

## اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس آسیبی، واکنش پذیری بین فردی و عواطف منفی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: یک مطالعه آزمایشی مورد منفرد

بهنود خرسند نوبهار<sup>۱</sup> | رسول روشن چسلی<sup>۲</sup> | آناهیتا خدابخشی کولایی<sup>۳</sup>

۵۵

سال چهاردهم  
پاییز ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۱/۰۴/۰۵  
تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۲/۰۵/۲۰  
صص: ۵۹-۳۳

شابا جایی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸  
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



**چکیده**

هدف: یکی از رایج‌ترین آسیب‌های ناشی از جنگ، ابتلا افراد به اختلال استرس پس از سانحه است. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس آسیبی، واکنش پذیری بین فردی و عواطف منفی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. روش: این پژوهش یک مطالعه تک‌آزمودنی و از نوع AB بود. جامعه آماری را جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که در بیمارستان روانپزشکی صدر شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بستری بوده‌اند، تشکیل دادند. ۴ شرکت‌کننده با گمارش تصادفی انتخاب شدند که ۳ نفر در گروه آزمایشی و ۱ نفر به عنوان فرد کنترل مشخص شدند. اجرای مداخله به صورت هفتگی و به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. در این پژوهش از ابزارهای پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی، مقیاس عواطف منفی -DASS-21 و مقیاس واکنش‌پذیری بین فردی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری، درصد بهبودی بالینی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درصد بهبودی بالینی معنادار برای هر سه آزمودنی بالای ۵۰ درصد و شاخص تغییر پایا هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد و یافته‌های تحقیق نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین برآوردشده‌ی نمرات پس‌آزمون علائم پس آسیبی، واکنش‌پذیری بین فردی و عواطف منفی در بین دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد. نتیجه‌گیری: از این مداخله‌ی درمانی در جهت بالا بردن سطح عملکرد و کاهش عواطف منفی افراد مبتلا به اختلالات تروما می‌توان استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** مواجهه درمانی روایتی، علائم پس آسیبی، واکنش‌پذیری بین فردی، عواطف منفی، جانبازان

DOR:

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، شهر تهران،

کشور ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، شهر تهران، کشور ایران

a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

## مقدمه و بیان مسئله

توانایی ادراک و پاسخ به تهدیدهای محیطی برای بقا حیاتی است، انسان‌ها نسبت به اطلاعات تهدیدکننده گوش به زنگ هستند و قادرند که به‌طور سریع پاسخ‌های زیست‌شناختی و رفتاری به تهدید را نشان دهند. بنابراین اگرچه، اضطراب واکنش طبیعی و ضروری نسبت به تهدید است، اما اگر این ضربه یا اضطراب باعث به وجود آمدن هشدارهای فیزیولوژیکی شدید و پاسخ‌های دفاعی در فرد شود، می‌تواند اثرات هولناک و ماندگاری در او به جای گذارد، بدون توجه به اینکه آیا شخص به‌طور مستقیم تحت تاثیر قرار گرفته و یا اینکه خیلی ساده شاهد حادثه‌ای بوده که برای دیگری یا یکی از نزدیکانش اتفاق افتاده است (آدانواس، اسلاویچ، اپل و نیلان، ۲۰۱۳).<sup>۱</sup> بسیاری از افرادی که از حوادث آسیب‌زای شدید جان سالم به در می‌برند، دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)<sup>۲</sup> خواهند شد. این اختلال یکی از اختلالات شایع روان پزشکی و روان شناختی است که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی ایجاد می‌شوند. بازماندگان جنگ فراوان‌ترین این قربانیان‌اند، اما در افراد دیگری که با سایر بلاها، چه طبیعی و چه انسانی، مواجه می‌شوند، نیز تجربه می‌شود. این وقایع عبارت‌اند از تجاوز جنسی، سیل، آدم‌ربایی و سقوط هواپیما و همین‌طور تهدیدهایی که در موقعیت‌های بچه‌دزدی یا گروگان‌گیری پیش می‌آید. در این موقعیت‌ها فرد به صورت ترس، درماندگی و وحشت شدید به این تجارب پاسخ می‌دهد. (موریسون، ۱۳۹۹/۲۰۲۰)<sup>۳</sup> مبتلایان به این اختلال، با کمی تاخیر (علائم معمولاً بلافاصله پس از سانحه ایجاد نمی‌شوند) مکرراً شروع به مرور ذهنی حادثه آسیب‌زا و همچنین تلاش برای اجتناب از فکر کردن به آن می‌کنند و علائمی از بیش‌انگیختگی فیزیولوژیک، مثل واکنش از جا پریدن اغراقی، نیز در آن‌ها بروز می‌کند. برای تشخیص این اختلال، علائم آن باید حداقل به مدت یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهم زندگی فرد (حوزه‌های خانوادگی، شغلی، تحصیلی و سایر موارد) تأثیر منفی چشمگیری گذاشته باشند. به‌طور کلی هر چه سانحه وحشتناک‌تر و ماندگارتر باشد، احتمال بروز PTSD بیشتر است (هالچین، ویتبورن، ۱۳۹۷/۲۰۱۴).<sup>۴</sup> بر اساس آمار

1. Odanus·Slavich·E-pol·Nilan  
2. Posttraumatic stress disorder  
3. Murison  
4. Haljin·Vitchorn

و اطلاعات موجود، این بیماری علاوه بر آنکه فرد را مبتلا می‌سازد، سبب ناراحتی و تولید بار روانی و مالی عمده‌ای بر خانواده‌های این افراد و اجتماع می‌شود. یک چهارم بازماندگان جنگ‌های سنگین و دو سوم زندانیان پیشین جنگ‌ها در معرض خطر هستند. آنها که بلائای طبیعی مثل آتش سوزی یا سیل را متحمل شده‌اند، کمتر احتمال دارد دچار علائم شوند (کوهران و میلیکین، ۲۰۲۰).<sup>۱</sup> اختلال استرس پس از ضربه نه تنها خود یک بیماری مزمن و طاقت‌فرسا محسوب می‌شود بلکه در شکل‌گیری و تداوم برخی از اختلالات روانشناختی به‌عنوان عاملی زمینه‌ساز در نظر گرفته می‌شود که با بسیاری از پریشانی‌های روانشناختی هم‌ابتلائی یا همبودی دارد (تامپسون، ۲۰۱۴).<sup>۲</sup> وجود خاطرات مزاحم و نشخوارکننده در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه علاوه بر ایجاد آشفتگی ذهنی برای فرد می‌تواند سبب اجتناب از مراجعه به‌موقع آن‌ها به پزشک برای کنترل دوره‌ای بیماری، محیط‌های بیمارستان و به‌طور کلی ارتباطات اجتماعی و بین‌فردی شود. هنگام وجود این خاطرات رخنه‌کننده برخی افراد با آن‌ها درگیر می‌شوند و برخی دیگر از آن اجتناب می‌کنند. که هر دو روش مقابله می‌تواند نامناسب باشد. بزرگسالان مسن‌تر در مقایسه با جوان‌ها به احتمال کمتری علامت پیدا می‌کنند و شیوع آن در زن‌ها بیشتر از مرد‌ها است. شیوع PTSD می‌تواند در طول رشد متفاوت باشد، کودکان و نوجوانان به‌خصوص در دوره پیش از مدرسه عموماً شیوع کمتری از تظاهرات به‌دنبال حوادث استرس‌زای شدید دارند (موریسون، ۲۰۲۰/۱۳۹۹). همانطور که پیش‌تر گفته شد بازماندگان جنگ‌افروان‌ترین قربانیان در بین مبتلایان به اختلال PTSD هستند، در کشور ما نیز با توجه به تحمل بار عظیم جنگ عراق علیه ایران، افراد زیادی به این اختلال مبتلا شدند، که در نتیجه آن شیوع بالای PTSD در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، گزارش شده است. به‌گونه‌ای که شمار جانبازان در کشور ایران ۵۸۳ هزار نفر می‌باشد و اکثراً دارای اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند. (منطقی، ۱۳۸۹) طبق یافته‌ها ۵۱ درصد از جانبازان، ۶۹ درصد از ایثارگران و ۷۹ درصد از افراد آزاده مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند (کمال منش، ماردپور، ۱۳۹۵). با توجه به اینکه میزان اختلال استرس پس از سانحه PTSD در میان جانبازان شیوع بالایی دارد. روشهای درمانی متعددی برای درمان علائم PTSD کار شده است، به‌عنوان مثال خدابخشی کولایی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که،

1. Kohran·Milikin  
2. Tamison

روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات تعقیبی چشم<sup>۱</sup> (EMDR) بر علائم PTSD جانبازان مرد مقیم در آسایشگاه موثر می‌باشد (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۹۹۵). برای مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، ایجاد محیطی برای برون‌ریزی بیشتر و فراهم کردن شرایطی برای بیان جزئیات دقیق در ارتباط با وضعیت بیماری خود، می‌تواند بار هیجانی را برای فرد درگیر با بیماری را، کاهش دهد. مواجهه درمانی روایتی می‌تواند بستری فراهم کند تا افراد بتوانند در محیطی آرام خاطرات آسیب‌زای خود را مرور کنند و جزئیات رویداد مربوط به حادثه را بدون قضاوت درباره آن بپذیرند و به نوعی ارتباط خود را با آن‌ها تغییر دهند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۱)<sup>۲</sup>. مواجهه درمانی روایتی (NET)<sup>۳</sup> تایید شده‌ترین و موفق‌ترین درمان کوتاه مدت برای اختلال PTSD است که یکی از انواع مداخلات شناختی-رفتاری نیز محسوب می‌شود. در NET، بیمار در حین اینکه هیجان‌ات، شناخت‌ها، فیزیولوژی، عناصر حسی و رفتاری و محتوای معنایی مربوط به حادثه را مجدداً تجربه می‌کند، به کرات درباره حادثه آسیب‌زا به تفصیل حرف می‌زند. همچنین بیمار تجربیات مثبت زندگی را تعریف می‌کند. بیمار درحالی‌که روی بافت جزئی تجربه آسیب‌زا و نیز اجزای مهم شبکه‌های هیجانی و چگونگی همراه شدن آنها با یکدیگر متمرکز شده، با راهنمایی و کمک مستقیم درمانگر، روایت جدیدی از زندگی اش می‌سازد. این فرایند به اکثر افراد کمک می‌کند دریابند که ساختار ضربه‌زده از تجربیات گذشته نشاءت گرفته و فعال سازی آن چیزی جز خاطره نیست. بنابراین آن‌ها واکنش هیجانی در برابر یادآوری حوادث آسیب‌زا را از دست می‌دهند، که این امر در نتیجه به بهبودی نشانه‌های PTSD منجر می‌شود (شاور و همکاران، ۲۰۱۷/۱۳۹۶)<sup>۴</sup>. یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز نشان دهنده اثربخشی مواجهه درمانی روایتی در درمان مبتلایان به اختلال PTSD می‌باشد (مایوریتز و همکاران، ۲۰۲۱)<sup>۵</sup> و در این پژوهش برای اولین بار در دنیا به بررسی اثر NET، همزمان بر سه مؤلفه علائم پس‌آسیبی، واکنش‌پذیری بین‌فردی و عواطف منفی در جانبازان مبتلا به اختلال PTSD پرداخته شده است. از آنجا که علائم پس‌آسیبی، واکنش‌پذیری بین‌فردی و عواطف منفی به میزان بسیاری به تفسیر افراد

1. Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

2. Zhang

3. Narrative Exposure Therapy

4. Shaver

5. Mayoritz

از رویدادها وابسته است، تغییر نگرش‌ها و تفسیر از رویدادهای زندگی در روند بهبودی تأثیر دارد. در جریان مواجهه درمانی روایتی نیز حین بازگویی خاطره آسیب از سوی بیمار، افشای هیجانی اتفاق می‌افتد. بنابراین این مداخله نیز با فراهم کردن فرصتی برای ارزیابی مجدد حوادث و رویدادها، می‌تواند بر تمرکز کمتر بر رویدادهای منفی و توجه بیشتر به حوادث خوشایند و ارزیابی واقع‌بینانه از آن حوادث تأثیر داشته باشد (شاوور و همکاران، ۲۰۱۷/ ۱۳۹۶).

این اختلال مشکلات عدیده‌ای برای جانبازان و خانواده‌ها ایجاد می‌کند. برای مثال، در پژوهشی پژوهشگران نشان دادند که، نیازهای روان‌شناختی و عاطفی دختران افراد جانباز شامل؛ "رنج دیدگی و تجربه‌های منفی در زندگی، احساس شادمانی و غرور از داشتن پدر جانباز، نگاه منفی و غرض ورزانه از سوی جامعه و تداخل ارزشها و باورهای پدر با دختر". درون‌مایه یا اصلی‌ترین مفهوم "زندگی در وهله‌های از رنج و افتخار" بود (خدابخشی کولایی و نجمی صادق، ۱۳۹۸). نیاز به انجام پژوهش در این گروه تنها کمک به آنها نیست، بلکه ایجاد شرایطی مناسب برای خانواده‌ها و عزیزان آنها نیز می‌باشد. لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس‌آسیبی، واکنش‌پذیری بین‌فردی و عواطف منفی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه می‌باشد.

## روش‌شناسی پژوهش

روش این پژوهش به صورت مطالعه تک‌آزمودنی از نوع AB می‌باشد که به آن آزمایش تک‌موردی نیز گفته می‌شود و از نوع پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. این روش به دو دوره متفاوت تقسیم می‌شود. مرحله اول دوره خط پایه و مرحله دوم دوره عمل آزمایشی. مرحله خط پایه که در آن رفتار آزمودنی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته می‌شود و شامل فراوانی رفتارها قبل از شروع آزمایش است که با A نام‌گذاری می‌شود، هدف از دوره خط پایه دریافت نیمرخ طولی از متغیر وابسته در غیاب مداخله می‌باشد. مرحله دوم، دوره عمل آزمایشی نام دارد، که در آن متغیر مستقل مورد دستکاری قرار می‌گیرد و مداخله انجام می‌شود که با B نام‌گذاری می‌شود، هدف از دوره عمل آزمایشی به دست آوردن نیمرخ طولی متغیر وابسته در زمان انجام

مداخله به منظور اثرگذاری بر متغیر وابسته می باشد (ویلیام آر. نوجنت، ۱۳۹۴/۲۰۱۵)<sup>۱</sup>. جامعه آماری این پژوهش را جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ساکن شهر تهران تشکیل می دهند که تا سال ۱۴۰۰ در بیمارستان روانپزشکی صدر در شهر تهران بستری بوده اند. نمونه گیری به شکل در دسترس و هدفمند می باشد. برای این منظور، لیستی از تمام بیماران جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی بستری در بیمارستان روانپزشکی صدر تهران تهیه شد که توسط روان شناس و روانپزشک بیمارستان تشخیص گذاری شده بود و پرونده بیماران نیز مورد مشاهده قرار گرفت. سپس از بین این لیست ۴ نفر انتخاب شدند، از بین این ۴ نفر، یک نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد و پرسشنامه های مورد هدف از او گرفته شد و بر روی ۳ نفر دیگر، به عنوان گروه آزمایش، مداخله صورت پذیرفت. معیار های ورود به پژوهش برای آزمودنی ها شامل این موارد می شود: تشخیص گذاری اختلال استرس پس از سانحه توسط روانپزشک و روان شناس بیمارستان بر روی بیماران مورد مطالعه و مشاهده پرونده بیماران، انتخاب جانبازان از بین بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، رضایت بیمار برای شروع جلسات درمانی و انتخاب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، که سابقه همکاری مناسب برای درمان در گذشته را از خود نشان داده بودند. معیار های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل بیمار برای ادامه جلسات، عدم همکاری بیمار با درمانگر و ترخیص بیمار به دستور بیمارستان، بود.

برای گردآوری اطلاعات، از سه ابزار سنجش استفاده شد:

**(۱) مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می سی سی پی<sup>۲</sup>:** از این ابزار برای تشخیص گذاری اختلال استرس پس از سانحه و همچنین سنجش متغیر علائم پس آسیبی بهره گرفته شد. نوریس و رید (۱۹۹۷) این مقیاس را مطرح کردند. این مقیاس ۳۹ آیتم و چهار خرده مقیاس خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان-افسردگی دارد. این مقیاس در پنج درجه به شیوه لیکرت از ((کاملاً درست=۵ تا غلط=۱)) برای عبارت ستاره دار و از ((کاملاً درست=۱ تا غلط=۵)) نمره گذاری می شود. نمره کل از ۳۹ تا ۱۹۵ می باشد که با محاسبه مجموع کل نمره ها، نمرات کمتر از ۶۵ خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ متوسط و بالاتر از ۱۳۰ شدید ارزیابی می شود. اعتبار باز آزمایی آن ۰/۹۷، همسانی درونی با آلفای

1. Viliyam R ·Nojent  
2. Mississippi traumatic stress scale

کرونباخ ۰/۹۴، حساسیت آن ۰/۹۳ و کارایی آن ۰/۹۰ می باشد. در ایران نیز اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دونیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۱ و روایی آن ۰/۸۲ ارزیابی شده است (گودرزی، ۱۳۸۲). در این پژوهش، مجدداً اعتبار آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید.

**(۲) شاخص واکنش پذیری بین فردی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه 28 آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم ها به صورت پنج گزینه ای مرا خیلی توصیف نمی کند تا مرا خیلی خوب توصیف می کند جواب میدهد. دامنه نمرات این شاخص بین 28 تا ۱۴۰ می باشد. پرسشنامه واکنش پذیری بین فردی چهار مؤلفه دارد که عبارتند از: تخیل، توجه همدلانه، دیدگاه گیری و درماندگی شخصی. دیویس در سال ۱۹۸۳ این مقیاس را مطرح کرد. ضریب آلفای کرونباخ این شاخص در دامنه ای از 0/75 تا 0/82 به دست آمده است هر خرده مقیاس در این آزمون، دارای 7 جمله است و آزمودنی ها باید میزانی را که هر جمله توصیف کننده وضعیت آنها می باشد را در یک طیف 5 تایی از ۰، اصلاً مرا توصیف نمی کند تا ۴ به خوبی مرا توصیف می کند نمره گذاری می شود. برای نمره گذاری کردن هر خرده مقیاس باید پاسخ سوالات مربوط به هر مقیاس را با یکدیگر جمع کرد به دلیل اینکه خرده مقیاس ها به درجات متفاوتی با یکدیگر همبستگی دارند و به خصوص اینکه نمرات درماندگی شخصی بطور منفی با مقیاس های دیگر همبستگی دارد، در نظر گرفتن نمره ی کلی برای همدلی توصیه نشده است. همچنین برای مقیاس های همدلی نقطه ی برشی وجود ندارد، بلکه این شاخص برای سنجش مداوم ساختارهای مربوط به همدلی به شکلی که در جمعیت نرمال وجود دارند، طراحی شده اس. در تحقیقی دیگر که فیض آبادی، فرزاد و شهر آرای (۱۳۸۷) اعتبار آزمون را در خرده مقیاس ها توجه همدلانه ۰/۶۸، پریشانی فردی ۰/۷۱، دیدگاه گیری ۰/۶۸ و خیال ۰/۷۰ گزارش کردند (فیض آبادی و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش، مجدداً اعتبار آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه گردید.

**(۳) مقیاس عواطف منفی DASS- 21<sup>۲</sup>:** از این ابزار سنجش متغیر عواطف منفی بهره گرفته شد که شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی،

1. questionnaire of interpersonal aggression  
2. Depression Anxiety Stress Scale

اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. شیوه اندازه‌گیری پرسشنامه به صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت است. هر یک از خرده‌مقیاس‌های dass-21 شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. روایی و پایایی: آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. این پرسشنامه توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شد و اعتبار آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و تنیدگی ۰/۷۸ به دست آمد. در این پژوهش، برای گروه جانبازان مجدداً آلفای کرونباخ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و به ترتیب برای مقیاس‌های افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۸۱ و تنیدگی ۰/۷۲ به دست آمد. پژوهش حاضر، پس از کسب مجوز‌های لازم از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ معرفی‌نامه برای دسترسی به نمونه‌های پژوهش برای بیمارستان روانپزشکی صدر، آغاز شد. همچنین از افراد مورد مطالعه برای انجام پژوهش رضایت آگاهانه کسب گردید. پس از مشخصات فردی و اطلاعات دموگرافیکی توسط پژوهشگر در محیط آرام و خصوصی از بیماران اخذ شد و پرسشنامه‌های علائم پس‌آسیبی، واکنش‌پذیری بین‌فردی و عواطف منفی توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید. در جمع‌آوری اطلاعات از میان سالان سعی می‌شود تا با برقراری ارتباط مناسب و اجازه صحبت کامل به مراجعه‌کنندگان جلب اعتماد کافی صورت گیرد و در خصوص محرمانه بودن اطلاعات نیز به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شود. در این



مطالعه، جلسه توجیهی به صورت انفرادی برای کلیه مشارکت کنندگان اعم از گروه مداخله و کنترل به منظور بیان اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه ها برگزار خواهد شد. و در همین جلسه رضایت مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. به بیماران اطمینان داده می شود که هر زمان تمایل به ادامه شرکت در مطالعه نداشته باشند، می توانند از مطالعه خارج شوند. پرسشنامه توسط افراد گروه هدف تکمیل خواهد شد و پس از آن، جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. از یک نفر آنها به عنوان کنترل فقط پرسشنامه می سی سی پی گرفته شد و هیچ مداخله بر روی وی انجام نشد. سپس جلسات درمانی بر روی سه نفر دیگر از بیماران به شکل هفتگی به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای برگزار شد. برنامه مداخله درمانی از کتاب مواجهه درمانی روایتی روش درمانی کوتاه مدت برای اختلال های استرسی آسیب زای نوشته شاور، نوینر و البرت ترجمه مینا اورنگک اخذ شده است (جدول ۱).

جدول ۱. جلسات مداخله مواجهه درمانی روایتی به تفکیک محتوا، اهداف و فنون

جلسات	محتوای جلسات	اهداف جلسات	قانون هر جلسه
اول	* تشخیص بیش از درمان * آموزش روانی * آموزش توضیح نشانه ها و افکار ناخوانده و مزاحم * توضیح طرز کار درمان	* تشخیص گذاری * اعتمادسازی بین درمانگر و بیمار * آشنایی بیمار با درمان	* ابزارهای تشخیصی PTSD * مفید برای عادی سازی * مشروعیت بخشی
دوم	* ریسمان زندگی	* بازسازی حوادث زندگی دارای اهمیت شخصی با حفظ ترتیب زمانی * کسب نقشه راه درمانی مفید برای درمانگر * شناسایی تمام حوادث زندگی بیمار	* توجه مثبت نامشروط * همدلی
سوم	* آغاز روایت	* شناسایی حادثه آسیب زای * تعیین بافت حادثه آسیب زای * کسب اطلاعات در مورد حادثه	* فعال سازی خاطرات سرد سرگذشتی
چهارم و	* کند کردن جریان	* فعال سازی خاطره داغ (ساختار ترس	* سوالات مستقیم

جدول ۱. جلسات مداخله مواجهه درمانی روایتی به تفکیک محتوا، اهداف و فنون

جلسات	محتوای جلسات	اهداف جلسات	قانون هر جلسه
پنجم	روایتگری * پرداختن به حادثه آسیب‌زا با جزئیات از زبان بیمار	ضربه) * به کلام آمدن اجزای ساختار خاطره داغ * مواجهه طولانی‌مدت با نقطه داغ	* بازخورد مشاهدات * نگه داشتن بیمار در اینجا و اکنون
ششم و هفتم	* خوگیری	* خوگیری * کسب مجدد عزت نفس شخص از طریق ارضای نیاز به تایید به وسیله شهادت دادن	* انعکاس محتوا و احساسات * همدلی * گوش دادن فعال
هشتم	* خواندن گزارش نهایی برای بیمار	* اطمینان از ایجاد خوگیری کامل	* عادی‌سازی

به منظور بررسی معناداری آماری و تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل نموداری و ترسیمی، شاخص تغییر پایا و بهبود بالینی معنادار استفاده شده است. برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا باید انحراف معیار، پایایی (آزمون باز آزمون) و پرسشنامه‌ها را در اختیار داشته باشیم. در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد. به عبارتی دیگر نمره پس آزمون یا بعد از درمان منهای نمره پیش آزمون یا قبل از درمان، تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت نمرات دو آزمون، برابر با شاخص تغییر پایا می‌باشد. اگر میزان تغییرات یا تفاوت پیش از درمان یا پس از درمان از  $1/96$  بیشتر باشد، می‌توان با در نظر گرفتن  $0/5$  احتمال خطا، نتیجه گرفت که تغییر و بهبودی حاصل شده، ناشی از مداخله درمانی بوده و نتایج دریافتی به دلیل عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری و تغییر به دست آمد تصادفی نمی‌باشد. به عبارتی دیگر، اگر نتیجه به دست آمده مساوی یا بزرگتر از  $z=1/96$  باشد، با  $95$  درصد اطمینان ( $p < 0/05$ ) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است.

$$\text{پیش آزمون - پس آزمون} = \frac{\text{خطای استاندارد تفاوت}}{\text{شاخص تغییر پابا}}$$

$$\text{خطای استاندارد تفاوت} = \sqrt{2}(\text{خطای استاندارد میانگین})$$

$$\text{پابایی باز آزمون} - \sqrt{1} \text{ انحراف معیار} = \text{خطای استاندارد میانگین}$$

بهبودی بالینی معنادار: اگر درمان بتواند آماج های درمانی را به حد افراد عادی برساند، میتوان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنی دار بوده است. جاکوبسون و همکاران تغییر یا بهبود معنی دار بالینی را برگشت به کارکرد بهنجار در نظر می گیرند. به عبارتی دیگر معنی داری بالینی زمانی حاصل میشود که نمره افراد پس از درمان از نقطه برش پرسشنامه ها پایین تر بیاید، یعنی نمره فرد در اثر مداخله به حد نمره افراد سالم برسد. برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج های درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و همکاران برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از طرح های تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون فرد از نمره پس آزمون کم شده و حاصل آن بر نمره پیش آزمون تقسیم میشود و نتیجه بر 100:

$$\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون} = \frac{\text{درصد بهبودی}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

لازم به ذکر است به اعتقاد بلانچارد بر طبق این فرمول، 50 درصد کاهش در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین 25 درصد تا 49 درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علایم تا حد زیر 25 درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می شود.

## یافته های پژوهش

شرکت کنندگان 4 جانباز بودند که 3 نفر در گروه آزمایش و 1 نفر در گروه کنترل قرار داشتند که اختلال استرس پس از سانحه را دریافت کرده بودند. **شرکت کننده اول**: شرکت کننده شماره اول در پرسشنامه می سی سی پی که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه می

باشد، نمره ۱۶۴ را کسب نمود که بر اساس طبقه بندی می‌سی‌سی‌پی، این آزمودنی دارای اختلال استرس پس از سانحه از نوع شدید می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده این آزمودنی نمره کافی برای ورود به پژوهش را کسب نمود. آزمودنی اول متاهل، داری ۸ فرزند و ۶۶ سال سن دارد و ساکن شهر ایلام می‌باشد. او در دوران جنگ ۳ مرتبه از نواحی سر و شکم مجروح شده است و یک مرتبه موج انفجار و یک مرتبه نیز شیمیایی شده است. او در جواب اینکه چه موضوعی باعث شده است که در بیمارستان روانپزشکی بستری شود، پاسخ می‌دهد: «همیشه ناراحت و عصبانی ام. سر فرزندان خود داد می‌زنم با بچه هام مهربون نیستم، اذیتشان می‌کنم و بعد شدیداً پشیمان می‌شوم. شب خواب‌هایی می‌بینم که نمی‌گذارد بخوابم، اصلاً خوابم خوب نیست، همیشه خواب‌های مربوط به جنگ رو می‌بینم». او سابقه ۴ بار بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی را دارد و دارای بیش‌خوب از بیماری خود می‌باشد. **شرکت‌کننده دوم**: شرکت‌کننده شماره دوم در پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد، نمره ۱۵۸ را اخذ نمود که بر اساس طبقه بندی می‌سی‌سی‌پی، این آزمودنی دارای اختلال استرس پس از سانحه از نوع شدید می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده این آزمودنی نمره کافی برای ورود به پژوهش را کسب نمود. آزمودنی متاهل، داری ۶ فرزند و ۵۹ سال سن دارد. وی در سن ۱۹ سالگی در جبهه‌های غرب ۱۳ شرکت می‌کند و سابقه ۵۶ ماه حضور در جنگ را دارد. وی در این مدت چندین بار از ناحیه سر و شکم به شدت مجروح شد و دچار شیمیایی و موج انفجار نیز شده است و چندین مرتبه شاهد کشته شدن هم‌رزم‌هایش به شکل فجیعی بوده است. بعد از دوران جنگ به دلیل صدمات روانی ناشی از حضور در جبهه در بیمارستان بستری بوده. تکلم او مناسب می‌باشد و بینش خوبی نسبت به بیماری خود دارد. سابقه ۵ بار بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی را نیز تجربه کرده است. او در جواب اینکه چه موضوعی باعث شده است که در بیمارستان روانپزشکی بستری شود، پاسخ می‌دهد: «ناراحتی اعصاب دارم شدیداً، سرم سوت می‌کشد، پنج ساله سرم سوت می‌کشد، خواب‌های بد می‌بینم نمی‌توانم بخوابم، تو خواب عرق می‌کنم و گریه می‌کنم، دائم فکر می‌کنم تو خواب دارند به من حمله می‌کنند». **شرکت‌کننده سوم**: شرکت‌کننده شماره سوم در پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد، نمره ۱۵۴ را کسب نمود که بر اساس طبقه بندی می‌سی‌سی‌پی

سی پی، این آزمودنی دارای اختلال استرس پس از سانحه از نوع شدید می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده این آزمودنی نمره کافی برای ورود به پژوهش را کسب نمود. آزمودنی متاهل، داری ۴ فرزند و ۵۸ سال سن دارد و ساکن شمال کشور می باشد. او تنها بعد از ۱۵ روز از عقدش و در سن ۲۰ سالگی به جبهه های کردستان اعزام می شود و چندین بار از ناحیه ی سر، کتف و کمر مجروح می شود. صحنه هایی که در جبهه دیده به شدت او را آزار می دهد، صحنه هایی همچون سر بریدن، تکه تکه شدن دوستانش بعد از اصابت خمپاره، جمع کردن جنازه های دوستانش که به علت اصابت مستقیم توپ، متلاشی شده بودند. او زمانیکه در حال صحبت بود به شدت صدا و بدنش می لرزید و گریه می کرد. او در جواب اینکه چه موضوعی باعث شده است که در بیمارستان روانپزشکی بستری شود، پاسخ می دهد: ((مشکل اعصاب روان دارم مشکل روحی دارم. عصبانی می شوم. گوشه گیر هستم، با هیچ کس سلام نمی کنم، بی زار شدم از زندگی. خسته شدم)). **شرکت کننده چهارم (کنترل)**: شرکت کننده شماره چهارم که به عنوان گروه کنترل انتخاب شد، در پرسشنامه می سی سی پی که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه می باشد، نمره ۱۵۹ را کسب نمود که بر اساس طبقه بندی می سی سی پی، این آزمودنی دارای اختلال استرس پس از سانحه از نوع شدید می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده این آزمودنی نمره کافی برای ورود به پژوهش را کسب نمود. او متاهل، داری ۲ فرزند و ۵۶ سال سن دارد و ساکن شهر تهران می باشد. در طول مصاحبه تکلم وی بسیار آرام بود و در صحبت هایش به وضوح حاشیه پردازی و اطناب دیده می شد. او در کارنامه خود سابقه چندین مرتبه خودکشی و خودزنی دارد. در زمان حضورش در جنگ چندین مرتبه از سر و دست مورد آسیب قرار گرفت و موج انفجار را نیز تجربه کرده است. او همچنین در عملیاتی شیمیایی نیز شده است. او در پاسخ به این سوال که چه چیزی بیشتر تو را اذیت می کند می گوید: ((من یک نفر عراقی را که سرش را از تانک آورده بود بیرون را با ضربه گلوله کشتم، از آن زمان تا الان، در خواب و در بیداری می بینم آن مرد عراقی عکس زن و بچه هایش را به من نشان می دهد و می گوید من شیعه بودم، من را به زور به جبهه فرستادند، تو چرا من را کشتی و بچه هایم را یتیم کردی؟ نفرین این مرد عراقی نمی گذارد زندگی کنم و همیشه جلوی چشمم است)). او سابقه ۵ مرتبه بستری در بیمارستان های روانپزشکی را دارد.

### فرضیه اول: روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس آسیبی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد:

جدول ۲. سنجش آزمودنی‌ها در پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی (متغیر علائم پس آسیبی)

خط پایه	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی کنترل
۱۶۴	۱۵۸	۱۵۴	۱۵۹	---
۱۳۷	۱۲۷	۱۳۳	---	---
۸۲	۷۶	۷۷	۱۴۵	---
۵۰	۵۱/۸۹	۵۱/۲۹	۸/۸۰	---



نمودار ۱. سنجش آزمودنی‌ها در پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی (متغیر علائم پس آسیبی)

جدول (۲) و نمودار (۱) روند تغییر نمره آزمودنی‌ها را در پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی در مراحل خط پایه، مداخله و جلسه آخر نشان می‌دهد. آزمودنی اول در مرحله خط پایه، نمره ۱۶۴ را اخذ نمود و در جلسه چهارم به نمره ۱۳۷ دست یافت و پس از اتمام درمان، نمره این آزمودنی به نمره ۸۲ نزول پیدا کرد. آزمودنی دوم در این پرسشنامه در مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه هشتم به

ترتیب نمرات ۱۵۸، ۱۲۸ و ۷۶ را کسب نمود. آزمودنی سوم نیز نمره ۱۵۴، ۱۳۳ و ۷۷ را به ترتیب برای مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه آخر اخذ نمود. درصد بهبودی بالینی معنادار در متغیر علائم پس آسیبی برای آزمودنی اول ۵۰، آزمودنی دوم ۵۱/۸۹ و برای آزمودنی سوم ۵۱/۲۹ می‌باشد. اما آزمودنی کنترل در مرحله پیش آزمون، نمره ۱۵۹ را اخذ نمود و در مرحله پس آزمون نیز نمره ۱۴۵ را دریافت نمود. درصد بهبودی بالینی معنادار برای آزمودنی کنترل در متغیر علائم پس آسیبی ۸/۸۰ می‌باشد. تغییرات صورت گرفته در نمرات آزمودنی کنترل عمدتاً ناشی از قرار گرفتن این آزمودنی در محیط درمان و انجام دارو درمانی بر روی وی بوده است.

### فرضیه دوم: روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود واکنش پذیری بین فردی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد.

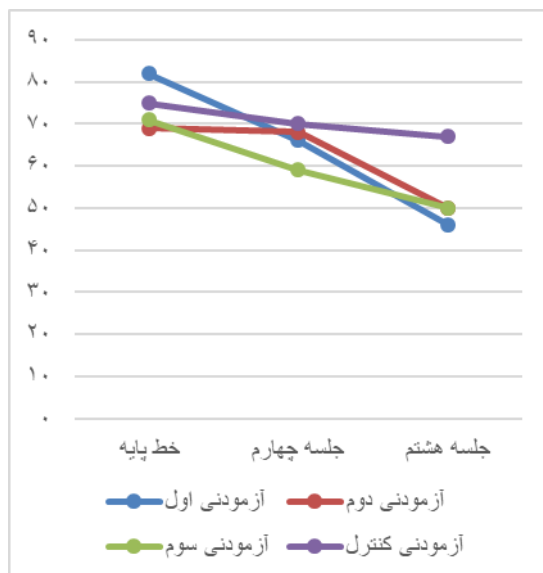
جدول (۳) و نمودار (۲) سنجش آزمودنی‌ها در پرسشنامه واکنش پذیری دیویس (متغیر

واکنش پذیری بین فردی)

جدول ۳. سنجش آزمودنی‌ها در پرسشنامه واکنش پذیری دیویس

(متغیر واکنش پذیری بین فردی)

آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی کنترل	
۸۲	۶۹	۷۱	۷۵	خط پایه
۶۶	۶۸	۵۹	-	جلسه چهارم
۴۶	۵۰	۵۰	۶۷	جلسه هشتم
۴۳/۹۰	۲۷/۵۳	۲۹/۵۷	۱۰/۶۶	درصد بهبودی بالینی معنادار



نمودار ۲. سنجش آزمودنی ها در پرسشنامه واکنش پذیری دیویس (متغیر واکنش پذیری بین فردی)

جدول (۳) و نمودار (۲) به تغییر روند نمره آزمودنی ها در پرسشنامه واکنش پذیری بین فردی دیویس در مراحل خط پایه، مداخله و جلسه آخر پرداخته شده است. آزمودنی اول نمره ۸۲، ۶۶ و ۴۶ را به ترتیب برای مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه آخر اخذ نمود. آزمودنی دوم در مرحله خط پایه نمره ۶۹ را کسب نمود و در جلسه چهارم نسبت با خط پایه تغییر چندانی نداشت و نمره ۶۸ را اخذ کرد اما در جلسه آخر نمره او کاهش یافت و به ۵۰ رسید. آزمودنی سوم نیز در مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه هشتم به ترتیب نمرات ۷۱، ۵۹ و ۵۹ را کسب نمود. در مؤلفه درماندگی شخصی نیز این آزمودنی در مرحله خط پایه نمره ۲۱، در جلسه چهارم نمره ۲۰ و در جلسه آخر نمره ۱۳ را کسب نمود. همچنین درصد بهبودی بالینی معنادار نیز در متغیر واکنش پذیری بین فردی برای آزمودنی اول ۴۳/۹۰، آزمودنی دوم ۲۷/۵۳ و برای آزمودنی سوم ۲۹/۵۷ می باشد. آزمودنی کنترل در مرحله پیش آزمون نمره ۷۵ را کسب نمود و در مرحله پس آزمون نمره ۶۷ را اخذ کرد، درصد بهبودی بالینی معنادار برای آزمودنی کنترل در متغیر علائم پس آسیبی

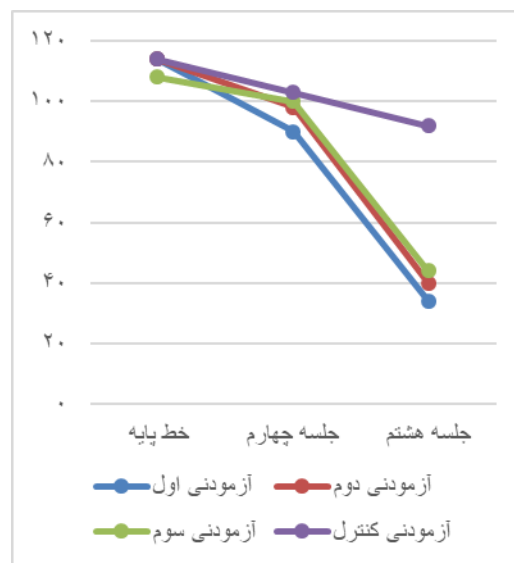


۱۰/۶۶ می باشد که تغییرات صورت گرفته در نمرات آزمودنی کنترل عمدتاً ناشی از قرار گرفتن این آزمودنی در محیط درمان و انجام دارو درمانی بر روی وی بوده است.

**فرضیه سوم: روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود عواطف منفی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاثیر دارد:**

جدول ۴. سنجش آزمودنی ها در پرسشنامه DASS-21 (متغیر عواطف منفی)

خط پایه	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی کنترل
۱۱۴	۱۱۴	۱۱۴	۱۰۸	۱۱۴
۹۰	۹۸	۹۰	۱۰۰	-
۳۴	۴۰	۴۰	۴۴	۹۲
۷۰/۱۷	۶۴/۹۱	۶۴/۹۱	۵۹/۲۵	۱۹



نمودار ۳. سنجش آزمودنی ها در پرسشنامه DASS-21 (متغیر عواطف منفی)

جدول (۴) و نمودار (۳)، به طور کل سنجش آزمودنی ها را در پرسشنامه DASS-21 که برای سنجش عواطف منفی می باشد را در مراحل خط پایه، مداخله و جلسه آخر نشان می دهد. آزمودنی اول مرحله خط پایه، نمره ۱۱۴ و در جلسه چهارم نمره ۹۰ را کسب نمود، پس از اتمام

درمان، نمره این آزمودنی به نمره ۳۴ کاهش یافت. آزمودنی دوم نیز نمره ۱۱۴، ۹۸ و ۴۰ را به ترتیب برای مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه آخر اخذ نمود و آزمودنی سوم در مرحله خط پایه نمره ۱۰۸، در جلسه چهارم نمره ۱۰۰ و در جلسه آخر نمره ۴۴ را کسب نمود. همچنین درصد بهبودی بالینی معنادار نیز در متغیر عواطف منفی برای آزمودنی اول ۷۰/۱۷، آزمودنی دوم ۶۴/۹۱ و برای آزمودنی سوم ۵۹/۲۵ می باشد. آزمودنی کنترل در این متغیر در مرحله پیش آزمون نمره ۱۱۴ را کسب نمود و در مرحله پس آزمون ۹۲ را دریافت کرد، درصد بهبودی بالینی معنادار برای آزمودنی کنترل در متغیر علائم پس آسیبی ۱۹ می باشد که تغییرات صورت گرفته در نمرات این آزمودنی عمدتاً ناشی از قرار گرفتن این فرد در محیط درمان و انجام دارو درمانی بر روی وی بوده است.

جدول ۵. درصد بهبودی بالینی معنادار آزمودنی ها (در کل درمان)

-	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی کنترل
درصد بهبودی بالینی کل	۶۳/۶۸	۵۱/۳۱	۴۹/۲۴	۱۰/۶۶

همانطور که در جدول (۵) قابل مشاهده است سه شرکت کننده ای که مورد آزمون قرار گرفتند درصد بهبودی قابل توجهی را تجربه کردند به طوریکه درصد کلی بهبودی بالینی معنادار برای آزمودنی اول ۶۳/۶۸، برای آزمودنی دوم ۵۱/۳۱ و برای آزمودنی سوم ۴۹/۲۴ می باشد که نشان دهنده ی موفقیت در درمان است و از نظر آماری معنا دار است، اما همانطور که قابل پیش بینی بود درصد کلی بهبودی بالینی معنادار برای آزمودنی کنترل معنا دار نمی باشد و عدد آن برابر با ۱۰/۶۶ می باشد.

## نتیجه گیری و پیشنهادها

**فرضیه اول** پژوهش حاضر این بود که مواجهه درمانی روایتی بر کاهش علائم پس آسیبی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه تاثیر دارد. نتایج نشان دهنده این بوده است که مواجهه درمانی روایتی در کاهش این آماج موفق بوده است و نمرات هر سه آزمودنی در جلسه آخر کاهش چشمگیری داشته است. به طوریکه طبق ملاک های آزمون می سی سی پی هر سه آزمودنی قبل از مداخله در دسته بندی شدید اختلال استرس پس از سانحه بودند اما پس از اجرای

جلسات مواجهه درمانی روایتی آزمودنی‌ها به دسته بندی متوسط رو به خفیف اختلال استرس پس از سانحه نزول پیدا کردند. درصد بهبودی هر سه آزمودنی نیز در مقیاس علائم پس آسیبی در پایان جلسات بیشتر از ۵۰ درصد بوده که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. بنابراین فرضیه اول این پژوهش تایید می‌شود و روش درمانی مورد نظر در کاهش علائم پس آسیبی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر می‌باشد. همچنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد که به معنای معناداری آماری تغییرات است. در واقع بیانگر این است که تغییرات مشاهده شده ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری و جانبازان در معرض مواجهه درمانی روایتی در مقایسه با گروه کنترل از بهبود علائم پس آسیبی بیشتری برخوردار می‌باشند. بر اساس یافته‌های پژوهش فرضیه اول مبنی بر روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس آسیبی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه تاثیر دارد، تایید می‌شود. نتایج به دست آمده این پژوهش همسو به نتایج پژوهش‌هایی می‌باشد، از جمله: ژانگ (۲۰۲۱) که به پژوهشی با عنوان تاثیر قرار گرفتن در معرض مواجهه درمانی روایتی بر بیماران مبتلا به COVID-19 با علائم استرس پس از سانحه پرداخت و رایت، رایسیگ و کالن (۲۰۲۰) که در پژوهشی با عنوان اثربخشی و سازگاری فرهنگی مواجهه درمانی روایتی برای پیامدهای ناشی از ضربه در پناهندگان پرداختند و دو پژوهشی دیگر سرپلونی، ناروگ، گونزالز، آوانچی، کارلیال، کوباخ (۲۰۲۰) به بررسی تاثیر قرار گرفتن در معرض مواجهه درمانی روایتی در نمونه‌ای از بازماندگان تروما که تحت تهدید مداوم خشونت بودند پرداختند. همچنین مطالعه دیگری که بشر پور، امانی و نریمانی (۱۳۹۸) در مورد اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر بهبود علائم پس آسیبی و واکنش‌پذیری بین فردی در بیماران مبتلا به سرطان، پرداختند. **فرضیه دوم** پژوهش حاضر این بود که روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود واکنش‌پذیری بین فردی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاثیر دارد. تاثیر مواجهه درمانی روایتی بر روی متغیر واکنش‌پذیری بین فردی، به نسبت متغیرهای دیگر یعنی متغیر علائم پس آسیبی و عواطف منفی کمتر بوده است. نتایج نشان دهنده این بوده است که مواجهه درمانی روایتی در کاهش این آماج به صورت اندکی موفق بوده است و نمرات هر سه آزمودنی در جلسه آخر کاهش یافته است اما تغییر چشمگیری نداشته است. به طوریکه درصد بهبودی بالینی معنادار آزمودنی اول ۴۳/۹۰، آزمودنی

دوم ۲۷/۵۳ و آزمودنی سوم ۲۹/۵۷ می‌باشد و طبق ملاک درصد تغییر بهبودی بالینی درصد‌های بین ۲۵ تا ۵۰ به معنای بهبودی و موفقیت اندک در درمان می‌باشد. همچنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد که به معنای معناداری آماری تغییرات است. بر اساس یافته‌های پژوهش فرضیه دوم مبنی بر روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود واکنش‌پذیری بین‌فردی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد. تأیید می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های سرپلونی، ناروگ، گونزالز، کوینتس آوانچی، کارلیال، کوباخ (۲۰۲۰). امانی (۱۳۹۵). . زارعی پور (۱۳۹۹). بشر پور، امانی و نریمانی (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. **فرضیه سوم** پژوهش حاضر این بود که روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود عواطف منفی (اضطراب، تنیدگی و افسردگی) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد. نتایج نشان‌دهنده این بوده است که مواجهه درمانی روایتی در کاهش این آماج موفق بوده است و نمرات هر سه آزمودنی در جلسه آخر کاهش چشمگیری داشته است. به طوریکه طبق ملاک‌های آزمون DASS-21 هر سه آزمودنی قبل از مداخله در دسته بندی بسیار شدید مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس بودند اما پس از اجرای جلسات مواجهه درمانی روایتی آزمودنی‌ها به دسته بندی خفیف افسردگی، اضطراب و استرس نزول پیدا کردند. درصد بهبودی هر سه آزمودنی نیز در مقیاس علائم پس‌آسیبی در پایان جلسات بالای ۵۰ درصد بوده و به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. بنابراین فرضیه سوم این پژوهش تأیید می‌شود و روش درمانی مورد نظر در بهبودی عواطف منفی (اضطراب، تنیدگی و افسردگی) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر می‌باشد. همچنین نمره RCI هر سه آزمودنی بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد که به معنای معناداری آماری تغییرات است. در واقع بیانگر این است که تغییرات مشاهده شده ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری و جانبازان در معرض مواجهه درمانی روایتی در مقایسه با گروه کنترل از بهبود عواطف منفی بیشتری، برخوردار می‌باشند. بر اساس یافته‌های پژوهش فرضیه سوم مبنی بر روش مواجهه درمانی روایتی بر بهبود عواطف منفی (اضطراب، تنیدگی و افسردگی) جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد. تأیید می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های رایت، رایسیگ و کالن (۲۰۲۰)، روبانت، کوباچ، اسمیت، شیمبا، کارلیال و آلبرت (۲۰۲۰)، گلوریان، کینگ (۲۰۲۰) و زارعی پور (۱۳۹۹) همسو

می باشد. اما در قسمت محدودیت این پژوهش می توانیم به این موضوع اشاره کنیم تحقیق حاضر جهت بررسی موضوع تحقیق صرفاً بر جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بستری در بیمارستان روان پزشکی صدر تهران در سال ۱۴۰۰ متمرکز شده بود. در این تحقیق صرفاً از ابزار پرسشنامه استفاده شده است و پاسخگویی نمونه های آماری تحقیق براساس خوداظهاری بوده است. مولفه های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی نمونه های تحت مطالعه جزو متغیر هایی هستند که ممکن است بر سلامت روان افراد مورد مطالعه تاثیر بگذارند و نتیجه پژوهش را مخدوش کند، که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج است. همچنین، این نوع طرح های پژوهشی به دلیل کنترل متغیرهای مزاحم از اعتبار درونی بالایی برخوردارند. با این حال، بالا رفتن اعتبار درونی ممکن است به تعمیم پذیری یافته ها یعنی اعتبار بیرونی صدمه بزند که این مشکل با سنجش های متعددی که در طی اجرای مداخله انجام شد، سعی شد تا حدی از تهدید آن کاسته شود. برای پیشنهادها در راستای نتایج پژوهش نیز می توان به مواردی اشاره کرد، از جمله: ۱- با توجه به اثربخشی آموزش با رویکرد مواجهه درمانی روایتی (NET) پیشنهاد می شود آموزش ها و تکنیک های آن در قالب برنامه های ضروری جهت بالا بردن سطح عملکرد و بهره وری افراد دچار اختلالات مرتبط با تروما و اعضای خانواده آنها توسط نهادهایی همچون بنیاد جانبازان اجرا گردد، تا از این طریق گامی در جهت ارتقاء سطح بهزیستی روانشناختی رضایتمندی افراد برداشته شود. ۲- پیشنهاد می شود مسئولان و فعالان حوزه سلامت روانی به نقش آموزش ها و مداخلات درمانی در جهت بهبود وضعیت زندگی زناشویی افراد جانباز و همسران آنها توجه ویژه نمایند. ۳- پیشنهاد می گردد سازمان ها و نهادهای مرتبط با افراد دچار اختلال های مرتبط با ضربه های روانی محلی را برای مشاوره های مداوم این افراد قرار دهند و یکسری از متخصصان روان شناسی را در این حوزه آموزش دهند تا بتوانند بسیاری از علایم و نشانگان این اختلال را کاهش داده و به بهبود عملکرد افراد جامعه و خصوصاً جانبازان و خانواده های ایشان کمک نمایند. شرکت کنندگان حاضر در پژوهش به دلیل ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و قرار گرفتن در معرض جنگ، تجربیات منحصر به فردی را پیرامون استرس، افسردگی، اضطراب و واکنش پذیری بین فردی داشتند. آگاهی از این تجربیات و بررسی همزمان سه متغیر علائم پس آسیبی، عواطف منفی و واکنش پذیری بین فردی تا کنون در هیچ مطالعه ای صورت پذیرفته است. روش درمانی مورد



## قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی مصوب پژوهشی دانشگاه خاتم می باشد. بدین وسیله از مدیران و متخصصان بیمارستان روان پزشکی صدر که با سعه صدر ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

## فهرست منابع

- آقاپور رضا، (۱۳۹۵)، بررسی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سبک زندگی خانواده از دیدگاه قرآن و حدیث، رساله دکتری، استاد راهنما سید علی‌اکبر ربیع، دانشگاه مازندران، دانشکده الهیات.
- آزادمرزآبادی، اسفندیار. مقتدایی، کمال و آریاپوران سعید(۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌شناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم رفتاری، ۷(۱): ۶۷-۷۴.
- ابوالمعالی، خدیجه و کمال، اکرم‌سادات(۱۳۹۳). اثر آموزش مبتنی بر طرحواره بر کاهش علائم استرس ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. طب جانباز، ۷(۱): ۲۸-۲۱.
- احمدی، خدابخش. حبیبی، مجتبی. شاهی، رضا. خوشکام، سمیرا و همکاران(۱۳۹۱). یافته‌ها، تنگناها و جهت گیری های پژوهش در حوزه سلامت روانی جانبازان. مجله طب نظامی. ۱۴(۴): ۲۶۰-۲۵۱.
- امانی، شعله (۱۳۹۵)، اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر واکنش‌پذیری به استرس، حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، مجله توانبخشی، ۲۰(۳): ۲۴۱-۲۳۰.
- جیمز موریسون، (۱۳۹۹) dsm-5 به زبان ساده، ترجمه شاملو و همکاران، تهران، انتشارات ارجمند.
- رضاپور میرصالح، یاسر. احمدی، خدابخش. داوودی، فریده و موسوی، سیده زهرا(۱۳۹۳). روایی، پایایی و ساختار عاملی مقیاس استرس آسیب ثانویه (STSS) در نمونه‌ای از فرزندان جانبازان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۰(۲): ۱۴۳-۱۳۴.
- شاور، مگی. نوینر، فرانک. البرتت، توماس (۱۳۹۶)، مواجهه‌درمانی روایتی روش درمانی کوتاه‌مدت برای اختلال‌های استرسی آسیب‌زا، ترجمه مینا اورنگ، تهران: انتشارات ارجمند.
- صاحبی، علی، اصغری، محمد جواد & سالاری، رضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب‌تندگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی، روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱(۴): ۵۴-۳۶.
- کاظمی، آمنه سادات. بنی‌جمالی، شکوه السادات. احدی، حسن و فرخی، نورعلی(۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) و مشکلات روان‌شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ تحمیلی. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران. ۲۲(۲): ۱۲۹-۱۲۲.
- کمال‌متش علی، ماردپور علیرضا(۱۳۹۵). بررسی میزان اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان جنگ. مجله پژوهش سلامت، ۲(۲): ۹۸-۸۷.
- گودرزی، محمد علی. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال‌تندگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی. مجله روانشناسی. ۷(۲): ۱۸۷-۱۵۳.



فیض آبادی، زهرا، فرزاد، ولی اله & شهرآرای، مهرناز. (۱۳۸۶). بررسی رابطه همدلی با سبک های هویت و تعهد در دانشجویان رشته های فنی و علوم انسانی. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۲)؛ ۹۰-۶۵.  
 محمدی، مونا (۱۳۹۹)، بررسی میزان اثربخشی رویکردهای شناخت‌درمانی (CT) و مواجهه‌درمانی روایتی (NET) بر علائم استرس پس از حادثه (PTSD)، سازگاری اجتماعی و رضایت زناشویی زنان متاهل زلزله زده‌ی ساکن اهر، دومین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و مشاوره، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

موسوی اصل، سیدعلی و موسوی سادات، زینب (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. ارمغان دانش. ۱۹(۱): ۹۹-۸۹.

ویلیام آر. نوجنت، ترجمه شهرام واحدی، محمد مقدم (۱۳۹۴)، تحلیل داده های طرح های تک موردی، تهران، انتشارات کتاب ایران.

هالچین، ویتبورن، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۷)، دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی، تهران، انتشارات روان.

Adanus. Slavich. E-pol. nilan. (2013). Post-traumatic stress disorder. Martin Dunitz Ltd, United Kingdom.

Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 15*, 205-212.

Catherall, D. R (2004). *Handbook of stress, trauma, and the family*. New York, Taylor & Francis group.

Cochrane, B. A., & Milliken, B. (2020). The representational basis of positive and negative repetition effects. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 46*(3), 252.

Enauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, et al (2018). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience.*; 12:127.

Khodabakhshi-Koolae, A., & Najmi-Sadegh, S. (2019). Living with veteran fathers: analyzing the psychological and emotional needs in daughters of veterans (A phenomenological study). *J Mil Med, 21*(5), 479-489.

Khodabakhshi Koolae, A. (2016). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among male veterans. *Military Caring Sciences Journal, 3*(1), 1-9.

Macdonald, J., & Muran, C. J. (2020). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on "mindfulness-in-relationship" skills for therapists. *Journal of Psychotherapy Integration. 31*(4), 452.

Mauritz, M. W., van Gaal, B. G., Goossens, P. J., Jongedijk, R. A., & Vermeulen, H. (2021). Treating patients with severe mental illness with narrative exposure therapy for comorbid post-traumatic stress disorder. *BJPsych Open, 7*(1).

- McPherson J. Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence? *Research on Social Work Practice*. 2012; 22(1):29-42.
- Mesurado, B., Vidal, E. M., & Mestre, A. L. (2018). Negative emotions and behaviour: The role of regulatory emotional self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 64, 62-71.
- Neuner, F., Elbert, T., & Schauer, M. (2018). Narrative Exposure Therapy (NET) as a treatment for traumatized refugees and post-conflict populations. In *Mental health of refugee and conflict-affected populations* (pp. 183-199). Springer, Cham.
- Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, J. K. (2008). Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *NeuroImage*, 43, 571-580.
- Rowe, A. D., & Fitness, J. (2018). Understanding the role of negative emotions in adult learning and achievement: A social functional perspective. *Behavioral sciences*, 8(2), 27.
- Sherman D.M, Zanutti D.K, Jones D.E. (2005). Key elements in couples therapy with veterans with combat related posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*; 36: 626–33.
- Tampson . (2014). *Trauma and Post-traumatic stress disorder*. Chassell publication.
- Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(8), 877.
- Zang, Hunt N, Cox T. A randomized controlled pilot study (2011): the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:41.
- Scott, B. A., Colquitt, J. A., Paddock, E. L., & Judge, T. A. (2010). A daily investigation of the role of manager empathy on employee well-being. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 113(2), 127-140.



## Effectiveness of Narrative Exposure Therapy (NET) on the Improvement of Post-Traumatic Symptoms, Interpersonal Reactivity and Negative Emotions in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Single-Subject Research Study

Behnood Khorsand Noubahar<sup>1</sup> | Rasoul Roushan<sup>2</sup> | Anahita

Khodabakhshi-Koolae<sup>3</sup>

### Abstract

**Propose:** Exposure therapy is a narrative therapeutic approach developed to treat post-traumatic stress disorder. In this treatment, veterans repeatedly talk about each traumatic event while re-experiencing the emotions, cognitions, physiology, sensory and behavioral elements, and semantic content of the incident. The aim of this study was the effectiveness of narrative exposure therapy on the improvement of post-traumatic symptoms, interpersonal reactivity and negative emotions in veterans with post-traumatic stress disorder.

**Method:** The method of this research is the study of a single subject of type AB. The statistical population of this study consists of veterans with post-traumatic stress disorder living in Tehran who were hospitalized in Sadr Psychiatric Hospital in Tehran until 2021. For this purpose, a list of veterans with post-traumatic stress disorder was prepared. Then, from this statistical population, 4 people were randomly selected and 3 people were randomly assigned to the experimental group and 1 person as a control. The intervention was performed 2 times a week for 8 sessions of 45 minutes. In this study, tools such as Mississippi Questionnaire, DASS-21 Negative Emotions Scale and Interpersonal Response Scale were used. Graph analysis, clinical improvement percentage and stable change index were used to analyze the data.

**Findings:** The percentage of significant clinical improvement for all three subjects is over 50% and the sustained change index in all three subjects is more than 1.96, which indicates that narrative exposure therapy has a positive effect on post-traumatic symptoms, interpersonal reactivity and negative emotions.

**Conclusion:** results showed that there is a significant difference between the estimated mean post-test scores of post-traumatic symptoms, interpersonal reactivity and negative emotions between the experimental and control groups.

**Keywords:** : Narrative Therapy Exposure, Post-Traumatic Symptoms, Interpersonal Reactivity, Negative Emotions.

1. MSc. in Clinical Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Science, Shahed University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran (a.khodabakhshid@khatam.ac.ir)