

Effectiveness of Brief Behavioral Activation Treatment on the Hopelessness in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Taghavi R.* MSc,
Einy S.¹ MSc,
Kazemi R.² MD

How to cite this article

Taghavi R, Einy S, Kazemi R. Effectiveness of Brief Behavioral Activation Treatment on the Hopelessness in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Iranian Journal of Isaar Studies*. 2020;1(3):149-154.

*Clinical Psychology Department, Humanities Faculty, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

¹Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

²Psychiatry Department, Medicine Faculty, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Specialist Psychiatric Hospital of Issar, Shahid Parayeb, Atae Street, Ardabil, Iran, Postal Code: 5619636733.

Phone: +98 (45) 33262678

Fax: +98 (45) 33511805

r.tagavy@yahoo.com

Article History

Received: December 11, 2018

Accepted: June 16, 2019

ePublished: September 05, 2020

ABSTRACT

Aims Post-traumatic stress disorder is one of the prominent psychological consequences of war that is seen in veterans. Behavioral activation treatment as a brief intervention can target a range of disruptions of this disorder. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of brief behavioral activation treatment on the hopelessness in veterans with post-traumatic stress disorder.

Instruments & Methods In this semi-experimental study with pre-test post-test design with control group, 40 veterans with PTSD, who were referred to Issar Ardabil psychiatric Hospital in 2017, were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control. Ten behavioral activation treatment sessions were performed (one hour per session) for the experimental group. The data were collected, using the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders and Beck Hopelessness Scale. Then, the data were analyzed by SPSS 23, using multiple covariance analysis.

Findings After controlling the effect of pre-test, there was a significant difference among the mean scores of feelings about the future, lack of motivation, expectations, and total hopelessness in the experimental group and the control group ($p < 0.05$). Also, therapeutic intervention significantly decreased the mean scores of the feelings about the future ($F = 14.840$; $p = 0.001$), lack of motivation ($F = 5.037$; $p = 0.032$), expectations ($F = 5.308$; $p = 0.001$), and total hopelessness ($F = 10.361$; $p = 0.003$).

Conclusion Training brief behavioral activation treatment reduces hopelessness of veterans with PTSD.

Keywords Behavioral Activation Treatment; Hopelessness; Post-Traumatic Stress Disorder; Veterans

CITATION LINKS

[1] The effect of cognitive-behavioral couple therapy on post-traumatic ... [2] Diagnostic and statistical manual ... [3] A meta-analysis of the association between posttraumatic stress ... [4] Relationships between posttraumatic stress disorder(PTSD), dissociation, quality ... [5] The effectiveness of cognitive-existential group therapy on hopelessness in ... [6] Hope theory: Rainbows in the ... [7] Insight into severe mental illness, hope, and quality of life on persons with schizophrenia ... [8] The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal ... [9] Mechanisms of change in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for PTSD: Preliminary evidence for the ... [10] Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold ... [11] Investigating the role of hopelessness in the relationship ... [12] Hope as a change mechanism in the treatment ... [13] Effectiveness of emotion focused therapy on emotional dysregulation, hopelessness ... [14] Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication ... [15] Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression ... [16] Behavioral activation for ... [17] Behavioral activation for comorbid PTSD and major ... [18] Behavioral activation as a primary care-based treatment for PTSD and ... [19] Behavioral activation for treatment of PTSD and depression in an Iraqi ... [20] Activating veterans toward sources of reward: A pilot report on development, feasibility and ... [21] Structured clinical interview for DSM-5 disorders ... [22] Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance ... [23] Attainment and maintenance of reliability of axis I ... [24] Reliability and feasibility of the persian version of the structured ... [25] The measurement of pessimism: The ... [26] The relationship between acceptance in ma exam ...

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر ناامیدی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

رامین تقوی * MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

ساناز عینی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

رضا کاظمی MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

چکیده

اهداف: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از عوارض برجسته روانی ناشی از جنگ است که در جانبازان دیده می‌شود. درمان فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان یک مداخله کوتاه‌مدت می‌تواند مجموعه‌ای از تخریب‌های این اختلال را مورد هدف قرار دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، ۴۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان ایثار اردبیل بستری و تحت درمان بودند، به‌عنوان نمونه در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری طی ۱۰ جلسه یک‌ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی DSM-5 و مقیاس ناامیدی بک استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار آماري SPSS 23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی، انتظارات و ناامیدی کل بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون دارای تفاوت معنی‌داری بود ($p < 0.05$). همچنین مداخله درمانی باعث کاهش معنی‌دار میانگین نمرات احساس فرد نسبت به آینده ($F = 14/840$; $p = 0.001$)، بی‌انگیزگی ($F = 5/037$; $p = 0.032$)، انتظارات ($F = 5/308$; $p = 0.001$) و ناامیدی کل ($F = 10/361$; $p = 0.003$) شد.

نتیجه‌گیری: آموزش درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت، ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD را کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان فعال‌سازی رفتاری، ناامیدی، اختلال استرس پس از سانحه، جانبازان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۶

* نویسنده مسئول: r.tagavy@yahoo.com

مقدمه

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث روان‌شناختی و روان‌پزشکی مطرح در جهان، در زمان‌های مختلف توجه متخصصان مربوطه را به خود جلب کرده است. پس از گذشت ۳۷ سال از شروع جنگ تحمیلی عراق علیه ایران و ۲۹ سال از پایان آن، جانبازان از جمله جانبازان اعصاب و روان از اختلالات گوناگونی مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) رنج می‌برند^[1]. PTSD مجموعه‌ای از علائم سندرومی است که به‌دنبال رویارویی با حوادث آسیب‌زا بروز می‌کند. فرد مبتلا به این اختلال به‌صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ داده و واقعه را مدام در ذهن خود مجسم می‌کند؛ در حالی که می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند. علائم بالینی این اختلال شامل احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، الگویی از اجتناب و کرختی هیجانی و برانگیختگی نسبتاً دایم است^[2]. میزان شیوع مادام‌العمر PTSD حدود ۸٪ است. بیماری‌های همراه با PTSD شایع‌اند؛ به‌طوری‌که حدود دوسوم بیماران حداقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا

هستند^[2]. شرایط هم‌ابتلائی PTSD با اختلال افسردگی باعث شده است که افراد مبتلا از جمله جانبازان جنگ در معرض خطر بالای خودکشی قرار بگیرند^[3].

تحقیقات نشان داده که ناامیدی و انتظارات منفی همراه آن نقش قابل ملاحظه‌ای در روند PTSD دارد^[4]. ناامیدی نظامی از طرح‌واره‌های منفی فرد نسبت به خود و آینده است^[5]. امید با سلامت جسمانی و روانی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، رفتار مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادمانی در امور زندگی و مساله‌گشایی مشخص می‌شود، همبستگی مثبتی دارد و می‌تواند آنها را پیش‌بینی کند^[6]. در بیماران داشتن امید منجر به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌شود^[7]. بین امید و شدت نشانه‌های PTSD رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی سطوح بالای امید باعث کاهش PTSD می‌شود^[8, 9].

ناامیدی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای خودکشی، به‌شدت با PTSD در جانبازان جنگ تحمیلی مرتبط است. میزان ناامیدی و خودکشی بین جانبازان با علایم PTSD آستانه و زیرآستانه نسبت به افراد با نشانه‌های کمتر PTSD بالا است^[10]. ناامیدی که به‌عنوان انتظارات منفی درباره دیدگاه فرد از کاهش علایم توصیف می‌شود، یک مکانیزم بالقوه است که از طریق تغییر PTSD بر خودکشی تأثیر می‌گذارد^[11]. طبق پژوهش‌های انجام شده در زمینه درمان PTSD در جانبازان، سطح امیدواری قبل و بعد از مداخله به‌طور منفی شدت نشانه‌های این اختلال را پیش‌بینی می‌کند. این یافته بیانگر این است که درمان‌های متداول PTSD ممکن است موجب بهبودی امیدواری در آنها بشوند. به‌علاوه در صورت بهبود امیدواری، جانبازان بهتر می‌توانند از دیگر عوامل محافظت‌کننده در برابر PTSD مانند حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای استفاده کنند^[12]. /وزمیر و همکاران^[4] نشان دادند که بین گسستگی، کیفیت زندگی، افکار خودکشی و ناامیدی با اختلال استرس پس از سانحه رابطه معنی‌داری وجود دارد. در پژوهش میکابیلی و همکاران^[13] نیز آموزش درمان متمرکز بر هیجان موجب کاهش بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD شد.

ناامیدی در ایجاد و تداوم PTSD در جانبازان جنگ تحمیلی نقش مهمی ایفا می‌کند. بنابراین شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی موثر برای کنترل این مشکلات مورد توجه پژوهشگران و روان‌شناسان قرار گرفته است. یکی از درمان‌های تأثیرگذار بر کاهش ناامیدی جانبازان مبتلا به این اختلال، درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT) است که تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. BAT به‌عنوان یک فرآیند درمانی ساختاریافته موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی بیشتر می‌کند. این فرآیند منجر به بهبودی رفتار، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود^[14]. در این مدل اجتناب رفتاری کانون درمان بوده و به بیمار آموزش داده می‌شود که به‌جای الگوی اجتناب با کمک الگوی مقابله‌ای جایگزین واکنش نشان داده و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد^[15]. از مهم‌ترین خصوصیات این درمان می‌توان به مقرون‌به‌صرفه بودن از نظر هزینه، زمان و امکانات، سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن دستورالعمل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار اشاره کرد. طبق نظریه فعال‌سازی رفتاری، علایم افسردگی از طریق رفتارهای اجتنابی ایجاد شده و تداوم پیدا می‌کنند. رفتارهای اجتنابی در طولانی‌مدت پیامدهای مثبت محیطی را در زندگی فرد

روانی در DSM-5 تدوین شده است. اختلالات موجود در SCIP-5-CV شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی I و II، طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک، اختلال پانیک و PTSD هستند که در قالب طول عمر مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. SCIP-5-CV در یک جلسه مدیریت شده که مدت‌زمان آن با توجه به میزان پیچیدگی در تاریخچه روان‌پزشکی بیمار و قابلیت او در توصیف سایکوپاتولوژی معمولاً بین ۹۰-۴۵ دقیقه است [21]. در مورد پایایی یا اعتبار SCID-5-CV اطلاعاتی در دسترس نیست. با این حال تعدادی از پژوهش‌ها پایایی پیشینه آن (SCID-I) را مورد بررسی قرار داده‌اند. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلفی مطلوب گزارش شده است [22, 23]. در پژوهش شریفی و همکاران [24] توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی (۰/۵۲) و برای کل تشخیص‌های طول عمر (۰/۵۵) محاسبه شد. همچنین اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند [24].

۲) پرسش‌نامه ناامیدی بک (BHS): پرسش‌نامه BHS در سال ۱۹۷۹ توسط بک [25] به منظور بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. این آزمون ۲۰ جمله دارد که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. جملات به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند. در صورتی که آزمودنی در سئوالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹ گزینه غلط را انتخاب کند، نمره یک می‌گیرد و در صورتی که در سئوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰ گزینه صحیح را انتخاب کند، نمره یک می‌گیرد (به عبارتی این سئوالات به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند). این پرسش‌نامه سه بعد ناامیدی فرد شامل احساس فرد نسبت به آینده (سئوالات ۱، ۴، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۹)، بی‌انگیزگی یا ازدست‌دادن انگیزه (سئوالات ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۲۰) و انتظارات (سئوالات ۷، ۸، ۱۴ و ۱۸) را می‌سنجد. پرسش‌نامه BHS برای گروه سنی ۸۰-۱۷ سال طراحی شده و دامنه نمرات آن بین صفر تا ۲۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده ناامیدی بیشتر است. در نسخه اصلی پرسش‌نامه، پایایی به روش بازآزمایی پس از یک هفته ۰/۶۹ و پس از شش هفته ۰/۶۶ گزارش شده است [25]. در یک مطالعه در ایران بررسی این مقیاس با استفاده از همبستگی نمرات هر سؤال با نمره کل نشان داد که مقیاس ناامیدی بک یک سازه واحد را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۸۶-۰/۸۳ محاسبه شد [26]. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای ناامیدی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های احساس فرد نسبت به آینده، ازدست‌دادن انگیزه و انتظارات به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۷ و ۰/۷۸ به دست آمد.

پس از کسب مجوز از واحد پژوهش بیمارستان ایثار برای دسترسی به جانبازان بستری، موضوع پژوهش در کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان مطرح و تاییدیه اخلاقی آن گرفته شد. ابتدا برای بررسی برخی از ملاک‌های ورود، پس از تشخیص PTSD در ارزیابی توسط روان‌پزشک، جانبازان مبتلا به PTSD توسط پژوهشگر مورد مصاحبه ساختاریافته SCID-5-CV قرار گرفتند و بقیه ملاک‌های ورود نیز با ارجاع به پرونده روان‌پزشکی بررسی شد. قبل از ارایه پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی درباره اهداف و جزئیات پژوهش به افراد داده و ارتباط لازم با آنها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از جانبازان برای شرکت در مداخله، پرسش‌نامه ناامیدی به آنها ارایه شد تا به تکمیل آنها اقدام کنند. این کار به صورت انفرادی انجام و

مختل می‌کنند [16]. بنابراین فعال‌سازی رفتاری می‌تواند یک درمان موثر برای PTSD و اختلال افسردگی همراه با آن باشد [17]. جکوپیک و همکاران [18] نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به PTSD می‌شود. ترنر و جکوپیک [19] در پژوهشی از فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی و PTSD یک جانباز عراقی با جراحات متعدد جسمانی استفاده کردند که پس از پیگیری یک‌ماهه از نظر بالینی کاهش معنی‌داری در علائم PTSD و افسردگی مشاهده شد. در پژوهش هرشبینرگ و همکاران [20] نیز پس از بررسی پیامدهای بالینی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در جانبازان مشخص شد که علائم افسردگی ۵۸٪ جانبازان و علائم PTSD مربوط به ۶۵٪ آنها بهبود پیدا کرد.

تاکنون هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD را مورد مطالعه قرار نداده و پژوهش‌های کمی در زمینه اثربخشی این درمان بر افسردگی انجام شده است. ویژگی‌های روان‌شناختی جانبازان مبتلا به PTSD، شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این افراد از جمله دلایل محکمی هستند که باید درمان‌های موثر برای بهبود PTSD رشد کرده و به‌طور گسترده‌ای در دسترس باشند. از طرفی بین شدت نشانه‌های PTSD با ناامیدی رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شده و اثربخشی درمان BAT بر کاهش علائم افسردگی نیز مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به هم‌ابتلائی جانبازان مبتلا به PTSD به اختلال افسردگی اساسی و عدم به‌کارگیری درمان BAT در این افراد، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر ناامیدی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بین کلیه جانبازان مبتلا به PTSD که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل مراجعه کرده بودند، انجام شد. برای بررسی‌های مداخله‌ای حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود، اما به دلیل اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و بتوان نتایج پژوهش را به‌طور قابل قبولی تعمیم داد، ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل داشتن ملاک‌های تشخیصی PTSD براساس DSM-5 (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم) در ارزیابی توسط روان‌پزشک و در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی DSM-5 در ارزیابی پژوهشگر، حداقل تحصیلات سیکل، گروه سنی ۷۰-۴۰ سال، عدم حضور در جلسات روان‌درمانی دیگر، عدم وجود علائم سایکوتیک از جمله توهم و هذیان، عدم وجود تشخیص‌های دیگر همراه با PTSD و عدم ابتلا به اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد بود. عدم تمایل به ادامه پژوهش و داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله ملاک‌های خروج از پژوهش را تشکیل دادند.

از ابزارهای زیر برای انجام پژوهش استفاده شد:

۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی (SCID-5 DSM-5 CV): ابزار SCID-5-CV به‌عنوان یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته توسط فرست و همکاران برای تشخیص اختلالات

در صورت بروز هر گونه ابهام در تکمیل پرسشنامه‌ها، راهنمایی‌های لازم به آنها ارائه شد. گروه آزمایشی، درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدیدنظرشده توسط لیچوز و همکاران [15] را در ۱۰ جلسه یک‌ساعته دریافت کردند (جدول ۱). گروه کنترل نیز ملاقات‌هایی با آزمونگر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نشد.

جدول ۱) محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت

جلسه اول (الف) معرفی، مقدمه؛ (ب) تشریح افسردگی؛ (ج) معرفی منطق درمان شامل از صریه (آسیب) و فقدان در زندگی خود چه اطلاعی دارید؟ چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟؛ (د) معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱)؛ (ه) تکلیف: انجام فرم بازبینی روزانه
جلسه دوم (الف) بازبینی روزانه شامل بررسی تکلیف و رفع اشکال؛ (ب) منطق درمان: بررسی تکلیف؛ (ج) نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف؛ (د) اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)؛ (ه) تکلیف: تکمیل فرم ۱ و ۲
جلسه سوم (الف) بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱ و ۲)؛ (ب) انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳)؛ (ج) تکلیف: بازبینی روزانه (فرم ۱)، ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
جلسه چهارم (الف) بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱)؛ (ج) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
جلسه پنجم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) قراردادهای (فرم ۴)؛ (ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ (د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، اصلاح قراردادهای (فرم ۴)
جلسه ششم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) قراردادهای: بررسی تکلیف (فرم ۴)؛ (ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ (د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، تغییر قراردادهای (فرم ۴)
جلسه هفتم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲)؛ (ج) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، تغییر قراردادهای (فرم ۴)
جلسه هشتم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)؛ (ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ (د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، تغییر قراردادهای (فرم ۴)
جلسه نهم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) قراردادهای: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۴)؛ (ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ (د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، تغییر قراردادهای (فرم ۴)
جلسه دهم (الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ (ب) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ (ج) آمادگی برای خاتمه (پایان‌دهی)؛ (د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، تداوم افزودن، تغییر قراردادهای (فرم ۴)

اخلاقی آن بود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی اثر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت (متغیر مستقل) بر ناامیدی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و مولفه‌های آن (متغیرهای وابسته) از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. همچنین با توجه به ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای همپراش یا کمکی (نمرات پیش‌آزمون) محقق شد و از آنجا که متغیرهای همپراش با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۷ نداشتند، از مفروضه هم‌خطی بودن چندگانه اجتناب شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۵۱/۱۵±۱/۱۹ سال و گروه کنترل ۵۲/۲۵±۱/۳۰ سال بود. در گروه آزمایش ۶۵/۰٪ متاهل، ۵/۰٪ مجرد و ۳۰/۰٪ مطلقه و در گروه کنترل ۷۰/۰٪ متاهل، ۱۰/۰٪ مجرد و ۲۰/۰٪ مطلقه بودند. همچنین در گروه آزمایش ۱۰/۰٪ افراد بیکار، ۱۰/۰٪ شغل آزاد، ۶۰/۰٪ ازکارافتاده و ۲۰/۰٪ بازنشسته و در گروه کنترل ۱۰/۰٪ بیکار، ۲۰/۰٪ شغل آزاد، ۴۵/۰٪ ازکارافتاده و ۲۵/۰٪ بازنشسته بودند. در گروه آزمایش ۶۰/۰٪ افراد درصد جانبازی زیر ۲۵٪، ۳۰/۰٪ درصد جانبازی ۲۵-۵۰٪ و ۱۰/۰٪ درصد جانبازی ۵۰٪ به بالا داشتند و در گروه کنترل نیز ۵۵/۰٪ افراد جانباز زیر ۲۵٪، ۳۵/۰٪ جانباز ۲۵-۵۰٪ و ۱۰/۰٪ آنها جانباز ۵۰٪ به بالا بودند.

میانگین نمرات احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی، انتظارات و ناامیدی کل بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون با مهار اثر پیش‌آزمون دارای تفاوت معنی‌داری بود ($p < ۰/۰۵$) و مداخله درمانی باعث کاهش معنی‌دار میانگین نمرات احساس فرد نسبت به آینده ($F=۱۴/۸۴۰$; $p=۰/۰۰۱$)، بی‌انگیزگی ($F=۵/۰۳۷$)؛ انتظارات ($p=۰/۰۳۲$)، ($F=۵/۳۰۸$)؛ ($p=۰/۰۰۱$) و ناامیدی کل ($F=۱۰/۳۶۱$; $p=۰/۰۰۳$) شد (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات ناامیدی و مولفه‌های آن در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
احساس فرد نسبت به آینده		
پیش‌آزمون	۴/۷۵±۰/۲۶	۴/۵۰±۰/۲۹
پس‌آزمون	۲/۳۰±۰/۳۴	۴/۳۶±۰/۲۶
بی‌انگیزگی		
پیش‌آزمون	۷/۴۵±۰/۳۰	۶/۶۵±۰/۳۶
پس‌آزمون	۴/۲۰±۰/۳۵	۶/۶۱±۰/۴۴
انتظارات		
پیش‌آزمون	۲/۸۵±۰/۲۵	۲/۸۰±۰/۲۶
پس‌آزمون	۱/۴۵±۰/۲۴	۳/۱۰±۰/۱۷
ناامیدی		
پیش‌آزمون	۱۴/۴۵±۰/۴۲	۱۳/۴۰±۰/۵۹
پس‌آزمون	۷/۶۰±۰/۶۵	۱۳/۳۵±۰/۶۷

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD بود. BAT بر کاهش ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD تاثیر معنی‌داری داشت. درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت در کاهش ناامیدی و مولفه‌های آن (احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی و

با فاصله دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون با همان پرسشنامه به‌کاررفته در پیش‌آزمون شد. البته در گروه BAT و کنترل هیچ گونه کاهش در تعداد آزمودنی‌ها رخ نداد. اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده کردن افراد از نظر روانی برای شرکت در پژوهش از نکات

انتظارات) در جانبازان مبتلا به PTSD موثر بود. این یافته با برخی پژوهش‌های پیشین [17-20] همخوان است.

منابع

- 1- Zooghi-Paydar MR, Sohrabi Esmrood F, Yaghoobi A. The effect of cognitive-behavioral couple therapy on post-traumatic stress disorder and depression in veterans. *J Woman Fam Stud.* 2013;1(1):99-118. [Persian]
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Rezaei F, Fakhraee A, charismatic A, lotus A, Hashemi Azar J, Shamloo F, translators. 5th Edition. Tehran: Arjmand Press; 2013. pp. 102-9. [Persian]
- 3- Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Compr Psychiatry.* 2012;53(7):915-30.
- 4- Ozdamir O, Boysan M, Guzel Ozdemir P, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):598-605.
- 5- Ghamari Givi H, Hosseini Kiasari ST. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on hopelessness in patients with multiple sclerosis. *Daneshvar Med.* 2014;21(112):83-92. [Persian]
- 6- Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq.* 2002;13(4):249-75.
- 7- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life on persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 2009;167(3):231-8.
- 8- Wu HC. The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatization of one of its members. *J Clin Nurs.* 2011; 20(13-14):1906-15.
- 9- Gallagher MW, Resick PA. Mechanisms of change in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for PTSD: Preliminary evidence for the differential effects of hopelessness and habituation. *Cognit Ther Res.* 2012;36(6):750-5.
- 10- Jakupcak M, Hoerster KD, Varra A, Vannoy S, Felker B, Hunt S. Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(4):272-5.
- 11- Boffa JW, King SL, Turecki G, Schmidt NB. Investigating the role of hopelessness in the relationship between PTSD symptom change and suicidality. *J Affect Disord.* 2018;225(1):298-301.
- 12- Gilman R, Schumm JA, Chard KM. Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma.* 2012;4(3):270-7.
- 13- Mikaeili N, Molavi P, Einy S, Tagavy R. Effectiveness of emotion focused therapy on emotional dysregulation, hopelessness and suicidal ideation in post-traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health.* 2017;9(3):111-7. [Persian]
- 14- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalzing KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):658-70.
- 15- Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): Revised

در تبیین این یافته می‌توان گفت که BAT میزان انجام رفتارهایی که منجر به دریافت تقویت‌کننده‌های محیطی می‌شود را افزایش داده و در مقابل، انجام برخی رفتارها که موجب ظاهرشدن یا افزایش شدت علائم افسردگی مانند ناامیدی می‌شود را کاهش می‌دهد [20]. به عبارتی سیستم فعال‌سازی رفتاری، رفتار روی آورد و انگیزش خوشایند را کنترل می‌کند و انگیزش خوشایند با حالات عاطفی مثبت همراه است. تبیین دیگر این است که BAT به افراد آموزش می‌دهد تا سبک زندگی خود را عوض کنند و قانون‌های جدیدی را در زندگی خود وضع و دنبال نمایند؛ به‌عنوان مثال افراد یاد می‌گیرند که در هنگام احساس غمگین‌بودن به‌جای خاموش‌بودن یا ناامیدشدن، فعال‌تر شوند و اقدام به حل مشکل کنند. همچنین این شیوه باعث انرژی بیشتر و مثبت‌اندیشی در جانبازان مبتلا به PTSD می‌شود. در چنین شرایطی آنها توانایی انجام فعالیت‌هایی را دارند که قبلاً آنها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند. بنابراین BAT می‌تواند در کاهش ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD موثر باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش اجرای آن بین جانبازان مبتلا به PTSD بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل بود که تعمیم یافته‌ها به سایر شهرستان‌ها را با مشکل روبه‌رو می‌کند. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مقیاس‌های خودگزارشی و عدم امکان کنترل مشکلات بین‌فردی و خانوادگی جانبازان از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود؛ چرا که ممکن است این مشکلات بر میزان ناامیدی فرد تاثیرگذار باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه بین جانبازان مبتلا به PTSD شهرهای دیگر انجام و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پژوهش دیگری در همین راستا به روش نمونه‌گیری تصادفی و با استفاده از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه (فردی و خانوادگی) و مشاهده انجام شود تا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تری به دست آید. همچنین بهتر است در پژوهش‌های آینده میزان و نوع مشکلات بین‌فردی و خانوادگی جانبازان کنترل شود.

نتیجه‌گیری

آموزش درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت باعث کاهش ناامیدی جانبازان مبتلا به PTSD می‌شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله از همکاری جانبازان عزیز بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل و حمایت‌های مسئولان بنیاد شهید و امور ایثارگران این شهر کمال تشکر و قدردانی را دارند.
تأییدیه اخلاقی: قبل از اجرای پژوهش، موضوع آن در کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان روان‌پزشکی ایثار مطرح شده و تأییدیه اخلاقی از آن واحد گرفته شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.
سهم نویسندگان: ساناز عینی (نویسنده اول)، روش‌شناسی/پژوهشگر کمکی (۲۵٪)؛ رضا کاظمی (نویسنده دوم)، تحلیلگر آماری (۲۵٪)؛ رامین تقوی (نویسنده سوم)، پژوهشگر اصلی/نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (۵۰٪)

منابع مالی: این پژوهش برگرفته از یک پایان‌نامه کارشناسی ارشد بوده و هیچ گونه حمایت مالی از سوی سازمان یا نهادی دریافت

- clinician version. 1st Edition. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2016. pp. 58-64.
- 22- Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, Lynch KG. Interrater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59(2):173-6.
- 23- Zanarini MC, Frankenburg FR. Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Compr Psychiatry.* 2001;42(5):369-74.
- 24- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci.* 2004;6(1-2):10-22. [Persian]
- 25- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
- 26- Yousefi N, Shirbigy N. The relationship between acceptance in MA exam with hopelessness and self-handicapping. *Iran High Educ.* 2012;4(4):159-81. [Persian]
- treatment manual. *Behav Modif.* 2011;35(2):111-61.
- 16- Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cogn Behav Pract.* 2011;18(2):281-99.
- 17- Mulick PC, Naugle AM. Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cogn Behav Pract.* 2004;11(4):378-87.
- 18- Jakupcak M, Wagner A, Paulson A, Varra A, McFall M. Behavioral activation as a primary care-based treatment for PTSD and depression among returning veterans. *J Trauma Stress.* 2010;23(4):491-5.
- 19- Turner AP, Jakupcak M. Behavioral activation for treatment of PTSD and depression in an Iraqi combat veteran with multiple physical injuries. *Behav Cogn Psychother.* 2010;38(3):355-61.
- 20- Hershenberg R, Smith RV, Goodson JT, Thase ME. Activating veterans toward sources of reward: A pilot report on development, feasibility and clinical outcomes of a 12-week behavioral activation group treatment. *Cogn Behav Pract.* 2018;25(1):57-69.
- 21- Spitzer RL, First MB, Williams JBW, Karg RS. Structured clinical interview for DSM-5 disorders,