رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۲، شماره پیاپی ۸۱، اسفند ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(12), 2023

اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید- ۱۹

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the use of adaptive strategies and maladaptive strategies in patients with post-traumatic stress disorder Covid-19

نیلوفر ارجمندنیا
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر رمضان حسن‌زاده (نویسنده مسئول)
استاد گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر قدرت اله عباسی
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Nilofar Argomandnia
PhD student, Department of Pychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Ramazan Hassanzadeh*
Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Hasanzadeh@iausari.ac.ir
Dr. Ghodratollah Abbasi
Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید-۱۹ بود. به این منظور؛ در یک بررسی تک آزمودنی چند خط پایه سه نفر از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از بیماری کووید- ۱۹ از میان افرادی که حداقل یک ماه قبل به علت بیماری کوود -۱۹ در بیمارستان مسیح دانشور تهران بستری‌شده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند، به پرسشنامه نظم جویی هیجان CERQ (گانفسکی و همکاران،۲۰۰۱) و تأثیر رویداد ـ ویرایش IES-R (ویس و مامار، ۱۹۹۷) پاسخ دادند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل اندازه گیری‌های مکرّر و به کمک رسم نمودار تجزیه‌وتحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بیماران تحت درمان، اثربخشی معناداری در استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه نشان داده و بهبودی معناداری به لحاظ بالینی کسب نمودند. لذا؛ درمان شناختی رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید- ۱۹ اثرگذار است.
واژه‌های کلیدی: *استرس، راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه، درمان شناختی_رفتاری، اختلال استرس پس از سانحه، کووید-۱۹.*

Abstract
The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the use of adaptive strategies and maladaptive strategies in patients with post-traumatic stress disorder after the covid-19 disease. For this purpose; In a multi-baseline single-subject study, three people suffering from post-traumatic stress disorder caused by covid-19 among the people who were admitted to Masih Daneshvar Hospital in Tehran at least one month ago due to covid-19 disease, using a purposive sampling method. , responded to the emotion regulation questionnaire CERQ (Ganevsky et al., 2001) and the impact of the event – edition IES-R (Weiss and Mamar, 1997) and were evaluated. The data were analyzed by the method of repeated measurements analysis and with the help of drawing a diagram. The findings showed that the patients under treatment showed significant effectiveness in using adaptive strategies and maladaptive strategies and achieved significant clinical improvement. so; Cognitive behavioral therapy has an effect on the use of adaptive strategies and maladaptive strategies in patients suffering from post-traumatic stress disorder of covid-19.
Keywords: *stress, adaptive strategies and maladaptive strategies, cognitive-behavioral therapy, post-traumatic stress disorder, covid-19.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۱** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۱**

مقدمه

انتشار افسارگسیخته کووید- ۱۹، وضعیت نامطلوب بیماران ایزوله شده در بخش مراقبت‌های ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی مؤثر و درنهایت مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری از مهم‌ترین فاکتورهایی است که می‌تواند بر سلامت روان افراد آلوده به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

این ویروس به‌شدت تأثیرگذار باشد. در پاندمی‌ها، به دلیل گسترش سریع بیماری و وجود مشکلات متعدد، معمولاً بیشتر به جنبه جسمی سلامت توجه می‌شود و مشکلات روان‌شناختی همراه این پاندمی‌ها نادیده گرفته می‌شود (جیردهر[1] و همکاران، ۲۰۲۰)؛ اما در دل هر ناراحتی جسمی، ارتباط محکمی بین مفاهیم اجتماعی، روان‌شناختی و فیزیولوژیک نهفته است. محور هر گزارش بیماری، شخصی است که عملکرد فیزیولوژیک او تغییریافته و از حالت تعادل خارج‌شده است و ممکن است محدودیت‌های روان‌شناختی به او تحمیل‌شده و روابط اجتماعی‌اش به‌طورجدی تهدید شده باشد (دیماتو[2]،۲۰۱۸؛ به نقل از جوادی و رحمانی ۲۰۲۰)، بنابراین شیوع کرونا، علاوه بر ناراحتی جسمی و فیزیولوژیکی، ازنظر روانی نیز باعث مشکلاتی از قبیل اختلال‌های روانی ناشی از ترس از انتقال ویروس به دیگران، تنهایی، بی‌خوابی، قرنطینه خانگی، کاهش روابط اجتماعی، اخلال در روند عادی زندگی و غیره می‌شود (بوو[3]و همکاران،۲۰۲۱).

یکی از مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی که می‌تواند به‌سلامت روان بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از سانحه است (بوو و همکاران، ۲۰۲۱). اکثر رویدادهایی که به PTSD منجر می‌شوند رویدادهای خطرناکی هستند که زندگی فرد را تهدید می‌کنند هرچند ۵۰٪ تا ۹۰٪ افراد، تجربه‌های آسیب‌زایی را در طی زندگی تجربه می‌کنند (کسلر[4] و همکاران، ۱۹۹۵؛ برسلو[5] و همکاران، ۱۹۹۸)؛ اما ۸٪ آن‌ها علائم کامل PTSD را نشان می‌دهند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵). از سوی دیگر؛ می‌توان گفت هیجان، نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. اصولا هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم و یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴). تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مولفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار می‌رود (گروس[6]، ۲۰۰۱). مفهوم نظم‌جویی هیجان، مفهومی است بسیار گسترده و فرآیندهای نظم جویی بیشماری را دربرمی‌گیرد و می‌تواند علاوه بر فرآیندهای هشیار و ناهشیار شناختی، حیطه وسیعی از فرآیندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را هم شامل شود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهشها نشان دادند افراد مختلف برای تنظیم فرآیندهای هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند (گارنفسکی[7] و همکاران، ۲۰۰۷). نظم‌جویی هیجان از طریق شناخت به طور جدایی‌ناپذیری با زندگی بشر آمیخته است و او را یاری می‌کند تا به عنوان مثال زمانی که با حوادث فشارزا یا تهدیدکننده روبرو شد هیجانها یا احساساتش را نظم دهد و روی آنها کنترل داشته باشد و در هیجانهایش غرق نشود (گارنفسکی و همکارانش، ۲۰۰۱). نظم جویی شناختی هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و جلوگیری از هیجانهای منفی و رفتار ناسازگارانه محسوب می‌شود (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). بر این اساس، بیماران از راهبردهای گوناگونی برای مقابله با مشکل خود استفاده می‌کنند و تفاوت بین آن‌ها در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری آنها است. تنظیم هیجان، به فعالیتهایی اطلاق می‌شود که به افراد اجازه‌ی نظارت، ارزشیابی و تعدیل ماهیت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی را می‌دهد (جانسون[8] و همکاران، ۲۰۱۰). بخش گسترده‌ای از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که نشانگان استرس پس از آسیب با دسترسی محدود و انعطاف‌ناپذیر به راهبردهایی که کمک می‌کند تنظیم هیجان به خوبی پیش رود، مرتبط است (مظلوم و یعقوبی، ۱۳۹۵). نظریه‌های تنظیم هیجانی آسیب‌های روانی مدعی هستند که ناتوانی در به کارگیری راهبردهای سازگارانه، منجر به بروز هیجانات منفی شده و احتمال شکل گیری آسیب روانی را به دنبال دارند (لی‌هی[9] و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد افرادی که به صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب می‌کنند و از آن اجتناب می‌کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و اختلال پس از آسیب قرار دارند (مظلوم و یعقوبی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، براساس مدل فراشناختی، راهبردهای شناختی مورد استفاده در راستای کنترل افکار ناخواسته می‌تواند در پردازش موفق رویداد آسیب‌زا تداخل ایجاد نماید. به خصوص راهبردهایی نظیر تفکر مستمر در رابطه با رویداد، اجتناب از یادآورهای مرتبط با رویداد و تجربه شدید آگاهی شدید از محرکهای مرتبط با آسیب (بنت[10] و همکاران، ۲۰۰۹).

1 Girdhar
2 Dimateo
3 Bo
4 Kessler
5 Breslau
6 Gross
7 Garnefski
8 Johnson
9 Leahy
10 Bennett

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

درمان شناختی رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی (که در بستر شرطی سازی است) و رویکرد شناختی (در قالب شناخت درمانی) پدید آمده است. امروزه این رویکرد نظریه‌ها و نگرش‌های متفاوتی را در خود جای داده است که تنها وجه مشترک آنها، توجه به نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرک‌هاست (بنت[1] و همکاران، ۲۰۰۹). مدل شناختی PTSD می‌گوید که افراد مبتلا به این اختلال قادر نیستند ترومایی را که باعث آغاز این اختلال شده است پردازش کنند یا دلیل منطقی برای آن پیدا کنند. آن‌ها به تجربه کردن استرس ادامه می‌دهند و با استفاده کردن از تکنیک‌های اجتناب[2] تلاش می‌کنند از تجربه کردن آن دوری کنند. به دلیل ناقص بودن توانایی آن‌ها در مقابله شناختی[3] با رویداد تروماتیک، این افراد بین دو فرایند در نوسان هستند: به رسمیت شناختن و قبول کردن رویداد و انکار آن. به نظر می‌رسد علت این دوره‌های متناوب، تلاش مغز برای پردازش مقادیر انبوهی از اطلاعاتی است که تروما آن‌ها را فعال کرده است (کاپلان و سادوک[4]، ۲۰۱۵).

بر این اساس، نتیجه پژوهش جاویدنمین و قمری (۱۴۰۰) که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر افزایش تاب آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بر روی ۳۰ جانباز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش تاب آوری در جانبازان شد. پژوهش مسچی و همکاران (۱۳۹۹) که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شدت درد وسبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده بر روی ۳۰ نمونه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی رفتاری قادر است بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران موثر واقع شود. یافته‌ی پژوهش خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۸) که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در آسیب دیدگان تجاوز جنسی که بر روی ۲۰ نمونه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری برای درمان افرادی که دارای اختلال پس از سانحه بعد از تجاوز جنسی بودند، مناسب است. همچنین؛ پژوهش مرآتی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال استرس پس از سانحه که بر روی بیماری که بر اثر زلزله دچار استرس پس از سانحه شده بود به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتاری در کاهش و بهبود علائم ناشی از اختلال استرس پس از سانحه موثر است.

با توجه به اینکه گسترش کووید-۱۹ به خاطر سرعت انتقال آن منحصر به فرد بوده که باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی در طول مدت زمان کمتر از چندماه در سراسر کشورهای جهان شد. این بیماری نه تنها سبب نگرانی‌های سلامت همگانی شد، بلکه سبب بروز تعدادی از بیماریهای روانشناختی شد. از جمله آنها می‌توان به ترس، افسردگی، رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری، اختلال خواب و اختلال استرس پس از سانحه اشاره کرد. در این شرایط، حفظ وضعیت سلامت روان افراد ضروری است زیرا مردم در قسمتهای مختلف جامعه ممکن است محرکهای استرس‌زایی در طول انتشار کووید-۱۹ تجربه کنند. در طول سالهای اخیر، بر نقش تنظیم هیجان در آسیب شناسی روانی تاکید شده است (سلیگوسکی[5] و همکاران، ۲۰۱۵) و بدتنظیمی هیجانی که توسط بروز مشکلات در فرآیند طبیعی پردازش هیجانی صورت می‌گیرد و منجر به بروز و تداوم آسیب‌های روانی می‌شود، در رابطه با اختلال استرس پس از آسیب نیز صدق می‌کند (تول[6] و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه احتمال می‌رود استفاده از نوع راهبرد در افراد مبتلا به اختلال پس از سانحه بیماری کووید-۱۹ تاثیرگذار باشد و افرادی که به اختلال پس از سانحه مبتلا شدند، از راهبردهای ناسازگار برای مقابله استفاده نمودند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید- ۱۹ انجام شد.

1 Bennett
2 Avoidance techniques
3 Partial ability to cope cognitively with the event
4 Kaplan and Sadock
5 Seligowski
6 Tull

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

روش

این پژوهش از نوع تک آزمودنی چند خط پایه‌ای بود؛ جامعه آماری این پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از بیماری کووید- ۱۹ در شهر تهران که در بازه زمانی خرداد و تیرماه ۱۳۹۹ در بیمارستان مسیح دانشور بستری شدند (۷ نفر) . نمونه‌ها با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به پرسشنامه مقیاس نظم جویی هیجان گارنفسکی(۲۰۰۱) و مقیاس تأثیر رویداد ـ ویرایش (۱۹۹۷) در مرحله پیش از درمان، حین مداخله، پس از درمان و پیگیری پاسخ داده و مورد ارزیابی قرار گرفتند. تعداد نمونه‌های پژوهش سه نفر بود که شامل دو نفر زن (۴۳ ساله با سطح تحصیلات دیپلم و ۴۸ ساله با سطح تحصیلات لیسانس) و یک نفر مرد (۵۶ ساله با سطح تحصیلات لیسانس) بودند. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش، قرار داشتن در محدوده سنی بین ۳۰ الی ۶۰ سال، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد و سایر اختلال روانشناختی دیگر و نیز دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم بود، همچنین در حین پژوهش، شرکت‌کنندگان در معرض مداخله روانشناختی دیگری قرار نگرفتند. از مواردی که به عنوان ملاک‌های خروج در پژوهش تعیین شد، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و استفاده از مداخلات روانشناختی دیگر در حین پژوهش بود. همچنین عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع پژوهش نیز به عنوان ملاک دیگری در جهت خروج از پژوهش تعیین شد. از سوی دیگر؛ به منظور رعایت کردن اصول اخلاقی، رضایت آگاهانه داوطلبین از شرکت در پژوهش اخذ گردید، بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد و شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. تحلیل اطلاعات در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ به روش تحلیل تک آزمودنی چندخط پایه به کمک رسم نمودار انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس تأثیر رویداد ـ ویرایش شده (IES-R)[1] : این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط ویس و مارمار[2] و برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه طراحی‌شده است. مقیاس تجدیدنظر شدهٔ تأثیر حوادث، یک ابزار خود گزارشی و متشکل از ۲۲ ماده است که سه بعد اصلی اختلال، یعنی افکار ناخواسته (۸ ماده)، اجتناب (۸ ماده) و برانگیختگی بیش‌ازحد (۶ ماده) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از صفر (هرگز) تا چهار (به‌شدت) انجام می‌گیرد و در آن از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا فراوانی تجربه هر یک از علائم خود را در طول هفت روز گذشته مشخص کنند. نمره کلی این مقیاس حاصل جمع نمرات تمام ماده‌ها است. نمرات کسب شده از ۰ تا ۸۸ بود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان درماندگی بالاتر است. از نظر روایی پیشین و محتوا، طبق یافته‌های وایس و مارمر (۱۹۹۷)، خرده مقیاس برانگیختگی بیش از حد در ارتباط با ترما از روایی پیشین خوبی برخوردار است و خرده مقیاس‌های افکار ناخواسته و اجتناب از نظر محتوا تا ۰/۸۵ حمایت شدند (وایس و مارمر، ۱۹۹۷). همچنین در پژوهش وایس و مارمر (۱۹۹۷)، پایایی پرسشنامه با استفاده ار روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. براین اساس، مقدار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اجتناب ۰/۸۷، افکار ناخواسته ۰/۸۴ و برانگیختگی بیش از حد ۰/۷۹ به دست آمد (وایس و مارمر، ۱۹۹۷). در ایران نیز پناغی و همکاران (۱۳۸۵) روایی این مقیاس را با استفاده از روایی سازه محاسبه کردند که براساس راه حل سه عاملی که بیشتر به ساختمان تئوریک مقیاس نزدیک بود، این راه حل ۴۱/۲٪ از واریانس را تبیین می‌کند. هم‌چنین پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷-۰/۶۷ و مقدار پایایی خوب در آزمون-بازآزمون (به استثنای خرده‌مقیاس برانگیختگی در گروه مداخله) صورت گرفت (p <۰/۰۰۱، r=۰/۰-۸/۹۸) (پناغی و همکاران، ۱۳۸۵). . در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ حاصل از خرده‌مقیاس اجتناب ۰/۸۲، افکار ناخواسته ۰/۷۹ و برانگیختگی بیش از حد ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه نظم جویی هیجان (CERQ)[3]: این پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین‌شده است. این پرسشنامه، ابزاری چندبعدی و خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی

1 Impact of Event Scale
4 Weiss, Marmar
3 Cognitive Emotion Regulation Questionnaires (CERQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از حسنی، ۱۳۸۹). نمره‌گذاری توسط طیف لیکرات پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) انجام می‌شود. در پژوهشی که در ایران توسط سامانی و صادقی (۱۳۸۹) انجام‌شده است، این راهبردها به دو دسته‌ی راهبردهای سازگارانه و مثبت (تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، توسعه‌ی دیدگاه، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش) و راهبردهای ناسازگارانه و منفی (مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، فاجعه انگاری) تقسیم کردند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمره خرده مقیاسهای آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در برگرفت که همگی آنها معنادار بودند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران، حسنی (۱۳۸۹) خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم جویی هیجان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌ها نشان داد که ۹ خرده‌مقیاس نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی هیجان از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود). نمره‌های ماده و نمره‌های کلی خرده‌مقیاس‌های مطابق به صورت معنادار همبسته بودند (r=۰/۴۶ تا r=۰/۷۵) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی (۰/۵۱ تا ۰/۷۷) بیانگر ثبات مقیاس بود (حسنی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا: پس از انتخاب گروه نمونه بر اساس ملاک‌های ورود و برآورده شدن معیارهای تشخیصی، هر سه آزمودنی پرسشنامه نظم جویی هیجان گارنفسکی و مقیاس تأثیر رویداد ـ ویرایش را در جلسه پیش از درمان، جلسه سوم، جلسه ششم، جلسه هشتم و پیگیری، تکمیل نمودند و به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برنامه درمانی شامل یازده جلسه درمان شناختی رفتاری برگرفته از پروتکل درمان شناختی رفتاری (کابالو[1]، ۱۹۹۸) بود که به صورت فردی در هر هفته یک جلسه بر روی نمونه‌های پژوهش حاضر اجرا شد. برنامه‌ی درمان شناختی رفتاری به‌صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری (کابالو، ۱۹۹۸)

جلسه	محتوی
ارزیازی شناختی اولیه	درگیر کردن فرد در فرآیند درمان، کسب یک شرح داستانی از رویداد آسیب‌زا، عادی‌سازی واکنش‌های او به رویداد آسیب‌زا و تعیین اهداف درمان
اول	۱-مرور نتایج ارزیابی. ۲. بحث در مورد اختلال استرس پس از سانحه ناشی از بیماری کوید- ۱۹. ۳ - آموزش روانی و عادی‌سازی مشکل (هدف از این مؤلفه، افزایش دادن دانش مراجع در خصوص اختلال استرس پس از سانحه ناشی از بیماری کوید- ۱۹ و درمان آن، از بین بردن باورهای ناکارآمد درباره آسیب روحی دائمی و افزایش حس همدلی و توجه مثبت بین مراجع و درمانگر است. در اینجا ابتدا در خصوص اختلال استرس پس از سانحه و نشانه‌های آن صحبت می‌شود) ۳. ارائه اهداف کلی برای درمان. ۴ . تنظیم اهداف کلی رفتاری برای درمان. ۵-ارائه تکلیف خانگی : تکمیل برگه مواردی که شدت اختلال PTSD را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۲-کار کردن بر روی اهداف رفتاری که در انتهای جلسه تنظیم‌شده است.
دوم	۱-مرور تکالیف خانگی. ۲- ارائه اطلاعات درباره ماهیت و درمان اختلال استرس پس از سانحه و نظریه‌های اختلال PTSD(ارائه منطق محکمی از درمان و دلایل مربوط به انجام تجدید خاطره تصوری و مواجهه و تأکید بر نقش اجتناب در تداوم مشکل است. در این بخش، برای توضیح دادن ناکارآمدی اجتناب در بهبود مشکل از آزمایش‌های رفتاری در جلسه درمان استفاده می‌شود) ۳-. معرفی فنون آرام‌سازی. ۴-ارائه تکلیف خانگی.:۱- زمان‌بندی فعالیت‌ها ۲ - تمرین کردن تنفس شکمی.۳ -کار کردن بر روی اهداف رفتاری که در انتهای جلسه تنظیم‌شده است.
سوم	۱- مرور تکالیف خانگی.۲ - اصلاح ارزیابی‌های نادرست از رویداد آسیب‌زا و نشانه‌های آن، بالا بردن خلق، تشویق مراجع برای متعهد شدن نسبت به درمان و القای حس امید به او. - ۲. مواجهه و آموزش آرام‌سازی ۳. آموزش تصویرسازی دیداری، ایجاد یک داستان روایی منسجم و مفصل در خصوص رویداد آسیب‌زا از طریق صحبت کردن، نوشتن یا نقاشی

1 Caballo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

چهارم	کردن. ۴. ارائه‌ی تکلیف خانگی. تکلیف تمرین آرام‌سازی. تمرین تصویرسازی ذهنی با استفاده از رونوشت تصویرسازی دیداری. کار کردن بر روی اهداف رفتاری که در انتهای جلسه تنظیم‌شده است.
	۱- مرور تکالیف خانگی. ۲. توضیح افکار خود آیند.۳. بحث درباره اینکه چگونه افکار به هیجان‌ها منجر می‌شوند.۴. کشف رابطه بین هیجان‌ها و اختلال PTSD. ۵. مرور فهرست خطاهای شناختی. ۶. معرفی مدل ABC.۷. ارائه تکلیف خانگی: تکالیف شامل آزمایش‌های رفتاری و مواجهه خواهد بود و شناسایی باورها و پیامدهای مرتبط با ۳ رویداد فعال‌ساز این هفته با استفاده از برگه ABC. تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است.
پنجم	۱- مرور تکالیف خانگی. ۲. مرور ارتباط بین افکار منفی و PTSD ۳-. آموزش بازسازی شناختی و تجدید خاطره تصوری رویداد آسیب‌زا که نوعی مواجهه با خاطره مربوط به رویداد آسیب‌زا است واصلی‌ترین مؤلفه درمان است (شناسایی ارزیابی‌های نادرستی که به ایجاد احساس خطر در زمان حال و ناراحتی کلی کمک می‌کنند و اصلاح آن‌ها از طریق ارائه اطلاعات و استفاده از راهبردهای درمان شناختی و آزمایش‌های رفتاری).4. ارائه تکلیف خانگی: تمرین بازسازی شناختی برای سه فکر در طول هفته با استفاده از برگه بازسازی افکار– تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است. آزمایش‌های رفتاری و مواجهه
ششم	۱- مرور تکالیف خانگی.۲. تعریف استرس.۳. تبیین پاسخ جنگ یا گریز. ۴. مرور منابع رایج استرس. 5 . بحث در مورد ارتباط بین استرس و اختلال پس از سانحه. 6. آزمایش شیوه‌هایی برای کاهش استرس.۷ - مشخص کردن فعالیت‌های لذت‌بخش گذشته و تشویق فرد برای درگیر شدن در آن‌ها 5. ارائه تکلیف خانگی: شناسایی و ثبت عوامل استرس‌زای بیرونی و درونی زندگی. - ثبت تغییراتی که بیمار دوست دارد برای کاهش استرس خود تجربه کند. آزمایش‌های رفتاری و مواجهه.
هفتم	۱. مرور تکالیف خانگی.۲. – اصلاح ارزیابی‌های نادرست از رویداد آسیب‌زا و پیامدهای آن (شامل استفاده از راهبردهای منفی مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، فاجعه انگاری - نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، خطر آسیب و غیره) ۲ -معرفی آموزش مهارت‌های اجتماعی.۳. آموزش گام‌هایی برای فعالیت زمانمند مناسب. ۴. بحث در مورد تکنیک‌های. ۵. ارائه تکلیف خانگی: تمرین فعالیت زمانمند برای چندین فعالیت با استفاده از برگه فعالیت. - تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است. آزمایش‌های رفتاری و مواجهه
هشتم	برنامه‌ریزی فعالیت خوشایند و تجدید خاطره تصوری رویداد آسیب‌زا به همراه بازسازی شناختی:۱. مرور تکالیف خانگی. ۲. شناسایی فعالیت‌های خوشایند. ۳- کسب اطلاعات دقیق از نتایج بازسازی شناختی و جای دادن آن‌ها در درون تجدید خاطره تصوری از رویداد آسیب‌زا ۴-زمان‌بندی فعالیت‌های خوشایند.۵ - ارائه تکلیف خانگی: برنامه‌ریزی حداقل دو فعالیت خوشایند با استفاده از برگه زمان‌بندی فعالیت خوشایند. تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است. آزمایش‌های رفتاری و مواجهه
نهم	مدیریت خشم و تمایز محرک:۱. مرور تکالیف خانگی. ۲. کمک به مراجع برای مشخص کردن برانگیزاننده رویداد آسیب‌زا، درگیر شدن در آن‌ها و تمایز بین معنای آن‌ها در حین تجربه رویداد آسیب‌زا و زمان حال ۳- تعریف خشم. ۳. بحث در مورد ارتباط بین خشم و.PTSD ۴. کاوش ارتباط بین هیجان‌ها و PTSD. ۵ - آموزش مدیریت خشم. ۶. بحث در مورد سبک‌های پاسخ و معرفی پاسخ‌دهی جرئت مندانه.۷. ارائه تکلیف خانگی : تکمیل برگه بازسازی افکار در خصوص رویدادهایی که منجر به خشم می‌شوند. تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است. آزمایش‌های رفتاری و مواجهه.
دهم	بهداشت خواب: ۱. مرور تکالیف خانگی. ۲. توضیح ضرورت خواب. ۳. بحث در مورد بهبود شیوه‌های خواب و کمک به فرد برای دست‌یابی مجدد به یک‌روال خواب طبیعی‌تر، از طریق استفاده از روش‌های استاندارد کنترل محرک و در صورت لزوم نوشتن کابوس‌ها به‌صورت مکتوب. ۵. ارائه‌ی تکلیف خانگی: ثبت عادات و راهکارهای خواب در طول هفته در برگه بهداشت خواب. - شناسایی مؤثرترین شیوه‌ای که در طول برنامه به آن دست‌یافته است. - تکمیل مجموعه اهداف رفتاری هفتگی که در پایان جلسه مطرح‌شده است.
یازدهم	برنامه پیشگیری از عود و بروز مجدد : ۱. مرور تکالیف خانگی. ۲. بحث در مورد موضوع جلسه. ۳- ایجاد برنامه‌ریزی فعالانه در جهت آموخته‌ها۴-ارائه مراحل مدیریت بروز مجدد. ۵-مرور پیشرفت بیمار.۶- اختتام درمان.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

یافته‌ها

به‌منظور تحلیل و تفسیر داده‌های جمع‌آوری‌شده با توجه به طرح‌های تک آزمودنی چند خط پایه‌ای، نمرات سه بیمار در درمان شناختی رفتاری در مقیاس استفاده از راهبردهای سازگارانه در مراحل مختلف درمان مورد بررسی قرار گرفت. تغییر نمرات آن‌ها را در مقیاس راهبردهای سازگارانه به‌وسیله جدول و نمودار در مرحله پس از درمان و پیگیری ۳۰ روزه نشان داده و فراز و فرود آن‌ها را موردبررسی قرار می‌دهد.

جدول ۲. تغییر نمرات سه بیمار در درمان شناختی رفتاری را در مقیاس استفاده از راهبردهای سازگارانه

آزمودنی	خط پایه	جلسه سوم	جلسه ششم	پس از درمان	میانگین مداخله	درصد بهبودی پس از درمان	پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
آزمودنی اول	۴۲	۴۹	۵۷	۶۱	۵۵/۶۶	٪-۴۵/۲۳	۶۳	٪-۵۰
آزمودنی دوم	۳۹	۴۵	۵۲	۵۹	۵۲	٪-۵۱/۲۸	۶۰	٪-۵۳/۸۴
آزمودنی سوم	۵۱	۶۳	۷۱	۷۵	۶۹/۶۶	٪-۴۷/۰۵	۷۸	٪-۵۲/۹۴

جدول ۲ نمرات مقیاس استفاده از راهبردهای سازگارانه در طول این مراحل نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس در مرحله پس از درمان و پیگیری روند افزایشی قابل‌ملاحظه‌ای داشته است و ازآنجایی‌که درصد بهبودی بالای ۵۰ اثربخش بودن درمان را نشان می‌دهد، بنابراین درمان شناختی رفتاری باعث اثربخشی متوسط به بالایی در این مقیاس در آزمودنی‌ها شده است.

نمودار ۱. نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری در متغیر راهبردهای سازگارانه

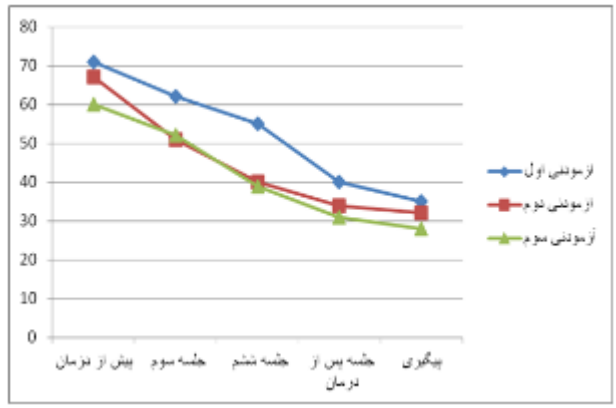
بررسی نمودار ۱ نشان می‌دهد نمره بیمارانی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده‌اند در متغیر راهبردهای سازگارانه، طی مراحل پس از درمان و پیگیری یک‌ماهه افزایش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است؛ بنابراین می‌توان اظهار داشت که درمان شناختی رفتاری در افزایش راهبردهای سازگارانه بیماران تأثیرگذار بوده و موجب افزایش معنادار نمرات بیماران در این متغیر گردیده و تغییرات پدید آمده پس از گذشت یک ماه از پایان درمان همچنان پایدار باقی‌مانده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

جدول ۳: تغییر نمرات سه بیمار در درمان شناختی رفتاری را در مقیاس استفاده از راهبردهای ناسازگارانه

آزمودنی	خط پایه	جلسه سوم	جلسه ششم	پس از درمان	میانگین مداخله	درصد بهبودی پس از درمان	پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
آزمودنی اول	۷۱	۶۲	۵۵	۴۰	۵۲/۳۳	٪۴۳/۶۶	۳۵	٪۵۰/۷۰
آزمودنی دوم	۶۷	۵۱	۴۰	۳۴	۴۱/۶۶	٪۴۹/۲۵	۳۲	٪۵۲/۲۳
آزمودنی سوم	۶۰	۵۲	۳۹	۳۱	۴۰/۶۶	٪۴۸/۳۳	۲۸	٪۵۳/۳۳

جدول ۳ نمرات مقیاس استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در طول این مراحل نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس در مرحله پس از درمان و پیگیری روند کاهشی قابل‌ملاحظه‌ای داشته است و ازآنجایی‌که درصد بهبودی بالای ۵۰ اثربخش بودن درمان را نشان می‌دهد، بنابراین درمان شناختی رفتاری باعث اثربخشی متوسط به بالایی در این مقیاس در آزمودنی‌ها شده است.



نمودار ۲. نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری در متغیر راهبردهای ناسازگارانه

بررسی نمودار ۲ نشان می‌دهد نمره بیمارانی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده‌اند در متغیر راهبردهای ناسازگارانه طی مراحل پس از درمان و پیگیری یک‌ماهه کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است؛ بنابراین می‌توان اظهار داشت که درمان شناختی رفتاری در کاهش راهبردهای ناسازگارانه بیماران تأثیرگذار بوده و موجب کاهش معنادار نمرات بیماران در این متغیر گردیده و تغییرات پدید آمده پس از گذشت یک ماه از پایان درمان همچنان پایدار باقی‌مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به اختلال پس از سانحه بیماری کووید-۱۹ انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش به کار گیری راهبردهای سازگارانه و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید-۱۹ شد. نتایج حاصله با یافته‌های حاصل از پژوهشهای خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۸) و نیز نتیجه پژوهش مرآتی و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در درمان شناختی رفتاری، تکنیکهایی که مولفه فیزیولوژی اضطراب و هیجان بالا را هدف قرار می‌دهند در اولویت بودند. این تکنیکها شامل آموزش فنون آرام سازی از جمله تنفس دیافراگمی و آموزش آرمیدگی پیش رونده بود. این راهبردها را می‌توان مهارتهای تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولا افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه فاقد آن هستند. از سوی دیگر، تکنیکهای شناختی رفتاری به مراجعان یاد داد که افکار ناکارآمد خود را شناسایی و آنها را به صورت عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی کرد که به آزمودنی‌های پژوهش کمک کند که تفسیرها و برداشتهای نادرست خود را از رویدادهای محیطی در زمان کووید-۱۹ تعدیل و تصحیح نماید و دیدگاه جدیدی را ایجاد کنند. آزمودنی‌ها آموختند که پیچیدگی و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

ابهام ویژگی اکثر موقعیتهای زندگی است و بر اساس آن تحمل کردن این ابهام و عدم قطعیت را فرا گرفتند و در کنار آنها تلاش کردند تا از لحاظ شناختی انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. از سوی دیگر، تجربه جدایی و از دست دادن عزیزان در زندگی سایر افراد تاثیر بسزایی در ایجاد استفاده از راهبردهای ناسازگارانه انجام داد و فرد را با یک شوک ناگهانی مواجه کرد و احساس ناامیدی و بی‌معنایی، رفتارهای وحشت زدگی، اجتناب و کناره‌گیری بر فرد حاکم شد. فنون شناختی، به باورهای مربوط به افکار خودآیندی توجه کرد که در کشش‌ها نقش دارند، توامان با آن، فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز کردند که از نظر علی با فرآندهای شناختی در تعامل هستند. با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد و به کار گیری از راهبردهای سازگارانه در مواقع برخورد با مسائل گوناگون در زندگی از جمله کووید-۱۹، درمان شناختی رفتاری موجب به کارگیری راهبردهای سازگارانه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیماری کووید-۱۹ شد.

محدودیت‌های این پژوهش به تعداد کم‌حجم نمونه می‌توان اشاره کرد. همچنین؛ تفاوت‌های فردی در میان بیماران مبتلا به تمامی اختلال‌های روان‌شناختی ایجاب می‌کند که حجم نمونه گسترده‌تر انتخاب شود. در راستای ارزیابی تأثیر گذر زمان بر میزان حفظ دستاوردهای درمانی، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری طولانی‌تری در نظر بگیرند.

سپاسگزاری: نویسندگان از ریاست محترم بیمارستان مسیح دانشور و پرسنل بیمارستان مسیح دانشور جهت همکاری لازم نهایت تشکر را دارند.

منابع

پناغی، ل. حکیم شوشتری، م.، و عطاری مقدم، جعفر .(۱۳۸۵). اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس تأثیر رویداد ـ ویرایش شده(IES-R). *مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی تهران، ۶۳*، ۶۰-۵۲. http://tumj.tums.ac.ir/article-۱-۹۷۴-fa.html

جاوید نمین، ح.، قمری، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر افزایش تاب آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *پرستار و پزشک در رزم*. ۹ (۳۱)، ۹۱-۸۴. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-۱-۸۴۸-fa.html

جوادی، م.، و رحمانی، م. (۲۰۲۰). نشانه ها و عوامل خطرساز اختلال استرس پس از سانحه در طول پاندمی شدن کووید-۱۹ در ایران، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۶*(۳)، ۳۹۹-۳۹۴. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-۱-۳۱۹۷-fa.html

حاتمی، م.، حسنی، ج.، ارجمندنیا، ن.، و ترابی، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه روانشناسی نظامی، ۶*(۲۴)، ۱۳-۵.

حسنی، ج.(۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان، *مجله روانشناسی بالینی*، ۳، ۸۳-۷۳. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-fa.html

خوش‌روش، و.، صدخسروی، م.، درویش، م.، و روان‌گرد، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در آسیب دیدگان تجاوز جنسی. *پیشرفتهای نوین در روانشناسی، ۱۳*، ۱۱۰-۹۷. http://ensani.ir/fa/article/۴۴۳۹۲۲

سامانی، س.، و صادقی، ل.(۱۳۸۹). کفایت شاخص های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *روشها و مدلهای روان‌شناختی ،۱*، ۶۲-۵۱. http://ensani.ir/fa/article/۲۴۵۶۰۹/

مرآتی، ع.، ویس کرمی، ح.، و آوند، د. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال استرس پس از سانحه. *امداد و نجات*، ۲(۳۸)، ۱۰۰-۹۰. http://jorar.ir/article-۱-۴۳۹-fa.html

مسچی، م.، سوداگر، ش.، جمهری، ف.، حسین زاده تقوایی، م.، و فروتن، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس بیماران مبتلا به زخم معده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۳ (۶)، ۸۷۱-۸۶۰. http://jams.arakmu.ac.ir/article-۱-۶۲۹۲-fa.html

مشهدی، ع.، میردورقی، ف.، و حسنی، ج. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در اختلالهای درونی سازی کودکان. *روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۳۹-۲۹. DIO: 10.22075/jcp.2017.2060

مظلوم، م.، و یعقوبی، ح. (۱۳۹۵). نقش تنظیم هیجان و کنترل فکر در پیش بینی اختلال استرس پس از آسیب. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳۲)، ۹-۱. DIO: 10.22075/jcp.2017.2249

Bennett S.A, Beck JG, Clapp JD. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behav Res Ther*. *47*: 1018-23. DOI.org/10.1016/j.brat.2009.07.015

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]

Bo, H-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q.,& Cheung, T.(2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine.2*, 34-41. DOI: 10.1017/S0033291720000999.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, *55*(7), 626-632. DOI: 10.1001/archpsyc.55.7.626

Dimateo, R. (2018). Health psychology. Tehran.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311-1327. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, S., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *(16*), 1, 1-9. DOI: 10.1007/s00787-006-0562-3

Girdhar, R., Srivastava, V.,& Sethi, S.(2020) Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research. 7*(1), 23-29. https://independent.academia.edu/jgcr/2020:7(1)

Gross, J. J.(2007).*Handbook Of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press

Johnson SL, Carver CS, Fulford D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. In: Kring AM, Sloan DM. Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. New York: Guilford Press. 24. https://psycnet.apa.org/record/2009-21674-009

Kaplan and Sadock. (2015). *Synopsis of Psychiatry; Updated with DSM-5*; 11th edition.

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. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

Leahy R, Napolitano LA, Tirch D. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press. https://psycnet.apa.org/record/2011-27872-000

Seligowski AV, et al. (2015). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(2), 87-102. DOI: 10.1080/16506073.2014.980753.

Tull M, et al. (2007). A Preliminary Investigation of the Relationship between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behav Ther. (38*), 303-13. DOI: 10.1016/j.beth.2006.10.001

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. *Assessing psychological trauma and PTSD. 3*,168—190. DOI :10.1007/978-0-387-70990-1_10

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.12.1]