رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۰، شماره پیاپی ۷۹، دی ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(10), 2023

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

The effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on anxiety sensitivity, sleep quality and emotion regulation in patients with post-traumatic stress disorder

محمد جواد لواف آرانی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
سعیده صادقی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
محمد لکی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد اندیمشک، اندیمشک، ایران.
نگین دهقانی سانیج
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
فاطمه رجبی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه صورت گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره‌های پیگیری دو ماهه و چهار ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹- ۱۴۰۰ با اختلال استرس پس از سانحه بودند، که از بین آن‌ها ۴۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگذاری شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم هیجان (ERQ) گروس و جان (۲۰۰۳)، مقیاس حساسیت اضطرابی-۳ (ASI-3) تیلور و کاکس (۱۹۹۸)، شاخص کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI) بویس و همکاران (۱۹۸۹) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر متغیرهای وابسته در مرحله‌ی پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). بررسی دوره‌های پیگیری نشان داد که بین دوره‌های پیگیری و پس‌آزمون در واقع تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۱). لذا این نشان دهنده ماندگاری اثر درمان در طول زمان است. از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که از درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر می تواند به عنوان رویکردی موثر در تعدیل و بهبود مشکلات روان-شناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال استرس پس از سانحه، تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، کیفیت خواب.*

Mohammad Javad Lavaf Arani
MSc in Clinical Psychology, Departmant of Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Science, Zahedan, Iran.
Saeede Sadeghi
MSc in Clinical Psychology, Departmant of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.
Mohamad Laki
MSc in Clinical Psychology, Departmant of Clinical Psychology, Andimeshk Branch of Azad University, Andimeshk, Iran.
Negin Dehghani Sanij
Master of General Psychology, Department of Psychology, Bou Ali Sina University, Hamedan, Iran.
Fatemeh Rajabi*
MSc in Clinical Child and Adolescent Psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. *Sh.rajaabi@gmail.com*

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of the unified trans-diagnostic treatment on emotion regulation, anxiety sensitivity, and sleep quality in people with post-traumatic stress disorder. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and control group with 2-month and 4-month follow-up periods. The statistical population included all patients referred to psychological counseling centers in Kermanshah in the years 1399-1400 with post-traumatic stress disorder, from which 40 people were selected in an accessible and purposeful manner and randomly assigned to experimental (n=20) and control (n=20) groups. In order to collect data from the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) by Gross and john (2003), Anxiety Sensitivity Inventory-3 (ASI-3) by Taylor & cox (1998), and Pitesbourg Sleep Quality Index (PSQI) buysee et al (1989) were used. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results of the analysis showed that unified trans-diagnostic treatment led to a significant improvement in anxiety sensitivity, sleep quality, and emotion regulation in people suffering from post-traumatic stress disorder (P<0/01). The examination of the follow-up periods showed that there was no significant difference between the follow-up and post-test periods (P>0/01). Therefore, this shows the persistence of the treatment effect over time. From the above findings, it can be concluded that unified transdiagnostic treatment can be used as an effective approach to modify and improve the psychological problems of people with post-traumatic stress disorder.

Keywords: *Post-Traumatic Stress Disorder, Emotion Regulation, Anxiety Sensitivity, Unified Trans-Diagnostic Treatment, Sleep Quality.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : خرداد ۱۴۰۱** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

مقدمه

مواجهه با تروما برای افراد شایع است و با بدکارکردی روانشناختی، به طور خاص، استرس پس از تروما[1] و توسعه اختلال استرس پس از سانحه[2] همراه است (سلدجسکی[3] و همکاران، ۲۰۰۸). اختلال استرس پس از سانحه مجموعه واکنش‌هایی است که انسان در مواجهه با استرس‌های خارج از قدرت تحملش مانند جنگ، تجاوز، حادثه و بلایای طبیعی از خود بروز می‌دهد. حوادثی که سبب این اختلال می شوند، آن قدر ناتوان کننده هستند که می‌توانند فرد را از پا درآوردند (رادفر و همکاران، ۲۰۱۲). PTSD از جمله بیماری‌های مزمنی است که به صورت برانگیختگی زیاد، اجتناب و تجربه حوادث آسیب‌زا خود را نشان می‌دهد (لهاووت[4] و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال تاثیر زیادی بر زندگی فرد دارد و زندگی روانی و عملکرد اجتماعی فرد را مختل می‌کند و سبب کاهش سطح سلامت روانشناختی فرد می‌شود (هرولد[5] و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، تعیین و مشخص کردن درمان‌های موثر برای کاهش نشانه‌های PTSD امری ضروری است.

حساسیت اضطرابی یک عامل خطر است که لزوم انجام مطالعات بیشتر با هدف کاهش نشانه‌های PTSD در افرادی که با تروما مواجه شده‌اند را ایجاد می‌کند. حساسیت اضطرابی یا ترس از ترس، میزانی که فرد اضطراب و احساس‌های مربوط به اضطراب را به خاطر داشتن تبعات جسمانی، شناختی و اجتماعی منفی و مضر آن ارزیابی می‌کند را منعکس می‌کند (مک نالی[6]، ۲۰۰۲). حساسیت اضطرابی یک عامل مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی از جمله PTSD می‌باشد (مرادی منش و همکاران، ۲۰۰۷؛ استفنسون و همکاران، ۲۰۰۹) که واکنش‌های استرس پس از سانحه را حداقل به دو روش ایجاد می‌کند. اول این‌که افراد با حساسیت اضطرابی به استرسور تروماتیک پاسخ شدیدتری می‌دهند که ممکن است حساسیت به تروما را افزایش دهد، آستانه واکنش ترس به رخداد تروماتیک را کاهش و احتمال مواجهه با استرسورهای نسبتاً غیر مهم زندگی را افزایش دهد، در نتیجه واکنش‌های ناسازگار و مضر بعد از تروما را دامن می‌زند. دوم، رخداد تروماتیک ممکن است هم حساسیت اضطرابی و هم پریشانی پس از تروما را ایجاد کند که نهایتاً باعث تقویت و توسعه یافتن واکنش‌های مضر و خطرناک می‌شود. مطالعات شواهدی فراهم کرده‌اند که نشان می‌دهند حساسیت اضطرابی افراد خاصی را برای افزایش خطر واکنش‌های استرس پس از سانحه مستعد می‌کند (اسموندسان و استپلتون[7]، ۲۰۰۸؛ کولیمر[8] و همکاران، ۲۰۰۸).

از دیگر سو، با توجه به این‌که شیوع بیش برانگیختگی فیزیولوژیکی در PTSD شایع است، تعجب‌آور نیست که مسائل و مشکلات خواب نیز در این جمعیت شایع باشد (مک لی[9] و همکاران، ۲۰۱۰). اختلالات خواب شایع‌ترین علامت را در جمعیتی که با حادثه استرس‌زا مواجه شده باشد، تشکیل می‌دهد و در واقع جز طبیعی پاسخ فرد به حوادث استرس‌زا محسوب می‌شود. در واقع نابهنجاری خواب جز بخش E معیارهای تشخیصیPTSD می‌باشد (میرهوف[10] و همکاران، ۲۰۱۴). باقی ماندن شکایات خواب پس از مواجهه با عامل استرس‌زا می‌تواند به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای ابتلا به PTSD محسوب شود و افرادی که مشکلات خواب آنها به زودی پس از حادثه استرس‌زا برطرف می شود، معمولا به PTSD دچار نمی‌شوند (ون ویک[11] و همکاران، ۲۰۱۶). در جمعیت دارای PTSD درمان بی‌خوابی از طریق درمان شناختی-رفتاری نشانه‌های PTSD را کاهش داد (المر[12] و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین می‌توان گفت که کیفیت خواب یک عامل مهم و قابل اصلاح است که می‌تواند شدت PTSD را کاهش دهد.

همچنین افراد دارای PTSD از تنظیم هیجانی معیوب رنج می‌برند (فریون و همکاران، ۲۰۱۲). اختلال استرس پس از سانحه بیانگر پاسخ شدید در برابر یک عامل تنش‌زای شدید است که به صورت اضطراب، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب روانی و حرکتی در پاسخ‌های هیجانی و عاطفی ظاهر می‌شود (بودن[13] و همکاران، ۲۰۱۳). تنظیم هیجان شامل فرایندهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای است که منجر

1 . Posttraumatic Stress
2 . Posttraumatic Stress Disorder
3 . Sledjeski
4 . Lehavot
5 . Herold
6 . Mcnally
7 . Asmundson & Stapleton
8 .Collimor
9 . Mclay
10. Meyerhoff
11 . Van wyk
12 . Ulmer
13 . Boden

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

به تعدیل تجارب هیجانی فرد می‌شود (گروس[1]، ۱۹۹۸). تنظیم هیجان[2]، شامل تعدادی از تکنیک‌های شناختی می‌شود. این استراتژی‌ها به یک اندازه ارزشمند نیستند، به این معنا که بعضی از راهبردهای تنظیم هیجان مفید یا سازگارانه هستند، در حالی که دیگر راهبردها این گونه نمی‌باشند. برای مثال سرکوب بیانی[3] (تلاش برای نگهداری یا پنهان کردن هیجانات) پیش‌بینی کننده نتایج هیجانی ضعیف مثل اضطراب است. در حالی که ارزیابی مجدد شناختی[4](چارچوب‌دهی مجدد شرایط هیجانی، تا شرایط کمتر هیجانی باشد) پیش‌بینی‌کننده کارکرد هیجانی سالم است (گروس،۲۰۰۲). افراد با PTSD تمایل به استفاده از سرکوب بیانی بیشتر دارند این در حالی است که استفاده مفرط از سرکوب بیانی، کارکرد شناختی ضعیف را توسعه می‌دهد (بودن[5] و همکاران، ۲۰۱۳).

از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه قرارگرفته است و مطالعات اثربخشی آن را بر اختلال PTSD نشان داده‌اند، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر[6] است (گله گیریان و همکاران ، ۱۴۰۰). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر توسط بارلو[7]و همکاران تدوین شده است (بارلو[8] و همکاران، ۲۰۱۷). برخلاف درمان‌هایی که صرفا یک اختلال را هدف درمان قرار می‌دهند، نتایج تحقیقات نشان داده بین اختلالات هیجانی همپوشانی فراوانی هم از لحاظ تشخیصی و هم از لحاظ عوامل زیربنایی وجود دارد که عدم توجه به این مسائل منجر به نرخ عود بالا و تشدید مشکلات روانشناختی بیماران در طول زمان می‌شود. لذا یکی از دلایلی که منجر به شکل‌گیری این درمان شد هدف قرار دادن چندین اختلال به طور همزمان و درمان عوامل مشترک اختلالات هیجانی است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷؛ فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲). پروتکل درمان یکپارچه افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به خصوص افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده و یک درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان است. این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آنها را تجربه کنند و پاسخدهی هیجانی نامتناسب به نشانه های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش کنند تا منجر به کارکرد بهینه در این افراد شود (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ پاینه[9]و همکاران،۲۰۱۴). اثربخشی این نوع درمان در اختلال‌های هیجانی در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است (نیبی[10]و همکاران، ۲۰۱۵). ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند به عنوان مداخله‌ای موثر بر افزایش کیفیت خواب و کاهش طرحواره‌های هیجانی پرستاران مضطرب موثر باشد. پژوهش‌های دیگر اثربخشی این درمان را بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری را نشان دادند (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین می توان به نتایج مطالعه زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) اشاره کرد که نشان دادند درمان فراتشخیصی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان دانشجویان اثربخش است.

باتوجه به پیامدهای اختلال استرس پس از سانحه که تمامی ابعاد زندگی افراد از جمله ابعاد جسمانی، هیجانی، اجتماعی و اقتصادی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و آثار این پیامدها می‌توانند حتی بعد از سال‌ها با فرد باقی بمانند، اجرای پروتکل‌های درمانی که پایه‌های مشترک آسیب شناختی اختلال‌های روانی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجارب هیجانات درونی و تداوم اختلال‌های روانی داشته باشد. علاوه بر آن، تاثیر مستقیمی بر کاهش علائم و نشانه های اختلال PTSD در افراد داشته باشد. با توجه به آنچه گفته شد هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به PTSD می باشد.

روش

این پژوهش به لحاظ روش، طرح نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه و چهار ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز درمان اختلالات روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰

1 . Gross
2 . Emotion Regulation
3 . Expressive Supression
4 . Cognitive Reappraisal
5 . Boden
6 . Trans Diagnostic Treatment
7 . Barlow
8 . Barlow
9 . Payne
10 .Newby

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

بودند که بعد از زلزله در این شهر، تشخیص اختلال PTSD را دریافت کرده بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین افراد واجد شرایط تعداد ۴۰ نفر وارد پژوهش شدند و به صورت تصادفی به دو گروه گواه و آزمایش جایگذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، سن ۲۰ تا ۵۰ سالگی، تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی، دریافت تشخیص PTSD براساس مصاحبه تشخیصی و اجرای مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی حداقل نمره توسط روانشناس یا روانپزشک و عدم سابقه‌ی سوء مصرف مواد در طول یک‌سال اخیر. ملاک‌های خروج شرکت کنندگان از مطالعه نیز عبارت بودند از : مصرف داروهای اعتیادآور، شرکت در جلسات درمانی دیگر هم‌زمان با این درمان، عدم شرکت در یکی از مراحل انجام آزمون‌های پژوهش یعنی پیش آزمون و پس آزمون و بیش از ۳۰ دقیقه غیبت در جلسات درمانی.

روش پژوهش به این صورت بود که شرکت کنندگان با استفاده از یک لیست شمارش تصادفی توسط یک پژوهشگر مستقل به دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. پیش از شروع مداخله تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. هر کدام از این گروه‌ها ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بارلو و همکاران (۲۰۱۱) را به صورت هفتگی دریافت کردند که محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است. آزمودنی‌ها یک روز پیش از مداخله، یک روز پس از مداخله و در پیگیری دو ماهه و چهار ماهه مورد سنجش قرار گرفته‌اند. بعد از اتمام درمان ۱۸ نفر از گروه آزمایش و ۱۷ نفر از گروه کنترل پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری را تکمیل کردند. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش تمامی شرکت‌کننده‌ها با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، تمامی اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی ماند، شرکت‌کنندگان می‌توانستند هر زمان که خواستند درمان را ترک کنند. همچنین بعد از اتمام پژوهش، درمانی که به روی گروه آزمایش اجرا شد بر روی گروه گواه نیز اعمال گردید. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزارSPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان[1] (ERQ): این پرسشنامه توسط گروس و جان[2] (۲۰۰۳) برای بررسی تنظیم هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۱۰ آیتم و دو زیر مقیاس سرکوب بیانی و ارزیابی مجدد شناختی می باشد، که بر اساس یک مقیاس پنج درجه لیکرتی درجه بندی می شود. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تایید (۰/۸۱) و ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و سرکوب و بیانی ۰/۷۳و پایایی بازآزمایی سه ماهه برای هر دو زیر مولفه ۰/۶۹ به دست آمد (گراس و جان،۲۰۰۳). پایایی این ابزار برای نمونه ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۶ و برای سرکوب بیانی ۰/۷۲ گزارش شد. نتیجه روایی واگرایی و همگرایی این مقیاس با اضطراب صفت-حالت برای زیر مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برابر با ۰/۲۴- بود و برای فرونشانی برابر با ۰/۲۸ بود (فروغی و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر مقدار پایایی تنظیم هیجان با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

مقیاس حساسیت اضطرابی[3]-۳ (ASI-3): تیلور و کاکس[4] (۱۹۹۸) فرم تجدید نظر شده این پرسشنامه را که توسط رایس و پترسون طراحی شده بود ارائه دادند و ابعاد پرسشنامه را از ۳ به ۴ و تعداد ماده‌های پرسشنامه را از ۱۶ به ۳۶ افزایش دادند، که با یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (۰-۴) اندازه گیری می شود. زیرمولفه‌های این پرسشنامه شامل: ترس از نشانه‌های قلبی-معده-روده ای، ترس از نشانه های تنفسی، ترس از واکنش اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم کنترل شناختی می باشد. ضریب همسانی درونی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و ضریب همبستگی بین شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی اولیه ۰/۹۴ گزارش شده است. نتایج مطالعه تیلور و کاکس (۱۹۹۸) حاکی از آن است که شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی دارای روایی و پایایی۰/۹۰ و ابزار مفید و موثر برای ارزیابی و سنجش حساسیت اضطرابی است (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸). در مطالعه ایرانی، اعتبار این پرسشنامه بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل پرسشنامه به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شده است است (مرادی منش و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر مقدار پایایی حساسیت اصطرابی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

1 . Emotion Regulation Questionnaire
2 . Gross & John
3 . Anxiety Sensitivity Inventory
4 . Taylor & Cox

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ[1] (PSQI): این پرسشنامه توسط بویس[2] و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شد. که شامل ۱۸ سئوال در هفت جزء (کیفیت خواب ذهنی، تاخیر به خواب رفتن، مدت زمان خواب، کارایی و موثر بودن خواب، اختلالات خواب، داروهای خواب آور، عملکرد نامناسب در طول روز) با مقیاس لیکرت ۳ درجه ای می‌باشد. دامنه نمرات ۰ تا ۲۱، مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء را تشکیل می دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۳ و حساسیت و ویژگی های بازآزمایی آن را به ترتیب ۸۹/۶، ۸۶/۵ و ۰/۸۷ و روایی شاخص را ۸۹/۶ را گزارش کرده اند (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). در مطالعه ایرانی حساسیت این پرسشنامه ۸۸/۵، ویژگی ۸۷/۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷گزارش شده است (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر مقدار پایایی حساسیت کیفیت خواب پیتزبورگ با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر

جلسه	صورت جلسه
اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق درمان و اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدلARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای هیجان خاست (EDBs)، آشنایی و شناسایی آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان خاست ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت کننده

یافته‌ها

نتایج نشان داد بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). میانگین سنی گروه آزمایش ۳۰/۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۲۹/۴۵ سال بود. تعداد زنان و مردان برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۲ (۰/۶۰) و ۸ (۰/۴۰) نفر بودند. همچنین تعداد زنان و مردان برای گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۱ (۰/۵۵) و ۹ (۰/۴۵) نفر بود. در گروه آزمایش آزمودنی‌ها از نظر تحصیلات دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا به ترتیب ۹ (۰/۴۵)، ۶ (۰/۳۰)، ۳ (۰/۱۵) و ۲ (۰/۱۰) نفر بودند. همچنین در گروه کنترل آزمودنی‌ها از نظر تحصیلات دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا به ترتیب ۸ (۰/۴۰)، ۷ (۰/۳۵)، ۴ (۰/۲۰) و ۱ (۰/۰۵) نفر بودند. از نظر تاهل در گروه آزمایش ۱۲ (۰/۶۰) نفر مجرد و ۸ (۰/۴۰) نفر متاهل بودند. اما در گروه کنترل ۱۱ (۰/۵۵) نفر مجرد و ۹ (۰/۴۵) متاهل بودند.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری دو ماهه و چهار ماهه در جدول ۲ گزارش شده است.

1 . Pitesbourg Sleep Quality Index
2 . Buysse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری ۲ ماهه		پیگیری ۴ ماهه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خواب	آزمایش	۱۸/۳۰	۲/۹۴۰	۱۲/۷۵	۲/۹۰۰	۱۲/۶۵	۲/۴۷۷	۱۱/۹۰	۳/۲۱۰
	کنترل	۱۸/۹۰	۲/۵۱۱	۱۶/۸۰	۲/۸۷۶	۱۶/۰۰	۲/۱۷۶	۱۶/۹۵	۳/۰۶۹
حساسیت اضطرابی	آزمایش	۶۳/۱۵۰	۵/۷۴۳	۴۶/۴۰۰	۵/۳۲۵	۴۳/۶۰۰	۳/۱۵۲	۴۳/۹۵۰	۶/۹۲۴
	کنترل	۶۰/۴۰۰	۴/۸۰۶	۵۶/۷۰۰	۵/۰۶۹	۵۵/۰۰	۶/۱۰۴	۵۳/۴۵۰	۵/۸۸۹
ارزیابی مجدد	آزمایش	۲۷/۹۰	۲/۶۲۱	۳۶/۴۰	۳/۳۹۲	۳۴/۸۵	۳/۱۱۷	۳۴/۷۵	۳/۰۸۶
	کنترل	۲۷/۷۵	۳/۲۴۶	۳۱/۸۰	۲/۴۱۹	۳۰/۹۰	۳/۸۶۵	۲۸/۲۵	۲/۷۳۱
سرکوبی	آزمایش	۱۸/۵۵	۳/۰۸۶	۱۳/۰۵	۳/۳۰۰	۱۳/۵۵	۲/۴۱۷	۱۳/۵۵	۲/۵۸۵
	کنترل	۱۸/۳۵	۲/۷۵۸	۱۸/۵۵	۳/۷۲۰	۱۸/۴۰	۳/۵۴۵	۱۶/۷۰	۲/۸۱۲

همان‌گونه که نتایج بالا نشان می‌دهد میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در متغیرهای کیفیت خواب، حساسیت اضطرابی و سرکوبی کاهش اما میانگین نمرات ارزیابی مجدد در این شرکت‌کنندگان افزایش یافته است.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض‌ها، نتایج آزمون‌های شاپیروویلک، M باکس، کرویت موچلی، و لون بررسی شد. قبل از تحلیل استنباطی ابتدا نرمالی داده‌ها برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (۰/۹۸۱، ۰/۷۳۷ =P)، خواب (۰/۹۵۸، ۰/۱۴ =P)، فرونشانی (۰/۹۸۰، ۰/۶۹۱ =P) و ارزیابی مجدد شناختی (۰/۹۶۱، ۰/۱۸ =P) توسط آزمون شاپیرو ویلک تایید شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (M باکس=۱۴/۱۳۴، ۰/۲۵۲ =P)، خواب (M باکس=۸/۴۴۵، ۰/۶۸۰ =P)، فرونشانی (M باکس=۵۰/۱۹۲، ۰/۳۴۸ =P) و ارزیابی مجدد شناختی (M باکس=۵۰/۱۹۲، ۰/۳۴۸ =P) معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شد. همچنین در آزمون لون با توجه به مقدار به دست آمده برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (۰/۰۱۳، ۰/۹۱ =P)، خواب (۰/۰۶۷، ۰/۷۹۸ =P)، فرونشانی (۰/۰۰۹، ۰/۹۲۵ =P) و ارزیابی مجدد شناختی (۰/۱۹۷، ۰/۶۶۰ =P) همسانی خطای واریانس‌ها تایید شد. در آخر پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها توسط آزمون کرویت موچلی نیز برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (۰/۸۸۷، ۰/۴۹۰ =P)، خواب (۰/۹۷۶، ۰/۹۷۱ =P)، فرونشانی (۰/۰۵۶، ۰/۲۷۷ =P) و ارزیابی مجدد شناختی (۰/۸۴۲، ۰/۲۷۷ =P) تایید شد.

نتایج شاخص‌های چند متغیره برای متغیرهای حساسیت اضطرابی، خواب، فرونشانی و ارزیابی مجدد شناختی در جدول ۳ ارائه شده و قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیره

اثر		مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
حساسیت اضطرابی	ویلکس لامبدا	۰/۱۸۶	۵۲/۵۷۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
حساسیت اضطرابی* گروه	ویلکس لامبدا	۰/۴۱۸	۱۶/۷۱۷	۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲
خواب	ویلکس لامبدا	۰/۳۵۴	۲۱/۹۰۷	۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
خواب * گروه	ویلکس لامبدا	۰/۷۳۶	۴/۲۹۹	۳	۰/۰۱۱	۰/۲۶۴
فرونشانی	ویلکس لامبدا	۰/۴۲۵	۸/۸۸۰	۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
فرونشانی*گروه	ویلکس لامبدا	۰/۳۷۲	۷/۰۹۵	۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
ارزیابی مجدد شناختی	ویلکس لامبدا	۰/۷۱۶	۶/۸۳۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
ارزیابی مجدد شناختی*گروه	ویلکس لامبدا	۰/۳۸۷	۷/۲۲۴	۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴

جدول ۳ نتایج حاصل از شاخص‌های چند متغیره آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی متغیرهای حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب، فرونشانی و ارزیابی مجدد را نشان می‌دهد. همان‌گونه که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد شاخص‌های چندمتغیره آزمون

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تمامی متغیرها معنادار بوده است (p<۰/۰۱). در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب، فرونشانی و ارزیابی مجدد شناختی ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها

متغیر	منبع	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۱۴۸۲/۲۵۶	۳	۱۳/۹۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
حساسیت اضطرابی	اثر درون آزمودنی (زمان)	۴۳۸/۳۷۳	۳	۴۷/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
	اثر بین‌آزمودنی (گروه)	۵۰۵/۸۷۷	۱	۷۹/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷
	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۳۶/۳۷۳	۳	۴/۶۲۸	۰/۰۰۴	۰/۱۰۹
خواب	اثر درون آزمودنی (زمان)	۱۶۸/۹۰۶	۳	۲۱/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	اثر بین‌آزمودنی (گروه)	۱۰۶/۴۳۹	۱	۵۶/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۶۴/۹۲۳	۳	۶/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴۳
فرونشانی	اثر درون آزمودنی (زمان)	۸۷/۱۹۰	۳	۸/۵۲۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	اثر بین‌آزمودنی (گروه)	۱۱۳/۰۶۴	۱	۶۵/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۵۵/۴۱۷	۳	۵/۹۷۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۶
ارزیابی مجدد	اثر درون آزمودنی (زمان)	۲۹۸/۶۱۷	۳	۳۲/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	اثر بین آزمودنی (گروه)	۱۲۶/۰۲۵	۱	۵۴/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به ایجاد تغییرات معناداری در متغیرهای حساسیت اضطرابی، فرونشانی، کیفیت خواب و ارزیابی مجدد شناختی شده است که بیش‌ترین میزان اندازه اثر مربوط به حساسیت اضطرابی بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۲ ماهه و ۴ ماهه در متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در تعیین تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری ۲ ماهه و ۴ ماهه

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۸۲۵	۰/۰۱
		پیگیری ۲ ماهه	۴/۲۷۴	۰/۰۱
		پیگیری ۴ ماهه	۴/۱۷۵	۰/۰۱
کیفیت خواب	پس آزمون	پیگیری ۲ ماهه	۰/۴۵۰	۰/۷۸
		پیگیری ۴ ماهه	۰/۳۵۰	۰/۶۷
	پیگیری ۲ ماهه	پیگیری ۴ ماهه	-۰/۱۰	۰/۸۳
	پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۲۲۵	۰/۰۱
		پیگیری ۲ ماهه	۱۲/۴۷۵	۰/۰۱
		پیگیری ۴ ماهه	۱۳/۰۷۵	۰/۰۱
حساسیت اضطرابی	پس‌آزمون	پیگیری ۲ ماهه	۲/۲۵۰	۰/۳۳
		پیگیری ۴ ماهه	۲/۸۵۰	۰/۲۹
	پیگیری ۲ ماهه	پیگیری ۴ ماهه	۰/۶۰۵	۰/۹۳
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۵۰	۰/۰۱
		پیگیری ۲ ماهه	۲/۴۷۵	۰/۰۱
		پیگیری ۴ ماهه	۳/۳۲۵	۰/۰۱
فرونشانی	پس‌آزمون	پیگیری ۲ ماهه	-۰/۱۷۵	۰/۹۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

		پیگیری ۴ ماهه	۰/۶۷۵	۰/۹۶
	پیگیری ۲ ماهه	پیگیری ۴ ماهه	۰/۸۵۰	۰/۹۳
ارزیابی مجدد شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۲۷۵	۰/۰۱
		پیگیری ۲ ماهه	-۵/۰۵۰	۰/۰۱
		پیگیری ۴ ماهه	-۳/۱۷۵	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری ۲ ماهه	۱/۲۲۵	۰/۷۷
		پیگیری ۴ ماهه	۱/۰۹۰	۰/۴۷
	پیگیری ۲ ماهه	پیگیری ۴ ماهه	۰/۸۷۰	۰/۸۹

با توجه به جدول بالا نتایج حاکی از آن است که در مجموع برای تمامی متغیرها بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین بین پیش‌آزمون و دوره‌های پیگیری ۲ ماهه و ۴ ماهه از نظر تفاوت میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). اما برای پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری ۲ ماهه و ۴ ماهه برای هیچ‌کدام از متغیرها این تفاوت معنادار نبود (P>۰/۰۱). این یافته نشان دهنده‌ی ثبات اثر درمانی در طول زمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب و تنظیم هیجان افراد با اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش حساسیت اضطرابی موثر است. این یافته همسو با نتایج نرگسی و همکاران (۱۳۹۸) و بوزول و همکاران (۲۰۱۳) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های بیماران مبتلا به PTSD، حساسیت اضطرابی، ترسیدن فرد از داشتن احساس‌های ناخوشایند مربوط به اضطراب و مواجهه با رویدادهایی است که اضطراب ایجاد می‌کند. ترسی که به دلیل وجود تبعات متعدد جسمانی، شناختی و اجتماعی منفی و آزاردهنده اضطراب و احساس‌های مربوط به آن برای افراد ایجاد می‌شود (مارشال و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از مهمترین تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر مواجهه فرد با علائم اضطرابی است. به این صورت که فرد به صورت سلسله مراتبی با رویدادهای اضطراب‌زا و علائم بدنی و روانی که اضطراب ایجاد می کند، مواجه می شود و این مواجه تا اندازه‌ای ادامه پیدا می‌کند که حساسیت فرد به رویداد اضطراب‌زا و سوءتعبیر فرد از علائم اضطراب که به صورت بدنی و روانی تجربه می‌شود، کاهش یابد. در واقع درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با به کارگیری پذیرش هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار و همچنین تغییر باورهای فراشناختی غلط و با آموزش به بیماران برای قضاوت نکردن هیجان‌ها و صرفا مشاهده آنها، به کاهش نشانه‌های بیماری منجر شود (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه این بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر منجر به بهبود معنادار کیفیت خواب در بیماران مبتلا به PTSD می‌شود. این نتیجه همسو با مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۰) و دوس علی وند و همکاران (۲۰۱۸) است. می‌توان گفت که افراد دارای PTSD در مواجهه با رویدادهای استرس‌آمیز از اجتناب تجربه‌ای استفاده می کنند. این اجتناب به نوبه خود منجر به بیش برانگیختگی فیزیولوژیکی و انواع مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، استرس و فرسودگی می‌شود (بارلو، ۲۰۱۴). پیامدهای اجتناب تجربه‌ای باعث بروز شکایات و مشکلات مربوط به خواب در افراد می‌گردد. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن میزان تحمل فرد نسبت به ابهام و کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش سطح تحمل پریشانی می‌تواند راهبردها و مهارت‌های جدید شناختی، هیجانی و رفتاری را به افراد آموزش دهد که منجر به کاهش هیجانات ادراک شده که زیربنای مشکلات خواب بیماران را شکل می‌دهد را بهبود می‌بخشد (بارلو، ۲۰۱۴).

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که کاربرد درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان شده است. بهبود بالینی مشاهده شده در این پژوهش، با نتایج زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) و صالح آشنا و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنظیم هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم هیجان به نحوه بروز هیجانات ادراک‌شده پس از تجربه منفی یا حادثه آسیب‌زا اطلاق می شود. نکته اساسی در اثرگذاری درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تنظیم هیجانات این است که در مرحله‌ای از این درمان بر ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی به طور خاص

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

تاکید می گردد. و سعی بر انعطاف‌پذیری در تفکر و نحوه بروز هیجان‌ها دارد. بنابراین باید گفت که از آن جایی که تنظیم هیجان در شکل‌گیری و تداوم اختلالات هیجانی از جمله اضطراب و PTSD موثر است، کاربرد و آموزش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر افراد را به سوی استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی ارزیابی مجدد شناختی (چارچوب‌دهی مجدد شرایط هیجانی) که با کارکرد هیجانی سالم در ارتباط است سوق می دهد و منجر به کاربرد کمتر راهبرد سرکوب بیانی که از طریق آن افراد هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی افراد تغییر داده می شود یا کنترل می‌گردد، می‌شود (بارلو، ۲۰۱۴).

نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر موجب کاهش حساسیت اضطرابی، بهبود کیفیت خواب و تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به PTSD شده است. براین اساس، می‌توان گفت که آگاهی از هیجان‌ها، مواجهه هیجان‌مدار، پذیرش هیجان‌ها و عدم فرونشانی آن ها از جمله راهبردهای موثر در تنظیم هیجان در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه‌نگر هستند که منجر به بهبود علائم و پیامد های اختلال استرس پس از سانحه می‌گردنند.

ازجمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نمونه گیری هدفمند، عدم کنترل شدت و مدت اختلال، عدم بررسی اختلال های همبود، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها و محدود بودن دامنه تحقیق به افراد دارای PTSD شهر کرمانشاه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می گردد برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، از روش نمونه گیری دردسترس و بررسی اختلال های همبود در شرکت کنندگان بپردازند. علاوه براین، اجرای پژوهش در سایر استان ها و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت اجرا گردد.

منابع

ابراهیمی، م.؛ شهابی زاده، ف؛ اسماعیلی، ع و آهی، ق. (۲۰۲۲). تأثیر درمان فراتشخیصی مبتنی برکارآمدی هیجان بر کیفیت خواب و طرحواره های هیجانی پرستاران مضطرب. *نشریه روان پرستاری*، ۹(۶): ۳۸-۴۸. http://ijpn.ir/article-1-1843-fa.html

رادفر، ش؛ جزایری، ط؛ حقانی، حبیبی، م وانوری، س. (۲۰۱۲). بررسی مقایسه‌ای وضعیت حافظه در بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس بعد از حادثه توام با افسردگی و بیماران افسرده غیر جانباز. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۹(۱۲)، ۷۸۷-۷۹۲. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-167-fa.html

زمستانی، م و ایمانی، م. (۲۰۱۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *روانشناسی معاصر، دوفصلنامه انجمن روانشناسی ایران*،۱۱(۱)، ۲۱–۳۲. http://bjcp.ir/browse.php?a_code=A-10-1628-1&sid=1&slc_lang=fa

آشنا، م؛ بشارت، م؛ ملیحی، س؛ الذاکرینی، ع و رافضی، ف. (۲۰۲۱). اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علوم روانشناختی*،۲۳(۲): ۱۳۸۳-۱۴۰۲. 10.52547/JPS.20.104.1383

گله گیریان، ص.؛ دیره، ع؛ قمرانی، ا؛ و پولادی ریشهری، ع. (۲۰۲۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)،۱۲۴-۱۴۵. https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20214

نرگسی، ف؛ فتحی آشتیانی، ع؛ داودی، ا و اشرفی، ع. (۲۰۱۹). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *مجله دست آوردهای روان شناختی*، ۲۶(۲)، ۴۹-۶۶. https://psychac.scu.ac.ir/article_15225_5372c6b0b70b1f7c1125aca77986b201.pdf

Abdi, R., Bakhshi, A., & Mahmoud, A. M. (2013). *Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders*. *Journal of psychology*, *1*(2),234-245.https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=411377

Asmundson, G. J. G., & Stapleton, J. A. (2009). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive Behaviour Therapy*, *37*(2), 66–75. https://doi.org/10.1080/16506070801969005

Barlow, D. H. (2014). Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., & Boswell, J. F. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875–884. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2646395

Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., Kulkarni, M. R., Gross, J. J., & Bonn-Miller, M. O. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*,*32*(3),296–314.

Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy*, *44*(3), 417-431. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]

instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193–213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Collimore, K. C., McCabe, R. E., Carleton, R. N., & Asmundson, G. J. G. (2008). Media exposure and dimensions of anxiety sensitivity: Differential associations with PTSD symptom clusters. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(6), 1021–1028. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.11.002

Ebrahimi Afkham, A., Ghalebandi, M., Salehi, M., Kafian Tafti, A., Vakili, Y., & Akhlaghi Farsi, E. (2008). Study of sleep parameters and factors effecting on sleep quality of outpatients clients of selected Rasol-E-Akram hospital clinics. *J Iran Univ Med Sci*, *58*(15), 31–37.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *43*(3), 666–678. https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001

Foroughi, A. A., Mohammadpour, M., Khanjani, S., Pouyanfard, S., Dorouie, N., & Parvizi Fard, A. A. (2019). Psychometric properties of the Iranian version of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*, 254–261. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0078

Frewen PA, Dozois DJ, Neufeld RJ, Lanius R. (2012). Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. Psychol Trauma- US 2012; *4*(2): 152-61. doi: 10.1037/ a0023114

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348. https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348

Herold, B., Stanley, A., Oltrogge, K., Alberto, T., Shackelford, P., Hunter, E., & Hughes, J. (2016). Post-traumatic stress disorder, sensory integration, and aquatic therapy: A scoping review. *Occupational Therapy in Mental Health*, *32*(4), 392-399. https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1166355

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048–1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Marshall, G. N., Miles, J. N. V, & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(1), 143. https://psycnet.apa.org/buy/2010-02209-006

McLay, R. N., Klam, W. P., & Volkert, S. L. (2010). Insomnia is the most commonly reported symptom and predicts other symptoms of post-traumatic stress disorder in US service members returning from military deployments. *Military Medicine*, *175*(10), 759–762. https://academic.oup.com/milmed/article-abstract/175/10/759/4344696

McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, *52*(10), 938-946. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0

Meyerhoff, D. J., Mon, A., Metzler, T., & Neylan, T. C. (2014). Cortical gamma-aminobutyric acid and glutamate in posttraumatic stress disorder and their relationships to self-reported sleep quality. *Sleep*, *37*(5), 893-900. https://doi.org/10.5665/sleep.3654

Moradi Manesh, F., Mir Jafari, S. A., Goodarzi, M. A., & Mohammadi, N. (2007). Evaluation of psychometric properties of the revised anxiety sensitivity index. *Journal of Psychology*, *11*(4), 426–446.

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91–110. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002

Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., & Barlow, D. H. (2014). *Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol*. https://psycnet.apa.org/record/2014-05860-008

Sledjeski, E. M., Speisman, B., & Dierker, L. C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(4), 341–349. https://doi.org/10.1007/s10865-008-9158-3

Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*(5), 463–483. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00028-0

Ulmer, C. S., Edinger, J. D., & Calhoun, P. S. (2011). A multi-component cognitive-behavioral intervention for sleep disturbance in veterans with PTSD: a pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *7*(1), 57–68. https://doi.org/10.5664/jcsm.28042

van Wyk, M., Thomas, K. G. F., Solms, M., & Lipinska, G. (2016). Prominence of hyperarousal symptoms explains variability of sleep disruption in posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(6), 688–696. https://doi.org/10.1037/tra0000115

Vand, H. D. A., Gharraee, B., Farid, A. A. A., Bandi, M. F. G., & Habibi, M. (2018). The effectiveness of transdiagnostic cognitive behavioral therapy for comorbid insomnia: A case report. *Iranian Journal of Psychiatry*, *13*(2), 154.PMC6037579

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.18.3]