Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder, Resilience, and Cognitive Flexibility in Students

Khadijeh Shahriaryfar[1], Shervin Mohammadi[2*]

[1]Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2]Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: **14 Mar 2025** ***Revised:*** **8 June 2025** ***Accepted*****: 26 July 2025**

ABSTRACT

Introduction: Exposure to stressful conditions and natural disasters in children and adolescents is associated with more psychological damage due to lower resilience and flexibility, which can lead to the emergence of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioural therapy on post-traumatic stress disorder, resilience, and cognitive flexibility of students in Khoy, Iran. ***Materials and Methods:*** The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study included all second-year high school students in Khoy, Iran, in the year 1403. Using purposive sampling, 30 people were selected as a statistical sample and were placed in two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received cognitive-behavioural therapy during 8 sessions (each session 90 minutes), and the control group did not receive any intervention. Measurement tools included the Weiss and Marmer Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (1997), Connor and Davidson Resilience (2003), and Dennis and Vanderwaal Cognitive Flexibility (2010). ***Results:*** The results showed that cognitive-behavioural therapy led to a significant reduction in posttraumatic stress symptoms and improvements in resilience and cognitive flexibility in the experimental group compared to the control group. ***Conclusion:*** According to the results of this study, cognitive-behavioural therapy appears to reduce symptoms of posttraumatic stress disorder and enhance students' resilience and cognitive flexibility by restructuring dysfunctional cognitions, addressing negative automatic thoughts, and incorporating behavioral exercises.

Keywords:

1. Psychological Trauma
2. Crisis Intervention
3. Psychotherapy
4. Adolescent

***Corresponding Author:** Shervin Mohammadi

Email: *mshervin23@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان

خدیجه شهریاری‌فر[1]، شروین محمدی[2*]

[1]گروه روانشناسی، داشکده علوم پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[2]گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۲۴ اسفند ۱۴۰۳ اصلاحیه: ۱۸ خرداد ۱۴۰۴ پذیرش: ۴ مرداد ۱۴۰۴

چـــــکیده

مقدمـــه: قـرار گرفتـن کـودکان و نوجوانـان در معـرض شـرایط اسـترس‌زا و بلایـای طبیـعی بـا آسیب‌هـای روانی بیشـتری همـراه اسـت کـه نـاشی از تـاب‌آوری و انعطاف‌پذیـری کمتـر آن‌هـا می‌باشـد و می‌توانـد منجـر بـه بـروز اخـتلالات اضطـرابی و اخـتلال اسـترس پـس از سـانحه شـود. هـدف پژوهـش حاضـر بـررسی اثربخـشی درمـان شـناختی- رفتـاری بـر اخـتلال اسـترس پـس از سـانحه، تـاب‌آوری و انعطاف‌پذیـری شـناختی دانش‌آمـوزان شهرسـتان خـوی، ایـران بـود. **مـــواد و روش‌هـــا:** ایـن مطالعـه از نـوع نیمـه ازمایـشی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و گـروه کنتـرل بـود. جامعـۀ آمـاری شـامل کلیـه دانش‌آمـوزان سـال دوم دبیرسـتان شهرسـتان خـوی در سـال ۱۴۰۳ بـود. بـا اسـتفاده از نمونه‌گیـری هدفمنـد، ۳۰ نفـر به‌عنـوان نمونـه آمـاری انتخـاب و در دو گـروه آزمایـش (۱۵ نفـر) و کنتـرل (۱۵ نفـر) قـرار گرفتنـد. گـروه آزمایـش در طـول ۸ جلسـه درمـان شـناختی-رفتاری (هـر جلسـه ۹۰ دقیقـه) شـرکت کـرد و گـروه کنتـرل هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد. ابزارهـای اندازه‌گیـری شـامل پرسشـنامه اخـتلال اسـترس پـس از سـانحه وایـس و مارمـر (۱۹۹۷)، مقیـاس تـاب‌آوری کانـر و دیویدسـون (۲۰۰۳) و مقیـاس انعطاف‌پذیـری شـناختی دنیـس و ونـدروال (۲۰۱۰) بودنـد. **یافته‌هـــا:** نتایـج نشـان داد درمـان شـناختی- رفتـاری منجـر بـه کاهـش معنـی‌دار علائـم اخـتلال اسـترس پـس از سـانحه و بهبـود تـاب‌آوری و انعطاف‌پذیـری شـناختی در گـروه آزمایـش نسـبت بـه گـروه کنتـرل شـد. **نتیجه‌گیـــری:** بـر اسـاس نتایـج ایـن مطالعـه، درمـان شـناختی- رفتـاری بـا بازسـازی شـناخت‌های ناکارآمـد، پرداختـن بـه افـکار خـودکار منـفی و به‌کارگیـری تمرین‌هـای رفتـاری، بـه نظـر می‌رسـد کـه علائـم اخـتلال اسـترس پـس از سـانحه را کاهـش داده و تـاب‌آوری و انعطاف‌پذیـری شـناختی دانش‌آمـوزان را افزایـش می‌دهـد.

واژه‌های کلیدی:
۱- آسیب روانی
۲- مداخله بحران
۳- روان‌درمانی
۴- نوجوانان

***نویسنده مسئول:** شروین محمدی

پست الکترونیک: *mshervin23@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

مقدمه

انسان از ابتدای تاریخ بشر و در طول زندگی خود با شرایط و وقایع آسیب‌زا (طبیعی و انسانی) مواجه بوده است (۱). تجربه چنین واقعه‌ای، منجر به ایجاد طیف گسترده‌ای از اختلالات از جمله علائم اضطرابی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌تنی و غیره می‌شود (۲). در این میان کودکان و نوجوانان به دلیل شرایط ویژه جسمانی و سنی، بیش‌تر از دیگر قشرهای جامعه در معرض خطر رویداد آسیب‌زا، خشونت و آزاردیدگی قرار دارند و در مقابل از کمترین پشتیبانی حقوقی، اقتصادی و اجتماعی برخوردارند. توجه به رویارویی کودکان و نوجوانان با رویدادهای آسیب‌زا، تشخیص، سنجش و ارزیابی آنها، برای درمان اختلالات رفتاری اهمیت بسیار دارد (۳). یکی از مشکلات روانشناختی که به سبب مواجه شدن با شرایط آسیب‌زا، ایجاد می‌گردد، اختلال استرس پس از سانحه[1] است (۴). طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی[2](DSM-5) این اختلال، یک اختلال اضطرابی وابسته به استرس است که می‌تواند پس از یک یا چند تجربه آسیب‌زا رخ دهد. این عارضه شامل تجربه مجدد سانحه در رؤیا، خیال‌ها یا بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخ‌گویی به چنین یادآوری‌هایی، برانگیختگی مستمر و مفرط، اجتناب مستمر می‌شود که حداقل طول مدت علائم یک ماه است و در نهایت این نشانه‌ها در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند (۵). آسیب‌های بسیاری از جمله زلزله می‌توانند سبب بروز این اختلال شوند. فرد آسیب‌دیده از این بلای طبیعی، تا مدت‌ها زمینه آن را دارد که به صورت ذهنی و جسمی درگیر آن باشد. به گونه‌ای که بسیاری از فعالیت‌های روزمره ، تکراری و طبیعی فرد می‌توانند تحت تأثیر قرار گیرد. همچنین این اختلال با پیشرفت تحصیلی، یادگیری و اختلال در روابط بین فردی در کودکان و نوجوانان رابطه دارد (۶). همچنین این اختلال که با دشواری در تمرکز، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگر همراه است باعث کاهش سلامت عمومی و تاب‌آوری[3] در فرد می‌شود (۷).

تاب‌آوری به فرآیند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ ناگوار زندگی اطلاق می‌شود. تاب‌آوری صرفاً مقاومت و منفعل‌بودن در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه خود فرد در سازش با محیط پیرامونی و تاب‌آوری مشارکت فعال دارد. تاب‌آوری شامل حفظ آرامش در شرایط استرس‌زا، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع اجتناب‌ناپذیر و حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌هاست (۸). فرد با تاب‌آوری بالا در برابر استرس روزمره زندگی از خود انعطاف نشان می‌دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق می‌دهد. در نتیجه رویدادهای استرس‌آور زندگی روزمره نمی‌تواند باعث آسیب جدی در فرد شود. از سوی دیگر نیز باید توجه داشت که تاب‌آوری پایین باعث می‌شود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویداد استرس‌آور به حالت قبلی خود برگردد (۹). اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند توانایی انطباق فرد را دچار مشکل کرده و در نتیجه منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد گردد. اما افرادی که از تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی[4] بالاتری برخوردارند تحمل بیش‌تری در مقابله با این مشکلات دارند. بنابراین از متغیرهای دیگری که می‌تواند بر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاثیرگذار باشد، انعطاف پذیری شناختی است (۱۰).

انعطاف‌پذیری شناختی، به‌عنوان توانایی تغییر تفکر (شناخت) یا مجموعه تفکرات برای تطبیق‌پذیری با موقعیت‌های جدید تعریف می‌شود. انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان ویژگی عمدهٔ شناخت انسان توصیف شده است و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن همزمان بازنمایی‌های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد و به‌عنوان فرآیندی پویا در نظر گرفته می‌شود که مسئول ایجاد انطباق مثبت فرد با محیط است، به شکلی که فرد انعطاف‌پذیر علی‌رغم وجود تجارب مخالف یا آسیب‌زا قادر است با محرک‌های در حال تغییر محیط سازگار شود (۱۱). افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی دارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند. افرادی که از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند به سختی می‌توانند یادگیری‌های اولیه خود را فراموش کنند. آن‌ها بر یادگیری‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد، پافشاری می‌کنند و این پافشاری به سازگاری آن‌ها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (۱۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری شناختی با علائم اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارد؛ به‌طوری که افزایش آن باعث کاهش درد و رنج و بهبودی در افراد مواجه شده با آسیب می‌شود و از فرد در مقابل بروز علائم اختلال استرس پس از سانحه محافظت می‌کند (۱۴-۱۳).

برای درمان اختلال استرس پس از سانحه مداخله‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از مداخلات مورد توجه روانشناسان در سال‌های اخیر درمان شناختی- رفتاری بوده است. این نظریه اثر بخش‌ترین روش در درمان اختلات استرس و افسردگی است (۱۵). درمان شناختی- رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان، به بیمار کمک می‌شود

[1] Post-traumatic stress disorder
[2] Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
[3] Resilience
[4] Cognitive flexibility

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. در روش شناختی- رفتاری، تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش، فنون رفتاری به‌طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد (۱۶). فلسفه‌ای که در پشت درمان شناختی- رفتاری قرار دارد این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و بنیادی در رفتار ما دارند. هدف درمان شناختی- رفتاری آموزش این نکته به بیماران است که با وجودی که آن‌ها نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند، اما می‌توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیط‌شان وجود دارد را کنترل کنند. در این درمان به نگرش‌های زیربنایی و تفسیرهای ناکارآمد افراد توجه ویژه‌ای شده و به بیماران کمک می‌شود تا از ناراحتی‌های هیجانی که به تبع افکار ناسازگار به وجود آمده، رهاشوند. تکنیک‌ها عموما بر اصلاح شناخت‌های تحریف شده تمرکز دارند (۱۵). پژوهش‌ها نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه در بزرگسالان کودکان و نوجوانان، بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی، افزایش تاب‌آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی در افراد دارای پریشانی‌های روانشناختی بود (۲۳-۱۷، ۸).

در صورتی که فشار روانی ناشی از وقایع و رویدادهای سخت زندگی کاهش نیابد یا درمان نشود، فرد دچار احساس فقدان کنترل و درماندگی می‌گردد و تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری کاهش خواهد یافت. به نظر می‌رسد درمان شناختی- رفتاری یکی از موثرترین درمان‌ها برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی باشد. با توجه به وقوع زلزله اخیر در شهرستان خوی و با عنایت به اینکه پژوهش‌های بسیار اندکی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر جامعه زلزله زده مورد بررسی قرار داده‌اند، اهمیت و ضرورت پژوهش‌های بیش‌تری را ایجاب می‌کند. همچنین با در نظر گرفتن اهمیت قشر دانش‌آموزان و کمبود پژوهش در زمینه این درمان مؤثر بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی و رابطه تنگاتنگ بیم این متغیرها، امید است که تحقیق حاضر خلاء موجود در این زمینه را تکمیل نماید و در زمان بلایای طبیعی مورد استفاده متخصصان سلامت روان قرار گیرد. بنابراین هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان شهرستان خوی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان خوی در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین آموزش و پرورش شهرستان خوی، مدارس و دانش‌آموزان، پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از سانحه ویس و مارمر[5]، تاب‌آوری کانر و دیویدسون[6] و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال[7] در بین دانش‌آموزان ۴ مدرسه دوره دوم متوسطه دخترانه و پسرانه اجرا شد و از بین آن‌هایی که در پرسشنامه استرس پس از سانحه نمره خط برش (نمره بالاتر از ۴۴) را کسب کردند و در پرسشنامه تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین، نمره کسب کردند، ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه بلوک‌سازی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. توضیح این‌که، پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور آزمونگر تکمیل شدند. جهت تعیین حجم نمونه علاوه بر معادله Fleiss از نرم‌افزار G پاور استفاده شد. این نرم‌افزار نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۱۵ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به ۱۵ آزمودنی در هر گروه نیاز است. همچنین بر اساس معادله مذکور (α=۱/۶۱ (انحراف معیار در پس‌آزمون گروه آزمایش)، d^2=۴/۵۰۷ (بازه اطمینان که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد)، Power=۰/۹۰ و α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. بر اساس معادله، حجم نمونه برای هر گروه ۱۲/۰۷ بدست آمد. برای اطمینان، تعداد ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه مساوی قرار گرفتند.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2}{\delta^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱) کسب نمره خط برش (بالاتر از ۴۴) در پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه، ۲) داشتن رضایت‌نامه اخلاقی و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، ۳) نداشتن سابقه اختلالات شدید روانپزشکی، ۴) نداشتن سابقه وابستگی یا سوءمصرف مواد، ۵) تمایل به شرکت در پژوهش،

[5] Weiss & Marmar
[6] Connor & Davidson
[7] Dennis & Vander

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

۶) سن بین ۱۵ تا ۱۷ سال و ملاک‌های خروج شامل: ۱) شرکت نکردن در جلسات گروه درمانی برای بیش از دو جلسه، ۲) همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهاد شده به وسیله درمانگر، ۳) رعایت نکردن قوانین گروه درمانی در طول جلسات درمان، ۴) تمایل نداشتن به ادامه همکاری بود. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند، اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد، در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت و برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU. TABRIZ. REC. 1403. 080 بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شدند شامل سن و جنسیت بود.

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه ویس و مارمر (۱۹۹۷): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۲ ماده‌ای است که سه بعد اصلی اختلال استرس پس از سانحه یعنی افکار ناخواسته (۱-۲-۳-۶-۹-۱۶-۲۰)، اجتناب (۵-۷-۸-۱۱-۱۲-۱۳-۱۷-۲۲) و بیش‌برانگیختگی (۴-۱۰-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۱) را ارزیابی میکنند. این‌مقیاس روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (صفر) تا به شدت (۴) نمره‌گذاری شده و نمره کلی مقیاس در دامنه صفر تا ۸۸ قرار دارد. همسانی درونی این سه خرده مقیاس در توسط ویس بسیار بالا و ضرایب آلفای آن‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. بررسی نسخهٔ فارسی این مقیاس نیز نشان داده که مواد آن دارای همسانی درونی مناسب با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ است (۲۴، ۱۰).

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیش‌تر آزمودنی است. پرسشنامه دارای امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۲۵). این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است روایی و پایایی این مقیاس در ایران بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۲۶). **پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰):** این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه و سه خرده مقیاس جایگزین‌ها (۳-۵-۶-۱۲-۱۳-۱۴-۱۶-۱۸-۱۹-۲۰)، کنترل (۱-۲-۴-۷-۹-۱۱-۱۵-۱۷) و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی است (۸-۱۰). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم است (۷). سوالات ۲-۴-۷-۹-۱۱-۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل فرد در انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیش‌تر و نمره پایین‌تر نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر است. در پژوهش دنیس و وندروال اعتبار همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به دست آمد (۲۷). در ایران در پژوهش فاضلی و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۸).

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان شناختی- رفتاری را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی بک[8] دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند (۲۹). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک متخصص با درجه دکتری تخصصی روانشناسی سلامت و یک دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در مرکز مشاوره خصوصی در شهرستان خوی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات درمان، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند (پس‌آزمون). جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک اعضا از آن‌ها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

[8] Beck

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

در این پژوهش از پروتکل درمان شناختی رفتاری بک و همکاران (۱۹۹۲؛ به نقل از) که عناصر اصلی آن آموزش روانی، بازسازی شناختی و مداخلات مربوط به مواجهه است استفاده شد (۲۹). این پروتکل طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (طول ۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) بر اساس جدول ۱، در گروه آزمایشی اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله دریافت نکرد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد، فراوانی و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) توسط نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد و سطح معنی‌داری، معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است. بر اساس این یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۶/۶۳±۰/۴۹ بود.

همچنین ۵۰ درصد شرکتکنندگان را دانش‌آموزان دختر و ۵۰ درصد پسر تشکیل داد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P<۰/۰۵).

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در دو بار اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

نتایج حاکی از آن است که نمرات متغیر اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش بعد از اجرای درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته و نمرات متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافته است.

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون کولموگروف اسمیرنف انجام گرفت که نتایج آن، طبیعی بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها را تأیید کرد. چراکه مقادیر Z

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان شناختی رفتاری بک و همکاران (۲۹).

جلسه	عنوان جلسه	اهداف کلی
اول	معارفه، برقراری ارتباط و آشنایی اولیه	برقراری ارتباط درمانی، اخذ شرح حال از بیمار و ارزیابی شدت اختلال، توصیف قوانین گروه، تعیین انتظارات و اهداف درمان
دوم	تشکیل گروه درمانی عقد قرارداد درمانی	تعیین قوانین اساسی، عادی سازی واکنش ها، آموزش درمان شناختی- رفتاری با تاکید، آشنایی با اختلال پس از سانحه ، ارائه تکالیف خانگی
سوم	آرام سازی و باز آموزی تنفسی	مرور تکالیف گذشته، توقف فکر و تمرین مهارت‌های حل مسله، یادگیری آرام سازی و یادگیری باز آموزی تنفس، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	شناسایی افکار ناکارآمد و مقابله با آن	ارزیابی، توصیف مفاهیم کلی تاب‌آوری و انعطاف پذیری شناختی، آگاهی از نقش افکار منفی، شناسایی افکار منفی و آموزش مقابله با افکار منفی، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	مواجهه	مرور تکالیف گذشته، آموزش راهبردهای اجتنابی، تعیین سلسه مراتب موقعیت‌های اختلال پس از سانحه و مواجه شدن تدریجی با موقعیت‌های آن، ارائه تکالیف خانگی
ششم	مواجهه و بازسازی شناختی	ارزیابی، بازسازی خاطرات ناگوار، آموزش مواجهه با موقعیت‌های استرس و بازسازی شناختی، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	آموزش تکنیک تبعیض محرک	ارزیابی، تهیه لیست‌های فعالیت‌های لذت بخش، شناسایی پیشرفت‌ها و تشویق و تقویت بیمار، بازآموزسی تنفس آگاهانه
هشتم	مرور آموزش‌ها و تکالیف	خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، برگزاری آزمون مجدد

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

محاسبه شده در سطح (P<۰/۰۵) معنی‌دار نبود. در آزمون ام‌باکس چون F به دست آمده (۲/۳۷۰) در سطح ۰/۱۰۹ معنی‌دار نبود بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس- کواریانس برای متغیرها برقرار است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش نشان داد که باتوجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیر اختلال استرس پس از سانحه (۴/۲۹) در سطح (۰/۱۵۵)، مقدار F متغیر تاب‌آوری (۰/۷۸۰) در سطح (۰/۷۸۲) و مقدار F متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (۱/۳۲۰) در سطح (۰/۲۸۳) معنی‌دار نیست، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس خطا برقرار است. باتوجه به محقق شدن مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، نتایج این آزمون در جدول ۴ قابل مشاهده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که در هر سه متغیر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و بعد از انجام مداخله

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن و جنسیت آزمودنی‌ها
T دو گروه مستقل•، کای‌دو••، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

متغیر		گروه آزمایش	گروه کنترل	کل	P
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۱۶/۶۷±۰/۴۸	۱۶/۶۰±۰/۵۰	۱۶/۶۳±۰/۴۹	۰۰/۷۱۰
جنسیت	دختر	۸ (۵۳/۳۳ درصد)	۷ (۴۶/۶۷ درصد)	۱۵ (۵۰ درصد)	••۰/۷۱۵
	پسر	۷ (۴۶/۶۷ درصد)	۸ (۵۳/۳۳ درصد)	۱۵ (۵۰ درصد)	

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		M	SD	M	SD
اختلال استرس پس از سانحه	آزمایش	۵۱/۶۵	۳/۴۰	۳۸/۰۵	۲/۰۹
	کنترل	۴۸/۱۵	۲/۸۳	۴۹/۰۰	۲/۹۸
تاب‌آوری	آزمایش	۲۵/۴۵	۲/۲۷	۳۵/۲۵	۱/۵۲
	کنترل	۲۸/۴۰	۲/۱۲	۳۰/۵۵	۱/۶۳
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۴۵/۲۰	۲/۵۰	۵۹/۷۰	۱/۵۹
	کنترل	۴۵/۷۵	۲/۹۷	۴۸/۴۵	۱/۴۳

جدول ۴- نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	MS	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اختلال استرس پس از سانحه	گروه	۱۲۸۷/۳۰۰	۱	۱۲۸۷/۳۰۰	۹/۷۰۰	۰/۰۰۴	۰/۴۰۸
تاب‌آوری	گروه	۲۱۵/۰۹۰	۱	۲۱۵/۰۹۰	۴/۱۹۰	۰/۰۴۲	۰/۲۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه	۱۲۷۰/۱۴	۱	۱۲۷۰/۱۴	۲۷/۰۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱) اما بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل که مداخله را دریافت نکردند تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵). همچنین اندازه اثر در متغیر اختلال استرس پس از سانحه با ۰/۴۰، در متغیر تاب‌آوری برابر با ۰/۲۰ و در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی برابر با ۰/۵۲ است (P<۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش مؤثر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان شهرستان خوی انجام شد.

نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان شهرستان خوی حمایت کرد. در این راستا تروتر[9] و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است. خوش‌روش و همکاران در پژوهش خود اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در آسیب دیدگان تجاوز جنسی نشان دادند (۱۸-۱۷). شیان یو[10] و همکاران نیز اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان نشان دادند (۱۹). یوزپ[11] و همکاران نشان دادند این درمان بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان قربانی خشونت اثربخش است. شاهین و تورک[12] به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی اثربخش است (۲۱-۲۰). همچنین جاوید نمین و قمری نشان دادند این درمان موجب افزایش تاب‌آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (۸). رسولیان و همکاران نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی در افراد دارای پریشانی‌های روانشناختی بر اثر درمان شناختی- رفتاری افزایش یافته است. ایسوند و همکاران نیز نشان دادند این درمان بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اثربخش است، اما بر افزایش تاب‌آوری این زنان موثر نبود (۲۳-۲۲).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از سانحه می‌توان گفت که یکی از علائم رایج اغلب افراد مبتلا به این اختلال، یادآوری مکرر خاطرات آزاردهنده و ناراحت‌کننده رویداد آسیب‌زا، حتی به‌صورت کابوس است. این مسئله معمولاً باعث پریشانی شدید عاطفی یا بروز واکنش‌های فیزیکی می‌شود. معمولاً افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از فکرکردن یا صحبت کردن در مورد رویداد آسیب‌زا اجتناب می‌کنند. حتی تمایلی به مواجهه دوباره با مکان‌ها، فعالیت‌ها یا افرادی‌که آن‌ها را به یاد این رویداد می‌اندازد و چنین یادآوری‌هایی برایشان رنج‌آور است (۳۰). درمان شناختی- رفتاری در ابتدا به این افراد می‌آموزد که با احساسات و تنش همراه با خاطرات چگونه کنار بیایند و شیوه‌هایی برای آرامش بخشیدن به جسم بیمار و تسکین دردی که احساس می‌کنند به آن‌ها آموزش داده می‌شود. سپس درمانگر به بیمار کمک می‌کند با این خاطرات روبرو شود تا داستان اتفاقی راکه روی داده دوباره تعریف کند. هرچقدر بیش‌تر این کار را بکند از خاطرات آزاردهنده کمتر ناراحت می شود و بیمار بیش‌تر به آرامش می‌رسد. درنهایت، درمانگر شیوه‌هایی به بیمار می‌آموزد تا به کمک آن‌ها افکار منفی بیمار تغییرکرده و مسائل زندگی خویش را سروسامان دهد. درواقع در روش درمان شناختی- رفتاری، درمانگر با شناخت‌هایی سر و کار دارد که به تغییر هیجانات و رفتارها منجر می‌شوند. لذا بیماران طی درمان شناختی- رفتاری، از تأثیر شناختها بر هیجانات و رفتارهای خویش، آگاه میشوند و میآموزند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی رایج خود را شناسایی کنند و افکار کارآمدتری را جایگزین آن‌ها سازند (۱۸). همچنین، آموزش آرامسازی روانی در درمان شناختی- رفتاری باعث میشود که بیماران آثار فیزیولوژیکی مخالف نگرانی را تجربه کنند و با استفاده از از بازسازی شناختی، باورهای بنیادی منفی آغازگر نگرانی را شناسایی نمایند و از طریق بررسی تجربی آنها، تحلیل باورهای منفی، یادداشت کردن باورهای مخالف آنان و تفسیر مثبت، افکار نگران‌کننده خویش را به شیوه جدیدی (نظیر برخورد متفاوت با مسئله و حل مشکل بدون توسل به نگرانی)، پاسخ دهند و این مسئله منجر به کاهش استرس پس از سانحه گردد (۳۰).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر متغیر تاب‌آوری نیز، می‌توان بیان داشت که در مداخلات شناختی- رفتاری، بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید کرده و به مراجعان کمک می‌شود که مهارت‌هایی را یاد بگیرند که آن‌ها را قادر سازد تا مشکلات‌شان را حل کنند و مهارت‌هایی مانند عشق، مهربانی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت را فراگیرند. فرض بنیادی درمان شناختی- رفتاری این است که فرآیندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم درگیری‌های اجتماعی یا خانگی و در رویارویی با خشونت‌ها ایفا می‌کنند. لذا، از همین اصول می‌توان

[9] Trottier
[10] Xian-Yu
[11] Yosep
[12] Şahin & Türk

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

برای کمک به افراد در افزایش تاب‌آوری آن‌ها استفاده کرد. به بیان ساده‌تر، درمان شناختی- رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به افراد کمک می‌کند. یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال درگیری و پرخاشگری در آن‌ها زیاد است و پرهیز از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله مؤثر با مسایل و رفتارهای مشکل آفرین است (۸). درمان شناختی- رفتاری ویژگی‌هایی دارد که آن را به درمانی مناسب برای بالابردن سطح توانمندی در برابر مشکلات مبدل می‌نماید. همچنین، درمان به شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را تقویت می‌کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می‌کند. در حقیقت روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان میشود. از آنجائی که تاب‌آوری روانی به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار اطلاق می‌شود و مفهومی شناختی است که قابل آموزش است، کلیه روش‌های موجود در درمان شناختی- رفتاری به نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر این سازه شخصیتی تأثیرگذار است (۲۱).

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری شناختی در جریان پردازش ذهنی به فرد کمک می‌کند تا به تنظیم مجدد منابع ذهنی خود بپردازد. درمان شناختی- رفتاری، به فرد کمک میکند تا الگوهای تفکر تحریفشده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای این کار، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (۲۸). در روش شناختی- رفتاری، تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش، فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. یکی از اساسی‌ترین اصول رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیرواقعی و غیرمنطقی و افکار تحریف شده، باعث ایجاد ناراحتی و رفتارهای دردسرساز می‌شوند. در عوض با آموزش جایگزین کردن تفکرات معقول و مبتنی بر واقعیت‌های عینی زندگی، انعطاف‌پذیری وی بیش‌تر شده و فرد می‌تواند در سخت‌ترین چالش‌های زندگی واکنش مناسب نشان دهد. هدف این درمان به دنبال کاهش باورهای شناختی منفی و رفتارهای ناسازگار مرتبط با اختلالات روانی است. به عبارتی به افراد کمک می‌کنند تا با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، اضطراب درونی خود را کاهش دهند تا بتوانند الگوهای رفتاری ناسازگار را نیز تغییر دهند (۲۳).

نمونه‌های پژوهش حاضر دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان خوی بودند و تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. در این پژوهش نوع شخصیت آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار نگرفته، که این موارد جزو محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل بود. لذا، به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها و سایر گروههای سنی اجرا کنند و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز بهره گیرند. همچنین پیشنهاد می‌گردد درمانگران و مشاوران، درمان شناختی- رفتاری را در درمان اختلال استرس پس از سانحه، افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی به کار برند پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه، افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان شهرستان خوی اثربخش است. به نظر میرسد درمان شناختی- رفتاری با بازسازی شناخت‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی و از طریق تمرینات رفتاری منجر به کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه مسئولین محترم مدارس متوسطه دوره دوم شهرستان خوی و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

Golzari M. Posttraumatic stress disorder symptoms and their comorbidity with other disorders in eleven to sixteen years old adolescents in the city of Bam. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(3): 187-94.

1. Sarhadi S, Ghaemi F, Dortaj F, Delavar A. Comparison of the Effectiveness of Sertraline, Transcranial Direct Stimulation Current and their Combination on Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2019; 8(1): 51-62.

2. Faraji R, Oraki M, Zare H, Nejati V. Investigating the Effect of Cognitive Rehabilitation on Executive Functions in People with War-Related Injuries and Post-Traumatic Stress. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020;8(4):20-8.

3. Mohamadi L, Mohamadkhani P, Dolatshahi B,

4. Campos S, Núñez D, Bravo P, Fresno A, Olff M. Preliminary evidence for internal structure, sensitivity, and specificity of a brief PTSD and complex PTSD measure in adolescents. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 2023; 55(4): 341.

5. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21(21): 591-643.

6. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, Landsverk J. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004; 43(8): 960-70.

7. Rahman N, Brown AD. Mental time travel in post-traumatic stress disorder: current gaps and future directions. Frontiers in Psychology. 2021; 12: 624707.

8. Javid namin h, ghamari m. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on increasing of resilience of disabled war veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD). Nurse and Physician within War. 2021; 9(31): 84-91.

9. Akbarpour M, Sharifiyan Ghazijahani M, Esmkhani Akbarinejhad H. Comparison of the Effectiveness of Min Dfulness-Based Cognitive Therapy with Compassion-Focused Therapy on Resilience and Psychological Well-Being of Subjects with Multiple Sclerosis. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2021; 9(4): 60-70.

10. Hosseini A, Zahrakar K, Davarnia R, Shakarami M. Prediction of vulnerability to stress based on social support, resiliency, coping strategies and personality traits among university Students. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2016; 6(2): 27-42.

11. Khaleghi A, Naderi F, Joharifard R, Javadzadeh M. Comparing the Effectiveness of Task-Oriented Cognitive Rehabilitation and Computer-Based Cognitive Rehabilitation Programs on Cognitive Flexibility in Children with Epilepsy. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 11(3): 25-35.

12. Noorimoghadam S, Moridi A. Comparison of cognitive emotion regulation strategies, mindfulness and cognitive flexibility in gifted and normal students during Home Quarantine 19. Journal of Educational Psychology Studies. 2022; 19(45): 104-87.

13. Caldwell JG, Krug MK, Carter CS, Minzenberg MJ. Cognitive control in the face of fear: Reduced cognitive-emotional flexibility in women with a history of child abuse. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2014; 23(5): 454-72.

14. Basharpoor S, Shafiei M. The role of self-compassion and cognitive flexibility in predicting the post-traumatic stress disorder symptoms in individuals exposed to Trauma. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2017; 19(4): 12-22.

15. Yazdanbakhsh K, Mohammadnajar N, Ahmadian A, Ghasemlonsab Z, Issalou Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital satisfaction and psychological symptoms of married women. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2021; 22(3): 152-62.

16. Ghadampour E, Sabzian S, Beiranvand S. The effectiveness of cognitive-behavioral training on test anxiety of female high school students in Isfahan. Cognitive Strategies in Learning. 2014; 1(1): 49-60.

17. Trottier K, Monson CM, Wonderlich SA, Crosby RD. Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. Psychological medicine. 2022; 52(3): 587-96.

18. Khoshrosh V, Sadkhosravi M, Darvish M, Z. R. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of sexual assault,. Monthly magazine of new advances in psychology, educational sciences and education. 2019; 2(13): 97-102.

19. Xian-Yu C-Y, Deng N-J, Zhang J, Li H-Y, Gao T-Y, Zhang C, Gong Q-Q. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. Journal of affective disorders. 2022; 308: 502-11.

20. Yosep I, Mardhiyah A, Ramdhanie GG, Sari CWM, Hendrawati H, Hikmat R, editors. Retracted: cognitive behavior therapy by nurses in reducing symptoms of post-traumatic stress disorder on children as victims of violence: a scoping review. Healthcare; 2023: MDPI.

21. Şahin H, Türk F. The impact of cognitive-behavioral group psycho-education program on psychological resilience, irrational beliefs, and well-being. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2021; 39(4): 672-94.

22. Rasoolian B, Janbozorgi M, Nouhi S, Rezvani A. Determining the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Emotional and Cognitive Flexibility in People with Psychological Distress. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2025; 15(0): 19.

23. Isvand M, Begholi H, Javidi K, M. B. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy with acceptance and commitment therapy on

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]

rumination, cognitive flexibility, resilience and perceived stress in women with depressive disorder. Psychological Achievements. 2024; 31(2): 443-76.

24. Weiss DS. The impact of event scale: revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD: Springer; 2007. P. 219-38.

25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003; 18(2): 76-82.

26. Ahangarzadeh RS, Rasoli M. Psychometric properties of the Persian version of. 2015.

27. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010; 34: 241-53.

28. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi S.E. The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34): 27-36.

29. Mehrinejad A, Mokarrami M, Ostovar Z. Effect of stress management training with cognitive-behavioral therapy on marital adjustment in the wives of war veterans suffering from post-traumatic stress disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2015; 3(3): 71-80.

30. Merati A, Veiskarami HA, Avand D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on improving post-traumatic stress disorder (case study: people affected by the earthquake, Kermanshah 2017). Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief. 2018; 10(2): 90-100.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.12]