مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۵۲، ۷ آذر ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.152

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی– رفتاری بر انعطاف پذیری روانشناختی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه

علی صیادی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نازنین حقیقت بیان: دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)
nazanin_haghighatbayan@yahoo.com

عاطفه بیدختی: دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، پردیس الزهرا، سمنان، ایران

امیر محسنی‌ماهانی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پویا سمعیان: کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، دانشگاه شهید مدنی تبریز، تبریز، ایران

کامران پورمحمدقوچانی: دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

چکیده

زمینه و هدف: PTSD از جمله اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده روان‌پزشکی است که براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی جزء مجموعه تشخیصی اختلالات وابسته به استرس است که می‌تواند پس از مواجه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شود. هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری انجام شد. جامعه آماری شامل بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال دارای اختلال پس از سانحه مراجعه‌کننده به مراکز روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روانشناختی و پرسش‌نامه اضطراب سلامت استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر روش درمان شناختی رفتاری بر ابعاد انعطاف‌پذیری روانشناختی و اضطراب سلامت بزرگسالان دارای اختلال PTSD بود ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه اختلال پس از سانحه می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش شناختی رفتاری در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

انعطاف‌پذیری روانشناختی،
اضطراب سلامت،
اختلال پس از سانحه،
درمان شناختی–رفتاری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴
تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۹/۰۷

شیوه استناد به این مقاله:
Sayadi A, Haghighat-Bayan N, Bidokhti A, Mohseni-Mahani A, Samian P, Pourmohammad-Ghochani K. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Flexibility and Health Anxiety in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. Razi J Med Sci. 2024(27 Nov);31.152.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2024(27 Nov);31.152. https://doi.org/10.47176/rjms.31.152

Original Article

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Flexibility and Health Anxiety in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder

Ali Sayadi: Master's Degree, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Nazanin Haghighat-Bayan: PhD, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (*Corresponding Author) nazanin_haghighatbayan@yahoo.com
Atefeh Bidokhti: PhD, Department of Psychology, Farhangian University, Al-Zahra Campus, Semnan, Iran
Amir Mohseni-Mahani: Master's Degree, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Pooya Samian: Master's Degree, Department of Curriculum Planning, Shahid Madani University of Tabriz, Tabriz, Iran
Kamran Pourmohammad-Ghochani: PhD, Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

Abstract

Background & Aims: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a chronic and debilitating psychiatric condition classified under stress-related disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). It can develop following exposure to a traumatic event. Although the presence of anxiety in the current state of human life is somewhat favorable and creates positive and beneficial effects in advancing people's life goals. However, increasing the duration and intensity of anxiety may damage the person's normal functioning and threaten the person's mental health. Cognitive flexibility can be seen as the skill and ability to choose between two topics or two different thoughts at the same time, and the meaning of cognitive flexibility is the ability to differentiate and change cognitive strategies based on changes in environmental feedback that require planning. It is an organized search and the ability to use environmental feedback to change cognitive cues. Cognitive flexibility is the ability of people to adjust the cognitive process to face new and unpredictable situations. Cognitive flexibility is also defined as a person's ability to inhibit a dominant but ineffective and inappropriate response and the ability to reach alternative responses that are more distant, so it is thought to include two sub-branches of inhibiting irrelevant items and transferring attention and focus to the assignment or mental intentions are different. Preliminary studies have shown that people with underlying diseases are at a higher risk of developing complications and mortality due to the disease; this can be a cause of anxiety for such people. Stress and anxiety caused by accidents can weaken the body's immune system and make it vulnerable to diseases. Because the inherent function of anxiety is to protect people from life-threatening factors, in the event of the emergence of life-threatening diseases, health-related concerns may appear in the form of anxiety states. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on psychological flexibility and health anxiety in individuals with PTSD.
Methods: This semi-experimental study involved two experimental groups and one control group, utilizing a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population included adults aged 18 to 40 years diagnosed with PTSD who referred to psychological centers in Tehran in 2024. A sample of 30 individuals was selected purposively and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants in each group). The experimental groups underwent eight 90-minute sessions of CBT, while the control group received no intervention. Data were

Keywords
Psychological Flexibility, Health Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy

Received: 04/08/2024
Published: 27/11/2024

collected using the Psychological Flexibility Questionnaire and the Health Anxiety Questionnaire. Repeated measures ANOVA was used for data analysis.

Results: Psychological flexibility means a person's ability to accept negative thoughts and emotions and use adaptive strategies to manage stress. This feature is severely impaired in PTSD patients, as they tend to avoid stressful stimuli and use maladaptive mechanisms such as thought suppression. Cognitive-behavioral therapy (CBT) helps to increase psychological flexibility to change negative beliefs and strengthen acceptance. Studies have shown that CBT can significantly reduce PTSD symptoms and replace dysfunctional ones with more flexible thought patterns. Health anxiety is one of the common consequences of PTSD, which can severely reduce the quality of life of patients. Patients with health anxiety often misinterpret minor physical symptoms as signs of serious diseases. CBT helps reduce this anxiety by modifying dysfunctional thoughts and providing stress management skills. In particular, techniques such as cognitive restructuring and confronting anxiety-provoking thoughts in CBT enable patients to have more rational interpretations of physical symptoms. For example, a study conducted by Abramowitz et al. showed that CBT was very effective in reducing health anxiety in patients with PTSD and resulted in stable results. In addition, relaxation training and mindfulness exercises, often included in CBT, help patients better connect with their bodies and reduce hypersensitivity to physical symptoms. These techniques not only reduce health anxiety but also allow patients to have a more positive and balanced approach to their health. Cognitive behavioral therapy is often described as metacognitive monitoring of thoughts, emotions, perceptions, and feelings. This process shows that taking a conscious approach eliminates the need for ego performance in situations. It is thought that thoughts and emotions go up and down with time, and since emotional therapy requires acceptance of the individual's experience, there is no need to actively deal with them. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the effective treatment methods for improving PTSD symptoms, increasing psychological flexibility, and reducing health anxiety. Using techniques such as cognitive restructuring, gradual exposure, and coping skills training, this method enables patients to deal with maladaptive thoughts and emotions and improve their quality of life. The findings indicated that cognitive-behavioral therapy significantly improved psychological flexibility and reduced health anxiety in adults with PTSD ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results, specialists working with PTSD patients are encouraged to consider using cognitive-behavioral therapy alongside other therapeutic approaches for treating these individuals.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Sayadi A, Haghighat-Bayan N, Bidokhti A, Mohseni-Mahani A, Samian P, Pourmohammad-Ghochani K. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Flexibility and Health Anxiety in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. Razi J Med Sci. 2024(27 Nov);31.152.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

PTSD از جمله اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده روان‌پزشکی است که براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی جزء مجموعه تشخیصی اختلالات وابسته به استرس است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شود و با چهار خوشه از نشانه ها شامل: ۱) مزاحمت ها، ۲) اجتناب و بی‌احساسی، ۳) تغییرات منفی در شناخت و خلق و ۴) تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری مشخص می‌شود (۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۵۱ درصد جانبازان دچار PTSD هستند که شدت علائم آن از خفیف تا بسیار شدید متغیر است (۲). اضطراب بالینی تا دو سوم بیماران مزمن تنفسی را درگیر می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی می شود (۳). کرونا ویروس که یک بیماری مزمن تنفسی همه‌گیر با میزان مرگ‌ومیر بالاست، در ۲ درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود (۴). بررسی‌های اولیه نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای در معرض خطر بیشتری برای ایجاد عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری هستند که این خود می‌تواند عامل اضطراب برای این گونه افراد باشد (۵). استرس و اضطراب ناشی از حوادث می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن‌ها را در برابر بیماری‌ها آسیب‌پذیر کند (۶). با توجه به این نکته که عملکرد ذاتی اضطراب محافظت از افراد در برابر عوامل تهدید کننده زندگی است در صورت ظهور بیماری‌های تهدیدکننده جان انسان نگرانی در ارتباط با سلامتی ممکن است به صورت حالت‌های اضطرابی بروز نماید (۷). گرچه وجود احساس اضطراب در وضعیت زندگی فعلی بشر تا حدودی مطلوب بوده و اثرات مثبت و سودمند در پیشبرد اهداف زندگی افراد ایجاد می‌کند. ولی افزایش مدت و شدت اضطراب ممکن است به عملکرد طبیعی فرد آسیب رسانده و سلامت روحی و روانی شخص را تهدید نماید (۸). انعطاف پذیری شناختی را می توان به مهارت و توانایی انتخاب کردن بین دو موضوع یا دو فکر مختلف به طور همزمان دانست و منظور از انعطاف پذیری شناختی، توانایی تمییز دادن و تغییر راهبردهای شناختی بر اساس تغییر در فیدبک‌های محیطی است که نیاز به برنامه‌ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از فیدبک‌های محیطی برای تغییر آمایه شناختی می‌باشد (۹). انعطاف‌پذیری شناختی توانایی افراد در تعدیل روند شناخت برای روبه رو شدن با موقعیت‌های جدید و غیر قابل پیش‌بینی می‌باشد (۱۰). انعطاف پذیری شناختی همچنین به عنوان توانایی فرد در بازداری از یک پاسخ غالب اما ناکارآمد و نامناسب و توانایی دستیابی به پاسخهای جایگزین دور دست تر تعریف می‌شود، بنابراین تصور میشود که شامل دو زیر شاخه‌ی مهار موارد نامربوط و انتقال توجه و تمرکز به تکلیف یا آمایه های ذهنی متفاوت باشد (۱۱).

در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که افکار ناکارآمد و منفی که در موقعیت‌های خاص یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ وسواس محسوب می شوند (۱۲). یک الگوی شناختی پیشنهاد کردند که بر عواملی که منجر به برآورد ذهنی غیرواقع‌بینانه از پیامدهای فاجعه‌آمیز می‌شود، تأکید دارند (۱۳). همچنین الگوی شناختی پیشنهادی سالکوویس متمرکز بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرش های مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت و افزایش واجهه و کهش رفتارهای اجتنابی است (۱۴). در آخرین صورت‌بندی شناختی، فرض بر این است که فرآیندهای شناختی آسیبزای ارزیابی شامل ادراک خطر و ارزیابی مسئولیت شخصی منجر به رفتارهای وسواسی خنثی‌کننده به دنبال وقوع افکار خواهد شد (۱۵). لذا هدف این پژوهشی بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری روانشناختی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به استرس پس از سانحه بود.

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1403.362 به تصویب رسید. جامعه مورد نظر تمامی مادران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن (Cohen) تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر

گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرترالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی) در سه ماه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی اضطراب سلامت و انعطاف پذیری شناختی در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۲ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۳ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند. ابزار سنجش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه استاندارد انعطاف پذیری: این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱- ۱۹۷۹ حوزه انعطاف‌پذیری کنشی تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه انعطاف پذیری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه انعطاف پذیری کنشی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت: برای سنجش اضطراب سلامت از فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت که توسط سالوکسیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است و در رابطه با هریک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح شده است و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت فرد را در طی شش ماه گذشته توصیف می کند، انتخاب می نماید. به هنگام نمرگذاری به گزینه‌های مطرح شده نمرهای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد ۱۴ سئوال اول مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری است و بخش اصلی پرسشنامه است و ۴ سئوال آخر پرسشنامه مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. این پرسش‌نامه دارای سه عامل به نام ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی

جدول ۱- محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری برای وسواس فکری عملی

جلسه	محتوا	تکالیف
۱	خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مرور ساختار جلسات و قوانین، معرفی مشکل، بررسی علائم و تاریخچه، اشاره به عادی بودن اختلال و امکان بهبود درکوتاه مدت، تمرین‌هایی برای تنش زدایی، ارائه جزوه های آموزشی.	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان.
۲	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تعلیم شناسایی افکار خودکار، با استفاده از موقعیت اجتماعی اخیر. اقدامات رفتاری: ارزیابی نیاز به آموزش آرامش، شروع آموزش پیشرونده تنآرامی.	داوم خود کنترلی موقعیتهای اجتناب شده و رفتارهای امن، شروع ثبت افکار خودکار و تمرین آرامش.
۳	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: آموزش طبقه بندی افکار خودکار منفی، ارزیابی مدارک و پاسخ منطقی، شناسایی الگوهای پردازش پیش و پس از رویداد و معرفی آزمایشات رفتاری. اقدامات رفتاری: کمک به درمان جویان جهت ایجاد مراتبی برای مواجهه و اولین برنامه مواجهه، ارزیابی کمبود مهارت‌های اجتماعی و مباحثه منطقی برای آموزش	دنبال کردن درمانجویان با استفاده از ثبت افکار، تمرین تمرکز و توجه در موقعیت های اجتماعی، تمرین اصلاح پردازش پیش و پس از رویداد.
۴	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: بدست آوردن افکار خودکار پیش، طی و پس از مواجهه، و تمرین پاسخ منطقی توجه به تغییرات در حالت مراجع طی جلسات، بدست آوردن افکار خودکار، و مشاجره، معرفی مفاهیم فرضیات ناسازگار و طرحواره‌های ناکارآمد .اقدامات رفتاری: شروع مواجهه، حرکت به بالای مراتب مواجهه، برنامه ریزی و مباحثه خودهدایتی در مواجهه محیط طبیعی، شناسایی رفتارهای امن، تداوم با آموزش مهارتهای اجتماعی از طریق مدلسازی و ایفای نقش.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تعامل در خود هدایتی در مواجهه محیط طبیعی، از قلم انداختن رفتارهای امن، تمرین کاربرد خودهدایتی مهارتهای شناختی پیش و پس از مواجهه، تداوم تمرین اهداف اجتماعی درمانجویان.
۵	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم شناسایی و چالش افکار خودکار، تداوم آزمایشات رفتاری، شناسایی و چالش فرضیات و طرحواره های مرکزی .اقدامات رفتاری: تداوم مواجهها، حرکت رو به بالای مراتب.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تمرین کاربرد خود هدایتی مهارت‌های شناختی پیش و پس از مواجهه.
۶	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحواره ها، مباحثه درباره مشکلات آتی و روش های مقابله با آنها. اقدامات رفتاری: تکمیل مراتب مواجهه، طراحی خود مواجه های مراجع، بررسی تکنیکهایی که در آن مراجع مفید یافت شده است.	در جستجوی فرصتهایی برای مضطرب بودن درمانجویان و استفاده از آنها برای مواجهه آتی، تشویق تمرین تداوم یافته تمامی مهارتها
۷	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل بحث درباره تأثیر به کارگیری درمان های انجام شده در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازندهای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	یادداشت نکات مثبت و منفی درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی.
۸	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت های آموزش داده شده، آمادگی برای مشکلات آتی، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پسآزمون و اتمام جلسات درمانی.	

کلی سلامتی می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرنباخ ۰/۷۶به د ست آمد. درمان شناختی رفتاری برای و سواس فکری عملی در ۸ جلسه انجام شد که شرح جلسات در جدول شماره ۱ امده است.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. سطح معناداری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳/۹۲ ± ۴۳/۴۰ و ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در را ستای برر سی و تو صیف داده‌های به د ست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جداول ۲ گزارش گردیده است.

مطابق جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی گیری ارائه گردید. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین

جدول ۲- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۵۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی در بیماران ptsd

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پی‌گیری انحراف معیار ± میانگین	حداقل	حداکثر
انعطاف پذیری	آزمایش	۳/۶۷ ± ۴۴/۵۶	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۱۹	۳۲
شناختی	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۱۵	۳۰
اضطراب سلامت	آزمایش	۳/۶۷ ± ۷۰/۵۶	۳/۷۰ ± ۳۲/۴۰	۳/۷۰ ± ۳۲/۴۰	۷۸	۹۷
	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۸۴	۱۰۳

جدول ۴- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
انعطاف	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
پذیری	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
شناختی	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
اضطراب	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
سلامت	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی افزایش و اضطراب سلامت با کاهش میانگین نمره روبرو بوده است که نشان از تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ در صد نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت موخلی نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر مؤلفه انعطاف پذیری شناختی (χ^2=۳/۵۶ ،P=۰/۳۵۸)، اضطراب سلامت (χ^2=۱۶/۰۵ ،P=۰/۰۵۵) برقرار بود. لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، طبق نتایج برای متغیر های انعطاف پذیری شناختی (Box's M=۳/۰۵۱ ،F=۱/۵۷۲ ،P=۰/۵۱۴)، و اضطراب سلامت (Box's M=۴/۱۷۹ ،F=۳/۲۶۰ ،P=۰/۵۰۸) برقرار بود. نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت

میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۸)، و اضطراب سلامت (P=۰/۰۲۴) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین انعطاف پذیری شناختی (P<۰/۰۰۱) و اضطراب سلامت (P<۰/۰۰۱) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۷۸ درصد بوده و معنی‌دار است. هم‌چنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای، انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر انعطاف پذیری شناختی ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره انعطاف‌پذیری شناختی از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۷۱ درصد از تغییرات نمرات انعطاف پذیری شناختی از طریق اثرات بین گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به PTSD انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی به بهبودی انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت افراد مبتلا به PTSD شده است. نتایج حاضر هم‌سو با نتایج مطالعات گوور (Gur) (۲۰۲۳) (۲) و آپولینارو هاگن (Apolinário-Hagen) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۵) می‌باشد. انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای توانایی فرد برای پذیرش افکار و هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای سازگارانه برای مدیریت استرس است. این ویژگی در بیماران مبتلا به PTSD به شدت آسیب می‌بینند، زیرا آن‌ها تمایل به اجتناب از محرک‌های استرس‌زا و استفاده از مکانیسم‌های ناسازگار مانند سرکوب افکار دارند (۲). درمان شناختی-رفتاری با هدف تغییر باورهای منفی و تقویت پذیرش، به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی کمک می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که CBT می‌تواند به طور قابل‌توجهی علائم PTSD را کاهش دهد و الگوهای فکری انعطاف‌پذیرتر را جایگزین الگوهای ناکارآمد کند (۶). به عنوان مثال، تحقیق انجام‌شده توسط فانگ (Fang) و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان شناختی رفتاری با استفاده از بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی، انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و به بیماران کمک می‌کند تا رویدادهای تروماتیک را با دیدگاه‌های منطقی‌تر پردازش کنند (۵). یکی از مکانیسم‌های کلیدی درمان شناختی رفتاری در این زمینه، آموزش بیماران برای شناسایی و چالش با باورهای غیرمنطقی است. این فرآیند نه تنها به کاهش علائم PTSD کمک می‌کند، بلکه به افراد اجازه می‌دهد تا مهارت‌های حل مسئله را تقویت کنند و در برابر موقعیت‌های استرس‌زا پاسخ‌های انعطاف‌پذیرتری نشان دهند (۱۳).

اضطراب سلامت یکی از پیامدهای شایع PTSD است که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به شدت کاهش دهد. بیماران مبتلا به اضطراب سلامت، اغلب علائم جسمانی جزئی را به اشتباه نشانه‌ای از بیماری‌های جدی تفسیر می‌کنند (۱۱). درمان شناختی رفتاری به کاهش این اضطراب از طریق اصلاح افکار ناکارآمد و ارائه مهارت‌های مدیریت استرس کمک می‌کند. به طور خاص، تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی و مواجهه با افکار اضطراب‌آور در درمان شناختی رفتاری، بیماران را قادر می‌سازد تا تفسیرهای منطقی‌تری از علائم جسمانی داشته باشند (۵). به عنوان مثال، مطالعه‌ای که توسط النیادی (Alneyadi) و همکاران (۲۰۲۱) انجام شد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به PTSD بسیار مؤثر است و نتایج پایداری را در پی دارد (۹). علاوه بر این، آموزش

آرام‌سازی و تمرین‌های ذهن‌آگاهی که اغلب در درمان شناختی رفتاری گنجانده می‌شود، به بیماران کمک می‌کند تا ارتباط بهتری با بدن خود برقرار کنند و حساسیت بیش از حد به علائم جسمانی را کاهش دهند. این تکنیک‌ها نه تنها اضطراب سلامت را کاهش می‌دهند، بلکه به بیماران اجازه می‌دهند تا رویکردی مثبت‌تر و متعادل‌تر به سلامتی خود داشته باشند (۱۵). درمان شناختی رفتاری اغلب به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجانات، ادراکات و احساسات توصیف می‌شود. این فرآیند نشان می‌دهد که اتخاذ رویکردی آگاهانه، نیاز به عملکرد ایگو موقعیت‌ها را از بین می‌برد. تصور می‌شود که افکار و هیجانات با گذشت زمان بالا و پایین می‌روند و از آن‌جایی که درمان هیجان مدارمستلزم پذیرش تجربه فرد است، نیازی به برخورد فعال با آن‌ها نیست (۴). با این حال، برای بهره‌برداری بهتر از این درمان، لازم است به محدودیت‌های آن توجه شود. فراهم کردن دسترسی گسترده‌تر به درمانگران متخصص، ارائه برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی بیماران، و توسعه روش‌های تلفیقی که درمان شناختی رفتاری را با سایر مداخلات درمانی ترکیب می‌کنند، می‌تواند به افزایش اثربخشی و کارایی این درمان کمک کند (۱۳).

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر بررسی مکانیسم‌های دقیق درمان شناختی رفتاری در تغییر انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش اضطرابسلامت تمرکز کنند. همچنین، مطالعه بر روی نمونه‌های متنوع‌تر و بررسی تأثیرات طولانی‌مدت این روش درمانی می‌تواند به درک عمیق‌تری از فواید و محدودیت‌های آن کمک کند.

محدودیت‌ها

گرچه درمان شناختی رفتاری یکی از مداخلات موثر برای PTSD محسوب می‌شود، اجرای آن با چالش‌هایی همراه است. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، نیاز به درمانگران مجرب و آموزش‌دیده است. مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت اجرای درمان شناختی رفتاری تأثیر مستقیمی بر نتایج درمان دارد. این مسئله به ویژه در مناطق روستایی یا کشورهای در حال توسعه، که دسترسی به متخصصان محدود است، مشکل‌ساز می‌شود. همچنین، تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان شناختی رفتاری باید مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال، بیمارانی که به شدت درگیر علائم PTSD هستند یا سابقه طولانی‌مدت از بیماری‌های روانی دیگر دارند، ممکن است به مداخلات بیشتری نیاز داشته باشند. علاوه بر این، انگیزه پایین برخی از بیماران برای مشارکت در جلسات یا انجام تکالیف خانگی درمان شناختی رفتاری می‌تواند بر اثربخشی درمان تأثیر منفی بگذارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری یکی از روش‌های درمانی مؤثر برای بهبود علائم PTSD، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش اضطراب سلامت است. این روش با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی، و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بیماران را قادر می‌سازد تا با تفکرات و هیجانات ناسازگارانه مقابله کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات تمام کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک نمودند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.362 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

نازنین حقیقت بیان نگارش مقاله و علی صیادی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و عاطفه بیدختی و امیر محسنی ماهانی داده‌ها را تجزیه، تحلیل و پویا سمعیان و کامران پورمحمدقوچانی آن را تفسیر کردند.

References

1. Tolin DF, Lord KA, Knowles KA. Cognitive-Behavioral Therapy Enhancement Strategies. Psychiatr Clin North Am. 2024;47(2):355-365.
2. Gur A, Reich A. Psychological flexibility of parents of children with disabilities: A systematic literature review. Res Dev Disabil. 2023;136:104490.
3. Coyne LW, Gould ER, Grimaldi M, Wilson KG, Baffuto G, Biglan A. First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19. Behav Anal Pract. 2020;14(4):1092-1098.
4. Cherry KM, Hoeven EV, Patterson TS, Lumley MN. Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. Clin Psychol Rev. 2021;84:101973.
5. Fang S, Ding D. Which outcome variables are associated with psychological inflexibility/flexibility for chronic pain patients? A three level meta-analysis. Front Psychol. 2022;13:1069748.
6. Sevier-Guy LJ, Ferreira N, Somerville C, Gillanders D. Psychological flexibility and fear of recurrence in prostate cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2021;30(6):e13483.
7. Browne A, Stafford O, Berry A, Murphy E, Taylor LK, Shevlin M, et al. Psychological Flexibility Mediates Wellbeing for People with Adverse Childhood Experiences during COVID-19. J Clin Med. 2022;11(2):377.
8. Guerrini Usubini A, Varallo G, Granese V, Cattivelli R, Consoli S, Bastoni I, et al. The Impact of Psychological Flexibility on Psychological Well-Being in Adults With Obesity. Front Psychol. 2021;12:636933.
9. Alneyadi M, Drissi N, Almeqbaali M, Ouhbi S. Biofeedback-Based Connected Mental Health Interventions for Anxiety: Systematic Literature Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2021;9(4):e26038.
10. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. Obstet Gynecol. 2023;141(6):1262-1288.
11. Kandola A, Stubbs B. Exercise and Anxiety. Adv Exp Med Biol. 2020;1228:345-352.
12. Weigle PE, Shafi RMA. Social Media and Youth Mental Health. Curr Psychiatry Rep. 2024;26(1):1-8.
13. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder. Lancet. 2022;400(10345):60-72.
14. Merians AN, Spiller T, Harpaz-Rotem I, Krystal JH, Pietrzak RH. Post-traumatic Stress Disorder. Med Clin North Am. 2023;107(1):85-99.
15. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. Adv Exp Med Biol. 2020;1191:291-329.