

Research Article

The Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy on coping self-efficacy and emotional reactivity among victims with symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) affected by explosive incidents in Kabul

Authors

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

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Assadullahi.f@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-7009-5678>
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Corresponding author: mousavi180@yahoo.com
<https://orcid.org/0009-0000-4132-5635>
3. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir
<https://orcid.org/0000-0001-7292-9669>
4. Assistant Professor of Psychology, Department of psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. ashkan.naseh@guilan.ac.ir
<https://orcid.org/0000-0002-9324-2329>

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



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

Method: This study was conducted using a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population included 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 were randomly assigned to experimental and control groups (12 participants in each group). The experimental group received 15 sessions of 1 to 2 hours Cognitive-Behavioral Therapy intervention, while the control group received no intervention. Research tools 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 Analysis of Covariance and Bonferroni post-hoc tests.

Results: Cognitive-Behavioral Therapy in the intervention group showed 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 (problem-focused strategy, 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 in the affected Afghan population. These results emphasize the necessity of expanding evidence-based therapeutic services within 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 recognized as a complex and common psychological disorder, especially among individuals who have experienced traumatic events like war, violence, and natural disasters. PTSD can have deep and lasting effects on mental health and quality of life. This disorder is typically associated with symptoms such as recurring memories, avoidance of trauma-related situations, negative changes in thinking and mood, and intense emotional reactions. Victims of PTSD often face high levels of emotional reactivity, anxiety, depression, and difficulties in social relationships, which can lead to an inability to carry out daily activities and a decrease in quality of life.

Research has shown that psychological treatments, particularly Cognitive Behavioral Therapy (CBT), can effectively reduce PTSD symptoms and improve mental health. CBT, as a structured therapeutic approach, focuses on changing negative thought patterns and harmful behaviors, helping individuals cope with traumatic experiences and manage their reactions positively. The aim of this research is to examine the effects of CBT on coping self-efficacy and emotional reactivity in victims of PTSD resulting from explosive incidents in Kabul. This study seeks to provide evidence of the efficacy of CBT in enhancing coping skills and reducing emotional reactivity in victims exhibiting PTSD symptoms. Thus, this research can serve as an important resource for future studies and the improvement of therapeutic services in affected areas.

Method

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

The experimental group underwent 15 sessions of CBT intervention lasting 120 minutes each, while the control group received no intervention. The CBT intervention included various techniques such as cognitive therapy, behavioral therapy, and coping skills training. The sessions were designed to assist participants in coping with negative thoughts and traumatic memories. These sessions included both group and individual activities aimed at enhancing social interactions and strengthening 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 analysis of covariance and Bonferroni post-hoc tests. This method allowed us to significantly assess the impact of CBT on PTSD symptoms and coping skills, leading to a better understanding of the treatment effects on this affected population. Additionally, qualitative surveys were conducted with participants to gain deeper insights into their treatment experiences.

Results

The results of this research indicated that Cognitive Behavioral Therapy in the experimental group led to a significant reduction in total scores and emotional reactivity components (sensitivity, intensity, and stability) compared to the control group. Specifically, the scores of the experimental group in terms of sensitivity and intensity of emotional reactions significantly decreased. A high number of participants in the experimental group reported feeling better about themselves and their abilities. Furthermore, regarding coping self-efficacy, the scores of the experimental group in the problem-focused, negative thought stopping, and social support components significantly increased.

The results of this research indicated that considering pre-test scores as a covariate, the effect of the intervention on coping self-efficacy ($p < 0.001$ and $F(1, 21) = 171.32$) and emotional reactivity ($p < 0.001$ and $F(1, 21) = 109.26$) in victims of explosive incidents was statistically significant at the 0.001 level. Therefore, there was a significant difference between the two groups in terms of the increase in coping self-efficacy scores and the reduction in emotional reactivity among victims of explosive incidents in Kabul. Additionally, the effect size for the two analyses was found to be $\eta^2 = 0.890$ and $\eta^2 = 0.830$, indicating that 89% and 83% of the individual differences in coping self-efficacy and emotional reactivity among victims of explosive incidents in Kabul were due to differences in group membership (the effect of Cognitive Behavioral Therapy). Similar results were obtained for the subscales of emotional reactivity (sensitivity, intensity, and stability) and coping self-efficacy (problem-focused, negative thought stopping, and

social support components). Thus, there was a significant difference between the Cognitive Behavioral Therapy and control groups in terms of coping self-efficacy and emotional reactivity in the post-test phase after adjusting for pre-test scores.

Conclusion

The findings of this research emphasize that Cognitive Behavioral Therapy can serve as an effective intervention for enhancing coping self-efficacy and emotional reactivity in victims of war and violent incidents exhibiting PTSD symptoms. These results highlight the necessity of expanding evidence-based therapeutic services in this area. Specifically, CBT can be proposed as an effective therapeutic method for improving the mental health status of PTSD victims in Afghanistan. This study also underscores the importance of addressing the specific cultural and social needs of individuals in the design and implementation of therapeutic programs.

Therefore, it is recommended that further research be conducted in various areas to investigate the long-term effects of CBT and other psychological interventions on different affected populations. Attention to these matters can contribute to improving treatment outcomes and the quality of life for individuals impacted by war, explosions, and violence. Additionally, the development of educational programs for therapists and mental health professionals can promote these therapeutic methods and enhance access to effective treatment services in affected communities. Thus, it can be 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 thesis. Seyyed Valiollah Mousavi served as the thesis supervisor and Sajjad Rezaei and Ashkan Naseh served as the thesis cosupervisor 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^۱

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؛

<https://orcid.org/0009-0009-7009-5678>

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. نویسنده مسئول mousavi180@yahoo.com؛

<https://orcid.org/0009-0000-4132-5635>

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

<http://orcid.org/0000-0001-7292-9669>

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

<https://orcid.org/0000-0002-9324-2329>

چکیده

مقدمه: مطالعات پیشین نشان داده است 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، 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. 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 نمودند؛ 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 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 مسأله‌مدار، توقف افکار منفی و دریافت حمایت اجتماعی) نشان داد ($p < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها موید کارآمدی درمان شناختی-رفتاری در بهبود پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تروماهای جنگی در جامعه آسیب‌دیده افغانستان می‌باشد و بر ضرورت گسترش خدمات درمانی مبتنی بر شواهد

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



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

مقدمه

پدیده‌ی جنگ، تأثیرات مخربی بر جنبه‌های مختلف زندگی، از جمله ابعاد روان‌شناختی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی، بر جای می‌گذارد که می‌توانند روابط اعضای جامعه 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 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 نشان می‌دهند که 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 بیماران که علائم افسردگی و اضطراب داشته‌اند، بیشترین آسیب‌پذیری را در برابر این رویدادها نشان داده‌اند [۲، ۶].

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 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) و برای مدت طولانی قبل از بازگشت به سطح اولیه برانگیختگی (پایداری هیجان) و در پاسخ به طیف وسیعی از محرک‌ها (حساسیت هیجانی) تجربه می‌کند. این حالت، افراد را مستعد مشکلات تنظیم هیجان [۱۷].

2. Post-Traumatic Stress Disorder
3. Emotion Reactivity
4. Emotion Intensity
5. Emotion Persistence
6. Emotion Sensitivity

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) و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان (مانند ارزیابی مجدد شناختی) 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].

علاوه بر مهارت‌های هیجانی، خودکارآمدی مقابله‌ای نیز در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه نقش موثری ایفا می‌کند [۲۲-۲۴]. 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، 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 بالاترین کیفیت شواهد هستند، می‌توانند در مدیریت و کاهش علائم این اختلال موثر 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 موثری 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 سازگارانه تنظیم هیجان [۳۰] و تقویت مقابله سازنده [۳۱] نقش موثری در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به این اختلال و همچنین کاهش آشفتگی‌های هیجانی ناشی از جنگ دارد [۳۲-۳۵].

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، ۱۰-۱۱]. 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

7. Suppression
8. Reappraisal
9. Coping Self-Efficacy
- 1 . Cognitive Behavioral Therapy

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 می‌باشد که متأثر از انفجارات، جنگ مستقیم و سایر اتفاقات ناشی از جنگ بوده و یکی از اعضای خانواده خود را در نتیجه انفجارات و یا سایر درگیری‌های ناشی از جنگ افغانستان از دست داده و مبتلا به علائم اختلال استرس پس از سانحه 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 هدفمند، از میان افرادی که پس از تکمیل مقیاس استرس پس از سانحه در مراکز حمایتی و درمانی شهر کابل و انجام مصاحبه تشخیصی که توسط روانشناس صورت گرفت، ۲۴ نفر از افرادی که معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، افراد دارای نشانه‌های PTSD بالای 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)، داشتن سکونت در شهر کابل افغانستان، داشتن تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی را نیز داشتند، انتخاب شدند و پس از همتاسازی بر اساس وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و سایر موارد به صورت تصادفی به ۲ گروه (۱۲ نفر در گروه آزمایش، ۱۲ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. افزون بر این، شرکت همزمان در سایر دوره‌های آموزشی و درمانی، غیبت بیش از ۲ جلسه از حضور در جلسات درمانی به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است قبل از انجام هر تست توضیحات راهنمای تست به آزمودنی‌ها ارائه شد. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، شرح اهداف و اصول داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه برای حضور در پژوهش، و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده در طول اجرای پژوهش و اطمینان دادن از اینکه اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفته و برای تولید مستندات علمی استفاده می‌شود و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند، مورد توجه قرار گرفت. سپس گروه آزمایش در ۱۵ جلسه‌ی ۱ تا دو ساعته تحت آموزش درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ پروتکل مداخله‌ای را دریافت ننمودند. پس از اتمام مداخلات درمانی، مجدداً 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: این مقیاس توسط فوآ و همکاران [۳۷] طراحی و سپس توسط الهای و همکاران بر اساس DSM-۵ اصلاح شد [۳۸]. این مقیاس شامل ۲۰ گویه و چهار مولفه‌ی 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) می‌باشد. 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 سوال 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]. در 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 و همکارانش در سال ۲۰۰۶ 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

1 . Ptsd Symptom Scale-Self Repdrt (Pss)-Traumatic Stress Scale
1 . Foa 2
1 . Elhai 3
1 . Chesney 4

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 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/فعال سازی 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 کرونباخ و پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ به دست آمد [۴۲].

معرفی برنامه مداخله‌ای

درمان شناختی رفتاری در پژوهش حاضر مداخله‌ای است که ویژه اختلال استرس پس از سانحه طراحی شده است و دارای ۱۵ جلسه است که هفته‌ای دو جلسه به صورت گروهی توسط یک درمانگر و یک کمک درمانگر ارائه می‌شود. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت‌کننده در یک جلسه مقدماتی بحث و گفت‌وگو خواهد شد. بر مبنای توصیه مؤلفان، هر جلسه نیازمند دو ساعت وقت است. کلیات محتوای جلسه‌های مداخله به شرح زیر است:

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 اعضا برای ساخت عبارات حکمی، آموزش دادن اعضا 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 مسأله‌گشایی 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 (۲) رضایت آگاهانه برای حضور در پژوهش (۳) اطمینان دادن از اینکه اطلاعات حاصل از این پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفته و برای تولید مستندات علمی استفاده می‌شود و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل محاسبه‌ی میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش و همچنین در صورت تحقق شروط تحلیل کوواریانس، از تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. برای انجام این تحلیل‌ها از نرم‌افزارهای SPSS-۲۵ استفاده شد. همچنین سطح معنی‌داری برای آزمون فرضیه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

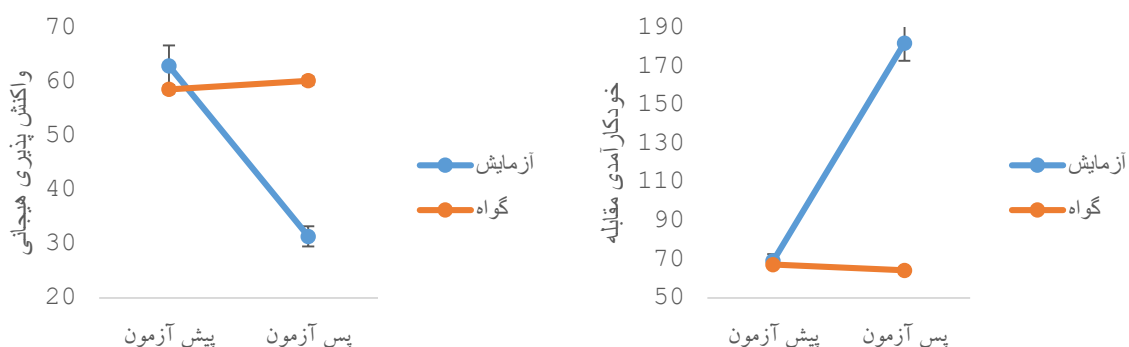
یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی به ترتیب در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۰/۲۵ سال و گواه ۲۶/۳۳ سال بود. براساس آزمون‌های آماری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر مشخصات جمعیت شناختی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد و دو گروه از لحاظ این متغیرها همگن بودند ($P > 0.05$). 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 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 مساله مدار	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

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



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

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 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 ۰/۰۰۱ بود ($P > 0/001$). 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 ($F_{1,2}=0/86$, $P=0/364$) و واکنش‌پذیری هیجانی ($F_{1,2}=0/99$, $P=0/331$) در مرحله پس‌آزمون به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. نتایج آماره چند متغیری لامبدا و یلکز 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 فرض همگنی ماتریس 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 مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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 $F_{1,21}=171/32$) و واکنش‌پذیری هیجانی (P<۰/۰۰۱ و $F_{1,21}=109/26$) در قربانیان حوادث انفجاری شهر کابل در سطح ۰/۰۰۱ 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 $\eta^2=0/890$ و $\eta^2=0/830$ 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، واکنش‌پذیری هیجانی

متغیر	مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	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	راهبرد	بین	۱۱۳۱۶/۸۶	۱	۱۱۳۱۶/۸۶	۱۸۳/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰

متغیر	مؤلفه	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آزمون
مقایله	مساله مدار	گروهی	۱۱۷۴/۵۷	۱۹	۶۱/۸۲	۱۰۰/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
		خطا							
	توقف احساس و افکار ناخوشایند	بین گروهی	۹۸۲۰/۲۴	۱	۹۸۲۰/۲۴	۱۲۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
		خطا	۱۸۵۵/۴۴	۱۹	۹۷/۶۵				
	دریافت حمایت	بین گروهی	۵۰۳۵/۰۱	۱	۵۰۳۵/۰۱	۴۱/۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
		خطا	۷۹۵/۱۹	۱۹	۴۱/۸۵				

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 مساله مدار (۱۸۳/۰۶)، توقف احساس و افکار ناخوشایند (۱۰۰/۵۶) و دریافت حمایت (۱۲۰/۳۰) در متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای، در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). این یافته 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 مساله مدار (۰/۹۰)، توقف احساس و افکار ناخوشایند (۰/۸۴) و دریافت حمایت (۰/۸۶) می‌باشد که 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.

جدول ۵. بررسی تفاوت‌های دو به دو گروه‌های درمان و گواه در مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای، 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 مساله 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			

نتایج جدول ۶ 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 از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی مقابله و واکنش‌پذیری هیجانی در قربانیان حوادث انفجاری دارای نشانه‌های استرس پس از سانحه شهر کابل بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که این درمان بر بهبود نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در سطوح تجزیه و تحلیل، از جمله تجربه مجدد، اجتناب، تغییرات منفی و کاهش تحریک‌پذیری تأثیرگذار بوده است. یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که مداخلات شناختی-رفتاری موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های این اختلال در گروه آزمایش شده است و شرکت‌کنندگان پژوهش، درصد ارتقا معنی‌داری را در مرحله پس‌آزمون گزارش کردند. تحقیقات پیشین نیز مؤید این نتایج هستند و نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند [۱۲، ۲۶-۲۹، ۳۴-۳۵].

مکانیسم‌های زیربنایی دقیق اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه به خوبی شناخته شده نیستند. از این رو، در تبیین نتایج پژوهش هر دو عوامل روانی و بیولوژیکی مورد بحث قرار می‌گیرند. در این راستا، بنابر تجربیات آسیب‌زا و ماهیت وضعیت روانی فرد، تحریفات شناختی مختلفی در اختلال استرس پس از سانحه مشاهده می‌شود. درمان شناختی-رفتاری بر پایه این نظریه استوار است که هیجان و رفتار یک فرد عمدتاً تحت تأثیر تفکرات و برداشت او از دنیای اطرافش شکل می‌گیرد. به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری به مسائل دوگانه عدم کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن ذاتی موقعیت‌های آسیب‌زا می‌پردازد و بیماران را قادر می‌سازد تا نگرشی واقعی‌تر و سازگارتر را نسبت به علائم و رفتارهای خود بیابند [۲۷].

از سویی دیگر، تفسیر غلط بیماران از علائمی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس و تپش قلب، که ممکن است آن‌ها را خارج از کنترل و غیرقابل پیش‌بینی تلقی کنند، عامل مهمی در ایجاد اضطراب و وحشت‌زدگی محسوب می‌شود. همچنین، تحریف‌های شناختی مانند تعمیم بیش از حد، فاجعه‌سازی، افکار خودکار و باورهای ناکارآمد منفی، نقش مهمی در افزایش تجربه اضطراب و وحشت‌زدگی و تشدید علائم آن ایفا می‌کنند [۲۹]. بر همین مبنا، درمان شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا با بیان آزادانه افکار و باورهای خود، به شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی و باورهای ناکارآمد بپردازند. این رویکرد درمانی نظیر بازسازی شناختی و آموزش مواجهه‌سازی را برای کاهش علائم به کار می‌گیرد و بیماران را قادر می‌سازد تا با تغییر الگوهای فکری غلط، نحوه مواجهه با علائم مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه را بهبود بخشند [۲۹، ۳۵].

در واقع، درمان شناختی-رفتاری با ارائه روش‌های ساختاریافته، بر حل مشکلات فعلی و آینده بیمار تمرکز دارد. افزون بر این، مهیا نمودن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی و ایجاد تغییرات در فضایی خارج از محیط بالینی نیز بخشی از این درمان بیان می‌شود. از این رو، طی فرآیند درمانی، جنبه‌های گوناگون درمان به طور شفاف برای بیمار توضیح داده می‌شود تا با انتخاب شواهد خاص، خطاهای شناختی کاهش یافته و مهارت‌های لازم برای حل مسائل جاری و همچنین مواجهه با چالش‌های آینده را متبلور سازد. این رویکرد همچنین بر حفظ و پایداری اعتقادات فرد با ارائه شواهد کافی برای تأیید باورهای آنان تأکید دارد. برای مثال، فردی که دچار اختلال استرس پس از سانحه است، ممکن است به طور مداوم این باور را داشته باشد که حادثه تکرار خواهد شد و بدین طریق، تمرکز و توجه خود را به نشانه‌هایی معطوف می‌کند که این احتمال را تأیید می‌کنند. از سویی دیگر، احتمال نادرست بودن و از سوی دیگر بازدارنده بودن هیجانات منفی و همچنین اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا از جمله پیامدهای خطاهای

شناختی هستند که می‌توانند مشکلات متعددی را به همراه داشته باشند [۳۳].

طبق یافته‌های دیگر این پژوهش، درمان شناختی-رفتاری به بهبود واکنش‌پذیری هیجانی بیماران نیز انجامیده‌است. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار نمرات واکنش‌پذیری هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در مؤلفه‌های حساسیت، شدت و پایداری واکنش‌های هیجانی در گروه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است که بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در تنظیم واکنش‌پذیری هیجانی و بهبود آن تأکید دارند [۳۰، ۴۳]. تجربیات پیشین نشان داده‌است، مشکل در تنظیم هیجان و ناتوانی در رفتارهای هدفمند در مواجهه با احساسات قوی ناشی از رویدادهای آسیب‌زا، ممکن است در پیشرفت اختلال استرس پس از سانحه نقش داشته باشد [۱۵، ۲۱]. از سویی دیگر، توانایی فرد در درگیری هیجانی ممکن است تحت تأثیر ظرفیت وی در توجه به تجارب هیجانی و سایر جنبه‌های همزمان آن، نظیر اهداف و مقاصد، قرار داشته باشد [۴۴]. بیان عاطفی احساسات به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم تخلیه هیجانی شناخته می‌شود و تمرکز درمانی بر این مؤلفه، بر اساس توانایی درک احساسات دیگران از طریق شناسایی احساسات خود واکنش‌های هیجانی را بهبود می‌بخشد. از این رو، افراد با شناخت الگوهای شناختی و تفکرات مرتبط با واکنش‌های منفی هیجانی، و با افزایش سطح آگاهی، اطلاعات در مورد بیماری و همچنین دانش خود در مورد مشکلات رایج مانند بررسی مکرر نشانه‌های جسمی و رفتارهای اجتنابی که به دلیل مشغله ذهنی است، می‌آموزند که چگونه با تکنیک‌های مقابله‌ای درست و کاهش استراتژی‌های ناسازگار، واکنش‌های هیجانی منفی را مدیریت کنند [۳۰، ۳۱]. لذا همسو با مطالعات پیشین مؤید نقش درمان شناختی-رفتاری در بهبود ادراک قدرت و کنترل فرد بر تجربیات هیجانی منفی و کسب مهارت‌هایی برای تسکین این تجربیات هیجانی می‌باشند [۴۳].

از سویی دیگر، افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با افراد مبتلا به فوبیاهای خاص یا اختلال اضطراب اجتماعی، علیرغم کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی به نشانه‌های آسیب‌زا، سطوح بالاتری از برانگیختگی و واکنش‌های هیجانی منفی را گزارش کردند [۱۶]. در این راستا، توانایی مدیریت اضطراب و نیز کاهش تنش‌های هیجانی و عضلانی که بخشی از نتایج دریافت مداخله شناختی-رفتاری هستند، می‌تواند در بهبود نشانه‌های برانگیختگی بیماران مؤثر باشد [۳۳]. بر این اساس، با توجه به نقش سینگولیت قدامی پشتی^۷ در ارزیابی ترس و قشر جلوی پیشانی پشتی^۸ در کنترل توجه از بالا به پایین [۴۵]، کنترل بیشتر ناحیه پیشانی هنگام ارزیابی یک محرک هیجانی و تعدیل توجه در رابطه با آن می‌تواند نوعی تنظیم هیجانی خودکار باشد که نتیجه‌ی مواجهه درمانی و استفاده از روش‌های درمان شناختی-رفتاری از جمله ارزیابی مجدد شناختی و برانگیختگی کمتر هنگام کاهش واکنش‌های هیجانی منفی است [۱۶، ۴۴]. بنابراین، ارزیابی الگوهای فعال‌سازی مغز افراد ممکن است 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 مؤثر است. به عبارتی، یافته‌ها حاکی از افزایش معنی‌دار نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای در تمام مؤلفه‌های این مقیاس، در مرحله پس‌آزمون هستند. بنابراین، نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین [۲۲، ۲۴، ۳۱]، نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند راهبرد مقابله مساله‌مدار، توقف احساس و افکار ناخوشایند و دریافت حمایت از دیگران را در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه بهبود بخشد.

این نتایج را می‌توان چنین تبیین کرد که از آنجا که خودانتقادگری، خودسرزنش‌گری، احساس گناه و خطرناک دانستن دنیا و همچنین ضعیف و بی‌لیافت پنداشتن خود از جمله تحریف‌های شناختی 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 خودکارآمدی مقابله‌ای بالاتری دارند، ممکن است توانایی سازگاری بهتری با قرار گرفتن در معرض ترومای غیرمستقیم یا مستقیم داشته باشند و از این طریق مانع از بروز علائم اختلال استرس پس از سانحه شوند [۴۶]. همچنین، سطوح پایین‌تر علائم استرس پس از سانحه به

معنی‌داری با سطوح بالاتر خودکارآمدی مقابله‌ای، همبستگی دارد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی مقابله‌ای به طور معکوس با آسیب‌پذیری فرد در برابر مشکلات روان‌شناختی و به طور خاص، استرس پس از سانحه مرتبط است [۲۲، ۲۳].

کسانی از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند اغلب احساس می‌کنند که توانایی کنار آمدن با عوامل استرس‌زا در زندگی خود 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 عنوان "استاندارد طلایی" برای درمان اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شود، کمک به مراجعان برای کسب مهارت‌های 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 یک واسطه بین اثر شناخت‌های منفی و علائم پس از سانحه باشد. به عبارتی، افکار منفی در مورد خود و جهان اطراف، توانایی فرد را برای مدیریت خواسته‌های مربوط به تروما کاهش می‌دهد. ناتوانی ادراک شده در مدیریت چنین خواسته‌هایی به ایجاد و تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند. خودکارآمدی با تمرکز بر مقابله با شرایط آسیب‌زا یا استرس‌زا که نشان‌دهنده تاب‌آوری و توانایی سازگاری با سختی‌هاست، برای بهبود شرایط افراد با اختلال استرس پس از سانحه مفید است. از این رو، با توجه به نقش بالقوه خودکارآمدی به عنوان عامل محافظتی، این عامل ممکن است به عنوان یک مکانیسم تغییردهنده در زمینه بهبود علائم استرس پس از سانحه عمل کند [۲۴]. علاوه بر این، حمایت درمانگر، خودکارآمدی درک شده توسط بیمار را تقویت کرده و این امر منجر به پایداری 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 نتایج مثبتی را در آینده پیش‌بینی کند.

افزون بر آنچه تاکنون بیان شد، علیرغم گزارش‌هایی مبنی بر اثربخشی در بسیاری از مطالعات، عدم تاثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه تا نیمی از موارد مورد مطالعه در پژوهشات مختلف گزارش شده‌است، که می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی مانند وجود بیماری‌های همراه یا ماهیت جمعیت مورد مطالعه باشد. همچنین، ممکن است این افراد برای نخستین بار تجربه تروما جدی را داشته باشند. 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 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].

به طور کلی، با وجود درمان‌های اثربخش، در زمینه‌های عملی، دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی و کمبود خدمات بهداشت سلامت روان مناسب برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر، موانع اصلی محافظت از سلامت روان این جمعیت‌ها است [۲]. در این راستا، PTSD می‌تواند عملکرد اجتماعی و بین‌فردی، عملکرد خانواده و عملکرد شغلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد [۳۵]. بنابراین، در میان روش‌های درمانی، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند علائم این اختلال را کاهش دهد و در مراکز مراقبت‌های بالینی، مانند کلینیک‌های تحقیقاتی، تأثیرات مطلوبی دارد [۲۸]. تمرکز این رویکرد، بر مشکلاتی است که افراد در زندگی روزمره خود با آن روبرو هستند. به عبارت دیگر، این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با افزایش آگاهی و درک خود از زندگی اطراف و نحوه رخداد اتفاقات روزمره، آن‌ها را به درستی تفسیر و ارزیابی کنند و در نتیجه، افکار، نگرش‌ها و باورهای خود را که منجر به رفتارهای منفی و مضر می‌شوند، شناسایی کرده و مورد بررسی و آزمون قرار دهد.

محدودیت‌ها

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از مهم‌ترین محدودیت‌های آن می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند)، جمعیت خاص و عدم کنترل شدت آسیب استرس پس از سانحه اشاره کرد که ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیر گذار باشد؛ از این

رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از نمونه بزرگ‌تر به منظور تعمیم نتایج استفاده شود. افزون بر این، پژوهش حاضر صرفاً بر روی مردان انجام شده‌است، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی هر دو جنسیت انجام شود تا میان این تفاوت‌های این دو گروه تطبیق صورت گیرد. همچنین، عدم پیگیری طولانی مدت برنامه با استفاده از آزمون‌های پیگیری و عدم درمان جداگانه برای گروه کنترل نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. 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 آگاهانه را تکمیل کردند.

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

Reference

- 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>
- Carpiniello 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>
- 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>
- Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25–30.
- 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)
- Manafe N, Ismael-Mulungu H, Ponda F, Dos Santos PF, Mandlate F, Cumbe VFJ, 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>
- Rahimi MP, Wafa MH, Stanikzai MH, Rahimi BA. 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>
- Hamrah MS, 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 BA. 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 WF, Olff M, Ventevogel P, de Vries G-J, Jansveld E, Cardozo BL, 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 BL, Bilukha OO, Crawford CAG, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML, 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 AN, Spiller T, Harpaz-Rotem I, Krystal JH, Pietrzak RH. 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 TJ, Mikes BA. Posttraumatic stress disorder in children. In: StatPearls [Internet. StatPearls Publishing; 2024.
15. Badour CL, Feldner MT. 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 MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. 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 MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
19. O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. 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 EM, van der Veld WM, 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>
23. Sheehy KA, Hruska B, Waldrep EE, Pacella-LaBarbara ML, George RL, Benight CC, 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 MW, Long LJ, Phillips CA. 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 SL, Mostoufi SM, Ready CB, Street AE, Griffin MG, Resick PA. 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>
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 Sheykhgafshe 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.
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>
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 SO, Rybarczyk B, Vrana SR, Leszczyszyn DJ, 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 AB. 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 EB, 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>
38. Elhai JD, Miller ME, Ford JD, Biehn TL, Palmieri PA, Frueh BC. 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.
40. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, 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. Moghbeli Hanzaei M, Zanjani Z, Omid 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. (in persian)
43. Mahoney CT, Cestodio V, Porter KJ, Marchant KM. 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 GA, Goodkind MS, Oathes DJ, Zaiko YV, Harvey M, Peng KK, 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 JT, 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 CC, 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>

زود آیند ویرایش نشده

نمونه جدول

جدول ۱. نمونه جدول

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی

بحث و نتیجه گیری.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش (در صورت وجود)

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

حامی مالی:

سپاسگزاری (در صورت وجود)

منابع.

منابع مورد استفاده را به ترتیب شماره آن در متن مقاله، پشت سر هم قرار دهید.

۱- شریفی، مهدی؛ محمدامین‌زاده، دانا؛ سلیمانی صفت، عرفان؛ سودمند، نسرین؛ یونسی، سید جلال. «ارتباط بین تفکر قطعی‌نگر با احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان»: *مجله سالمندی/ایران*، دوره ۳ شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۶: ۲۷۶-۲۸۷.

2- Loh, S, M, I., Schutte, N, S & Thorsteinsson, E, B. (2014). Be happy: The role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *Journal Happiness Studies*, 15 (5), 1125- 1138

پیوست‌ها (در صورت موجود بودن)

مقالات ارزیابی تست‌ها پیوست باشد