

Research Article

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Coping Self-Efficacy and Emotional Reactivity in Victims with Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Due to Explosions in Kabul

Authors

Fraidon Assadullahi¹, Seyyed Valiollah Mousavi^{2*}, Sajjad Rezaei³, Ashkan Naseh⁴

 1. Ph.D Student, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Assadullahi.f@gmail.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

 3. Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

 4. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. ashkan.naseh@guilan.ac.ir

Abstract

Receive Date:
24/03/2025

Accept Date:
26/06/2025



Introduction: Previous studies have shown that victims of traumatic events, such as war and violence, exhibit heightened emotional reactivity and difficulties in coping. The present study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on coping self-efficacy and emotional reactivity among victims exhibiting symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) resulting from explosive incidents in Kabul.

Method: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population consisted of men aged 20 to 40 residing in Kabul who exhibited clinical symptoms of PTSD due to direct exposure to war-related events. A total of 24 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups, with 12 participants in each group. The experimental group received 15 sessions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), each lasting 1 to 2 hours, while the control group received no intervention. Research instruments included the PTSD Symptom Scale by Foa (1997), the Coping Self-Efficacy Scale by Chesney (2006), and the Emotional Reactivity Scale by Nock (2008). Data were analyzed using univariate and multivariate analyses of covariance, followed by Bonferroni post-hoc tests.

Results: Cognitive-Behavioral Therapy in the intervention group led to a significant reduction in the total score and components of emotional reactivity (sensitivity, intensity, and persistence) compared to the control group. Additionally, there was a significant increase in the components of coping self-efficacy, including problem-focused strategies, negative thought cessation, and social support seeking ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion: The findings confirm the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in improving psychological outcomes resulting from war-related trauma among the affected Afghan population. These results underscore the necessity of expanding evidence-based therapeutic services in this context.

Keywords

Cognitive-Behavioral Therapy; Emotional Reactivity; Coping Self-Efficacy; PTSD Symptoms; War Trauma.

Corresponding
Author's E-mail

mousavi180@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a complex and prevalent psychological disorder, particularly among individuals who have experienced traumatic events such as war, violence, or natural disasters. PTSD can have profound and lasting effects on mental health and overall quality of life. This disorder is typically characterized by symptoms including recurrent memories, avoidance of trauma-related situations, negative changes in cognition and mood, and intense emotional reactions. Individuals with PTSD often experience heightened emotional reactivity, anxiety, depression, and difficulties in social relationships, which can impair their ability to perform daily activities and diminish their quality of life.

Research has demonstrated that psychological treatments, particularly Cognitive Behavioral Therapy (CBT), effectively reduce PTSD symptoms and improve mental health. CBT, a structured therapeutic approach, focuses on altering negative thought patterns and maladaptive behaviors, helping individuals cope with traumatic experiences and manage their reactions constructively. This study aims to examine the effects of CBT on coping self-efficacy and emotional reactivity in victims of PTSD resulting from explosive incidents in Kabul. This research seeks to provide evidence of CBT's efficacy in enhancing coping skills and reducing emotional reactivity among individuals exhibiting PTSD symptoms. Consequently, the findings may serve as a valuable resource for future studies and the enhancement of therapeutic services in affected regions.

Method

This study employed a quasi-experimental design using a pre-test/post-test approach with a control group. The statistical population comprised men aged 20 to 40 residing in Kabul who exhibited clinical symptoms of PTSD resulting from direct experiences of war and violent incidents. The research was conducted on individuals who had sought assistance from supportive and therapeutic centers in Kabul. From this population, 24 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups, with 12 participants in each group.

The experimental group underwent 15 sessions of cognitive-behavioral therapy (CBT), each lasting 120 minutes, while the control group received no intervention. The CBT intervention incorporated various techniques, including cognitive therapy, behavioral therapy, and coping skills training. The sessions were designed to help participants manage negative thoughts and traumatic memories. They included both group and individual activities aimed at improving social interactions and enhancing communication skills.

The research tools included the Post-Traumatic Stress

Symptoms Scale (PSS) by Foa, the Coping Self-Efficacy Scale by Chesney, and the Emotional Reactivity Scale by Nock. Data were analyzed using univariate and multivariate analyses of covariance, along with Bonferroni post-hoc tests. This approach enabled a robust assessment of the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) on PTSD symptoms and coping skills, enhancing our understanding of treatment effects within this population. Additionally, qualitative surveys were conducted with participants to gain deeper insights into their treatment experiences.

Results

The results of this study indicated that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the experimental group led to a significant reduction in total scores and emotional reactivity components—specifically sensitivity, intensity, and stability—compared to the control group. Notably, the experimental group showed a significant decrease in sensitivity and intensity of emotional reactions. A large number of participants in the experimental group also reported improved self-perception and confidence in their abilities. Furthermore, regarding coping self-efficacy, the experimental group demonstrated significant increases in the problem-focused, negative thought stopping, and social support components.

The results of this study indicated that, after controlling for pre-test scores as a covariate, the intervention had a statistically significant effect on coping self-efficacy ($p < 0.001$, $F(1, 21) = 171.32$) and emotional reactivity ($p < 0.001$, $F(1, 21) = 109.26$) among victims of explosive incidents. Therefore, a significant difference was observed between the two groups regarding the increase in coping self-efficacy scores and the reduction in emotional reactivity in victims of explosive incidents in Kabul. Additionally, the effect sizes for the two analyses were $\eta^2 = 0.890$ and $\eta^2 = 0.830$, indicating that 89% and 83% of the variance in coping self-efficacy and emotional reactivity, respectively, were attributable to group membership (i.e., the effect of Cognitive Behavioral Therapy). Similar results were found for the subscales of emotional reactivity (sensitivity, intensity, and stability) and coping self-efficacy (problem-focused coping, negative thought stopping, and social support components). Thus, after adjusting for pre-test scores, there was a significant difference between the Cognitive Behavioral Therapy and control groups in coping self-efficacy and emotional reactivity during the post-test phase.

Conclusion

The findings of this research emphasize that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) can serve as an effective intervention for enhancing coping self-efficacy and reducing emotional reactivity in victims of war and violent incidents who exhibit PTSD symptoms. These results highlight the necessity of expanding evidence-based

therapeutic services in this field. Specifically, CBT can be recommended as an effective therapeutic approach for improving the mental health of PTSD sufferers in Afghanistan. This study also underscores the importance of addressing the specific cultural and social needs of individuals when designing and implementing therapeutic programs.

Therefore, it is recommended that further research be conducted in various areas to investigate the long-term effects of cognitive-behavioral therapy (CBT) and other psychological interventions on diverse affected populations. Addressing these issues can contribute to improving treatment outcomes and enhancing the quality of life for individuals impacted by war, explosions, and violence. Additionally, developing educational programs for therapists and mental health professionals can promote these therapeutic approaches and increase access to effective treatment services in affected communities. Consequently, it is anticipated that populations affected by

war and violence will gradually achieve recovery and well-being.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: All patients participating in this study filled out the written informed consent form.

Funding: We had no funding from any organization.

Authors' Contribution: This paper is based on Fraidon Assadullahi's thesis. Seyyed Valiollah Mousavi served as the thesis supervisor, and Sajjad Rezaei and Ashkan Naseh served as the thesis co-supervisors and contributed to the conceptualization, methodology, supervision, and writing - review & editing.

Conflict of Interest: All authors revealed that they have no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors would like to thank the patients who participated in this study for their cooperation and time.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) بر خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از حوادث انفجاری شهر کابل

نویسندگان

فریدون اسداللهی^۱، سیدولی اله موسوی^{۲*}، سجاد رضائی^۳، اشکان ناصح^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. Assadullahi.f@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. ashkan.naseh@guilan.ac.ir

چکیده

مقدمه: مطالعات پیشین نشان داده‌اند که قربانیان حوادث ناگوار نظیر جنگ و خشونت، سطوح نامطلوبی از واکنش‌پذیری هیجانی و ضعف در مقابله با شرایط را نشان می‌دهند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از حوادث انفجاری شهر کابل بود.

روش: این مطالعه به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مردان ۲۰ تا ۴۰ سال ساکن شهر کابل بود که در پی تجربه مستقیم حوادث ناشی از جنگ، علائم بالینی PTSD را دارا بودند. تعداد ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۲ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش، طی ۱۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، مداخله درمان شناختی - رفتاری دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل؛ هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از ابزارهای پژوهش می‌توان به مقیاس نشانه‌های PTSD فوآ (۱۹۹۷)، مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای چسنی (۲۰۰۶) و مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی ناک (۲۰۰۸) اشاره کرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

نتایج: درمان شناختی - رفتاری در گروه مداخله، نسبت به گروه گواه، کاهش معنی‌داری در نمره کل و مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی (حساسیت، شدت و پایداری) و افزایش معنی‌دار در مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای (راهبرد مسئله‌مدار، توقف افکار منفی و دریافت حمایت اجتماعی) نشان داد ($p < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها مؤید کارآمدی درمان شناختی - رفتاری در بهبود پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تروماهای جنگی در جامعه آسیب‌دیده افغانستان است و بر ضرورت گسترش خدمات درمانی مبتنی بر شواهد در این بافت تأکید دارد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۱/۰۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۴/۰۵



کلیدواژه‌ها

درمان شناختی - رفتاری، واکنش‌پذیری هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای، نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، حوادث جنگ.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

mousavi180@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

پدیده جنگ، تأثیرات مخربی بر جنبه‌های مختلف زندگی، از جمله ابعاد روان‌شناختی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی، بر جای می‌گذارد که می‌تواند روابط اعضای جامعه را برای چندین نسل تحت تأثیر قرار دهند. با افزایش چشمگیر نرخ جهانی درگیری‌های مسلحانه، پیامدهای تجمعی متعدد جنگ بر سلامت افراد، هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت، بیشتر آشکار می‌شود [۱]. جنگ و درگیری‌های مسلحانه، طیف گسترده‌ای از پیامدهای ناگوار را به همراه دارد که زندگی بازماندگان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲]. یکی از مهم‌ترین این پیامدها، آسیب‌های روانی وارده به جمعیت غیرنظامی است که منجر به افزایش قابل توجه اختلالات روانی می‌شود [۳، ۴]. درواقع، سلامت روانی غیرنظامیان در دوران جنگ و پس از آن به شدت تهدید می‌شود [۳].

شیوع اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه^۱ در جمعیت‌هایی که تحت تأثیر جنگ و درگیری‌های مسلحانه قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری بالاست. بر اساس گزارش‌ها، این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۲۲ درصد از این جمعیت‌ها را درگیر می‌کنند [۵]. شواهد بیانگر شیوع اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در میان افرادی که جنگ و درگیری‌های مسلحانه را تجربه کرده‌اند، دو تا سه برابر بیشتر از افرادی است که چنین تجربه‌ای را نداشته‌اند. در این میان، زنان، کودکان و بیمارانی که علائم افسردگی و اضطراب داشته‌اند، بیشترین آسیب‌پذیری را در برابر این رویدادها نشان داده‌اند [۶، ۲].

افغانستان یکی از کشورهایی است که بیشترین آسیب را از جنگ و درگیری‌های مسلحانه متحمل شده‌است. از این رو، دهه‌ها جنگ در این کشور، باعث شده‌است که بیش از نیمی از جمعیت افغانستان، از جمله بسیاری از بازماندگان خشونت‌های ناشی از جنگ، حداقل یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند و از مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه رنج می‌برند [۷، ۱۱].

اختلال استرس پس از سانحه به عنوان یک بیماری مزمن بالقوه و مختل‌کننده [۱۲] با علائمی نظیر تجربه

مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق و خو و تغییرات در برانگیختگی و واکنش‌پذیری هیجانی^۲ مشخص می‌شود که می‌توان آن را از طریق مصاحبه‌های ساختاریافته و ابزارهای غربالگری در محیط‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی ارزیابی کرد [۱۳]. از سویی دیگر، مدیریت اختلال استرس پس از سانحه چالش برانگیز است، زیرا هر مورد از تروما با تفاوت‌های فردی همراه است و علائم این اختلال در افراد مختلف به شکل متفاوتی بروز می‌کند. با این حال، روش‌های پیشگیری و درمان این اختلال شامل مداخلات روان‌شناختی و دارودرمانی است [۱۴]. این اختلال همچنین می‌تواند پیامدهای جدی پزشکی، روانی، مالی و اجتماعی قابل توجهی به همراه داشته باشد و کیفیت زندگی فردی و خانوادگی را به شدت تهدید کند [۱۲].

در این راستا، شواهد پژوهشی بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، با مشکلات جدی در زمینه تنظیم هیجان مواجه هستند و واکنش‌پذیری هیجانی بالاتری را تجربه می‌کنند [۱۵، ۱۶]. به عبارت دیگر، فرد هیجانات را با شدت بیشتری (شدت هیجان^۳) و برای مدت طولانی قبل از بازگشت به سطح اولیه برانگیختگی (پایداری هیجان^۴) و در پاسخ به طیف وسیعی از محرک‌ها (حساسیت هیجانی^۵) تجربه می‌کند. این حالت، افراد را مستعد مشکلات تنظیم هیجان [۱۷]، آسیب‌پذیری هیجانی [۱۸] و اضطراب می‌کند [۱۹]. از سویی دیگر، علائم اختلال استرس پس از سانحه با دشواری در مدیریت هیجانات منفی، استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان (مانند سرکوب هیجان^۶) و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان (مانند ارزیابی مجدد شناختی^۷) مرتبط است [۱۵، ۱۶]. به طور کلی، مشکلات تنظیم هیجان و واکنش‌پذیری هیجانی نقش مهمی در ایجاد و تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه دارند؛ بنابراین در مدیریت و درمان این اختلال، توجه به مشکلات تنظیم هیجان ضروری است [۲۰، ۲۱].

2 . Emotion Reactivity.

3 . Emotion Intensity.

4 . Emotion Persistence.

5 . Emotion Sensitivity.

6 . Suppression.

7 . Reappraisal.

1 . Post-Traumatic Stress Disorder.

علاوه بر مهارت‌های هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای^۱ نیز در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه نقش مؤثری ایفا می‌کند [۲۴،۲۵]. خودکارآمدی مقابله‌ای به عنوان یک هدف مداخله‌ای مهم برای بازماندگانی که حمایت اجتماعی کمتری دارند و در معرض خطر افزایش علائم اختلال استرس پس از سانحه هستند، مطرح می‌شود [۲۳]. افرادی که بیشتر به راهبردهای مقابله اجتنابی متکی هستند و نسبت به یادآوری رویدادهای آسیب‌زا واکنش‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند، ممکن است در ماه‌های اولیه پس از سانحه، در معرض بالاترین خطر برای تداوم یا تشدید علائم اختلال استرس پس از سانحه قرار داشته باشند [۲۵].

مداخلات متعددی برای مدیریت علائم و درمان اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد. روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد، مانند درمان شناختی رفتاری^۲، به عنوان خط اول درمان این اختلال توصیه می‌شوند. درمان‌های شناختی رفتاری، شامل روش‌هایی نظیر مواجهه طولانی‌مدت، درمان پردازش شناختی و حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد که دارای بالاترین کیفیت شواهد هستند، می‌توانند در مدیریت و کاهش علائم این اختلال مؤثر باشند [۱۳]. راهبردهای اصلی در درمان شناختی رفتاری، فعال، مشارکتی و مسئله محور است [۲۶]. شواهد موجود در ادبیات علمی نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری، مداخله‌ای ایمن و مؤثر برای درمان اختلال استرس پس از سانحه، به صورت حاد و مزمن، به دنبال طیف وسیعی از تجربیات آسیب‌زا در بزرگسالان، کودکان و نوجوانان است [۲۷]. این شیوه درمانی به طور مؤثری به کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند [۲۸]. به عبارت دیگر، درمان شناختی - رفتاری از طریق تقویت توانمندی روان‌شناختی [۲۹]، بهبود راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان [۳۰] و تقویت مقابله سازنده [۳۱] نقش مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به این اختلال و همچنین کاهش آشفتگی‌های هیجانی ناشی از جنگ دارد [۳۵،۳۲].

با توجه به این نکته که جنگ مجموعه گسترده‌ای از پیامدهای ناگوار و گسترده‌ای برای غیرنظامیان و بازماندگان

آن‌ها به همراه دارد و علیرغم بالا بودن شیوع اختلال استرس پس از سانحه در افغانستان، درصد کمی از آنها به خدمات روان‌درمانی دسترسی پیدا می‌کنند یا از آن استفاده می‌کنند [۷-۱۱،۱۰]. از سوی دیگر، تعداد پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش آسیب‌های روانی ناشی از جنگ در افغانستان انجام شده‌اند، بسیار محدود است. این در حالی است که درمان شناختی - رفتاری در محیط‌ها و کشورهای مختلف به طور گسترده‌ای اثربخشی خود را در بهبود علائم روان‌شناختی نشان داده است. با این حال، شواحد علمی در مورد اثربخشی این درمان در جامعه افغانستان اندک است؛ بنابراین با توجه به اهمیت مقابله با آسیب‌های روانی ناشی از جنگ، تعداد بالای افراد نیازمند به خدمات سلامت روان و ضرورت اجرای مداخلات روان‌شناختی برای قربانیان جنگ [۵،۷]، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر قربانیان جنگ که دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در شهر کابل هستند، می‌پردازد. هدف این پژوهش، پاسخ به این پرسش است که آیا درمان شناختی - رفتاری بر بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی قربانیان جنگ مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهر کابل اثرگذار است یا خیر؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام آسیب دیدگان افغانستانی شهر کابل در سال ۱۴۰۳ بود که متأثر از انفجارات، جنگ مستقیم یا سایر اتفاقات ناشی از جنگ بوده‌اند و یکی از اعضای خانواده خود را در نتیجۀ انفجارات یا سایر درگیری‌های ناشی از جنگ افغانستان از دست داده و به علائم اختلال استرس پس از سانحه مبتلا بودند.

به‌منظور تعیین حجم نمونه و گمارش افراد به هریک از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از جدول‌های حجم نمونه کوهن براساس نسبت F استفاده شد [۳۶]؛ که با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و اندازه اثری به بزرگی ۰/۶۰، برای هر گروه ۱۲ نفر (و مجموعاً ۲۴ نفر برای دو گروه) به دست آمد. از این رو، با روش نمونه‌گیری

1 . Coping Self-Efficacy.

2 . Cognitive Behavioral Therapy.

این مقیاس توسط فوآ^۲ و همکاران [۳۷] طراحی و سپس توسط الهای^۳ و همکاران بر اساس DSM-5 اصلاح شد [۳۸]. این مقیاس شامل ۲۰ گویه و چهار مؤلفه تجربه مجدد، اجتناب، تغییرات منفی و تحریک‌پذیری است که حداقل و حداکثر کسب امتیاز بین ۱ و ۶۰ (صفر= اصلاً تا ۳= پنج بار و بیشتر در هفته) است. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه پژوهش حاضر جنبه درمانی دارد و نیاز است افراد آسیب دیده جدی، برای دریافت مداخله انتخاب شوند، لذا از نقطه برش ۳ و بالاتر (در پرسش آخر طبق دستورالعمل آزمون مطرح شده توسط الهای و همکاران [۳۸]) برای جداسازی افراد با و بدون نشانه‌های PTSD استفاده شد. افزون بر این، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از برازش مناسب برخوردار است و پایایی نیز با همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد [۳۸]. ایران، روایی محتوایی آن معتبر گزارش شد و پایایی نیز با همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد [۳۹].

مقیاس خودکارآمدی مقابله: این پرسش‌نامه توسط چسنی^۴ و همکارانش در سال ۲۰۰۶ م ساخته شده است [۴۰]. مقیاس خودکارآمدی دارای ۲۶ گویه و روش نمره‌گذاری آن، سه درجه‌ای لیکرتی است که به صورت، موافقم (۵ تا ۱۰ نمره) تا اصلاً موافق نیستم (صفر نمره) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه، سه مؤلفه توقف هیجان و افکار ناخوشایند، راهبرد مسئله مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان را شامل می‌شود. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس از برازش مناسب برخوردار است و پایایی نیز برای مؤلفه‌ها با همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۷ محاسبه شد [۴۰]. در ایران نیز تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای در نمونه به کار گرفته شده تأیید شد و ضرایب پایایی عوامل مقیاس به روش آلفای کرونباخ و تنصیف بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۱ به دست آمد [۴۱].

مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی: این مقیاس توسط ناک^۵ و همکاران [۱۷] ساخته شده است. این مقیاس دارای

هدفمند، از میان افرادی که پس از تکمیل مقیاس استرس پس از سانحه در مراکز حمایتی و درمانی شهر کابل و انجام مصاحبه تشخیصی توسط روان‌شناس، ۲۴ نفر که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، انتخاب شدند. این افراد دارای ویژگی‌هایی از جمله سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، نشانه‌های PTSD بالاتر از نقطه برش پرسش‌نامه، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد، فقدان بیماری‌های مغز و اعصاب بر اساس خودگزارش دهی، عدم ابتلا به اختلال‌های روان پریشی، تجربه رویداد آسیب‌زا در سه سال اخیر، جنسیت (فقط مردان)، سکونت در شهر کابل و داشتن تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی بودند. پس از هم‌تاسازی بر اساس وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و سایر عوامل، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۲ نفر) جایگزین شدند. همچنین، شرکت هم‌زمان در سایر دوره‌های آموزشی و درمانی و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است، پیش از اجرای هر آزمون، توضیحات راهنمای مربوط به آزمون به آزمودنی‌ها ارائه شد. همچنین، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، شرح اهداف و اصول داوطلبانه شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه برای حضور در پژوهش و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی تحلیل خواهد شد و صرفاً در راستای تولید مستندات علمی به کار خواهد رفت؛ و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. سپس گروه آزمایش در ۱۵ جلسه یک تا دو ساعته، تحت آموزش درمان شناختی - رفتاری قرار گرفت؛ در حالی که گروه کنترل هیچ پروتکل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخلات درمانی، بار دیگر تست‌های روان‌شناختی شامل خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی روی هر دو گروه مداخله و کنترل به عنوان پس‌آزمون انجام شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس خودسنجی نشانه‌های استرس پس از سانحه^۱:

2. Foa.
3. Elhai.
4. Chesney.
5. Nock.

1. Ptsd Symptom Scale-Self Report (Pss)-Traumatic Stress Scale.

کرونیخ و پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ به دست آمد [۴۲].

معرفی برنامه مداخله‌ای

درمان شناختی- رفتاری در پژوهش حاضر، مداخله‌ای ویژه برای اختلال استرس پس از سانحه است که در قالب ۱۵ جلسه طراحی شده است و به صورت گروهی، با حضور یک درمانگر و یک کمک درمانگر، در هر هفته دو جلسه برگزار می‌شود. پیش از آغاز جلسات، یک جلسه مقدماتی با هدف بحث و گفت‌وگو درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت‌کننده برگزار خواهد شد. براساس توصیه مؤلفان، هر جلسه به زمانی حدود دو ساعت نیاز دارد. کلیات محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است:

۲۱ گویه و سه خرده مقیاس حساسیت، شدت و پایداری است. عبارت‌های این مقیاس در یک طیف ۵ درجه‌ای از اصلاً شبیه من نیست (صفر) تا کاملاً شبیه من است (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشانگر واکنش‌پذیری هیجانی بالاتر است. پایایی این مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است و روایی همگرا و واگرا نیز از طریق روابط معنادار با مقیاس‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری و خلق و خو تأیید شد [۱۷]. در ایران بر اساس تحلیل عامل اکتشافی ۴ عامل سرعت واکنش هیجانی، شدت هیجان، پایداری هیجانی و حساسیت هیجانی استخراج شد و در ادامه تحلیل عامل تأییدی، این مدل را تأیید کرد [۴۲]. روایی همگرای این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی مطلوب بود و پایایی نیز با استفاده از روش آلفای

جدول ۱. شرح مختصر جلسه‌های درمان شناختی - رفتاری

جلسه‌ها	اهداف جلسه
اول	بررسی شباهت‌ها و تفاوت‌های اعضای گروه در رابطه با تجربه فاجعه، معرفی اعضای گروه به همدیگر، توضیح اهداف گروه، فرایند بهبودی و منطق طرح گروه، شناسایی انتظارات گروه، توضیح فرایند واری و ورودی، آشنایی با مؤلفه‌های جلسه، قوانین و ساختار گروه، و توضیح فرایند واری خروجی.
دوم	در اختیار گذاشتن معلومات مقدماتی در مورد PTSD، بحث در مورد استفاده از راهبردهای مقابله‌ای برای تسلط بر نشانه‌های PTSD، آموزش مدیریت - خود، آرام‌سازی و تمرکز توجه، شناسایی صحنه فاجعه، انجام واری و ورودی و خروجی در شروع و پایان این جلسه.
سوم تا هفتم	مواجهه با خاطرات آسیب‌زای فاجعه (مواجهه مستقیم درمانبخش) شناسایی راهبردهای مقابله‌ای برای کنترل و یا مسلط شدن به نشانه‌های PTSD، انجام مواجهه با محرک‌ها و خاطرات مرتبط با سانحه و جلوگیری از اجتناب شناختی، بحث در مورد واکنش‌های هیجانی و شناختی به داستان‌های آسیب‌زا، انجام واری و ورودی و خروجی.
هشتم تا یازدهم	انجام واری و ورودی، آموزش مهارت‌های مدیریت-خود، آموزش آرام‌سازی و تمرکز دادن توجه (تکلیف استنباط حکم)، اجرای بازسازی شناختی و انجام واری خروجی.
دوازدهم	کمک به اعضاء برای ساخت عبارات حکمی، آموزش دادن اعضاء در حالیکه در وضعیت آرام‌سازی هستند همزمان خودگویی و اجرای تکنیک استنباط حکم، بحث در مورد تکلیف خانگی استنباط حکم و واری و ورودی و خروجی در شروع و پایان جلسه.
سیزدهم و چهاردهم	انجام واری و ورودی، آموزش مهارت‌های مدیریت - خود: آموزش آرام‌سازی، تمرکز دادن توجه (تکنیک استنباط حکم)، توضیح منطق این جلسه، بحث در مورد مسائل جاری مرتبط با فاجعه، استفاده از مسئله‌گشایی گروهی، بکار بستن اعمال مقابله‌ای و انجام واری خروجی
پانزدهم	انجام واری و ورودی، ارائه منطق جلسه کنونی، جمع‌بندی درس‌های کلیدی توسط اعضای گروه، بحث در مورد پایان یافتن گروه و واری خروجی

ملاحظات اخلاقی

۱. شرح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان ارائه شد؛
۲. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از تمامی آزمودنی‌ها اخذ شد؛

۳. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی تحلیل شده و صرفاً برای تولید مستندات علمی به کار خواهد رفت. همچنین، اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، شامل محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش، استفاده شد. در صورت تحقق پیش‌فرض‌های لازم، از تحلیل

کوواریانس تک متغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای بررسی تفاوت‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS-25 انجام گرفت و سطح معناداری برای آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

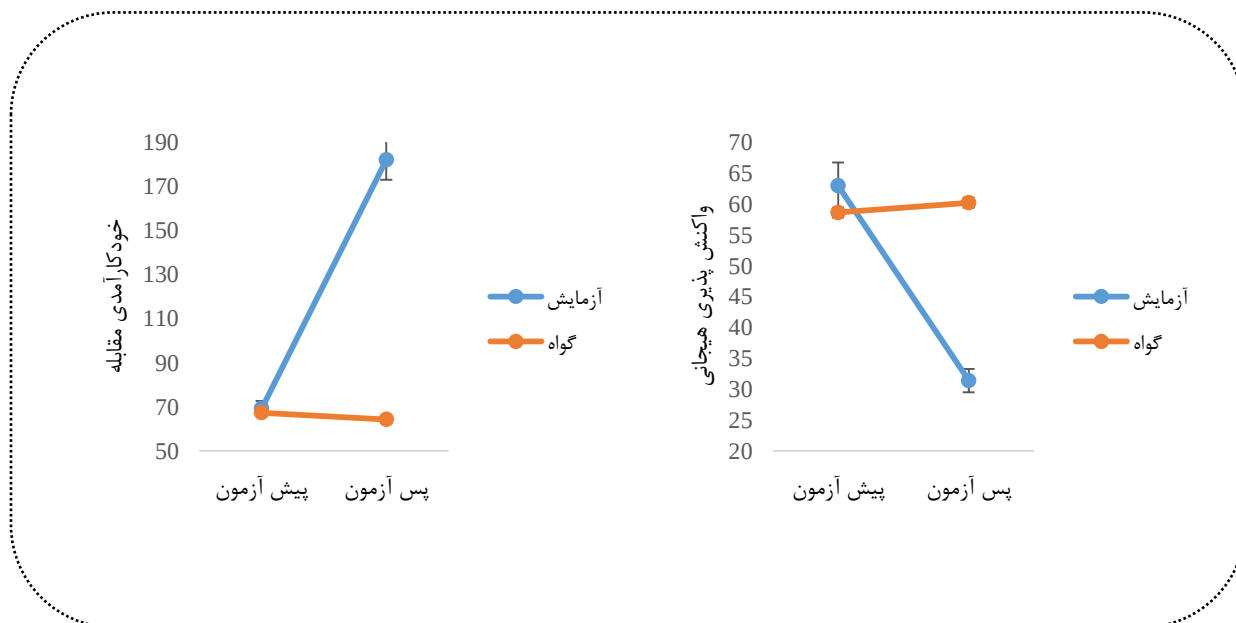
یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی در گروه درمان شناختی-رفتاری برابر با ۳۰/۲۵ سال و در گروه گواه ۲۶/۳۳ سال بود. براساس آزمون‌های آماری، بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی تفاوت معنادار مشاهده نشد و دو گروه از این لحاظ همگن بودند ($P > 0.05$). در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرها و مؤلفه‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده‌است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن به تفکیک دو گروه مداخله و گواه (تعداد: ۲۴)

متغیر	مرحله	گروه مداخله (n=۱۲)		گواه (n=۱۲)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل واکنش‌پذیری هیجانی	پیش‌آزمون	۶۳/۰۰	۶/۲۹	۵۸/۶۶	۱۰/۱۱
	پس‌آزمون	۳۱/۴۱	۳/۳۱	۶۰/۲۵	۱۰/۳۸
حساسیت	پیش‌آزمون	۲۹/۶۳	۲/۵۰	۲۸/۶۳	۵/۸۰
	پس‌آزمون	۱۴/۶۶	۲/۷۴	۲۹/۰۰	۴/۸۷
شدت	پیش‌آزمون	۲۹/۱۶	۲/۴۸	۲۷/۸۳	۳/۶۶
	پس‌آزمون	۹/۱۶	۱/۳۳	۱۷/۳۳	۳/۵۲
پایداری	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶	۱/۹۶	۱۱/۲۵	۲/۵۲
	پس‌آزمون	۶/۰۰	۱/۲۰	۱۱/۷۵	۲/۴۵
نمره کل خودکارآمدی مقابله	پیش‌آزمون	۶۹/۲۵	۸/۱۷	۶۷/۳۳	۸/۶۱
	پس‌آزمون	۱۸۲/۱۶	۲۸/۵۹	۶۴/۳۳	۱۰/۲۶
راهبرد مساله‌مدار	پیش‌آزمون	۳۰/۷۵	۴/۷۱	۲۸/۲۵	۳/۳۸
	پس‌آزمون	۷۵/۰۸	۹/۶۷	۲۹/۰۰	۴/۴۷
توقف احساس و افکار ناخوشایند	پیش‌آزمون	۲۲/۸۳	۳/۹۰	۲۳/۷۵	۵/۹۴
	پس‌آزمون	۶۲/۵۰	۱۲/۱۳	۲۱/۰۸	۵/۳۶
دریافت حمایت	پیش‌آزمون	۱۵/۱۶	۲/۵۸	۱۵/۳۳	۳/۰۲
	پس‌آزمون	۴۳/۷۵	۸/۵۸	۱۴/۲۵	۳/۶۴

مقابله و مؤلفه‌های آن افزایش داشته است. هم‌چنین این تغییرات بیانگر آن است که در گروه مداخله، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیرهای خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی و مؤلفه‌های آن کاهش داشته است. در نمودار ۱ نیز منحصراً این تغییرات برای نمره کل متغیرهای نامبرده ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه مداخله، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر خودکارآمدی



نمودار ۱. تاثیر مداخله درمان شناختی-رفتاری بر نمرات کل واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله

۰/۰۰۱ بود ($P > ۰/۰۰۱$)؛ لذا متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال تبعیت می‌کند.

برای بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی بر متغیر وابسته بررسی شد. شیب خط رگرسیون نمره کل متغیر خودکارآمدی مقابله ($P = ۰/۳۶۴$)، $F_{1,2} = ۰/۸۶$ و واکنش‌پذیری هیجانی ($P = ۰/۳۳۱$)، $F_{1,2} = ۰/۹۹$ در مرحله پس‌آزمون به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. نتایج آماره چند متغیری لامبدای ویلکز^۱ نشان داد، مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس

به منظور مقایسه نمرات کل و نیز مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله به ترتیب از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیری استفاده شد. خلاصه دو تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مجزا برای نمرات کل واکنش‌پذیری هیجانی، خودکارآمدی مقابله در مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. همچنین، خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج، پیش‌فرض‌های آماری مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها با توجه به اینکه تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه کمتر از ۵۰ نفر بود از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و نتایج آن آشکار ساخت سطح معناداری متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن در هر یک از گروه‌های مداخله و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بالاتر از

1. Wilks' Lambda.

واریانس کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون از آزمون M باکس استفاده شده است. نتایج این آزمون آشکار ساخت، همگن بودن ماتریس کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) در سطح ۰/۰۱ مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به برقراری مفروضه‌های پیش‌گفته مجاز به استفاده از تحلیل

کوواریانس تک متغیری و چند متغیری می‌باشیم. برای بررسی اینکه گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و گواه در کدام یک از نمرات کل واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیر مجزا گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیری مجزا برای بررسی تفاوت گروه‌های مداخله و گواه در خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p-value	اندازه اثر	توان آزمون
خودکارآمدی مقابله‌ای	الگوی اصلاح شده	۸۳۵۰۶/۸۹	۲	۴۱۷۵۳/۴۴	۸۸/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۰	۱
	پیش‌آزمون	۱۹۸/۷۲	۱	۱۹۸/۷۲	۰/۴۱	۰/۵۲۶		
	گروه	۸۱۱۸۷/۰۲	۱	۸۱۱۸۷/۰۲	۱۷۱/۳۲	<۰/۰۰۱		
	خطا	۹۹۵۱/۶۰	۲۱	۴۷۳/۸۸				
واکنش‌پذیری هیجانی	الگوی اصلاح شده	۵۲۸۰/۹۷	۲	۲۶۴۰/۴۸	۵۴/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۱
	پیش‌آزمون	۲۹۲/۸۰	۱	۲۹۲/۸۰	۶/۰۶	۰/۰۲۳		
	گروه	۵۲۷۷/۷۳	۱	۵۲۷۷/۷۳	۱۰۹/۲۶	<۰/۰۰۱		
	خطا	۱۰۱۴/۳۵	۲۱	۴۸/۳۰				

نتایج جدول ۳ نشان داد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، اثر گروه بر خودکارآمدی مقابله ($P < ۰/۰۰۱$ و $F_{۱,۲۱} = ۱۷۱/۳۲$) و واکنش‌پذیری هیجانی ($P < ۰/۰۰۱$ و $F_{۱,۲۱} = ۱۰۹/۲۶$) در قربانیان حوادث انفجاری شهر کابل در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ افزایش نمره خودکارآمدی مقابله و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان حوادث انفجاری شهر کابل تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین مقدار اندازه اثر برای دو تحلیل فوق به ترتیب برابر با $\eta^2 = ۰/۸۹۰$ و $\eta^2 = ۰/۸۳۰$ به دست آمد که نشان می‌دهد، ۸۹ و ۸۳ درصد از تفاوت‌های فردی در خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان حوادث انفجاری شهر کابل به دلیل تفاوت در عضویت

گروهی (تأثیر درمان شناختی رفتاری) بوده است. همچنین توان آماری ۱ نیز حاکی از آن است که ۱۰۰ درصد احتمال دارد که بین این دو میانگین در جامعه پس از انجام مداخله تفاوت یافت شود؛ علاوه‌براین، توان حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول برای این نتیجه‌گیری بود؛ بنابراین بین گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و گواه از لحاظ خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی در مرحله پس‌آزمون با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. در ادامه برای بررسی اینکه گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل دو کوواریانس چندمتغیری مجزا گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاوت بین گروهی در مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی

متغیر	مؤلفه	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور تا	توان آزمون
واکنش‌پذیری هیجانی	حساسیت	بین گروهی	۱۲۱۰/۲۸	۱	۱۲۱۰/۲۸	۸۷/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
		خطا	۲۶۳/۹۳	۱۹	۱۳/۸۹				
	شدت	بین گروهی	۳۹۱/۸۸	۱	۳۹۱/۸۸	۷۲/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
		خطا	۱۰۲/۰۲	۱۹	۵/۳۷				
	پایداری	بین گروهی	۲۰۴/۷۱	۱	۲۰۴/۷۱	۷۶/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
		خطا	۵۱/۰۱	۱۹	۲/۶۸				
خودکارآمدی مقابله	راهبرد مسئله مدار	بین گروهی	۱۱۳۱۶/۸۶	۱	۱۱۳۱۶/۸۶	۱۸۳/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
		خطا	۱۱۷۴/۵۷	۱۹	۶۱/۸۲				
	توقف احساس و افکار ناخوشایند	بین گروهی	۹۸۲۰/۲۴	۱	۹۸۲۰/۲۴	۱۰۰/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
		خطا	۱۸۵۵/۴۴	۱۹	۹۷/۶۵				
	دریافت حمایت	بین گروهی	۵۰۳۵/۰۱	۱	۵۰۳۵/۰۱	۱۲۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
		خطا	۷۹۵/۱۹	۱۹	۴۱/۸۵				

جدول ۵. بررسی تفاوت‌های دو به دو گروه‌های درمان و گواه در مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی

متغیر	گروه	میانگین تعدیل یافته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
نمره کل واکنش‌پذیری هیجانی	درمان شناختی - رفتاری	۳۰/۴۷	-۷۱/۳۰*	۲/۹۳	<۰/۰۰۱
	گواه	۶۱/۱۸			
حساسیت	درمان شناختی - رفتاری	۱۴/۲۷	-۱۵/۲۰*	۱/۶۲	<۰/۰۰۱
	گواه	۲۹/۴۷			
شدت	درمان شناختی - رفتاری	۸/۹۲	-۸/۶۵*	۱/۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۷/۵۷			
پایداری	درمان شناختی - رفتاری	۵/۷۴	-۶/۲۵*	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۶۵			
نمره کل خودکارآمدی مقابله	درمان شناختی - رفتاری	۱۸۱/۸۲	۱۱۷/۱۴*	۸/۹۵	<۰/۰۰۱
	گواه	۶۴/۶۷			
راهبرد مسئله مدار	درمان شناختی - رفتاری	۷۵/۰۴	۴۶/۰۱*	۳/۴۰	<۰/۰۰۱
	گواه	۲۹/۰۳			
توقف احساس و افکار ناخوشایند	درمان شناختی - رفتاری	۶۳/۲۲	۴۲/۸۶*	۴/۲۷	<۰/۰۰۱
	گواه	۲۰/۳۶			
دریافت حمایت	درمان شناختی - رفتاری	۴۴/۳۴	۳۰/۶۹*	۲/۷۹	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۶۵			

با توجه به جدول ۴، آماره F برای مؤلفه‌های حساسیت (۸۷/۱۲)، شدت (۷۲/۹۸) و پایداری (۷۶/۲۳) در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی، مؤلفه‌های راهبرد مسئله مدار (۱۸۳/۰۶)، توقف احساس و افکار ناخوشایند (۱۰۰/۵۶) و دریافت حمایت (۱۲۰/۳۰) در متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای، در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). این یافته

با توجه به جدول ۴، آماره F برای مؤلفه‌های حساسیت (۸۷/۱۲)، شدت (۷۲/۹۸) و پایداری (۷۶/۲۳) در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی، مؤلفه‌های راهبرد مسئله مدار (۱۸۳/۰۶)، توقف احساس و افکار ناخوشایند (۱۰۰/۵۶) و دریافت حمایت (۱۲۰/۳۰) در متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای، در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). این یافته

یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که مداخلات شناختی - رفتاری موجب کاهش معنادار نشانه‌های این اختلال در گروه آزمایش شده و شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون، بهبود قابل توجهی را گزارش کردند. شواهد حاصل با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است و تأثیر مثبت درمان شناختی - رفتاری بر بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را تأیید می‌کند [۱۲،۲۹،۳۵،۳۴]

مکانیسم‌های زیربنایی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، هنوز به طور کامل شناسایی نشده‌اند. از این رو، در تبیین نتایج پژوهش هر دو عوامل روانی و بیولوژیکی مورد بحث و توجه قرار می‌گیرند. در این زمینه، با توجه به تجربیات آسیب‌زا و وضعیت روانی فرد، تحریف‌های شناختی گوناگونی در افراد مبتلا به این اختلال مشاهده می‌شود.

درمان شناختی - رفتاری بر پایه این نظریه استوار است که هیجانات و رفتارهای فرد عمدتاً تحت تأثیر افکار و برداشت او از دنیای اطرافش شکل می‌گیرد. به بیان دیگر، درمان شناختی - رفتاری به مسائل دوگانه عدم کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن ذاتی موقعیت‌های آسیب‌زا می‌پردازد و تلاش می‌کند تا نگرشی واقعی‌تر و سازگارتر را نسبت به علائم و رفتارها در فرد تقویت کند [۲۷].

از سویی دیگر، تفسیر نادرست بیماران از علائمی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس و تپش قلب، که آن‌ها را خارج از کنترل و غیرقابل پیش‌بینی تلقی کنند، نقش مهمی در ایجاد اضطراب و وحشت‌زدگی دارد. همچنین، تحریف‌های شناختی مانند تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی، افکار خودکار منفی و باورهای ناکارآمد نیز در تشدید اضطراب و علائم آن مؤثرند [۲۹].

در این چارچوب، درمان شناختی - رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا با بیان آزادانه افکار و باورهای خود، به شناسایی و اصلاح تحريفات شناختی و باورهای ناکارآمد بپردازند. این رویکرد درمانی از تکنیک‌هایی نظیر بازسازی شناختی و آموزش مواجهه‌سازی برای کاهش علائم بهره می‌گیرد و بیماران را قادر می‌سازد تا با تغییر الگوهای فکری نادرست، نحوه مواجهه با علائم مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه را بهبود بخشند [۳۵،۲۹].

نشان می‌دهد، بین گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و گواه در مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های حساسیت (۰/۸۲)، شدت (۰/۷۹)، پایداری (۰/۸۰)، راهبرد مسئله مدار (۰/۹۰)، توقف احساس و افکار ناخوشایند (۰/۸۴) و دریافت حمایت (۰/۸۶) است و نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه قابل قبول است.

جهت بررسی تفاوت گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه گواه در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی و خودکارآمدی مقابله‌ای در جدول ۵، نتایج مقایسه میانگین نمرات تعدیل یافته گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون براساس آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

نتایج جدول ۵ نشان داد، تفاوت میانگین تعدیل یافته گروه درمان شناختی - رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در تمام مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای و نشانه‌های استرس پس از سانحه معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و گواه در مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای و نشانه‌های استرس پس از سانحه وجود دارد. به طوری که میانگین تعدیل یافته مؤلفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای و نشانه‌های استرس پس از سانحه در گروه درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معناداری به ترتیب پایین‌تر، بالاتر و پایین‌تر از میانگین گروه گواه بود؛ بنابراین درمان شناختی - رفتاری بر کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای و بهبود نشانه‌های استرس پس از سانحه در قربانیان حوادث انفجاری شهر کابل مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی مقابله‌ای و واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان حوادث انفجاری دارای نشانه‌های استرس پس از سانحه شهر کابل بود. نتایج این مطالعه نشان داد که این درمان به طور معناداری در بهبود نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، در مؤلفه‌هایی چون تجربه مجدد، اجتناب، تغییرات منفی و کاهش تحریک‌پذیری تأثیرگذار بوده‌است.

در واقع، درمان شناختی - رفتاری با ارائه روش‌هایی ساختاریافته، بر حل مشکلات فعلی و آینده بیمار تمرکز دارد. افزون بر این، فراهم نساختن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی و ایجاد تغییر در فضایی خارج از محیط بالینی نیز بخشی از این درمان به شمار می‌رود. از این رو، در فرآیند درمان، جنبه‌های مختلف این رویکرد به طور شفاف برای بیمار توضیح داده می‌شود تا با انتخاب شواهد خاص، خطاهای شناختی کاهش یابند و مهارت‌های لازم برای حل مسائل جاری و نیز مواجهه با چالش‌های آینده در فرد شکل گیرد.

این رویکرد همچنین بر حفظ و پایداری باورهای فرد با ارائه شواهد کافی برای تأیید آن‌ها تأکید دارد. به عنوان مثال، فردی که دچار اختلال استرس پس از سانحه است، ممکن است به طور مداوم این باور را داشته باشد که حادثه دوباره رخ خواهد داد و در نتیجه، تمرکز و توجه خود را به نشانه‌هایی معطوف می‌کند که این احتمال را تأیید می‌کنند. از سویی دیگر، احتمال نادرست بودن این باور، به علاوه بازدارندگی هیجانات منفی و اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، از جمله پیامدهای خطاهای شناختی هستند که می‌توانند مشکلات متعددی را به دنبال داشته باشند [۳۳].

طبق یافته‌های دیگر این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری به بهبود واکنش‌پذیری هیجانی بیماران نیز منجر شده است. نتایج به دست آمده، نشان‌دهنده کاهش معنادار نمرات واکنش‌پذیری هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون را در مؤلفه‌های حساسیت، شدت و پایداری واکنش‌های هیجانی در گروه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین که بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تنظیم و بهبود واکنش‌پذیری هیجانی و بهبود آن تأکید دارند، هم‌راستا هستند [۴۰، ۳۰].

تجربیات گذشته نشان داده‌اند که مشکل در تنظیم هیجان و ناتوانی در بروز رفتارهای هدفمند هنگام مواجهه با احساسات شدید ناشی از رویدادهای آسیب‌زا، ممکن است در پیشرفت اختلال استرس پس از سانحه نقش داشته باشد [۲۱، ۱۵]. از سوی دیگر، توانایی فرد در درگیری هیجانی ممکن است تحت تأثیر ظرفیت او در توجه به تجربه‌های هیجانی و سایر جنبه‌های هم‌زمان آن، مانند اهداف و مقاصد، قرار گیرد [۴۴].

بیان عاطفی احساسات، به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم تخلیه هیجانی شناخته می‌شود. تمرکز درمانی بر این مؤلفه، بر اساس توانایی درک احساسات دیگران از طریق شناسایی احساسات خود، به بهبود واکنش‌های هیجانی کمک می‌کند. از این رو، افراد با شناخت الگوهای شناختی و تفکرات مرتبط با واکنش‌های هیجانی منفی و با افزایش سطح آگاهی و اطلاعات درباره بیماری خود، همچنین کسب دانش درباره مشکلات رایجی چون بررسی مکرر نشانه‌های جسمی و رفتارهای اجتنابی ناشی از مشغله ذهنی، می‌آموزند چگونه با بهره‌گیری از تکنیک‌های صحیح و کاهش استراتژی‌های ناسازگار، واکنش‌های هیجانی منفی را مدیریت کنند [۳۱، ۳۰].

لذا، یافته‌های این پژوهش نیز همسو با مطالعات پیشین، نقش درمان شناختی - رفتاری را در بهبود ادراک فرد از قدرت و کنترل بر تجربیات هیجانی منفی و نیز کسب مهارت‌هایی برای تسکین این تجربیات هیجانی را تأیید می‌کنند [۴۳].

از سوی دیگر، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در مقایسه با افراد دارای فویبای خاص یا اختلال اضطراب اجتماعی، با وجود کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی به نشانه‌های آسیب‌زا، سطوح بالاتری از برانگیختگی و واکنش‌های هیجانی منفی را گزارش کرده‌اند [۱۶]. در این راستا، توانایی در مدیریت اضطراب و نیز کاهش تنش‌های هیجانی و عضلانی، بخشی از نتایج دریافت مداخله شناختی - رفتاری هستند، که می‌تواند در بهبود نشانه‌های برانگیختگی بیماران مؤثر باشد [۳۳].

بر این اساس، با توجه به نقش ناحیه سینگولیت قدامی پستی^۱ در ارزیابی ترس و قشر جلوی پیشانی پستی جانبی^۲ در کنترل توجه از بالا به پایین [۴۵]، افزایش کنترل ناحیه پیشانی در هنگام ارزیابی محرک‌های هیجانی و تعدیل توجه نسبت به آن‌ها می‌تواند به عنوان نوعی تنظیم هیجانی خودکار تفسیر شود؛ نتیجه‌ای که در مواجهه درمانی و استفاده از روش‌های درمان شناختی - رفتاری از جمله ارزیابی مجدد شناختی و برانگیختگی کمتر هنگام کاهش واکنش‌های هیجانی منفی می‌توان برشمرد [۴۴، ۱۶]. بنابراین، ارزیابی الگوهای فعال‌سازی مغز افراد ممکن است

1 . Dorsal Anterior Cingulate.

2 . Dorsolateral Prefrontal Cortex.

مقابله با مشکلات مربوط به سلامت روان و افزایش اعتماد به توانایی‌های خود است که در نهایت منجر به نتایج مثبت می‌شود [۴۷].

بنابراین، خودکارآمدی مقابله‌ای می‌تواند به عنوان میانجی میان شناخت‌های منفی و علائم اختلال پس از سانحه عمل کند. به عبارتی، افکار منفی درباره خود و جهان اطراف، توانایی فرد را برای مدیریت خواسته‌های مربوط به تروما کاهش می‌دهد و این ناتوانی ادراک شده به شکل‌گیری و تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند. در مقابل، خودکارآمدی با تمرکز بر مقابله با شرایط آسیب‌زا یا استرس‌زا، نشان‌دهنده تاب‌آوری و توانایی سازگاری با سختی‌هاست و می‌تواند در بهبود شرایط روانی افراد با اختلال استرس پس از سانحه مفید باشد. از این رو، با توجه به نقش بالقوه خودکارآمدی به عنوان عامل محافظ، می‌توان آن را یک مکانیزیم تغییردهنده در فرایند بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه تلقی کرد [۲۴]. علاوه بر این، حمایت درمانگر می‌تواند خودکارآمدی درک شده توسط بیمار را تقویت کرده و این امر منجر به پایبندی بیشتر وی به روند و روش‌های درمانی خواهد شد [۳۱]. بنابراین، درمان شناختی - رفتاری با استفاده از مواجهه مکرر با موقعیت‌های تهدیدآمیز بدون تجربه پیامدهای منفی، می‌تواند به پیش‌بینی نتایج مثبت درمانی در آینده کمک کند.

با این حال، علیرغم شواهد فراوان مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، یافته‌های برخی مطالعات نشان داده‌اند که این درمان در حدود نیمی از موارد مورد مطالعه اثربخشی معناداری نداشته است. این امر ممکن است ناشی از عواملی مانند بیماری‌های همراه یا ماهیت جمعیت مورد مطالعه یا تجربه نخستین تروما باشد. در تبیین این مسئله باید گفت که بر اساس یافته‌های مطالعات پیشین، افرادی که حوادث آسیب‌زا و تروماتیک متعددی را تجربه کرده‌اند، ممکن است کمتر از کسانی که تنها یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند، دچار اضطراب شوند [۲۷]. بنابراین، اگر افراد بتوانند پس از یک ترومای اولیه، خود را بازیابی کرده و با آن کنار بیایند، باورها و توانایی آن‌ها برای مواجهه موفق با رویداد آسیب‌زا فعلی قوی‌تر خواهد بود و روند بهبودی آن‌ها سریع‌تر خواهد شد. بنابراین، حس عاملیت، کنترل و باورهای تقویت شده درمورد توانایی‌های خود برای مقابله

توانایی پیش‌بینی روند بهبودی اختلال استرس پس از سانحه پس از درمان را فراتر از معیارهای بالینی و جمعیت‌شناختی متداول، بهبود بخشد [۴۴].

نتایج این تحقیق مبین آن است که درمان شناختی - رفتاری بر ارتقا سطح خودکارآمدی مقابله‌ای موثر است. به عبارتی، یافته‌ها حاکی از افزایش معنی‌دار نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای در تمام مؤلفه‌های این مقیاس، در مرحله پس‌آزمون هستند. بنابراین، نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است [۳۱، ۲۴، ۲۲] و نشان می‌دهند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود راهبردهای مقابله مسئله‌مدار، توقف احساس و افکار ناخوشایند و دریافت حمایت از دیگران را در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه مؤثر باشد.

این نتایج را می‌توان چنین تبیین کرد که خودانتقادگری، خودسرزنش‌گری، احساس گناه و خطرناک دانستن دنیا و همچنین ضعیف و بی‌ارزش پنداشتن خود، از جمله تحریف‌های شناختی شایع در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است، که بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر منفی دارد [۲۷]؛ بنابراین، بنا به نظریه شناختی - اجتماعی بندورا، افرادی که از سطح بالاتری از خودکارآمدی مقابله‌ای برخوردارند، ممکن است توانایی سازگاری بهتری با قرار گرفتن در معرض ترومای غیرمستقیم یا مستقیم داشته باشند؛ به گونه‌ای که این توانمندی می‌تواند مانع از بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه شود [۴۶]. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که سطوح پایین‌تر علائم استرس پس از سانحه به صورت معناداری با سطوح بالاتر خودکارآمدی مقابله‌ای، همبستگی دارد. به عبارتی، خودکارآمدی مقابله‌ای با کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در برابر مشکلات روان‌شناختی و به ویژه، استرس پس از سانحه، مرتبط است [۲۳، ۲۲].

کسانی از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند اغلب احساس می‌کنند که توانایی کنار آمدن با عوامل استرس‌زا در زندگی را ندارند و در مواجهه با موقعیت‌های ترسناک، انتظار نتایج منفی را دارند. بر همین اساس، یکی از عناصر کلیدی درمان‌های شناختی - رفتاری، مانند درمان پردازش شناختی و مواجهه طولانی مدت، که به عنوان «استاندارد طلایی» درمان اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شود، کمک به مراجعان برای کسب مهارت‌های

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافع برای انتشار این مقاله ندارند.

تقدیر و تشکر

از تمامی آزمودنی‌های گرمی که در روند انجام دادن این پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه و جلسات درمان کمال همکاری و مساعدت را داشتند، سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Jayasinghe, S. The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): a novel framework to conceptualise impacts of war on social and environmental determinants of health and public health. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2024; 9(5): e014749. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014749>
- 2- Carpinello, B. The mental health costs of armed conflicts-A review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023; 20(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- 3- Bogic, M., Njoku, A., Priebe, S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015; 15(1): 29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- 4- Murthy, R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006; 5(1): 25-30.
- 5- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., Saxena, S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2019; 394(10194): 240-8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- 6- Manafe, N., Ismael-Mulungo, H., Ponda, F., Dos Santos, P. F., Mandlate, F., Cumbe, V. F. J, et al. Prevalence and associated factors of common mental disorders among internally displaced people by armed conflict in Cabo Delgado, Mozambique: a cross-sectional community-based study. *Front Public Health* [Internet]. 2024;12:1371598. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1371598>

موثر با عواقب پس از سانحه همراه با آگاهی بالا و مدیریت موثر هیجانات منفی، احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و همچنین شدت علائم آن را کاهش می‌دهد [۴۳]. در مجموع، علیرغم وجود درمان‌های مؤثر در زمینه‌های عملی، دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات بهداشت و سلامت روان، به ویژه در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر، یکی از موانع اصلی محافظت از سلامت روان این گروه‌ها است [۲]. در این راستا، PTSD می‌تواند عملکرد اجتماعی، بین‌فردی، خانوادگی و شغلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد [۳۵]. بنابراین، درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر مشکلات زندگی روزمره و کمک به افراد برای تفسیر و ارزیابی درست رویدادها و اصلاح افکار، نگرش‌ها و باورهای منفی، یکی از مؤثرترین رویکردهای درمانی در کلینیک‌های پژوهشی و مراکز درمانی به شمار می‌رود [۲۸].

محدودیت‌ها

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. از مهم‌ترین این محدودیت‌ها می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند)، محدود بودن جمعیت آماری به یک جمعیت خاص، عدم کنترل شدت آسیب استرس پس از سانحه در شرکت‌کنندگان اشاره کرد؛ عواملی که ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشند؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر به منظور تعمیم نتایج استفاده شود. افزون بر این، پژوهش حاضر صرفاً بر روی مردان انجام شده‌است؛ بنابراین توصیه می‌شود که در تحقیقات آینده، هردو جنسیت مورد بررسی قرار گیرند تا امکان بررسی و مقایسه میان تفاوت‌های این دو گروه فراهم شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود پیگیری طولانی مدت با استفاده از آزمون‌های پیگیری و همچنین عدم درمان جداگانه برای گروه کنترل اشاره کرد. بدین منظور، توصیه می‌شود آزمون‌های پیگیری با فواصل زمانی طولانی‌تر برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمانی اجرا شود.

پیروی از اصول اخلاقی

کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی را آگاهانه تکمیل کردند.

- 15-Badour, C. L., Feldner, M. T. Trauma-related reactivity and regulation of emotion: associations with posttraumatic stress symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2013; 44(1): 69–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.007>
- 16-Shepherd, L., Wild, J. Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2014; 45(3): 360–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002>
- 17-Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., Hooley, J. M. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behav Ther* [Internet]. 2008; 39(2): 107–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- 18-Linehan, M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
- 19-O'Bryan, E. M., McLeish, A. C., Johnson, A. L. The role of emotion reactivity in health anxiety. *Behav Modif* [Internet]. 2017; 41(6): 829–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445517719398>
- 20-Meuleman, E. M., van der Veld, W. M., van, Ee E. On the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms during treatment: A test of reciprocity. *J Affect Disord* [Internet]. 2024; 350: 197–202. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.116>
- 21-Conti, L., Fantasia, S., Violi, M., Dell'Oste, V., Pedrinelli, V., Carmassi, C. Emotional dysregulation and post-traumatic stress symptoms: Which interaction in adolescents and young adults? A systematic review. *Brain Sci* [Internet]. 2023; 13(12). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci13121730>
- 22-Ghafoori, B., Triliva, S., Chrysikopoulou, P., Vavvos, A. Resilience, coping self-efficacy, and posttraumatic stress symptoms among healthcare workers who work with refugees and asylum seekers in Greece. *Behav Sci (Basel)* [Internet]. 2024; 14(6): 509. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/bs14060509>
- 7- Rahimi, M. P., Wafa, M. H., Stanikzai, M. H., Rahimi, B. A. Post-traumatic stress disorder (PTSD) probability among parents who live in Kandahar, Afghanistan and lost at least a child to armed conflict. *Sci Rep* [Internet]. 2023; 13(1): 3994. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-31228-0>
[In Persian]
- 8- Hamrah, M. S., Hoang, H., Mond, J., Pahlavanzade, B., Charkazi, A., Auckland, S. The prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) among resettled Afghan refugees in a regional area of Australia. *J Ment Health* [Internet]. 2021; 30(6): 674–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2020.1739247>
- 9- Kovess-Masfety, V., Keyes, K., Karam, E., Sabawoon, A., Sarwari, B. A. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021; 21(1): 314. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03273-4>
- 10- Scholte, W. F., Olff, M., Ventevogel, P., de Vries, G.-J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA* [Internet]. 2004; 292(5): 585–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.5.585>
- 11-Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, CAG., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA* [Internet]. 2004; 292(5): 575–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.5.575>
- 12-Miao, X.-R., Chen, Q.-B., Wei, K., Tao, K.-M., Lu, Z.-J. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res* [Internet]. 2018; 5(1): 32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
- 13-Merians, A. N., Spiller, T., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., Pietrzak, R. H. Post-traumatic stress disorder. *Med Clin North Am* [Internet]. 2023; 107(1): 85–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.003>
- 14-Torrico, T. J., Mikes, B. A. Posttraumatic stress disorder in children. In: *StatPearls* [Internet. StatPearls Publishing; 2024.

- 30-Kuroda, M., Kawakubo, Y., Kamio, Y., Yamasue, H., Kono, T., Nonaka, M., et al. Preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation in adults with autism spectrum disorder: A pilot randomized waitlist-controlled study. PLoS One [Internet]. 2022; 17(11): e0277398. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0277398>
- 31-Bagheri Sheykhangafshe, F., Fathi-Ashtiani, A., Savabi Niri, V., Otadi, S., Golezani, H. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Coping Strategies and Anxiety Sensitivity of Patients With COVID-19 Obsession. J Research Health. 2023; 13(1): 41–50. <http://dx.doi.org/10.5812/jjhs-140208> **[In Persian]**
- 32-Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., Stangier, U. Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with afghan refugees: A randomized controlled pilot study. J Trauma Stress [Internet]. 2020; 33(6): 928–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22615> **[In Persian]**
- 33-Hosseini, M., Kasiri, S., Najafi, M., Shahi, M. Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Mental Health of PTSD Veterans under Pharmaceutical Treatment. Iran J War Public Health. 2015; 7(2): 67–72. **[In Persian]**
- 34-Margolies, S. O., Rybarczyk, B., Vrana, S. R., Leszczyszyn, D. J. , Lynch, J. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for insomnia and nightmares in Afghanistan and Iraq veterans with PTSD: Efficacy OF CBT-I in OEF/OIF veterans with PTSD. J Clin Psychol [Internet]. 2013; 69(10):1026–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21970>
- 35-Ahmadizadeh, M., Ahmadi, K., Anisi, J., Ahmadi, A. B. Assessment of cognitive behavioral therapy on quality of life of patients with chronic war-related post-traumatic stress disorder. Indian J Psychol Med [Internet]. 2013; 35(4): 341–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0253-7176.122222>
- 36-Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Elsevier Science; 2013.
- 37-Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychol Assess [Internet]. 1997; 9(4): 445–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- 23-Sheehy, K. A., Hruska, B., Waldrep, E. E., Pacella-LaBarbara, M. L., George, R. L., Benight, C. C., et al. The mediating role of coping self-efficacy on social support and PTSD symptom severity among injury survivors. Anxiety Stress Coping [Internet]. 2023; 36(6): 770–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2023.2199208>
- 24-Gallagher, M. W., Long, L. J., Phillips, C. A. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. J Clin Psychol [Internet]. 2020; 76(3): 329–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22882>
- 25-Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G., Resick, P. A. Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: a moderating relationship? J Abnorm Psychol [Internet]. 2011;120(1): 240–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022123>
- 26-Wenzel, A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. Psychiatr Clin North Am [Internet]. 2017; 40(4): 597–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- 27-Kar, N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2011; 7: 167–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S10389>
- 28-Öst, L.G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., et al. Cognitive behavior therapy for adult post-traumatic stress disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther [Internet]. 2023; 166(104323): 104323. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2023.104323>
- 29-Moghadam, S., Kazemi, R., Taklavi, S. Comparing the effectiveness of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy in reducing post traumatic stress disorder. Health Psychol Rep [Internet]. 2020; 8(1): 31–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5114/hpr.2019.92305> **[In Persian]**

- 43-Mahoney, C. T., Cestodio, V., Porter, K.J., Marchant, K.M. The moderating roles of emotion regulation and coping self-efficacy on the association between PTSD symptom severity and drug use among female sexual assault survivors. *Psychol Trauma* [Internet]. 2023; 15(6): 1027–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0001194>
- 44-Fonzo, G. A., Goodkind, M. S., Oathes, D. J., Zaiko, Y. V., Harvey, M., Peng K.K., et al. PTSD psychotherapy outcome predicted by brain activation during emotional reactivity and regulation. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2017; 174(12): 1163–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16091072>
- 45-Comte, M., Schön, D., Coull, J. T., Reynaud E, Khalfa S, Belzeaux R, et al. Dissociating bottom-up and top-down mechanisms in the Cortico-limbic system during emotion processing. *Cereb Cortex* [Internet]. 2016; 26(1): 144–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhu185>
- 46-Benight, C. C., Bandura, A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther* [Internet]. 2004; 42(10):1129–48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- 47-Fenn, K., Byrne, M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT* [Internet]. 2013; 6(9): 579–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1755738012471029>
- 38-Elhai, J. D., Miller, M. E., Ford, J. D., Biehn, T. L., Palmieri, P. A., Frueh, B. C. Posttraumatic stress disorder in DSM-5: estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2012; 26(1): 58–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.013>
- 39-Khodadadi-Hassankiadeh, N., Dehghan-Nayeri, N., Shahsavari, H., Yousefzadeh-Chabok, S., Haghani, H. Psycho-social and mental variables and post-traumatic stress disorder in traffic accident survivors in northern Iran. *Bull Emerg Trauma*. 2017; 5(3): 197–205. Psycho-social and Mental Variables and Post-Traumatic Stress Disorder in Traffic Accident Survivors in Northern Iran - PubMed **[In Persian]**
- 40-Chesney, M.A., Neilands, T.B., Chambers, D.B., Taylor, J.M., Folkman, S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2006; 11(Pt 3): 421–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1348/135910705X53155>
- 41-Bahramian SF, Fooladchang M. The Effectiveness of Parenting Skills Training on Emotional Reactivity and Coping Self-efficacy of Adolescent Male Students. *Psychological Achievements* [Internet]. 2024; 31(1): 253–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.22055/psy.2022.42057.2920> **[In Persian]**
- 42-Moghbali Hanzaei, M., Zanjani, Z., Omidi, A. Psychometric Properties of the Persian Version of the of the Emotional Reaction Scale (ERS) in Students. *J Jiroft Univ Med Sci*. 2020; 7(1): 302–12. Psychometric properties of the persian version of the multidimensional scale of perceived social support in iran - PubMed **[In Persian]**