

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم آسیب‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۰/۹۴ ؛ تاریخ پذیرش: ۲/۹۴/۳۲

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم آسیب‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: بدین منظور، ۱۲ نوجوان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ساکن در شهرستان زلزله‌زده هریس استان آذربایجان شرقی بر اساس نمرات مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و مصاحبه بالینی ساختار یافته انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش در ده جلسه درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و مقیاس اضطراب چندبعدی بود که شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آن‌ها را تکمیل کردند.

یافته‌ها: بررسی داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس مختلط نشان داد که درمان شناختی- رفتاری تأثیر معناداری در کاهش شدت علائم آسیب‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه در تمامی ابعاد داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش ضمن تأیید یافته‌های مطالعات پیشین در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه، بر اهمیت مداخله زودهنگام در شرایط بحران برای جلوگیری از تداوم پیامدهای منفی مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا به ویژه در گروه‌های سنی جوان نیز تأکید می‌کند.

کلمات کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری، نوجوانان.

محمد دره‌رج^۱، علیرضا مرادی^۲، جعفر حسینی^۳ و علی قائدبای جهرمی^۴

^۱کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران
^۲استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران
^۳دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران
^۴کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

* نویسنده مسئول:

کرج، دانشگاه خوارزمی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی

۰۲۱-۸۸۸۴۸۹۳۸

E-mail: M.darharaj@gmail.com

مقدمه

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال استرس پس از سانحه را به عنوان مجموعه‌ای از علائم تعریف می‌کند که در پی تجربه، مشاهده یا مواجهه با رویدادهای تهدید کننده زندگی یا تمامیت جسمانی خود یا دیگران ظاهر می‌شوند. پاسخ فرد نسبت به این رویدادها شامل ترس گسترده، ناامیدی یا وحشت بوده و سه گروه اصلی از علائم آسیب‌شناختی آن شامل تجربه مجدد حادثه به صورت مزاحم، رفتارهای اجتنابی و علائم مستمر برانگیختگی بیش از حد معمول می‌باشد.^۱ آمارها نشان می‌دهند که اختلالات مرتبط با ضربه‌های روان‌شناختی پس از بیماری‌های قلبی پرهزینه‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت هستند^۲ و نرخ اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت عمومی پس از الکلسم، افسردگی اساسی و هراس اجتماعی بیشترین میزان است که این اختلال را به چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی تبدیل می‌کند.^۳

شیوع نسبتاً بالای اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت عمومی در حالی است که این اختلال در برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر دارای گستردگی بیشتری می‌باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به کودکان و نوجوانان اشاره کرد؛ در واقع، گروه‌های سنی جوان به دلیل شرایط خاص جسمانی و سنی و عدم رشد راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با صدمات جسمی و روحی ناشی از یک رویداد آسیب‌زا، بیشتر با این رویدادها مواجه شده و بیش از بزرگسالان نیز به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا می‌شوند. مطالعات انجام شده در این زمینه نیز بر این ادعا صحه گذاشته و نشان داده‌اند که ۱۵ تا ۴۳ درصد از دختران و ۱۴ تا ۴۳ درصد از پسران در طول زندگی خود حداقل یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند که از این تعداد ۳ تا ۱۵ درصد از دختران و ۱ تا ۶ درصد از پسران واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه هستند.^۴

گستردگی اختلال استرس از سانحه در کودکان و نوجوانان از یک سو و تأثیرات منفی این اختلال بر ابعاد مختلف عملکرد آن‌ها از سوی دیگر منجر به انجام مطالعات گسترده در زمینه درمان اختلال استرس پس از سانحه در گروه‌های سنی جوان شده و از

روش‌های درمانی مختلفی نظیر درمان‌های شناختی- رفتاری، حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، درمان‌های روان‌پوشی و دارو درمانی استفاده شده است.^۲ در این مطالعات، رویکردهای شناختی- رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده و تبدیل به گزینه نخست درمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند.^۵

با وجود پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان، بخش اعظمی از این مطالعات بر گروه‌هایی با سابقه سوء استفاده جنسی و تجربه ضربه‌های مزمن تمرکز داشته‌اند.^{۶، ۷} اگر چه نتایج این مطالعات مؤید تأثیر درمان در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بوده است، اما این نتایج از آن جهت قابل بحث است که گروه‌هایی با سابقه سوء استفاده جنسی و تجربه ضربه‌های مزمن در مقایسه با گروه‌هایی با سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زای منفرد (برای مثال زلزله، سیل، تصادف و غیره)، تصویر نشانگان متفاوتی داشته و به برنامه‌های درمانی خاصی نیاز دارند؛^۸ بر این اساس، نمی‌توان نتایج مطالعات مربوط به کودکانی با سابقه تجربه سوء استفاده جنسی را به گروه‌هایی با سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زایی غیر از این تعمیم داد. با این حال، مطالعات صورت گرفته در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در زیر گروه‌های دیگری غیر از سوء استفاده جنسی نیز حاکی از تأثیر درمان در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان بوده است،^{۹، ۱۰} اما باز هم محدودیت‌های این مطالعات نظیر استفاده از نمونه‌هایی با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (و نه الزاماً تشخیص اختلال استرس پس از سانحه)، عدم انتساب تصادفی شرکت‌کنندگان و عدم پیگیری پیامدهای درمانی، تعمیم نتایج آن‌ها را دشوار می‌سازد.

در مجموع اگر چه شواهد پژوهشی در درمان اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان به نفع رویکردهای شناختی- رفتاری است، اما محدودیت‌های این مطالعات به ویژه تمرکز عمده آن‌ها بر ضربه‌های آسیب‌زای مزمنی نظیر سوء استفاده جنسی و عدم استفاده از گروه‌هایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، تعمیم نتایج آن‌ها را دشوار می‌سازد؛ بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر با زیرگروه‌های دیگری غیر از سوء استفاده جنسی به منظور

مطلوب این مصاحبه آن را به پرکاربردترین مصاحبه تشخیصی در بین سایر ابزارهای استاندارد تبدیل کرده است.^{۱۱} در بررسی‌های صورت گرفته ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابها برای این مصاحبه گزارش کرده‌اند.^{۱۲} بررسی نسخه فارسی این مصاحبه نیز نشان دهنده توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی بوده است. علاوه بر این، توافق کلی به دست آمده نیز رضایت‌بخش گزارش شده است (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد).^{۱۳}

۲. مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث

این مقیاس که برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه تدوین شده است، یک ابزار خود گزارشی ۲۲ ماده‌ای می‌باشد که بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از صفر تا چهار) نمره‌گذاری شده و سه بعد اصلی اختلال، یعنی تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعه ویس و مارمار،^{۱۴} همسانی درونی این سه خرده مقیاس بسیار بالا بوده و ضرایب آلفای بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ برای آن‌ها گزارش شده است. علاوه بر این ضرایب اعتبار بازآزمایی نیز در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۵۹ قرار داشت. اعتباریابی نسخه فارسی این مقیاس نیز نشان داده است که ماده‌های آن دارای همسانی درونی مناسب با ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ هستند.^{۱۵}

۳. مقیاس اضطراب چند بعدی

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی و متشکل از ۳۹ ماده است و برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب در گروه‌های سنی ۱۹-۸ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر ماده بر روی یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای (از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شود و بنابراین نمره کلی این مقیاس در دامنه ۱۱۷-۰ قرار می‌گیرد.^{۱۶} ایوارسون^{۱۷} ضریب آلفای ۰/۸۷ را برای کل مقیاس گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی این مقیاس نیز ۰/۷۹ محاسبه شده است. علاوه بر این، همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس افسردگی کودکان نیز به ترتیب برابر با ۰/۳۸ و ۰/۰۲ بود که روایی همگرا و واگرایی این مقیاس را در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار می‌دهد.^{۱۸}

ارزیابی اثربخشی این رویکرد درمانی بر ابعاد مختلف اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه (یعنی تجربه مجدد، اجتناب و بیش برانگیختگی) و اضطراب ناشی از زلزله استان آذربایجان شرقی در نوجوانان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه نوجوانان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ناشی از زلزله و ساکن شهرستان زلزله زده هریس استان آذربایجان شرقی بود. به منظور انتخاب نمونه پژوهش، در گام نخست به دبیرستان‌های شبانه‌روزی شهرستان هریس مراجعه شد و با همکاری سرپرستان خوابگاه‌ها، مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث در اختیار دانش‌آموزانی که روستاهای آن‌ها در زلزله به طور کامل تخریب شده بود، قرار گرفت (به منظور اطمینان از شدید بودن ضربه آسیب‌زا). پس از تکمیل این مقیاس، در گام بعد دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب شده و با انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته و مطابق با ملاک‌های ورود و خروج، ۱۲ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه شش نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸-۱۶ سال و رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش بود. علاوه بر این، وجود سایر اختلالات همایند و دریافت همزمان سایر مداخلات دارویی یا روان‌شناختی نیز به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

ابزارها

۱. مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I

مصاحبه مذکور یک ابزار جامع و استاندارد است که برای تشخیص اختلالات روانی طراحی شده است. اعتبار و روایی

درمان شناختی- رفتاری

که شرکت‌کنندگان گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند. پس از گذشت ۱۰ هفته تمامی ابزارها در مرحله پس از آزمون مجدداً تکمیل شدند. همچنین به منظور بررسی ماندگاری تأثیرات برنامه درمانی، شرکت‌کنندگان دو ماه پس از اتمام درمان نیز در مرحله پیگیری بار دیگر به تمامی ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

گروه آزمایش شامل ۶ نفر (۴ دختر و ۲ پسر) با میانگین سنی $16/67 \pm 0/81$ و گروه کنترل نیز شامل ۶ نفر (۳ دختر و ۳ پسر) با میانگین سنی $16/83 \pm 0/75$ بود. علاوه بر این، میانگین سطح تحصیلات در گروه آزمایش برابر با $10/98 \pm 0/17$ و در گروه کنترل برابر با $10/89 \pm 0/89$ بود. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیرهای سن ($t(10) = 0/36, P > 0/05$) و سطح تحصیلات ($t(10) = 0/3, P > 0/05$) تفاوت معناداری وجود ندارد که بیانگر هم‌تا بودن گروه‌های مورد مطالعه در این متغیرهای جمعیت شناختی است.

در ابتدا به منظور درک روند تغییرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل، شاخص‌های آمار توصیفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است (جدول ۲).

درمان شناختی- رفتاری در این پژوهش برگرفته از راهنمای درمان شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از سانحه برای کودکان و نوجوانان بود که توسط اسمیت و همکاران^(۱۹) برای کار با کودکان ۸-۱۸ ساله‌ای که به دنبال یک رویداد آسیب‌زای منفرد دچار اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند، طراحی شده است. برنامه درمان شامل یک جلسه ارزیابی شناختی اولیه و ۱۰ جلسه درمانی بود که در هر یک از این جلسات یکی از مؤلفه‌های درمانی پوشش داده می‌شد. جلسه ارزیابی شناختی در مقایسه با سایر جلسات تا اندازه‌ای ساختار یافته‌تر بود، اما جلسات درمانی اول تا دهم برای هر مراجع متفاوت بوده و بسته به فرمول‌بندی خاص او بر اساس مدل، شامل همه یا بخشی از مؤلفه‌های درمانی گنجانده شده در راهنما بود. در جدول ۱ خلاصه‌ای از ساختار جلسات درمانی ارائه شده است.

روش اجرا

پس از انتخاب گروه نمونه و کسب رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان و انتساب تصادفی آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، ابزارهای لازم توسط شرکت‌کنندگان در مرحله پیش آزمون تکمیل شدند. پس از تکمیل ابزارهای پژوهش در مرحله پیش آزمون، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه هفتگی به صورت فردی تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند، در حالی

جدول ۱: ساختار جلسات درمان شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از سانحه برای کودکان و نوجوانان

اهداف	جلسات
ارائه اطلاعات درباره ماهیت و درمان اختلال استرس پس از سانحه و تشویق فرد برای شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش قبلی	اول
تجدید خاطره تصویری از طریق ایجاد یک داستان روایی منسجم و مفصل در خصوص رویداد آسیب‌زا	دوم
بازسازی شناختی از طریق شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های نادرست از رویداد آسیب‌زا	سوم
تجدید خاطره تصویری همراه با بازسازی شناختی و ادغام نتایج حاصل از بازسازی شناختی در خاطره مربوط به رویداد آسیب‌زا	چهارم
کار کردن با تصورات از طریق دستکاری مستقیم آن‌ها و ارزیابی و اصلاح معانی مرتبط با رویداد آسیب‌زا	پنجم
تمایز محرک از طریق کمک به مراجع برای تشخیص یادآورها رویداد آسیب‌زا و تمایز بین گذشته و حال	ششم
کار بر روی روش‌های فعلی پاسخ‌دهی و کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و حذف آن‌ها	هفتم
بازدید از صحنه حادثه و کمک به مراجع برای جمع‌آوری اطلاعات در جهت به روز کردن خاطره مربوط به رویداد آسیب‌زا	هشتم
بهداشت خواب و کمک به مراجع برای دستیابی مجدد به یک روال خواب طبیعی‌تر	نهم
پیگیری از عود و برنامه‌ریزی برای استفاده از مهارت‌های یاد گرفته شده در موقعیت‌های اضطراب‌زا	دهم

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون‌گیری در دو گروه آزمایش و کنترل

پیش‌آزمون (n = ۱۲)		پس‌آزمون (n = ۱۲)		پیگیری (n = ۱۲)	
گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
۲۱/۵ (۲/۸۸)	۲۲/۶۷ (۲/۲۵)	۱۷ (۲/۵۳)	۲۲/۱۷ (۲/۶۳)	۱۶/۳۳ (۲/۶۵)	۲۰/۸۳ (۱/۹۴)
۱۸/۳۳ (۱/۶۳)	۱۸/۶۷ (۱/۸۶)	۱۴/۱۷ (۱/۳۲)	۱۷/۸۳ (۱/۶)	۱۳/۵ (۱/۹۷)	۱۶/۳۳ (۱/۳۶)
۱۶ (۱/۷۸)	۱۶/۵ (۲/۱۶)	۱۲/۳۳ (۱/۲۱)	۱۶ (۳/۱۶)	۱۱/۳۳ (۰/۸۱)	۱۴/۸۳ (۲/۴۸)
۶۲/۳۳ (۹/۰۹)	۶۶/۶۷ (۵/۸۲)	۵۳ (۸/۸۹)	۶۶/۱۷ (۶/۹۶)	۵۱/۵ (۹/۱۱)	۶۴/۱۷ (۷/۰۲)

یادداشت: M = میانگین؛ SD = انحراف استاندارد

در ادامه به منظور بررسی تأثیر درمان بر کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب از روش تحلیل واریانس مختلط که شامل یک عامل بین‌گروهی (درمان) و یک عامل درون‌گروهی (زمان که شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است) بود استفاده شد. در تحلیل واریانس مختلط باید فرض همسانی کوواریانس‌ها وجود داشته باشد که به منظور بررسی این مفروضه از

آزمون کرویت موجلی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان دهنده همسانی کوواریانس‌ها در تمام متغیرها بود. با تأیید کروی بودن توزیع نمرات، مقدار F و معناداری میانگین‌ها به منظور مقایسه تغییرات درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد متغیرهای پژوهش به منظور بررسی تغییرات درون‌آزمودنی

مجدورات	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییرات	آزمون موجلی	
						سطح معناداری	درجه آزادی
۰/۶۸	** ۲۱/۴	۳۹	۲	۷۸	اثر اصلی نمره تجربه مجدد		
۲	** ۷/۵۶	۱۳/۷۷	۲	۲۷/۵۵	نمره تجربه مجدد * گروه	۰/۱۴	۲
---	---	۱/۸۲	۲۰	۳۶/۴۴	خطا		
۰/۸۴	** ۵۴/۴۴	۴۰/۵۲	۲	۸۱/۰۵	اثر اصلی نمره اجتناب		
۲	** ۱۲/۱۲	۹/۰۲	۲	۱۸/۰۵	نمره اجتناب * گروه	۰/۳۳	۲
---	---	۰/۷۴	۲۰	۱۴/۸۸	خطا		
۰/۷۱	** ۲۴/۴۳	۳۱/۰۸	۲	۶۲/۱۶	اثر اصلی نمره برانگیختگی بیش از حد		
۰/۴۲	* ۷/۴۸	۹/۵۲	۲	۱۹/۰۵	نمره برانگیختگی بیش از حد * گروه	۰/۵۲	۲
---	---	۱/۲۷	۲۰	۲۵/۴۴	خطا		
۰/۸۱	** ۴۳/۷۳	۱۴۳/۳۶	۲	۲۸۶/۷۲	اثر اصلی نمره اضطراب		
۰/۶۹	** ۲۲/۵۳	۷۳/۸۶	۲	۱۴۷/۷۲	نمره اضطراب * گروه	۰/۶۴	۲
---	---	۳/۲۷	۲۰	۶۵/۵۵	خطا		

یادداشت: * p < ۰.۰۱ ** p < ۰.۰۰۱

جدول ۴: یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد متغیرهای پژوهش به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی

مجدور	F	میانگین	درجه	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	
اتا (η^2)		مجدورات	آزادی			
۰/۴۳	* ۷/۷۵	۱۱۷/۳۶	۱	۱۱۷/۳۶	اثر اصلی گروه	تجربه مجدد
---	---	۱۵/۱۳	۱۰	۱۵۱/۳۸	خطا	
۰/۴۱	* ۷/۰۴	۴۶/۶۹	۱	۴۶/۶۹	اثر اصلی گروه	اجتناب
---	---	۶/۶۲	۱۰	۶۶/۲۷	خطا	
۰/۳۵	* ۵/۵۶	۵۸/۷۷	۱	۵۸/۷۷	اثر اصلی گروه	برانگیختگی بیش از حد
---	---	۱۰/۵۵	۱۰	۱۰۵/۵۵	خطا	
۰/۳۳	* ۵/۰۱	۹۱۰/۰۲	۱	۹۱۰/۰۲	اثر اصلی گروه	اضطراب
---	---	۱۸۱/۸۲	۱۰	۱۸۱۸/۲۷	خطا	

یادداشت. * $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

استرس پس از سانحه در نوجوانان مؤثر است. به عبارت دیگر، شدت علائم در گروه آزمایش که در جلسات درمان شناختی- رفتاری شرکت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را نشان می‌داد که این امر حاکی از اثربخشی درمان بر اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان می‌باشد و این کاهش علائم در پیگیری دو ماهه نیز تداوم داشت. این یافته با یافته‌های مطالعات قبلی همسو است.^{۱۰،۹}

مطابق با مدل شناختی اهلرز و کلارک،^{۲۰} اختلال استرس پس از سانحه به واسطهٔ (۱) حافظهٔ از هم گسیخته و بسط نیافته از رویداد آسیب‌زا، (۲) ارزیابی‌های فردی نادرست از رویداد آسیب‌زا و نشانه‌های مرتبط با آن و (۳) راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد تداوم می‌یابد. راهنمای درمانی پژوهش حاضر که بر اساس این مدل طراحی شده بود، بر مقابله با عوامل تداوم‌بخش فوق تمرکز داشت. در این رویکرد درمانی در جهت مقابله با عامل تداوم‌بخش اول، تأکید خاصی بر بسط و توضیح دقیق خاطرهٔ مربوط به رویداد آسیب‌زا می‌شود و استفاده از تجدید خاطرهٔ تصویری نیز که مهم‌ترین تکنیک درمانی بود در همین راستا صورت گرفت. تجدید خاطرهٔ تصویری برای نوجوان فرصتی فراهم می‌آورد تا در یک محیط حمایتی در خصوص رویداد آسیب‌زا، پیامدها و احساسات مرتبط با آن صحبت کند. کمک به نوجوان برای توضیح دقیق خاطرهٔ مربوط

با توجه به نتایج و با تأکید بر میزان F به دست آمده از تأثیر مداخله بر روی گروه آزمایش، می‌توان مطرح کرد که تفاوت معناداری در خرده‌مقیاس‌های مقیاس تجدید نظر شدهٔ تأثیر حوادث و نمرهٔ کل اضطراب در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد. به عبارت دیگر، روند تغییر میانگین نمرات گروه آزمایش در شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه و میزان اضطراب رو به کاهش بوده است.

علاوه بر این، به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری و مقایسهٔ آن با گروه کنترل، تغییرات بین آزمودنی با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان زلزله‌زدهٔ استان آذربایجان شرقی بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت تمامی علائم اختلال

بر این که در بسط و توضیح دقیق خاطرهٔ مربوط به رویداد آسیب‌زا و در نتیجه کاهش علائم تجربهٔ مجدد و احساس خطر در زمان حال به نوجوان کمک می‌کند، به طور مستقیم با اجتناب نیز مقابله می‌کند و همین امر می‌تواند کاهش اجتناب در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را تبیین کند.

در نهایت، کاهش شدت برانگیختگی بیش از حد نیز می‌تواند قابل استناد به تکنیک تجدید خاطرهٔ تصویری و مواجهه در محیط طبیعی باشد، چون کاهش تجربهٔ مجدد افکار و تصاویر ذهنی که ناشی از این تکنیک‌هاست می‌تواند بر کاهش برانگیختگی نیز تأثیر داشته باشد و متقابلاً کاهش برانگیختگی نیز منجر به کاهش تجربهٔ این افکار مزاحم شود.^{۱۱} علاوه بر این، در درمان به طور مستقیم نیز با نشانه‌های برانگیختگی بیش از حد مقابله شد؛ به این ترتیب که با استفاده آزمایش‌های رفتاری پیامدهای کنار گذاشتن رفتارهای اطمینان‌بخشی مانند گوش به زنگی مفرط به عنوان یکی از علائم برانگیختگی بیش از حد مورد آزمون قرار گرفت. همچنین بخشی از کار نیز به بهداشت خواب (جلسهٔ نهم) اختصاص داشت که به طور مستقیم بر روی اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب به عنوان یکی دیگر از نشانه‌های برانگیختگی بیش از حد تمرکز داشت و همین امر می‌تواند کاهش برانگیختگی بیش از حد را تبیین کند.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب بود. در تبیین این یافته می‌توان به دو نکته اشاره کرد. در درجهٔ نخست همان‌طور که اسمیت و همکاران^{۱۹} اشاره می‌کنند، کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند تأثیر مستقیمی نیز بر کاهش نشانه‌های اضطراب به عنوان مشکلات ثانویه داشته باشد. در درجهٔ دوم، می‌توان کاهش اضطراب را با کاهش برانگیختگی مرتبط دانست و همان‌طور که در بالا نیز به آن اشاره شد، این کاهش برانگیختگی می‌تواند ناشی از کاهش تجربهٔ مجدد افکار و خاطرات مزاحم باشد.^{۱۱} از سوی دیگر، تجدید خاطرهٔ تصویری رویداد آسیب‌زا در مراحل ابتدایی درمان با سطوح بالایی از ناراحتی و اضطراب همراه است، اما به نظر می‌رسد که با تکرار این مواجههٔ تصویری و پس از آن مواجهه در محیط واقعی به نوعی خوگیری اتفاق می‌افتد و سطح اضطراب به تدریج کاهش می‌یابد.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیر درمان شناختی-

به رویداد آسیب‌زا و یادآوری عمدی آن، از طرفی علائم تجربهٔ مجدد و احساس خطر در زمان حال را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر با آموزش به نوجوان برای یادآوری عمدی رویداد آسیب‌زا، مقابله با الگوهای اجتنابی ناکارآمد (به ویژه اجتناب‌های شناختی مانند سرکوب فکر و توجه برگردانی) را الگودهی می‌کند و همین امر می‌تواند منجر به کاهش علائم اجتناب نیز در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شود.

از سوی دیگر، در خلال تجدید خاطرهٔ تصویری فرصتی برای شناسایی ارزیابی‌های نادرست از خاطرهٔ مربوط به رویداد آسیب‌زا فراهم می‌شود که این ارزیابی‌ها بعداً با استفاده از فنون شناختی اصلاح شده و در درون تجدید خاطرهٔ تصویری ادغام می‌شوند. مطابق با مدل شناختی اهلرز و کلارک^{۲۰} تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه به وسیلهٔ تغییر در این ارزیابی‌های نادرست واسطه‌گری می‌شود؛ بنابراین شناسایی این ارزیابی‌های نادرست در خلال تجدید خاطرهٔ تصویری و اصلاح آن‌ها با استفاده از بازسازی شناختی می‌تواند کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان را تبیین کند.

اگر چه تجدید خاطرهٔ تصویری به عنوان مهم‌ترین تکنیک درمانی، تأثیرات غیر مستقیمی نیز بر علائم اجتناب و برانگیختگی بیش از حد در نوجوانان دارد، اما در پژوهش حاضر از راهبردهای دیگری نیز برای هدف قرار دادن مستقیم این علائم استفاده شد که می‌تواند کاهش شدت آن‌ها را تبیین کند. همان‌طور که در جدول یک مشاهده می‌شود، تشویق نوجوان برای شرکت در فعالیت‌هایی که پس از تجربهٔ رویداد آسیب‌زا آن‌ها را کنار گذاشته بود به عنوان نخستین مؤلفهٔ درمانی ارائه شد. بخشی از این کاهش سطح فعالیت می‌تواند ناشی از اجتناب از یادارهای رویداد آسیب‌زا باشد که با تشویق نوجوان برای شروع مجدد این فعالیت‌ها سطح اجتناب نیز کاهش می‌یابد. به علاوه، مواجهه در محیط طبیعی که در جلسهٔ هشتم به آن پرداخته شد نیز به طور مستقیم با اجتناب رفتاری مقابله می‌کند و همین امر شدت اجتناب را در نوجوانان کاهش می‌دهد. کار بر روی روش‌های فعلی پاسخ‌دهی که در جلسهٔ هفتم به آن پرداخته شد نیز می‌تواند تأثیر مستقیمی بر اجتناب داشته باشد. این تکنیک که بر مشخص کردن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (اجتناب‌های شناختی و رفتاری) و مقابله با آن‌ها تأکید دارد، علاوه

به دلیل شرایط خاص منطقه پس از زلزله با دشواری‌های خاصی همراه بود. پژوهش‌های آتی می‌توانند ضمن رفع محدودیت‌های مطالعه حاضر به بررسی تطبیقی اثربخشی رویکردهای مختلف درمان در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه متمرکز شوند.

رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب نوجوانان پس از تجربه بلایای طبیعی است هستند. مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می‌توان به حجم کم نمونه و پیگیری کوتاه مدت نتایج درمانی اشاره کرد. البته لازم به ذکر است که دسترسی به همین تعداد نمونه نیز در مناطق زلزله زده

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edn. Washington: APA; 2000.
- Ford JD. Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice. New York: Elsevier Inc; 2009.
- Barlow DH. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: Guilford Press; 2002.
- Hamblen J. PTSD in Children and Adolescents. 2007. Available from: http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html. Accessed 2013.
- Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Epidemiology, Diagnosis and Treatment Options. *Pediatr Drugs*. 2002; 4: 159-170.
- Deblinger E, Mannarino AP, Cohen J, et al. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the Trauma Narrative and Treatment Length. *Depress Anxiety*. 2011; 28: 67-75.
- Passarela CM, Mendes DD, Mari JJ. A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2010; 37: 60-65.
- Feeny NC, Foa EB, Treadwell KR, et al. Posttraumatic stress disorder in youth: a critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Prof Psychol: Res Pract*. 2004; 35: 466-76.
- De roos C, Greenwald R, Den Hollander M, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in disaster-exposed children. *Eur J Psychotrauma*. 2011; 2: 1-11.
- Hakim Shooshtari M, Panaghi L, Attari Moghadam, J. Outcome of Cognitive Behavioral Therapy in Adolescents after Natural Disaster. *J Adolesc Health*. 2008; 42: 466-72.
- First M, Spitzer R, Gibbon M, et al. User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I Clinical Version. Washington: APA; 1996.
- Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Hayne SN, Heiby EM, Editors. *Comprehensive Handbook of Psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons; 2004: 269-91.
- Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, et al. Reliability and feasibility of the Persian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci*. 2004; 6: 10-22.
- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, Editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997: 168-90.
- Panaghi L, Hakim Shooshtari M, Attari Moghadam J. Persian version validation in impact of event scale-revised. *J Tehran Univ Med Sci*. 2006; 64(3): 52-60 [In Persian].
- March JS, Parker JD, Sullivan K, et al. The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(4): 554-65.
- Ivarsson T. Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children in Swedish adolescents. *Nord J Psychiatry*. 2006; 60(2): 107-13.
- Mashhadi A, Soltanishal R, Mirdoragi F, et al. Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for children. *J Appl Psychol*. 2012; 6(1): 70-87 [In Persian].
- Smith P, Yule W, Perrin S, et al. Cognitive-behavioural therapy in children and adolescents with PTSD: A preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 1051-61.
- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2000; 38: 319-45.