

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی یک پارچه توحیدی

### و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه

هاجر طیبی\* / بهرام علی قنبری هاشم آبادی\*\*

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه درمانی یک پارچه توحیدی با درمان شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه است. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری، همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، مشهد بوده‌اند که با روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۴ آزمودنی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارده شده‌اند. دو گروه آزمایش، در ده جلسه دو ساعته، گروه درمانی یک پارچه توحیدی و شناختی رفتاری را دریافت کرده‌اند، در حالی که گروه کنترل، درمانی دریافت نکرده است. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با پرسش‌نامه DASS-21 مورد سنجش قرار گرفته‌اند. نتایج به دست آمده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نشان می‌دهد که گروه درمانی یک پارچه توحیدی و گروه درمانی شناختی رفتاری، اثربخشی معناداری در کاهش فشار روانی داشته‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه درمانی یک پارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، تفاوت معناداری وجود ندارد.

**کلید واژه‌ها:** گروه درمانی یک پارچه توحیدی، گروه درمانی شناختی رفتاری، فشار روانی، همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه.

## مقدمه

جنگ تحمیلی هشت ساله که بر جمهوری اسلامی ایران تحمیل شد، ضایعات فیزیکی و اقتصادی و عوارض عصبی روانی درازمدتی نیز داشته است.<sup>۱</sup> نمونه بارز این عوارض عصبی روانی را در جانبازان اختلال استرس پس از ضربه می‌توان دید. این جانبازان از نظر مدیریت هیجانی، فکری و رفتاری ناتوانند، از این‌رو، ناخواسته، متحمل صدماتی به خود و خانواده‌هایشان هستند. اختلال استرس پس از ضربه طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR<sup>۲</sup> نوعی بیماری روانی است که شخص رویدادی را تجربه کرده که با خطر واقعی یا تهدید به مرگ و یا صدمه جدی همراه بوده و پاسخ شخص با ترس شدید، درماندگی یا وحشت همراه بوده است. تجربه آسیب رسان با یادآوری مکرر رویداد به طور مستمر تجربه می‌شود. فرد به گونه‌ای احساس و رفتار می‌کند که انگار حادثه در حال تکرار شدن است. ناراحتی روان‌شناختی شدید و پاسخ‌گری فیزیولوژیک در رویارویی با نشانه‌های تداعی کننده اختلال و اجتناب از افکار، احساسات، مکان‌ها یا افراد یادآور تروما از دیگر نشانه‌های این اختلال به شمار می‌روند. اختلال استرس پس از ضربه بیش از هر اختلالی با افسردگی همراه است و در این شرایط، علائم این اختلال به صورت جدی‌تری نمود و بروز می‌یابد.<sup>۳</sup> افراد مبتلا به PTSD عموماً قبل از وقوع حادثه آسیب‌زا تجارب درماندگی زیادی را گزارش کرده‌اند.<sup>۴</sup> بر اثر افسردگی و اضطرابی که معمولاً با این اختلال همراه است، عملکرد اجتماعی ناسازگارانه‌ای در مبتلایان به این اختلال، مشاهده می‌شود که خشونت در روابط بین فردی، اختلافات جدی زناشویی و خانوادگی و آسیب‌های شغلی را به همراه دارد.<sup>۵</sup> در واقع، اثرگذاری و اثرپذیری دوسویه بین شرایط جانباز و خانواده او دیده می‌شود.<sup>۶</sup> حتی گاهی می‌توان برخی علائم جانبازان، مثل سردرد، دشواری تنفس و ... را در مراقبان خانوادگی وی مشاهده کرد.<sup>۷</sup> هر چه این علائم جدی‌تر باشد فشار روانی و اضطراب مراقبان نیز بیشتر است.<sup>۸</sup> مزمن شدن این فشارها در طول زمان، خطر جدی شدن افسردگی و علائم اضطرابی را افزایش می‌دهد.<sup>۹</sup> همچنین افزایش این فشارها پیامدهای چندی، همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رهاکردن بیمار و اختلال در روابط خانوادگی را

همراه دارد.<sup>۱۰</sup> همسران جانبازان اعصاب و روان به دلیل اینکه از طرفی مادر بچه‌ها هستند و تمایل به ماندن در کنار فرزندان را دارند، و از طرف دیگر، فشار شدیدی از ناحیه شوهران خود تحمل می‌کنند و تمایل به ترک زندگی را دارند، به تعارض شکننده دائمی دچار می‌شوند؛ تعارضی بین اینکه همسر را تحمل کرده، جوانی و نشاط خود را فدای او سازند یا منزل را ترک کرده و فرزندان را رها نمایند. گاهی همسران که در معرض ضرب و شتم و اهانت قرار می‌گیرند، واکنش متقابلی را در خصوص فرزندان انجام داده و آنها را کتک می‌زنند. بنابراین، اهمیت مسئله، جلوگیری از یک فاجعه انسانی در حال اتفاق افتادن یا تکرار وقوع آن است.<sup>۱۱</sup> از این رو، انجام مداخلات روان‌شناختی برای کاهش فشارهای روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین مطالعات و تحقیقات متعددی در مورد رابطه احتمالی فشار روانی با بیماری‌های مهلکی، همچون انواع سرطان‌ها و نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) انجام شده یا در حال انجام است.<sup>۱۲</sup>

فشار روانی عبارت است از حالت هیجانی ناخوشایندی که نیازمند تطابق با خواسته‌هایی است که شخص را دچار تغییر می‌کند.<sup>۱۳</sup> سلیه<sup>۱۴</sup> از پیشگامان نظریه‌پردازی درباره استرس معتقد است که استرس، پاسخ غیر اختصاصی بدن به هر آسیبی می‌باشد. سلیه در ۱۹۸۲م استرس را نشانگان سازگاری عمومی نامید و آن را واکنش‌های نامعین روانی فیزیولوژیکی که به وسیله تغییرات آزارنده زندگی ایجاد شده‌اند، تعریف می‌کند.<sup>۱۵</sup> بین فرد و محیط، رابطه تعاملی برقرار است که از طریق آن هر دو بر یکدیگر اثر می‌گذارند. در این فرآیند، فرد به طور هشیارانه یا ناهشیارانه و مداوم درباره وضعیت خود قضاوت می‌کند. این تهدید ادراک شده به وسیله عواملی، مثل افکار، نگرش‌ها، تجربه‌های گذشته، خلق، ساختمان بدنی و عوامل محیطی تعیین می‌شود. نتیجه ادراک تهدید در موقعیت خاص می‌تواند بروز نشانه‌های مختلف بدنی، شناختی و رفتاری باشد.<sup>۱۶</sup>

متناسب با سبب‌شناسی مشکلات روانی، شیوه‌های گروه درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود. یکی از این رویکردها گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی است که پیش‌فرض بنیادین آن این است که اگر بتوان با استفاده از این روش ضمن کاربرد فنون مختلف درمان

روان‌شناختی، از قبیل پذیرش مثبت غیر مشروط، همدلی، شکل دهی رفتار، اصلاح باورهای معیوب و ناکارآمد، تخلیه هیجانی و آموزشی مهارت‌های حل مسئله، ابراز وجود، خود آرام‌سازی، مهارخویشتن، مراجع را با مبدأ هستی پیوند زده و روح وی را از طریق برقراری ارتباط صمیمانه با خدا اشباع کرد، در این صورت، اثربخشی درمان افزایش یافته و پایداری بهبودی تأمین خواهد شد.<sup>۱۷</sup>

اساساً روان‌درمانگران از نظر شیوه اجرای مداخله‌های درمانی به دو گروه تقسیم می‌شوند: یا صرفاً به یک نظام درمانی وفادارند و یا می‌کوشند از یافته‌های تمام مکاتب بهره ببرند. سیر تحول مداخله‌های درمانی نشان می‌دهد که روان‌درمانگران به تدریج از واگرایی، نفی یکدیگر و دفاع متعصبانه از داده‌های یک نظام، به سمت همگرایی، پذیرش یکدیگر و ایجاد فنون عملی و ساختارهای نظری جامع‌تر و پویاتر در حرکت‌اند. نهضت یک‌پارچه‌نگر بر این اصل متکی است که تغییر پایدار توسط مجموعه وسیعی از رویدادها و تجارب روان‌شناختی، اجتماعی، زیستی و معنوی شکل می‌گیرد. آنان اهمیت تمام ابعاد زندگی روان‌شناختی، شامل انگیزه‌های ناهشیار، تجربه خودآگاه، عاطفه، شناخت، رفتار و روابط میان‌فردی را در آسیب‌شناسی و سلامت روانی می‌پذیرند. روان‌درمانی هیجان‌مدار<sup>۱۸</sup> (حاصل یک‌پارچه‌سازی نظام‌های مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی، شناخت‌درمانی و آمیزه‌ای از تئوری‌های هستی‌گرا)، رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۱۹</sup> (تلفیقی از رویکردهای شناختی رفتاری، مراقبه شرقی با مؤلفه‌هایی از روان‌پویایی، مراجع‌محوری و راهبردهای گشتالتی)، توحیددرمانی<sup>۲۰</sup> (حاصل ادغام دیدگاه اسلام در مورد فطرت انسان و نظریه درمانی انسان‌گرایان، به‌ویژه روش مراجع‌محوری راجرز) از جمله درمان‌های یک‌پارچه به شمار می‌روند.<sup>۲۱</sup> امروزه اغلب روان‌درمانگران، استفاده از روش‌های التقاطی و یک‌پارچه را ترجیح می‌دهند. گارفیلد<sup>۲۲</sup> و برگین<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۴م) از نویسندگان و پایه‌گذاران ایده روان‌درمانی یک‌پارچه‌نگر، بر این باورند که وجوه مشترکی بین تمام مکاتب از نظر مفاهیم، فنون و روش‌های درمان، وجود دارد که می‌توان با ادغام آنها یک نظریه جامع و یک‌پارچه‌ای را تدوین کرد. آنها می‌گویند دیدگاه‌های سنتی هرکدام نارسایی‌هایی دارند که به دلیل گسترش نیاز به خدمات روان‌درمانی و چند فرهنگی بودن جوامع، قادر به پاسخ‌گویی این نیازها نیستند، از این رو، رویکرد یک‌پارچه‌نگر از داده‌های تمام نظریه‌ها

استفاده می‌کند تا بهتر بتواند چرایی وقوع نابهنجاری‌های رفتاری و مشکلات روانی را تبیین کرده و در نتیجه، خدمات مؤثرتری را به مراجعان ارائه دهد. از نظر درمان یک‌پارچه توحیدی<sup>۲۴</sup> بهترین راه دستیابی به انسجام و توحید یافتگی شخصیت، تمرکز و تأکید بر اهداف متعالی و ارزش‌های دینی و معنوی است. حجم عظیم و فزاینده تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در زمینه مسائل گوناگون دینی و معنوی و رابطه آنها با سلامت روانی - اجتماعی و جسمانی بسیار معنادار است.<sup>۲۵</sup>

فنون روان‌شناختی و زیستی به تنهایی برای درمان اختلالات روانی و نابهنجاری‌های رفتاری کافی نیستند و باید به فرهنگ، مذهب و مسائل معنوی مراجعان نیز در این فرایند توجه جدی داشت.<sup>۲۶</sup> برخی بیماری‌ها، مثل سوء مصرف مواد و بی‌بند و باری جنسی در افراد متدین کمتر به چشم می‌خورد، زیرا دین باعث معنابخشی به زندگی می‌شود. یکی از درمان‌های با پشتوانه تحقیقاتی قوی، درمانی شناختی رفتاری است که درمانی ساخت‌دار و مشارکتی است و بر پیوند بین افکار، هیجانات و رفتار در اختلالات روانی تأکید دارد.

### روش

نوع طرح پژوهش حاضر از پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه است.<sup>۲۷</sup> قبل از اجرای روان-درمانی از هر سه گروه، پیش‌آزمون گرفته شد و پس از اجرای درمان، پس‌آزمون گرفته شد و بعد از سی روز مجدداً آزمون گرفته شد و در نهایت، نتایج سه آزمون با استفاده از روش‌های تحلیل آماری، تجزیه و تحلیل شد. در پژوهش حاضر، متغیر مستقل گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی و گروه درمانی شناختی رفتاری، و متغیر وابسته، فشار روانی افراد است.

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش، همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شهر مشهد می‌باشند.

### روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری به صورت در دسترس می‌باشد. تعداد اعضای شرکت‌کننده در گروه‌ها با توجه به اینکه اندازه معمول یک گروه درمانی هفت یا هشت عضو است شامل هشت نفر در گروه یک‌پارچه توحیدی، هشت نفر در گروه شناختی رفتاری و هشت نفر در گروه گواه بوده است.

### ابزار سنجش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) که توسط لویاندا<sup>۲۸</sup> در سال ۱۹۹۵م، با توجه به هم‌پوشی افسردگی و اضطراب، به منظور تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب و افسردگی ساخته شده، در این پژوهش از آن استفاده شده است. در واقع، این مقیاس، مجموعه‌ای از سه مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است.<sup>۲۹</sup> اگر آزمودنی دچار اضطراب، افسردگی یا استرس نباشد نمره صفر، اگر گزینه کم را بزند نمره یک، زیاد نمره دو و خیلی زیاد نمره سه به او تعلق خواهد گرفت. هر مقیاس در این پرسش‌نامه، پنج سؤال را به خود اختصاص می‌دهد، به همین صورت، نمره فرد در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس به دست می‌آید.

در این مطالعه، اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، مورد بررسی قرار گرفته است. همسانی درونی مقیاس‌های DASS، با استفاده از آلفای کرونباخ عبارت‌اند از: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸. همچنین به منظور بررسی روایی ملاکی DASS، از اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده استفاده شده است. همبستگی مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس آن با استرس ادراک شده ۰/۴۹ بوده که تمامی این همبستگی‌ها در سطح  $P < 0/001$  معنادار هستند. در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه DASS که ۲۱ سؤال (هفت سوال برای هر مقیاس) دارد، استفاده شده که هفت ماده مربوط به استرس، سؤال‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ است.

### یافته‌ها

به منظور بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت‌شناسی سن، از آزمون تحلیل واریانس، و برای متغیر جمعیت‌شناختی تحصیلات، از آزمون کروسکال والیس استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه، تفاوت معناداری نیست، از این رو، در تحلیل‌های استنباطی

برای آزمون فرضیه‌ها وارد کردن این متغیرها در مدل آماری به عنوان کواریت ضرورتی ندارد.

به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش در مورد کاهش معنادار استرس (فشارروانی) پس از خاتمه گروه درمانی یک پارچه توحیدی و گروه درمانی شناختی رفتاری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این آزمون، زمان (نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس فشار روانی (استرس) پرسش‌نامه DASS-21 در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (یک پارچه توحیدی و شناختی رفتاری و گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شده‌اند.

میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس فشار استرس (فشار روانی) در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس استرس پرسش‌نامه DASS-21 جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه						
گواه		درمان شناختی رفتاری		درمان یک پارچه توحیدی		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	زمان در استرس
۴/۸۱	۶/۵۰	۲/۸۷	۱۴	۲/۷۲	۱۳	پیش‌آزمون
۴/۹۴	۶/۱۲	۴/۰۸	۱۱/۱۲	۵	۹/۷۵	پس‌آزمون
۵/۳۷	۶/۳۷	۳/۳۷	۱۳/۶۲	۵/۱۲	۱۱/۵۰	پیگیری

برای بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون مالکی استفاده شده که نتیجه این آزمون معنادار نبوده و فرض کروی بودن نمره‌ها تأیید شده است ( $P=۰/۹۳$ ) از این‌رو، می‌توانیم از مفروضه اسفرسیتی (کروی بودن) برای تحلیل واریانس زمانی استفاده کنیم.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس استرس پرسش‌نامه DASS-21

اثر اصلی	df	df(error)	F	p	$\eta^2$
زمان	۲	۴۲	۳/۴۵	۰/۰۴*	۰/۱۴
گروه × زمان	۴	۴۲	۰/۶۶	۰/۶۱	۰/۰۶

\* $p < ۰/۰۵$

همان‌طور که از جدول ۲ معلوم می‌شود، اثر زمان اندازه‌گیری به لحاظ آماری معنادار ( $p = ۰/۰۴$ ) است. به عبارت دیگر، فشار روانی از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری کاهش معنادار داشته است، اما اثر تعامل زمان با گروه در فشار روانی ( $p = ۰/۶۱$ ) معنادار

نیست؛ یعنی تفاوت معناداری بین گروه‌ها در میزان کاهش استرس از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری وجود ندارد.

برای بررسی مقابله‌های چندگانه مربوط به گروه‌ها، با توجه به مساوی بودن گروه‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است. با توجه به نتایج این جدول، تفاوت معناداری بین نمره‌های خرده مقیاس استرس گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی و گروه گواه وجود دارد ( $P=0/02$ ) که نشان می‌دهد گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی تأثیر معناداری در کاهش استرس یا فشارروانی در همسران جانبازان داشته است. همچنین تفاوت معناداری بین نمره‌های خرده مقیاس استرس گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه گواه وجود دارد ( $P=0/00$ ) که نشان می‌دهد گروه درمانی شناختی رفتاری نیز تأثیر معناداری در کاهش استرس یا فشارروانی در همسران جانبازان داشته است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی در نمره‌های خرده مقیاس فشار روانی (استرس) پرسش‌نامه DASS-21

گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	معناداری
یک‌پارچه توحیدی - CBT	-۱/۵	۱/۸۲	۰/۶۹
یک‌پارچه توحیدی - گواه	۵/۰۸	۱/۸۲	۰/۰۲*
CBT - گواه	۶/۵۸	۱/۸۲	۰/۰۰*

\* $P<0/05$

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۳ فرضیه پژوهش، مبنی بر اثربخشی درمان یک‌پارچه توحیدی با سطح ۰/۰۲ معناداری تأیید می‌شود که این یافته با پژوهش‌های شریفی‌نیا، هادی<sup>۳۰</sup> و چوپانی<sup>۳۱</sup> مبنی بر اثربخشی درمان یک‌پارچه توحیدی همسوست.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد فرضیه پژوهش، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری با سطح ۰/۰۰ معناداری تأیید می‌شود که این یافته با تحقیقات شرمین،<sup>۳۳</sup> زولنر<sup>۳۳</sup> و همکاران و نریمانی و رجبی<sup>۳۴</sup> همسوست. درمان شناختی رفتاری با پشتوانه قوی درباره اثربخشی آن در کشورهای مختلف مدت‌های مدیدی است که توجه درمانگران مختلف را به خود جلب کرده که از علل عمده این توجه، طرح درمانی روشن این درمان است.

با توجه به نتایج جدول ۳ فرضیه پژوهش، مبنی بر تفاوت بین میزان فشار روانی همسران جانبازان در گروه یک‌پارچه توحیدی و گروه شناختی رفتاری، معنادار نیست



( $p=0/69$ ). فراتحلیلی از ادبیات نتایج روان‌درمانی نشان می‌دهد که روان‌درمانی بسیار کارآمد است، اما از آنجا که هر رویکردی برای دسترسی به نتایج متفاوتی کار می‌کند، مقایسه آنها تقریباً غیر ممکن است. بسیاری از تفاوت‌ها در پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به درمان، به ویژگی‌های خود آنها مربوط است. همچنین در کار بالینی هم‌پوشی فنی زیادی بین مدل‌های درمانی وجود دارد.<sup>۳۵</sup> نکته دیگری که در تبیین معنادار نشدن تفاوت گروه درمانی شناختی رفتاری و یک‌پارچه توحیدی می‌توان افزود این است که این دو درمان تا حدی شباهت‌های زیادی با هم دارند و هر دو درمان، بخشی از جلسات را به آموزش و همچنین دادن تکالیف رفتاری برای منزل اختصاص می‌دهند.

همچنین شایان توجه است که در بررسی‌های مقایسه‌ای درمان‌های مختلف، محدودیت‌هایی وجود دارد، از جمله اینکه به ندرت تفاوت معناداری بین دو درمان جدی و مهم، پیدا می‌شود و وقتی هم این تفاوت مشاهده می‌شود نتایج به ندرت قابل تکرار است، البته اما به دلیل عدم وجود تفاوت معنادار نمی‌توان نتیجه گرفت تفاوتی وجود ندارد.<sup>۳۶</sup>

### محدودیت‌ها و پیشنهادات

درباره محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به چند مورد اشاره کرد: مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر که باعث ایجاد محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری ناکافی یا نامناسب شد. احتمال وجود اختلالات همراه، از جمله اختلال افسردگی، دوقطبی یا اختلالات شخصیتی. نداشتن تحصیلات آکادمیک در اعضای نمونه مورد مطالعه که می‌تواند امکان بهره‌وری کافی از درمان‌های روان‌شناختی را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود انواع گروه درمانی، خانواده درمانی و زوج درمانی در جامعه جانبازان PTSD و همسرانشان اجرا گردد.

پی‌نوشت‌ها

۱. منیره ایمانی، شناسایی و بررسی درجه تاثیر عوامل فشارهای روانی در بین خانواده‌های جانباز ۷۰ درصد به بالا در استان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران - پردیس قم، ص ۶۳.
۲. هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی، ترجمه: نصرت الله پورافکاری، ص ۲۳۶-۲۳۷.
3. Sh. Momartin et al., "Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, Symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia", *Journal of Affective Disorders*, v 80, p 231.
4. G. J. Beck et al., "What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population", *Journal of behavior therapy*, v 37, p 255, 256.
5. B. Frueh et al., "Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD", *Aggression and Violent Behavior*, v 6, p 79.
6. K. D. Renshaw et al., "Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions", *Journal of anxiety disorders*, v 24, p 743.
7. R. Dekel & C. M. Monson, "Military-related Post-Traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions", *Aggression and Violent Behavior*, v 15, p 303.
8. J. C. Beckam et al., "Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 64, p 1068.
9. K. L. Saban et al., "The relationship among depression and caregiver burden with salivary cortisol awakening level in female caregivers of stroke survivors", *Brain, Behavior and Immunity*, v 24, p 345.
۱۰. مرتضی نوری خواجهی و دیگران، «مقایسه فشارروانی درمراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و بیماران دو قطبی مزمن»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ش ۱(۱۴)، ص ۸۱.
۱۱. آرش جوانبخت و مسعود مولوی، بررسی وضعیت روانی جانبازان PTSD و غیر PTSD و خانواده‌های آنان و مقایسه آن‌ها با یکدیگر در شهرستان مشهد، طرح پژوهشی وابسته به معاونت پژوهشی جهاددانشگاهی مشهد، ص ۱۳.
12. D. Ridder & K. Schreurs, "Developing intervention for chronically ill patients: is coping a helpful concert", *Clinical Psychology Review*, v 21, p 205.
13. C. S. Carver, "The role of optimism in social network development, Coping and Psychological adjustment during a life transition", *Journal of Personality and Social Psychology*, v 82, p 102.
14. Selye, H
15. E. O. Acevedo & P. Ekkekakis, "The transactional Psychological nature of cognitive appraisal during exercise in environmentally stressful conditions", *Psychology of Sport and Exercise*, v 2, p 47.
16. T. Cassidy, *Stress Cognition and Health*, p 90.
۱۷. محمدحسین شریفی نیا، الگوهای روان درمانی یکپارچه: با تاکید بر درمان یکپارچه توحیدی، ص ۲۵۱.
18. Emotional-Focused therapy
19. Dialectical behavior therapy(DBT)
20. Intergration therapy
۲۱. محمدحسین شریفی نیا، الگوهای روان درمانی یکپارچه: با تاکید بر درمان یکپارچه توحیدی، ص ۱۰۶.
22. Garfield, S. L.
23. Bergin, A. E.
24. Monotheistical integrated therapy
۲۵. محمدحسین شریفی نیا، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان»، *مجله روان شناسی و علوم تربیتی*، ش ۳(۳۷)، ص ۴۵.

26. D. N. Elkins et al., "Towards a humanistic-Phenomenological spirituality", *Journal of Humanistic Psychology*, v 28(4), p 518.

۲۷. علی دلاور، روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، ص ۱۳۸.

28. Lovibond

۲۹. مهناز مجیری نژاد، بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد بین فردی (مبتنی بر دلبستگی) بر سازگاری با نقش جنسی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ص ۱۰۲.

۳۰. مهدی هادی، بررسی تاثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر مولفه‌های شخصیتی و بالینی در مددجویان زندانی قم، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ص ۱.

۳۱. مراد چوپانی صوری، بررسی تاثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت نفس و نگرش های زناشویی زندانیان مرد استان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، ص ۹۲.

32. A. C. Sherman & S. Simonton, *Assessment of Religiousness and Spirituality in Health Research*, p 139.

33. L. A. Zoellner et al., "Treatment choice for PTSD", *Behaviour Research and Therapy*, v 41, p 879.

۳۴. محمد نریمانی و سوران رجبی، «مقایسه تاثیر روش حساسیت زدایی توأم با حرکات چشم و پردازش مجدد با درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلال پس از ضربه»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ش ۴(۱۹)، ص ۲۳۶.

۳۵. بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، اثربخشی رویکرد یکپارچه گرای روان درمانی گروهی در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان در معتادان زندانی مرد، پایان نامه دکتری روانشناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ص ۶۷.

۳۶. فاطمه حسینی غفاری، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام‌دار بر افزایش رضایتمندی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، ص ۱۲۰.

## منابع

- ایمانی، منیره، شناسایی و بررسی درجه تاثیر عوامل فشارهای روانی در بین خانواده‌های جانباز ۷۰ درصد به بالا در استان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران - پردیس قم، ۱۳۸۷.
- جوانبخت، آرش، مولوی، مسعود، بررسی وضعیت روانی جانبازان PTSD و غیر PTSD و خانواده‌های آنان و مقایسه آن‌ها با یکدیگر در شهرستان مشهد، طرح پژوهشی وابسته به معاونت پژوهشی جهاددانشگاهی مشهد، گروه پژوهشی علوم اجتماعی، ۱۳۸۵.
- چوپانی صوری، مراد، بررسی تاثیر گروه درمانی یک پارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۸.
- حسینی غفاری، فاطمه، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام-دار بر افزایش رضایتمندی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۸۵.
- دلور، علی، روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران، نشر ویرایش، ۱۳۸۲.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمان یک‌پارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ش ۳(۳۷)، ۱۳۸۶، ص ۴۱-۷۲.
- الگوهای روان‌درمانی یک‌پارچه: با تأکید بر درمان یک‌پارچه توحیدی، قم، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۹.
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی، اثربخشی رویکرد یک‌پارچه‌گرای روان‌درمانی گروهی در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان در معتادان زندانی مرد، پایان‌نامه دکتری روانشناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ۱۳۸۳.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین، خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی، ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری، تهران، شهرآب، ۱۳۸۳.
- مجیری نژاد، مهناز، بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد بین‌فردی (مبتنی بر دل‌بستگی) بر سازگاری با نقش جنسی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۸۹.
- نریمانی، محمد، رجبی، سوران، «مقایسه تاثیر روش حساسیت‌زدایی توأم با حرکات چشم و پردازش مجدد با درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلال پس از ضربه»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ش ۴(۱۹)، ۱۳۸۸، ص ۲۳۶-۲۴۵.

نوری خواجوی، مرتضی و دیگران، «مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و بیماران دو قطبی مزمن»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ش (۱۴)، ۱۳۸۷، ص ۸۰-۸۴.  
هادی، مهدی، بررسی تاثیر گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر مولفه‌های شخصیتی و بالینی در مددجویان زندانی قم، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۸۷.

- Acevedo, E. O., Ekkekakis, P., "The transactional Psychological nature of cognitive appraisal during exercise in environmentally stressful conditions", *Psychology of Sport and Exercise*, v 2, 2000, p 47-67.
- Beck, G. J. et al., "What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population", *Journal of Behavior Therapy*, v 37, 2006, p 256-266.
- Beckam, J. C. et al., "Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 64, 1996, p 1068-1072.
- Carver, C. S., "The role of optimism in social network development, coping and Psychological adjustment during a life transition", *Journal of Personality and Social Psychology*, v 82, 2002, p 102-111.
- Cassidy, T., *Stress Cognition and Health*, London and New York, Rout ledge, 1999.
- Dekel, R., Monson, C. M., "Military-related Post-Traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions", *Aggression and Violent Behavior*, v 15, 2010, p 303-309.
- Elkins, D. N. et al., "Towards a humanistic-Phenomenological spirituality", *Journal of Humanistic Psychology*, v 28(4), 1998, p 5-18.
- Frueh, B. C., Samuel M. T., Beidel, D. C., Shawn, P. C., "Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD", *Aggression and Violent Behavior*, v 6, 2001, p 79-90.
- Momartin, Sh. et al., "Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, Symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia", *Journal of Affective Disorders*, v 80, 2004, p 231-238.
- Renshaw, K. D., Rodebaugh & Rodrigues, C. S., "Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions", *Journal of Anxiety Disorders*, v 24, 2010, p 743-750.
- Ridder, D., Schreurs, K., "Developing intervention for chronically ill patients: is coping a helpful concert", *Clinical Psychology Review*, v 21, 2001, p 205-240.
- Saban, K. L., et al., "The relationship among depression and caregiver burden with salivary cortisol awakening level in female caregivers of stroke survivors", *Brain, Behavior and Immunity*, v 24, 2010, p 345-367.
- Sherman, A. C., Simonton, S., *Assessment of Religiousness and Spirituality in Health Research*, In T. Plante, & A. Sherman (Eds.), Faith and health: Psychological perspective, New York: Guilford, 2001.
- Zoellner, L. A. et al., "Treatment choice for PTSD", *Behavior Research and Therapy*, v 41, 2003, p 879-886.