲-۱۹۳.
- میرزایی، جعفر، احمدی ابهری، سید علی، (۱۳۸۱)، مروری بر رفتار درمانی شناختی در PTSD ارایه شده در کنگره روان پزشکی درمان های غیر دارویی اسفند ماه، تهران
- میرزایی، جعفر، کرمی، غلامرضا و همکاران (۱۳۸۶ a)، راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه، نشر پژوهشکده علوم پزشکی جانبازان، تهران
- میرزایی، جعفر، اصلانی، مهری (۱۳۸۶ b)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به PTSD، دوره اول، شماره ۳، فصل نامه روان شناسی کاربردی، دانشگاه رودهن
- میرزایی، جعفر، محمد خانی، پروانه (۱۳۸۶ c)، بررسی درمان CBT گروهی به عنوان روشی برای پیشگیری از عود افسردگی در جانبازان PTSD، چهارمین سمپوزیوم عوارض عصبی ناشی از جنگ، دانشگاه بهزیستی

میرزایی، غزل، میرزایی، جعفر، و همکاران (۱۳۹۸)، تاثیر درمان ACT بر کاهش علائم آزادگان PTSD، ارایه شده در هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران

میرزایی، جعفر، (۱۳۹۹)، درمان‌های روان شناختی در PTSD، فصلنامه علمی ترویجی روانشناسی و هنر شماره ۲۲ سال ۱۳

میرزایی، جعفر، سعادت نژاد، مریم (۱۴۰۰)، مروری سیستماتیک بر درمان‌های تشخیصی و موج سوم CBT در PTSD فصلنامه علمی ترویجی روان شناسی و هنر شماره ۲۷ سال ۱۴

میرزایی، جعفر، (۱۴۰۲) اثربخشی درمان CPT بر کاهش علائم PTSD، افسردگی و اضطراب در آزادگان مبتلا به PTSD، ارایه شده در سی و نهمین کنگره انجمن روانپزشکان ایران، تهران.

مک کی، اشلمن؛ الیزابت و همکاران (۲۰۱۹)، فنون آرمیدگی و کاهش استرس ترجمه فیروزبخت سال ۱۳۹۹، نشر ارسباران.

مک کی، متیو؛ وست، آپریلیا (۲۰۱۶)، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی ترجمه محمدخانی و همکاران ۱۳۹۷، نشر ابن سینا.

هافمن، استفان: هیز، استیون (۲۰۱۸)، درمان شناختی- رفتاری فرآیندمدار، ترجمه محمدخانی و همکاران، سال ۱۳۹۸، انتشار ابن سینا.

Aghayosefi A, Amirpour. B. etal (2015) Effect of cognitive processing therapy on cardiovascular biomarker of veterans with PTSD. Quarterly of Iranian of war & public health N (7), p 43-8.

Benefer Natasha, spritzer, Elizabeth and etal (2021) Efficacy of third ware conative behavioral therapies in treatment of PTSD: A metanalysis study. Anxiety Disorder 35 (6): p 502-514.

Biggs, Q, Ursano, R. end etal (2020) PTSD variation associated with sleep characteristic. BMC psychiatry (20) 174.

Bohus M, Klienin Dienst N, etal (2020) DBT for PTSD compared with cognitive processing therapy in complex presentations of PTSD in woman survivors of Childhood abuse (A Randomized Clinical Trial)

Buysse, JD., Reynolds, EF etal (1989) The Pittsburgh sleep quality index. Psychiatry research vol 28, Issus 2 p. 193-213.

Dennis, JP, Van der Wal (2010) the cognitive Flexibility Inventory: cognitive therapy and research 34 p. 241-253.

Dindo, L., Van Liew, and etal (2017) Acceptance and Commitment therapy: A Trans diagnostic Behavioral Intervention for mental health and medical conditions Neurotherapeutic 14: p 546-553

Durta. JS., Sudeh, N. (2018) psychological Flexibility mitigate effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma expose. Personality disorder 9 (4) p: 315-230.

Eldao, A, Sheppes, G. and etal (2015) Emotion regulation flexibility. Cognitive therapy and Research 39 (3) 263-278

Jasbi, M., Mirzaee, J. and etal (2018) Influence of Adjuvant MBCT on Symptoms of PTSD in Veterans jour of CBT vol47 issues 5 P:431-446

Hayes SC, Strosahl KD. (2004) A practical guide to ACT: An experiential approach to behavior change. New York Guilford press.

Huguet, A, Mcgrath, P. and et.al (2014). Efficacy of psychological treatment for headaches. Systematic reviews. Clinical Journal of Pain 30(4), 353-369.

Keith, J; Velezmor, R. (2015) correlates of cognitive flexibility in veterans seeking treatment for PTSD the jour of Nervous and mental disease 203 (4).

Linehan MM. (1993 a) cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder. New York.

Lovibond P, F, Lovibond Sh. (1995) Manual for the Depression, Anxiety stress scale (2<sup>nd</sup>. Ed) Sydney: psychology Foundation.

Mirzaee, J., Mirzamani, M. (2004) Comprehensive Psychotherapies of PTSD with CBT.2 nd Asian Psychotherapy congress Tehran.

Peterson, Al, Blount TH, Foa EB. and etal (2023) Massed intensive outpatient prolonged exposure for combat related PTSD JAMA Network open 6 (1) p:1-14.

Sareen J, stein M. etal (2021) PTSD in Adult: literature Neurosis science (12) P. 258. Psychological flexibility in a military sample (2015) [www.elsevier.com/open-access/](http://www.elsevier.com/open-access/)

Varker, T, Jones, K, and etal (2021) Dropout from guideline – recommended psychological treatments for PTSD: A systematic review and meta – analysis. Jour of Affective disorders report 4 (100093). JAMA Psychiatry 77 (12) P. 1235-1245

Weathers, F. W, Litz, B and etal (2015) PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). National center for PTSD. <http://traumadissociation.com/pcl5-ptsd>