



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

# طراحی یک الگوی بومی درمانی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران  
دانشیار گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

طارق خسروی <sup>id</sup>

محمود گودرزی\* <sup>id</sup>

حمزه احمدیان <sup>id</sup>

mg.sauc@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۶

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۲

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۵۶۳-۵۷۹

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف طراحی یک الگوی بومی درمانی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. **روش پژوهش:** جامعه پژوهش حاضر شامل تمام زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه در شهرهای ثلاث باباجانی و سرپل ذهاب و بعد از به دست آوردن کدها و تدوین و اجرای الگوی درمانی بومی دوگروه آزمایشی و گواه هر کدام ۱۰ نفر مجموعاً ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. برای اجرای پژوهش حاضر از پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه استفاده شده است. مدل درمانی شامل ۱۵ جلسه می باشد که در طی پانزده هفته به مراجعان آموزش داده شد. هر جلسه آموزشی الگوی درمان بومی (محقق‌ساخته) حدود ۱۰۰ دقیقه به طول انجامید. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داده است که علائم تجربی به مجدد ( $F = ۱۲/۱۵, P = ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۴۰۳$ )، علائم اجتنابی ( $F = ۰/۴۹۵, \eta^2 = ۰/۰۰۱, P = ۰/۰۰۱$ )، علائم برانگیختگی ( $F = ۱۷/۶۵, P = ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۳۸۳$ ) و علائم برانگیختگی ( $F = ۱۱/۱۸, P = ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۳۸۳$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه میانگین نمرات نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پس از آزمون و پیگیری کاهش یافته است. اختلاف میانگین نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پس از آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که تغییرات در میانگین نمرات نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بعد از اتمام دوره درمان همچنان پابرجا مانده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که از این شیوه درمانی برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر است.

**کلیدواژه‌ها:** الگوی بومی درمانی، نشانه‌های اختلال، استرس پس از سانحه

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(خسروی، گودرزی و احمدیان، ۱۴۰۱)

## در فهرست منابع:

خسروی، طارق،، گودرزی، محمود، و احمدیان، حمزه. (۱۴۰۱). طراحی یک الگوی بومی درمانی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۵۶۳-۵۷۹.

## مقدمه

هر ساله کشور ما در معرض بلایای طبیعی، از انواع گوناگون قرار می‌گیرد و هر از چندگاهی شاهد خبرهای ناگواری در زمینه وقوع یکی از آنها در نقاطی از کشور هستیم؛ بنا بر گزارش دفتر امور هماهنگ کننده کمک های انسان دوستانه سازمان ملل متحد، ایران در رتبه ششم از نظر مستعد بودن در وقوع بلایای طبیعی در جهان به شمار می‌رود و در ده سال گذشته در ایران به طور متوسط هر ساله چهار هزار نفر در اثر این حوادث از بین رفته اند و ۵۵ هزار نفر دیگر به نحوی متأثر شده اند (عیاضی، نوربالا و میثمی، ۱۳۹۵). زلزله به عنوان یک بلای طبیعی، بسیار مخرب است و دامنه گسترده و تهدید جدی برای ایمنی زندگی انسانها به شمار می رود (حمیدی و سبحانی تبار، ۱۴۰۰). زمین‌لرزه‌ها بیشترین تأثیر مخرب را در بین تمام بلایای طبیعی دارند (آکر، ۲۰۰۶).

بحرانهای محیطی ناگهانی و غیرمنتظره ممکن است نشانه روانشناختی و جسمانی شدیدی ایجاد کنند. این نشانه‌ها اغلب با عنوان اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> از آن یاد می‌شود (باچر و مینکا، ۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۷). براساس تعریف انجمن روانشناسان آمریکا، تروما (ضربه روانی) به صورت "پاسخی عاطفی به رویدادی وحشتناک مانند تصادف، تجاوز یا سانحه طبیعی ظاهر می‌شود (ژانگ، دوان، زیگف جیا، بای و همکاران، ۲۰۱۵). زخم‌های پایدار و غیر قابل حل، ظرفیت افراد و جوامع را برای مدیریت، کاهش و یا بازگشت به عقب، پس از شوک و وقایع استرس زا محدود می‌کنند (فلاح، میهن دوست و مامی، ۱۳۹۹). برای داشتن اختلال استرس پس از سانحه مطابق دفترچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی ویرایش پنجم<sup>۲</sup>، فرد ابتدا باید یک واقعه آسیب زای تهدیدکننده زندگی را تجربه کند، رویدادی خارج از قلمرو، وجود روزمره بشر که برانگیخته ترس، ناتوانی و / یا وحشت (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اینها شامل یک تجربه مجدد مداوم از این رویداد، اجتناب مداوم از محرک‌های مرتبط با این رویداد و بی حس کردن عمومی پاسخ به محرک‌ها و همچنین علائم مداوم است که نشانگر برانگیختگی عاطفی یا پاسخ به استرس است (بهرروز، گل محمدیان و حجت‌خواه، ۱۴۰۰؛ اسدی و شرقی، ۱۳۹۹). علائم باید حداقل ۱ ماه به طول انجامد و باعث اختلال قابل توجه در عملکرد شود. زلزله علاوه بر مرگ، صدمات، تخریب ساختمان‌ها و معیشت و زیان‌های مالی، پیامدهای روانشناختی جدی برای جامعه زندگی در این منطقه داشته است (فلاح و همکاران، ۱۳۹۹). در سبب شناسی اختلال استرس پس از سانحه می‌توان به عوامل فشار، خطرناک، زیستی، روانپزشکی و شناختی رفتاری اشاره کرد (یون و کیم، ۲۰۱۹). نظریه‌های متعددی در خصوص تبیین اختلال استرس پس از حادثه وجود دارد، اما تعداد کمی از آنها توصیف روشنی از مکانیسم‌های دخیل در سبب شناسی این اختلال را داشته و مورد ارزیابی گسترده تجربی قرار گرفته اند.

از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه میتوان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت‌باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنشهای جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آنها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شوند (لی، جوو، سنو، پارک و لی، ۲۰۱۹). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه را حدود ۸ درصد

1. Post-Traumatic Stress Disorder

2. DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition -

جمعیت عمومی می‌دانند و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده میشود که البته عالوه بر این رقم، ۵ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد ممکن است دچار اشکال تحت بالینی این اختلال باشند. میزان شیوع آن در طول عمر، در زنان ۱۰ درصد و در مردان ۴ درصد است. هرکسی میتواند به این اختلال دچار شود و هیچکسی از این لحاظ مصونیت ندارد (بریانت، ادوارز، کریمر، دونل، فوربز، ۲۰۱۸). در پژوهش محمد علیزاد و همکاران گزارش شد که در بین تحقیقات آسیب شناسانه، شایع ترین آسیب شناسایی شده، اختلال استرس پس از سانحه با اندازه اثر ۵۷/۶۷ درصد بوده و بقیه آسیب ها در رده های پایینتر قرار داشته اند (علیزاد، اصل، صدرالشرفی، پورعلی، اشاقی، ۱۳۸۹).

به طور عام، چنان چه شرایط گذار از بحران به وضعیت عادی به خوبی برنامه ریزی و مدیریت نشود، بازتوانی روانی در طولانی مدت، در بسیاری با مشکلات جدی رو به رو خواهد شد (اوپرل، ملروس، استین و پالس، ۲۰۱۲). از افراد سانحه دیده، استرسی که با آن مواجه شده‌اند، به پایان نمی رسد. همچنان که تصمیمات اتخاذ شده به دنبال سانحه، سبب استرس های ثانویه ای می گردند که به بازماندگان آسیب رسانده و منابع و توانایی آنها را برای مقابله تحت تاثیر قرار می دهد (بومی و یانگ، ۲۰۱۶). شامگاه یکشنبه ۲۱ آبان ماه سال ۱۳۹۶ ساعت ۲۱:۴۸ زلزله ای به بزرگی ۷٫۳ ریشتر در غرب ایران در استان کرمانشاه اتفاق افتاد که ویرانی و تلفات گسترده ای را به همراه داشت. براساس آمار سازمان پزشکی قانونی ایران تعداد کشته ها بر اثر این زلزله به ۶۲۰ نفر رسید و همچنین ۹۳۸۸ نفر زخمی و حدود ۷۰۰۰۰ نفر بی خانمان شدند (بشرپور و عینی، ۱۴۰۰). با توجه به شیوع پدیده اختلال استرس پس از سانحه در استان کرمانشاه و نقش زلزله سال ۹۶ در گسترش و تشدید آن، حال این سوال مطرح می گردد افرادی که اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کرده اند چه شرایطی داشته اند؟ لذا هدف این پژوهش شناسایی عوامل زمینه ساز ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه و طراحی یک الگوی بومی درمانی که بتواند در درمان و کاهش اثرات زلزله نقش داشته باشد و در زمینه کاهش ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه و طراحی یک الگوی بومی درمانی برای زلزله زدگان به عنوان قشری که بیشتر در معرض آسیب های اجتماعی به ویژه ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه قرار دارند، است؛ اما این مسئله نه تنها در کرمانشاه، بلکه در ایران هنوز به صورت علمی آن طور که باید و شاید مورد بررسی قرار نگرفته است. یکی از راه های علمی و کاربردی بررسی این مجموعه «شناسایی عوامل زمینه ساز ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه و طراحی یک الگوی بومی درمانی» در کنار هم است که بتواند آن را به صورت ساختارمند مورد بررسی و اندازه گیری قرار دهد؛ حال محقق با وجود این همه نظریات و مدل ها و درمان های مختلف که به تعدادی از آن ها در بالا اشاره شد به دنبال این مساله است که با توجه به فرهنگ و بافت کشورمان علل و عوامل زمینه ساز ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه در جوامع زلزله زده و به خصوص جامعه استان کرمانشاه را بررسی نماید و پس از طراحی یک الگوی بومی درمانی آن را با سایر الگوها مقایسه نماید، که محقق با انجام این تحقیق در پی انجام این عمل است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا الگوی درمان بومی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا الگوی درمان بومی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه تحقیق حاضر شامل تمام زنان و مردان بازمانده زلزله کرمانشاه در شهرهای ثلاث باباجانی و سرپل‌ذهاب می‌باشند که در معرض زلزله قرار گرفته‌اند. نمونه تحقیق حاضر با توجه به اینکه جامعه هدف پژوهشگر، زلزله‌زدگان شهرستان‌های سرپل‌ذهاب و ثلاث باباجانی واقع در استان کرمانشاه بود. در بخش کمی بعد از به دست آوردن کدها و تدوین و اجرای الگوی درمانی بومی دوگروه آزمایشی و گواه هر کدام ۱۰ نفر مجموعاً ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. برای اجرای پژوهش حاضر از پرسشنامه پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) استفاده شده است.

### ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD). در بخش کمی باز برای به دست آوردن نمرات پیش‌آزمون دوباره از پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه استفاده شد. پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه یک پرسشنامه ۱۷ سؤالی خود اظهاری است که تمام ابعاد این بیماری را بر اساس علائم مطرح شده در- ۵ DSM پوشش می‌دهد. در این پرسشنامه سه دسته: علائم تجربه مجدد ۵ ماده، علائم اجتنابی ۷ ماده و علائم برانگیختگی شدید ۵ ماده از بیمار پرسیده می‌شود. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت از یک تا پنج بوده و نمره به عنوان نمره کل ماده‌ها (۱۷ تا ۸۵) به عنوان نمره کل فرد محسوب می‌شود. نمره ۳۵ به عنوان نقطه برش در بیشتر پژوهش‌ها در نظر گرفته شده است پایایی آزمون نیز به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به دست آمد که در مجموع پرسشنامه مورد نظر از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است.

۲. جلسات درمانی الگوی بومی. مدل درمانی حاضر که توسط محقق استخراج شده است به صورت گام به گام و به تفکیک هر جلسه آمده است که شامل ۱۵ جلسه می‌باشد که در طی پانزده هفته به مراجعان آموزش داده شد. هر جلسه آموزشی حدود ۱۰۰ دقیقه به طول انجامید.

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی الگوی بومی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه (تکنیک‌های مورد استفاده و چگونگی اجرا)	ارتباط با عوامل زمینه‌ساز
اول	برقراری ارتباط، ارزیابی و آموزش بیمار	برقراری ارتباط درمانی، ارزیابی ابعاد مختلف مشکل و شدت آن، آموزش روانی، پاسخ به سوالات مراجع و عقد قرارداد درمانی، تهیه چک لیست PTSD، فرم قرارداد	روانشناختی و اقتصادی
		درمانی در صورت نیاز و هزینه‌ها	

دوم	معرفی، اجرای پیش آزمون و بیان منطق درمان	در این مرحله ابتدا مشاور و مراجع با معرفی خود رابطه درمانی اولیه را ایجاد کردند. سپس پیش آزمون اجرا و در ادامه به بحث در مورد جلسات درمانی، اهداف جلسه ها، تعداد و زمان جلسه ها و تکالیف هر جلسه پرداخته شد.	روانشناختی و ساختاری
سوم	بازگویی روانشناختی، بهنجار سازی و آموزش راهبرد حل مسئله	در این جلسه ابتدا مراجع به بازگویی و بیان جزئیات رخدادی که باعث ایجاد اختلال استرس پس از سانحه پرداخته و سپس به بیان مشکلات و اولویت بندی آن پرداخت. در ادامه درمانگر به هنجار سازی هیجان های مراجع و آموزش راهبرد حل مسئله مبادرت کرد.	روانشناختی و اجتماعی
چهارم	آشنایی با مدیریت اضطراب (آرام سازی) و مدل کاهش برانگیختگی و ارتقای خود آگاهی ۱	در این مرحله درمانگر به آموزش تنفس آرام و تن آرامی ماهیچه ای پیش رونده پرداخت. سپس مراجع رابا مدل A-B-C آشنا نمود و در پایان برگه ی ثبت A-B-C را تکمیل کرد.	ساختاری و محیطی
پنجم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خود آگاهی ۱	به مراجع در مورد اضطراب، اطلاعات مختصری داده شد. سپس به روش های کاهش اضطراب اشاره و در ادامه به طور همه گیر روش آرمیدگی عصبی -عضلانی به مراجع آموزش داده شد. سپس در بحث مقدماتی به خود آگاهی پرداخته شد.	روانشناختی و ساختاری
ششم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خود آگاهی ۲	در این جلسه به ادامه ی بحث در مورد خود آگاهی با مروری بر ابعاد خود، فواید خود آگاهی، ویژگی های افراد خود آگاه، تمرین های کسب خود آگاهی و فنون توانمند شدن پرداخته شد.	فرهنگی و روانشناختی
هفتم	مواجهه با رویداد آسیب زا	در این جلسه مشاور با تهیه یک بروشور که حاوی تصاویری (زلزله، سیل، آتش سوزی و...) که سبب ایجاد اختلال استرس پس از سانحه می شوند از روش آموزش مواجهه صوری با رویداد آسیب زا استفاده نمود.	محیطی و اجتماعی
هشتم	آموزش آرمیدگی و تصویر سازی هدایت شده	به آموزش فنون تن آرامی به منظور کاهش سطح اضطراب و برانگیختگی بیماران پرداخته شد. در ادامه به آموزش و اجرای تمرین تصویر سازی ذهنی هدایت شده اقدام و در نهایت به بحث پیرامون ورزش کردن روزانه و فواید آن پرداخته شد.	ساختاری و محیطی
نهم	باز آموزی و جهت گیری مجدد	در این مرحله با تشویق مراجع چه با ملامیت و چه با زور جهت دادن شروع می شود و بازآموزی و جهت گیری مجدد هماهنگ با هدف های درمان صورت می گیرد.	اجتماعی ساختاری

خانوادگی و اجتماعی	ابتدا به بحث پیرامون اهداف حمایت‌های اجتماعی و روانشناختی و لزوم حمایت‌های اعضای خانواده از بیماران پرداخته شد. در ادامه به بحث پیرامون حمایت اجتماعی، حمایت خانوادگی، تاثیرهای آن و حساسیت‌زدایی و ترس اجتماعی و خانوادگی پرداخته شد.	فراهم کردن حمایت اجتماعی	دهم
روانشناختی و محیطی	در این جلسه به مواجهه و بازسازی شناختی مراجع پرداخته شد. سپس سلسله مراتب اضطراب و ترس، تمرین مواجهه با بازسازی شناختی، پرکردن پرسشنامه اضطراب جهت بررسی اثر ترکیب مواجهه و بازسازی شناختی روی کاهش علائم پرداخته شد.	مواجهه و بازسازی شناختی	یازدهم
روانشناختی و اجتماعی	در این جلسه در ابتدا به آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری پرداخته شد. در ادامه به بیماران در مورد منبع کنترل، انواع آن و ویژگی‌های افراد دارای منبع کنترل درونی و بیرونی و لزوم حفظ منبع کنترل درونی پرداخته شد.	آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری	دوازدهم
اجتماعی و فرهنگی	در این جلسه به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و آموزش مهارت‌های ارتباط موثر با مشارکت آزمودنی‌ها پرداخته شد.	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۱	سیزدهم
اجتماعی و محیطی	در این جلسه، درمانگر ضمن مروری بر جلسه قبلی و بررسی تکالیف مراجع به ادامه بحث در مورد مهارت‌های اجتماعی (قاطعیت و جرات‌ورزی) پرداخت.	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۲	چهاردهم
	در این جلسه، درمانگر ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی و بررسی و ارزیابی تکالیف انجام شده با مشارکت کلیه بیماران پرداخته شد. در ادامه در لزوم حفظ مهارت‌های آموخته شده و اجرای آن‌ها در مواقع ضروری در موقعیت‌های واقعی زندگی تاکید گردید. در انتها از بیماران پس از آزمون گرفته شده و از آنها جهت مشارکت در جلسه‌ها تقدیر و تشکر به عمل آمد.	جمع بندی، اجرای پس آزمون و پی گیری	پانزدهم

**شیوه اجرا.** ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های

آماري مربوط به هر يك از متغيرهاي پژوهش محاسبه گرديد. در بخش آمار استنباطي از آزمون تحليل واريانس با اندازه‌گيري مكرر و نرم افزار SPSS-24 استفاده گرديده است. اين پژوهش با كد IR.IAU.SDJ.REC.1400.049 مورد تاييد كميته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامي واحد سنجق قرار گرفت.

### يافته‌ها

در اين پژوهش ۲۰ شركت كننده در دو گروه آزمون (۶ زن و ۴ مرد) و گواه (۵ زن و ۵ مرد) جاي گرفتند. ميانگين و انحراف استاندارد سن شركت كنندگان در گروه آزمون به ترتيب برابر با ۳۵/۶۰ و ۶/۹۲ سال و در گروه گواه به ترتيب برابر با ۳۶/۵۰ و ۶/۸۰ سال بود. در گروه آزمون ميزان تحصيلات ۵ نفر از شركت كنندگان زير ديپلم، ۳ نفر ديپلم و ۲ نفر ليسانس بود. در گروه گواه ميزان تحصيلات ۶ نفر از شركت كنندگان زير ديپلم، ۲ ديپلم و ۲ نفر ليسانس بود. در گروه آزمون ۴ نفر مجرد و ۶ نفر متاهل و در گروه گواه ۳ نفر مجرد و ۷ نفر متاهل بودند. در نهايت در هر دو گروه آزمون و گواه ۷ نفر از شركت كنندگان در زلزله دستكم يك نفر از اعضاي خانواده را از دست داده بودند. جدول ۱ ميانگين (انحراف استاندارد) و مقادير شاپيرو- ويلك (سطح معناداري) نشانه هاي اختلال استرس پس از سانحه (علائم تجربه مجدد، علائم اجتنابي و علائم برانگيختگي) در دو گروه و در سه مرحله پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري را نشان مي دهد.

جدول ۲. ميانگين (انحراف استاندارد) و مقادير شاپيرو- ويلك (سطح معناداري) نشانه هاي اختلال

استرس پس از سانحه و در سه مرحله پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري

متغير	گروه	پيش آزمون	پس آزمون	پيگيري
ميانگين (انحراف استاندارد)	علائم تجربه	۱۸/۷۰	۳/۱۶	۲/۸۳
	مجدد	۱۸/۳۰	۲/۹۸	۳/۳۹
	علائم	۲۷/۴۰	۴/۴۳	۳/۵۰
	اجتنابي	۲۵/۹۰	۴/۹۱	۴/۹۵
	علائم	۱۷/۸۰	۳/۵۰	۲/۳۵
	برانگيختگي	۱۸/۶۰	۳/۲۷	۳/۲۰
شاپيرو- ويلك (سطح معناداري)	علائم تجربه	۰/۹۷۸	۰/۹۵	۰/۰۹
	مجدد	۰/۹۷۹	۰/۹۵	۰/۲۷
	علائم	۰/۹۰۵	۰/۲۴	۰/۹۳
	اجتنابي	۰/۹۴۶	۰/۶۲	۰/۶۵
	علائم	۰/۹۶۴	۰/۸۲	۰/۳۱
	برانگيختگي	۰/۹۵۷	۰/۷۴	۰/۰۷

جدول ۲ نشان مي دهد كه ارزش شاپيرو- ويلك مربوط به هر يك از نشانه هاي اختلال استرس پس از سانحه در هر دو گروه و در هر سه مرحله اجرا در سطح ۰/۰۵ غير معنادار است. اين مطلب بيانگر آن است كه توزيع داده هاي مربوط به آن مؤلفه ها در هر دو گروه نرمال است. جدول ۳ مفروضه هاي

همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام‌باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی را نشان می‌دهد. جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس

#### و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

مؤلفه	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی
علائم تجربه مجدد	۱/۹۰	۰/۹۲	۱/۶۳	۲/۰۲	۰/۲۸	۰/۸۹۶
علائم اجتنابی	۰/۱۶	۰/۹۸	۰/۷۵	۸/۰۵	۱/۱۰	۰/۸۴۲
علائم برانگیختگی	۰/۴۵	۱/۷۱	۱/۸۳	۱۷/۵۸	۲/۳۹**	۰/۹۸۶

\*\*P < ۰/۰۱, \*P < ۰/۰۵

نتیجه آزمون لون در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس‌های خطای نمرات مربوط به هیچ یک از نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به سطوح متغیر وابسته برقرار است. اگرچه جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای علائم برانگیختگی برقرار نیست، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای ارزش F انحراف از مفروضه شدید نبوده و بنابراین می‌توان انتظار داشت که این میزان انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. در نهایت منطبق بر جدول ۳ نتایج آزمون موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هر سه نشانه اختلال استرس پس از سانحه در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر یک از سه نشانه برقرار است. در ادامه جدول ۴ نتایج تحلیل چند متغیری در آزمون اثر اجرای الگوی بومی درمان بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهد.

#### جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر نشانه‌های اختلال

##### استرس پس از سانحه

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	p	$\eta^2$
علائم تجربه مجدد	۰/۴۹۱	۸/۸۲	۱۷ و ۲	۰/۰۰۲	۰/۵۰۹
علائم اجتنابی	۰/۲۶۹	۲۳/۱۱	۱۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
علائم برانگیختگی	۰/۴۱۷	۱۱/۸۸	۱۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳



منطبق بر نتایج جدول ۴ اثر اجرای متغیر مستقل بر علائم تجربه مجدد ( $F=۰/۴۹۱$ ) لامبدای ویلکز،  $\eta^2=۰/۵۰۹$ ،  $P=۰/۰۰۲$ ،  $F=۸/۸۲$ ، علائم اجتنابی ( $F=۰/۲۶۹$ ) لامبدای ویلکز،  $\eta^2=۰/۷۳۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ،  $F=۲۳/۱۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$  و علائم برانگیختگی ( $F=۰/۴۱۷$ ) لامبدای ویلکز،  $\eta^2=۰/۵۸۳$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ،  $F=۱۱/۸۸$  در سطح  $۰/۰۱$  معنادار بود. در ادامه جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر اجرای الگوی بومی درمان بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر نشانه های اختلال استرس پس از سانحه

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	$\eta^2$
علائم تجربه مجدد	اثر گروه	۳۰۳/۷۵	۲۰۵/۱۰	۲۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	اثر زمان	۱۱۹/۰۳	۱۵۷/۴۵	۱۳/۶۱	۰/۰۰۲	۰/۴۳۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۳۱/۷۰	۲۷۱/۲۰	۱۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
علائم اجتنابی	اثر گروه	۷۷۰/۴۲	۳۷۳/۲۳	۳۷/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	اثر زمان	۳۶۶/۰۳	۳۳۷/۲۵	۱۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۸۰/۱۰	۵۷۹/۶۷	۱۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
علائم برانگیختگی	اثر گروه	۳۸۰/۰۲	۲۰۶/۸۳	۳۳/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
	اثر زمان	۸۱/۲۳	۱۵۶/۰۵	۹/۳۷	۰/۰۰۷	۰/۳۴۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۹۷/۶۳	۳۱۸/۰۷	۱۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳

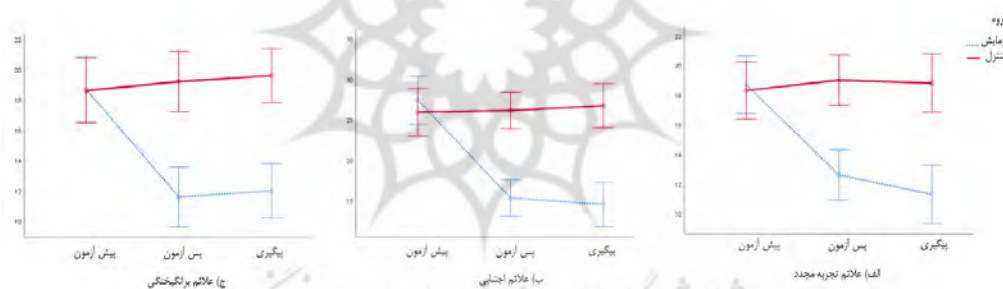
جدول ۵ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه× زمان برای علائم تجربه مجدد ( $F=۰/۴۰۳$ ،  $\eta^2=۰/۰۰۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )، علائم اجتنابی ( $F=۰/۴۹۵$ ،  $\eta^2=۰/۰۰۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) و علائم برانگیختگی ( $F=۰/۳۸۳$ ،  $\eta^2=۰/۰۰۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به نشانه های اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای نشانه های اختلال استرس پس از سانحه

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
علائم تجربه مجدد	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۷۰	۰/۹۴	۰/۰۲۹
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۴۵	۰/۹۴	۰/۰۰۵
	پس آزمون	پیگیری	۰/۷۵	۰/۷۱	۰/۹۲۳
علائم اجتنابی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۹۵	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۶/۰۵	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۰	۰/۹۸	۱/۰۰
علائم برانگیختگی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۲۵	۰/۹۰	۰/۰۰۶

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
علائم تجربه مجدد	آزمایش	گواه	-۴/۵۰	۰/۸۷
علائم اجتنابی	آزمایش	گواه	-۷/۱۷	۱/۱۸
علائم برانگیختگی	آزمایش	گواه	-۵/۰۳	۰/۸۸
پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۸۵	۰/۹۳	۰/۰۲۰
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۰	۰/۹۹	۱/۰۰

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه میانگین نمرات نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. علاوه بر نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته همراه با نمودار شکل ۱ نشان می‌دهد که تغییرات در میانگین نمرات نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بعد از اتمام دوره درمان همچنان پابرجا مانده است. شکل ۱ نمودارهای مربوط به نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودارهای مربوط به نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر طراحی یک الگوی بومی درمانی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که الگوی بومی درمانی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه اثر گذار بوده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های بشر پور و عینی (۱۴۰۰)، صادقی و نوقانی، تقوی لاریجانی، غفارزاده و همکاران (۱۴۰۰)، حشامی، بنی‌جمالی، کوشکی، خلعتبری و همکاران (۱۴۰۰)، ردامن و پیدفورت (۲۰۱۷)، یالدیز و دوری (۲۰۱۴)، ایتازاکی، استین، لوین و سولومون (۲۰۱۷)، هنیگسبرگ، کالمبر، پترویک و سسیک (۲۰۱۹)، اوماسو، هوتا، واتاناب و یوشیکاو (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در ایجاد اختلال استرس پس از سانحه ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی دخالت دارند؛ اما تأثیرات زیرمجموعه‌های این عوامل کلی و میزان نقش هر یک از آن‌ها و مستقیم یا غیرمستقیم

بودن ارتباطشان با اختلال استرس پس از سانحه و در شرایط مزمن، هنوز به وضوح مشخص نیست و کار چندانی بر آن صورت نگرفته است در انتخاب شیوه درمان نیز با توجه به نتایج مطالعات، مواردی مانند پیش بینی پاسخ به درمان در بیمار، مواد تشکیل دهنده پروتکل های درمانی روانی اجتماعی و در نظر گرفتن نقش عوامل متفاوت در ابتلا مهم اند (سورکمپ، ۲۰۱۵). با همه این اوصاف به نظر می رسد حتی اگر مطالعات تحقیقاتی سخت گیرانه تر و دقیق تر طراحی شود باز هم بر اساس داده ای حاصل از تحقیقات انجام شده، در حال حاضر، درمانهای روانی اجتماعی به احتمال زیادی پاسخ به درمان در حد متوسط را برای اختلال استرس پس از سانحه ایجاد میکنند و این میزان پاسخ نیز زمانی حاصل می شود که شیوه درمانی سازگاری بالایی با شرایط بیماران داشته باشد. پس به نظر میرسد استفاده از درمانهای ترکیبی در اختلال استرس پس از سانحه با موفقیت بیشتری بتواند همراه شود (سلیمی، ره نجات، ربیعی، فتحی آشتیان و همکاران، ۱۳۹۳).

این درمان ها به طور خاص می توانند در ترکیب روشهای مختلف درمانهای روانی به طور همزمان در اختیار درمانگران قرار گیرند. بنابراین پروتکل درمانی بومی مبتنی بر الگوی آسیب پذیری اختلال استرس پس از سانحه که در این مطالعه استفاده شد، مبتنی بر مقوله های اصلی عوامل روانشناختی، اجتماعی فرهنگی، محیطی، خانوادگی، ساختاری بود. بنابراین، با توجه به اهداف هر درمان در درمان ترکیبی - که مبتنی بر عوامل حاصل از الگوی بومی درمان اختلال استرس پس از سانحه بود - اهداف عمده که بتواند بر آن عامل مؤثر باشد، چنین دریافت شد: الف) درمان فراساخت از منظر این دیدگاه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه درگیر یک فرایند خود اصلاحی، جهت سازگاری و ترمیم اثرات روانی و عاطفی آسیب روانی می باشند اما سبک شخصی از تفکر و پاسخ های مقابله ای به دنبال آسیب روانی می تواند با فرایند خود اصلاحی تداخل و منجر به تداوم علایم و ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه شود (سورکمپ، ۲۰۱۵). این فرایند خود اصلاحی «انطباق بازتابی» نامیده می شود (والتون، ۲۰۰۵؛ یلماز، گنکوز و ولز، ۲۰۱۱). ب) درمان شناختی رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان شناسی شناختی و دانش شناخت پایه به وجود آمده است. روش های شناختی\_ رفتاری در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه پس از ضربه های چند گانه اثر بخش بوده و موجبات کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه از جمله: برانگیختگی شدید، افکار مزاحم و مداخله گر، بازگشت ناگهانی و کابوس شبانه، اجتناب، کرختی عاطفی و فقدان علاقه، آشفتگی خواب، اختلال خواب، اختلال تمرکز، تحریک پذیری و خشم، گوش به زنگی می شود همخوانی دارد (اصلانی، هاشمیان، لطفی کاظمی، مرضاعی، ۱۳۸۶). ج) در مطالعات متمرکز بر بازنمایی شناختی و عاطفی منفی براساس مدل پردازش انطباقی که یک مدل پردازش اطلاعات تسریع شده است. نتایج حاکی از آن بوده اند که باورهای منفی و خصوصیات شخصیتی نتیجه خاطرات و حافظه های ناکارآمد پیشین است (زرقی، زالی، تهرانی دوست و خدادای، ۱۳۹۱). براساس این مدل، این نشانگان به دلیل وجود حافظه های پردازش نشده پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده اند، شکل می گیرند. در کاربست حساسیت زدایی با حرکات چشم پرسش درباره خود شناخت طرح واره ها، لایه های عصبی بسیاری را درگیر می کند. در طی حساسیت زدایی با

حرکات چشم برای اولین بار این فرایندها به طور همزمان در مغز به وقوع می‌پیوندند (ابراهیم، ارتل، کتانی، اسماعیل و نونر، ۲۰۱۸).

پس، درمان مبتنی برالگوی بومی اختلال استرس پس از سانحه درواقع درمانی ترکیبی است وعلاوه برتأکید بر شناسایی، ارزیابی وپاسخ به تفکر، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان وآینده و کاستی‌ها، به افزایش پیوستگی های تقویتی محیطی، روابط میان فردی، نقش روابط اجتماعی و خانوادگی و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه و افزایش احساس مسئولیت پذیری، توجه ویژه ای دارد؛ موضوعاتی که احتمالاً بیشتر می‌توانند فردی با اختلال استرس پس از سانحه را از چرخه های معیوبی که در آن گرفتار شده است وبه سختی میتواند از آنها خارج شود، به آزادی بیشتری رهنمون سازند. بنابراین نتایج به دست آمد پیشنهاد می‌شود بررسی اجزاهریک از مقوله های مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه که در کاهش انرژی ونیزانگیزه نقش بسزایی دارد - مورد توجه درمانگر اختلال استرس پس از سانحه قرار گیرند (ژانگ، دوان، زو، جیا، بای و همکاران، ۲۰۱۵). بیماران با اختلال استرس پس از سانحه معمولاً نشانه هایشان را طوری که کاملاً خارج از کنترل شان است، تجربه می‌کنند؛ بررسی و مرور ابعاد مذکور می‌تواند در کنترل نسبی شرایط از سوی آنان کمک کننده باشد. همچنین، آشنایی درمانگران با این عوامل سبب میشوددر مواجهه با افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، راهبردهای پیشگیرانه به منظورعدم ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در آینده اعمال شود (جین و لی، ۲۰۱۵). همچنین، درمصاحبه تشخیصی و بررسی عوامل سبب از این اختلال، مواردمذکوردراین مقوله ها لحاظ شود و از بیماران اطلاعات دقیقی اخذ گردد؛ زیرا داده های حاصل ازالگوی اختلال استرس پس از سانحه، منطبق بر جامعه ایرانی است و توجه به این اطلاعات علاوه بر مد نظر قرار دادن نتایج مطالعات پیشین، می‌تواند در تحلیل واقعبینانه تر شرایط بیماران کمک بسزایی کند. درنهایت، با توجه به پروتکل درمانی بومی مبتنی برالگوی بومی اختلال استرس پس از سانحه دراین مطالعه، پیشنهادمی‌شود به منظور توجه به مقوله های اصلی متمرکزدراین پروتکل (روانشناختی، اجتماعی فرهنگی، محیطی، خانوادگی، ساختاری)، درمانگر اختلال استرس پس از سانحه آشنایی مناسبی با اجزاء درمانی این بسته درمانی ترکیبی، فراشناخت و درمان شناختی-رفتاری و حساسیت زدایی با حرکات چشم که براساس تحقیقات پیشین، براین مقوله های اصلی مؤثر بوده اند-داشته باشند.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از مساعدت کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌نمائیم.

## مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- اسدی، سعیده، و شرقی، علی. (۱۳۹۹). بررسی نقش مکان‌گزینی سرپناه اضطراری و موقت در فضای سبز و بازی بر تاب‌آوری روانی کودکان مورد مطالعه‌ی: زلزله ۱۳۹۶ کرمانشاه. *فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران*، ۱۰(۱)، ۹-۲۲.
- اصلانی، مه‌ری، هاشمیان، کیانوش، لطفی کاشانی، فرح، و میرزایی، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی درمانی شناختی رفتاری (CBT) در بیماران مزمن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به دلیل جنگ. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱ (۳): ۶-۱۷.
- بشروپور، سجاد، و عینی، ساناز. (۱۴۰۰). تدوین مدل علی رضایت از زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بر اساس تنهایی: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *علوم مراقبتی نظامی*، ۸ (۳): ۲۱۷-۲۰۶.
- بهروز، بهزاد، گل‌محمدیان، محسن، و حجت‌خواه، محسن. (۱۴۰۰). رابطه‌ی علی تنظیم هیجان با گرایش به ایده‌پردازی خودکشی با میانجی‌گری رضایت زناشویی در زنان زلزله دیده. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱): ۹۱-۱۰۷.
- عوضی، علیرضا، نوربالا، احمدعلی، و میثمی، علی پاشا. (۱۳۹۵). مقایسه شیوع اختلال استرس پس از سانحه، ۱۸ ماه پس از زلزله بم در دو شهر بم و کرمان. *مجله نجات و امداد*، ۸ (۱): ۲-۱۱.
- فلاح، سمیرا، میهن‌دوست زینب، و مامی، شهرام. (۱۳۹۸). رابطه علی بین حافظه فعال، اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری سرسختی روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زلزله شهرستان سرپل ذهاب. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۴ (۶): ۶۹-۶۱.
- حمیدی، فریده، و سبحانی‌تبار، شعیب. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانگری نمایشی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در دانش‌آموزان ابتدایی مناطق زلزله‌زده شهرستان ثلاث باباجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶ (۴): ۴۱۷-۴۰۰.
- هاشمی، سیران، بنی‌جمالی، شکوه، کوشکی، شیرین، خلعتبری، جواد، و نصراللهی، بیتا. (۱۳۹۹). اثربخشی حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد حرکت چشم در خودتنظیمی و علائم اختلال استرس پس از سانحه و پیگیری ۶۰ روزه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۵ (۵۷): ۶۷-۸۳.
- صادقی، زهرا، نوقانی، فاطمه، تقوی لاریجانی، ترانه، غفارزاده، مینا، حجتی، حمید، مهران، عباس، و همکاران. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط تجارب معنوی روزانه و استرس ادراک شده با خودکارآمدی همسران جانبازان مبتلا

به اختلال استرس پس از سانحه (ناشی از جنگ) در استان گلستان. سلامتی، معنویت و اخلاق پزشکی. ۱ (۸): ۵۵-۶۲.

سلیمی، سیدحسین، راهنجات، امیرمحسن، ربیعی، مهدی، فتحی آشتیانی، علی، و دباغی، پرویز. (۱۳۹۳) بررسی و تجزیه و تحلیل در مورد درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه بررسی سیستماتیک. پرستار و پزشک در رزم. ۲۵ (۱): ۳۸-۴۵.

## References

- Aker, A. T. (2006). 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.
- Alizad, M., Asl, M., Sadr al-Ashrafi, M., Pourali, M., Eshaghi Serdrud, S. (2011). Traumas and psychological interventions after trans-traumatic earthquake on post-traumatic research. National Conference on Pathology and Planning the Effects of the August 12 Earthquake in East Azerbaijan Province.
- American Psychiatric Association, Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M. B., & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62(2), 686-694.
- Bacher, J., Minka, S. (2007). Psychopathology, Volume 1, Translation by Yahya Seyed Hamdi, 2018, 8th Edition, Tehran: Arasbaran Publications.
- Bomyea, J., & Lang, A. J. (2016). Accounting for intrusive thoughts in PTSD: Contributions of cognitive control and deliberate regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 192, 184-190.
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., ... & Hadzi-Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), e249-e258.
- Henigsberg, N., Kalember, P., Petrović, Z. K., & Šečić, A. (2019). Neuroimaging research in posttraumatic stress disorder—focus on amygdala, hippocampus and prefrontal cortex. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 90, 37-42.
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Itzhaky, L., Stein, J. Y., Levin, Y., & Solomon, Z. (2017). Posttraumatic stress symptoms and marital adjustment among Israeli combat veterans: The role of loneliness and attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 655.
- Jin, Y., & Li, J. (2015). Prospective study of posttraumatic stress in adolescents 6 and 24 months after the 2010 Yushu earthquake in China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(9), 679-683.
- Lee, K. S., Joo, S. Y., Seo, C. H., Park, J. E., & Lee, B. C. (2019). Work-related burn injuries and claims for post-traumatic stress disorder in Korea. *Burns*, 45(2), 461-465.
- Omasu, F., Hotta, Y., Watanabe, M., & Yoshioka, T. (2018). The Relationship between Post-Traumatic Stress Disorder and Self-Esteem along with the Importance of Support for Children. *Open Journal of Preventive Medicine*, 8(04), 95.

- Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation, 1*(1), 11-17.
- Surcamp, J. R. (2015). Applied logotherapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in men and women United States Army Veterans.
- Walton, D. (2005). "A randomized controlled trial of meta cognitive and exposure therapy for PTSD". UK: The University of Manchester, School of Psychological Sciences.
- Yıldız, M. A., & Duy, B. (2014). Adaptation of the short-form of the UCLA loneliness scale (ULS-8) to Turkish for the adolescents.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 389-396.
- Yoon, S., & Kim, Y. K. (2019). Neuroendocrinological treatment targets for posttraumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 90*, 212-222.
- Zhang, W., Duan, G., Xu, Q., Jia, Z., Bai, Z., Liu, W., ... & Tian, W. (2015). A cross-sectional study on posttraumatic stress disorder and general psychiatric morbidity among adult survivors 3 years after the Wenchuan earthquake, China. *Asia Pacific Journal of Public Health, 27*(8), 860-870.
- Zhang, W., Duan, G., Xu, Q., Jia, Z., Bai, Z., Liu, W., ... & Tian, W. (2015). A cross-sectional study on posttraumatic stress disorder and general psychiatric morbidity among adult survivors 3 years after the Wenchuan earthquake, China. *Asia Pacific Journal of Public Health, 27*(8), 860-870.

\*\*\*

## فهرست اختلال پس از ضربه (PCL)

عبارات	اصلا	خیلی کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱ تکرار خاطرات، افکار یا تصاویر ناراحت کننده از تجربه استرس آور	۱	۲	۳	۴	۵
۲ رویاهای تکراری ناراحت کننده در خواب و بیداری از تجربه استرس زا	۱	۲	۳	۴	۵
۳ ناگهانی عمل کردن یا احساس اینکه تجربه استرس زای گذشته دوباره در حال اتفاق افتادن است (مثل اینکه آن تجربه برای شما دوباره زنده می شود).	۱	۲	۳	۴	۵
۴ احساس پریشانی زیاد هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد.	۱	۲	۳	۴	۵
۵ داشتن واکنش های جسمانی ( نظیر تپش قلب، اشکال در تنفس، عرق کردن) هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد.	۱	۲	۳	۴	۵
۶ اجتناب از تفکر یا صحبت در مورد یک تجربه استرس آور گذشته یا اجتناب از داشتن احساسات مربوط به آن	۱	۲	۳	۴	۵
۷ اجتناب از بعضی فعالیت ها یا موقعیت هایی به این دلیل که شما را به یاد تجربه استرس آور گذشته می اندازد.	۱	۲	۳	۴	۵
۸ زحمت در به یادآوری قسمت های مهم یک تجربه ناراحت کننده	۱	۲	۳	۴	۵
۹ از دست دادن علاقه یا لذت نبردن از فعالیتهایی که قبلا به آنها علاقه داشته اید یا از آن لذت می برده اید.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰ احساس فاصله یا بریدگی از مردم	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	۱۱ احساس کرختگی عاطفی (بی تفاوتی عاطفی) یا ناتوانی در برقراری احساس علاقه و عشق نسبت به افراد نزدیک به خودتان
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲ داشتن این احساس که آینده شما به طریقی کوتاه شده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳ اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴ احساس تحریک پذیری یا داشتن حملات خشم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵ مشکل برای تمرکز کردن
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶ فوق العاده هوشیار بودن یا مراقب بودن یا در حالت دفاعی بودن
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷ احساس از جا پریدن یا به آسانی از جا پریدن





## Designing an indigenous treatment model and evaluating its effectiveness on the symptoms of post-traumatic stress disorder in women and men who survived the Kermanshah earthquake

Tariq. Khosravi<sup>1</sup>, Mahmoud. Gudarzi<sup>\*2</sup> & Hamzah. Ahmadian<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The current research was conducted with the aim of designing a native treatment model and evaluating its effectiveness on the symptoms of post-traumatic stress disorder. **Method:** The current research population includes all the women and men who survived the Kermanshah earthquake in the cities of Salas Babajani and Sarpol-Zahab, and after obtaining the codes and compiling and implementing the local treatment model, two experimental and proof groups, 10 people each, a total of 20 people by sampling method were selected and randomly assigned to two experimental and control groups. The post-traumatic stress disorder questionnaire was used for the implementation of the present study. The treatment model consists of 15 sessions that were taught to the clients during fifteen weeks. Each training session of the indigenous treatment model (researcher-made) lasted about 100 minutes. **Results:** The findings showed that re-experience symptoms ( $P=0.001$ ,  $F=12.15$ ), avoidance symptoms ( $P=0.001$ ,  $F=17.65$ ), and arousal symptoms ( $P=0.001$ ,  $F=11.18$ ) were significant at the level of 0.01. In the experimental group, the mean scores of symptoms of post-traumatic stress disorder decreased in post-test and follow-up stages compared to the control group. The mean difference between post-traumatic stress disorder symptoms in post-test and follow-up stages was 0.05. This finding shows that changes in the mean scores of symptoms of post-traumatic stress disorder remained paparaja after the end of the treatment period. **Conclusion:** It can be concluded that this method of treatment is effective for people suffering from post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** indigenous therapy model, symptoms of post-traumatic, stress disorder

---

1. PhD student, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. \*Corresponding Author: Associate Professor, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran  
Email: mg.sauc@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran