

اثربخشی درمان حل مسئله، مواجهه سازی و ترکیبی بر سازگاری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ

محمد جواد احمدی زاده^{۱*} PhD، خدابخش احمدی^۱ PhD، جعفر انیسی^۱ MSc

^۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: این مطالعه با هدف، مقایسه اثربخشی سه روش درمان شناختی- رفتاری شامل؛ حل مسئله، مواجهه سازی و روش ترکیبی (متشکل از دو روش حل مسئله و مواجهه سازی به صورت توأم) بر سازگاری کلی و ابعاد مختلف آن بر جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است.

روش ها: نمونه ها شامل ۱۰۰ جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، که با استفاده از یک طرح تجربی با پیش آزمون و پس آزمون درسه گروه آزمایشی شامل: ۱- حل مسئله ۲- مواجهه سازی ۳- ترکیبی؛ و یک گروه شاهد به طور تصادفی تقسیم شدند، و هر یک از گروه ها ۲۵ نفر عضو داشت. ابزار اندازه گیری پرسشنامه سازگاری بل بود.

یافته ها: نتایج نشان داد، تفاوت هر سه روش درمانی در سازگاری کلی و در زیر مقیاس های سازگاری درخانه، سازگاری شغلی و سازگاری اجتماعی، از نظر آماری در سطح ($P < 0/01$) معنا دار بود.

نتیجه گیری: روش های درمانی شناختی- رفتاری شامل: حل مسئله، مواجهه سازی و ترکیبی بر افزایش سازگاری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه اثر بخش بود.

کلیدواژه ها: اختلال استرس پس از ضربه، مهارت حل مسئله، مواجهه سازی، جانباز، سازگاری

Effectiveness of Problem Solving and Prolonged Exposure Therapy and Combined Method on Adjustment in War-Related Post Traumatic Stress Disorder

Ahmadizadeh MJ.^{1*} PhD, Ahmadi Kh.¹ PhD, Anisi J.¹ MSc

¹ Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: This study was designed with the aim of comparing the efficacy of three methods cognitive – behavioral therapy including problem solving; exposure prolonged and combined method (formed of two methods of problem solving and exposure prolonged) on veterans' adjustment suffering from post traumatic stress disorder.

Methods: The research samples consisted of 100 veterans suffering from post traumatic stress disorder of war, using an experimental design with pre test and post test they divided randomly to three groups including: 1 - problem-solving group 2- exposure prolonged group 3- combined group 4- a control group. Each of mentioned groups contained 25 members. Measurement tool in this study was Bell adjustment Questionnaire.

Results: The results showed that all three methods in whole adjustment and number of items in home, work and social dimensions of adjustment were effective ($p < 0.01$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy methods including; problem problem solving, prolonged exposure and combined method had significant effect on increasing adjustment among Veteran PTSD.

Keywords: PTSD, Problem Solving, Prolonged Exposure, Veteran, Adjustment

مقدمه

حوادث، سوانح و بلايا جزء اجتناب ناپذير زندگي انسان هستند، به طوري که در يك مطالعه ۶۱ درصد از مردان و ۵۱ درصد از زنان مورد مطالعه گزارش کردند که در طول عمر خود حداقل در معرض يك رویداد آسیب زا قرار گرفته اند [۱]، ولي فقط ۸/۶ درصد افراد در جمعيت عمومي در مقاطعي از زندگي واجد معيارهاي اختلال استرس پس از ضربه مي شوند [۲]. اما شيوع اين اختلال در افراد در معرض خطر از جمله؛ نيرو هاي نظامي به دليل ماهيت و شرايط شغلي، بيش از مردم عادي و از ۵۰ تا ۳۰ درصد در مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور گزارش شده است [۳-۵]. بر اساس گزارش ارايه شده توسط مرکز بين المللي اختلال استرس پس از ضربه؛ از هر ۲۰ سرباز شرکت کننده در جنگ جهاني دوم، يك نفر علائمي از آسیب رواني نظير اختلال خواب، تحريك پذيري و تجربه مجدد حادثه و خاطرات جنگ را داشت. همچنين، سربازان بازگشته از جنگ ويتنام با چالش هاي مختلف اجتماعي و رواني مواجه بوده و اين مشکلات براي سربازان امريكايي بازگشته از افغانستان و عراق هم گزارش شده است. در مجموع، عمده اين مشکلات با الگوهاي اختلال در سازگاري، سوءمصرف مواد و الکل، خشونت خانگي، بد رفتاري با کودکان درخانه، کودک آزاري، طلاق و مشکلات جدی رواني مرتبط بود [۶، ۷]. بر اساس چهارمين ويرایش راهنمای تشخيصي و آماری اختلالات رواني اختلال استرس پس از ضربه، يك نوع اختلال اضطرابي است که معمولاً در افرادی که در معرض يك واقعه يا رویداد آسیب رسان قرار گرفته اند، بروز مي کند. اين اتفاقات و وقايع ممکن است ناشی از يك تصادف شديد اتومبيل، يك فاجعه نظير بلاياي طبيعي مثل سيل، زلزله، جنگ يا قرباني شدن در تجاوزها و تهاجم هاي جنسي و جسمي باشد. از مشخصه هاي بارز اين اختلال، عود علايم و تجربه مجدد حادثه آسیب زا از طريق رويا و افکار در خواب و بيداري، اجتناب از يادآوری سانحه و کاهش عملکرد کلی است [۸]. در اين اختلال، مجموعه ای از علائم که در پی مواجهه با يك عامل آسیب زای بی نهايت شديد ظاهري شود، که تجربه شخصي مستقيم حادثه ای مرگ آور يا تهديد به مرگ، صدمه يا تهديد تماميت فيزيکی مربوط می شود، يا به دنبال مشاهده رویدادی که با مرگ، صدمه، يا تهديد تماميت فيزيکی شخص ديگري مربوط است به وجود می آيد، و يا پس از کسب اطلاع در مورد مرگ غير منتظره يا مرگ همراه با خشونت، آسیب جدی يا تهديد به مرگ يا صدمه دیدن یکی از اعضای خانواده يا یکی از بستگان نزديک ظاهر می شود [۹]. اگر اين اختلال ناشی از جنگ بوجود آمده باشد به هيچ وجه خود به خود تسکين نمی يابد. لذا حتی الامکان مداخلات درماني بايد به سرعت پس از رویداد آسیب رسان، قبل از اينکه اختلال فرصت رشد داشته باشد، انجام پذيرد [۱۰]. الگوهاي رفتاري اختلال استرس پس از ضربه، مستلزم نوعی سازگاری مجدد است، که در اين ارتباط محققان زيادی مداخلات شناختی-رفتاری را، خط مقدم درمان اين اختلال می دانند [۱۱].

به همين دليل اغلب مطالعات روان شناختی برای اختلال استرس پس از ضربه را، مداخلات شناختی- رفتاری تشکيل می دهد، به طوري که اين مطالعات درک ما را از اختلال استرس پس از ضربه به طور قابل ملاحظه ای گسترش داده است [۱۲، ۱۳]. اين مطالعات شامل؛ تنوعی از تکنیک هاي درماني مختلف از جمله شيوه هاي مواجهه سازی ممتد، آموزش مهارت حل مسئله مصون سازی در برابر استرس، جرأت آموزی و درمان هاي ترکيبی است که به مردم جهت تغيير الگوهاي فکري منفي و نامناسب و رفتارهاي مرتبط با آن کمک می کند. در ادامه با مرور بر شيوه هاي شناختی- رفتاری، مورد استفاده در اين مطالعه، اثربخشی اين روش هاي درماني مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

روش ها

مواجهه سازی ممتد: یکی از روش هاي شناختی-رفتاری است که برای درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار برده می شود. در اين روش هدف، آموزش افراد درگير وضعيت هاي اغلب اجتنابی برای مواجهه با وضعيت ها، افکار و خاطرات ترسناک يا اضطراب آور است [۱۴]. در اين روش بيمار بر توصيف جزئيات تجارب هراسناک و آسیب زای خود با هدايت درمانگر در محيط واقعي يا به طور ذهني با محرکی که از آن می ترسد در يك محيط امن مواجه می شود، و محرک تا زماني که اضطرابش کاهش نيابد ادامه می يابد. مواجهه سازی وقتی امن و مؤثر است که به طورمستقيم توسط درمانگر انجام شده و مکانيسم عمل به صورتی باشد که، علاوه بر خاموش شدن پاسخ شرطی شده، معنایی را که اين رویدادها برای افراد دارند را نيز تغيير دهد [۱۵]. بارلو و کرنی مواجهه سازی را یکی از فنون و شکل اصلاح شده غرقه سازی تجسمی دانسته و به همين دليل برای به حداکثر رساندن تأثير آن توصيه می کنند؛ ۱) مواجهه سازی طولانی باشد، ۲) آنقدر تکرار شود تا ترس و اضطراب بيمار برطرف شود؛ ۳) تدريجي باشد، يعنی از محرک ها و وضعيت هاي کم اضطراب شروع و به محرک ها و وضعيت هاي پراضطراب ختم شود؛ ۴) بيماران بايد به محرک هاي ترسناک توجه کنند و تا حد امکان با آنها تماس و تعامل داشته باشند؛ ۵) مواجهه بايد اضطراب آور باشد؛ ۶) و در نهايت اينکه مواجهه سازی مثل ساير روش هاي درماني می تواند به صورت مجزا در کنار ساير روش هاي درماني اجرا شود [۱۶]. پيشينه مطالعات انجام شده در رابطه با اثر بخشی مواجهه درماني بر درمان بيماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، اعم از سربازان، قربانيان حوادث و سوانح طبيعي و مصنوعي پس از ۹ تا ۱۲ جلسه به نتايج اثربخش و بادوامی دست يافتند [۱۷-۱۹]. همچنين فرا تحليل انجام شده توسط پاورز و همکاران [۲۰] بر ۱۳ مطالعه کنترل شده با گروه هاي شبه آزمایشی و شاهد، شامل مواجهه درماني ذهني و واقعي حاکی از اثر بخشی اين روش در مقايسه با ساير روش هاي درماني برای درمان مبتلايان به اختلال استرس پس از ضربه، اعم از سربازان، قربانيان حوادث و سوانح طبيعي و مصنوعي، قربانيان تجاوزات جنسي بود.

یکی ديگر از روش هاي درماني مورد استفاده در اين مطالعه، روش آموزش مهارت حل مسئله است که به عنوان یکی ديگر از روش هاي درمان شناختی-رفتاری به وسيله درمانگران از طريق آموزش مهارت هاي رواني، اجتماعي به مراجعين توسط درمانگران توسعه زيادی پيدا کرده است. در اين روش به مراجعين آموزش داده می شود که چگونه در يك فرايند گام به گام به حل مسايل و مشکلات زندگي خود بپردازند [۲۰]. نزو و پری [۲۱] روش حل مسئله را نقطه مشترک تمام درمان هاي شناختی- رفتاری می دانند. زيرا، در اين روش فرد می آموزد تا در برخورد با مسايل و مشکلات چگونه فکر کند، نه آنکه به چه چیزی فکر کند. در زمينه تأثيرات پيشگيرانه و درماني حل مسئله، بر بهبود و کارآمدی مهارت هاي مقابله بارویدادهای آسیب زا مورد تأييد قرار گرفته است، از جمله؛ لازاروس [۲۲] و کامپاز [۲۳]، ضمن تأکيد بر اهميت شيوه هاي مقابله با مشکل و تأثير آن بر سلامت رواني افراد به دو نوع مهارت مقابله ای اشاره می کنند؛ اول- مهارت مقابله ای متمرکز بر مسئله يا مسئله مداری که شامل ارزيابی شرايط مشکل زا، تلاش در جهت تغيير موقعيت، برنامه ريزی و دنبال راه حل گشتن و کسب راهنمایی از ديگران می شود. دوم- مهارت مقابله ای متمرکز بر هيجان يا هيجان مداری که شامل؛ پذيرش و قبول مشکل به جای درگيري مستقيم برای حل آن، گريه کردن، ناراحت شدن و متوسل شدن به افکار آرزوطلبانه

پس از ضربه با روش نمونه گیری تصادفی از فهرست پرونده های موجود در مراکز درمانی مجزا شده و پس از شماره گذاری تعداد مورد نیاز به عنوان گروه نمونه و به طور تصادفی انتخاب، در یکی از چهار گروه؛ آموزش حل مسئله، مواجهه سازی ممتد و درمان ترکیبی (مواجهه سازی و حل مسئله) و گروه شاهد جایگزین شدند.

مراحل کلی اجرای پژوهش عبارت بودند از: ۱- اجرای پیش آزمون ها برای هر چهار گروه آزمایشی و شاهد؛ ۲- اعمال متغیر مستقل (آموزش مهارت حل مسئله، مواجهه سازی و روش ترکیبی) برای گروه های آزمایشی؛ ۳- اجرای پس آزمون برای کلیه گروه های آزمایشی و شاهد. همچنین برای بررسی مشکلات اجرایی پژوهش و ابزار مورد استفاده قبل از اجرای مرحله آزمایشی روی ۵ نفر به عنوان گروه پایلوت به مورد اجرا گذاشته شد و نتایج حاصله از شیوه اجرا در این مرحله جهت برنامه ریزی روش اجرایی اصلی مورد استفاده قرار گرفت. به منظور خنثی کردن مشکلات ناشی از افت آزمودنی ها، تعداد نمونه ها ۱۲۰ نفر انتخاب شد. یعنی ۲۰ نفر بیشتر از تعداد مورد نیاز که به تعداد مساوی در چهار گروه توزیع شدند، تا کاهش تعداد آزمودنی ها به اجرای پژوهش لطمه وارد نکند. معیار ورودی آزمودنی ها عبارت بودند از: تشخیص اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ؛ داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم متوسطه، ساکن تهران یا شهرهای اطراف؛ عدم حضور در هرگونه درمان روانشناختی به طور هم زمان، محدوده سن بین ۶۰ الی ۳۵ سال و معیارهای خروج آزمودنی ها عبارت بودند از: اعتیاد به مواد مخدر؛ داشتن تشخیص سایر اختلالات روانی به جز افسردگی همراه با اختلال استرس پس از ضربه، داشتن بیماری های جسمانی عمده.

برنامه گروه های آزمایشی شامل: ۱- برنامه گروه حل مسئله: برنامه درمانی بر اساس الگوی درمان و دیویسون و گلفرید برای ۱۵ جلسه شامل ۷ جلسه عمومی ۲ ساعته و ۸ جلسه انفرادی ۴۵ دقیقه ای، در مجموع ۱۵ جلسه شامل آموزش به بیماران تلاش جهت تشخیص مشکل به محض رخ دادن آن؛ تعریف مسئله یا مشکل؛ تلاش جهت فهمیدن مشکل تعیین اهداف مرتبط با مسئله؛ تولید و ارزیابی راه حل های بدیل؛ ارزیابی و انتخاب بهترین پیشنهاد؛ به کار بردن راه حل انتخاب شده؛ ارزشیابی، اثر بخشی راه حل اجرا شده برای حل مشکل، بررسی شیوه های ارزیابی تاکتیک ها توسط بیمار؛ مرحله اقدام برای اجرای راه حل ها؛ ارزیابی فرایند درمان؛ تصمیم گیری برای ادامه یا خاتمه درمان و پیگیری نتیجه اقدام؛ بررسی مشکلات بیمار در خصوص فرایند حل مسئله، تنظیم شد.

۲- برنامه گروه مواجهه سازی: در این روش، با جلسات منظم انفرادی شامل ۱۵ الی ۱۳ جلسه شامل ۲ جلسه گروهی برای اجرای مقدمات و پیش آزمون و ۱۳ جلسه انفرادی ۲ روز در هفته برای اجرای فرایند درمان و یک جلسه گروهی در انتها برای جمع بندی و اجرای پس آزمون به مرحله اجرا گذاشته شد. این برنامه شامل: تمرکز و مرور مستمر حادثه آسیب زا و مجزا کردن بعد عواطف منفی از حادثه آسیب زا با هدایت درمانگر، آموزش و تمرین آرامبخشی، تمرین مواجهه با حادثه آسیب زا در حضور درمانگر به همراه آرامبخشی و اجرای تکلیف در منزل از طریق تصور ذهنی با یادداشت برداری و ضبط صدا برای مرور حادثه آسیب زا بدون حالت آرامبخشی، مرور جزئیات حادثه در هنگام آرامبخشی به صورت منظم و بررسی روند بهبودی بیماران.

۳- برنامه گروه ترکیبی: بر اساس برنامه پیش بینی شده برای دو گروه حل مسئله و مواجهه سازی این گروه به طور ترکیبی طی ۱۵ جلسه؛ شامل ۷ جلسه عمومی جهت آموزش مهارت حل مسئله به همراه آموزش

به جای برنامه ریزی برای حل مشکل است. همچنین در زمینه های درمانی مرتبط مطالعات انجام شده است بر تأثیرات مثبت، پیشگیرانه و درمانی مهارت حل مسئله بر سلامت روان، بهبودی و افزایش اعتماد به نفس و رضایت مندی از زندگی، ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از افکار خودکشی، کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه بیماران تأکید شده است [۲۷-۲۲]. برای آموزش مهارت حل مسئله سبک های مختلفی ارائه شده است که تا حدی با یکدیگر متفاوت می باشند، ولی نقاط مشترک زیادی در این الگوها وجود دارد. زیرا، روش ها و الگوهای مختلف حل مسئله برای تغییر شناخت بیماران تنظیم می شود، و برای تحلیل دقیق موقعیت ها، مسائل، مشکلات زندگی و تصمیم گیری مبتنی بر پاسخ ها و نتایج موجود بهره می برد.

در این مطالعه، دیدگاه دیویسون و گلفرید به لحاظ توافق عمومی و اثر بخشی آن در مطالعات گذشته، مورد استفاده قرار گرفته است [۲۸، ۲۹]. اگرچه، مطالعات گسترده ای در مورد شیوه های مقابله و سازگاری برای درمان اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است؛ اما دست یابی به یک شیوه درمانی خاص برای درمان این اختلال کافی نمی باشد. به همین دلیل رویکردهای درمانی ترکیبی در تعدادی از مطالعات انجام شده در درمان و سازگاری سربازان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و سایر اختلالات همراه اثر بخش گزارش شده است [۲۷-۲۵]. به طور کلی، برای درمان اختلال استرس پس از ضربه چند نوع درمان پیشنهاد شده است و انتخاب نوع درمان در اکثر موارد بستگی به دیدگاه های نظری درمانگران دارد. ولی اغلب متخصصان، در مورد رویدادهای آسیب زا بر این موضوع اتفاق نظر دارند که حمایت اجتماعی نقش موثری در درمان دارد. همچنین بهتر است که در حد امکان به سرعت پس از رویداد آسیب رسان مداخلات درمانی انجام پذیرد، قبل از اینکه اختلال فرصت رشد داشته یعنی، در فاصله زمانی ۷۲ تا ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع یک رویداد آسیب زا باشد تا قربانیان ترغیب شوند، تا به طور مفصل هر آنچه را که اتفاق افتاده بررسی کنند و با قدرت احساسات خود را درباره آن واقعه هراس آور بیرون بریزند [۳۲-۳۰]. بنیش، ایمل و مپولد [۳۳] با بررسی ۱۵ مطالعه انجام شده شناختی-رفتاری بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه هیچ گونه تفاوت معناداری بین این روش های مختلف شناختی-رفتاری پیدا نکردند. همچنین بی سان و همکاران [۳۴] با بررسی و تحلیل ۳۸ مطالعه انجام شده بر درمان متمرکز بر ضربه مبتنی بر روش های شناختی-رفتاری و حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد در مقایسه با گروه های لیست انتظار و کنترل موثر تر بودند. با توجه به اهمیت مسئله، هدف این مطالعه بررسی و مقایسه اثر بخشی هریک از روش های درمان حل مسئله، مواجهه درمانی و روش ترکیبی بر سازگاری کلی و ابعاد مختلف آن در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بود.

روش: این مطالعه در سال ۱۳۸۶ انجام شده و از نوع مطالعات تجربی با سه گروه آزمایشی و یک گروه شاهد می باشد. مدل مورد استفاده طرح پیش آزمون-پس آزمون چند گروهی از طرح های گسترش یافته تجربی بود. جامعه آماری، بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه ا.ا. الاعظم (ع) و سایر مراکز درمانی سپاه و بنیاد شهید و امور ایثارگران در تهران بودند، که براساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم و مصاحبه بالینی روان پزشکی به عنوان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ تشخیص داده شده، و در یکی از مراکز فوق پرونده مراجعه روان پزشکی داشتند. با توجه به سوابق مطالعات قبلی، از جامعه مورد مطالعه، تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال استرس

غیر ضروری و شخصی؛ ۵- عدم بایگانی اطلاعات شخص غیر ضروری و خصوصی آزمودنی ها؛ ۶- دادن کد به هر یک از آزمودنی ها؛ ۷- ارائه گواهی شرکت در برنامه های درمانی توسط همکاران روانپزشک طرح و درمانگاه؛ ۸- تامین هزینه تردد آزمودنی ها؛ ۹- دادن هدیه در انتهای دوره درمانی؛ ۱۰- توجیه گروه شاهد جهت ادامه شرکت در طرح.

یافته ها

مشخصات و ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها از نظر دامنه سنی آزمودنی ها از ۵۷ تا ۳۴ سال متغیر بود؛ همچنین میانگین و انحراف استاندارد وضعیت سنی آزمودنی ها به ترتیب ۴۲/۳۷ و ۴/۵۵ بود. ۴۹ نفر از آزمودنی ها شاعل و ۵۱ نفر غیرشاعل، بازنشسته از سپاه یا حالت غیر اشتغال از بنیاد شهید و امور ایثارگران بودند و در زمان اجرای تحقیق شغلی نداشتند. ۲۴ نفر در روش حل مسئله، ۲۵ نفر در روش مواجهه درمانی، ۲۶ نفر در روش ترکیبی و ۲۵ نفر هم در گروه شاهد بودند. ۵۱ درصد از آزمودنی ها در مقطع تحصیلی دیپلم، ۲۷ درصد فوق دیپلم، ۱۴ درصد لیسانس، و ۸ درصد فوق لیسانس و بالاتر قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره کل و زیر مقیاس های سازگاری آزمودنی ها در چهار گروه در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین ها، از آزمون کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس ها بررسی و برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از این آزمون پیش فرض تساوی واریانس نمره ها در چهار گروه در تمام متغیرها تأیید شد. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره های چهار گروه در جدول ۳ آمده است.

نتایج کوواریانس نشان داد که در نمره کل و زیر مقیاس های سازگاری تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری در سطح ($P < 0/01$) معنا دار بود.

به عبارت دیگر؛ در سازگاری کلی، کاهش نمره در گروه های آزمایشی حاکی از اثر بخشی این روش ها نسبت به گروه شاهد بود. همچنین نتایج نشان داد که عامل عضویت گروهی در نمره کل سازگاری، سازگاری در خانه، سازگاری شغلی و سازگاری اجتماعی از نظر آماری در سطح ($P < 0/01$) معنا دار بود. به منظور مقایسه بین گروه ها از آزمون آماری (LSD) استفاده شد، و نتایج آزمون نشان داد که تفاوت بین گروه های ترکیبی با گروه کنترل و گروه حل مسئله وجود دارد. به عبارت دیگر، در گروه ترکیبی در مقایسه با گروه کنترل و گروه حل مسئله سازگاری بیشتری مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از یافته های پژوهش بیانگر اثر بخشی اجرای آموزش مهارت حل مسئله، مواجهه درمانی و روش ترکیبی بر افزایش سازگاری کلی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در گروه های آزمایشی نسبت به گروه شاهد بود.

همچنین سایر یافته ها حاکی از اثربخشی اجرای روش های درمانی بر ابعاد مختلف سازگاری از قبیل سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری اجتماعی است.

این یافته ها با نتایج تحقیقات انجام شده توسط ماوولف و همکاران [۲۰] تاریخچه پللی گریم [۱۲]؛ بکر و همکاران [۱۸]؛ احمدی زاده و همکاران [۱۹]؛ فوا و مدوز [۱۵]؛ بک و کافی [۱۷]، همچنین فرا تحلیل انجام شده توسط پاورز و همکاران [۲]، بنیش و همکاران [۳۳] بی سان و همکاران

آرامبخشی با استفاده روش های شناخت افکار منفی و روش توقف فکر به صورت گروهی و ۸ جلسه انفرادی برای اجرای فرایند حل مسئله با تمرکز بر حادثه آسیب زا و اجرای روش مواجهه سازی.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش، از پرسشنامه دموگرافیک برای آگاهی از وضعیت جمعیت شناختی و از پرسشنامه سازگاری بل، برای سنجش میزان سازگاری کلی و ابعاد مختلف آن شامل: سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی به دلیل ارزیابی ابعاد مختلف زندگی فرد قبل و بعد از مداخله استفاده شد. پرسشنامه سازگاری بل از یکصد سؤال تشکیل شده و دارای دو نسخه می باشد، یک نسخه برای دانش آموزان و دانشجویان و دیگری برای بزرگسالان است. در این مطالعه از فرم بزرگسالان استفاده شده است، این فرم پنج بعد سازگاری شخصی و اجتماعی را اندازه می گیرد، که عبارتند از: ۱- سازگاری در خانه: نمرات سطح بالای افراد در این سطح، نشانگر عدم سازگاری مطلوب با محیط خانه است و نمرات پایین از سازگاری در خانه حکایت دارد؛ ۲- سازگاری تندرستی: نمرات بالا در این سطح از سازگاری نامطلوب سلامتی سخن می گویند و نمرات پایین معرف سازگاری رضایت بخش است؛ ۳- سازگاری اجتماعی: نمره بالا نشانگر دوری و کناره گیری از تماس های اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می شوند و افرادی که نمره کم احراز کرده اند در تماس های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند؛ ۴- سازگاری عاطفی: افراد با نمره بالا از نظر عاطفی بی ثباتی نشان می دهند و اشخاص با نمره کم از ثبات عاطفی برخوردارند؛ ۵- سازگاری شغلی: افرادی که موفق به دریافت نمرات کم شوند، از مشاغل خود رضایت دارند و آنها که نمرات بالا بدست آورده اند از مشاغل خود ناراضی اند. اعتبار هریک از پنج بعد پرسشنامه و کل نمرات آن به روش همبستگی اسپیرمن-براون شامل: سازگاری در خانه: ۰/۹۱؛ سازگاری تندرستی: ۰/۸۱؛ سازگاری اجتماعی: ۰/۸۸؛ سازگاری عاطفی: ۰/۹۱؛ سازگاری شغلی: ۰/۸۵ و کل: ۰/۹۴ می باشد.

روایی پرسشنامه از دو راه به دست آمد: نخست عبارات هر یک از بخش های پرسشنامه، در محدوده ای انتخاب شدند که اختلاف آنها، بین ۵۰ درصد بالایی و پایینی در توزیع نمرات بزرگسال مشهود باشد؛ دوم اینکه، پرسشنامه در نتیجه تلاش های متخصصان مشاوره با بزرگسالان، مبنی بر انتخاب گروه هایی از افراد، به دست آمده است که در محدوده بسیار خوب و بسیار ضعیف سازگاری داشته اند و همچنین تعیین حدودی که پرسشنامه می تواند در بین آنها تمایز ایجاد کند. اعتبار یابی این پرسشنامه به وسیله دلاور برای جامعه جانبازان ورزشکار ایرانی استاندارد شده است، همچنین توسط محمدیان شعرباف مورد مطالعه قرار گرفته و به نتایج مشابه سازنده آزمون دست یافت [۳۵].

در نهایت پس از انجام پژوهش، داده های به دست آمده ناشی از پیش آزمون، پس آزمون با استفاده از روش های آمار توصیفی (از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و روش های آماری استنباطی، آزمون کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها استفاده از آزمون های تقییبی (LSD) برای مقایسه و پیدا کردن اختلاف معنادار بین گروه ها با استفاده از نرم افزار (SPSS) تجزیه و تحلیل شدند. ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شده است عبارت بودند از: ۱- اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای همه آزمودنی ها؛ ۲- ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی؛ ۳- محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از آزمودنی؛ ۴- خودداری از طرح سوالات

با مسائل و مشکلات زندگی و ارتقاء مهارت های اجتماعی، کفایت شخصی و عزت نفس، همچنین اثر بخشی این روش های درمانی برای کاهش علائم و نشانه های اختلال در مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه، اعم از سربازان، قربانیان حوادث و سوانح طبیعی و مصنوعی، قربانیان تجاوزات جنسی همخوانی داشت. سایر یافته ها در رابطه با بررسی اثر بخشی هریک از گروه های آزمایشی نسبت به یکدیگر نشان داد که بین گروه های ترکیبی با گروه مواجه

[۳۴] مبنی بر اثر بخشی برای درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه، همچنین مطالعات انجام شده توسط نزو، نزو و پری [۲۱] امیر وکاپلان [۲۷] کامپاز [۲۳] تال [۱۴]؛ محمدی [۳۶] به عنوان یکی از روش های مقابله مثبت با مسائل و مشکلات برای کمک به افراد مختلف در زمینه سازگاری کلی آنها در مواجهه با موقعیت های استرس زا و همچنین افزایش مهارت های شناختی و مداخله در بحران ها و پرورش حس همکاری به عنوان یکی از اصلی ترین تکنیک های مقابله مؤثر

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمره کل و زیر مقیاس های سازگاری آزمودنی ها برحسب پیش آزمون گروه ها

پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	ترکیبی
۱۷/۷۳	۱۵/۶۹	۲۱/۶۹	۱۶/۱۹	۱۲/۱۹	۸۳/۵۸	میانگین	
۱/۰۶۶	۱/۲۶۳	۰/۶۴۴	۰/۸۰۰	۱/۰۷۶	۲/۲۴۹	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	حل مسئله
۱۹/۵۰	۱۵/۷۵	۲۰/۴۶	۱۴/۸۸	۱۱/۳۸	۸۱/۳۳	میانگین	
۱/۸۹۱	۱/۱۵۸	۱/۰۱۴	۰/۹۶۴	۰/۶۴۲	۲/۵۲۱	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	مواجهه درمانی
۱۷/۵۲	۱۵/۳۶	۱۷/۸۸	۱۶/۷۶	۱۴/۴۰	۸۱/۲۰	میانگین	
۰/۸۸۵	۱/۰۲۴	۱/۱۶۱	۰/۸۰۵	۱/۰۰۸	۳/۳۷۴	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	گروه شاهد
۱۷/۲۰	۱۵/۸۰	۱۵/۸۸	۱۴/۸۰	۱۱/۶۴	۷۵/۲۴	میانگین	
۱/۰۳۸	۱/۲۲۹	۱/۵۴۲	۰/۸۱۴	۱/۰۹۱	۴/۳۲۱	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	جمع
۱۷/۹۷	۱۵/۶۵	۱۸/۹۹	۱۵/۶۷	۱۲/۴۱	۸۰/۳۶	میانگین	
۰/۴۸۹	۰/۵۷۹	۰/۶۰۲	۰/۴۲۵	۰/۴۹۷	۱/۶۱۴	انحراف معیار	

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمره کل و زیر مقیاس های سازگاری آزمودنی ها برحسب پس آزمون گروه ها

پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	ترکیبی
۱۳/۸۱	۱۲/۳۱	۱۶/۰۰	۱۵/۸۸	۱۰/۸۸	۶۷/۶۵	میانگین	
۱/۱۴۱	۰/۷۶۰	۰/۹۵۸	۱/۳۴۵	۰/۹۳۲	۳/۳۹۶	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	حل مسئله
۱۶/۱۳	۱۴/۳۳	۱۵/۶۳	۱۵/۰۸	۱۰/۹۶	۷۱/۰۴	میانگین	
۰/۷۷۲	۰/۸۰۲	۱/۲۱۶	۱/۱۴۷	۰/۴۸۷	۲/۸۵۴	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	مواجهه درمانی
۱۵/۰۰	۱۳/۹۲	۱۴/۴۰	۱۳/۹۲	۱۱/۴۸	۶۸/۶۸	میانگین	
۰/۹۱۳	۰/۶۹۷	۱/۰۷۹	۰/۷۸۹	۰/۶۵۶	۳/۱۹۴	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	گروه شاهد
۱۷/۶۰	۱۴/۲۴	۱۴/۶۸	۱۳/۱۶	۱۱/۸۰	۱۷/۸۸	میانگین	
۰/۹۲۹	۱/۲۴۱	۰/۱۲۱	۰/۸۳۰	۰/۸۹۸	۳/۷۴۹	انحراف معیار	
پیش آزمون						گروه ها	
اجتماعی	شغلی	عاطفی	تندرستی	درخانه	نمره کل	میانگین	جمع
۱۵/۶۱	۱۳/۶۸	۱۵/۱۸	۱۴/۵۲	۱۱/۲۸	۶۹/۵۳	میانگین	
۰/۴۹۲	۰/۴۵۱	۰/۵۴۱	۰/۵۳۲	۰/۳۸۳	۱/۶۴۴	انحراف معیار	

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین نمره های سازگاری آزمودنی ها در چهار گروه (ترکیبی، حل مسئله، مواجهه سازی و گروه شاهد)

سازگاری	عامل ها	درجات آزادی	میانگین مجزورات	ارزش F	معناداری P	اندازه اثر	توان آماری
نمره کل	پیش آزمون	۹۶	۴۴۸/۳۴۹	۶/۴۱۳	۰/۰۰۱(**)	۰/۹۲۶	۱
	عضویت گروهی	۳	۱۶۴/۶۷۵	۳۵۵/۲	۰/۰۰۲(*)	۰/۷۶۸	۰/۹۴۵
درخانه	پیش آزمون	۹۶	۴۷/۹۱۶	۱۷/۹۳۰	۰/۰۰۱(**)	۰/۸۷۴	۱
	عضویت گروهی	۳	۱۶/۳۳۳	۵/۸۲۷	۰/۰۰۲(**)	۰/۲۷۱	۰/۹۳۵
تندرستی	پیش آزمون	۹۶	۸۷/۷۳۴	۵/۶۶۳	۰/۰۰۱(**)	۰/۶۵۸	۱
	عضویت گروهی	۳	۱۵/۳۴۶	۰/۹۹۰	۰/۴۰۵	۰/۰۵۹	۰/۲۵۳
عاطفی	پیش آزمون	۹۶	۵۷/۹۶۷	۲/۹۰۲	۰/۰۰۱(**)	۰/۵۸۷	۰/۹۹۷
	عضویت گروهی	۳	۱۱/۸۸۸	۰/۵۹۵	۰/۶۲۱	۰/۰۳۷	۰/۱۶۴
شغلی	پیش آزمون	۹۶	۳۸/۰۹۷	۲/۳۳۴	۰/۰۰۸(**)	۰/۵۷۲	۰/۹۸۰
	عضویت گروهی	۳	۱۵/۳۵۴	۰/۹۴۱	۰/۴۳۰	۰/۰۶۳	۰/۲۳۹
اجتماعی	پیش آزمون	۹۶	۵۶/۷۲۶	۳/۹۷۴	۰/۰۰۱(**)	۰/۶۳۳	۱
	عضویت گروهی	۳	۶۱/۸۱۶	۴/۳۳۰	۰/۰۰۹(**)	۰/۲۲۰	۰/۸۳۸

(**) معناداری در سطح ۰/۱۰ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

درمانی برای کدام بیمار مفید است. زیرا درمان های ترکیبی در بهترین حالت خود، کاربرد مؤثر و نظام مند روش های مختلف درمانی است. روش ترکیبی مورد استفاده در این پژوهش با استفاده از روش مواجهه سازی ممتد عواطف منفی و درون ریزی شده بیمار با هدایت درمانگر برون ریزی می شود، سپس با استفاده از روش آموزش حل مسئله، شیوه تفکر صحیح و حل مسائل و مشکلات زندگی به بیمار آموزش داده می شود.

به همین دلیل است که روش ترکیبی بر سازگاری بیماران نسبت به گروه شاهد اثربخش می باشد. لذا پیشنهاد می شود؛ بر اساس نتایج این مطالعه از روش مواجهه سازی ممتد به عنوان یک روش درمانی مؤثر و کارآمد برای مقابله با عواطف منفی خصوصاً در بحران ها و جنگ برای کمک فوری به افرادی که در معرض آسیب های جدی قرار گرفته اند، توسط درمانگران به کار گرفته شود، و در این ارتباط در دوره های باز آموزی و کارگاه های تخصصی این مهارت به درمانگران آموزش داده شود.

همچنین درمانگران برای بهره برداری از نتایج بهتر در درمان از روش ترکیبی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه استفاده کنند تا ضمن کنترل هیجانات منفی، اثر بخشی بیشتری بر جنبه های مختلف زندگی بیماران ایجاد شود و بیمار ضمن بازسازی شناختی و عاطفی خود بتواند به الگوی تفکر صحیح در جهت مقابله مسائل و مشکلات زندگی دست یابد. برای احتراز از مشکلات و محدودیت هایی که در این پژوهش به دلیل وجود بعضی ضرورت ها و اعمال ملاک های حذف آزمودنی ها، مثلاً تحصیلات کمتر از متوسطه، مجرد بودن، واقعه تروماتیک غیرجنگی درمان های گذشته بیماران و وضعیت اجتماعی و اقتصادی متفاوت بیماران و مشکلات که ناشی از تغییر برنامه

سازی و حل مسئله تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر در گروه ترکیبی در مقایسه با گروه شاهد و گروه حل مسئله سازگاری بیشتری مشاهده شد. در همین ارتباط سایر یافته ها حاکی از آن است که علی رغم اینکه اجرای روش های درمانی در سازگاری کلی نسبت به گروه شاهد اثربخش بود. ولی در سازگاری عاطفی و تندرستی تفاوت معناداری بین گروه ها مشاهده نشد. با توجه به نتایج به دست آمده می توان بیان کرد؛ در ابعاد سازگاری تندرستی، از سازگاری مطلوب و رضایت بخش و در سازگاری عاطفی بر ثبات عاطفی مطرح می شود، که به نظر می رسد هر دو بعد سازگاری عاطفی و سازگاری تندرستی مستلزم زمان طولانی تر جهت تغییر الگوهای فکری و بازسازی موثر شناختی جهت مقابله موثر با عوامل درونی و فردی مختل کننده سازگاری می باشد. ولی در سایر ابعاد مثل سازگاری در خانه، سازگاری اجتماعی، سازگاری شغلی بکارگیری الگوهای درمانی در ارتباط و تعامل موثر با محیط های خانوادگی، شغلی و اجتماع اثر بخشی بیشتری داشته است، و این امر بیانگر آن است که مداخلات رفتاری-شناختی، نحوه مقابله صحیح با مشکلات و مسائل را به فرد می آموزد و به نوعی فرد را به بازسازی شناختی و سازگاری بیشتر هدایت می کنند. همچنین در روش ترکیبی با استفاده از مزایای هر دو روش درمانی ضمن ارتقاء سازگاری، آمادگی لازم را در بیماران برای بازسازی شناختی ایجاد می کنند. در مجموع می توان گفت؛ امروزه درمانگران گرایش زیادی به استفاده از رویکردهای درمان ترکیبی و روش های درمانی گوناگون برای درمان بیماران دارند، خصوصاً در اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ که نسبت به سایر اختلالات به حمایت و درمان جدی تری نیاز دارند [۱۵]. همچنین در روش درمان های ترکیبی درمانگر تشخیص می دهد که کدام روش

منابع

- 1- Koucky EM, Galovski TE. Acute Stress Disorder: Conceptual Issues and Treatment Outcomes 2010; Available from: www.elsevier.com/locate/cabp.
- 2- Powers MB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(6):635-41.
- 3- Bradley DG. Information from your family doctor. What you should know about post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician.* 2003;68(12):2409.
- 4- Norbala AA, Malekafzali H. Investigate aspects of psychological effects of War on the four different groups of men. *Proceedings of the Third Congress of Psychiatry and Psychology in Iran.* Tehran: Iran University of Medical Science;1991.
- 5- Moradi A, Salimi M, Fathi-Ashtiani A. Memory Performance among Iranian Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Behavioral Science.* 2011;4:269-276.
- 6- Brown WB. Another Emerging "Storm": Iraq and Afghanistan Veterans with PTSD in the Criminal Justice System. *Justice Policy Journal.* 2000;(2)5.
- 7- Cook J M. Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *J Fam Psychol.* 2004;18(1):36-45.
- 8- Ghanizadeh A. Agreement between Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, and the proposed DSM-V attention deficit hyperactivity disorder diagnostic criteria: an exploratory study. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):7-10.
- 9- Vikas M, Chandrasekaran R. A case of obsessive-compulsive disorder by proxy. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33(3):303 e5-6.
- 10- Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):586-93.
- 11- Taylor SE. Toward a biology of social support. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford university press; 2001.
- 12- Tarrrier N. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1999. 67(1):13-8.
- 13- Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006; 2:161-97.
- 14- Tull M. *Exposure Therapy for PTSD.* 2008.
- 15- Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol.* 1997;48: 449-80.
- 16- Barlow DH., Cerny JA. *Psychological treatment of panic.* New York: Guilford Press;1998.
- 17- Beck G, Coffey SF. Group cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of motor vehicle Accident survivors. *Cognitive Therapy and Research.* 2006;12(3):207-277.
- 18- Becker CB, Zayfert C, Anderson C. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure

ریزی درمانگاه وجود داشت، پیشنهاد می شود؛ برای پژوهش های آتی ضمن برطرف کردن محدودیت های این پژوهش و بهره برداری از نتایج کاربردی آن که برگرفته از نتایج و یافته های تحقیق است از پیگیری جهت بررسی تداوم و اثربخشی روش های درمانی استفاده شود .

تشکر و قدردانی: این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... به انجام رسیده است، که بدین وسیله از همکاری صمیمانه این مرکز تشکر و قدردانی می نمایم. از ریاست محترم درمانگاه و همکاران محترم روان شناس و روان پزشک، بیمارستان بقیه ... الاعظم «عج» که اجرای این پژوهش بدون همکاری آنان میسر نبود تقدیر به عمل می آید.

- therapy for PTSD. *Behav Res Ther.* 2004;42(3):277-92.
- 19- Ahmadizadeh MJ. Comparison the effectiveness of «cognitive-behavioral» and «eye movement desensitization reprocessing» treatment models on patients with war post-traumatic stress disorder *Journal of Military Medicine.* 2010;12(3):173-178.
- 20- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(1):46-57.
- 21- Nezu AM. Psychotherapy for Adults with a problem-solving farm work: focus on Depression. *Journal of cognitive psychotherapy.* 1990;4(30).
- 22- Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *Am Psychol.* 2000;55(6):665-73.
- 23- Compas BE. Coping with Stress during Childhood and Adolescence *Psychology. Bulletin.* 101(3):393-403.
- 24- Zurilla D, Thomas J. Problem solving Training for Effective stress Management and privation. *Journal of cognitive psychology.* 1990;4(40).
- 25- Heppner PP. Future directions of problem solving training for adults. *Journal of cognitive psychotherapy,* 1990;4(2).
- 26- Gallagher DJ. Personality, Coping, and Objective Outcomes: Extraversion, Neuroticism, Coping Styles, and Academic Performance. *Person Individ.Diff.* 1996;21(3):421-429.
- 27- Amir M, Benjamin J, Kotle M. Coping styles in post-traumatic stress disorder. *Person, Individual, Dih.* 1997;23:399-404.
28. Goldfried MR, Davison GC. *Clinical Behavior Therapy:* Iran University Press.
- 29- Lefrancois GR. *Psychology for teaching wadsw.* California: Publishing company. Belmont;1991.
- 30- Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(5):607-12.
- 31- Price M. Combat Experiences, Pre-Deployment Training, and Outcome of Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Veterans. *Clin Psychol Psychother;* 2012.
- 32- Davison G C, Neale M J, Kring A M. *Abnormal psychology.* 9ed ed. New York: Jhon Wiley & sons, Inc; 2004.
- 33- Benish SG, Imel, ZE, Wampold BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev,* 2008;28(5):746-58.
- 34- Bisson JI. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2007. 190: 97-104.
- 35- AgamohammadianShrbaf HR. Review the effectiveness of two approaches to psychoanalysis and cognitive group therapy on Adjustment. *Tarbiat Modares University;* 1995.
- 36- Mohammadi N. Relationship between problem-solving styles and general health in students. *Journal of Psychology.* 2005;8(4):336-336.