مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و نهم، شماره شش، شهریور ۱۴۰۰
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش:۱۴۰۰/۰۲/۱۲

اثربخشی مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

زهرا فروغی آغمیونی[۱]، فاطمه رضایی*[۱]، فضل‌اله میردریکوند[۱]

مقاله پژوهشی

مقدمه: اختلال استرس پس از ضربه مجموعه‌ای از علائم و نشانگان بالینی است که در پی مواجهه با حوادث تروماتیک زندگی ایجاد می‌شود، و متغیرهای روان‌شناختی متفاوتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی مواجهه درمانی طولانی مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. داده‌های پژوهش توسط مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I)، مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) و ویرایش پنجم فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5) جمع‌آوری و با آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت به طور معناداری بر افزایش حمایت اجتماعی (F=۲/۶۶، P<۰/۰۱) و کاهش شدت علائم (F=۴۲/۱۹، P<۰/۰۱) در نمونه پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه اثربخش بوده است.

نتیجه‌گیری: این نتایج حاکی از آن است که مواجهه درمانی طولانی‌مدت می‌تواند علائم و نشانگان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه را تعدیل نماید.

واژه‌های کلیدی: مواجهه درمانی طولانی‌مدت، حمایت اجتماعی، شدت علائم، اختلال استرس پس از ضربه

IRCT: IRCT20210202050216N1

ارجاع: فروغی آغمیونی زهرا، رضایی فاطمه، میردریکوند فضل‌اله. **اثربخشی مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۶): ۴۲-۳۸۳۰.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۰۸۲۶۸۴۹۷، پست الکترونیکی: Rezaei.f@lu.ac.ir، صندوق پستی: ۶۸۱۵۱۴۴۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

مقدمه

استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی است و افراد همواره به‌طور طبیعی در مواجهه با خطرات و حوادث دچار استرس می‌شوند (۱). گاهی افراد با استرس‌هایی مواجه می‌شوند که خارج از تحمل آن‌ها است که به آن ضربه روانی، روان زخم یا تروما گفته می‌شود (۲). افراد واکنش‌های متفاوتی به تروما نشان می‌دهند که گاهی ممکن است بیمارگونه باشد و اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از جمله آن‌ها است. این اختلال روان‌پزشکی بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است، و یکی از ویژگی‌های شایع آن استرس و نگرانی در افراد است. بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، PTSD جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد تروماتیک ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: مزاحمت‌ها، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق، و تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (۳). PTSD می‌تواند بر اثر قرار گرفتن در معرض یک رویداد تروماتیک یا استرس‌زا ایجاد شود و در بعضی موارد، نشانگان می‌تواند به‌خوبی بر اثر اضطراب تفسیر شود (۴). با این‌حال، بسیاری از افراد که در معرض یک رویداد تروماتیک یا استرس‌زا قرار گرفته‌اند، به‌جای اضطراب و یا نشانه‌های مبتنی بر ترس، برجسته‌ترین مشخصات بالینی چون عدم لذت و نشانگان ملال، بروز عصبانیت و پرخاشگری و یا نشانگان تجزیه‌ای را نشان می‌دهند (۵). به عبارت دیگر، PTSD سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرر زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری کردن آن اجتناب نماید (۶). هم‌چنین این اختلال، متغیرهای روان‌شناختی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، وحشت‌زدگی، فوبیا، اختلال در روابط بین فردی، کنترل عاطفی و اختلال‌های مرتبط با مواد و الکل را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در زمینه میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در میان جمعیت عمومی ۱ تا ۹ درصد و میزان شیوع مادم‌العمردر زنان بالاتر از میزان شیوع آن در مردان (۱۰ در برابر ۱) است (۸). تجربه کردن PTSD و هم‌چنین درمان علائم و نشانگان آن، هر دو از بافت اجتماعی که در آن رخ می‌دهند تاثیر می‌پذیرند. به همین دلیل وجود افرادی به منظور برآورده کردن نیاز عملی و عاطفی (۹)، تاثیر مهمی در نگهداری، رشد و درمان PTSD دارد (۱۱،۱۰). حمایت اجتماعی برای افراد مبتلا به این اختلال در طول زمان، به واسطه رابطه علیتی که در آن حمایت اجتماعی کمتر، علائم PTSD را پیش بینی می‌کند، دارای اهمیت زیادی است (۱۲). کینگ و همکاران، بر اساس برخی از تحقیقات دریافتند علائم PTSD سبب کم شدن حمایت اجتماعی بعدی می‌شود، با این حال امکان دارد زمان ضربه روحی بر جهت‌گیری این رابطه تاثیرگذار باشد (۱۳).

هم‌چنین در تحقیقی دیگر، شالکراس و همکاران، پی بردند که در عوض؛ سطح ادراک حمایت اجتماعی پایین، علائم PTSD بیشتری را در پی دارد (۱۲). بی تردید پس از بروز بیماری، اساسی‌ترین مرحله انتخاب درمان مناسب و به موقع است که این مساله در حوزه بیماری‌های وابسته به روان از یک سو به دلیل پیچیدگی رفتارهای انسان و از سوی دیگر به دلیل افزایش میزان اختلالات روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۴). مداخلات متعددی در درمان و کاهش علائم PTSD ارائه می‌گردد که می‌توان آن‌ها را به دو دسته کلی دارودرمانی و روان درمانی تقسیم نمود که از جمله رواندرمانی‌ها می‌توان به رفتار درمانی شناختی، حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما و بازسازی شناختی اشاره نمود (۱۵). در این بین مواجهه درمانی طولانی مدت دارای اثربخشی زیادی بر دامنه گسترده‌ای از نشانه‌های مرتبط با تروما می‌باشد (۱۶). هم‌چنین این درمان به عنوان یک مداخله خط مقدم برای PTSD در بین بزرگسالان مبتلا به حساب می‌آید. این درمان شکلی از رفتار درمانی شناختی است و یک پروتکل درمانی مبتنی بر مواجهه خاصی است که به وسیله فوا، همبر و روسبام (۲۰۰۷) شکل گرفته

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

است و پروتکل درمانی آن معمولاً در ۸ تا ۱۵ جلسه درمانی هفتگی بیان شده است و نسبت به دیگر پروتکل‌های درمانی موجود شامل مؤلفه‌های اساسی؛ آموزش روانی، بیان منطق درمان مواجهه محور، خودسنجی اضطراب با استفاده از مقیاس برآشفتگی ذهنی، مواجهه واقعی مکرر در موقعیت‌هایی که اجتناب ناشی از پریشانی وجود دارد، تکرار مواجهه تصوری طولانی مدت برای خاطرات آسیب‌زا و پردازش و بحث در مورد خاطرات و حوادث می‌باشد (۱۷). از میان مطالعات کنترل شده در مورد مواجهه درمانی، این روش رتبه اول دفتر سیاست‌گذاری و پژوهش مراقب بهداشتی را به خود اختصاص داده است (۱۸). در این نظریه فرض می‌شود که ضربه روحی و روانی ناشی از وقایع؛ در حافظه فرد به صورت یک ساختار ترس خاص نمایش داده می‌شود، که حتی بدون ارزیابی، ساختار ترس به سادگی فعال شده و موجب پریشانی شخص می‌گردد. در نتیجه موجب اجتناب شناختی و رفتاری می‌گردد که به صورت روشی برای کم شدن پریشانی می‌باشد. لذا، اجتناب و پیشگیری از پردازش ضربه، باعث تداوم علائم و نشانگان PTSD می‌شود. در این راستا، مواجهه درمانی طولانی‌مدت با انجام مواجهه‌های برنامه‌ریزی شده، برای مقابله با اجتناب از محرک‌های مرتبط با ضربه روانی، موجب تسهیل پردازش هیجانی و کاهش علائم ناشی از آن می‌گردد. بر اساس پژوهش بوراسا و همکاران، که تاثیر مواجهه درمانی طولانی‌مدت را بر حمایت اجتماعی و علائم PTSD بررسی کردند، نتایج نشان داد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت در پایان درمان، حمایت اجتماعی ادراک شده را افزایش داد. هم‌چنین شواهد نشان داد که درک حمایت اجتماعی یک پیش زمینه بهبود علائم PTSD برای شرکت‌کنندگان در درمان به حساب می‌آید (۱۹). هم‌چنین، در بین محدود مطالعاتی که در داخل ایران جهت بررسی این درمان انجام پذیرفته، ماردپور و مهرابی‌زاده هنرمند در پژوهشی جهت مقایسه اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد با مواجهه درمانی طولانی مدت بر بیماران مبتلا به PTSD مزمن، نشان دادند که مواجهه درمانی طولانی مدت نسبت به سایر انواع مواجهه درمانی در بهبود نشانه‌های PTSD مؤثرتر عمل کرده است (۲۰). بنابراین، از آن جهت که مواجهه درمانی طولانی‌مدت به عنوان یک مداخله روان‌شناختی موثر، بر فرآیندهای شناختی و هیجانی درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های مرتبط با تروما اثربخش بوده و هم‌چنین تاکنون در ایران پروتکل مواجهه درمانی طولانی‌مدت فوا، همبر و روسبام (۱۷) نسبت به سایر انواع مواجهه درمانی بسیار کم و به طور منظم در درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار نرفته است، لزوم به کارگیری و مشخص کردن میزان اثربخشی این پروتکل در فرهنگ ایرانی احساس می‌شود. درنهایت، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه‌ای مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی فارابی شهر کرمانشاه بودند، که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر که با رضایت آگاهانه حاضر به همکاری بودند انتخاب شدند. در مرحله بعد مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای DSM-5، اجرا گردید و بعد از تأیید تشخیص، اعضای نمونه در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. بدین نحو که اسامی و شماره هر کدام از آزمودنی‌ها بر روی یک تکه کاغذ نوشته شد و درون یک ظرف قرار گرفت. سپس بعد از تکان دادن ظرف، اسامی هر کدام از آزمودنی‌ها از داخل ظرف برداشته شد و در نهایت شماره‌های فرد در گروه آزمایش و شماره‌های زوج در گروه گواه جایگزین شدند. هم‌چنین، در پژوهش حاضر هیچ‌گونه فرایند کورسازی انجام نگرفت. افراد هر دو گروه آزمایش و گواه برحسب متغیرهای سن، جنسیت، میزان تنیدگی، فقدان بیماری‌های جسمی دیگر و نمره پیش‌آزمون همتاسازی شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش چند جلسه مداخله روانشناختی بر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

روی گروه گواه نیز اجرا شد. حضور نمونه‌ها درپژوهش مستلزم داشتن ملاک‌های ورود و عدم وجود ملاک‌های خروج بود. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل موارد زیر بود: داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت تشخیص PTSD بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختار یافته برای اختلالات روانی محور یک (SCID-I)، علاقمند بودن به شرکت در جلسات درمان. و ملاک‌های خروج: وجود نشانه‌های روان‌پریشی و اعتیاد به مواد. ابزار مورد استفاده در پژوهش:

پروتکل مواجهه درمانی طولانی مدت: پروتکل مواجهه درمانی طولانی‌مدت توسط فوا، همبر و روسبام (۲۰۰۷) تدوین شده است (۱۷). این پروتکل درمانی معمولاً در ۸ تا ۱۵ جلسه درمانی هفتگی متناسب با مؤلفه‌های مطرح شده در بالا اجرا می‌شود. جلسات مواجهه درمانی طولانی‌مدت به صورت خلاصه به این شرح است: جلسه اول؛ انجام پیش‌آزمون و بحث در خصوص برنامه درمانی، مؤلفه‌های درمان، دلایل اجتناب، آموزش اولیه بازآموزی تنفس و تکلیف خانگی. جلسه دوم؛ مرور تکالیف، بحث در خصوص واکنش به تروما، منطق مواجهه واقعی و ساختن سلسله مراتب آن، ارایه مقیاس برآشفتگی ذهنی و تکالیف خانگی. جلسه سوم؛ مرور تکالیف، توضیح منطق و فرآیند مواجهه تصوری و ارایه آن و تکالیف خانگی. جلسه چهارم تا نه؛ مرور تکالیف، اجرا کردن مواجهه تصوری و فرآیند آن و هم‌چنین در جلسات بعدی تمرکز بر کانون بحران رویداد مهم. هم‌چنین تکالیف خانگی از قبیل تداوم بازآموزی تنفس، گوش دادن به نوار مواجهه تصوری به طور روزانه، ادامه دادن تمرین مواجهه واقعی و گوش دادن به نوار جلسات در این جلسات مورد توجه قرار خواهد گرفت. جلسه دهم؛ مرور تکالیف، سنجش برآشفتگی ذهنی، مواجهه تصوری درمورد کل آسیب و انجام پس‌آزمون (۱۷). لازم به ذکر است که در این پژوهش در طول درمان، تکالیف خانگی شامل تمرین فعالیت‌هایی بود که در آن جلسه و جلسات قبل ارایه شده بودند و هم‌چنین گوش دادن به نوار جلسات بود. هم‌چنین، در پژوهش حاضر پروتکل مواجهه درمانی طولانی‌مدت طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۱ جلسه اجرا گردید.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک DSM-IV-TR (SCID-I): این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فیرست و همکاران تهیه شده است (۲۱). ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است (۲۲). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب است (۲۳).

مقیاس حمایت اجتماعی (MOS): این پرسش‌نامه توسط شربورن و استوارت ساخته شده است (۹). که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می سنجد و دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: حمایت ملموس (۴ عبارت)، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت‌های هیجانی (۴عبارت)، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می دهد، اطلاع رسانی (۴ عبارت)، که راهنمایی اطلاع رسانی یا دادن بازخورد را می سنجد، مهربانی (۳ عبارت)، که ابزار عشق و علاقه را می سنجد و تعامل اجتماعی (۴عبارت)، که وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر زیر مقیاس نمرات عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی نیز همه امتیازات با هم جمع می‌شوند. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴تا ۰/۹۳ به دست آمده است (۹).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

تمنایی فر و منصوری نیک، ضمن تائید روایی صوری و محتوایی این ابزار، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کردند (۲۴). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ۰/۹۰ به دست آمد.

ویرایش پنجم فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5): این فهرست یک ابزار خود-گزارشی ۲۰ سوالی از علائم PTSD است که توسط واترز و همکاران، هماهنگ با معیارهای تشخیصی این اختلال در DSM-5 ساخته شده است (۲۵). در واقع این نسخه تجدید نظر شده مقیاس اصلی واترز و همکاران (۱۹۹۴) است که با ملاک‌های DSM-5 هماهنگ و بروزرسانی شده است. آیتم‌های مختلف این مقیاس در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۵ (بی‌نهایت) نمره‌گذاری می‌شود. بلونس و همکاران، همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۴ و پایایی آزمون-بازآزمون آن را ۰/۸۲ اعلام کرده‌اند (۲۶). هم‌چنین در پژوهش بووین و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه نشان داد که PCL-5 در فرهنگ ایرانی ساختار پنج عاملی دارد. همسانی درونی مقیاس بالا و میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ است. همبستگی معنادار بین نمرات این مقیاس با نمرات MCCP بیانگر روایی همگرای مطلوب (۰/۷۴)، و با نمرات تاب‌آوری نشان‌دهنده روایی واگرای مطلوب (۰/۴۶) است (۲۸). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ۰/۹۳ به دست آمد. پس از دریافت تاییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، با مراجعه به درمانگاه روان-پزشکی فارابی استان کرمانشاه، آزمودنی‌ها براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف توضیح داده شد و جهت شرکت در پژوهش از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت‌کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در فرایند درمان را ندارند بدون هیچ جریمه و هزینه‌ای، می‌توانند انصراف دهند. در ضمن به محرمانه بودن اطلاعات جلسات درمان نیز تاکید شد. سپس افراد به دو گروه آزمایشی (مواجهه درمانی طولانی‌مدت) و گواه تقسیم شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون از هر دو گروه، پژوهشگر طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مواجهه درمانی طولانی‌مدت را بر روی گروه آزمایش اجرا کرد. در طول این مدت گروه گواه درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش مواجهه درمانی طولانی‌مدت روی گروه گواه اجرا شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 و براساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مورد تایید قرار گرفته است (IR.KUMS.REC.1399.778).

نتایج

در این پژوهش، گروه آزمایش و گواه هر کدام دارای ۱۵ نفر شرکت‌کننده که به ترتیب دارای میانگین سنی ۴/۶۳ ±۳۰/۸۰ و۷/۲۲ ±۳۳ بودند. هم‌چنین، توزیع فراوانی جنسیت در گروه آزمایش شامل ۹ زن (۶۰ درصد) و ۶ مرد (۴۰ درصد)، و گروه گواه شامل ۸ زن(۵۳/۳) و ۷ مرد(۴۶/۳۷) بود. نتایج جدول ۱ که نشان دهنده مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و گواه می‌باشد؛ حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت (P=۰/۷۵)، وضعیت تاهل (P=۰/۹۰) و سطح تحصیلات (P=۰/۸۸) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در ادامه توزیع میانگین حمایت اجتماعی و شدت علائم در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، جهت مقایسه هر یک از مراحل اندازه‌گیری در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون t مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد که در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌ها در متغیر حمایت اجتماعی (P=۰/۵۴) و شدت علائم (P=۰/۷۰) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها در متغیر حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۱) و شدت علائم (P=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). یکی از پیش فرض‌های استفاده از آزمون های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه است. نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد، که نتایج نشان داد این پیش فرض تایید می‌گردد (P>۰/۰۵). هم‌چنین، پیش از اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش فرض تساوی واریانس با استفاده از آزمون‌های باکس، کرویت موچلی و لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۳، آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. هم‌چنین، مقدار آزمون کرویت موچلی معنادار نیست که نشان از برقراری پیش فرض کرویت است، بنابراین، می‌توان کرویت ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد. در نهایت، نتایج آزمون باکس نشان دهنده همسانی کواریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه بود که این نتایج انجام آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را مجاز اعلام می‌کند.

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن زمان درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۱، F=۲۱/۱۳) و شدت علائم (P=۰/۰۰۱، F=۷۰/۱۸) تایید می‌گردد. معنادار بودن اثر تعاملی زمان و گروه در درون گروهی حاکی از تفاوت بین دو گروه در متغیرهای حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۱، F=۲/۶۶) و شدت علائم (P=۰/۰۰۱، F=۴۲/۱۹) در مراحل سه گانه اندازه‌گیری است. هم‌چنین، معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه مواجهه درمانی طولانی‌مدت و گروه گواه برای حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۱، F=۹۴/۲۵) و شدت علائم (P=۰/۰۰۱، F=۲۱۶/۵۸) است. درنهایت، جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف پژوهش از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که تفاوت میانگین متغیر حمایت اجتماعی و شدت علائم بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری فقط در گروه آزمایش معنادار است (P=۰/۰۰۱). در مجموع، یافته‌ی به دست آمده پژوهش نشان می‌دهد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت، حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه را بهبود بخشیده است.

جدول۱: مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و گواه

متغیر		گروه آزمایش (۱۵)	گروه گواه (۱۵)	P
جنسیت	زن	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)	۰/۷۵
	مرد	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۳۷)	
وضعیت تاهل	متاهل	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	۰/۹۰
	مجرد	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	
	مطلقه	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	
سطح تحصیلات	بالاتر از لیسانس	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۰/۸۸
	لیسانس	۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	
	دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۶ (۳۳/۳)	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

جدول۲: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر حمایت اجتماعی و شدت علائم در گروه‌های آزمایش و گواه در طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون انحراف معیار± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار± میانگین	پیگیری دو ماه بعد انحراف معیار± میانگین
حمایت اجتماعی	آزمایش	۱۷/۷۳ ± ۲/۰۵	۲۵/۸۶ ± ۲/۱۶	۲۴/۲۰ ± ۱/۷۸
	گواه	۱۶/۸۰ ± ۲/۷۰	۱۹/۳۳ ± ۳/۷۱	۲۰/۲۶ ± ۱/۷۹
مقایسه دو گروه		P=۰/۵۴	P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱
شدت علائم	آزمایش	۷۰/۸۶ ± ۱/۹۹	۵۹/۵۳ ± ۱/۹۲	۶۲/۷۳ ± ۲/۳۷
	گواه	۷۲/۵۳ ± ۲/۶۱	۷۱/۰۶ ± ۲/۰۸	۷۱/۶۰ ± ۲/۲۹
مقایسه دو گروه		P=۰/۷۰	P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱

جدول۳: نتایج آزمون باکس، موچلی و لوین

متغیر		باکس (F)	موچلی W	آزمون لوین (F)		
				پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
حمایت اجتماعی	آماره	۰/۵۶	۰/۸۶	۰/۶۸	۰/۸۵	۰/۷۹
	P	۰/۵۴	۰/۸۵	۰/۶۱	۰/۸۸	۰/۹۲
شدت علائم	آماره	۰/۴۷	۰/۹۶	۰/۷۵	۰/۴۲	۰/۳۳
	P	۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۶۶	۰/۹۸	۰/۸۸

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران در گروه مواجهه درمانی طولانی‌مدت و گواه در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییر		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	Eta	توان آماری
حمایت اجتماعی	درون گروهی	زمان	۲۶۸/۴۶	۲	۱۳۴/۲۳	۲۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
		زمان×گروه	۳۳/۸۰	۲	۱۶/۹۰	۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۸۰
		خطا	۳۵۵/۷۳	۵۶	۶/۳۵				
	بین گروهی	گروه	۵۱۸/۴۰	۱	۵۱۸/۴۰	۹۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
		خطا	۱۵۴	۲۸	۵/۵۰				
شدت علائم	درون گروهی	زمان	۶۴۹/۹۵	۲	۳۲۴/۹۷	۷۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۷
		زمان×گروه	۳۹۰/۷۵	۲	۱۹۵/۳۷	۴۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
		خطا	۲۵۹/۲۸	۵۶	۴/۶۳				
	بین گروهی	گروه	۱۲۱۷/۳۴	۱	۱۲۱۷/۳۴	۲۱۶/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
		خطا	۱۵۷/۳۷	۲۸	۵/۶۲				

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

جدول۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیر حمایت اجتماعی و شدت علائم در مراحل سه گانه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون	پیش‌آزمون تا پیگیری	پس‌آزمون تا پیگیری
حمایت اجتماعی	آزمایش	-۸/۱۳	-۶/۶۷	۱/۶۶
		P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱	P=۰/۴۱۲
	گواه	-۲/۵۳	-۳/۴۶	-۰/۹۳
		P=۱/۰۰۰	P=۱/۰۰۰	P=۱/۰۰۰
شدت علائم	آزمایش	۱۱/۳۳	۸/۱۳	-۳/۲۰
		P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱	P=۰/۵۴۳
	گواه	۱/۴۷	۰/۹۳	-۰/۵۴
		P=۱/۰۰۰	P=۱/۰۰۰	P=۱/۰۰۰

بحث

در این پژوهش به بررسی اثربخشی مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و شدت علائم بیماران مبتلا به PTSD پرداخته شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر افزایش حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به PTSD اثربخش بوده است. علاوه بر این، نتایج نشان داد تاثیر مواجهه درمانی طولانی‌مدت در طول زمان و دوره پیگیری دو ماهه تداوم داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش بوراسا و همکاران (۱۹)، ثورب و همکاران (۲۹)، براون و همکاران (۳۰)، پرایس و همکاران (۳۱)، تورنباک و مولر (۳۲) و گیلیس و همکاران (۳۳) همخوانی دارد. بوراسا و همکاران، در پژوهشی که به منظور بررسی تاثیر مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر حمایت اجتماعی و علائم PTSD ۱۶۲ نفر از سربازان وظیفه دارای PTSD انجام گرفت، نشان دادند که مواجهه درمانی طولانی‌مدت حمایت اجتماعی ادراک شده مبتلایان به PTSD را افزایش می‌دهد. هم‌چنین نشان دادند که ادراک حمایت اجتماعی یک پیش زمینه بهبود علائم PTSD به شمار می‌رود (۱۹). در رابطه با نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مواجهه درمانی شکلی از رفتار درمانی شناختی است و دارای رتبه اول دفتر سیاست گذاری و پژوهش می‌باشد و در اکثر مطالعات روش مواجهه تصوری و عینی مورد پذیرش اکثر پژوهشگران قرار گرفته و بیان شده است که این روش می‌تواند انتخاب اول رفتار درمانی شناختی باشد (۱۸). بنابراین، در تبیین اثربخشی این روش درمانی بر حمایت اجتماعی چند نکته قابل تأمل است. اول این که، مواجهه درمانی طولانی‌مدت ممکن است مدت زمانی که افراد در موقعیت‌های اجتماعی سپری می‌کنند را افزایش دهد، و دوم براساس فرایند مواجهه عینی (in vivo) که از جمله مولفه‌های مهم مواجهه درمانی طولانی‌مدت به شمار می‌رود، و در آن فرد با موقعیت‌های هراس‌زا که به منظور مقابله با اجتناب از آن‌ها صورت می‌گیرد روبرو می‌شود. لذا در طی این مواجهه بیماران افرادی را از شبکه اجتماعی خود برای همراهی در فرایند مواجهه به کار می‌گیرند. در نتیجه، این مواجهه‌ها که توسط بیماران در فرآیند درمان انتخاب می‌شود، اغلب به واسطه مشارکت اجتماعی صورت می‌گیرند و به افزایش فعالیت اجتماعی بیماران کمک زیادی می‌کند (۱۷). این نکته با نتایج پژوهش پرایس و همکاران، که نشان دادند حمایت اجتماعی ممکن است به عنوان یک واسطه بالقوه عمل کند، به نحوی که از طریق آن مواجهه درمانی طولانی‌مدت علائم PTSD را تعدیل می‌کند، همسو است (۳۱) هم‌چنین، مطالعات قبلی نشان داده است که حمایت اجتماعی بالاتر پیش بین قوی برای اثربخشی درمان PTSD محسوب می‌شود (۳۴). علاوه بر این، مولفه پردازش ضربه که به دنبال قرار گرفتن در معرض تخیل و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

تصویرسازی ذهنی شکل می‌گیرد، می‌تواند در تغییر روشی که این افراد در مورد روابط اجتماعی خود فکر می‌کنند یا در مورد حمایت اجتماعی موجود یا تمایل آن‌ها به تعامل و جستجوی حمایت اجتماعی تازه ایجاد می‌شود نقش داشته باشد. هم‌چنین، ممکن است در نتیجه درمان و حمایت از آن، پاسخ دیگران در محیط‌های اجتماعی مبتلایان به PTSD، باعث افزایش حمایت ادراک شده برای شخص آسیب دیده شود. هم‌چنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به PTSD اثربخش بوده است. علاوه بر این، نتایج نشان داد تاثیر مواجهه درمانی طولانی‌مدت در طول زمان و دوره پیگیری دو ماهه تداوم داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش ثورب و همکاران (۲۹)، مپلز- کیلر و همکاران (۳۵)، رابجانت و همکاران (۳۶)، فلاناگان و همکاران (۳۷)، مایرز، وادیاماشر و لانکمن (۳۸) و زالتا و همکاران (۳۹) همخوانی دارد. ثورپ و همکاران در پژوهشی دریافتند که مواجهه درمانی طولانی‌مدت نمرات مقیاس PTSD را نسبت به قبل از مداخله و تا دوره پیگیری به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (۲۹). در پژوهش پترسون و همکاران، نیز مشخص شد که مواجهه درمانی طولانی‌مدت علائم PTSD و عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی و شغلی آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۴۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مواجهه مکرر با خاطرات تروماتیک، پیوند میان این خاطرات و واکنش‌های هیجانی ناشی از آن‌ها را کاهش داده و فرد را قادر می‌سازد تا درباره آنچه رخ داده است بدون آشفتگی فکر کند و آن را پردازش کند. در واقع صرف مواجهه می‌تواند منجر به تغییرات شناختی گردد، چرا که مواجهه موجب کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات تروماتیک شده و به فرآیندهای جذب و انطباق کمک می‌کند. هم‌چنین، مواجهه با موقعیت‌هایی که مورد اجتناب قرار می‌گیرند، الگوهای اجتناب را در هم شکسته و باعث کاهش پاسخ‌دهی هیجانی به نشانه‌های محیطی مرتبط با تروما می‌شود (۱۶). مجموع این عوامل سبب می‌شود که فرد در طول روز کمتر آشفته شود و خواب شبانه وی بهبود یابد. بدین ترتیب، به تدریج چرخه معیوب تشدید علائم و نشانگان شکسته می‌شود و نشانه‌های اختلال در طول زمان و به صورت تدریجی کاهش می‌یابد و این اثر، پس از درمان نیز ادامه می‌یابد (۱۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که مواجهه درمانی طولانی‌مدت، اثربخشی مطلوبی بر افزایش حمایت اجتماعی و کاهش شدت علائم و نشانگان بیماران مبتلا به PTSD نشان داده است. بنابراین، توصیه می‌شود که متخصصان مشغول در حوزه اعصاب و روان در درمان این اختلال در صورت امکان از روش مواجهه درمانی طولانی‌مدت استفاده نمایند.

محدودیت‌های پژوهش

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله اینکه نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه از بین بزرگسالان با انواع مختلف PTSD مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی فارابی استان کرمانشاه انتخاب شد، لذا در تعمیم نتایج باید به این پراکندگی و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی به خصوص کودکان احتیاط لازم صورت گیرد. هم‌چنین، از آن‌جا که به علت محدودیت‌های زمانی دوره پیگیری دو ماه بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری بیشتری مدنظر قرار گیرد. در نهایت، انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای به منظور بررسی دقیق‌تر مواجهه درمانی طولانی‌مدت نسبت به سایر مداخله‌های روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود.

سپاس‌گزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی مصوب دانشگاه لرستان می‌باشد. بنابراین، از تمام دست اندرکاران و پرسنل درمانگاه روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه و بیماران محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

References:

1-Zwissler B, Hauswald A, Koessler S, Ertl V, Pfeiffer A, Wöhrmann C, Winkler N, Kissler J. ***Memory Control in Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence from Item Method Directed Forgetting in Civil War Victims in Northern Uganda.*** Psychol Med 2012; 42(6): 1283-91.

2-Simons M, Kursawe AL. ***Metacognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A Feasibility Study.*** Front Psychol 2019; 10: 264.

3-American Psychiatric Association. ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®).*** 5th Ed. Virginia: American Psychiatric Pub; 2013: 310-20.

4-Hojjati H, Ebadi A, Akhoondzadeh G, Zarea Z, Sirati M, Heravi M, et al. ***Sleep Quality in Spouses of War Veterans with Post-Traumatic Stress: A Qualitative Study***. Mil Car Sci J 2017; 4(1): 1-9. [Persian]

5-Peterson AL, Luethcke CA, Borah EV, Borah AM, Young-Mccaughan S. ***Assessment and Treatment of Combat-Related PTSD in Returning War Veterans.*** J Clin Psycho Med Settings 2011; 18(2): 164-75.

6-Liu P, Wang L, Cao C, Wang R, Zhang J, Zhang B, et al. ***The Underlying Dimensions of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in an Epidemiological Sample of Chinese Earthquake Survivors.*** J Anxiety Dis 2014; 28(4): 345-51.

7-Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. ***The Prevalence and Correlates of Untreated Serious Mental Illness.*** Health Serv Res 2001; 36(6 Pt 1): 987-1007.

8-Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. ***National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria***. J Trauma Stress 2013; 26(5): 537-47.

9-Sherbourne CD, Stewart AL. ***The MOS Social Support Survey.*** Soc Sci Med 1991; 32(6): 705-14.

10-Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. ***Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults.*** J Consul Clin Psycho 2000; 68(5): 748-66.

11-Price M, Gros DF, Strachan M, Ruggiero KJ, Acierno R. ***The Role of Social Support in Exposure Therapy for Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom Veterans: A Preliminary Investigation.*** Psychol Trauma 2013; 5(1): 93-100.

12-Shallcross SL, Arbisi PA, Polusny MA, Kramer MD, Erbes CR***. Social Causation Versus Social Erosion: Comparisons of Causal Models for Relations Between Support and PTSD Symptoms***. J Trauma Stress 2016; 29(2): 167-75.

13-King DW, Taft C, King LA, Hammond C, Stone ER. ***Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation 1.*** J App Social Psycho 2006; 36(12): 2980-92.

14-Dibajnia P, Zahiroddin A, Gheidar Z. ***Eye-Movement Desensitization Influence on Post-Traumatic Stress Disorder.*** Pejouhandeh 2012; 16(7): 322- 26. [Persian]

15-Becker CB, Darius E, Schaumberg K. ***An Analog Study of Patient Preferences for Exposure Versus Alternative Treatments for Posttraumatic Stress Disorder.*** Behave Res Ther 2007; 45(12): 2861-73.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

16- Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, et al**. *Randomized Trial Of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder with and without Cognitive Restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics***. J Consul Clin Psychol 2005; 73(5): 953-64.

17- Foa E, Hembree E, Rothbaum BO. ***Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide.*** 1 Ed. Oxford: Oxford University Press; 2007: 10-55.

18- Foa EB, Kozak MJ. ***Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information.*** Psycho Bulletin 1986; 99(1): 20-35.

19- Bourassa KJ, Smolenski DJ, Edwards-Stewart A, Campbell SB, Reger GM, Norr AM. ***The Impact of Prolonged Exposure Therapy on Social Support and PTSD Symptoms.*** J Affec Dis 2020; 260: 410-7.

20- Maredpour A, Najafi M. ***The Effectiveness of Therapeutic Method Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Women Suffering from Posttraumatic Stress Disorder Arising from Non-Military Events.*** Clin Psychol Studies 2016; 6(23): 41-60. [Persian]

21- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS, Williams JB. ***Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis Ii Personality Disorders SCID-II.*** American Psychiatric Pub 2004; 2: 134-43.

22- Haynes SN, Heiby EM, Hersen M. ***Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3: Behavioral Assessment.*** 1 Ed. New York: John Wiley & Sons 2003: 269-90.

23- Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. ***Reliability and Feasibility for Persian Version of Structured Clinical Interview Diagnose Based on DSM-IV.*** Quar J Advan Cogni Sci 2004; 6(1-2): 10-22. [Persian]

24- Tamannaeifar MR, Mansourinik A. ***The Relationship Between Personality Characteristics, Social Support and Life Satisfaction with University Students' Academic Performance***. IRPHE 2014; 20(1): 149-66.

25- Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, et al. ***Psychometric Analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among Treatment-Seeking Military Service Members.*** Psychol Assess 2016; 28(11): 1392-1403.

26- Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. ***The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation.*** J Traumatic Stress 2015; 28(6): 489-98.

27- Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. ***Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in Veterans.*** Psycho Assess 2016; 28(11): 1379-91.

28- Varmaghani H, Fathi Ashtiani A, Poursharifi H. ***Psychometric Properties of the Persian Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5).*** J Appli Psychol Res 2018; 9(3): 131-42.

29- Thorp SR, Glassman LH, Wells SY, Walter KH, Gebhardt H, Twamley E, et al. ***A Randomized Controlled Trial of Prolonged Exposure Therapy***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

Versus Relaxation Training for Older Veterans with Military-Related PTSD. J Anxiety Dis 2019; 64: 45-54.

30- Brown LA, Zang Y, Benhamou K, Taylor DJ, Bryan CJ, Yarvis JS, et al. ***Mediation of Suicide Ideation in Prolonged Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder.*** Behav Rese Therapy 2019; 119: 103409.

31- Price M, Lancaster CL, Gros DF, Legrand AC, Van Stolk-Cooke K, Acierno R. ***An Examination of Social Support and PTSD Treatment Response During Prolonged Exposure.*** Psychi 2018; 81(3): 258-70.

32- Thornback K, Muller RT. ***Relationships among Emotion Regulation and Symptoms During Trauma-Focused CBT for School-Aged Children.*** Child Abuse & Neglect 2015; 50: 182-92.

33- Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. ***Psychological Therapies for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents.*** Evidence-Based Child Health: Cochrane Rev J 2013; 8(3): 1004-116.

34- Thrasher S, Power M, Morant N, Marks I, Dalgleish T. ***Social Support Moderates Outcome in a Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and (Or) Cognitive Restructuring for Chronic Posttraumatic Stress Disorder.*** Canadian J Psychi 2010; 55(3): 187-90.

35- Maples-Keller JL, Rauch SA, Jovanovic T, Yasinski CW, Goodnight JM, Sherrill A, et al. ***Changes in Trauma-Potentiated Startle, Skin Conductance, And Heart Rate Within Prolonged Exposure Therapy for PTSD In High and Low Treatment Responders.*** J Anxie Dis 2019; 68: 102147.

36- Robjant K, Fazel M. ***The Emerging Evidence for Narrative Exposure Therapy: A Review***. Clin Psycho Review 2010; 30(8): 1030-9.

37- Flanagan JC, Sippel LM, Wahlquist A, Moran-Santa Maria MM, Back SE. ***Augmenting Prolonged Exposure Therapy for PTSD with Intranasal Oxytocin: A Randomized, Placebo-Controlled Pilot Trial.*** J Psychi Res 2018; 98: 64-9.

38- Myers L, Vaidya-Mathur U, Lancman M. ***Prolonged Exposure Therapy for the Treatment of Patients Diagnosed with Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).*** Epile & Behav 2017; 66: 86-92.

39- Zalta AK, Gillihan SJ, Fisher AJ, Mintz J, Mclean CP, Yehuda R, et al. ***Change in Negative Cognitions Associated with PTSD Predicts Symptom Reduction in Prolonged Exposure.*** J Cons Clinical Psycho 2014; 82(1): 171.

40- Peterson AL, Foa EB, Blount TH, Mclean CP, Shah DV, Young-Mccaughan S, et al. ***Intensive Prolonged Exposure Therapy for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Design and Methodology of a Randomized Clinical Trial.*** Contemperary Clincal Trials 2018; 72: 126-36.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 29| NO 6 | Sep 2021

Received: 12 Jan 2021
Accepted: 2 May 2021

Effectiveness of Prolonged Exposure Therapy on Social Support and Severity of Symptoms in the Patients with Posttraumatic Stress Disorder

Zahra Foroghi[1], Fatemeh Rezaei[*1], Fazlolah Mirderikvand[1]

Original Article

Introduction: Posttraumatic stress disorder is a set of clinical symptoms that occurs following exposure to life-threatening events, and affects a variety of psychological variables. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of prolonged exposure therapy on social support and the severity of symptoms in patients with post-traumatic stress disorder.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest, post-test and a two-month follow-up design and a control group. Using stratified sampling method, 30 patients (15 subjects in each group) with post-traumatic stress disorder referred to Farabi Psychiatric Clinic in Kermanshah City selected and they were randomly assigned. The Mean age of the sample group was 31.9.The study inclusion criteria was having PTSD based on clinical interview. The study exclusion criteria included having psychosis symptoms, drug addiction. The data were collected by structured clinical interview (SCID-I), social support scale (MOS), and the fifth edition of the post-traumatic stress disorder index (PCL-5). Data were analyzed by repeated measures ANOVA test.

Results: The results showed that prolonged exposure therapy was significantly effective in increasing social support (F=2/66, P<0/01) and reducing the severity of symptoms (F=42/19, P<0/01) among the patients with post-traumatic stress disorder.

Conclusion: These results indicate that prolonged exposure therapy can alleviate the symptoms of the patients with post-traumatic stress disorder.

Keywords: Prolonged Exposure Therapy, Social Support, Severity of Symptoms, Post-Traumatic Stress Disorder.

Citation: Foroghi Z, Rezaei F, Mirderikvand F. **Effectiveness of Prolonged Exposure Therapy on Social Support and Severity of Symptoms in the Patients with Posttraumatic Stress Disorder.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(6): 3830-42.

[1]Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 09308268497**, email:** Rezaei.f@lu.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i6.6993]