

اثربخشی آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس مدل آدلر در افزایش رضایت زناشویی و

کاهش علائم اختلال جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

The Effectiveness of Adlerian Family Encouragement Training on Increasing Marital Satisfaction and Decreasing Post Trauma Stress Disorder (PTSD) among Disabled Veterans

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

Rahmani, M., Mashayekh, M. ✉

مژگان رحمانی^۱، مریم مشایخ ✉

Abstract

Introduction: This research work is aimed at evaluating the effectiveness of Adlerian family encouragement training on increasing marital satisfaction and decreasing PTSD symptoms among disabled veterans.

Method: The research design is quasi-experimental, and the statistical population included all the patients referring to health centers in Tehran who were suffering from the Iraqi Imposed War-related PTSD based on psychiatrists' diagnoses and the Mississippi PTSD Scale. The sample was selected using the convenient sampling method, the data were collected using the Mississippi PTSD Scale and the Enrich Marital Satisfaction Scale, and the collected data were analyzed using multivariate covariance.

Result: The results revealed that Adlerian family encouragement training decreases such clinical problem as re-experiencing, isolation, numbness, over-excitement, and self-irritation among disabled veterans with PTSD.

Discussion: Adlerian family encouragement training showed that family has a fundamental role in alleviating PTSD symptoms and increasing marital satisfaction in disabled veterans although this issue does not receive enough attention in current studies.

Keywords: family encouragement, Adlerian model, marital satisfaction, post trauma stress disorder, disabled veterans.

چکیده

هدف: از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس مدل آدلر در افزایش رضایت زناشویی و کاهش علائم اختلال جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود.

روش: طرح پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه افرادی بود که بر اساس تشخیص پزشک فوق‌تخصص روان‌پزشکی و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه می.سی.سی.پی. مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بازمانده از جنگ تحمیلی بودند که به کلینیک‌ها یا مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه می.سی.سی.پی. و پرسشنامه رضامندی زناشویی اتریچ، ابزارهای این پژوهش بودند و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

نتیجه: تحلیل و بررسی داده‌های پژوهش نشان داد که آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس مدل آدلر باعث کاهش مشکلات بالینی (شامل تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، بیش‌انگیختگی و خودآزاری) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شد.

بحث: آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس مدل آدلر نشان داد که خانواده نقش بسزایی در بهبود علائم PTSD و رضایت زناشویی دارد که در تحقیقات عصر حاضر توجه چندانی به آن نشده است.

کلیدواژه‌ها: دلگرم‌سازی خانواده؛ مدل آدلر؛ رضایت زناشویی؛ استرس پس از سانحه؛ جانبازان

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
E-mail: m.mashayekh@kiaou.ac.ir

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

✉ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مقدمه

طی هزاران سال، ضربه‌های روان‌شناختی برای مردم، منبع وحشت و ترس بوده است. تجاربی که فرد را با خطر مرگ واقعی یا قریب‌الوقوع، یا تباهی و نابودی مواجه می‌کنند، وحشت‌آورند. زمانی که واکنش‌های استرس افراد به این رویدادهای آسیب‌زا، مزمن و ناتوان‌کننده باشد، آنها دیگر یک واکنش طبیعی به وضعیت‌های غیرطبیعی نیستند، بلکه به اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) تبدیل می‌شوند. آمارها نشان می‌دهد که اختلالات مرتبط با ضربه‌های روان‌شناختی، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، پرهزینه‌ترین مشکل مرتبط با سلامتی در سال‌های اخیر بوده است (فورد^۲، ۲۰۰۹). نرخ بالای PTSD در جمعیت عمومی پس از الکلیسم، افسردگی اساسی و هراس اجتماعی، این اختلال را به چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی در ایالات متحده آمریکا تبدیل کرده است (بارلو^۳، ۲۰۰۲). از طریق قرارگرفتن بی‌درپی در برابر محرک‌های تهدیدکننده زندگی، یا ارزیابی بیش‌انگیزخته از نشانه‌ها و محرک‌های خنثی به‌عنوان تهدید، دستگاه عصبی مرکزی به‌صورتی باورنکردنی، بیش از حد پاسخ خواهد داد و بدین‌ترتیب با افزایش نابهنجاری و بی‌نظمی عصبی (برای مثال، حساس‌شدن به استرس) همراه خواهد بود. درحقیقت، این نوع حساس‌شدن می‌تواند به بیش‌انگیزختگی در پاسخ به نشانه‌های ترس‌آور و محرک‌های استرس‌زا منجر شود و با گذشت زمان، سیر تجمعی پاسخ‌های زیستی می‌تواند نوعی آسیب‌شناسی، شامل بازداری واکنش‌های ایمنی - عصبی و احتمالاً آسیب به دستگاه عصبی را شامل شود (کندی و موری^۴، ۲۰۱۰). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که در سال ۲۰۲۰، جنگ از شانزدهمین علت مرگ‌ومیر، به هشتمین علت تغییر خواهد یافت (به

نقل از میرزایی، ۱۳۸۳).

جنگ، ضربه‌ای روان‌شناختی است که از تجربه‌های طبیعی انسان خارج بوده و برای هر کس بالقوه تهدیدکننده است. جنگ، ترسی دائمی است برای کشته‌شدن خود یا دیگرانی که باید انسانیت آنها به‌فراموشی سپرده شود. با این توصیف، جای شگفتی نیست اگر سربازی پس از جنگ به اختلال استرس پس از ضربه^۵ مبتلا شود (فلانری^۶، ۱۹۹۴). تعدادی از محققان، شدت واکنش‌های روان‌شناختی را با شدت فاجعه همبسته می‌دانند. این عده معتقدند که هرچه فاجعه شدیدتر باشد، واکنش‌های روان‌شناختی پس از آن نیز بیشتر خواهد بود (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷). سالیان متمادی است که متخصصان بهداشت روانی تلاش می‌کنند تا واکنش‌های نابهنجار افراد را در رویارویی با منابع فشار روانی مورد بررسی قرار دهند. برای نخستین بار میان سربازان جنگ جهانی دوم نشانگان روان‌شناختی و رفتارهای نابهنجار در رویارویی با وقایع فشارزای جنگ شناسایی شد که بعدها در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به‌عنوان یکی از گروه‌های فرعی اختلالات روانی قرار گرفت که به آن اختلال استرس پس از ضربه می‌گویند (بلاس^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). براساس چهارمین ویرایش تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اختلال استرس پس از ضربه، عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی که در پی مواجهه با عامل فشار آسیب‌زای بی‌نهایت شدیدی پیدا می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۲). این عوامل می‌توانند از تجربه جنگ، شکست، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و موانع جدی نظیر تصادف یا ماشین و آتش‌سوزی ساختمان ناشی شده باشد. ازجمله نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه دشواری تمرکز، واکنش شدید

سربازانی که در منطقه جنگی بودند، علائمی را نشان دادند که به PTSD، افسردگی و اضطراب منجر شد (ساتکر و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقات ایکن و همکاران (۲۰۰۷) و ایکن و همکاران (۲۰۱۰)، نشان می‌دهد که ۰/۳۲ از جانبازان جنگ کره به اختلال استرس پس از از ضربه مبتلا می‌شوند (کسلر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵؛ بروین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۲).

پژوهشگران بسیاری تأثیر طولانی مدت اختلال استرس پس از ضربه را بر خانواده و روابط زناشویی بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده مبتلایان به این اختلال، مشکلات فراوانی دارند (انیسی، ۱۳۷۷). این افراد در درازمدت دچار مشکلات زناشویی می‌شوند.

مهم این است که مواجه شدن با حوادث آسیب‌زا، پدیده‌ای متداول اما اختلال استرس پس از ضربه پدیده‌ای نسبتاً نادر است. در زمینه‌یابی همبودی ملی بیماری‌ها، ۶۰/۷ درصد بزرگسالان امریکایی تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی‌شان گزارش کردند، اما فقط ۸/۲ درصد مردان و ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال استرس پس بررسی‌های انجام شده در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی باعث بهبود نشانه‌های PTSD در جانبازان جنگ می‌شود و همین امر باعث بهبود شاخص‌های روانی و سلامت روان‌شناختی در آنها می‌شود (ایکن و همکاران، ۲۰۱۰).

برای مقابله با نشانه‌های PTSD از روش‌های گوناگونی استفاده شده است. هنوز مشخص نشده است که چه نوع درمانی باعث بهبود علائم PTSD می‌شود، با این وجود، نتایج تحقیقات برلی^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که برنامه درمانی CBT وابسته به محل اقامت بیمار باعث بهبود چشمگیری در علائم بیماری در طول ۹ ماه می‌شود. ولف^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۸)

از جاپریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی از یاد آوردن جنبه‌های مختلف آسیب، پیدایش واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آنها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شود (همان). اختلال استرس پس از ضربه اثرات منفی عمده‌ای بر سلامت جسمانی و روانی فرد برجای می‌گذارد (جان کوزی^۹، ۲۰۰۶). این اختلال، سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری شدن آن اجتناب کند. ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای این اختلال ایجاب می‌کند که علائم تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی مفرط، بیش از یک ماه طول کشیده باشند و در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل تداخل نمایند. در بیمارانی که علائم کم‌تر از یک ماه طول کشیده است، تشخیص مناسب ممکن است اختلال استرس حاد باشد (بلاس و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده است که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است. از جمله در پژوهشی وضعیت بیمارانی در یک بیمارستان در کرواسی که تجربه‌ای در درمان سربازان مجروح داشت، مورد بررسی قرار گرفت و افسردگی، شایع‌ترین اختلالات بین مجروحان بود (کوپ، ایوانویچ، ماتک، ۱۹۹۲؛ به نقل از براون و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش دیگری ارتباط بین شرکت در عملیات طوفان صحرا و نشانگان اختلالات روان‌شناختی در شرکت‌کنندگان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که قرار گرفتن در معرض تنیدگی جنگ فراوانی و شدت نشانگان روان‌شناختی را گسترش می‌دهد. ۲۴ درصد از

براساس رفتار درمانی شناختی و روان تحلیل‌گری ابداع شده است و EMDR باعث کاهش علائم PTSD می‌شود. بوید^{۱۹} و همکاران (۲۰۱۸) اعلام کردند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم PTSD مؤثر است و همچنین رایین ایبی^{۲۰} و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که درمان ذهن - بدن بر کاهش علائم PTSD نقش دارد. آنها اظهار داشتند تمرینات یوگا مثل تمرینات تنفسی و مراقبه و تکرار مانتراها ۷۰ درصد باعث بهبود علائم PTSD می‌شود.

تمامی درمان‌های مطرح‌شده، جنبه فردی داشته است و به روابط خانوادگی و بافت خانواده بیماران به‌عنوان عاملی برای بهبود علائم PTSD اهمیتی چندانی داده نشده است. لذا از آنجاکه یکی از شیوه‌های مورد استفاده برای درمان PTSD، دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر است، بنابراین، از این روش درمانی در این پژوهش استفاده شد.

دلگرمی، به فرزندانان کمک می‌کند تا به خود و توانایی‌هایشان اعتقاد پیدا کنند (رئیس دانا، ۱۳۹۰).

دلگرمی، یکی از مفاهیم اساسی روان‌شناسی آدلری است (کارنز و کارنز^{۲۱}، ۱۹۹۸) و آدلر و پیروان او دلگرمی را به‌عنوان جنبه مهمی از زندگی و نیز به‌عنوان بخش مهمی از فرایند مشاوره در نظر داشته‌اند (تامسون و رودولف^{۲۲}، ۲۰۰۰) و برای دهه‌های متمادی، اصول و شیوه‌های دلگرمی را تشریح و از آنها استفاده کرده‌اند (به‌نقل از علیزاده، ایوانز^{۲۳}، ۲۰۰۵). دلگرمی به افراد برای داشتن اعتقادی راسخ الهام می‌بخشد و کمک می‌کند تا آنها بتوانند برای یافتن راه‌حل‌ها کار کنند و در چالش‌های پیش رو تلاش کنند و در واقع نوعی، دلگرمی «دستیابی به شجاعت» است (به‌نقل از علیزاده، لمبرجر و دولارهاید^{۲۴}، ۲۰۰۶).

در رویکرد آدلر - درایکورس چنین فرض می‌شود که

دریافتند که PE درمانی بر کاهش علائم PTSD و علائم اختلالی که با آن همبودی دارد و علائم ناشی از آسیب مغزی نقش دارد. PE درمانی در واقع، ترکیبی از رفتار درمانی و درمان شناختی رفتاری است و براساس تجربه حوادث ناخوشایند و یادآوری مجدد آن به‌جای فرار از آن تدوین شده است. تحقیقات مکلین^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهد درمان Web-PE به‌مراتب تأثیرگذارتر از درمان PCT (درمان متمرکز بر زمان حال) برای بهبود علائم PTSD است. Web-PE یک برنامه آموزشی برخط (آنلاین) است که تأثیر بسیار زیادی بر کاهش علائم PTSD دارد، به‌ویژه برای کسانی که PTSD آنها ناشی از بودن در ارتش و مشارکت در جنگ است و نمی‌توانند در جلسات درمان، حضور پیدا کنند. بنابراین، درمان آنها از طریق آن‌لاین صورت می‌گیرد. اسلوان^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که WET (مواجهه درمانی از طریق نوشتن) و CPT درمانی یعنی درمان پردازش شناختی، هر دو به یک اندازه بر بهبود علائم PTSD تأثیرگذارند که طی پنج جلسه روان‌درمانی نتایج آن چشمگیر بوده است. در مواجهه درمانی از طریق نوشتن از افراد خواسته می‌شود تا حوادث ناخوشایند را با جزئیات و احساسات مرتبط با آن بنویسند، بدون اینکه به هجای کلمات و قواعد آن توجه کنند. واگنمنز^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۸) مطرح کردند که PE و EMDR بر بهبود علائم PTSD تأثیرگذار است و به هیچ‌عنوان تجربیات سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی تأثیر در بهبود نیافتن یا کاهش بهبودی علائم PTSD ندارد. میلر^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۷) اعلام کردند ERRT درمانی (مواجهه، آرامیدگی، باز نویسی) بر بهبود علائم آپنه ناشی از تروما تأثیرگذار است و باعث کاهش علائم می‌شود. نیجدام^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کردند که BEP (خلاصه درمانی انتخابی) که

منظومه خانواده از بسیاری جهات نمونه کوچکی از جامعه است. در رویکرد آدلر - درایکورس، منظومه خانواده اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر فرد می‌کوشد تا در این منظومه با رقابت‌ورزی مورد توجه قرار گیرد و موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و مزاک^{۲۵}، به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی از مهم‌ترین عوامل آسیب‌شناسی اختلال‌های روانی در فرزندان محسوب می‌شود. سبک فرزندپروری والدین، آسیب‌های روانی آن‌ه، مشکلات زناشویی و عوامل استرس‌زای خانواده از مهم‌ترین این عوامل محسوب می‌شوند (به نقل از اسماعیلی‌نسب، مادریگال^{۲۶}، ۲۰۰۶). درمان آدلری^{۲۷} نوعی رویکرد روانی - آموزشی، حال - آینده‌محور و کوتاه‌مدت است که به‌طور نظری سازگار، یکپارچه و به نوعی ترکیبی است و آشکارا ادراک‌های شناختی و سیستمی را یکپارچه می‌کند (موزاک و ما نیانچی^{۲۸}، ۱۹۹۹). همچنین ویژگی‌ها و مفروضه‌های روان‌شناختی آن با ارزش‌های فرهنگی بسیاری از گروه‌های قومی و نژادی هم‌خوان است و برای استفاده در جمعیت‌های گوناگون فرهنگی، قابلیت‌های بالایی دارد (واتس پیتزاک^{۲۹}، ۲۰۰۰، به نقل از علیزاده، ۲۰۰۵).

اثر بخشی روابط سالم زناشویی و نقش حمایت‌کننده این روابط در بهبودی قربانیان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه نیز بررسی شده است (وندراک و مک فارلن، به نقل از کترهال، ۲۰۰۴). اعضای خانواده وقتی خود از سوی منابع دیگری حمایت شوند، برای کمک به فرد حادثه‌دیده توانایی بیشتری خواهند داشت (کترهال، ۲۰۰۴).

رویکرد درمانی آدلری‌ها در عصر حاضر برای درمان اختلالات و آسیب‌های روانی مورد توجه قرار گرفته است. چه‌بسا اینکه زلیگمن^{۳۰} و همکاران (۲۰۱۷)

دریافتند که استفاده از روش‌های درمانی آدلری‌ها مثل حمایت اجتماعی، ایجاد معنا در زمان حال و جستجوی معنا باعث رشد پس از سانحه (PTG) افرادی شد که بیماری مزمن داشتند. مقدم و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که دلگرم‌سازی آدلر در کاهش اضطراب آشکار دختران نقش داشته است. امونس^{۳۱} و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که درمان آدلری باعث کاهش رفتارهای مخرب دانش‌آموزانی می‌شود که از مدرسه دل‌سرد شده‌اند. تحقیقات رهینها^{۳۲} و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که درمان آدلری بر بهبود حالت‌های هیجانی، روابط اجتماعی و فهم هویت فردی دانشجویان دختری مؤثر بوده است که شکست عشقی داشته‌اند. وو^{۳۳} و همکاران (۲۰۱۷) بر اساس تحقیقات اعلام کردند که خانواده درمانی آدلری بر بهبود عملکرد خانواده‌هایی تأثیر گذاشته بود که فرزندان با اختلالات هیجانی داشتند. این روش بر کاهش رفتارهای دل‌سردکننده، کنترل‌کننده، پرخاشگری، صمیمیت و تعارض تأثیر دارد. رامسون^{۳۴} و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند درمان آدلری بر بهبود اختلالات هیجانی مؤثر است. تحقیقات آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش خوددلگرم‌سازی باعث افزایش استفاده از راهبردهای شناختی، ارزیابی مجدد مثبت، توجه مثبت و کاهش خودملامت‌گری و نشخوار ذهنی است. برجعلی و همکاران (۱۳۹۳) دریافتند که آموزش دلگرم‌سازی به والدین باعث کاهش نقص توجه در کودکان می‌شود. ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که آموزش دلگرم‌سازی به همسران افراد معتاد در رضایت زناشویی و خودکارآمدی آنها مؤثر است. زارع و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند که آموزش دلگرم‌سازی بر خودکارآمدی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار مؤثر است. صفاری نیار و همکاران (۱۳۹۳) طی مطالعاتی مطرح کردند که دلگرم‌سازی

مقیاس ۳۵ مورد دارد که در ۵ گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه مجدد، کناره‌گیری و کرختی، بیش‌انگیزگی و خودآزاری. سه مورد از این موارد ارتباط خیلی نزدیکی با ملاک‌های DSM-IV-TR برای اختلال استرس پس از ضربه دارد. آزمودنی‌ها به این موارد با یک مقیاس ۵ درجه‌ای (غلط، به‌ندرت درست، گاهی درست، خیلی درست و کاملاً درست) پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به‌ترتیب، ۵، ۴، ۳، ۲۱ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از ضربه در فرد است. سؤالات ۳۴، ۳۰، ۲۷، ۲۲، ۲۴، ۱۹، ۱۷، ۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس اختلال استرس پس از ضربه، ضریب همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به‌دست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. مقیاس اختلال استرس پس از ضربه اعتبار بالایی دارد و همبستگی خیلی خوبی با دیگر ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از ضربه دارد. این مقیاس قادر به افتراق بین افراد دارای اختلال استرس پس از ضربه و بدون اختلال استرس پس از ضربه است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه استرس پس از ضربه می‌سی.سی.پی با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه ۵۰ نفری محاسبه شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه به‌صورت کلی ۰/۸۴ به‌دست آمده است.

پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ^{۳۷}: برای ارزیابی میزان رضامندی زوجیت آزمودنی‌ها از پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ استفاده می‌شود. فرم اصلی پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۹ تدوین شده است که به‌جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال است. پاسخ به

آدلری بر افزایش جرئت‌ورزی و خودکارآمدی عمومی زنان سرپرست خانوار مؤثر است. براساس پژوهش‌های مطرح‌شده می‌توان به اهمیت آموزش دلگرم‌سازی آدلر بالاخص برای خانواده‌هایی که با مشکلات بالینی و مواجه هستند، پی‌برد. باتوجه‌به آمار درحال افزایش مشکلات زناشویی در جانبازان و با درنظرگرفتن دیدگاه سیستمی آدلر درخصوص تغییر سبک زندگی، تحریف‌های شناختی دلگرم‌سازی آدلر به افراد در این پژوهش سعی می‌شود که با استفاده از رویکرد آدلر به جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه آموزش داده می‌شود تا با مشکلات خود مقابله کنند. بنابراین، سؤال‌های زیر مطرح است: آیا آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر در کاهش مشکلات بالینی (شامل تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، بیش‌انگیزگی و خودآزاری) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است؟ و آیا آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر در افزایش مؤلفه‌های رضایت زناشویی (تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛ رابطه جنسی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری مذهبی) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است؟

روش

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه می.سی.سی.پی^{۳۵}: مقیاس استرس پس از ضربه می.سی.سی.پی. توسط کین^{۳۶} و همکاران در سال ۱۹۹۸ (کین و همکاران، ۱۹۹۸) تدوین شده است. این مقیاس، یک مقیاس خودگزارشی است که برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه به‌کار برده می‌شود. این

جلسه اول: همدلی، ارتباط و ارائه اطلاعات در خصوص تکالیف زندگی؛

جلسه دوم: انواع سبک زندگی، ریشه های درخت سبک زندگی؛

جلسه سوم: نقش نگرش های والدین در شکل گیری سبک زندگی؛

جلسه چهارم: منظومه خانواده، ترتیب تولد، رؤیاهای؛

جلسه پنجم: خاطره های اولیه؛

جلسه ششم: اشتباه های اساسی؛

جلسه هفتم: دلگرم سازی و مهارت های آن؛

جلسه هشتم: خود دلگرم سازی؛

جلسه نهم: شناسایی اهداف و موانع موجود در تحقق آنها؛

جلسه دهم: خود خلاق و خلاصه مطالب و ارزیابی.

ملاحظات اخلاقی: ۱. انتخاب عادلانه آزمودنی های انسانی: در پژوهش حاضر سعی شد که انتخاب شرکت کنندگان به صورت تصادفی باشد. ۲. رضایت آگاهانه: پژوهشگر همه شرکت کنندگان در پژوهش را از اهداف پژوهش و وقایعی که در خلال پژوهش ممکن است روی دهد، از جمله اطلاعاتی که باید در اختیار پژوهشگر قرار دهند و آگاهی از کاربرد اطلاعات گردآوری شده، مطلع ساخت. به عبارت دیگر، به هر یک از شرکت کنندگان درباره آزمون و نحوه اجرا و نیز اهداف پژوهش توضیح داده شد. ۳. حریم خصوصی و رازداری (محرمانه بودن): در پژوهش حاضر همه شرکت کنندگان در تحقیق از آغاز کار مطلع بودند که چه کسانی به اطلاعات دسترسی خواهند داشت و پس از گردآوری اطلاعات، محقق اطمینان حاصل خواهد کرد که هیچ فرد غیرمجازی به اطلاعات دسترسی پیدا نخواهد کرد و حریم خصوصی کسانی که اطلاعات درباره آنان مصداق دارد، محفوظ خواهد ماند.

سوالات به صورت ۵ گزینه ای (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف) است. هر یک از مقیاس های این پرسشنامه، در ارتباط با یکی از جنبه های مهم زندگی زناشویی است. ارزیابی این جنبه ها در درون یک رابطه زناشویی، می تواند مشکلات بالقوه زوجها را توصیف کند یا می تواند زمینه های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص نماید. این ابزار، همچنین می تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج هایی که در جستجوی مشاوره زناشویی و یا به دنبال تقویت رابطه زناشویی شان هستند، مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه از ۱۲ مقیاس تشکیل شده است.

شیوه اجرا: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی است. پس از انتخاب نمونه های مورد مطالعه جانبازان جنگ تحمیلی مراجعه کننده به دو بیمارستان وابسته به سازمان نظامی تهران بر اساس رضایت از همکاری و پس از اطمینان از وجود اختلال استرس پس از ضربه در این افراد بر اساس پرونده پزشکی و نظر فوق تخصص روان پزشکی حاضر در بیمارستان های مذکور از آنان خواسته می شود تا پرسشنامه اختلال استرس و رضایت زناشویی را به عنوان پیش آزمون اجرا کنند. سپس این افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به گونه مساوی قرار می گیرند و گروه آزمایش برنامه درمانی آدلری را به مدت هشت جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه)، دریافت می کنند. بعد از هشت جلسه مجدداً دو گروه با پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه می.سی.سی.پی و رضایت زناشویی به عنوان پس آزمون مورد ارزیابی قرار می گیرند.

ساختار جلسات درمان: جلسات آموزش خانواده بر اساس روش دلگرم سازی خانواده آدلر به قرار زیر است:

یافته‌ها

جدول ۱. نتایج آزمون MANCOVA گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه

گروه‌ها	آزمون‌ها	مقدار ^{۳۸}	df فرضیه	df خطا ^{۳۹}	F
گروه	ردیابی فیلا ^{۴۰}	۰/۶۸	۵	۲۸	**۱۰/۵۱
	لامبدای ویلکس ^{۴۱}	۰/۳۱	۵	۲۸	**۱۰/۵۱
	ردیابی T هاتلینگ ^{۴۲}	۲/۲۱	۵	۲۸	**۱۰/۵۱
	بزرگترین ریشه روی ^{۴۳}	۱/۲۱	۵	۲۸	**۱۰/۵۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار می‌باشد، بنابراین به‌منظور بررسی تفاوت عملکرد آنها در اندازه‌های وابسته متغیر اختلال استرس پس از سانحه از آزمون ANOVA استفاده شد.

نتایج آزمون MANCOVA نشانگر آن است که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش که آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر را دریافت کرده‌اند و گروه کنترل در مؤلفه‌های مختلف اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد. از آنجاکه تنها اثر

جدول ۲. نتایج آزمون ANOVA برای اثر گروه‌ها و اثر تعاملی در اختلال استرس پس از سانحه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	F
تجربه مجدد	۲۸/۴۹	۱	۲۸/۴۹	**۹/۱۱	
کناره‌گیری	۲۳/۰۸	۱	۲۳/۰۸	**۱۴/۲۷	
کرختی	۳۱/۲۱	۱	۳۱/۲۱	**۱۳/۶۷	
بیش‌انگیختگی	۳۳/۸۳	۱	۳۳/۸۳	**۱۰/۰۹	
خودآزاری	۲۴/۲۹	۱	۲۴/۲۹	**۱۱/۳۶	

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

شده است که گروه آزمایش نشانه‌های کم‌تری در زمینه‌های تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، بیش‌انگیختگی و خودآزاری نسبت به گروه کنترل از خود نشان دهند. میانگین کم‌تر گروه آزمایش در پس‌آزمون مؤلفه‌های مختلف اختلال استرس پس از سانحه در جدول ۳ این مسئله را به‌خوبی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، علی‌رغم وجود تفاوت بین گروه‌های مختلف کنترل و آزمایش که پیش از این ذکر شد، تحلیل ANOVA معناداری تفاوت گروه آزمایش و کنترل (P<۰/۰۱) را در تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، بیش‌انگیختگی و خودآزاری نشان می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت که آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر باعث

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی عملکرد آزمودنی‌ها در پس‌آزمون مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه

منبع تغییرات	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
تجربه مجدد	آزمایش	۱۵	۱۸/۸۵	۲/۳۸
	کنترل	۱۵	۲۶/۲۸	۳/۸۱
کناره‌گیری	آزمایش	۱۵	۱۷/۵۰	۲/۰۲
	کنترل	۱۵	۲۲/۷۸	۲/۸۴
کرختی	آزمایش	۱۵	۱۲/۲۸	۱/۱۳
	کنترل	۱۵	۱۸/۱۴	۳/۶۵
بیش‌انگیزگی	آزمایش	۱۵	۱۳/۶۴	۳/۵۶
	کنترل	۱۵	۱۹/۸۵	۳/۰۳
خودآزاری	آزمایش	۱۵	۱۶/۲۳	۲/۵۴
	کنترل	۱۵	۱۱/۱۹	۲/۴۹

رابطه جنسی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری مذهبی) به‌عنوان متغیرهای وابسته وارد فرایند تحلیل شدند. آزمون کرویت بارتلت به‌منظور بررسی همبستگی بین اندازه‌های متغیرهای وابسته استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون معنادار است ($p < 0.01$). این امر نشانگر آن است که همبستگی کافی بین اندازه‌های وابسته برای انجام تحلیل MANCOVA وجود دارد. همچنین نتایج حاصله از آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین معنادار نمی‌باشد. این امر حاکی از آن است که واریانس خطا بین تمام سطوح متغیرهای مستقل، یکسان است.

برای آزمون این فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. بدین‌منظور متغیر گروه آزمایش و کنترل به‌عنوان متغیرهای مستقل، اندازه‌های پیش‌آزمون مؤلفه‌های مختلف رضایت زناشویی (تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛ رابطه جنسی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری مذهبی) به‌عنوان متغیرهای همپراش (کووریت) و اندازه‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های مختلف رضایت زناشویی (تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛

جدول ۴. نتایج آزمون MANCOVA گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های رضایت زناشویی

شاخص	آزمون‌های چندمتغیره	ارزش مشاهده	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
ردیابی فیلی	۰/۴۲۰	۱۰/۴۴۷	۵	۲۸	۰/۰۰۰	
لامبدای ویلکس	۰/۵۸۰	۱۰/۴۴۷	۵	۲۸	۰/۰۰۰	
ردیابی T هاتلینگ	۰/۷۲۵	۱۰/۴۴۷	۵	۲۸	۰/۰۰۰	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۲۵	۱۰/۴۴۷	۵	۲۸	۰/۰۰۰	

زناشویی وجود دارد. از آنجاکه تنها اثر گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار می‌باشد، بنابراین به منظور بررسی تفاوت عملکرد آنها در اندازه‌های وابسته متغیر رضایت زناشویی از آزمون ANOVA استفاده شد.

نتایج آزمون MANCOVA نشانگر آن است که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش که آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر را دریافت کرده‌اند و گروه کنترل در مؤلفه‌های مختلف رضایت

جدول ۵. نتایج آزمون ANOVA برای اثر گروه‌ها و اثر تعاملی در رضایت زناشویی

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه‌ها	پاسخ‌های قراردادی	۴۴۹/۶۵۸	۱	۴۴۹/۶۵۸	۱۸/۰۸۳	۰/۰۰۰
	رضایت زناشویی	۲۷۴۴/۴۵۹	۱	۲۷۴۴/۴۵۹	۲۱/۴۲۵	۰/۰۰۰
	موضوعات شخصیتی	۱۸۴۱/۰۱۲	۱	۱۸۴۱/۰۱۲	۴۹/۷۹۷	۰/۰۰۰
	ارتباط	۲۱۲۳/۹۳۱	۱	۲۱۲۳/۹۳۱	۵۸/۱۱۵	۰/۰۰۰
	حل تعارض	۲۰۹۳/۹۵۰	۱	۲۰۹۳/۹۵۰	۶۶/۱۳۳	۰/۰۰۰
	امور مالی	۱۰۲۵/۸۷۴	۱	۱۰۲۵/۸۷۴	۵۸/۸۵۶	۰/۰۰۰
	اوقات فراغت	۱/۲۸۹	۱	۱/۲۸۹	۰/۰۴۹	۰/۸۲۵
	روابط جنسی	۳۰/۳۲۴	۱	۳۰/۳۲۴	۰/۴۳۲	۰/۵۱۲
	ازدواج و فرزندان	۱۲۹۶/۲۲۸	۱	۱۲۹۶/۲۲۸	۴۶/۹۲۴	۰/۰۰۰
	برابری زن و مرد	۸۴/۶۳۸	۱	۸۴/۶۳۸	۱/۷۷۸	۰/۱۸۴
	جهت‌گیری عقیدتی	۲۷۵/۰۰۰	۱	۲۷۴/۰۰۰	۲/۶۶۱	۰/۱۰۵
	بستگان و دوستان	۱۷۵/۳۳۹	۱	۱۷۵/۳۳۹	۱/۸۲۲	۰/۱۷۹

آدلر باعث شده است که گروه آزمایش نشانه‌های کم‌تری در زمینه‌های تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛ رابطه جنسی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری مذهبی نسبت به گروه کنترل از خود نشان دهند. میانگین کم‌تر گروه آزمایش در پس‌آزمون مؤلفه‌های مختلف رضایت زناشویی در جدول ۶ این مسئله را به خوبی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، علی‌رغم وجود تفاوت بین گروه‌های مختلف کنترل و آزمایش که پیش از این ذکر شد، تحلیل ANOVA معناداری تفاوت گروه آزمایش و کنترل ($P < 0/01$) را در تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛ رابطه جنسی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری مذهبی نشان می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت که آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل

جدول ۶. شاخص‌های توصیفی عملکرد آزمودنی‌ها در پس آزمون مؤلفه‌های رضایت زناشویی

انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	گروه	
۳/۶۴	۳۳/۷۶	۱۵	آزمایش	پاسخ‌های قراردادی
۶/۲۱	۱۰/۲۴	۱۵	کنترل	
۲/۳۰	۳۷/۱۹	۱۵	آزمایش	رضایت زناشویی
۴/۱۴	۲۱/۲۶	۱۵	کنترل	
۴/۸۴	۳۸/۲۴	۱۵	آزمایش	موضوعات شخصیتی
۴/۸۷	۲۳/۱۹	۱۵	کنترل	
۵/۱۰	۲۶/۹۶	۱۵	آزمایش	ارتباط
۴/۰۴	۲۰/۶۴	۱۵	کنترل	
۶/۱۴	۳۷/۳۹	۱۵	آزمایش	حل تعارض
۶/۴۱	۲۲/۱۶	۱۵	کنترل	
۳/۳۰	۴۳/۶۴	۱۵	آزمایش	امور مالی
۴/۶۴	۲۷/۰۹	۱۵	کنترل	
۲۳/۲۳	۳۴/۱۱	۱۵	آزمایش	اوقات فراغت
۳/۶۴	۱۰/۷۶	۱۵	کنترل	
۶/۲۱	۳۳/۲۴	۱۵	آزمایش	روابط جنسی
۲/۳۰	۲۲/۱۹	۱۵	کنترل	
۴/۱۴	۳۲/۲۶	۱۵	آزمایش	ازدواج و فرزندان
۴/۸۴	۲۳/۲۴	۱۵	کنترل	
۴/۸۷	۳۸/۱۹	۱۵	آزمایش	برابری زن و مرد
۵/۱۰	۲۶/۹۶	۱۵	کنترل	
۴/۰۴	۳۹/۶۴	۱۵	آزمایش	جهت‌گیری عقیدتی
۶/۱۴	۱۷/۳۹	۱۵	کنترل	
۶/۴۱	۳۲/۱۶	۱۵	آزمایش	بستگان و دوستان
۳/۳۰	۲۳/۶۴	۱۵	کنترل	

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل و بررسی داده‌های پژوهش نشان می‌دهد که آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس مدل آدلر باعث کاهش مشکلات بالینی (شامل تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، بیش‌انگیختگی و خودآزاری) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های جانکوسکی و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریدل و همکاران، ۲۰۰۳؛ محمدی و نوری (۱۳۷۲)؛ پژوهش جاکپک و وارا، (۲۰۱۱)؛ کانگ،

۲۰۰۹ در تأیید اثربخشی درمان‌های مبتنی بر خانواده در کاهش علائم بالینی افراد با اختلال استرس پس از سانحه انطباق دارد و هماهنگ و هم‌جهت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت‌باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی از یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، پیدایش واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آنها باعث کاهش سلامت

و ایکن و همکاران (۲۰۱۰)، نشان می‌دهد که ۰/۳۲ از جانبازان جنگ کره اختلال استرس پس از ضربه را نشان می‌دهند. مهم این است که مواجهه شدن با حوادث آسیب‌زا، پدیده‌ای متداول اما اختلال استرس پس از ضربه پدیده‌ای نسبتاً نادر است. در زمینه‌یابی همبودی ملی بیماری‌ها، ۶۰/۷ درصد بزرگسالان امریکایی تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی‌شان گزارش کردند، اما فقط ۸/۲ درصد مردان و ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال استرس پس از ضربه مبتلا می‌شوند (کسلر^{۴۵} و همکاران، ۲۰۰۵؛ بروین^{۴۶} و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی‌های انجام‌شده در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی باعث بهبود نشانه‌های PTSD در جانبازان جنگ می‌شود و همین امر باعث بهبود شاخص‌های روانی و سلامت روان‌شناختی در آنها می‌شود (ایکن و همکاران، ۲۰۱۰). تحلیل و بررسی داده‌های فرضیه دوم پژوهش نشان می‌دهد که آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر باعث افزایش تحریف آرمانی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ مدیریت مالی؛ فرزندان و فرزندپروری؛ خانواده و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شد، ولی نتوانست در افزایش فعالیت‌های اوقات فراغت؛ رابطه جنسی؛ جهت‌گیری مذهبی؛ خانواده و دوستان و نقش‌های مساوات‌طلبی؛ تغییری ایجاد کند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های جانکوسکی و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریدل و همکاران، ۲۰۰۳؛ محمدی و نوری (۱۳۷۲)؛ پژوهش جاکپک و وارا، (۲۰۱۱)؛ کانگ، ۲۰۰۹ در تایید اثربخشی درمان‌های مبتنی بر خانواده در کاهش علائم بالینی افراد با اختلال استرس پس از سانحه انطباق دارد و هماهنگ و هم‌جهت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت عوامل و ویژگی‌های متعددی در ارتباط

عمومی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). اختلال استرس پس از ضربه، اثرات منفی عمده‌ای بر سلامت جسمانی و روانی فرد برجای می‌گذارد (جان کوزی^{۴۴}، ۲۰۰۶). این اختلال، سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری‌شدن آن اجتناب کند. ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای این اختلال ایجاب می‌کند که علائم تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی مفرط، بیش از یک ماه طول کشیده باشند و در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل تداخل نمایند. در بیمارانی که علائم کم‌تر از یک ماه طول کشیده است، تشخیص مناسب ممکن است اختلال استرس حاد باشد (بلاس و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است. از جمله در پژوهشی وضعیت بیماران در یک بیمارستان در کرواسی که تجربه‌ای در درمان سربازان مجروح داشت مورد بررسی قرار گرفت و افسردگی، شایع‌ترین اختلالات بین مجروحان بود (کوپ، ایوانویچ، ماتک، ۱۹۹۲؛ به‌نقل از براون و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش دیگری ارتباط بین شرکت در عملیات طوفان صحرا و نشانگان اختلالات روان‌شناختی در شرکت‌کنندگان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که قرارگرفتن در معرض تنیدگی جنگ، فراوانی و شدت نشانگان روان‌شناختی را گسترش می‌دهد. ۲۴ درصد از سربازانی که در منطقه جنگی بودند، علائمی را نشان دادند که به PTSD، افسردگی و اضطراب منجر شد (ساتکر و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقات ایکن و همکاران (۲۰۰۷)

با پدیده اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد که می‌توانند زمینه‌ساز پذیرش و کنار آمدن با این موضوع شوند. باورهای مذهبی، خوش‌بینی و سبک‌های دلبستگی از جمله ویژگی‌های هستند که باعث درک و کنار آمدن بهتر با اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند. طبق اظهارات تایموتی و میشل (۲۰۰۳)، افرادی که باورهای مذهبی بیشتری دارند، روابط اجتماعی‌شان بهتر است، بنابراین، بهتر می‌توانند از منابع حمایتی اجتماع مثل خانواده استفاده نمایند، در نتیجه افراد باورهای مذهبی قوی با رضایت زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند. در افراد مذهبی بیشتر بر مشکلات و نیازهای دیگران متمرکز می‌شوند و با تمرکز کمتر بر مشکل خود کم‌تر دچار سرخوردگی و در نتیجه اختلالات روانی می‌شوند. همچنین نتایج تحقیقات شهبازی (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که آموزش دلگرم سازی خانواده برای افراد جامعه امنیت و سلامت به‌ارمغان می‌آورد. در مجموع، می‌توان گفت دلگرم سازی خانواده، نقش مهمی در زندگی افراد دارد و با کاهش مشکلات بالینی و افزایش رضایت از زندگی ارتباط دارد، زیرا دلگرم سازی خانواده مانع ایجاد نگرش منفی و در نتیجه مانع ایجاد اختلال تفکر و بیماری‌های روانی در فرد می‌شود. - باتوجه به اینکه آموزش دلگرم سازی خانواده بر اساس مدل آدلر در افزایش رضایت زناشویی و کاهش علائم اختلال جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر بود در پژوهش‌های آتی نیاز است تا میزان اثربخشی طولانی مدت این نوع مداخلات درمانی را با استفاده از طرح‌های طولی و پیگیری‌های طولانی مدت تر مورد بررسی قرار دهند. - بررسی اثر آموزش دلگرم سازی خانواده بر اساس مدل آدلر بر اختلال‌های دیگر همچون اضطراب، افسردگی و ... ممکن است نتایج جالب توجهی را به دست دهد که نیازمند پژوهش

است. - در خصوص اثربخشی آموزش دلگرم سازی خانواده و تأثیر آن بر کاهش مشکلات بالینی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه توصیه می‌شود تا پژوهش‌های آتی با تهیه برنامه آموزشی جامع‌تر و کامل‌تر و با بیشتر کردن زمان اجرای مداخله آموزشی، اثر این نوع مداخلات را بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش علائم اختلال بررسی کنند. - باتوجه به اهمیت خانواده در تبیین علل زیربنایی مشکلات بالینی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه لازم است، درمانگران این افراد، برنامه‌های مختلف درمانی را بر این اساس طراحی کنند. - برای بهره‌مندی هرچه بیشتر پژوهشگران، درمانگران و جانبازان طرح‌هایی برای بررسی میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه هر چند سال یکبار در تمام استان‌های کشور به تفکیک جنسیت اجرا شود. - روان‌شناسانی که با جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در کلینیک‌ها و مراکز توان بخشی کار می‌کنند، لازم است در فرایند درمانی کار با جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، برای اثربخشی بیشتر مداخله‌های درمانی همسران آنان نیز مشارکت داده شوند. - روان‌شناسانی که با جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس روش‌های خانواده کار می‌کنند، بهتر است با بهره‌گیری از روش‌های درمانی دیگر همچون آموزش و درمان انفرادی بیش از پیش به این افراد کمک کنند. - نتایج حاصل از پژوهش حاضر در قالب بسته‌های آموزشی توسط سازمان‌ها و مراکز درمانی در اختیار مربیان، درمانگران و خانواده‌های جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه قرار گیرد. - نتایج این پژوهش‌ها در اختیار روان‌شناسان برای استفاده در زمینه‌های آموزشی و توان بخشی قرار گیرد.

13. Wolf
14. Maclean
15. Sloan
16. Wagenmans
17. Miller
18. Nijdam
19. Boyd
20. Robin.E
21. Karns & Karns
22. Thompson & Rudolph
23. Evans
24. Lemberger & Dollarhide
25. Sholman & Mosak
26. Madrigal
27. Adlerian therapy
28. Mosak & Maniancci
29. Wattes & Piterzak
30. Zeligman
31. Emmos
32. Rehinehart
33. WU
34. Rasmussen
35. MICCIPI Post Traumatic Stress Disorder Questionnaire
36. Kean
37. Enriching and Nurturing Relationship Issue, Communication and Happiness
38. Value
39. Error, df
40. Pillai's Trace
41. Wilks Lambda
42. Hotelling Trace
43. Roys Largest Root
44. Jon Kowski
45. Kessler
46. Brewin

منابع

۱. انیسی، جعفر (۱۳۷۷)، بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با وضعیت روانی همسران جانبازان غیراعصاب و روان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲. پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۸۲)، خلاصه روان‌پزشکی علوم تربیتی - روان‌پزشکی، تهران: انتشارات شهراب.
۳. دینک مایر - دان سی - دی مگی گار (۱۳۹۰)، والدین مؤثر فرزندان مسئول، ترجمه مجید رئیس دانا.
۴. ساراسون، ایروین و ساراسون. باربارا (۱۹۸۷)، روان‌شناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری‌مقدم و محسن دهقانی (۱۳۷۱)، جلد اول تهران: رشد.

محدویت‌ها

- پژوهش‌های اندک در زمینه اثربخشی آموزش دلگرم‌سازی خانواده براساس مدل آدلر در افزایش رضایت زناشویی و کاهش علائم اختلال جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و کاربرد بالینی آنها از مشکلاتی بود که کار تعمیم‌پذیری نتایج حاصل را می‌کاهد.
- از آنجاکه این جانبازان باید تکالیف خود را در خانه تمرین می‌کردند، این احتمال هست که بعضی از آنها به‌درستی این کار را انجام نداده باشند. این مسئله نیز می‌تواند اعتبار درونی پژوهش را خدشه‌دار کند.
- عدم وجود آمارهای دقیق و به‌روز در کشور در زمینه میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه
- از آنجاکه آموزش و درمان جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه، مستلزم صرف وقت، انرژی و حوصله مضاعف است، این احتمال است که انگیزه درمانگر را در آموزش و روند اجرای کیفی برنامه، تحت تأثیر قرار دهد.
- از آنجاکه فضای درمان و مداخله، از جهت انگیختگی، هیجانی و تعاملی، برای مشارکت‌کنندگان، محیط نسبتاً تازه‌ای بود، این احتمال هست که رفتار مشارکت‌کنندگان و نتیجه مداخله را تحت تأثیر قرار دهد و اصطلاحاً اثر هائورن ایجاد شده باشد.

پی‌نوشت

1. Posttraumatic Stress Disorder
2. Ford
3. Barlow
4. Kennedy, C. and Moory, J.
5. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
6. Flannery
7. Beals
8. Diagnostic and Statistical Manual Disorders 4th Edition Text Revised (DSM-IV-TR)
9. JonKowski
10. Kessler
11. Brewin
12. Berle

- (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans fifty years after the war. *Br. J. Psychiatry* 190, 475–483.
9. Ikin, Jillian F. Creamer, Mark C. Sim, Malcolm R. McKenzie, Dean P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders* 125.279–286.
10. Jankowski, Kay. (2006). PTSD and mental health available online at: <http://www.psychdirect.com/>
11. Jankowski MK, Schnurr PP, Adams GA, Green BL, Ford JD, Friedman MJ. (2004). A mediational model of PTSD in World War II veterans exposed to mustard gas. *J Trauma Stress*;17(4):303-10.
12. Kang, H. (2009). Analysis of VA Health Care utilization among US Global War on Terrorism (GWOT) veterans. Unpublished report, VHA Office of Public Health and Environmental Hazards.
13. Kennedy, C., & Moory, J. (2010). *Military Neuropsychology*. New York: Springer.
14. Kessler, T.C., Berlund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and the age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*: 62; 593–602.
15. Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., McNally, R. J., Lasko, N. B., Orr, S. P., et al. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 323–326.
16. Mclean, P.C. & Etal (2018). Exposure and present-centred therapy for PTSD among active-duty military personnel and veterans. *Contemporary Clinical Trials journal*. volume 64, pages 41-48
17. Miller, K.E. (2017). The impact of suspected sleep Apnea on Exposure, Relaxation, Rescripting Therapy (ERRT): A Preliminary Examination
18. Moghadam, S. & Etal (2017). Effect of Adlerian Encouragement Training on Decreasing Manifest and Latent Anxiety in Girl students. *Journal of Humanities and social sciences*. Vol 6, No 1.
19. Nijdam, M.J. & Etal (2018). Turning wounds into wisdom: post traumatic growth over the course of two types of trauma focused psychotherapy in patient with PTSD. *Journal of Affective Disorders*. volume 227, Pages 424-431
۵. علیزاده، حمید (۱۳۸۴)، تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال پنجم، شماره ۳.
۶. محمدی محمدرضا و نوری، علی‌رضا (۱۳۷۲)، بررسی اختلالات شایع روانی در مجروحین شیمیایی. مجموعه مقالات همایش بررسی عوارض عصبی روانی، ناشی از جنگ، جلد اول، تهران: مؤسسه چاپ و نشر بنیاد: ۱۴۷ - ۱۵۰.
۷. میرزایی، جعفر (۱۳۸۳)، مقایسه شدت فراوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه PTSD در جانبازان مبتلا به عوارض روانی جسمانی ناشی از جنگ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
1. Aghdam, S. & Etal (2017). Effect of Adlerian Encouragement Training on Decreasing Manifest and Latent Anxiety in Girl student. *Journal of Humanities and Social Sciences*. vol 6, No 1.
2. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, the Guilford Press.
4. Berle, David & Etal (2018). Personal well-being in posttraumatic stress disorder (PTSD): association with PTSD symptoms during and following treatment. *BMC psychology*, BMC series_open, inclusive and trusted 2018, 6:7. <https://doi.org/10.11/s40359-0219-2>
5. Boyd, J.E. & Etal (2018). Mindfulness-based treatment for posttraumatic stress disorder: a review of treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of psychiatry & neuroscience*: 4301:7-25
6. Emmons, J.M. & Etal (2018). Understanding the Discouraged child with the school System: An Adlerian View of the school-to-Prison Pipeline. *Journal of individual psychology*. *Journal of individual psychology* volume 74, pp 134-153
7. Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. New York, Elsevier Inc.
8. Ikin, J.F., Sim, M.R., McKenzie, D.P., Henderson, A.S., Horsley, K.W.A., Wilson, E.J., Moore, M.R., Jelfs, P.L., Harrex, W.K.,

32. Zeligman, M & Etal (2017). Post traumatic Growth in individual with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of counseling & Development* .volume 96. Issu 1, pages 53-56
20. Rasmussen, P.R. (2015). Adaptive Reorientation Therapy (A.R.T.): An Adlerian Model for the treatment of emotional disorder. *La Psicologia Adleriana*. vol 26. num 102
21. Rhinehart, A & Gibbons, M.M (2017). Adlerian Therapy with Recently Romantically Separated College Age women. *College Counselling Journal*. Volume 20, Issue 2 pages 181-192
22. Riddle JR, Brown M, Smith T, Ritchie EC, Brix KA, Romano J. (2003). Chemical warfare and the Gulf War: A review of the impact on Gulf veterans' health. *Mil Med*; 168(8):606-13.
23. Riddle JR, Brown M, Smith T, Ritchie EC, Brix KA, Romano J. (2003). Chemical warfare and the Gulf War: A review of the impact on Gulf veterans' health. *Mil Med*; 168(8):606-13.
24. Roin, E, C & Etal (2018). Mind-Body Therapy for military veterans with post traumatic stress disorder: A systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol 24. No. 2
25. Rubin E, C (2018). Mind-Body Therapy for Military Veterans with Post traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* Vol 24. No. 2
26. Shalev, A. Y., Freedman, S. A., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., et al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
27. Sloan, D.M & Etal (2018). A brief exposure-ased treatment vs cognitive processing therapy for post traumatic- stress disorder: A randomized noninferiority clinical trail. *JAMA psychiatry*; 75(3):233-239
28. Sutker, P. B. & etal. (1993). War-zone trauma and stress-related symptoms in operation desert shield / storm (ods) returnees. *Journal of Social Issues*. Vol. 49(4). pp. 33-50.
29. Wagenmans, A & Etal (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of psycho traumatology* , volume 9, Issue 1.
30. Wolf, G.K. (2018). Prolonged-exposure PTSD treatment outcomes to postconcussive symptoms, cognition, and self efficacy in veterans and Active Duty Service Members. *Journal of Heal Trauma Rehabilitation*: volume 33-Issue 2-PE55-E63
31. WU, L-Y (2017). Behavioral Interactions within Chinese Families with Children Exhibiting Emotional Difficulties in Adlerian Family Play Therapy : Implications for counseling Professionals.