

تأثیر شناخت درمانی هستی‌نگر بر درد ذهنی و خودانتقادگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

زهرا سلگی^{۱*}، احمد قاضی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۳

خلاصه

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه یک اختلال مزمن ناتوان‌کننده است. حوادث جاده‌ای از شایع‌ترین علل ایجاد اختلالات مرتبط با استرس می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر شناخت درمانی هستی‌نگر بر درد ذهنی و خودانتقادگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح جاده‌ای مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بود. با نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه‌های درد ذهنی (Orbach و همکاران، ۲۰۰۳)، خودانتقادگری (Zuroff و Thompson، ۲۰۰۴) و اختلال استرس پس از سانحه (Norris و Reed، ۱۹۹۷) را تکمیل کردند. در گروه آزمایش، شناخت درمانی هستی‌نگر در ۱۰ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۱/۵ ساعته) اجرا گردید. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. پس از پایان درمان از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش نمرات خودانتقادگری کل ($F=4/45$ ، $p=0/016$ ، $\eta^2=0/56$)، مؤلفه‌های خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای گروه آزمایش در پس‌آزمون اثربخش بود. همچنین، باعث کاهش معنی‌دار درد ذهنی ($F=13/33$ ، $p=0/001$ ، $\eta^2=0/63$) در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد شناخت درمانی هستی‌نگر یک برنامه غیردارویی مقرون به صرفه و مؤثر برای کاهش درد ذهنی و خودانتقادگری در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه است.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی هستی‌نگر، درد ذهنی، خودانتقادگری، اختلال استرس پس از سانحه

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: z_solgi@pnu.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۸۳۵۷۱۸۶۰

۲- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

مقدمه

سوانح و حوادث جاده‌ای در سراسر دنیا به عنوان علت اصلی ناتوانی و مرگومیر شناخته شده‌اند [۱]. بازماندگان سوانح جاده‌ای در کنار مشکلات جسمی، از آسیب‌های روانی مانند استرس پس از سانحه نیز رنج می‌برند [۲]. اختلال استرس پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder; PTSD) یک اختلال مزمن ناتوان‌کننده با شیوع ۳/۹ درصد در طول زندگی است [۳]. این اختلال با پیامدهای متعدد روانی، بهداشتی و اجتماعی همراه است [۳-۱].

کسانی که یک حادثه شدید را پشت سر گذاشته‌اند، در عملکردهای شناختی خود دچار مشکل هستند و این مشکل تا آنجا پیش می‌رود که به انتقادگری از خود دست می‌زنند [۴]. خود انتقادگری (Self criticism) یک پردازش درونی است که در فرد منجر به تفسیر نادرست از عملکرد، معیارهای سطح بالا و احساس ناامیدی می‌شود [۵]. بازماندگان سوانح جاده‌ای علائم PTSD را از طریق تجسم مجدد سانحه، یادآوری گذشته و افکار ناراحت‌کننده بازبازی می‌کنند که این امر می‌تواند درد ذهنی را به همراه داشته باشد [۶، ۷]. Baumeister [۶] درد ذهنی را حالتی ناخوشایند از خودآگاهی زیاد در مورد بی‌کفایتی می‌داند. هنگامی که پیامدهای منفی و پیامدهایی که در خود نقش دارند پایین‌تر از استانداردهای فرد در مورد خود ایده‌آل قرار می‌گیرد، شخص درد ذهنی را تجربه می‌کند [۸].

برای درمان PTSD الگوهای درمانی متعددی از جمله درمان شناختی-رفتاری [۹]، مواجهه درمانی [۱۰]، حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد [۱۱] و درمان نوروفیدبک [۱۲] طراحی شده است. اما به‌رغم این پیشرفت‌های درمانی در PTSD همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن علائم مواجه هستیم، نکته‌ای که به ناپسند بودن مداخلات درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید با اثربخشی و دوام بیشتر اشاره دارد، تا چالش‌های پیش‌روی درمان PTSD را با توجه به هزینه‌های انسانی و اجتماعی آن هدف قرار دهد [۱۳].

پژوهش‌ها نشان می‌دهند مبتلایان به PTSD در فرایند سازگاری مجدد به سیستم‌های شخصی، ارتباطی و یکپارچه‌سازی شناختی، عاطفی و رفتاری نیاز دارند [۱۵]، [۱۴]. از جمله درمان‌هایی که در زمینه نارسایی‌های شناختی و درد ذهنی اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، شناخت درمانی هستی‌نگر (Cognitive-existential therapy) می‌باشد [۱۶، ۱۷].

نخستین بار گروه درمانی شناختی هستی‌نگر توسط Kissane [۱۸] برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد شناختی بک (Beck cognitive therapy) و وجودگرایی Yalom (existential therapy) در قالب فنون مشاوره گروهی ارائه و اثربخشی آن بر کاهش اختلالات روانی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی گزارش شده است [۱۸-۱۶]. با اذعان به اثربخش بودن شناخت درمانی هستی‌نگر بر بهبود اختلالات روان‌شناختی [۱۹-۲۱] و ارتقای سطح سلامت روانی و کیفیت زندگی [۲۲]، همچنین با توجه به این که در پژوهش‌های داخل کشور در زمینه بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دچار سوانح جاده‌ای کمبودهای پژوهش وجود دارد [۱]، انجام پژوهشی در این راستا از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر درد ذهنی و خود انتقادگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد. مطالعه حاضر با کد IRCT61211068741399 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح جاده‌ای مراجعه‌کننده به کلینیک مغز و اعصاب مرکز آموزشی-درمانی فارابی شهر کرمانشاه از اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۸ تا آبان ماه سال ۱۳۹۹ به تعداد ۴۱ نفر بود. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری

رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد. مرحله پس‌آزمون نیز دو هفته بعد از اتمام جلسات مداخله انجام گرفت.

گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه شناخت درمانی هستی‌نگر مبتنی بر تئوری Kissane [۲۰] به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در ساعات صبح و در روز دوشنبه، در یکی از اتاق‌های مرکز آموزشی-درمانی فارابی توسط روان‌درمانگر مجرب با درجه علمی استادیاری قرار گرفت. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. لازم به ذکر است که هیچ کدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های پژوهش، به هر گروه به‌طور مجزا در خصوص اهداف پژوهش اطلاع داده شد و مراحل مختلف سنجش (پیش-پس‌آزمون) نیز به‌طور مجزا انجام شد. محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. آزمودنی‌ها ابتدا چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک شامل وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری روان‌پزشکی و شغل را تکمیل کردند، سپس، پرسشنامه‌های خودگزارشی زیر را قبل و بعد از برنامه درمانی و پس از توضیح دستورالعمل نحوه پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر، تکمیل نمودند:

پرسشنامه درد ذهنی: این ابزار به‌وسیله Orbach و همکاران در سال ۲۰۰۳ تدوین شد و شامل ۴۴ سؤال با ۹ زیرمقیاس تغییرناپذیری (سؤالات ۴۴، ۳۴، ۳۲، ۳۰، ۲۹، ۲۶، ۲۲ و ۱۰)، فقدان کنترل (سؤالات ۳۶، ۳۳، ۳۱، ۲۸، ۲۱، ۱۳، ۹، ۶، ۵ و ۲)، خودشیفتگی/بی‌ارزشی (سؤالات ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۷ و ۱)، آشفتگی هیجانی (سؤالات ۱۴، ۱۱، ۸ و ۳)، خشک‌زدگی/بهت (سؤالات ۴۳، ۱۹ و ۴)، از خودبیگانگی (سؤالات ۲۳، ۱۷ و ۱۵)، سردرگمی (سؤالات ۲۷، ۲۴ و ۲۰)، فاصله‌گیری اجتماعی (سؤالات ۴۲، ۴۰، ۳۷ و ۲۵) و پوچی (سؤالات ۴۱، ۳۹ و ۳۸) است. سؤالات ۴۲ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم =

در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. انتخاب و بررسی افراد نمونه در روزهای فرد هفته و در ساعات صبح توسط متخصص روان‌شناسی بالینی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی مورد تأکید توسط وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از قبیل حفظ فاصله مناسب، استفاده از ماسک‌ها و لباس‌های محافظ و الکل جهت ضدعفونی دست‌ها انجام گرفته است.

جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد. بر اساس پژوهش Javadian و Emami [۲۳] $\sigma = 1/61$ (انحراف معیار متغیر درد ذهنی در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش)، $d^2 = 4/507$ ، $\alpha = 0/05$ و $\text{Power} = 0/90$ در نظر گرفته شد. در معادله مذکور σ (انحراف معیار) میزان پراکندگی، و d (بازه اطمینان) میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه ۱۲/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

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

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن ۳۰ تا ۵۰ سال، اقامت بیش از ۱ سال در شهر کرمانشاه، داشتن پرونده در مرکز آموزشی-درمانی فارابی، تمایل به همکاری، توانایی پاسخ‌دهی به ابزارهای خودگزارشی و عدم مشارکت هم‌زمان در برنامه‌های ارتقای بهداشت روان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت (حتی یک جلسه)، انصراف از مشارکت به هر دلیل، پاسخ‌دهی ناقص به ابزارهای پژوهش، ابتلا به اختلالات خلقی و شخصیتی و سایر بیماری‌های مزمن طبی (مانند ناراحتی قلبی) بود. این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی پژوهش از دانشگاه پیام‌نور واحد کرمانشاه (IR.PNU.REC.1399.06) بود و در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی به آزمودنی‌ها اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای

۳۹ سؤال با ۳ زیرمقیاس تجربه مجدد (سؤالات ۳۹، ۳۷، ۳۶، ۳۳، ۲۹، ۱۸، ۱۴، ۱۳، ۷ و ۴)، اجتناب و بی‌احساسی (سؤالات ۳۸، ۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲۸، ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۶، ۵، ۲ و ۱)، و بیش‌انگیختگی (سؤالات ۳۲، ۳۱، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۰، ۱۶ و ۳) است. نمره‌گذاری مقیاس به شیوه لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱) انجام می‌شود و مجموع نمرات آزمودنی در کل مقیاس با هم جمع می‌شوند تا شدت نشانه‌های بالینی PTSD و ASD را نشان دهد. این مقیاس علاوه بر اختلالات مرتبط با استرس، نشانه‌های افسردگی، اعتیاد و تمایلات خودکشی همراه با PTSD را نیز می‌سنجد. دامنه‌ی نمرات اکتسابی بین ۳۹ تا ۱۹۵ قرار دارد و نمره کمتر از ۶۵ بیانگر اختلال استرس از سانحه خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ استرس پس از سانحه متوسط و نمره بیشتر از ۱۳۰ بیانگر اختلال استرس پس از سانحه شدید است. این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی است؛ اعتبار بازآزمایی ۰/۹۷، ثبات درونی با آلفای ۰/۹۴، حساسیت ۰/۹۳ و کارایی آن ۰/۹۰ است [۲۸]. Gudarzi [۲۹] اعتبار مقیاس را بر اساس همبستگی درونی ۰/۹۲، روش دونیمه کردن ۰/۹۲ و بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ محاسبه شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل کواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۱ تا کاملاً موافقم=۵) است. دامنه نمرات اکتسابی بین ۴۴ تا ۲۲۰ قرار دارد و نمره بالاتر بیانگر درد ذهنی بیشتر است. سازندگان ابزار پایایی زیرمقیاس‌های آن را با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند [۲۴]. در هنجاریابی ایرانی، پایایی کل ابزار ۰/۹۶ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ برآورد شده است [۲۵]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه خود انتقادی: این ابزار به‌وسیله Thompson و Zuroff در سال ۲۰۰۴ تدوین گردید و شامل ۲۲ سؤال با ۲ زیرمقیاس خودانتقادی درونی شده (سؤالات ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۳ و ۱) و خودانتقادی مقایسه‌ای (سؤالات ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۴ و ۲) است. سؤالات شماره ۲۱، ۲۰، ۱۶، ۱۱، ۸ و ۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (اصلاً توصیف‌کننده من نیست= ۱ تا بسیار خوب توصیف‌کننده من است= ۷) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین ۲۲ تا ۱۵۴ قرار دارد و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودانتقادی بیشتر می‌باشد. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند [۲۶]. در بین گروهی از بیماران قلبی در ایران، پایایی ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برآورد شده است [۲۷]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۷۵ و زیرمقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۶ و خودانتقادی درونی ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه: این ابزار به منظور سنجش اختلالات استرس حاد و پس‌آسیبی در سال ۱۹۹۷ توسط Reed و Norris و توسط تدوین شد و دارای

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی هستی‌نگر مبتنی بر تئوری KISSANE [۲۰]

جلسات	محتوای جلسات درمانی
اول	آشنایی آزمودنی با اهداف کلی جلسات درمانی، توضیح خطوط کلی جلسات و مسئولیت‌پذیری در قبال فرایند درمان، رعایت زمان‌بندی جلسات، سعی در خودآشنایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد مکان و زمان برگزاری جلسات.

دوم	درخواست از آزمودنی برای بیان داستان خود در مورد نحوه ابتلا به بیماری و واکنش‌های احساسی و رفتاری، کمک در ایجاد فضای درمانی امن و پویا، کمک به خودابرازگری و خودآشکارسازی، کمک به حضور فرد در اینجا و اکنون.
سوم	ایجاد فضایی برای بودن آزمودنی به منظور تجربه خود، تسهیل اظهار عقاید و باورهای آزمودنی در مورد بیماری و ابتلای به آن و ارزیابی علت آن، آشنایی با تحریفات شناختی، استخراج خطاهای شناختی و چالش با آن‌ها، بروز مقاومت‌های احتمالی و شروع کار برای کاهش و رفع آن‌ها
چهارم	توجه تدریجی به اضطراب آزمودنی در حین افشاسازی، تسهیل ادامه فرآیند خودافشاسازی و مواجهه با اضطراب‌های آزمودنی، پرداختن به مفهوم پیش‌بینی ناپذیری دنیا و عدم قطعیت هستی، کار با مظاهر اضطراب و کمک به کاهش این ترس‌ها.
پنجم	کار با مضمون اضطراب ناشی از دیدن سانه، تشویق به بیان معنای فردی در ارتباط با اضطراب مرگ و آسیب، کمک به مواجهه با واقعیت آسیب، اصلاح تحریفات شناختی موجود در معنای اضطراب.
ششم	کمک به خلق معنایی جدید در علت دیدن سانه ناراحت‌کننده از طریق فنون شناختی، آشنا شدن فرد با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین، کمک به پذیرش تنهایی به عنوان تجربه‌ای اصیل برای افزایش میل و انگیزه برای کنار دیگران و اعضای خانواده بودن.
هفتم	چالش با مفهوم از دست دادن معنا در زندگی، چالش با معنای ناکارآمد اطلاق شده به بیماری و احساس گناه ناشی از آن، کمک به آزمودنی در یافتن معنایی کارآمد و عاری از تحریفات شناختی، پذیرش انتخاب در معنادگی تجارب زندگی، ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تصمیمات زندگی، کمک به پذیرش احساس مسئولیت در قبال سرنوشت خود.
هشتم	کمک به مواجهه فرد با تبعات عدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن اصل آزادی و انتخاب، چالش با مفهوم رنج، کمک به آزمودنی در پذیرش رنج در پی فرآیند معنادگی، از طریق فنون شناختی، کمک به آزمودنی برای جستجوی بیشتر در واقعیت ثابت شده‌اش در راستای رها شدن از رنج و پذیرش آن.
نهم	جمع‌بندی جلسات قبل و کمک در رسیدن فرد به این چشم‌اندازها که: زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند و در پس تعبیر هر تجربه‌ای، معنای شخصی وجود دارد و فرد در انتخاب این معنا از آزادی بی‌قید و شرطی برخوردار است، هر یک از ما در هستی تنهایییم و هیچ رابطه‌ای قادر به از میان بردن تنهایی‌مان نیست ولی می‌توانیم در تنهایی یکدیگر شریک شویم و رابطه‌ای عمیق و پرمعنا با یکدیگر برقرار کنیم.
دهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح شده با کمک آزمودنی، جمع‌بندی جلسه قبل، هماهنگی لازم برای اجرای پس‌آزمون و اجرای آن.

یافته‌ها

جدول ۲ شامل وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری روان‌پزشکی و اشتغال نشان داد بین گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و همگن هستند.

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش $6/14 \pm$ و $42/23$ و گروه کنترل $9/52 \pm$ $43/72$ سال بود ($p > 0/05$). اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد نمونه در

جدول ۲- اطلاعات جمعیت‌شناختی زنان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

P	متغیرهای جمعیت‌شناختی	
	گروه کنترل (درصد) تعداد	گروه آزمایش (درصد) تعداد
۰/۱۲۵	۹ (۶۰)	۱۱ (۷۴)
	۶ (۴۰)	۴ (۲۶)
۰/۰۹۱	۳ (۲۰)	۲ (۱۴)
	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)
۰/۳۱۸	۳ (۲۰)	۴ (۲۶)
	۵ (۳۴)	۳ (۲۰)
۰/۴۲۱	۳ (۲۰)	۴ (۲۶)
	۱۲ (۸۰)	۱۱ (۷۴)

* $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

خودانتقادگری درونی و مقایسه‌ای زنان دارای اختلال استرس پس از سانحه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۳). همچنین، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه شناخت درمانی هستی‌نگر و گروه کنترل در

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه شناخت درمانی هستی‌نگر برخلاف گروه کنترل بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات متغیرهای وابسته درد ذهنی، نمره کل خودانتقادگری و ابعاد آن شامل

مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر درد ذهنی و خودانتقادی تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جدول ۳- داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش دو گروه در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون در زنان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر	گروه	پس‌آزمون		مقدار t (P)
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
درد ذهنی	آزمایش	۱۶/۵۸ ± ۳/۴۱	۱۲/۶۳ ± ۳/۲۲	(*)/۰۰۱) ۱۱/۳۰۲
	کنترل	۱۷/۷۹ ± ۳/۲۲	۱۷/۱۲ ± ۳/۶۲	(۰/۲۱۶) -۰/۱۸۹
خودانتقادی درونی شده	آزمایش	۱۱/۱۴ ± ۲/۲۷	۷/۷۰ ± ۲/۵۸	(*)/۰۰۱) ۱۷/۳۶۷
	کنترل	۱۰/۵۸ ± ۱/۸۲	۱۰/۸۳ ± ۲/۳۱	(۰/۱۹۹) -۰/۶۰۲
خودانتقادی مقایسه‌ای	آزمایش	۲۰/۳۲ ± ۳/۴۳	۱۳/۶۶ ± ۳/۲۷	(*)/۰۰۱) ۹/۸۱۲
	کنترل	۱۹/۶۳ ± ۳/۶۰	۱۸/۹۴ ± ۳/۴۰	(۰/۴۱۹) -۰/۵۷۳
نمره کل خودانتقادی	آزمایش	۳۱/۴۸ ± ۵/۶۷	۲۱/۳۶ ± ۴/۷۲	(*)/۰۰۱) ۲۱/۰۶۵
	کنترل	۳۰/۱۹ ± ۵/۴۲	۲۹/۷۵ ± ۵/۳۹	(۰/۳۲۵) -۰/۳۸۸

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بودن متغیرها و استقلال خطاها نیز نشان داد که شاخص تحمل برای متغیر پیش‌بین کوچک‌تر از ۰/۹۰ می‌باشد. عامل تورم واریانس نیز کوچک‌تر از ۱۰ به دست آمد و همچنین، مقدار آزمون دوربین-واتسون که به منظور بررسی مفروضه استقلال خطاها اجرا شد، برابر ۱/۸۹ بود. با توجه به رعایت مفروضه‌های فوق‌الذکر، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار گرفته شد.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره شامل (اثر پیلاسی، لامبدای ویلکز، اثر هلتنینگ و بزرگ‌ترین ریشه ری) مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار بودند ($F=14/674$ ، $\text{Eta}=1/000$ و $p=0/006$). بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مورد پژوهش در پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. ضریب تأثیر حدود ۰/۷۲ بود. این بدان معناست که ۷۲ درصد تغییرات مربوط به نمرات پس‌آزمون درد ذهنی، نمره کل خودانتقادی و ابعاد آن (خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای) در زنان دارای اختلال استرس پس از سانحه مربوط به تأثیر برنامه مداخله‌ای بوده است. توان آماری ۱/۰۰۰ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد و نتایج نشان داد که توزیع نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به این‌که آماره F برای متغیرهای وابسته درد ذهنی، خودانتقادی درونی شده، خودانتقادی مقایسه‌ای و نمره کل خودانتقادی به ترتیب برابر با ۰/۶۱۳، ۰/۵۴۹، ۰/۴۷۸ و ۰/۶۶۲ و سطح معنی‌داری برای آزمون لوین در تمامی متغیرهای وابسته، بیش از ۰/۰۵ بود، با اطمینان ۰/۹۵ فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد (جدول ۴). در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، با عنایت به این‌که آماره F برابر با ۰/۴۰۸ کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر بود و همچنین، با توجه به این‌که سطح معنی‌داری متناظر با آن ۰/۱۶۶ و بیش از ۰/۰۵ بود ($p > 0/05$)، فرض صفر آزمون ام باکس مبنی بر همگنی واریانس پذیرفته شد.

همچنین، با توجه به این‌که در رابطه بین متغیرهای کمکی (همپراش) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون) سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد می‌توان گفت که مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای کمکی با متغیرهای وابسته رعایت شده است. مفروضه‌های هم‌خطی

جدول ۴- نتایج آزمون‌ها جهت رعایت پیش‌فرض آماری

متغیر	آزمون لوین		آزمون کلموگراف-اسمیرنف		آزمون ام باکس	
	آماره	p	آماره	p	آماره	p
درد ذهنی	۰/۶۱۳	۰/۵۸۳	۰/۲۲۷	۰/۱۳۶		
خود انتقادگری درونی شده	۰/۵۴۹	۰/۲۲۲	۰/۱۱۵	۰/۲۳۳	۰/۴۰۸	۰/۳۱۶
خود انتقادگری مقایسه‌ای	۰/۴۷۸	۰/۴۱۷	۰/۱۸۹	۰/۳۱۰		
خود انتقادگری کل	۰/۶۶۲	۰/۷۲۱	۰/۴۷۸	۰/۶۱۱		

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش درد ذهنی و خودانتقادگری اثربخش بوده است و این میزان تأثیر بر درد ذهنی ۶۳ درصد و بر خود انتقادگری ۵۶ درصد بوده است.

یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات درد ذهنی، خودانتقادگری کل و ابعاد آن در زنان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، برنامه

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی هستی‌نگر بر متغیرهای وابسته در زنان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-

درمانی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹

متغیرهای پژوهش	منبع تغییرات	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
درد ذهنی	پیش‌آزمون	۳۶/۴۳	۱/۹۸	۰/۱۷۳	۰/۱۷۹	۰/۲۷۱
	پس‌آزمون	۲۴۵/۹۲	۱۳/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۳۸
خود انتقادگری درونی شده	پیش‌آزمون	۱۱۹/۰۸	۵/۳۲	*۰/۰۳۰	۰/۳۸۸	۰/۵۹۸
	پس‌آزمون	۱۱۲/۷۸	۵/۰۳	*۰/۰۳۵	۰/۵۸۰	۰/۵۷۵
خود انتقادگری مقایسه‌ای	پیش‌آزمون	۸/۱۴	۰/۵۸۷	۰/۴۵۲	۰/۲۲۵	۰/۱۱۴
	پس‌آزمون	۸۲/۸۵	۵/۹۷	*۰/۰۲۳	۰/۴۹۳	۰/۶۴۸
نمره کل خود انتقادگری	پیش‌آزمون	۵۳/۲۶	۱/۶۸	۰/۲۰۸	۰/۴۶۸	۰/۲۳۷
	پس‌آزمون	۱۴۱/۴۶	۴/۴۵	*۰/۰۱۶	۰/۵۶۶	۰/۵۲۵

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار $df=1$

بحث

شرکت در ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان خشم و بهبود نمره مشکلات شناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده است. DuHamel و همکاران [۳۲] نیز نشان دادند که شرکت در جلسات درمانی برگرفته از رویکرد شناختی-رفتاری منجر به کاهش علائم افسردگی و PTSD، اجتناب شناختی و نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه شده است. براساس نتایج می‌توان استنباط کرد که شناخت درمانی هستی‌نگر باعث می‌شود درمانجویان برخی از طرحواره‌ها، افکار خودآیند و خطاهای شناختی درگیر در فرایند اجتناب از مواجه شدن با افکار دردناک ذهنی را مورد تجدیدنظر قرار داده و هیجانات

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر درد ذهنی و خودانتقادگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج نشان داد که شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش درد ذهنی آزمودنی‌های گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته، با نتایج مطالعه Esterbrook و همکاران [۳۰] که نشان دادند برنامه شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش شدت علائم PTSD و بهزیستی روانی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده است، همسو می‌باشد. در همین راستا، Jurick و همکاران [۳۱] نشان دادند که

خود را نسبت به این مشکلات شناسایی و اصلاح نمایند [۱۸].

شناخت درمانی هستی‌نگر بر دستگاه‌های مسئول پاسخ‌دهی به تجربه هیجانی مانند تجربه استرس ناگهانی و سیستم‌های شناختی مانند نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و تعمیم‌دهی مفرط تجربه استرس‌زا تأثیر می‌گذارد و سبب کاهش درد ذهنی می‌شود. در واقع، وقتی فرد برای کاهش علائم درد ذهنی تلاش می‌کند به این معنا است که برای زندگی خود هدفمند است و باور خودکارآمدی در وی وجود دارد. در جلسات شناخت درمانی هستی‌نگر با ایجاد تغییر در شیوه‌های ناسازگارانه تفکر و احساسات، بیماران توجه برگردانی، تفسیر مجدد از رنج، نادیده انگاشتن رنج و گفتگوی با خود را یاد می‌گیرند و با ایجاد تغییر در شیوه‌های شناختی، انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی را یاد گرفته و درد ذهنی کاهش می‌یابد [۱۶، ۱۷، ۳۰]. در کل عوامل درمانی مانند تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت، نوع دوستی و تأیید همگانی، بصیرت، تعامل و یادگیری و بسیاری از عوامل دیگر باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری و ایجاد حس مثبت نسبت به خود شده و در نتیجه تنش ناشی از نشخوار فکری با حادثه و درد ذهنی کاهش می‌یابد [۳۰].

دیگر یافته پژوهش همسو با نتایج پژوهش Devany و Poerwandari [۳۳] نشان داد که شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش خودانتقادی مؤثر بوده است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت اجرای مداخله شناخت درمانی هستی‌نگر به تدریج از طریق استقرار فضای امن ارتباطی برای برون‌ریزی هیجانی، زمینه برای خودافشایی و مواجهه با هیجان‌های بازدارنده یا تحریف شده و خودانتقادی فراهم نموده، و سپس با اتکا به افزایش آگاهی مراجع از جنبه‌های هیجانی خود به طرف شناسایی، اصلاح و یا حذف شناخت‌های ناکارآمد و غیرمنطقی که زیربنای فاصله‌گیری از تجربه خودپذیری است، حرکت کرده است. همسو با یافته حاضر Yang و همکاران [۳۴] نیز نشان دادند برنامه مداخلاتی برگرفته از رویکرد شناختی-

رفتاری بر کاهش خودانتقادی و شدت علائم افسردگی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه سودمند بوده است. Kissane [۱۸] بر این باور است که در این شیوه مداخلاتی، علاوه بر پرداختن به ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیرمنطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال، سعی می‌گردد به مراجع کمک شود تا این الگوهای غلط را شناسایی کرده و به تغییر باورهای ناکارآمد بپردازد. در عین حال، تلاش می‌شود تا تمرکز جلسات بر اینجا و اکنون باشد و در طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا از طریق بیان احساسات با اضطراب‌های وجودی خود آشنا شده و آن‌ها را بپذیرد. در عین حال با استفاده از راهبردهای شناختی، خطاهای شناختی و نیز رفتارهای نگره دارنده این خطاها را شناسایی کند و تغییر دهد [۲۲-۲۰]، و بدین صورت از میزان خودانتقادی در افراد کاسته شود.

همچنین، می‌توان گفت شرکت‌کنندگان علاوه بر آن که در معرض القای خودپذیری قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه توصیف شده (همان سانحه جاده‌ای و استرس شدید ناشی از آن) صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است و تمرکزشان از ارزیابی منفی معطوف بر خود برداشته شد و بر تجربه یاد شده متمرکز گردید. در نتیجه، یک سبک تنظیم هیجانی مثبت جایگزین هیجانات منفی شده و به نظر می‌رسد به واسطه این خودتنظیمی هیجانی و خودپذیری، خودانتقادی فرد کاهش یافته است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی از قبیل حاصل نشدن دوره پی‌گیری، انتخاب نمونه از بین زنان، نمونه‌گیری به روش در دسترس، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر و نادیده گرفتن سایر اختلالات همبود و یا سازه‌های روان‌شناختی پنهان مواجه بود. از آنجایی که زنان از نظر روان‌شناختی نسبت به مردان آسیب‌پذیری بالاتری دارند، این موضوع می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد و تعمیم‌پذیری نتایج باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد در مردان و سایر

روان‌شناختی افراد دارای تجربه حوادث استرس‌زا و در مراکز آموزشی-درمانی که با این گروه از افراد جامعه سروکار دارند، مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

زهرا سلگی: گردآوری داده‌ها و نویسنده مقاله، احمد قاضی: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مقاله.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زحمات افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین، مسئولین کلینیک مغز و اعصاب مرکز آموزشی-درمانی فارابی شهر کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

جمعیت‌های بالینی نیز بررسی شود. با توجه به این که در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود، ممکن است افراد با سوگیری به سؤالات پاسخ داده باشند، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه تشخیصی نیز استفاده شود. به لحاظ روش‌شناسی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر به ارزیابی دقیق‌تر روایی این روش در بهبود وضعیت روانی مبتلایان به علائم استرس پس از سانحه پرداخته شود. همچنین برای شناسایی روند تحول و اثرگذاری شناخت درمانی هستی‌نگر روی شرکت‌کنندگان، بررسی‌های طولی با دوره پی‌گیری بلندمدت و چندمرحله‌ای انجام شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش حاکی از تأثیر

مثبت شناخت درمانی هستی‌نگر بر بهبود درد ذهنی و کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. این شیوه درمانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای سودمند برای افزایش سازگاری و بهبود وضعیت

References

- Jamalian J, Eslamdost M, Rezaee A, Alizadeh Sh. Investigating the causes of death in the injured of traffic accidents referred to Vali-Asr hospital in Arak, based on oral autopsy and forensic autopsy. J Arak Uni Med Sci 2020; 23(3):338-46. [Persian]
- Bedaso A, Kediro G, Ebrahim J, Tadesse F, Mekonnen S, Gobena N, et al. Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A prospective survey at selected hospitals in southern Ethiopia. BMC emergency medicine 2020; 20(1):1-10.
- Verbitsky A, Dopfel D, Zhang N. Rodent models of post-traumatic stress disorder: behavioral assessment. Translational psychiatry 2020; 10(1):1-28.
- Nesterko Y, Jackle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. Conflict and Health 2020; 14(44):1-12.
- Zelkowitz RL, Cole DA. Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: systematic review and meta-analysis. Suicide Life Threat Behav 2019; 49(1):310-27.
- Zhang Y, Schalo I, Durand C, Standifer KM. Sex differences in nociceptin/orphanin FQ peptide receptor-mediated pain and anxiety symptoms in a preclinical model of post-traumatic stress disorder. Frontier in psychiatry 2019; 8(9):725-31.
- Fertuck EA, Karan E, Stanley B. The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. Borderline Personal disord Emot Dysregul 2016; 3(1):2-14.
- Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychological Review 1990; 97(1):90-113.
- Esterbrook SA, Orlova EA, Karpekova TA. Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies). J Mod Foreign Psychol 2020; 9(1):76-84.

10. Markowitz S, Fanselow M. Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: factors of limited success and possible alternative treatment. *Brain Sciences* 2020; 10(3):161-7.
11. Snoek A, Beekman AT, Dekker J, Aarts I, Van Grootheest G, Blankers M, et al. A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub) clinical borderline personality disorder: study design. *BMC psychiatry* 2020; 20(1):1-8.
12. Panisch LS, Hai AH. The effectiveness of using neurofeedback in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review. *TVA* 2020; 21(3):541-50.
13. Van Praag DL, Cnossen MC, Polinder S, Wilson L, Maas AR. Post-traumatic stress disorder after civilian traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *Journal of Neurotrauma* 2019; 36(23):3220-32.
14. McEwen BS, Akil H. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *J Neurosci* 2020; 40(1):12-21.
15. Richards A, Kanady JC, Neylan TC. Sleep disturbance in PTSD and other anxiety-related disorders: an updated review of clinical features, physiological characteristics, and psychological and neurobiological mechanisms. *NPP* 2020; 45(1):55-73.
16. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart B, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 2020; 29(4):711-18.
17. Khodadadi Sangdeh J, Sepehrtaj SA, Mirzaesmaeili M, Sepehrtaj FS. The effectiveness of cognitive existential group therapy on caregiving burden of mothers of children with thalassemia major. *JPM* 2020;7(3):42-52.[Persian]
18. Kissane DW, Lave A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal Clin Oncol* 2004; 22(21):4255-60.
19. da Ponte G, Ouakinin S, Santo JE, Amorim I, Gameiro Z, Fitz-Henley M, et al. Process of therapeutic changes in meaning-centered group psychotherapy adapted to the portuguese language: a narrative analysis. *Palliative Supportive Care* 2020; 18(3):254-62.
20. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology* 2003; 12(6):532-46.
21. Yilmaz O, Mircik AB, Kunduz M, Combas M, Ozturk A, Deveci E, et al. Effects of cognitive behavioral therapy, existential psychotherapy and supportive counselling on facial emotion recognition among patients with mild or moderate depression. *Psychiatry Investigation* 2019; 16(7):486-91.
22. Bauereib N, Obermaier S, Ozunal SE, Baumeister H. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology* 2018; 27(11):2531-45.
23. Javadian SN, Emami T. The Comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *Development and Motor Learning* 2009;18(2):127-45.[Persian]
24. Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2003; 33(3):231-41.
25. Karimi J, Bagiyan Koulemarz MJ, Momeni Kh, Elahi A. Measurement of mental pain: psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *Health Psychology* 2018;7(1):146-71.[Persian]
26. Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Pers Individ Dif* 2004; 36(2):419-30.
27. Joharifard R, Sabokkhiz S. The effect of mindfulness-based cognitive therapy education on self-criticism and fear of failure in people with heart disease. *IJCN* 2017; 6(1):14-21. [Persian]
28. Norris FH, Perilla JL. The revised Civilian Mississippi Scale for PTSD: reliability, validity, and cross-language stability. *JTS* 1996; 9(2):285-98.

29. Gudarzi MA. Reliability and validity of Mississippi PTSD scale. *Journal of Psychology* 2003; 7(2):153-78. [Persian]
30. Esterbrook SA, Orlova EA, Karpekova TA. Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies). *JMFP* 2020; 9(1):76-84.
31. Jurick SM, Crocker LD, Merritt VC, Hoffman SN, Keller AV, Eglit GML, et al. Psychological symptoms and rates of performance validity improve following trauma-focused treatment in veterans with PTSD and history of mild-to-moderate TBI. *JINS* 2020; 26(1):108-18.
32. DuHamel KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, et al. Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *JCO* 2010; 28(23):3754-61.
33. Devany K, Poerwandari EK. Integrating cognitive-behavioral therapy and gratitude therapy for treating somatic symptom disorder with schizoid-avoidant personality features: a case report. *JPU* 2020; 7(2):113-21.
34. Yang Z, Oathes DJ, Linn KA, Bruce SE, Satterthwaite TD, Cook PA, et al. Cognitive behavioral therapy is associated with enhanced cognitive control network activity in major depression and posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018; 3(4):311-19.

The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Mental Pain and Self-Criticism in Women with Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder

Solgi Z¹, Ghazi A²

1-Assistant Prof, Dept of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: z_solgi@pnu.ac.ir, Tel: 09183571860

2-MSc, Dept of Counseling, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.

Received: 2 February 2021

Accepted: 25 September 2021

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is an incapacitating chronic disorder. Traffic accidents are one of the most common causes of mental disorders associated with trauma. Therefore, this study aims to determine the effect of cognitive-existential therapy on mental pain and self-criticism in women with symptoms of PTSD.

Materials and Methods: The research was quasi-experimental, based on the pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all women with symptoms of post-traumatic stress disorder due to road accidents admitted to the neurology clinic of Farabi Educational and Medical Center in Kermanshah in 2020. Using the availability sampling method, 30 people were selected and randomly divided (lottery method) into an experimental group (n=15) and a control group (n=15). They completed the mental pain questionnaire (Orbach et al, 2003), the self-criticism questionnaire (Zuroff and Thompson, 2004), and the Traumatic Stress Disorder Questionnaire (Reed and Norris, 1997). In the experimental group, cognitive-existential therapy was conducted in ten 1.5-hour sessions, 1 session per week, but the control group did not receive any medical intervention. At the end of the training, both groups underwent the post-test. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that cognitive-existential therapy was effective in reducing the scores of total self-criticism ($\eta^2=0.56$, $p=0.016$, $F=4.45$) and the dimensions of internal and comparative self-criticism in the experimental group in the post-test. In addition, cognitive-existential therapy significantly reduced mental pain in the experimental group ($\eta^2=0.63$, $p=0.001$, $F=13.33$).

Conclusion: Cognitive-existential therapy seems to be a cost-effective, non-pharmacological and effective program that reduces mental pain and self-criticism in patients with post-traumatic stress disorder.

Keywords: Cognitive-Existential Therapy, Mental Pain, Self-Criticism, Post-Traumatic Stress Disorder

Please cite this article as follows:

Solgi Z, Ghazi A. The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Mental Pain and Self-Criticism in Women with Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder. *Community Health journal* 2022; 15 (4):1-13.

Funding: This research was funded by the University of Payame Noor.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of Kermanshah University approved the study.
(IR.PNU.REC.1399.06)