# بررسی تاثیر مواجهه با محل رویداد آسیب زا در کاهش علائم جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ

محمد رضا خدایی اردکانی[1]، محمد سعید خانجانی[2*]،آرش میراب زاده[3] ، بهمن بهمنی[4]، الهام ابطحی[5]
گیتا صدیقی[6]، جعفر میرزایی[7]

[1] روانپزشک، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر برسلامت و گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، [2]دانشجوی دکترای مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، [3]روانپزشک، استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر برسلامت و گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، [4]دکترای تخصصی مشاوره استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، [5]کارشناسی ارشد فیزیوتراپی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، [6]روانپزشک استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی-تهران، [7] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدیر گروه روانشناسی و آموزش بیمارستان روانپزشکی صدر

* نویسنده مسئول: saeedkh76@yahoo.com

**چکیده**

**زمینه و هدف : هدف این پژوهش بررسی تاثیر نوع خاصی از مواجهه، به صورت رویارویی حضوری با محل وقوع رویداد استرس زا، بر روی علائم PTSD ناشی از جنگ می باشد.**

**مواد و روشها: این مطالعه از نوع مداخله ای و به صورت اندازه گیری پیش آزمون- پس آزمون می باشد. تعداد نمونه ها در این پژوهش ۲۵ نفر می باشد که به صورت تمام شماری از بین بیماران دارای تشخیص PTSD ناشی از جنگ، مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی نیایش، کمیسیون های پزشکی بنیاد جانبازان و یک مطب روانپزشکی در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰، انتخاب شدند. نوع مداخله در این پژوهش از نوع مواجهه و به صورت بازدید از محلی بود که رویداد آسیب زای ایجاد کننده PTSD در آن اتفاق افتاده بود. فهرست PTSD (PCL ) قبل از مواجهه، ۲ هفته و ۳ ماه بعد از آن توسط شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل گردید و سپس با استفاده از آزمون آماری t وابسته یا زوجی این ۳ اندازه گیری به عنوان قبل، بعد و نیز پی گیری ۳ ماه بعد از مواجهه مورد مقایسه قرار گرفته و با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.**

**نتایج: در بررسی تاثیر این نوع مواجهه بر روی علائم کلی PTSD، اختلاف میانگین نمرات قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه معنادار(P< ۰.۰۵ ) و به ترتیب ۳.۴۵- و۴.۴۱- بوده است. اختلاف نمرات میانگین زیر مقیاس های علائم تجربه مجدد و بیش برانگیختگی در قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه نیزمعنادار بوده است(P<۰.۰۵). ولی اختلاف میانگین نمرات علائم اجتناب و کرختی معنادار نبود (P>۰.۰۵ ).**

**بحث: مواجهه حضوری با محل وقوع رویداد آسیب زا در جنگ، سبب کاهش علائم کلی اختلال PTSD و نیز علائم تجربه مجدد و بیش برانگیختگی در افرادی می‌شود که به دلیل حضور در جنگ مبتلا به PTSD شده اند.**

**کلید واژه: اختلال استرس پس از حادثه، مواجهه، فهرست PTSD (PCL )**

**تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۶**
**تاریخ پذیرش : ۹۲/۱۱/۱۲**

[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

**مقدمه**

اختلال استرس پس از سانحه[XXII] (PTSD)، آخرین زیر گروه اختلالات اضطرابی است که در آن نشانه های مرضی روانشناختی به دنبال یک رویداد استرس زا و غیر قابل تحمل از قبیل جنگ، سیل، حوادث رانندگی، وحشت و زندگی در اردوگاههای اسیران جنگی رخ می دهد (۱). خصایص بالینی اصلی PTSD عبارت است از احساس دردناک تجربه مجدد واقعه[XXIII] ،الگویی از اجتناب[XXIV] ، بی تفاوتی هیجانی[XXV] وبیش برانگیختگی[XXVI] نسبتا دائم (۲). شایعترین حادثه منجر به PTSD در مردان وقایع جنگ و در زنان مورد حمله واقع شدن و تجاوز است (۳).

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به عنوان یکی از مهمترین مباحث روانشناختی و روانپزشکی مطرح می باشد که در طی زمانهای مختلف توجه متخصصان مربوطه را به خود جلب کرده است. در این میان عوارض عصبی روانی از ناتوان کننده ترین این عوارض می باشد که باعث بروز مشکلات متعددی برای افرادی که در جنگ حضور داشته اند، برای خانواده آنها و جامعه شده است (۴).

به عقیده بسیاری از پژوهشگران آثار PTSD ناشی از جنگ و بمباران نظامی دیرپاتر و شدیدتر از حوادث طبیعی نظیر سیل ، زلزله است زیرا در حوادث طبیعی اسناد حوادث به تقدیر و سرنوشت، آثار آن را کاهش می دهد، در حالی که حوادث ساخته دست بشر مانند جنگ به ویژگیهای پرخاشگری و ضد انسانی آدمیان اسناد داده می‌شود. آثار پس ضربه ای ناشی از جنگ، صرف نظر از اختلال در کنش وری اجتماعی آسیب دیدگان، نظام های رفتاری، شناختی، عاطفی و جسمانی آنان را دستخوش آسیب می سازد و آنان را از ارائه عملکرد شغلی و تحصیلی باز می دارد (۵).

میزان شیوع مادام العمر PTSD در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و مردان ۵تا ۶ درصد است (۵). در مطالعات انجام شده برروی افراد در معرض خطر مانند سربازان جنگی، قربانیان انفجار یا خشونت های جنایی میزان PTSD ۳ تا ۵۸ درصد بوده است (۶) ازجمله شیوع مادام العمر PTSD در بین سربازان جنگ ویتنام برابر با ۳۰.۹ درصد برای مردان و ۲۶.۹ درصد برای زنان برآورد شده است(۲) و میزان PTSD در سربازان آمریکایی پس از بازگشت از عملیات عراق حدود ۱۸ درصد تخمین زده شده است(۷). در ایران در پژوهشی که در سال ۱۳۷۱ در مورد شیوع PTSD توسط نوربالا و ملک افضلی انجام شد مشخص گردید که ۲۹.۱ درصد از جانبازان (معلولین جنگی)، ۱۸.۱ درصد از رزمندگان (ظاهرا سالم) و ۴.۷ درصد از خانواده شهیدان و ۵.۷ درصد از جمعیت معمولی که در جنگ درگیری مستقیم نداشتند از اختلال PTSD در رنج بودند (۸).

بی تردید پس از بروز بیماری، اساسی ترین مرحله انتخاب درمان مناسب و به موقع است که این مساله در حوزه بیماری های وابسته به روان از یک سو به دلیل پیچیدگی رفتارهای انسان و از سوی دیگر به دلیل افزایش میزان اختلالات روانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۹). مداخلات متعددی در درمان و کاهش علائم PTSD ارائه می گردد که می توان آنها را به دو دسته کلی دارودرمانی و روان درمانی تقسیم نمود که از جمله رواندرمانی ها می توان به درمانهای روانپویشی، شناختی رفتاری و رفتار درمانی در این زمینه اشاره نمود (۵). مواجهه درمانی[XXVII] یک تکنیک رفتاردرمانی است که برای درمان اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار می گیرد مواجهه درمانی شامل روبرو شدن عمدی یا از روی قصد بیمار با اشیاء، موقعیت ها، افکار، خاطرات و هیجانات جسمی عامل ترس و اضطراب می باشد که بدون ایجاد هیچ خطری به منظور کاهش واکنش های ترس و اضطراب همراه با همان محرک یا محرک های مشابه به کار می رود (۱۰-۱۱). به طور کلی مواجهه تصوری[XXVIII] و واقعی ، به رویارویی با رویدادهای اضطراب آور برای فرد در یک دوره زمانی طولانی و ممتد اطلاق می‌شود. در PTSD، مواجهه واقعی با رویدادهای آسیب زا نه از لحاظ اخلاقی مناسب است و نه عملی(۵). در مواجهه تصوری از بیمار خواسته می‌شود تا خاطرات استرس زای خود را به یاد آورد و با چشمان بسته تصور کند که واقعه در حال اتفاق افتادن است این

[XXII] Post Traumatic Stress Disorder
[XXIII] Re experience
[XXIV] Avoidance
[XXV] Emotional numbing
[XXVI] Hyper arousal

[XXVII] Exposure therapy
[XXVIII] Imaginary exposure



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

روش درمانی باعث می‌شود که ضربه از نظر هیجانی پردازش شود و در نتیجه شدت علائم کاهش یابد (۱۲).

پژوهش های مختلفی در زمینه تاثیر مواجهه تصوری بر روی علائم PTSD انجام شده است که از جمله آنها می توان به پژوهش های ذیل اشاره نمود:

در پژوهش بکر[xxix] ۱۶۰ آزمودنی که در معرض حوادث و سوانح مختلف قرار داشتند از نظر نوع درمان مورد بررسی قرار گرفتند که مواجه سازی با ۵۵ درصد و درمان شناختی رفتاری با ۲۲ درصد، از طرف آزمودنی ها به عنوان بهترین روش شناخته شدند(۱۳).

در مطالعه ای که نیونر[xxx] و همکارانش (۲۰۰۴) در زمینه مقایسه ۳ نوع روش درمانی شامل مواجهه روایتی[xxxi]، مشاوره حمایتی و روان درمانی آموزشی برای درمان PTSD در مهاجرین جنگی افغانستان انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که مواجهه درمانی که یک رویکرد کوتاه مدت بر پایه درمان شناختی رفتاری و اظهاردرمانی[xxxii] بود تاثیر ماندگارتری نسبت به دو روش دیگر داشته و می‌تواند به عنوان یک رویکرد امید بخش در درمان PTSD باشد(۱۴).

آنیوت[xxxiii] و همکارانش (۲۰۰۵) مطالعه ای با هدف تاثیر مواجهه درمانی روایتی در درمان بچه های بازمانده از جنگ و مبتلا به PTSD در اوگاندا انجام دادند. در این مطالعه ۶ کودک ۱۷-۱۲ ساله که از PTSD رنج می بردند در طی ۴ تا ۶ جلسه فردی تحت درمان قرار گرفتند پس از مداخله و نیز در پی گیری ۹ ماه بعد از مداخله میزان علائم د راین کودکان که به PTSD متوسط تا شدید دچار بودند به طور معنا داری کاهش یافت(۱۵).

در مطالعه یودر[xxxiv] و همکاران (۲۰۱۰) که با هدف بررسی تاثیر مواجهه درمانی بر علائم PTSD سربازان جنگ افغانستان و عراق انجام شد جلسات درمانی ۹۰ دقیقه ای هفتگی که شامل آموزش روانی درباره واکنش های شایع به ضربه(تروما)، ارزیابی خود از نظر اضطراب و مواجهه تصوری با خاطرات رویداد استرس زا بود برای ۶۵ سرباز مبتلا به PTSD برگزار گردید. در این مطالعه تاثیر درمان به صورت قبل و بعد از مداخله با ابزار فهرست PTSD اندازه گیری شد نتیجه مداخله پس از شرکت سربازان در۱۰جلسه درمانی کاهش معنادار میانگین نمرات در بعد از مداخله بود (۱۶). همانگونه که در این مطالعات نشان داده شده است مواجهه و بویژه مواجهه تصوری در مورد رویداد استرس زا در کاهش علائم PTSD موثر است. در مرور مطالعات انجام شده، بویژه در مورد PTSD ناشی از جنگ، از مواجهه به صورت رویارویی حضوری با محل رویداد استرس زا و مرور خاطرات در محل حادثه استفاده نشده است. لذا هدف این پژوهش بررسی تاثیر این نوع خاص از مواجهه بر روی علائم PTSD در رزمندگان جنگ تحمیلی می باشد تا پس از رویارویی این افراد با محل رویداد آسیب زا و نیز مرور خاطراتشان، به این سوال پاسخ داده شود که آیا این نوع مواجهه در کاهش علائم PTSD موثر است؟

## مواد و روشها

این مطالعه از نوع پیش آزمون- پس آزمون و با اجرای مواجهه حضوری در محل رویداد آسیب زا بر روی یک گروه و اندازه گیری قبل و بعد از مواجهه می باشد.

## جامعه آماری

کلیه بیمارانی که به علت قرارگرفتن در معرض جنگ دچار PTSD شده و به بیمارستان روانپزشکی نیایش، کمیسیون های پزشکی بنیاد جانبازان و یک مطب روانپزشکی در تهران در مقطع زمانی ۹۱-۱۳۹۰ مراجعه کرده اند.

## حجم نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه ها دراین پژوهش ۲۵ نفر می باشد که به صورت تمام شماری از بین بیماران دارای تشخیص PTSD مراجعه کننده به مراکز فوق در مقطع زمانی سال های۹۱-۱۳۹۰ انتخاب شده اند. ملاک های ورود به این پژوهش، سابقه حضور در جنگ، داشتن تشخیص PTSD به علت حضور در جبهه و نیز موافقت فرد برای شرکت در پژوهش بوده است و تمام افرادی که این ملاک ها را داشتند در پژوهش شرکت کردند.

[xxix] Becker
[xxx] Neuner F
[xxxi] Narrative Exposure therapy
[xxxii] Testimony therapy
[xxxiii] Onyut
[xxxiv] Yoder



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

**ابزار پژوهش**

فهرست اختلال استرس پس از ضربه[XXXV] ( PCL)

این فهرست یک مقیاس خود گزارش دهی است که برای ارزیابی اختلال و غربال کردن بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به کار می رود مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه بودن آن است ومدت زمان اجرا تقریبا ۱۰ دقیقه است. محدودیت این فهرست آن است که فقط بر روی نیروهای نظامی اعتباریابی شده است این فهرست به وسیله وی ورز، هرمن، هوسکا و کین (۱۹۹۴) براساس معیارهای DSM-IV تهیه شده است و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم تجربه مجدد حادثه، ۷ ماده آن مربوط به علائم کرختی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم بیش برانگیختگی است. پژوهش میرزایی، کرمی و همکاران (۱۳۸۳) برروی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ نشان داد. شدیدترین علائم در بیماران بستری و سرپایی به‌وسیله مصاحبه PTSD به ترتیب تحریک‌پذیری مستمر و تجربه مجدد خاطره و خفیف‌ترین علائم مربوط به اجتناب از خاطرات می‌باشد این مصاحبه همخوانی بالایی را با مصاحبه روانپزشکی بالینی PTSD داشته است (۱۷).

پژوهش میرزایی، ایمانی و همکاران (۱۳۹۰) با هدف اعتبار یابی، فهرست PTSD را بر روی ۴۷۵ جانباز اعصاب و روان اجرا کرده‌اند که ۵۰ نفر از آنها را به فاصله ۲ هفته مجدداً مورد ارزیابی قرار داده است. ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین پایایی به روش بازآزمایی آزمون ۰/۸۸۶ می‌باشد و میزان آلفای کرونباخ بدست آمده برای دو آزمون PTSD-I و PCL-M که بطور همزمان بر روی ۲۰ نفر اجرا شد۰.۸۵۱می‌باشد(۱۸).

**روش اجرا**

ابتدا تمام افرادی که به نظر می رسید معیارهای ورود به این پژوهش را داشته باشند توسط روانپزشک مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند و برای اطمینان از تشخیص، ابزار فهرست PTSD نیز توسط این افراد تکمیل گردید. پس از آن از افراد انتخاب شده که ۲۵ نفر بودند رضایت نامه کتبی دریافت شد. نوع مداخله در این پژوهش از نوع مواجهه و به صورت بازدید از محلی بود که رویداد آسیب زای ایجاد کننده PTSD در آن اتفاق افتاده بود. به این منظور هر کدام از این افراد به مناطق جنگی مورد نظر اعزام شدند تا مواجهه حضوری با آن محل داشته باشند درمانگر و یا همکار وی نیز در بازدید از مناطق جنگی مورد نظر حضور داشته است . ۲ هفته پس از این مواجهه و نیز ۳ ماه بعد از آن مجددا مقیاس فهرست PTSD (PCL) توسط این افراد تکمیل گردید سپس با استفاده از آزمون آماری t وابسته یا زوجی[XXXVI] و نیز آزمون ناپارامتری ویلکاکسون[XXXVII] این ۳ اندازه گیری به عنوان قبل، بعد و نیز پی گیری ۳ ماه بعد از مواجهه مورد مقایسه قرار گرفته و با نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها**

میانگین سنی شرکت کنندگان ۴۹ سال که کمترین آنها ۴۳ و بیشترین آنها ۶۴ سال سن داشتند که اکثر آنها در سن میانسالی بودند. تمام شرکت کنندگان متاهل بودند. از نظر تحصیلات ۲ نفر زیر دیپلم، ۸ نفر دیپلم و فوق دیپلم، ۸ نفر مدرک کارشناسی و ۷ نفر مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. از کل ۲۵ نفر شرکت کننده، ۵ نفر کمتر از ۱ سال و فقط یک نفر بیشتر از ۵ سال سابقه حضور در جبهه را داشتند و بقیه آنها سابقه ای بین ۱ تا ۴ سال داشتند.

برای مقایسه میانگین های زیر مقیاس های علائم تجربه مجدد، اجتناب و کرختی و بیش برانگیختگی و نیز مقایسه میانگین علائم کلی اختلال PTSD در قبل، بعد و ۳ ماه بعد از مداخله، به علت اینکه پراکندگی متغیر ها از توزیع نرمال پیروی می کرد از آزمون t وابسته یا زوجی استفاده شد ولی فقط برای مقایسه میانگین نمرات علائم تجربه مجدد مربوط به قبل و ۳ ماه بعد از مداخله به علت اینکه توزیع اختلافها از توزیع نرمال تبعیت نمی کرد از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون استفاده شد.

[XXXV] The Post Traumatic Stress Disorder Checklist

[XXXVI] Paired Sample T Test

[XXXVII] Wilcoxon



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

**جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات علائم تجربه مجدد، قبل و دو هفته بعد از مواجهه**

| علائم تجربه مجدد | میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار اختلاف زوجها | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری (مقدار P) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبل | ۱۳.۲۲ | ۲.۶۸۹۱ | ۲.۸۲۲۳ | ۳.۰۲۲ | ۲۱ | .۰۰۶ |
| بعد از دو هفته | ۱۱.۴۰ | ۲.۶۸۴۳ | | | | |

بر اساس جدول شماره ۱، اختلاف نمرات میانگین های علائم تجربه مجدد، قبل و دو هفته بعد از مواجهه برابربا ( ۱.۸۲ -) و P< ۰ .۰۵ است.

**جدول شماره ۲: مقایسه میانگین رتبه علائم تجربه مجدد، قبل و ۳ ماه بعد از مواجهه**

| شاخص آماری / متغیر | میانگین رتبه های مثبت | آماره علامت دار ویلکاکسون | سطح معناداری (مقدار P) |
|---|---|---|---|
| علائم تجربه مجدد | ۱۰.۶۷ | -۲.۱۱۵ | .۰۳۴ |

*پراکندگی متغیر (اختلاف میانگین های علائم تجربه مجدد قبل و ۳ ماه بعد از مواجهه) نرمال نبود لذا از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون استفاده شد.

در جدول شماره ۲ نیز اختلاف میانگین ها معنادار است (P< ۰ .۰۵) که نشان می دهد این مواجهه سبب کاهش معنادار علائم تجربه مجدد، ۲ هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه شده است.

**جدول شماره ۳ : مقایسه میانگین نمرات علائم اجتناب و کرختی، قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه**

| علائم اجتناب و کرختی | میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار اختلاف زوجها | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری (مقدار P) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبل | ۱۹.۹۰ | ۴.۷۸۹۹ | ۲.۷۱۱۲ | .۴۷۲ | ۲۱ | .۶۴۲ |
| بعد از دو هفته | ۱۹.۶۳ | ۵.۰۶۶۶ | | | | |
| بعد از ۳ ماه (مقایسه با قبل) | ۱۹.۵۰ | ۵.۵۶۱۳ | ۳.۱۴۲۰ | .۶۱۱ | ۲۱ | .۵۴۸ |

اختلاف میانگین نمرات علائم اجتناب و کرختی، قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه معنادار نبود (P> ۰.۰۵ ) لذا این نوع مواجهه برروی علائم اجتناب و کرختی تاثیر معناداری نداشته است.

**جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمرات علائم بیش برانگیختگی، قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه**

| علائم بیش برانگیختگی | میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار اختلاف زوجها | مقدارt | درجه آزادی | سطح معناداری (مقدارP) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبل | ۲۰.۰۴ | ۵.۰۶۶۰ | ۱.۸۲۳۳ | ۲.۳۳۹ | ۲۱ | .۰۲۹ |
| بعد از دو هفته | ۱۹.۰۳ | ۵.۳۳۸۹ | | | | |
| بعد از ۳ ماه (مقایسه با قبل) | ۱۸.۰۱ | ۴.۷۱۴۵ | ۲.۱۱۹۷ | ۲.۸۲۲ | ۲۱ | .۰۰۱ |

[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

اختلاف میانگین نمرات علائم بیش برانگیختگی قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه معنادار($P<0.05$) و به ترتیب ۱.۱ - و۲.۳ – بوده است لذا این مواجهه سبب کاهش معنادار علائم بیش برانگیختگی در اندازه گیری های ۲ هفته و نیز ۳ ماه بعد از مواجهه شده است.

**جدول شماره ۵: مقایسه میانگین نمرات علائم کلی اختلال PTSD، قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه**

| علائم کلی اختلال | میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار اختلاف زوجها | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری (مقدار P) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قبل | ۵۳.۶۳ | ۱۰.۷۱۵۱ | ۴.۶۸۷۶ | ۳.۴۵۷ | ۲۱ | .۰۰۲ |
| بعد از دو هفته | ۵۰.۱۸ | ۱۲.۵۱۹۰ | | | | |
| بعد از ۳ ماه (مقایسه با قبل) | ۴۹.۲۲ | ۱۲.۵۶۱۹ | ۵.۰۵۸۳ | ۴.۰۸۸ | ۲۱ | .۰۰۱ |

در بررسی تاثیر این نوع مواجهه بر روی علائم کلی PTSD نیز اختلاف میانگین نمرات قبل، دو هفته و ۳ ماه بعد از مواجهه معنادار($P<0.05$) و به ترتیب ۳.۴۵- و۴.۴۱– بوده است لذا مواجهه سبب کاهش معنادار علائم کلی PTSD در ۲ هفته بعد از مواجهه شده و این کاهش در ۳ ماه بعد از مواجهه نیز ادامه داشته است .

## بحث

در این مطالعه مواجهه حضوری با محل رویداد استرس زا سبب کاهش علائم کلی PTSD در دو هفته بعد از مواجهه و نیز در پی گیری ۳ ماه بعد از مواجهه شده است این مواجهه توانسته است همچنین علائم تجربه مجدد و بیش برانگیختگی را نیز به طور معناداری کاهش دهد ولی تاثیر آن در کاهش علائم اجتناب و کرختی معنادار نبوده است. مواجهه با رویداد آسیب زا، پیوند میان این خاطرات و واکنشهای هیجانی را کاهش داده و فرد را قادر می سازد تا درباره آنچه رخ داده است بدون آشفتگی تصور کند و آن را پردازش نماید در واقع صرف مواجهه می‌تواند منجر به تغییرات شناختی شود چرا اینکه مواجهه باعث کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات آسیب زا شده و به فرآیندهای جذب و انطباق اجازه وقوع می دهد همچنین مواجهه با موقعیت هایی که مورد اجتناب قرار می گیرند الگوی اجتناب را در هم شکسته و باعث کاهش پاسخ دهی هیجانی به نشانه های محیطی مرتبط با آسیب می گردد(۱۹).

نتایج این مطالعه نشان می دهد که مواجهه حضوری با محلی که رویداد استرس زا در آن اتفاق افتاده است می تواند مانند روش های روانشناختی دیگر و به ویژه مواجهه خیالی در کاهش علائم PTSD موثر باشد لذا نتایج این پژوهش هم راستا با پژوهش های نیونر، آنیوت و یودر و اصلانی است که در مقدمه این پژوهش آورده شده است. نتایج مطالعه نیونر(۲۰۰۴) نشان داد که مواجهه روایتی تاثیر ماندگارتری نسبت به دو روش دیگر مشاوره حمایتی و روان درمانی آموزشی برای درمان PTSD در مهاجرین جنگی افغانستان داشته است (۱۴). آنیوت در مطالعه اش (۲۰۰۵) نشان داد که مواجهه درمانی روایتی سبب کاهش معنا دار علائم PTSD در بچه های بازمانده از جنگ مبتلا به PTSD در اوگاندا شد (۱۵). در مطالعه یودر (۲۰۱۰) نیز مواجهه درمانی سبب کاهش علائم PTSD در سربازان جنگ افغانستان و عراق شده است (۱۶). مطالعه اصلانی و همکارانش(۲۰۰۸) نشان داد که روش مواجهه سازی ممتد روی علائم تجربه مجدد و اجتناب اثر داشته و موجب کاهش علائم PTSD می گردد (۲۰). ولی از سوی دیگر، تعدادی از پژهش ها گزارشی از تاثیر مواجهه درمانی در مبتلایان به PTSD مزمن نداده و بعضی از پژوهشگران معتقدند روش مواجهه درمانی وقتی در بیماران PTSD با هم ابتلایی دیگر اختلالات روانپزشکی همچون سوء مصرف مواد و الکل، تحریک پذیری شدید و وجود احساس گناه همراه است نه تنها اثربخش نبوده بلکه موجب آشفتگی و تشدید علائم آنها می‌شود (۵). در این پژوهش از نوع خاصی از مواجهه استفاده شده است و



[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

افراد به جای مواجهه خیالی با رویداد آسیب زای جنگ، به طور حضوری با محل رویداد مواجه شده و از آن بازدید می‌کنند. مطالعه ای که عینا از این نوع مواجهه برای بیماران PTSD استفاده شده باشد یافت نشد ولی به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می دهد که از این نوع مواجهه نیز می توان مانند سایر انواع مواجهه در درمان بیماران PTSD سود جست .

## نتیجه گیری

مواجهه حضوری با محل وقوع رویداد آسیب زا در جنگ، سبب کاهش علائم کلی اختلال PTSD و نیز علائم تجربه مجدد و بیش برانگیختگی در افرادی می‌شود که به دلیل حضور در جنگ مبتلا به PTSD شده اند. لذا بازدید این افراد از مناطق جنگی اگر بعدازمواجهه درمانی صورت گیرد می‌تواند اثرات مفیدی در کاهش علائم PTSD داشته باشد. با توجه به موثر بودن این نوع مواجهه پیشنهاد می‌شود در پژوهش های بعدی این مواجهه بیش از یک بار انجام شود و یا در مطالعات دیگری تاثیر این روش با انواع دیگر مواجهه مورد مقایسه قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری رئیس محترم بیمارستان روانپزشکی نیایش، رئیس اداره کمیسیون های پزشکی بنیاد جانبازان و نیزجانبازان عزیز شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

## منابع

1.American psychiatric association, Diagnosis and statistical manual of psychological disorders, Teranslated by Nik kho MR, 4 Edition, Tehran, publications Sokhan,2002, 60-61.

2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan& Sadock's synopsis of psychiatry, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007,9-36,612-622.

3. Solomon S D, Davidson J. TTreum: Prevalence, Impairment service use and cost. Journal of clinical psychiatry . 1997; 58(9): 5-11.

4. Zoghi M R, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A. The Effectiveness of Coping Skills Instruction based on cognitive-behavior on War Related Post-traumatic Stress Disorder and Depression in Veterans, Journal of Military Psychology, 2011;2(5):1-16.

5.Mirzaee J, Karami Gh, & et al. Guideline of Post Traumatic Stress Disorder, (Therapy & practice),First Edition, Tehran, Janbazan & Engineering Research Center, 2007 .

6.American psychiatric association: Diagnosis and statistical manual disorder 4th test revision , Washington Dc,2000, 165-173.

7.Gerardi M, Rothbaum B. Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: Case report. Journal of Traumatic Stress. 2008; 21(2);209-213.

8.Noorbala, A.A, Psychiatric disorders in combatants psychiatry on new Thresholds – X1 world congress of psychiatry Hamburg, Agust1999.

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

10.Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan H. Kaplan& Sadocks comprehensive textbook of psychiatry, Ninth Edition,2009,1917-1918.

11.Joseph, J.S.; Gray, M.J. "Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder". Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim: Treatment and Prevention,2008; 1 (4): 69–80.

12. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychol Bull, 1986; 99(1): 20-35.

13. 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.

14.Neuner F, Schauer M. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psycho education for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African

[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]

Refugee Settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004; 72(4): 579-587

15.Onyut L , Neuner F , Schauer E, Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement, BMC Psychiatry, 2005; 5(7):244X-5-7.

16. Yoder M, Grubaugh A, Myrick H, Prolonged exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder: An examination of treatment effectiveness for veterans of the wars in Afghanistan and Iraq.J Anxiety Disord. 2011;25(3);397-403.

17. Mirzaee J, Karami Gh & et al,investigation of clinical diagnosis of hospitalized patient and out patients with PTSD and psychological tests, Military Medical Journal, 2004;3(21):201-208.

18. Mirzaee J, Imani S & et al, Validation of PTSD interview on veterans with physical and mental complications war related,presentation in Third congress of clinical psychology research, Imam Khomeini hospital,2011.

19. Leahy R, Holland S. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorder, New York, Guilford press, 2002.

20. Aslani M, Mirzaee J and et al, Effectiveness of cognitive behavior therapy on chronic PTSD of war, National congress of psychology and community, Rudehen,Iran 2008.

[ Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03 ]