

The Effectiveness of Prolonged Exposure Therapy on Resilience and the Clinical Symptoms in Sexually Abused Girls with Post-Traumatic Stress Disorder

Authors

Samireh Karimi¹, Shekoofeh Mottaghi Dastenaï^{2*}, Afsaneh Moradi³

1. M.A student in General Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran. (Corresponding author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Persian Gulf University, Bushehr, Iran).

Abstract

Receive Date:
08/08/2021

Accept Date:
12/03/2022

Introductoin: Post-traumatic stress disorder is a severe psychological disorder, which arises due to undergoing a stressful and traumatic event. The present study aimed at identifying the effectiveness of Prolonged Exposure therapy in resilience and reducing the clinical symptoms in sexually abused girls with post-traumatic stress disorder.

Method: The research design was a single subject of A-B type with a follow-up period. The statistical population of the study included all 12 to 18-year-old girls with post-traumatic stress disorder due to sexual harassment in Izeh city who were referred to the Social Emergency Center in 2020. Two of them were selected through purposive sampling. Three baseline sessions were considered for each subject. Intervention sessions were performed individually based on a prolonged exposure therapy program in 10 sessions of 90 minutes (2 days a week). Evaluations were performed by the PTSD Symptom Scale (Foa et al., 2018) and resilience questionnaire (Connor and Davidson, 2003) in three stages baseline, intervention sessions, and one month following the treatment. Data analysis was done using visual analysis of graphs, calculation of recovery percentage, and reliable percentage index.

Results: Findings proved that with the beginning of the intervention, both subjects showed a decreasing and improving process in the scores of post-traumatic stress disorder syndrome, and an increasing and improving process in the scores of Connor and Davidson resilience scales. Subjects preserved these results for up to one month following the treatment.

Discussion and Conclusion: Based on the findings, it is recommended that therapists in the field of children and adolescents use prolonged exposure therapy to increase resiliency and improve stress-made symptoms to achieve more effectiveness. These findings provide important implications for educating and promoting children's mental health.

Keywords

Post Traumatic Stress Disorder, Prolonged Exposure Therapy, Resiliency, Adolescents, Sexual Abuse.

Corresponding Author's E-mail

mottaghi@ardakan.ac.ir

اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری و نشانه‌های بالینی دختران آزار دیده‌ی جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب

نویسندگان

سمیره کریمی^۱، شکوفه متقی دستنایی^{۲*}، افسانه مرادی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، یزد، ایران. (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال شدید روانشناختی است که پس از تجربه یک رخداد استرس‌زا و آسیب‌زا به وجود می‌آید. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری و کاهش نشانه‌های بالینی دختران آزار دیده‌ی جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بود.

روش: طرح پژوهش تک آزمودنی از نوع A-B با دوره پیگیری بود. جمعیت آماری پژوهش را کلیه دختران ۱۲ تا ۱۸ سال مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از آزار جنسی مراجعه‌کننده به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایذه در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. دو نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای هر کدام از شرکت‌کنندگان ۳ جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. جلسات مداخله به صورت انفرادی بر اساس برنامه مواجهه درمانی مداوم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه کودکان (فوا و همکاران، ۲۰۱۸) و پرسشنامه تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و یک ماه بعد از پایان درمان (پیگیری) انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل بصری نمودار، محاسبه درصد بهبودی و شاخص درصد پایا انجام شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد هر دو مراجع با شروع مداخله روند کاهشی و رو به بهبودی را در طراز نمرات مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و روند افزایشی و رو به بهبودی را در طراز نمرات مقیاس تاب‌آوری نشان دادند. آزمودنی‌ها این نتایج را تا یک ماه پس از درمان حفظ نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران حوزه کودک و نوجوان در افزایش تاب‌آوری و بهبود علائم ناشی از استرس از مواجهه درمانی مداوم برای اثربخشی بیشتر استفاده کنند. این یافته‌ها تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی کودکان ارائه می‌کنند.

کلیدواژه‌ها

اختلال استرس پس از سانحه، مواجهه درمانی مداوم، تاب‌آوری، نوجوانان، آزار جنسی

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mottaghi@ardakan.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی است و افراد همواره به‌طور طبیعی با خطرات و حوادث دچار استرس می‌شوند [۱]. اگر فشارهای روانی در طولانی مدت ادامه پیدا کند یا این‌که شدت آن به نحوی باشد که فرد دچار درماندگی و ترس شدید شود، آن‌گاه زمینه ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه فراهم شده است [۲]. این اختلال روان‌پزشکی بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که در نتیجه قرارگرفتن در معرض یک رخداد آسیب‌زا ایجاد می‌شود؛ معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه وجود علائمی از جمله تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب از یادآوری ضربه روحی، تغییرات منفی در شناخت، خلق، برانگیختگی و واکنش‌پذیری بیش از حد است [۳]. سوء استفاده جنسی و جسمی یکی از شایع‌ترین عوامل خطر ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلال استرس پس از سانحه است [۴]. در میان تجارب آسیب‌زای زندگی، کودک‌آزاری^۱ در شکل‌های گوناگون آن خسارت‌های جبران‌ناپذیری را بر روند رشد جسمانی و روانی کودکان و نوجوانان برجای می‌گذارد، سوء استفاده جنسی شامل طیف متنوعی از رفتارهای تماسی و جسمی تا رفتارهای غیرتماسی و کلامی قهرآمیز برای مجبور کردن کودک یا نوجوان به برقراری رابطه جنسی است [۵]. کودک‌آزاری نوعی سوءرفتار و یا نارسایی از طرف والدین یا اطرافیان در قبال کودک است و شامل تمام انواع بدرفتاری‌های جسمی، جنسی، عاطفی، بی‌توجهی و غفلت می‌باشد که موجب آسیب واقعی و خطر بالقوه به سلامت، بقا و رشد کودک می‌شود و در چارچوب یک رابطه مسئولیتی و یا قدرت صورت می‌گیرد [۶]. پژوهش‌های متعدد حاکی از شیوع سوء استفاده و سوء رفتار جنسی با کودکان در همه کشورها می‌باشد؛ از آن جمله در مطالعه [۷] شیوع سوء استفاده و خشونت جنسی در آفریقای جنوبی در میان دختران ۱۵ تا ۱۷ سال برابر با ۱۴/۶۱ درصد و در میان پسران برابر با ۹/۹۹ درصد گزارش شده است. بررسی شیوع سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان دختر در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است، در اندک مطالعات انجام شده شیوع سوء استفاده جنسی دختران در تبریز ۲/۳ درصد، در خرم‌آباد ۳۲/۵ درصد و در اصفهان در هر دو جنس ۴/۱ درصد تخمین زده می‌شود [۸]. در زمینه تأثیرات بلندمدت سوء استفاده جنسی مشکلات مختلفی وجود دارد از جمله افسردگی،

اختلال شخصیت مرزی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی [۹]. از این‌رو، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات رفتاری-هیجانی بسیاری روبه‌رو می‌شوند. اکثر آن‌ها افکار تکراری و مزاحمی دارند که در تمام اوقات روز به‌ویژه هنگام به خواب رفتن وارد ذهنشان می‌شوند و در مواردی نیز این تصاویر و افکار مزاحم به وسیله‌ی یادیارهای محیطی راه اندازی می‌شوند [۱۰]. یادآوری خاطرات کودک‌آزاری و ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند باعث رنج در فرد شود، این افراد در بزرگسالی برای فرار از خاطرات و تصاویر تکرارشونده و دردناک گذشته، دست به اجتناب تجربه‌ای می‌زنند [۱۱]. نتایج پژوهشی نشان داده است که ترومای دوران کودکی با بیماری‌های روانی، عملکرد ضعیف و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز در بزرگسالی مرتبط است [۱۲]. تأثیر مستقیم مؤلفه‌های مهارت مقابله با استرس در کنترل شرایط ناخوشایند زندگی و بحران‌زا باعث ارائه راهکارهای مؤثر در هنگام وقوع حوادث و مشکلات و فشارهای روانی آسیب‌زا می‌شود و موجب افزایش عملکرد فرد در محیط‌های اجتماعی خواهد شد [۱۳]. تاب‌آوری^۳ یکی از سازه‌هایی است که موجب انعطاف‌پذیری و مقابله مؤثر با عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود [۱۴]. تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط پیرامونی خود است [۱۵، ۱۶]. افزایش تاب‌آوری با تحمل بحران‌ها و گذر از حوادث و فجایع تلخ رابطه مستقیمی دارد و به‌عنوان عاملی در جهت کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند به‌کار رود [۱۷]. نتایج پژوهش [۱۸] نشان داد؛ مداخله‌هایی که با هدف پرورش تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار انجام می‌شوند، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر بسیار سودمند و باعث کاهش عود یا وخامت مشکلات روانشناختی آن‌ها می‌شوند. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که روش‌های درمانی مختلفی نظیر درمان‌های دارویی، درمان‌های روانشناختی از جمله درمان شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی و کنترل استرس [۱۹]، شناخت‌درمانی و حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد با استفاده از حرکات چشم^۴ مورد استفاده قرار گرفتند [۲۰]؛ که در این میان، رویکردهای شناختی-رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده و تبدیل به

4. Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing

1. Post-traumatic stress disorder (PTSD)

2. child abuse

3. resilience

کاهش شدت علائم در نمونه پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده است.

بر اساس مطالب مطرح شده و با توجه به مرور جامع بر پژوهش‌های پیشین آشکار شد که بررسی‌ها در زمینه کاربرد مواجهه درمانی مداوم روی دختران نوجوان آزار دیده‌ی جنسی مبتلا به پی تی اس دی بسیار محدود و کمیاب هستند. لذا، از آن جهت که مواجهه‌درمانی مداوم به عنوان یک مداخله روان-شناختی موثر، بر فرآیندهای شناختی و هیجانی درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های مرتبط با تروما اثربخش بوده و همچنین تاکنون در ایران پروتکل مواجهه‌درمانی مداوم فوا و همکاران نسبت به سایر انواع مواجهه درمانی بسیار کم و به‌طور منظم در درمان پی تی اس دی به کار نرفته است، لزوم به کارگیری و مشخص کردن میزان اثربخشی این پروتکل در فرهنگ ایرانی احساس می‌شود. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مواجهه درمانی مداوم بر بهبود تاب-آوری و کاهش نشانه‌های بالینی دختران آزار دیده‌ی جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد.

روش

نوع پژوهش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی است. نوع این مطالعه یک پژوهش شبه تجربی از نوع تک آزمودنی با طرح A-B بود. با توجه به عدم امکان دسترسی به نمونه‌های بیش‌تر و محدودیت استفاده از طرح آزمایشی، این طرح انتخاب گردید. طرح A-B در مطالعات تک‌آزمودنی عبارتند از: آن دسته از مطالعاتی که درمان یا مداخله آزمایشی را روی یک فرد انجام می‌دهند تا مشخص شود که روش درمان یا مداخله موردنظر تا چه اندازه مؤثر است. در این طرح از بیماران در طی چند مرحله خطوط پایه گرفته شد، علائم در طول درمان و همچنین پس از خاتمه‌ی درمان مورد بررسی قرار گرفت و بدین صورت روند تغییر بیماران بررسی گردید.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام دختران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب و جامعه هدف شامل دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی که در سال ۱۳۹۹ به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایزده مراجعه کرده بودند. از بین این بیماران ۲ بیمار در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ ساله به شیوه نمونه‌گیری هدفمند^۳ انتخاب شدند. حجم نمونه

گزینه نخست درمانی در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده است [۲۱].

در این راستا، مواجهه درمانی مداوم^۱ دارای اثربخشی زیادی بر دامنه گسترده‌ای از نشانه‌های مرتبط با تروما می‌باشد. این درمان شکلی از رفتار درمانی شناختی است و یک پروتکل درمانی مبتنی بر مواجهه خاصی که به وسیله فوا و همکاران^۲ [۲۲] شکل گرفته است و پروتکل درمانی آن معمولاً در ۸ تا ۱۵ جلسه درمانی هفتگی بیان شده است. این درمان شامل چهار مولفه اساسی؛ آموزش روانی در مورد واکنش‌های رایج به تروما، تنفس بازآموزی، مواجهه تصویری و مواجهه واقعی می‌باشد [۲۳]. اساس مواجهه مداوم نظریه پردازش هیجانی است؛ این نظریه تأکید می‌کند که باید پردازش ویژه رویداد ضربه‌ای رخ دهد تا به کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه کمک شود [۲۴]. [۲۵]. در این درمان، شناخت و باورهای منفی مورد هدف قرار می‌گیرند و ذهن این فرصت را برای جمع‌آوری شواهد علیه این شناخت‌ها فراهم می‌کند که باعث کاهش افکار بی‌کفایتی و خود سرزنشی در فرد می‌شود. علاوه بر این پردازش در مواجهه درمانی باعث به چالش کشیدن و شناسایی افکار منفی پس از تروما می‌شود [۲۶، ۲۷]. در واقع مواجهه‌درمانی مداوم پی تی اس دی، از طریق به ذهن آوردن ساختار ترس، رویارویی عمدی با افکار و تصاویر مرتبط با ضربه روحی، مواجهه واقعی و تصویری و آموختن اینکه چیزی که از آن می‌ترسید احتمال خیلی کمی دارد که رخ دهد، عمل می‌کند [۲۸]. نتایج مطالعه‌ی [۲۹] حاکی از آن است که این شیوه درمانی در کاهش علائم همراه اختلال استرس پس از سانحه از جمله خشم، افسردگی و درک منفی از سلامت مؤثر است. پژوهش [۳۰] نشان داد که مواجهه درمانی مداوم در کاهش افکار خودکشی و علایم افسردگی دختران نوجوان مبتلا به پی تی اس دی ناشی از آزار جنسی مؤثر است. همچنین در پژوهشی دیگر [۳۱] که با هدف مقایسه اثربخشی مواجهه درمانی مداوم و مشاوره حمایتی در نوجوانان مبتلا به پی تی اس دی انجام گرفت، نتایج نشان داد نوجوانان در معرض مواجهه درمانی مداوم بهبود بیشتری نسبت به گروه آزمایشی که مشاوره درمانی حمایتی دریافت کردند، نتایج این پژوهش در پیگیری ۱۲ و ۲۴ ماهه ثابت بود. در بین محدود مطالعاتی که در داخل ایران جهت بررسی این درمان انجام پذیرفته است، نتایج مطالعه‌ی [۳۲] نشان داد که مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت به طور معناداری بر افزایش حمایت اجتماعی و

3. purposeful sampling

1. prolonged exposure therapy

2. Foa et al.

پذیرش شرایط پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی درمان، وارد طرح درمان شد.

ابزارهای پژوهش

۱) **مقیاس تاب‌آوری:** این پرسشنامه را کاتر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹، در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ۶ گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران تنیدگی مبتلا به پس از سانحه انجام شده است. مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره-گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۴]. در پژوهش [۳۵] همسانی درونی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی این مقیاس بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ۱۰ سؤال، بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد.

۲) **پرسشنامه نشانگان اختلال پس از سانحه در کودکان (آسی. پی. اس. اس-پنج):** این پرسشنامه توسط فوا، آسانانی، زانگ کاپالدی و یه^۴ در سال ۲۰۱۸ طراحی شده است. این آزمون را براساس فرمت «دی. ای. ام. چهار» آن اصلاح کردند؛ که این فرم اولیه توسط فوا، جانسون، فنی، تریدل^۵ [۳۶]، طراحی شد و در پژوهش [۳۷] بر روی کودکان زلزله زده بم مورد استفاده قرار گرفت. آزمون شامل ۲۰ ماده و ۴ مؤلفه می‌باشد و با مقیاس لیکرت شامل ۵ بخشی برای ۲۰ سؤال اول و ۲ بخشی برای ۷ سؤال آخر پاسخ داده می‌شود. فقط ۲۰ سؤال اول فرم اصلی نمره می‌گیرد. نمره پاسخ‌ها به ترتیب عبارت است: به هیچ وجه (۰)، یکبار در هفته/کمی (۱)، دو تا سه بار در هفته/تاحدی (۲)، چهار تا پنج بار در هفته/زیاد (۳)، شش بار یا بیشتر در هفته/تقریباً همیشه (۴). آزمون دارای ۴ مؤلفه-ی: نفوذ، اجتناب، تغییر در شناخت و خلق، افزایش برانگیختگی و واکنش‌پذیری می‌باشد و استرس پس از سانحه از مجموع نمره ۲۰ سوال اصلی به‌دست می‌آید. همسانی درونی شدت نشانگان آزمون توسط [۳۸] به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۴ و پایایی بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۸۰ بدست آمد. اعتبار همگرای

براساس قاعده حداقل حجم نمونه لازم برای تأیید یا رد فرضیه-های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی انتخاب گردید [۳۳]. تشخیص ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه بر اساس تشخیص روان‌پزشک و انجام مصاحبه بالینی اسکید-۵ توسط روان‌شناس بالینی مرکز انجام شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیارهای تشخیصی «دی. اس. ام. پنج» توسط روانپزشک و روانشناس بالینی، داشتن حداقل ۱۲ و حداکثر ۱۸ سال، تجربه آزار جنسی، در صورت مصرف دارو امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش و رضایت و موافقت آگاهانه مراجع برای شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: وجود افکار جدی در مورد خودکشی، داشتن اختلال سایکوتیک و سوءمصرف مواد و عدم توانایی انجام تکالیف خارج از جلسه بود. مراجع اول، دختری ۱۸ ساله با سطح اجتماعی اقتصادی متوسط بود. فرزند اول خانواده و ۲ برادر و ۱ خواهر دارد. پدر و مادرش هر دو معتاد بودند. وی یک‌بار در ۹ سالگی مورد تعرض دایی کوچکش قرار گرفت که پس از آن، دچار تشنج و ترس شدید شده بود و بار دوم، در ۱۷ سالگی توسط دایی بزرگترش مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته و به دلیل ترس از خانواده، جایی بازگو نکرده بود. پس از گذشت یک سال از آن رخداد، مراجع نمی‌توانست شب‌ها بخوابد و صحنه تجاوز به‌صورت فلش بک، برای او تکرار می‌شد که بسیار برایش آزاردهنده بود. آزمودنی، پس از پذیرش شرایط پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، وارد طرح درمان مواجهه درمانی مداوم شد.

مراجع دوم دختری ۱۶ ساله، دانش‌آموز پایه یازدهم با وضعیت اقتصادی اجتماعی بسیار ضعیف بود. فرزند اول خانواده و ۱ خواهر و ۱ برادر دارد. پدر معتاد به شیشه و سال‌هاست که بی‌کار و هیچ منبع درآمدی ندارد. پدر خانواده مدام پرخاشگری و فحاشی می‌کند و مادر و بچه‌ها را مورد ضرب و شتم قرار می‌دهد. در نیمه شبی که پدرش به دلیل مصرف شیشه، تعادل روانی خود را از دست داده بود؛ مراجع و خواهرش را مورد حمله و آزار جنسی قرار می‌دهد و پس از گذشت شش ماه از آن حادثه، مراجع دچار ترس شدید از مکان‌های تاریک و تنهایی، استرس، اضطراب، خشم زیاد نسبت به والدین، پرخاشگری و گوشه‌گیری می‌شود. مراجع، تاکنون درمان دارویی و روان-درمانی خاصی را در این زمینه انجام نداده بود. وی پس از

4. Foa, Asnaani, Zang, Capaldi & Yeh

5. Foa, Jahnson, Feeny, Treadwell

1. DSM-5

2. Connor & Davidson

3. the child ptsd symptom scale for dsm-5 (CPSS-5)

۴) برنامه مواجهه درمانی مداوم: شیوه برگزاری جلسات مداخله درمانی، مبتنی بر الگوی فوا و همکاران [۲۲] است. این برنامه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ روز در هفته) به شکل فردی اجرا شد. روایی محتوایی این پروتکل درمانی توسط سازندگان آن، تأیید شده است. در پژوهش حاضر نیز، برای بررسی روایی محتوایی این پروتکل، از چهار متخصص در حوزه روان‌درمانگری برای اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون مطرح شده در این پروتکل، نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به محتوای این پروتکل به ترتیب ۱/۳۸ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱=کاملاً صحیح تا ۵=کاملاً معارض)؛ به نظر می‌رسد حاکی از تأیید متناسب بودن فنون پیشنهادی در این پروتکل است. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون مطرح شده با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب ۴/۷۵ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰=عدم تناسب تا ۵=تناسب کامل) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف این پروتکل است. همچنین برای بررسی میزان توافق بین نظرات کارشناسان در زمینه روایی محتوایی این پروتکل، از ضریب تطابق کندال استفاده شد که نتایج نشان داد که بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تأثیرگذار بودن فنون مطرح شده در این پروتکل با ضریب $W=0/06$ و $P=0/005$ ، تطابق وجود دارد. همچنین، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تطابق فنون مطرح شده با اهداف جلسات پروتکل با ضریب $W=0/145$ و $P=0/002$ ، تطابق وجود دارد. بنابراین، در پژوهش حاضر روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از چهار تن از متخصصین در حوزه روان‌درمانگری تأیید شد. فشرده‌ای از محتوای جلسه‌ها در جدول شماره ۱ ارایه شده است:

آزمون با فرم اولیه ۰/۹۰۴ است و اعتبار واگرا با مقیاس اضطراب چندبُعدی برای کودکان و پرسشنامه افسردگی کودک دارد. همچنین در پژوهش حاضر پرسشنامه به صورت آنلاین بر روی ۷۰ نوجوان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از زلزله اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ، برای کل مقیاس برابر با ۰/۶۹۳ به دست آمد که حاکی از اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

۳) مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته (اسکید-۵)^۱: نسخه بالینی‌گر اسکید در سال ۱۹۸۳ به عنوان ابزاری برای تشخیص اختلالات تدوین شد. این مصاحبه، ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. یکی از اهداف سازندگان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختار یافتگی استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد. این نسخه شامل ۶ الگوی تشخیصی اختلالات محور I و محور II است. گرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند؛ اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارتند از: الگوی A (دوره خُلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خُلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). مصاحبه بالینی ساختاریافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط [۳۹]، تهیه شده است. در پژوهش [۴۰] نیز روایی این ابزار به وسیله متخصصین روانپزشک بررسی (از شاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شد) و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی پایایی بالاتر از ۰/۴ به دست آمد. لازم به ذکر است، از این مقیاس تنها در بخش مربوط به مصاحبه پی تی اس دی استفاده شد.

^۱. structured clinical interview (scid) For dsm-5 (SCID-5)

جدول ۱. خلاصه جلسات مواجهه درمانی مداوم

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	مصاحبه و ارزیابی اولیه - توضیح پیرامون چگونگی برنامه ریزی برای تمرینات مواجهه درمانی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزمره
جلسه دوم	آموختن درباره برنامه درمانی و اقداماتی که انجام خواهد شد - تکمیل مصاحبه ضربه روحی با بیمار - آموختن فن کوتاه آرمیدگی از طریق بازآموزی تنفس
جلسه سوم	مرور تمرین بین جلسه‌ای - آموختن درباره واکنش‌های رایج به ضربه روحی - مرور منطق مواجهه درمانی مداوم - آموختن درباره مقیاس واحدهای شخصی پریشانی - ساختن سلسله مراتب مواجهه واقعی - انتخاب تکالیف مواجهه واقعی برای تمرین بین جلسات
جلسه چهارم	مرور تمرینات بین جلسه‌ای - صحبت درباره منطق مواجهه تصویری با مراجع - انجام اولین مواجهه تصویری با خاطره ضربه روحی
جلسه پنجم	مرور تمرین خانگی - بازمشاهده و بازگویی خاطره آسیب‌زا با استفاده از مواجهه تصویری - صحبت درباره تجربه باز مشاهده ضربه روحی - برنامه ریزی برای تمرین خانگی در جلسات بعدی
جلسه ششم	مرور تمرین خانگی - صحبت درباره تجربه بازمشاهده ضربه روحی - تمرکز روی نقاط داغ خاطره آسیب‌زا - صحبت درباره مواجهه واقعی - ارایه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین بین جلسه‌ای - بازمشاهده و بازگویی خاطره آسیب‌زا - صحبت درباره تجربه باز مشاهده ضربه روحی - انتخاب تکالیف مواجهه واقعی برای تمرین بین جلسه
جلسه هشتم	مرور تمرین بین جلسه‌ای - باز مشاهده و بازگویی خاطره آسیب‌زا - بررسی نقاط داغ و اندازه گیری آن‌ها بر اساس مقیاس واحدهای شخصی پریشانی - صحبت درباره تجربه بازمشاهده ضربه روحی
جلسه نهم	مرور تمرین بین جلسه‌ای - بازمشاهده و بازگویی خاطره آسیب‌زا - صحبت درباره بازمشاهده و بازگویی خاطره آسیب‌زا - ارایه تکالیف بین جلسه‌ای
جلسه دهم	مرور تمرین بین جلسه‌ای - ادامه دادن به بازمشاهده و بازگویی ضربه روحی از طریق مواجهه تصویری - بررسی پیشرفت مراجع در درمان و صحبت درباره تداوم تمرین - به نتیجه رساندن درمان

شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر، محقق پس از انتخاب نمونه پژوهشی مورد نظر و اخذ معرفی‌نامه به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایذه مراجعه نمود، ۲ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و پس از تایید روانپزشک و روان‌شناس بالینی مرکز به محقق ارجاع داده شدند. هدف پژوهش و کلیات آن به مراجعان توضیح داده شد. جهت ملاحظات اخلاقی از شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه کتبی برای همکاری در روند اجرای پژوهش کسب شد؛ همچنین به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت‌شان اطمینان داده شد. بعد از برآورده سازی ملاک‌های

ورود مراجعان وارد مرحله درمانی شدند. با توجه به روش پژوهش، پیش از شروع دوره‌ی درمانی برای ارزیابی در طی یک هفته سه بار مرحله خط پایه اجرا شد. سپس ۵ مرتبه در طی درمان پرسشنامه‌ها توسط روان‌شناس بالینی ارزیابی شد و بعد از اتمام درمان ۳ مرتبه پس‌آزمون و پیگیری در یک ماه صورت گرفت. ارزیابی‌های طی فرایند مداخله قبل از شروع جلسه، ارزیابی جلسه پایانی مداخله در انتهای جلسه و ارزیابی در مرحله خط پایه و پیگیری در جلسات جداگانه انجام شد. مداخله مواجهه‌درمانی مداوم به‌صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از مراجعین اجرا شد. درمان‌گر دوره‌های خصوصی در زمینه اصول درمان شناختی رفتاری و مواجهه‌درمانی مداوم را گذرانده

و به این رویکرد تسلط یافت. همچنین به‌منظور رعایت یکپارچگی درمان، جلسات هفتگی که تحت نظارت اساتید و برای بررسی میزان پیروی درمانگر از پروتکل درمانی تشکیل می‌شد، برگزار شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

روش اصلی برای تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک آزمودنی، استفاده از نمودار و تحلیل بصری نمودارها است [۳۳]. در تحلیل بصری، طراز^۱، روند^۲ و ثبات داده‌ها^۳ در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) و مقایسه آنها در بین مراحل مختلف اساس تحلیل است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش^۴ (پی. ان. دی) و درصد داده‌های همپوش^۵ (پی. آ. دی) برای تعیین میزان کارآمدی درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد. "طراز" داده‌ها ارزش نسبی داده‌ها در متغیر وابسته را نشان می‌دهد [۴۱]. "روند" جهت داده‌هاست که نشان می‌دهد آیا الگوی تغییر داده‌ها رو به بهبود یا رو به وخامت رفتن است. "تغییرپذیری" میزان تغییر یا جهش داده‌ها را نشان می‌دهد. پس از رسم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، میانه و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح، روند، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش محاسبه می‌شود. پی. ان. دی نشان دهنده درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش تک آزمودنی، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. بر این اساس هر چه بین دو موقعیت مجاور پی. ان. دی بالاتر یا (پی. آ. دی پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را کارآمد دانست [۴۲]. برای بررسی کیفیت نتایج مداخله بر متغیر پژوهش و برای به دست آوردن معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا^۶ استفاده شد.

نتایج

نمره هر یک از مراجعان در مقیاس تاب‌آوری در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و دوره پیگیری ۱ ماهه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نمرات مراجعین در مقیاس تاب‌آوری در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

مراحل سنجش	مراجع اول	مراجع دوم
خط پایه اول	۴۷	۳۷
خط پایه دوم	۵۴	۳۴
خط پایه سوم	۴۹	۳۹
جلسه اول مداخله	۷۵	۴۵
جلسه دوم مداخله	۸۰	۵۳
جلسه چهارم مداخله	۹۱	۵۸
جلسه ششم مداخله	۹۵	۶۹
جلسه هشتم مداخله	۹۶	۷۸
جلسه دهم مداخله		
پیگیری اول	۹۳	۸۳
پیگیری دوم	۹۲	۸۲
پیگیری سوم	۹۱	۸۶

با مشاهده نمرات جدول می‌توان افزایش نمرات مراجعین را در پایان درمان و دوره پیگیری نسبت به نمرات آن‌ها در خطوط پایه ملاحظه نمود. در ادامه، برای بررسی بهتر روند بهبودی بیماران از شاخص درصد بهبودی (ام. بی. دی)^۷ و تغییرات پایا (آر. سی. آی)^۸ استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است.

^۵. percentage of overlapping data (POD)

^۶. reliable change index

^۷. mean baseline difference

^۸. reliable change index

^۱. level

^۲. trend

^۳. stability

^۴. percentage of non-overlapping data (PND)

جدول ۳. شاخص‌های درصد بهبودی و تغییرات پایا مراجعین در

مواجهه درمانی مداوم

تاب‌آوری			
مراجعین		مداخله	
		پیگیری	
ام.بی.دی	آر.سی.آی	ام.بی.دی	آر.سی.آی
۷۸	۲۱/۱۰۳	۸۴	۲۲/۸۲۶
مراجع ۱			
۷۲	۲۰/۷۰۳	۱۲۸	۳۶/۷۱۸
مراجع ۲			

با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی مداخله موجب افزایش ۷۸ درصدی تاب‌آوری مراجع اول شده است که این میزان بهبودی با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۲۱/۱۰۳ است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی درمان مواجهه درمانی مداوم می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این

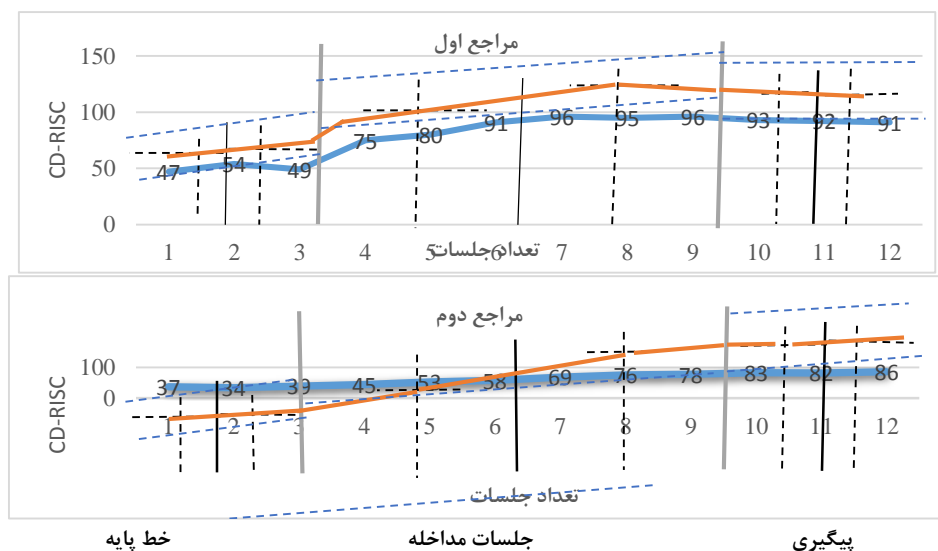
مراجع در مرحله‌ی پیگیری نیز ۸۴ درصد بهبودی نشان می‌دهد که این میزان بهبودی با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۲۲/۸۲۶ است (خارج از دامنه $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات تاب‌آوری و پایداری مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی پیگیری است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی مداخله موجب افزایش ۷۲ درصدی تاب‌آوری مراجع دوم شده است که این میزان بهبودی با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۲۰/۷۰۳ است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی مواجهه درمانی مداوم می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این مراجع در مرحله‌ی پیگیری نیز ۱۲۸ درصد بهبودی نشان می‌دهد که این میزان بهبودی با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۳۶/۷۱۸ است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات تاب‌آوری و پایداری مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی پیگیری است.

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون متنی / بین موقعیتی برای مراجعین در آزمون تاب‌آوری

توالی موقعیت‌ها		مرحله خط پایه (A)		مرحله مداخله (B)	
مراجعین	اول	دوم	اول	دوم	اول
طراز					
میانه	۴۹	۳۷	۹۳	۶۳/۵	
میانگین	۵۰	۳۶/۶۶	۸۸/۸۳	۶۳/۱۶	
دامنه تغییرات	۵۴-۴۷	۳۹-۳۴	۹۶-۷۵	۷۸-۴۵	
محفظه ثبات	۶۱/۲۵-۳۶/۷۵	۴۶/۲-۲۷/۷۵	۱۱۶/۲۵-۶۹/۷۵	۷۹/۵-۴۷/۵	
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۳/۳۳	
دامنه تغییرات محفظه ثبات	بائیات	بائیات	بائیات	بائیات	
تغییر طراز					
تغییر طراز نسبی	+۳/۵	+۱/۵	+۱۶	+۲۳	
تغییر طراز مطلق	+۲	+۲	+۲۱	+۳۳	
روند					
جهت	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	
ثبات	بائیات	بائیات	بائیات	بائیات	
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۳/۳۳	
تحلیل بین موقعیتی					
مراجعین	اول	دوم			
تغییر جهت					
نوع روند	مثبت به مثبت	مثبت به مثبت			
تغییر ثبات	بائیات به بائیات	بائیات به بائیات			
تغییر طراز					
تغییر طراز نسبی	۵۱/۵ به ۸۰	۵۳ به ۳۶/۵			
تغییر طراز مطلق	۴۹ به ۷۵	۳۹ به ۴۵			
تغییر میانه	۴۹ به ۹۳	۳۷ به ۶۳/۵			
تغییر میانگین ۵۰ به ۸۸/۸۳					
همپوشی داده‌ها					
PND	۱۰۰	۱۰۰			
POD	.	.			

محفظه قرار می‌گیرند نیز مشخص شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی [۳۳]، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها رو یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (یعنی محفظه ثبات) قرار گیرند؛ گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد. در غیر این صورت داده‌ها متغیر است [۴۳]. همچنین نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجعین نشان می‌دهد که درمان برای هر دو مراجع اثربخش بوده است (پی. ان. دی برای هر دو مراجع ۱۰۰)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (پی. ا. دی) نشان می‌دهد که مواجهه درمانی مداوم بر افزایش تاب-آوری مؤثر بوده است.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های مراجعین در فرم تاب-آوری نشان می‌دهد. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر مقیاس، در مرحله اول میانگین، میانه، دامنه تغییرات و محفظه ثبات داده‌ها برای هر موقعیت مشخص می‌شود. محفظه ثبات دو خط موازی است که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌هاست. ۲۵ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه مشخص شود و سپس روی نمودار رسم می‌گردد. بعد از رسم میانه به صورت موازی با محور X و محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه در هر موقعیت، باید درصد داده‌هایی که در این



شکل ۱. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس (سی. پی. اس. اس-پنج) در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری
نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط به داده‌های پرسشنامه نشانگان اختلال استرس پس از سانحه برای هر دو مراجع در جدول ۵ بیان شده است.

جدول ۵. نمرات مراجعین در مقیاس (سی. پی. اس. اس-پنج) در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

مراحل سنجش	مراجع اول	مراجع دوم
خط پایه اول	۶۱	۳۷
خط پایه دوم	۵۴	۳۹
خط پایه سوم	۵۳	۴۰
جلسه اول مداخله	۴۵	۲۷
جلسه دوم مداخله	۴۰	۲۹
جلسه چهارم مداخله	۳۲	۲۰
جلسه ششم مداخله	۲۶	۱۸
جلسه هشتم مداخله	۱۵	۲۴
جلسه دهم مداخله	۱۰	۱۲
پیگیری اول	۸	۹
پیگیری دوم	۷	۱۱
پیگیری سوم	۸	۷

تغییرات و اثربخشی درمان مواجهه درمانی مداوم می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این مراجع در مرحله‌ی پیگیری نیز ۸۶ درصد کاهش نشان می‌دهد که این میزان کاهش با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۱۷/۵۱۱- است (خارج از دامنه‌ی ۱/۹۶±) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات علائم بالینی و پایداری مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی پیگیری است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی مداخله موجب کاهش ۴۴ درصدی علائم بالینی مراجع دوم شده است که این میزان کاهش با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۱۷/۵۲۵- است (خارج از دامنه‌ی ۱/۹۶±) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی درمان مواجهه درمانی مداوم می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این شرکت‌کننده در مرحله‌ی پیگیری نیز ۷۷ درصد کاهش نشان می‌دهد که این میزان کاهش با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۳۰/۵۸۷- است (خارج از دامنه‌ی ۱/۹۶±) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات علائم بالینی و پایداری مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی پیگیری است.



همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نمرات مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشت و میزان علائم اختلال استرس پس از سانحه در آن‌ها کاهش پیدا کرده است. در ادامه بررسی فرضیه، برای بررسی بهتر روند بهبودی بیماران از شاخص درصد بهبودی و تغییرات پایا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ بیان شده است.

جدول ۶. شاخص‌های درصد بهبودی و تغییرات پایا مراجعین در مواجهه درمانی مداوم

علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه				
مراجعین	مداخله	پیگیری		
	ام.بی.دی	آر.سی.آی	ام.بی.دی	آر.سی.آی
مراجع اول	۵۰	-۱۰/۱۴۴	۸۶	-۱۷/۵۱۱
مراجع دوم	۴۴	-۱۷/۵۲۵	۷۷	-۳۰/۵۸۷

با توجه به جدول ۶ می‌توان مشاهده کرد که مواجهه درمانی مداوم در مرحله‌ی مداخله موجب کاهش ۵۰ درصدی علائم بالینی مراجع اول شده است که این میزان کاهش با توجه به میزان آر. سی. آی که برابر با ۱۰/۱۴۴- است (خارج از دامنه‌ی ۱/۹۶±) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن

جدول ۷. متغیرهای تحلیل درون موقعیتی برای مراجعین در مقیاس (سی. پی. اس. اس. پنج)

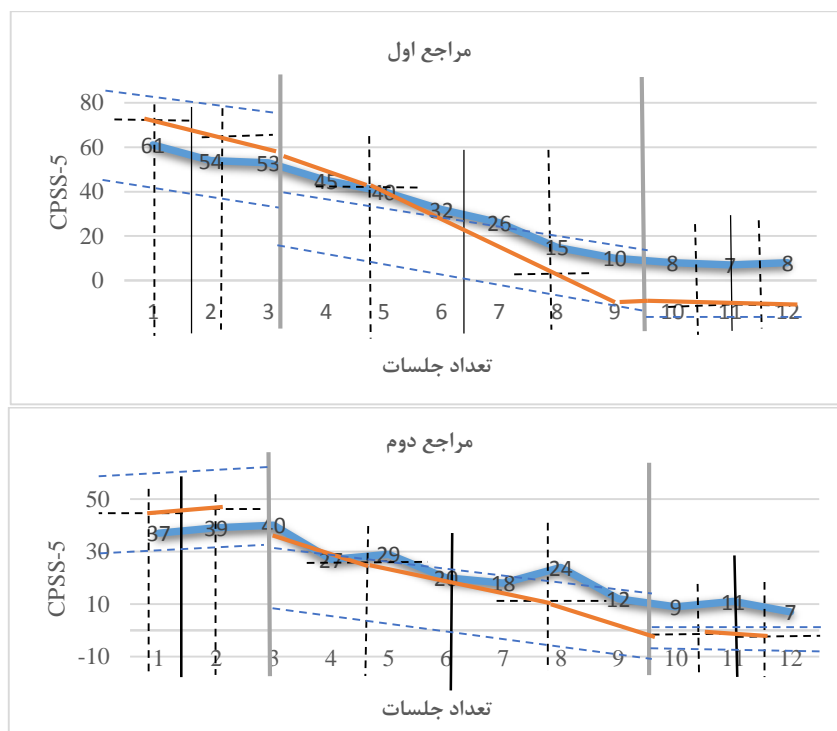
توالی موقعیت‌ها		مرحله خط پایه (A)		مرحله مداخله (B)	
مراجعین	اول	دوم	اول	دوم	دوم
طراز					
میانه	۵۴	۳۹	۲۹	۲۲	
میانگین	۵۶	۳۸/۶۶	۲۸	۲۱/۶۶	
دامنه تغییرات	۶۱-۵۳	۴۰-۳۷	۴۵-۱۰	۲۹-۱۲	
محفظه ثبات	۶۷/۵ - ۴۰/۵	۴۸/۷۵ - ۲۹/۲۵	۳۶/۵ - ۲۱/۵	۲۷/۵ - ۱۶/۵	
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۳۳/۳۳	۶۶/۶۶	
دامنه تغییرات محفظه ثبات	بائیات	بائیات	متغیر	متغیر	
تغییر طراز					
تغییر طراز نسبی	+۴	۲۱/۵	۲۵	۹	
تغییر طراز مطلق	+۸	۳	+۳۵	۱۷	
روند					
جهت	نزولی	صعودی	نزولی	نزولی	
ثبات	بائیات	بائیات	متغیر	متغیر	
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶۶	۶۶/۶۶	
تحلیل بین موقعیتی					
مراجعین	اول	دوم			
تغییر جهت					
نوع روند	منفی به منفی	مثبت به منفی			
تغییر ثبات	بائیات به متغیر	بائیات به بائیات			
تغییر طراز					
تغییر طراز نسبی	۴۰ به ۵۳/۵	۲۷ به ۳۹/۵			
تغییر طراز مطلق	۴۵ به ۵۳	۲۷ به ۴۰			
تغییر میانه	۲۹ به ۵۴	۲۲ به ۳۹			
تغییر میانگین		۵۶ به ۲۸		۲۱/۶۶ به ۳۸/۶۶	
هم‌مش، داده‌ها					

همپوشی داده‌ها

۱۰۰	۱۰۰	PND
.	.	POD

که درمان برای هر دو مراجع اثر بخش بوده است (پی. پی. ان. دی برای هر دو مراجع ۱۰۰)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (پی. ا. دی) نشان می‌دهد که مواجهه درمانی مداوم بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده است.

بر اساس تحلیل دیداری در مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون برای مراجع اول و دوم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آن‌ها طبق نمودار ۲ ترسیم شد؛ جدول ۶ نتایج تحلیل درون موقعیتی و شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجعین را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد



شکل ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس (سی. پی. اس. اس-پنج) در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی مواجهه درمانی مداوم در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی اجرا شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نشان داد مواجهه درمانی مداوم بر میزان تاب‌آوری نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی تأثیر مثبت دارد. در ارتباط با اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر میزان تاب‌آوری کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاکنون پژوهشی مبنی بر اثربخش بودن این رویکرد درمانی بر تاب‌آوری یافت نشده؛ اما یافته‌ها با بخشی از نتایج حاصل از پژوهش [۱۴، ۱۵، ۱۶] هم‌راستا می‌باشد. در تبیین یافته فوق، پژوهش کرین و همکاران [۱۴] نشان داد افرادی که در تاریخچه زندگی خود ناملایمات و حوادث استرس‌زا را تجربه کرده‌اند، درمقایسه با افرادی که هیچ‌گونه حادثه استرس‌زایی را در زندگی تجربه نکرده‌اند، نارضایتی از زندگی، پریشانی، نشانه‌های پس از سانحه و اختلال در عملکرد، کمتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، افرادی که در طول زندگی رخدادهای آسیب‌زا را درک می‌کنند؛ تمایل دارند پریشانی و ناراحتی را به‌عنوان پیامدی از مشکل به وجود آمده بدانند و این نشان دهنده‌ی این است که این افراد ظرفیت تاب‌آوری روانشناختی بیشتری دارند. دو مفهوم اصلی برای این افراد وجود دارد: اول اینکه، فرد اگر فقط مشکل و حادثه را مدیریت و تحمل کند، باید فرصتی برای ایجاد تاب‌آوری و افزایش ظرفیت پس از مشکل را نیز داشته باشد و دوم این بدان معناست که تاب‌آوری تحت تأثیر عوامل محیطی مثبت و منفی نیز قرار می‌گیرد و فقط به ویژگی‌های فردی بستگی ندارد [۱۴]. از آنجایی که، افراد مبتلا به این اختلال دارای ویژگی‌هایی چون سخت‌رویی پایین، فقدان اعتماد به نفس، خشونت، ارتباط کم با خانواده، سطوح بالای تعارض و صمیمیت و گشودگی فردی محدود می‌باشند؛ همچنین، اجتناب از فکر کردن به ضربه روحی و موقعیت‌هایی که یادآور ضربه هستند، مانع از بهبود اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند، مواجهه درمانی مداوم به عنوان راهی برای کمک به غلبه بر این افکار مزاحم، فرد را ترغیب می‌کند با موقعیت‌ها و افکار مربوط به رویداد روبرو شود [۲۲]. به نظر می‌رسد تاب‌آوری از طریق تنظیم هیجانی شناختی به ایجاد یک تغییر مثبت پس از تروما به این افراد آسیب‌دیده کمک می‌کند و موجب تقویت روحیه انعطاف‌پذیری در آنان می‌شود. به عقیده سیری و همکاران [۱۶] سختی‌ها و ناملایمات نقش مهمی در به‌وجود آوردن تاب‌آوری، از طریق کسب مهارت‌های مقابله‌ای و بالا بردن آستانه تحمل در کنار آمدن با حوادث دارد. نتایج

پژوهش آن‌ها نشان داد که مواجهه شدن با عوامل استرس‌زا در دراز مدت نتیجه مثبتی برای رشد بهزیستی روانشناختی و افزایش تحمل و تاب‌آوری در برابر عوامل استرس‌زا داشته باشد که به موجب آن پریشانی‌ها و رویدادهای استرس‌زا تغییراتی در ظرفیت‌های فردی فراهم می‌کند که منجر به افزایش تاب‌آوری در آینده می‌شود. به‌طور کلی، تمرینات مواجهه تصویری و واقعی به افراد آسیب‌دیده کمک می‌کند تفاوت‌های رویداد ضربه‌ای و موقعیت‌های مشابه اما بی‌خطر را تشخیص دهند و ضربه روحی را به‌عنوان رویدادی ببینند که در فضا و زمان خاصی رخ داده است و این کمک می‌کند احساسات و افکار فرد در مورد بسیار خطرناک بودن موقعیت و این‌که در مقابل آن بی‌کفایت است را کنار بگذارند؛ مواجهه تصویری مکرر با خاطره ضربه روحی کمک می‌کند، بین حال و گذشته تفاوت قائل باشند [۲۰]. بنابراین تاب‌آوری این افراد به مرور زمان از طریق آموزش، یادگیری تمرین و تجربه رشد می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد مواجهه درمانی مداوم بر کاهش علائم بالینی نوجوانان آزار دیده جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد. در ارتباط با اثر بخشی رویکرد مواجهه درمانی مداوم بر کاهش علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه، یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های [۱، ۲، ۴، ۲۳، ۲۵، ۲۷، ۳۱] هم‌راستا می‌باشد. تاکنون هیچ پژوهشی در ایران، مبنی بر اثربخش بودن این رویکرد درمانی بر کاهش علائم بالینی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه یافت نشده و پژوهش حاضر از این جهت بدیع و نو به نظر می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مواجهه مکرر با خاطرات ضربه روحی، پیوند میان این خاطرات و واکنش‌های هیجانی ناشی از آن‌ها را کاهش داده و فرد را قادر می‌سازد تا درباره آنچه رخ داده است بدون آشفتگی فکر کند و آن را پردازش کند؛ از طرفی، مواجهه درمانی به‌تنهایی می‌تواند منجر به تغییرات شناختی گردد، چراکه این رویکرد درمانی باعث کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات رخداد آسیب‌زا می‌شود و به فرآیندهای جذب و انطباق کمک می‌کند. علاوه بر این، مواجهه با موقعیت‌هایی که مورد اجتناب قرار می‌گیرند، الگوهای اجتناب را درهم شکسته و موجب کاهش پاسخ‌دهی هیجانی به نشانه‌های محیطی مرتبط با تروما می‌شود [۲۳]. یافته پژوهش [۲۵] نیز نشان داد که مواجهه درمانی مداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه و عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی و شغلی افراد را بهبود می‌بخشد. در این رویکرد درمانی، مواجهه تصویری به کاهش واکنش‌های هیجانی و فیزیولوژیکی مربوط به حافظه و پردازش جزئیات مربوط به

و موقعیت‌های دیگر محدود می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری با شرایط آزمایشی کنترل شده و با تعداد نمونه‌های بیشتر تکرار شوند، تا امکان تعمیم‌دهی یافته‌ها به جامعه میسر گردد. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر آشکار شد مواجهه درمانی مداوم از مناسب‌ترین گزینه‌ها برای افراد آسیب‌دیده جنسی می‌باشد؛ از آنجا که مکانیزم رویکرد مواجهه درمانی به‌صورتی است که فرد آسیب‌دیده با افکار و تصاویر مرتبط با رخداد آسیب‌زا رویارو می‌شود و در نتیجه به‌جای سرکوب افکار منفی، پردازش هیجانی صورت می‌گیرد و این فرآیند سبب تخفیف علائم و درمان می‌شود؛ لذا از جمله پیشنهادات کاربردی پژوهش این است که یافته‌های این تحقیق می‌تواند توسط روانشناسان، مشاوران و مراکز مشاوره آموزش و پرورش در قالب برنامه آموزش‌های گروهی، کارگاه‌های آموزشی و نیز در مشاوره‌های انفرادی در ارتباط با دختران و سایر افراد آسیب‌دیده مورد استفاده قرار گیرد.

راهنمای تنظیم شناختی هیجان و افشاسازی در تبیین علائم جسمی دختران نوجوان آسیب دیده. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱۳۹۹؛ ۹(۳۵): ۵۱-۶۸.

۶- عاطفی فائزه، عادلین راسی حمیده، چوپانی موسی. ادراک متخصصین از رگه‌های شخصیتی تأثیرگذار در گرایش افراد به کودک آزاری: یک مطالعه پدیدارشناسی. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۱۳۹۸؛ ۱۵(۵۱): ۱-۲۵.

7- Devries KM, Meinck F. Sexual violence against children and adolescents in South Africa: making the invisible visible. The Lancet Global Health. 2018 Apr 1; 6(4): e367-8.

۸- غلام فرخانی سمیه، عرب سحر، خوری الهام. دانش و نگرش کودکان پیش دبستانی دختر در زمینه پیشگیری از سوء استفاده جنسی در گرگان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۱۳۹۸؛ ۲۱(۳): ۱۱۳-۱۱۹.

9- Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. European Journal of Trauma & Dissociation. 2018 Jan 1; 2(1): 5-10

۱۰- درهرج محمد، حسنی جعفر، مرادی، علیرضا. اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان (راهنمای تشخیص و درمان). تهران: آکادمیک، ۱۳۹۶.

رخداد آسیب‌زا کمک می‌کند؛ قرار گرفتن تدریجی در موقعیت‌هایی که موجب ایجاد پاسخ به تروما می‌شود معمولاً منجر به افزایش پریشانی موقت و به دنبال آن عادت تدریجی به محرک‌ها و در نتیجه کاهش پریشانی‌های مرتبط با ضربه آسیب‌زا می‌شود [۲۵]. از نظر بالینی، مواجهه مداوم از طریق در معرض قرار گرفتن مکرر و به‌صورت برنامه‌ریزی شده (تصوری و واقعی)، پردازش هیجانی را تسهیل می‌کند و در نتیجه منجر به کاهش علائم بالینی می‌شود [۲۴].

این پژوهش به‌صورت تک آزمودنی انجام گرفت تا بتواند سنجش دقیق‌تری از متغیرها داشته باشد. با این حال، با محدودیت‌های روبه‌رو بوده است، از آن جمله، در مطالعات تک آزمودنی سنجش مکرر ممکن است موجب ایجاد یادگیری شده و در نتیجه کاهش نمرات مراجعین در پرسشنامه‌ها را باعث شود، همچنین تعداد کم شرکت‌کنندگان در پژوهش که تعمیم‌پذیری داده‌ها را به جمعیت‌ها

منابع

1- Rachamim L, Mirochnik I, Helpman L, Nacasch N, Yadin E. Prolonged exposure therapy for toddlers with traumas following medical procedures. Cognitive and Behavioral Practice. 2015 May 1; 22(2): 240-52.

2- Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. European journal of psychotraumatology. 2019 Dec 31; 10(1): 1558708

3- Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JJ. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. European journal of psychotraumatology. 2020 Dec 31; 11(1): 1729633.

4- Oprel DA, Hoeboer CM, Schoorl M, Kleine RA, Cloitre M, Wigard IG, van Minnen A, van der Does W. Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+ prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. European journal of psychotraumatology. 2021 Jan 1; 12(1): 1851511.

۵- اعتمادی سهیلا، پورشریفی حمید، تاجری بیوک، کلانتری مهدی، هواسی سومار ناهید. نقش تجارب آسیب‌زای جنسی،

- ۲۰- الاسو-رثبام، باربارا؛ فوآ.ادنا و ا.همبری، الیزابت. نجات زندگی از تجربه ضربه روحی. ترجمه امیر لشکری. تهران: ارجمند، ۱۳۹۶.
- 21- Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatric Drugs*. 2002 Mar; 4(3): 159-70.
- 22- Foa EB, Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E. Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. Oxford University Press; 2008 Sep 22.
- 23- Peterson AL, Foa EB, Resick PA, Hoyt TV, Straud CL, Moore BA, Favret JV, Hale WJ, Litz BT, Rogers TE, Stone JM. A nonrandomized trial of prolonged exposure and cognitive processing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder in a deployed setting. *Behavior Therapy*. 2020 Nov 1; 51(6): 882-94.
- 24- Bourassa KJ, Smolenski DJ, Edwards-Stewart A, Campbell SB, Reger GM, Norr AM. The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal of affective disorders*. 2020 Jan 1; 260: 410-7.
- 25- Peterson AL, Foa EB, Blount TH, McLean CP, Shah DV, Young-McCaughan S, Litz BT, Schobitz RP, Castillo DT, Rentz TO, Yarvis JS. Intensive prolonged exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*. 2018 Sep 1; 72: 126-36.
- 26- Brown LA, Belli GM, Asnaani A, Foa EB. A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research*. 2019 Feb; 43(1): 143-73.
- 27- Smith P, Dalgleish T, Meiser- Stedman R. Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019 May; 60(5): 500-15.
- 28- Rothbaum B, Foa E, Hembree E. Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program workbook. Oxford University Press; 2007 Mar 22.
- ۱۱- کریمی نرگس، یاریاری فریدون، شاهقلیان مهناز. رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی در افراد با علائم نقص توجه- بیش‌فعالی: تجربه کودک‌آزاری و اجتناب تجربه‌ای. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴۰۱؛ ۱۶(۱): ۴۷-۷۰.
- 12- Hiller RM, Meiser- Stedman R, Fearon P, Lobo S, McKinnon A, Fraser A, Halligan SL. Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma—A meta- analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 Aug; 57(8): 884-98.
- ۱۳- نقدی مژگان، عناصری مهریار. اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. روان پرستاری. ۱۳۹۷؛ ۶(۴): ۴۹-۵۶.
- 14- Crane MF, Searle BJ, Kangas M, Nwiran Y. How resilience is strengthened by exposure to stressors: The systematic self-reflection model of resilience strengthening. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2019 Jan 2; 32(1): 1-7.
- 15- Kalisch R, Baker DG, Basten U, Boks MP, Bonanno GA, Brummelman E, Chmitorz A, Fernández G, Fiebach CJ, Galatzer-Levy I, Geuze E. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature human behaviour*. 2017 Nov; 1(11): 784-90. 16- Seery MD, Leo RJ, Lupien SP, Kondrak CL, Almonte JL. An upside to adversity? Moderate cumulative lifetime adversity is associated with resilient responses in the face of controlled stressors. *Psychological science*. 2013 Jul; 24(7): 1181-9.
- ۱۷- جاوید نمین حسین، قمری محمد. اثربخشی درمان شناختی و رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. پرستار و پزشک در رزم. ۱۳۹۸؛ ۷(۲۳): ۲۶-۳۲.
- 18- Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T, Stiles TC, Friborg O. Resilience as a predictor of depressive symptoms: correlational study with young adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2007 Jan; 12(1): 91-104.
- 19- Azad-Marzabadi E, Amiri S, Moghtadaei K. Comparison of Mindfulness Based Therapy and Pharmacotherapy on Trauma Related Symptoms. *Trauma Monthly*. 2018; 23(6): 8-22.

- Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018 Jan 2; 47(1): 38-46. 39- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. Archives of general psychiatry. 1992 Aug 1; 49(8): 624-9.
- ۴۰- شریفی ونداد، اسعدی محمد، محمدی محمدرضا، امینی همایون، کاویانی حسین، سمنانی یوسف، شعبانی امیر، شهرپور زهرا، داوری آشتیانی رزیتا، حکیم شوشتری میترا، صدیق ارشیا، جلالی رودسری محسن. پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (DSM-IVSCID). تازه‌های علوم شناختی. ۱۳۸۳؛ ۶(۲-۱): ۲۲-۱۰.
- ۴۱- نوفرستی اعظم، روشن رسول، فتی لادن، حسن آبادی حمیدرضا، پسندیده عباس. تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی غیربالینی-مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۳۹۵؛ ۷(۲۵): ۲۹-۱.
- ۴۲- فراهانی حجت‌اله، عابدی احمد، آقامحمدی سمیه، کاظمی زینب. مبنای کاربرد طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی. تهران: نشر روان‌شناسی و هنر، ۱۳۹۲.
- ۴۳- فراهانی حجت‌اله. تحلیل دیداری و آماری داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک‌موردی: راهنمایی برای پژوهشگران. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۱۸۳-۱۹۵.
- 29- Rauch SA, Eftekhari A, Ruzek JI. Review of exposure therapy: a gold standard for PTSD treatment. Journal of rehabilitation research and development. 2012 Jan 1; 49(5): 679-88.
- 30- Brown LA, Belli G, Suzuki N, Capaldi S, Foa EB. Reduction in suicidal ideation from prolonged exposure therapy for adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2019 May 31; 49(5): 679-87.
- 31- Rossouw J, Yadin E, Alexander D, Seedat S. Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: task-shifting randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2018 Oct; 213(4): 587-94.
- ۳۲- فروغی آغمیونی زهرا، رضایی فاطمه، میردیریوند فضل‌اله. اثربخشی مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۴۰۰؛ ۲۹(۶): ۳۸۳۰-۳۸۴۲.
- 33- Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. Neuropsychological rehabilitation. 2014 Jul 4; 24(3-4): 445-63.
- 34- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD- RISC). Depression and anxiety. 2003 Sep; 18(2): 76-82.
- ۳۵- هاشمی سهیلا، اکبری عباس، عباسی اصل رویا، اردشیری آلاشتی رؤیا. ساختار عاملی و کفایت روانسنجی فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری (RS-14). فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۳۹۷؛ ۱۳(۵۱): ۲۵۱-۲۷۲.
- 36- Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. Journal of clinical child psychology. 2001 Aug 1; 30(3): 376-84.
- ۳۷- مطلق ماریا، علاقبندراد جواد، شهرپور زهرا، عربگل فریبا، صاحبی محمدعلی. نیم‌رخ علائم و عوامل خطر ساز اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان زلزله‌زده بم. تازه‌های علوم شناختی. ۱۳۸۴؛ ۷(۳): ۷۰-۶۵.
- 38- Foa EB, Asnaani A, Zang Y, Capaldi S, Yeh R. Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. Journal of