

بررسی مقایسه اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله و مواجهه سازی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

The survey of comparative effectiveness of skills problem solving education and prolonged exposure on treatment of post traumatic stress disorder

محمدجواد احمدی زاده*، خدابخش احمدی**، جعفر انیسی***

Abstract

Introduction: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder which can develop after exposure to any event which results in psychological trauma. Cognitive – Behavioral Therapy (CBT) is the most commonly used treatment for Post traumatic stress disorder. This study was designed with the aim of comparing the efficacy of three methods Cognitive – behavioral therapy including problem solving skills, prolonged Exposure and compound method (formed of two methods of problem solving skills and prolonged Exposure) on treatment and reducing symptoms post traumatic stress disorder.

Method: Society statistical study included patients suffering from post traumatic stress disorder from war. 100 patients with using of an experimental design with pre test and post test in experimental groups three included: 1 - problem-solving skill group 2 - exposure therapy group 3-compound group, and a control group that were divided. Each of mentioned groups Contained 25 members. Measurement tool in this study were Symptoms Checklist 90-Revised (SCL 90-R).

Results: The results showed that all three methods in the treatment and reduce PTSD symptoms are significant effect ($01 / 0 > p$). But method prolonged exposure method better of combination method and combination method was better of problem-solving skill method.

Discussion: Psychologists with using of methods Cognitive – behavioral therapy including skills problem solving, prolonged Exposure and compound method in treatment and reducing symptoms can be to effect in disorder treat for patients suffering from post traumatic stress disorder.

Key Words: Post Traumatic Stress Disorder, Problem Solving Skills, Prolonged Exposure, Cognitive – Behavioral Therapy, Military

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از ضربه، نوعی اختلال اضطرابی است که در افرادی که در معرض وقایع آسیب‌رسان روانی قرار گرفته‌اند بروز می‌کند. روش‌های درمان شناختی – رفتاری یکی از متداول‌ترین روش‌های درمان برای اختلال استرس پس از ضربه است. این مطالعه، با هدف مقایسه اثربخشی سه روش درمان شناختی – رفتاری شامل؛ آموزش مهارت حل مسئله، مواجهه‌سازی ممتد و روش ترکیبی (متشکل از دو روش آموزش مهارت حل مسئله و مواجهه‌سازی ممتد به صورت توأم) بر بهبودی و کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است.

روش: جامعه آماری پژوهش، عبارت بودند از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ که از میان آن‌ها تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران با استفاده از یک طرح تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایشی شامل: ۱- گروه آموزش مهارت حل مسئله ۲- گروه مواجهه‌سازی ۳- گروه ترکیبی و یک گروه شاهد به طور تصادفی تقسیم شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از چک لیست تجدید نظر شده نشانه‌های بیماری‌های روانی (SCL 90-R).

نتایج: نتایج به دست آمده نشان داد که هر سه روش در درمان و کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه تأثیر معناداری ($p < 0/01$) دارند. اما روش مواجهه‌سازی ممتد بهتر از روش ترکیبی و روش ترکیبی بهتر از روش آموزش مهارت حل مسئله بود.

بحث: روان‌شناسان با به کارگیری روش‌های شناختی – رفتاری می‌توانند جهت درمان اختلال افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه تأثیرگذار باشند.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، مهارت حل مسئله، مواجهه‌سازی ممتد، درمان شناختی – رفتاری، نظامی

مقدمه

نیروهای نظامی، از نظر ماهیت و شرایط محیط شغلی خصوصاً در مواقع جنگ و بحران در معرض خطرات، حوادث و رویدادهای آسیب‌زا قرار می‌گیرند. برانگیختگی طولانی مدت دستگاه عصبی خودمختار، دیدن و انتظار دیدن بدترین صحنه‌ها در میدان جنگ از جمله عواملی هستند که نیروهای نظامی را مستعد ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه^۱، می‌کند (سیلور و راجرز^۲، ۲۰۰۲). در یک مطالعه میزان استرس در نیروهای نظامی مستقر در منطقه خلیج فارس در شرایط غیر جنگی، حداقل دو برابر حد مجاز نمره استرس در مقیاس هلمز و راهه^۳ ارزیابی شد. به طوری که استرس‌های ناشی از حضور در منطقه حساس خلیج فارس و شرایط اقلیمی و جغرافیایی منطقه در بالاترین رتبه بین سایر عوامل استرس‌زا قرار گرفت (آزاد مرزآبادی، احمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۸). همچنین گزارش منتشر شده توسط مرکز مشاوره ارتش امریکا حاکی از شیوع این اختلال در میان سربازان شرکت کننده در جنگ آمریکا و متحدانش علیه عراق بود. بر اساس این گزارش یک سوم از ۱۲۰۰۰۰ سربازی که از خدمات درمانی استفاده کردند، یک تشخیص اولیه از اختلالات روانی را داشته و بیش‌ترین فراوانی هم مربوط اختلال استرس پس از ضربه بود (لاندرز^۴، ۲۰۰۶).

بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵؛ اختلال استرس پس از ضربه، یک نوع اختلال اضطرابی است که معمولاً در افرادی که در معرض یک واقعه یا رویداد آسیب‌رسان قرار گرفته‌اند، بروز می‌کند. این اتفاقات و وقایع ممکن است یک تصادف شدید اتومبیل، یک فاجعه نظیر بلایای طبیعی مثل سیل، زلزله، جنگ یا قربانی شدن در تجاوزها و تهاجم‌های جنسی و جسمی باشد. از

مشخصه‌های بارز این اختلال، عود علایم و تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا از طریق رویا و افکار در خواب و بیداری، اجتناب از یادآوری سانحه و کاهش پاسخگری کلی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). البته علی‌رغم این که وقایع آسیب‌زا تأثیر بالقوه و آشکاری بر سلامتی افراد دارد، ولی واکنش همه به وقایع آسیب‌زا یکسان نمی‌باشد (فیلیون و همکاران^۶، ۲۰۰۴). فقط ۲۷ درصد از افرادی که یک واقعه دردناک را تجربه کرده و دچار صدمات فیزیکی شده‌اند، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه می‌شوند (شالو و همکاران^۷، ۱۹۹۶، به نقل از دیویسون، نل و کرینگ^۸، ۲۰۰۴). در زمینه علت‌یابی بروز این اختلال مطالعات انجام شده از جمله؛ لازاروس^۹ (۲۰۰۰) نسبت به پاسخ ذهنی فرد به ضربه یا واقعه آسیب‌زا در مقایسه با شدت علایم استرس‌زا اهمیت بیشتری قائل شده است. به همین دلیل اعتقاد دارد؛ حتماً هر کسی با استرس مواجه شود به این اختلال مبتلا نمی‌شود. در همین ارتباط، (امیر و کاپلان^{۱۰}، ۱۹۹۶) شروع و عود مجدد علایم این اختلال را ناشی از شیوه‌های ناموفق فرد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و استفاده از شیوه‌های منع و بازداری به جای طرح‌ریزی و مقابله مستقیم با مشکل و وقایع استرس‌زای زندگی می‌دانند. کامپاز^{۱۱} (۱۹۸۷) با تأکید بر اهمیت شیوه‌های مقابله با مشکل^{۱۲} و تأثیر آن بر سلامت روان فرد به دو نوع مهارت مقابله‌ای اشاره می‌کند: اول - شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله^{۱۳}؛ دوم - شیوه مقابله متمرکز بر هیجان^{۱۴}، وی اظهار می‌دارد در غالب موارد گرایش متمرکز بر مسئله کارآمدی بیش‌تری دارد و با سلامت روانی فرد همبستگی دارد. یکی از روش‌های شناختی- رفتاری که برای درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار

6- Fillion etal.

7- Shalev etal.

8- Davison, Neale., Kring.

9- Lazarus.

10- Amir & Kaplan.

11- Compaz.

12- Coping of style.

13- Problem- focused.

14- Emotional focused.

1- Post Traumatic Stress Disorder.

2- Silver & Rogers.

3- Holmes & Rahe Scale.

4- Landers.

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

می‌آورد، درمانگر از بیمار می‌خواهد به خاطرات گذشته‌اش برگردد و به طور ذهنی خود را به زمان حادثه نزدیک کند و خود را در تصاویری که به ذهنش می‌رسد رها کند، از بیمار خواسته می‌شود، چشمانش را ببندد و با صدای بلند تنش‌های احساس کرده را بیان کند. به طوری که احساس کند حادثه، درحال وقوع است. هرچند تکرار و یادآوری حادثه آسیب‌زا دردناک است، ولی با تکرار تمرینات از میزان دردناک بودن آن‌ها کاسته خواهد شد. البته قبل از این که هر گونه تلاشی برای مواجهه‌سازی انجام پذیرد، به درمانگرها توصیه می‌شود که نسبت به عواقب بعدی تجربه آسیب‌زا، حساس باشند (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۴).

در زمینه تأثیرات پیشگیرانه و درمانی روش‌های درمانی مورد استفاده در این پژوهش از قبیل؛ آموزش مهارت حل مسئله و مواجهه‌سازی بر بهبودی و کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و سایر زمینه‌های درمانی مرتبط مطالعاتی انجام شده است از جمله؛ دروزیلا^۳ (۱۹۹۰)؛ هپنر^۴ (۱۹۹۰)؛ گالاگر^۵ (۱۹۹۶) تأثیرات مثبت، پیشگیرانه و درمانی آموزش مهارت حل مسئله را بر سلامت روان، بهبودی و افزایش اعتماد به نفس و رضایت‌مندی از زندگی بیماران. همچنین مطالعات انجام شده در زمینه شیوه‌های مقابله با مشکلات و مسائل زندگی و آموزش مهارت‌های شناختی از جمله؛ بیلنگز، کرونکیت و موس^۶، ۱۹۸۴ و نزو، نزو و پری (۱۹۹۰) بر استفاده از روش‌های حل مسئله در کاهش افسردگی بیماران؛ امیر و کاپلان (۱۹۹۶) بر نقش شیوه‌های مقابله با مسائل و مشکلات زندگی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه؛ کامپاز و همکاران (۱۹۸۹) در استفاده بیماران افسرده از شیوه‌های مقابله هیجان‌مدار و ناکارآمد در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی؛ احمدی‌زاده (۱۳۷۳) بر اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر

برده می‌شود. نزو، نزو و پری (۱۹۹۰) درمان‌های شناختی- رفتاری را نوعی روش حل مسئله می‌دانند، زیرا به افراد آموخته می‌شود تا در برخورد با مسائل و مشکلات چگونه فکر کنند نه آن که به چه چیزی فکر کنند. توانگر، نوربالا و فقیه‌زاده (۱۳۸۱) در یک مطالعه روش‌های مقابله با استرس ناشی از ضربه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده از این تحقیق حاکی از آن بود؛ جانبازان جسمی در مواجهه با مسائل و مشکلات استرس‌زا، به طور معناداری بیش‌تر از روش‌های فاصله‌گیری، خویش‌داری و ارزیابی مجدد مثبت استفاده کرده بودند. جانبازان شیمیایی نیز در مواجهه با مشکلات استرس‌زا بیش‌تر از روش اجتناب و فرار استفاده کرده بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد که روش‌های خویش‌داری و حل مشکل برنامه‌ریزی شده توسط جانبازانی که از ناراحتی عصبی و اختلال رفتاری شکایت ندارند، به کار گرفته شده است. لذا می‌توان به نقش این مهارت‌ها در سلامت روانی افراد اشاره کرد. یکی دیگر از روش‌های شناختی- رفتاری که برای درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار برده می‌شود، روش مواجهه درمانی است که بیمار بر روی توصیف جزئیات تجارب هراسناک و آسیب‌زای خود با هدایت درمانگر در محیط واقعی یا به طور ذهنی با محرکی که از آن می‌ترسد در یک محیط امن مواجه می‌شود و محرک تا زمانی که اضطراب کاهش نیابد ادامه خواهد داشت. وقتی مواجهه درمانی امن و مؤثر است که به طور مستقیم توسط درمانگر به کار برده شود. در همین ارتباط مطالعات انجام شده بر اثر بخشی این روش بر درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه، اعم از سربازان، قربانیان حوادث و سوانح طبیعی و مصنوعی، قربانیان تجاوزات جنسی پس از ۹-۱۲ جلسه درمان به نتایج اثربخش و بادوامی دست یافتند (بیلینگز و موس، ۱۹۸۳؛ کامپاز، ۱۹۸۷؛ بک و کافی^۲، ۲۰۰۶). درمواجهه درمانی ذهنی، که در آن بیمار خاطرات آسیب‌زا را با حضور و هدایت درمانگر به خاطر

3- D' Zurilla.

4- Heppner.

5- Gallagher.

6- Billings, Gronkite & Moos.

1- Nezu; Nezu & Perri.

2- Beck & Coffey.

چشم و پردازش مجدد با شناخت درمانی ترکیبی بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ به نتایج با دوام و موثری دست یافتند. با توجه به اهمیت مساله مورد مطالعه، به بررسی و مقایسه تأثیر روش‌های آموزش حل مسئله، مواجهه درمانی و روش ترکیبی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پرداخته شده است تا با مشخص شدن بهترین روش درمان این اختلال و به کارگیری آن نسبت به درمان سریع‌تر و موثرتر بیماران اقدام شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تجربی با سه گروه آزمایشی و یک گروه شاهد است. مدل مورد استفاده طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی است، که از طرح‌های گسترش یافته از طرح‌های تجربی می‌باشد. جامعه آماری مورد پژوهش، شامل بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌الله (عج) و سایر مراکز درمانی سپاه و بنیاد شهید و امور ایثارگران در تهران بودند، که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم و مصاحبه بالینی روان‌پزشکی به عنوان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ تشخیص داده شده، و در یکی از مراکز درمانی بنیاد یا سپاه در تهران پرونده مراجعه روان‌پزشکی داشتند. با توجه به سوابق مطالعات قبلی، از جامعه مورد مطالعه، تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه با روش نمونه‌گیری تصادفی به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و به طور تصادفی در یکی از چهار گروه: آموزش حل مسئله، مواجهه درمانی و درمان ترکیبی (مواجهه درمانی و حل مسئله) و گروه شاهد جای گرفتند. مراحل کلی اجرای پژوهش عبارت بودند از: ۱- اجرای پیش‌آزمون‌ها برای هر چهار گروه آزمایشی و شاهد؛ ۲- اعمال سطوح مختلف متغیر مستقل (آموزش مهارت حل مسئله، مواجهه درمانی و روش ترکیبی) برای گروه‌های آزمایشی؛ ۳- اجرای پس‌آزمون برای کلیه گروه‌های آزمایشی و شاهد؛ ۴- اجرای پیگیری، سه ماه پس از

سازگاری و ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان؛ شریفی (۱۳۷۲) بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کفایت شخصی در نوجوانان شاهد بر اثر آموزش مهارت حل مسئله؛ قماشچی (۱۳۸۴) بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ناشی از زلزله بم در کارکنان ناجا و خانواده آنان؛ دروزیلا (۱۹۹۰) بر ایجاد کارآمدی شخصی در اثر استفاده از شیوه‌های حل مسئله در مقابله با مسائل و مشکلات زندگی؛ هینر (۱۹۹۰) بر نقش استفاده از شیوه‌های حل مسئله بر سلامت روانی؛ برامر^۱ (۱۹۹۰) بر تأثیر آموزش حل مسئله بر شایستگی‌های فردی و پاسخ‌های خلاقانه در وضعیت‌های پیچیده جدید. همچنین مطالعات انجام شده در رابطه با مقایسه اثر بخشی مواجهه درمانی بر درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه، اعم از سربازان، قربانیان حوادث و سوانح طبیعی و مصنوعی، قربانیان تجاوزات جنسی پس از ۹ الی ۱۲ جلسه درمان از جمله؛ مارکز و همکاران^۲ (۱۹۹۸). در زمینه تأثیرات پیشگیرانه و درمانی شناختی- رفتاری تأثیر مواجهه درمانی و بازسازی شناختی را بر درمان اختلال استرس پس از ضربه؛ هالون و استوارت^۳ (۲۰۰۶) بر تأثیرات بادوام مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش خطر بازگشت علائم بیماری پس از اتمام دوره درمان؛ تارلیر و پنلی گریم^۴ (۱۹۹۹) در ارتباط با مقایسه شناخت درمانی و مواجهه درمانی تصویری در درمان اختلال استرس پس از ضربه؛ فوا و همکاران^۵ (۱۹۹۵) در رابطه با اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری و مواجهه درمانی؛ فوا و میدوز^۶ (۱۹۹۷) بر اثربخشی مواجهه درمانی شامل (مواجهه درمانی ذهنی و واقعی) با آموزش مصون‌سازی در برابر استرس؛ احمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) مقایسه اثربخشی حساسیت‌زدایی حرکات

- 1- Brammer.
- 2- Marks & et al.
- 3- Hollon & Ostewar.
- 4- Tarrrier & Pilnigrim.
- 5- Foa & et al.
- 6- Foa & Medo.

استفاده از آزمون‌های تعقیبی (LSD) برای مقایسه و پیدا کردن اختلاف معنادار بین گروه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

مشخصات و ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از نظر دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۳۴ سال تا ۵۷ سال متغیر بود؛ همچنین میانگین و انحراف استاندارد وضعیت سنی آزمودنی‌ها به ترتیب ۴۲/۳۷ و ۴/۵۵ به دست آمد. ۴۶ نفر از آزمودنی‌ها شاغل و ۵۱ نفر از آزمودنی‌ها غیرشاغل، بازنشسته از سپاه یا حالت غیر اشتغال از بنیاد شهید و امور ایثارگران بودند و در زمان اجرای تحقیق شغلی نداشتند. ۲۴ نفر در روش حل مسئله، ۲۵ نفر در روش مواجهه‌سازی ممتد، ۲۶ نفر در روش ترکیبی و ۲۵ نفر هم در گروه شاهد بودند. ۵۱ درصد از آزمودنی‌ها در مقطع تحصیلی دیپلم، ۲۷ درصد فوق دیپلم، ۱۴ درصد لیسانس، و ۸ درصد فوق لیسانس و بالاتر قرار دارند. درصد جانبازی آزمودنی‌ها از ۱۰ تا ۷۵ درصد متغیر بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد وضعیت درصد آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۸/۹۹ و ۱۷/۰۷ به دست آمد.

اجرای پس آزمون‌ها برای هر ۴ گروه آزمایشی و شاهد. برای بررسی مشکلات اجرایی پژوهش و ابزار مورد استفاده قبل از اجرای مرحله آزمایشی، طرح آزمایشی روی ۵ نفر به عنوان گروه پایلوت به مورد اجرا گذاشته شد و نتایج حاصله از شیوه اجرا در این مرحله جهت برنامه‌ریزی روش اجرایی اصلی طرح پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش، از پرسشنامه دموگرافیک برای آگاهی از وضعیت جمعیت شناختی و از چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی تجدید نظر شده ۹۰^۱ برای سنجش میزان اختلالات روانی قبل و بعد از مداخله استفاده شد. این چک لیست یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیص روان پزشکی است. این پرسشنامه که شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است. با استفاده از این پرسشنامه می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. سئوالات پرسشنامه ۹ بعد مختلف شامل (شکایات جسمانی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی) را در برمی‌گیرد. اعتبار و روایی چک لیست نشانگان اختلالات روانی در ایران بررسی و تأیید شده است (گراث، مارنات ترجمه پاشا شریفی، نیکخو، ۱۳۸۴). در نهایت پس از انجام پژوهش داده‌های به دست آمده ناشی از پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آماری استنباطی به شرح زیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت:

استفاده از آزمون t مستقل به منظور مقایسه گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل.

استفاده از آزمون t وابسته به منظور مقایسه هر گروه آزمایشی از نظر پیگیری.

تحلیل واریانس یک طرفه، برای نشان دادن تفاوت نمره‌های پیش آزمون از پس آزمون.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها

گروه‌ها	شاغل		بازنشسته	جمع	گروه‌های سنی			گروه‌های تحصیلی			درصد جانبازی		
	کارمند	نظامی			۳۰-۴۰	۴۱-۴۵	۴۵-۵۰	ث ث ث	ث ث ث	فوق لیسانس و بالاتر	-۲۵	-۵۰	-۷۵
حل مسئله	۵	۶	۱۳	۲۴	۱۰	۴	۱۳	۱۱	۱	۹	۱۲	۳	
مواجهه سازی	۵	۷	۱۳	۲۵	۹	۸	۱۲	۱۳	۰	۵	۱۴	۶	
ترکیبی	۷	۷	۱۲	۲۶	۱۳	۸	۱۷	۸	۱	۹	۱۲	۵	
شاهد	۴	۸	۱۳	۲۵	۷	۱۴	۹	۹	۷	۵	۱۶	۴	
جمع	۲۱	۲۸	۵۱	۱۰۰	۳۹	۴۰	۵۱	۳۱	۸	۴۸	۵۴	۱۸	
جمع کل	۴۹		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

جدول ۲- مقایسه تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر درمان اختلال در پیش آزمون و پس آزمون بین گروه‌های حل مسئله و شاهد

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
حل مسئله	۲۴	-۰/۴۰	۰/۷۷	-۲/۲۴۱	۴۷	۰/۰۳
شاهد	۲۵	۰/۰۶	۰/۶۵			

گروه‌ها از نظر آماری معنادار است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر آموزش مهارت حل مسئله در بهبودی علائم اختلال استرس پس از ضربه بیماران تأثیر دارد.

جدول شماره ۲ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش علائم اختلال و بهبودی بیماران در پیش آزمون نسبت به گروه شاهد و پس آزمون است. جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میان

جدول ۳- مقایسه تأثیر روش آموزش مهارت حل مسئله بر تداوم بهبودی (پس آزمون و پیگیری) در گروه حل مسئله

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
پس آزمون	۲۴	۱/۳۹	۰/۶۸	۰/۳۹۵	۲۳	۰/۶۹۷
پیگیری	۲۴	۱/۳۳	۰/۷۶			

پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارت دیگر وضعیت روانی آزمودنی‌ها در پس آزمون و پیگیری مشابه هستند.

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش آموزش مهارت حل مسئله و بهبودی آزمودنی‌ها (پس آزمون و پیگیری) است. به منظور بررسی تفاوت از آزمون t همبسته استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد که از نظر آماری بین میانگین‌های پس آزمون و

جدول ۴- مقایسه تأثیر مواجهه‌سازی بر بهبودی (پیش آزمون و پس آزمون) بین گروه‌های مواجهه‌سازی و شاهد

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
مواجهه‌سازی	۲۵	-۰/۸۰	۰/۶۷	-۴/۶۱	۴۸	۰/۰۰۰
شاهد	۲۵	-۰/۰۶	۰/۶۵			

به عبارت دیگر روش مواجهه‌سازی ممتد در بهبودی علائم اختلال بیماران مؤثر بوده است.

جدول شماره ۴ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش مواجهه‌سازی ممتد بر بهبودی بیماران در پیش آزمون و پس آزمون است. جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میان گروه‌ها از نظر آماری معنادار است ($P < 0/001$).

جدول ۵- مقایسه تأثیر روش مواجهه‌سازی ممتد بر تداوم درمان (پس آزمون و پیگیری)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
پس آزمون	۲۵	۰/۸۲	۰/۴۹	-۱/۷۳	۲۴	۰/۰۹۶
پیگیری	۲۵	۰/۹۹	۰/۴۹			

و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارت دیگر وضعیت روانی در پس آزمون و پیگیری مشابه هستند.

جدول شماره ۵ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش مواجهه‌سازی ممتد در تداوم بهبودی علائم اختلال (پس آزمون و پیگیری) است. به منظور بررسی تفاوت از آزمون t همبسته استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد که از نظر آماری بین میانگین‌های پس آزمون

جدول ۶- مقایسه تأثیر روش ترکیبی بر بهبودی علائم آزمودنی‌ها بین گروه‌های ترکیبی و شاهد

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
ترکیبی	۲۶	-۰/۶۸	۰/۶۲	-۴/۱۳۹	۴۹	۰/۰۰۰
شاهد	۲۵	۰/۰۶	۰/۶۵			

فوق نشان می‌دهد که از نظر آماری میان گروه‌ها تفاوت معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر روش ترکیبی در کاهش علائم اختلال بهبودی بیماران تأثیر داشته است.

جدول شماره ۶ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش ترکیبی (حل مسئله و مواجهه‌سازی) بر سلامت روان آزمودنی‌ها است. به منظور بررسی تأثیر روش ترکیبی بر سلامت روان آزمودنی‌ها از آزمون t مستقل با استفاده از روش تفاضل پس آزمون از پیش آزمون استفاده شد. جدول

جدول ۷- مقایسه تأثیر روش ترکیبی در تداوم بهبودی گروه ترکیبی (پس آزمون و پیگیری)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش t	df	سطح معناداری
ترکیبی	۲۶	۱/۱۸	۰/۷۰	۰/۷۰۶	۲۵	۰/۴۸۷
شاهد	۲۶	۱/۱۳	۰/۷۳			

پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست. به عبارت دیگر وضعیت تداوم بهبودی آزمودنی‌ها در پس آزمون و پیگیری مشابه یکدیگر هستند.

جدول شماره ۷ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش ترکیبی، حل مسئله و مواجهه‌سازی در سلامت روانی آزمودنی‌ها (پس آزمون و پیگیری) است. به منظور بررسی تفاوت از آزمون t همبسته استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد که از نظر آماری بین میانگین‌های

جدول ۸- مقایسه تأثیر روش‌های درمانی بر بهبودی علائم اختلال آزمودنی‌ها

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش f	df	سطح معناداری
حل مسئله	۲۴	-۰/۶۸	۰/۶۲	۵/۰۵۷	۲/۷۲	۰/۰۰۹
مواجهه سازی	۲۵	-۰/۴۰	۰/۷۷			
روش ترکیبی	۲۶	-۰/۸۰	۰/۶۸			

جدول شماره ۸ نشان‌دهنده مقایسه تأثیر روش‌های درمانی بر بهبودی آزمودنی‌ها است. به منظور مقایسه روش‌های درمانی از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. با استفاده از روش تفاضل پس آزمون از پیش آزمون. جدول فوق نشان می‌دهد که

بین میانگین‌های روش‌های درمانی تفاوت از نظر آماری معنادار است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر تأثیر روش‌های درمانی در بهبودی علائم و نشانه‌های اختلال و بهبودی بیماران متفاوت می‌باشد.

جدول ۹- مقایسه تأثیر روش‌های درمانی بر درمان آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی (LSD)

سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه گروه‌ها	
۰/۲۵۲	۰/۲۱	روش ترکیبی	روش حل مسئله
۰/۰۰۲	۰/۵۷	روش مواجهه سازی	
۰/۰۴۶	-۰/۳۶	روش ترکیبی	روش مواجهه‌سازی
۰/۰۰۲	-۰/۵۷	روش حل مسئله	
۰/۲۵۲	-۰/۲۱	روش حل مسئله	روش ترکیبی
۰/۰۴۶	۰/۳۶	روش مواجهه سازی	

جدول شماره ۹- نشان‌دهنده مقایسه روش‌های درمانی با آزمودن حداقل تفاوت معنادار (LSD) است. جدول فوق نشان می‌دهد که میان گروهی که با روش‌های آموزش مهارت حل مسئله، درمان شدند با بیمارانی که با روش مواجهه‌سازی درمان شدند تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). اما با روش ترکیبی، تفاوت معنادار نیست ($P < 0/05$). همچنین روش مواجهه‌سازی با هر دو

روش ترکیبی و حل مسئله تفاوت دارد. به عبارت دیگر روش مواجهه‌سازی ممتد بهتر از روش ترکیبی و روش ترکیبی بهتر از روش آموزش مهارت حل مسئله بود. به عبارت دیگر روش مواجهه درمانی بیش‌تر از روش آموزش مهارت حل مسئله در کاهش و بهبودی بیماران تأثیر دارد.

جدول ۱۰- مقایسه تاثیر روش‌های درمانی بر درمان بیماران (طول درمان)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ارزش f	df	سطح معناداری
روش حل مسئله	۲۴	-/۰۵۸	۰/۷۲	۱/۴۵۹	۲/۷۲	۰/۲۳۹
روش مواجهه‌سازی	۲۵	۰/۱۷	۰/۵۰			
روش ترکیبی	۲۶	-/۰۵۲	۰/۳۷			
جمع	۷۵					

جدول شماره ۹ نشان‌دهنده مقایسه تاثیر روش‌های درمانی بر بهبودی آزمودنی‌ها است. به منظور مقایسه روش‌های درمانی از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) با استفاده از روش تفاضل مرحله پیگیری پس از آزمون، استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد که بین میانگین‌های روش‌های درمانی تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. به عبارت دیگر تاثیر روش‌های آزمایشی بر درمان آزمودنی‌ها در دراز مدت یکسان است.

بحث و نتیجه‌گیری

اثربخشی روش‌های درمان شناختی- رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از ضربه، این رویکرد درمانی را به عنوان خط مقدم درمان این اختلال قرار داده است (فردمن^۱، ۲۰۰۰). نتایج به دست آمده از یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر بهبودی اختلال بوده است. به عبارت دیگر نمرات گروه آموزش مهارت حل مسئله با نمرات گروه شاهد که هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرده بودند، تفاوت معناداری داشت. همچنین نتایج پژوهش بیانگر این مطلب بود که، روش مواجهه‌سازی بر درمان اختلال موثر بوده است. به عبارت دیگر بین گروه مواجهه‌سازی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت از نظر آماری است. همچنین از مقایسه بین نمرات آزمودنی‌های دو گروه تحت درمان به روش آموزش حل مسئله و مواجهه‌سازی

از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر هر دو روش آموزش مهارت حل مسئله و روش مواجهه‌سازی بر درمان اختلال نسبت به گروه شاهد مؤثرتر بودند. همچنین نتایج نشان داده است که روش ترکیبی بر بهبودی و کاهش علائم و نشانه‌های این اختلال اثربخش می‌باشد. به عبارت دیگر بین گروه ترکیبی در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنادار وجود داشت. در ادامه به منظور بررسی اثربخشی طولانی‌تر هر یک از روش‌های درمانی ۳ ماه پس از اتمام مرحله آزمایشی (فرایند درمان) و اجرای پس آزمون مجدداً گروه‌های آزمایشی شاهد به وسیله ابزار اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش در رابطه با اثربخشی طولانی‌تر روش ترکیبی بر کاهش علائم و نشانه‌های بهبودی بیماران بین میانگین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری در هر سه گروه آزمایشی تفاوت معنادار نبود. به عبارت دیگر از نظر تاثیر بیش‌تر و طولانی‌تر در کاهش علائم و نشانه‌های اختلال، بهبودی آزمودنی‌ها هر سه گروه یکسان است.

این یافته‌ها با نتایج تحقیقات انجام شده توسط (لازاروس، ۲۰۰۰، فریه و همکاران^۲، ۱۹۹۹، فیلیپون و همکاران؛ ۲۰۰۲، کامپاز؛ ۱۹۸۷، دروزیلا، ۱۹۹۰؛ فوا و میدوز، ۱۹۹۷؛ بک و کافی، ۲۰۰۶؛ احمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ قماشچی، ۱۳۷۴، مطابقت دارد. با

پژوهش با استفاده از روش مواجهه‌سازی ممتد عواطف منفی و درون‌ریزی شده بیمار با هدایت درمانگر برون‌ریزی می‌شود، سپس با استفاده از روش آموزش حل مسئله، شیوه تفکر صحیح و حل مسائل و مشکلات زندگی به بیمار آموزش داده می‌شود. به همین دلیل است که روش ترکیبی بر سلامت روان بیماران نسبت به گروه شاهد اثربخش می‌باشد.

تقدیر و تشکر: از ریاست محترم درمانگاه و همکاران محترم روان‌شناس و روان‌پزشک بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) که اجرای این پژوهش بدون همکاری آنان میسر نبود تقدیر به عمل می‌آید.

توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن همه روش‌های درمانی نسبت به گروه شاهد می‌توان بیان کرد؛ روش‌های درمان شناختی- رفتاری، همچنان به عنوان خط مقدم درمان اختلال استرس پس از ضربه می‌باشند. با بررسی و مقایسه سه روش درمان شناختی- رفتاری به کار رفته در این پژوهش یعنی روش آموزش مهارت حل مسئله، روش مواجهه‌سازی ممتد و روش ترکیبی با یکدیگر و مقایسه نتایج با گروه شاهد، می‌توان نتیجه گرفت به ترتیب بیشترین اثربخشی را روش مواجهه‌سازی ممتد، بعد روش ترکیبی پس از آن روش آموزش مهارت حل مسئله بر بهبودی و کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه داشته است. همچنین مواجهه درمانی در درمان سریع ضربه‌های عاطفی در کوتاه مدت مؤثر است. زیرا، برون‌ریزی عواطف و هیجانات منفی به جای سرکوبی و درون‌ریزی عواطف و رویارویی با وقایع آسیب‌زا بر بهبودی اختلال مؤثر بوده و این امر می‌تواند علت بروز تفاوت معنادار بین گروه مواجهه‌سازی و گروه شاهد باشد. یکی از دلایلی که روش‌های درمانی بر درمان اختلال اثربخشی یکسانی داشته‌اند این است که تمام مداخلات شناختی- رفتاری نحوه مقابله صحیح با مشکلات و مسائل را به فرد می‌آموزند و به نوعی فرد به بازسازی شناختی و عاطفی خود اقدام می‌کنند. همچنین روش ترکیبی با استفاده از مزایای هر دو روش درمانی ضمن بازیابی سلامت روانی و کاهش علائم و نشانه‌های بیماری، آمادگی لازم را برای بازسازی شناختی در طولانی مدت پیدا خواهد کرد. در مجموع می‌توان گفت؛ امروزه درمانگران گرایش زیادی به استفاده از رویکردهای درمان ترکیبی و روش‌های درمانی گوناگون برای درمان بیماران دارند، خصوصاً در اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ که نسبت به سایر اختلالات به حمایت و درمان جدی‌تری نیاز دارند (فوا و میدوز، ۱۹۷۷). در درمان‌های ترکیبی، درمانگر تشخیص می‌دهد که کدام روش درمانی برای کدام بیمار مفید است. زیرا درمان‌های ترکیبی در بهترین حالت خود، کاربرد مؤثر و نظام‌مند روش‌های مختلف درمانی است. روش ترکیبی مورد استفاده در این

depression. Journal of abnormal psychology, 92, 119-133

12- Brammer, Lawrence (1990) Teaching personal problem solving to adults. Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly, vol. 4- No 3.

13- Compas B.E. (1987) coping with stress during childhood and adolescence psychology: Jcal Bulletin, vol, 101, No 3,393-403

14- Davison, G.C, Neale.M.J, Kring, A.M. (2004) Abnormal psychology. (9ed). New York: Jhon Wiley & sons, Inc.

15-D Zurilla.Thomas J. (1990) Problem solving Training for Effective stress Management and privation. Journal of cognitive psychology: An International Quarteriy vol, 4, No, 4.

16- Fillion, J.S, Clements, P T., Averill, J.B., Vigil, G.J. (2002). Talking as a Primary Method of Peer Defusion for Military Personnel Exposed to Combat Trauma. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Vol 40 Iss 8 ; (40).

17- Frueh B.C, Turner M.s; Beidel D.C; Cahill S.P. (2001) Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD. Pergamon Aggression and violent behavior, 6;79-90.

18- Friedman,M.J. (2006)Post Traumatic Stress Disorder Among Military Returnees From Afghanistan and Iraq. The American Journal of Psychiatry. Washington, Vol ۱۶۳, Iss. ۴, pg. ۵۸۶.

19- Foa, E.B. Riggs. D.S. Massie. E.D. (1995) Yorczower.M. The Impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. Behavior therapy, 26,487-499.

20- Foa, E.B. Meadows E.A. (1997) psychosocial treatments for post traumatic stress disorder: A critical review. Annual Review of psychology: Palo Alto.

21- Gallagher, D.J. (1996) Personality, Coping, and Objective Outcomes: Extraversion, Neuroticism, Coping Styles, and Academic Performance. Person Individ.Diff, Vol.21. No.3, PP.421-429.

22- Heppner p. (1990) Future directions of problem solving training for adults Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly, vol 4, no, 2.

23- Holon O. Steven S.O. Strunk M. D. (2006) Enduring effects for cognitive behavior in the treatment of depression and anxiety. Annual Review of psychology polo Alto: vol. 57pg, 285,31pgs.

24- Landers, S.J. (2006) mental health of Iraqi veteran seen as a priority. American Medical News, Chicago: vol 43, Is.7, Pg. 30, 1pg.

25-Lazarus R.S. (2000) toward better research on stress and coping .American psychology: 55, 665-673.

منابع

۱- آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ احمدی زاده، محمدجواد؛ احمدی، خدابخش؛ میرزمانی، سید محمود. (۱۳۷۸). بررسی استرس در نیروهای مستقر در منطقه خلیج فارس. خلاصه مقالات همایش مسایل روان شناختی در نیروهای نظامی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). ص ۱۵.

۲- احمدی زاده، محمد جواد؛ اسکندری، حسین؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و برجعلی، احمد. (۱۳۸۹) مقایسه اثربخشی الگوهای درمان شناختی- رفتاری و حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. مجله طب نظامی، شماره ۳ ص ۱۷۳-۱۷۸.

۳- احمدی زاده، محمد جواد. (۱۳۷۳). بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر برخی از ویژگی های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مرکز شبانه روزی سازمان بهزیستی پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

۴- توانگر، حسین؛ نوربالا، احمدعلی؛ فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۱). بررسی روش های مقابله با استرس ناشی از جراحی در جانبازان شهر یزد. خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله... (عج) ص ۱۰۶- ۱۰۵.

۵- شریفی، غلامرضا. (۱۳۷۲) بررسی اثربخشی روش آموزش حل مسئله در درمان علائم افسردگی نوجوانان شاهد، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، تهران: انستیتو روان پزشکی.

۶- گری گراث، مارنات. (۱۳۸۴) راهنمای سنجش روانی برای روان شناسان بالینی، مشاوران و روان پزشکان. جلد دوم (پاشا شریفی، حسن؛ نیکخو، محمدرضا. مترجمین) تهران: انتشارات رشد (انتشار به زبان اصلی)

۷- قماشچی، فردوس. (۱۳۸۴). بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت حل مساله در کاهش علائم PTSD ناشی از زلزله بم در کارکنان ناجا و خانواده آنان. تهران: (خلاصه مقالات) سومین کنگره سراسری طب نظامی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج).

8- American Psychiatry Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder. Fourth Edition Text Version (2000) Washington D.C: Author

9- Amir.M.Kaplan.Z, Eforini. R, Levine.Y. Benjamin.J. Kotler.M (1997) Coping styles in post traumatic stress disorder. Person, Individual, Dih. Vol 23. No. 3, PP.399-404

10- Beck G. Coffey S.F (2006) Group cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of motor vehicle Accident survivors, cognitive therapy and Research, 12(3) 207-277.

11- Billings A.G. Gronkite, R.C. Moos, R.H (1983) Social-envivo factors in Unipolar

- 26- Marks I. Lovell K. Noshirvani H. Livanou M. Thrasher S. (1998) Treatment of post traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive resturing: A controlled study. Archives of General psychiatry, Chicago, vol 55, 4, 3/7.
- 27- Nezu A. M, Nezu M. Chris T. Perri G. (1990) psychotherapy for Adults with a problem-solving farm work: focus on Depression. Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly, vol. 4 number 3.
- 28- Rothbaum B.D. (2002) Schwartz C. Ann. Exposure Therapy for post traumatic stress disorder. American Journal of psychotherapy, New York. No.56 PP59-75.
- 29- Tarriet, N. Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B. Reynolds, M., Graham, E. (1999) A randomized Trial of Cognitive Therapy and Imaginal Exposure in the Treatment of Chronic Post Traumatic Stress Disorder. Journal of consulting and clinical psychology, 67, 13-18.

Archive of SID