

Effectiveness of psychosocial treatment on emotion regulation in people with posttraumatic stress disorder after burn injuries

Y. Aazami¹, F. Sohrabi¹, A. Borjali¹, NA. Farrokhi², S. Farokh Forghani³

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

² Department of Psychometrics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

³ Department of Plastic and Plastic Surgery, Burn Research Center, Hazrat Fatemeh Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Address: Faramarz Sohrabi, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Olympic Village, Hemmat West Highway, Tehran.

Tel: +98-21-48393165; Email: Sohrabi@atu.ac.ir

Received: 23 Jun 2018; Accepted: 14 Aug 2018

*Abstract

Background: Burn is one of the traumatic events that causes posttraumatic stress disorder (PTSD). The burn survivors often experience major psychological problems.

Objective: This study evaluated the effectiveness of psychosocial model-based treatment plan on emotion regulation strategies in people with PTSD after burn injury.

Methods: The research method was semi experimental with pretest-posttest design with control group. All patients referring to Tehran Shahid Motahari Burn Rescue Hospital participated by using simple random sampling method in 2017. Thirty patients with PTSD diagnosis were selected to the experimental and control groups. The treatment program was conducted during 12 sessions and followed up after two months in the experimental group. The tools of study included a structured diagnostic interview based on the 5th edition of diagnostic and statistical guide (DSM-5), PTSD index (PCL-5) and emotion regulation questionnaire (ERQ). The results were analyzed by multivariate analysis of covariance and t correlation.

Findings: The results showed that the treatment program increased the re-evaluation component (as a positive emotion regulation strategy) and decreased repression scores (as a negative strategy) in PTSD patients due to burn injuries and this effect has been lasting for two months.

Conclusion: Based on the results, it can be concluded that psychosocial therapeutic program is an effective program for PTSD patients and can affect their emotion regulation strategies.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, Emotions, Psychosocial factors, Burns, Clinical psychology

Citation: Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi NA, Farokh Forghani S. Effectiveness of psychosocial treatment on emotion regulation in people with posttraumatic stress disorder after burn injuries. J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(4): 51-62.

تأثیر برنامه درمانی روانی - اجتماعی بر راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سوانح سوختگی

یوسف اعظمی^۱، دکتر فرامرز سهرابی^۱، دکتر احمد برجعلی^۱، دکتر نورعلی فرخی^۲، دکتر سیامک فرخ فرقانی^۳

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲ گروه سنجش و اندازه‌گیری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۳ گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک مرکز تحقیقات سوختگی بیمارستان حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسؤؤل: تهران، بزرگراه همت غرب، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی، تلفن ۰۲۱-۴۸۳۹۳۱۶۵-۴۸۳۹۳۱۶۵
تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۲؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۲۳

* چکیده

زمینه: سوختگی یکی از حوادث آسیب‌زایی است که باعث اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و بازماندگان سوختگی اغلب مشکلات روان‌شناختی عمده‌ای را تجربه می‌کنند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سوانح ناشی از سوختگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ بیمار با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش و شاهد انتخاب شدند. برنامه درمانی در طی ۱۲ جلسه برگزار گردید و پس از گذشت دو ماه مجدداً از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد. ابزارها شامل؛ مصاحبه ساختاریافته تشخیصی براساس آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-5)، فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5) و پرسش‌نامه تنظیم هیجان (ERQ) بود و نتایج با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تی همبسته تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه درمانی، موجب افزایش مؤلفه ارزیابی مجدد (به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجان مثبت) و کاهش نمره‌های فرونشانی (به‌عنوان راهبرد منفی) در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی شده و این تأثیر در دوره پیگیری دوم‌ماه هم‌ماندگار بوده است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌توان گفت برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی مناسب و برای بیماران کارآمد است و می‌تواند بر تنظیم هیجان‌های آن‌ها مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، هیجان، عوامل روانی - اجتماعی، سوختگی، روان‌شناسی بالینی

* مقدمه

را از دست می‌دهند و بیش از ۹۵ درصد مرگ و میرهای ناشی از آتش‌سوزی در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد.^(۱) براساس مطالعه آقاخانی و همکاران در سال ۱۳۹۵ در ایران سالانه نزدیک به ۷۲۵ هزار حادثه منجر به سوختگی پیش می‌آید. با توجه به گزارش‌های قبلی در ایران، میزان مرگ و میر در بیماران دچار سوختگی بستری شده در بیمارستان بیش‌تر از کشورهای توسعه

سوختگی یکی از شایع‌ترین صدمه‌هایی است که در اثر بحران‌های غیرطبیعی و اقدام‌های انسانی ایجاد می‌شود. این بحران صدمه‌های جبران‌ناپذیری را در افراد قربانی، خانواده‌های آن‌ها و جامعه به‌دنبال دارد که باعث ناتوانی و مرگ و دارای تبعات اقتصادی و اجتماعی شدید در جوامع می‌شود.^(۱) براساس آمار سازمان بهداشت جهانی هر ساله بیش از ۳۰۰ هزار نفر در اثر سوختگی جان خود

یافته است.^(۳)

چنانچه قربانی سوختگی زنده بماند، چالش جسمی و روانی عظیمی را پیش رو خواهد داشت و تمام جنبه‌های زندگی وی دستخوش تغییرات عظیم خواهد شد، زیرا تقریباً تمام اعضای بدن از سوختگی متأثر می‌گردد.^(۴) جوش خوردگی سوختگی (اسکار) موجب بدشکلی می‌گردد و به دنبال آن افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه (Post traumatic stress disorder; PTSD) در این بیماران شایع بوده و مشکلات؛ تصویر ذهنی، فقدان اعتماد به نفس، احساس خجالت و گوشه‌گیری نیز قابل توجه است.^(۵) بازماندگان سوختگی با فرایندهای دردناک و بدشکلی‌های ناشی از اثر زخم مواجه می‌شوند و اغلب مشکلات عمده‌ای شامل؛ مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند.^(۶) این مشکلات بعد از سوختگی به مدت طولانی باقی مانده و به مشکلات مزمن تبدیل می‌شود.^(۸) پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقریباً ۳۱ درصد بیماران سوختگی در زمان بستری بودن در بیمارستان و ۲۹ درصد با گذشت ۱۲ ماه از بستری بودن به PTSD دچار می‌شوند. به علاوه ۷۸ درصد از بیماران پس از مرخص شدن نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند.^(۹)

یکی از مشکلاتی که افراد دچار PTSD ناشی از سوختگی با آن مواجه می‌شوند، آشفتگی‌های هیجانی و مشکلاتی در تنظیم هیجان است. گرانفسکی و کرایچ راهبردهای تنظیم هیجان را کُنش‌هایی می‌دانند که نشان‌دهنده راهبردهای سازگاری فرد با شرایط تنش‌زا و یا اتفاقات ناگوار است و معتقدند که افراد از شیوه‌های مختلف سازگارانه و ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها استفاده می‌کنند.^(۱۰) در همین راستا، نظریه دلبستگی مطرح می‌کند که روشی را که فرد در موقعیت‌های تنش‌زا در روابطش با دیگران به کار می‌برد، می‌توان به‌عنوان عاملی در تنظیم هیجان مفهوم‌سازی کرد.^(۱۱) از این‌رو خیلی از نظریه‌ها در مورد آسیب روانی، نقش بد کارکردی تنظیم هیجان در شروع و تداوم اختلال‌های روانی را برجسته می‌کنند.^(۱۱) طبق نظر فریون و همکاران، مبتلایان

به اختلال‌های وابسته به رویداد آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه اغلب مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند.^(۱۲) درمان‌های مختلفی طی پژوهش‌های مختلف برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح و آسیب‌های عمدی و غیرعمدی مختلف از قبیل؛ جنگ، تصادفات، زلزله، تجاوز جنسی و غیره استفاده شده است که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی-رفتاری، مواجهه درمانی به‌عنوان نوعی درمان رفتاری، حساسیت‌زدایی حرکت‌های چشم و پردازش مجدد و درمان بازخورد عصبی (Neurofeedback) اشاره کرد که نتایج برخی از مطالعه‌ها حاکی از تأثیر متفاوت این درمان‌ها بر روی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بوده است.^(۱۳-۱۷) همچنین براساس مطالعه‌های انجام شده، به نظر می‌رسد افراد دچار سوانح سوختگی به دلیل ماهیت متفاوت آسیب‌دیدگی و بدشکلی‌های ظاهری که پیدا می‌کنند علاوه بر بُعد روان‌شناختی، از بُعد اجتماعی هم دچار آسیب می‌شوند و به‌نظر نمی‌رسد صرف وجود درمان‌های روان‌شناختی بتواند منجر به بهبود کامل این افراد و بازگرداندن آن‌ها به اجتماع گردد. بنابراین، درمان افراد دچار سوانح سوختگی شامل درمان و بهبود عملکرد بهینه بازماندگان تا مشارکت کامل در اجتماع به لحاظ روان‌شناختی و جسمانی است. احتمال بالای بقای جسمانی باعث نگرانی بیش‌تر در مورد مشکلات روان‌شناختی بالقوه برای بازماندگان سوختگی شده است.^(۱۸)

براساس سال‌ها تجربه، متخصصان فرایند بهبودی پذیرش را از طریق مراقبت‌های ویژه، بهبودی بیماران بستری و انسجام مجدد بعد از ترخیص از بیمارستان در نظر گرفته‌اند. رویکرد کلی در ارزیابی و بهبودی بازماندگان سوختگی یک رویکرد رفتاری مبتنی بر اصول یادگیری مانند؛ شرطی‌سازی عامل، بازسازی شناختی و نظریه‌های یادگیری اجتماعی است، جایی که خود رفتار ناسازگار هدف درمان است. ارزیابی و درمان به‌طور یکپارچه‌ای با هم ارتباط دارند و هر دو به‌طور همزمان در سراسر فرایند بهبودی و توان‌بخشی با هم اتفاق

می‌افتند.^(۱۸) از سوی دیگر، براساس مطالعه‌های انجام شده از آن‌جا که این بیماران از لحاظ هیجان‌ها و توانایی کنترل و ابراز آن در موقعیت‌های زندگی دچار مشکل می‌شوند، به نظر می‌رسد مداخله‌های درمانی جهت بهبود افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی باید ابعاد روانی و اجتماعی را در برگیرد.^(۷-۵) بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر راهبردهای تنظیم هیجان در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آمیخته (کمی- کیفی) است که طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول پس از مرور ادبیات و نظریه‌های درمانی و مفاهیم موجود در حوزه دیدگاه روانی- اجتماعی اقدام به تدوین برنامه درمانی گردید. در مرحله دوم پس از تدوین و اعتباریابی برنامه درمانی، از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. سپس جهت اعتباریابی برنامه از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی و سلامت، اعتبار و روایی محتوایی برنامه درمانی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص نسبت روایی محتوایی (Content validity ratio) براساس روش لاوشه برای برنامه درمانی ۰/۸۵ به‌دست آمده است و با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای تعداد ۱۰ نفر متخصص (که حداقل میزان برای این تعداد متخصص در روش لاوشه ۰/۶۲ است)، میزان روایی محتوایی برنامه بالاتر و قابل قبول می‌باشد. میزان شاخص روایی محتوایی (Content validity index) براساس روش والتز و باسل برای برنامه درمانی ۰/۹۲ به‌دست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، این شاخص نیز در برنامه قابل قبول می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران

دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری در سال ۱۳۹۶ بودند. از آن‌جا که مبنای انتخاب نمونه در تحقیق‌های آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است.^(۱۹) بر این اساس، نمونه‌ها شامل ۳۰ بیمار زن دچار سوختگی است که پس از کسب رضایت آگاهانه در قالب دو گروه آزمایش و شاهد در پژوهش شرکت کردند. از دو روش اقدام به بیماریابی شد: روش اول از طریق نصب آگهی در بُرد و تقاضای مشارکت در طرح و جلسه‌های درمانی در صورت تمایل و روش دیگر صحبت با متخصصان و کارکنان درمانی جهت اطلاع به بیماران که در صورت تمایل در این جلسه‌ها شرکت نمایند. بدین ترتیب روش نمونه‌گیری طی دو مرحله انجام گرفت که در مرحله اول براساس نمونه‌گیری در دسترس، پس از انجام مصاحبه ساختاریافته تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌شناس بالینی و اجرای چک لیست PTSD^(۲۰) به اجرای غربال‌گری بر بیماران سوختگی اقدام شد (تعداد ۳۸ بیمار مراجعه کرده بودند)، سپس در مرحله دوم از بین افراد واجد ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه، براساس روش تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب گردید و با استفاده از کُد‌های تعریف شده برای هر کدام از آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و شاهد انتخاب شدند (در هر گروه ۱۵ نفر که با ریزش در مرحله پس‌آزمون از گروه آزمایش ۱۳ نفر و شاهد ۱۵ نفر باقی ماند). ۲ نفر از گروه آزمایش به علت مشکل مسافت و ناتوانی برای حضور مستمر در جلسه‌ها و غیبت بیش از سه جلسه ریزش نمودند.

قبل از اجرای درمان، در طی یک جلسه از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. معیارهای ورود به برنامه شامل: برای افراد دچار سوختگی بالای ۵۰ درصد حداقل یک‌سال و سوختگی زیر ۵۰ درصد حداقل ۶ ماه از درمان‌های پزشکی گذشته باشد، افرادی که دچار سوختگی در صورت، دست‌ها و سایر قسمت‌های قابل رویت بدن شده‌اند، سوختگی در درجه ۲ و ۳ بوده و به اندام‌های داخلی فرد آسیب جدی وارد نشده باشد،

سوختگی در اثر حوادث اتفاقی و غیر عمد رخ داده باشد، واجد ملاک‌های PTSD براساس مصاحبه ساختاریافته تشخیصی و چک لیست غربال‌گری باشد، بیمار آمادگی و توانایی شرکت در برنامه مداخله را داشته و دارای حداقل تحصیلات راهنمایی جهت شرکت در برنامه و انجام تکالیف درمانی باشد، سن بیمار کم‌تر از ۱۵ و بیش از ۵۰ سال نباشد، موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی.

سابقه مصرف داروهای مخدر و الکل، ناتوانی جهت حضور در حداکثر ۳ جلسه، شرکت بیمار همزمان در برنامه‌ها و درمان‌های روان‌شناختی دیگر، آسیب‌دیدگی دستگاه‌های بینایی و شنوایی بیمار، خودسوزی و سوختگی‌های عمدی از معیارهای خروج از برنامه در نظر گرفته شد. سپس برنامه درمانی در طی ۱۲ جلسه به‌صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در محل سالن کنفرانس و اتاق مشاوره بیمارستان و درمانگاه سوانح سوختگی شهید مطهری تهران به‌مدت یک ماه و نیم بر روی گروه آزمایش اجرا و گروه شاهد در لیست انتظار درمان قرار گرفت. در مرحله بعد، پس از اتمام جلسه‌ها برای سنجش تأثیر درمان، مجدداً در طی یک جلسه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای ارزیابی تأثیر مداخله در دوره پیگیری پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون با اجرای ابزارها بر گروه آزمایش، اقدام به ارزیابی و سنجش مجدد مراجعان گشت.

برای غربال‌گری و جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده گردید:

مصاحبه نیمه ساختاریافته تشخیصی با استفاده از ملاک راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-5) که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده روان‌شناختی براساس DSM-5 به‌کار می‌رود. این ابزار بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیار شده دیگری در بررسی‌های روان‌پزشکی به‌کار رفته است، زیرا روایی محتوایی و پایایی آن توسط متخصصان و صاحب‌نظران تأیید شده است.^(۲۰) فهرست اختلال استرس پس از سانحه (5- PTSD checklist)

یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه و سایر افراد به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به‌کار می‌رود. این فهرست توسط واترز و همکاران براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه آمریکا (American National Center for PTSD) تهیه شد و شامل ۲۰ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، ۲ ماده مربوط به اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا، ۷ ماده آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق مرتبط با رویداد و ۶ ماده مربوط به برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد آسیب‌زا است.^(۲۱)

روش نمره‌گذاری شامل؛ جمع نمره‌ها از دامنه نمره (صفر تا ۸۰) که می‌تواند از طریق جمع نمره‌های عبارات ۲۰ گانه براساس مقیاس لیکرت به‌دست آید. نقطه برش برای تشخیص نمره ۳۸ تعیین شده است (اصلاً= صفر، خیلی کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴). این پرسش‌نامه در ایران توسط طلابیگی ترجمه و هنجاریابی شده است.^(۲۲) همچنین پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمده است.^(۲۲) پایایی ابزار در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد. پرسش‌نامه تنظیم هیجان (Emotion regulation questionnaire) یک مقیاس خودگزارشی ۱۰ ماده‌ای است که توسط گراس و جان ساخته شده است^(۲۳) و دو مقیاس مربوط به دو سازوکار متفاوت نظم‌جویی هیجانی شامل ارزیابی مجدد شناختی (۶ ماده شامل سؤال‌های ۱-۳-۵-۷-۸-۱۰) و فرونشانی (۴ ماده شامل سؤال‌های ۲-۴-۶-۹) را در بر می‌گیرد. مقیاس ارزیابی مجدد شناختی، گرایش‌های فرد را برای تنظیم هیجان با تغییر دادن افکار و مقیاس فرونشانی، فقدان بیان هیجان‌های منفی و مثبت را می‌سنجد. این ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت موافق تا به‌شدت مخالف نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار نسخه

به اصلاح محتوای برنامه درمانی اقدام نمایند. خلاصه جلسه‌های درمانی در جدول شماره ۱ آمده است. برای تحلیل داده‌ها پس از برقراری مفروضه‌ها شامل؛ آزمون باکس، لوین و کولموگروف اسمیرنوف، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به این که فقط از گروه آزمایش سنجش به عمل آمد، برای سنجش میزان ماندگاری اثر درمان در دوره پیگیری، از روش تی همبسته جهت مقایسه مرحله پیش‌آزمون با پیگیری استفاده شد.

* یافته‌ها:

اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است. همچنین در گروه شاهد بیشترین سوختگی مربوط به ناحیه صورت و در گروه آزمایش نیز بیشترین سوختگی مربوط به نواحی گردن و اندام فوقانی است.

فارسی پرسش‌نامه با استفاده از بازآزمایی و تحلیل عامل، متوسط به بالا گزارش شده است ($P > 0/67$) و روایی ملاک به دست آمده، استفاده از پرسش‌نامه را در موقعیت‌های بالینی معتبر و قابل اعتماد می‌داند. (۳۴) در پژوهش حاضر میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه ارزیابی مجدد ۰/۷۵، سرکوبی ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

برنامه درمان مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی براساس اصول نظریه یادگیری از جمله؛ شرطی‌سازی عامل، بازسازی شناختی و نظریه یادگیری اجتماعی تدوین شده است. (۱۸) جهت تعیین اعتباریابی صوری و محتوایی برنامه درمانی روانی- اجتماعی، این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و سلامت قرار گرفت تا براساس تجارب و مشاهده‌های خود به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی کنند و سپس

جدول ۱- خلاصه جلسه‌های برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی، اجرای پیش‌آزمون و بیان منطق درمان	در این مرحله ابتدا درمان‌گر و بیماران با معرفی خود رابطه درمانی اولیه را ایجاد کردند. سپس پیش‌آزمون اجرا و در ادامه به بحث در مورد منطق درمان روانی- اجتماعی، اهداف جلسه‌ها، تعداد و زمان جلسه‌ها و تکالیف هر جلسه پرداخته شد.
دوم	بازگویی روان‌شناختی، بهنجارسازی و آموزش راهبرد حل مسأله	در این جلسه ابتدا بیماران به بازگویی و بیان جزئیات رخدادی که باعث سوختگی آن‌ها شده پرداخته و سپس به بیان مشکلات خود و اولویت‌بندی آن‌ها پرداختند. در ادامه درمان‌گر به بهنجارسازی هیجان‌های بیماران و آموزش راهبرد حل مسأله مبادرت کرد.
سوم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۱	به بیماران در مورد اضطراب، اطلاعات مختصری داده شد. سپس به روش‌های کاهش اضطراب اشاره و در ادامه به‌طور عملی روش آرمیدگی عصبی- عضلانی به بیماران آموزش داده شد. سپس به بحث مقدماتی در مورد خودآگاهی پرداخته شد.
چهارم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۲	در این جلسه به ادامه بحث در مورد خودآگاهی با مروری بر ابعاد خود، فواید خودآگاهی، ویژگی‌های افراد خودآگاه، تمرین‌های کسب خودآگاهی و فنون توانمند شدن پرداخته شد.
پنجم	آموزش آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده	به آموزش فنون تن‌آرامی به‌منظور کاهش سطح اضطراب و برانگیختگی بیماران پرداخته شد. در ادامه به آموزش و اجرای تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت شده اقدام و در نهایت به بحث پیرامون ورزش کردن روزانه و فواید آن پرداخته شد.
ششم	فراهم کردن حمایت اجتماعی	ابتدا بحث پیرامون اهداف حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی و لزوم حمایت اعضای خانواده از بیماران پرداخته شد. در ادامه به بحث پیرامون حمایت اجتماعی، انواع حمایت اجتماعی، تأثیرهای آن و حساسیت‌زدایی ترس‌های اجتماعی پرداخته شد.
هفتم	مشاوره درباره تصویر بدنی ۱	ابتدا از بیماران خواسته شد تا در مورد تن‌انگاره‌اشان صحبت کنند و درمان‌گر به صحبت در مورد تصویر و ظاهر بدنی پرداخت. در ادامه به نمایش تصاویری از افراد مشهور و محبوب که دارای نوعی معلولیت هستند پرداخته شد.
هشتم	مشاوره درباره تصویر بدنی ۲	در این جلسه ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی، به بحث در مورد تغییر ساختار هویت شخصی از «تن‌انگاره» به «خودانگاره» پرداخته شد. در ادامه بیماران با برخی افکار منفی تحریف شده آشنا شده و به جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت پرداختند.
نهم	آموزش مهارت‌های کنترل خود و هشیاری	در این جلسه در ابتدا به آموزش مهارت‌های کنترل خود و هشیاری پرداخته شد. در ادامه به بیماران در مورد منبع کنترل، انواع آن و ویژگی‌های افراد دارای منبع کنترل درونی و بیرونی و لزوم حفظ منبع کنترل درونی پرداخته شد.
دهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۱	در این جلسه به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین‌فردی و آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر با مشارکت آزمودنی‌ها پرداخته شد.
یازدهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۲	در این جلسه، درمان‌گر ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی و بررسی تکالیف آزمودنی‌ها به ادامه بحث در مورد مهارت‌های اجتماعی (بحث در مورد قاطعیت و جرأت‌ورزی) پرداخت.
دوازدهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه به جمع‌بندی مطالب جلسه‌های قبلی و بررسی و ارزیابی تکالیف انجام شده با مشارکت کلیه بیماران پرداخته شد. در ادامه بر لزوم حفظ مهارت‌های آموخته شده و اجرای آن‌ها در مواقع ضروری در موقعیت‌های واقعی تأکید گردید. در انتها از بیماران پس‌آزمون گرفته شده و از آن‌ها جهت مشارکت در جلسه‌ها تقدیر و تشکر به عمل آمد.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد بررسی

شاخص	آزمایش		ویژگی جمعیت‌شناختی		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
وضعیت تأهل	۶۶/۷	۱۰	۳۰/۸	۴	
	۳۳/۳	۵	۵۳/۸	۷	
	۰	۰	۱۵/۴	۲	
درجه سوختگی	۲۶/۷	۴	۳۸/۵	۵	
	۷۳/۳	۱۱	۶۱/۵	۸	
عامل سوختگی	۶/۷	۱	۷/۷	۱	
	۵۳/۳	۸	۴۶/۲	۶	
	۶/۷	۱	۰	۰	
	۳۳/۳	۵	۳۸/۵	۵	
مدت زمان سوختگی	۰	۰	۷/۷	۱	
	۷۳/۳۳	۱۱	۵۳/۸۴	۷	
	۲۰	۳	۲۳/۰۷	۳	
	۶/۶۷	۱	۲۳/۰۷	۳	۲۱ تا ۳۰ سال

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیر راهبردهای تنظیم هیجان نشان می‌دهد که نتایج آزمون‌های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی با مقادیر ($F=7/552$) و درجه‌های آزادی (۲، ۲۳) دارای سطح معناداری ۰/۰۰۳ است و به عبارتی، این مقادیر در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بدین ترتیب بین دو گروه آزمایش و شاهد در نمره‌های مربوط به تنظیم هیجان در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر بوده است.

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و شاهد در هر یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج در جدول ۴ آمده است. با توجه به نتایج جدول ۴، مقدار F به‌دست آمده برای هر دو مؤلفه در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. بنابراین برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر بوده و موجب افزایش مؤلفه ارزیابی مجدد (به‌عنوان راهبرد مثبت) و کاهش نمره فرونشانی (به‌عنوان راهبرد منفی) در بیماران می‌شود. جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر تنظیم هیجان و

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین راهبرد هیجانی ارزیابی مجدد (که یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان است) در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است که این افزایش در مرحله پیگیری هم مشاهده می‌شود. میانگین راهبرد فرونشانی یا سرکوبی (که یک راهبرد تنظیم هیجانی منفی است) در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است که این کاهش در مرحله پیگیری هم ماندگار بوده است.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر تنظیم هیجان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کوواریانس‌ها برابر با ۰/۴۷۷ بود که نشانه برقراری مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه شده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها پذیرفته می‌شود. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که عدم معناداری مقدار لوین هم مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها است.

است. در نتیجه، برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر تنظیم هیجان مؤثر بوده و به ترتیب موجب افزایش و کاهش نمره‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی در مرحله پیگیری می‌شود.

مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری از آزمون تی وابسته (برای مقایسه پیش‌آزمون با دوره پیگیری گروه آزمایش) استفاده شد که نتایج نشان داد برای راهبرد ارزیابی مجدد $t=3/43$ و برای راهبرد فرونشانی $t=2/42$ است که مقادیر تی به دست آمده در سطح $0/05$ معنی‌دار

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های تنظیم هیجان به تفکیک گروه آزمایش و شاهد

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شاهد	ارزیابی مجدد	۲۴/۹۳	۵/۱۰	۳۷/۸۶	۵/۸۴		
	فرونشانی	۱۳/۱۳	۶/۷۷	۱۳/۴۰	۵/۱۷		
	تنظیم هیجان	۳۸/۰۶	۹/۵۲	۴۱/۲۶	۸/۶۳		
آزمایش	ارزیابی مجدد	۲۲/۳۰	۷/۲۳	۳۱/۷۶	۵/۱۰	۲۸/۳۸	۵/۱۰
	فرونشانی	۱۳/۹۲	۴/۱۹	۱۰/۸۴	۳/۲۸	۱۱/۳۸	۳/۳۷
	تنظیم هیجان	۳۷/۲۳	۶/۹۸	۴۲/۶۱	۶/۳۹	۳۹/۷۶	۵/۸۴

جدول ۴- آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های تنظیم هیجان گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ارزیابی مجدد	بین گروهی	۱۳۵/۹۵	۱	۱۳۵/۹۵	۵/۳۵	*.۰/۰۳	۰/۱۸۲
	درون گروهی	۶۰۹/۴۶	۲۴	۲۵/۳۹			
فرونشانی	بین گروهی	۶۱/۹۱	۱	۶۱/۹۱	۸/۱۷	*.۰/۰۰۹	۰/۲۵۴
	درون گروهی	۱۸۱/۷۷	۲۴	۷/۵۷			

* سطح معنی‌دار

* بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که برنامه درمانی بر راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر بوده و موجب افزایش مؤلفه ارزیابی مجدد (به‌عنوان راهبرد مثبت) و کاهش نمره فرونشانی (به‌عنوان راهبرد منفی) در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه شده است و این تأثیر در دوره پیگیری دوماه هم ماندگار بوده است. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است. (۲۵-۲۸) نتایج مطالعه سی و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی و تاب‌آوری تا حدودی تأثیرهای میانجی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و استرس حاد دارند و به‌طور کامل روابط راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و استرس حاد را

تعدیل می‌کنند. این نتایج نشان می‌دهند استرس حاد به‌طور معناداری با تنظیم هیجان شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری ارتباط دارد و حمایت اجتماعی و تاب‌آوری اثرهای میانجی چندگانه‌ای بر رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و پاسخ‌های استرس حاد دارند. (۲۵) همچنین، اکثر پژوهش‌ها همسان با پژوهش فعلی نشان داده‌اند، افرادی که دارای مشکل در تنظیم هیجان شامل آگاهی یا توجه کم‌تر به هیجان، پذیرش کم‌تر یا اجتناب بیش‌تر از تجربه کردن هیجان‌ها، توانایی کم‌تر برای فاصله گرفتن از هیجان، چارچوب‌بندی مجدد و همین‌طور میزان حضور ذهن پایین‌تری دارند، به احتمال بیش‌تری

زندگی با آسیب سوختگی نشان داد که تجربه زندگی این بیماران شامل سه طبقه؛ تهدید، آشفتگی و عوامل بیرونی، درونی و بین فردی است. لذا، نتایج این پژوهش به کادر درمانی پیشنهاد می‌کند که علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات روانی و اجتماعی را در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و توان بخشی مدنظر قرار دهند.^(۳۳)

بنابراین، همان‌طور که مطالعه‌های قبلی هم نشان دادند افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه دچار آشفتگی و بدتنظیمی هیجان می‌شوند و ارائه برنامه‌های درمانی با محتوای مناسب برای کاهش مشکلات تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد به جای راهبردهای منفی همانند سرکوبی ضروری است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به وجود مشکلات در هماهنگی برای حضور همزمان بیماران در جلسه‌ها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این برنامه را در بیماران دچار خودسوزی که ماهیت مشکلات آن‌ها با مشکلات افراد دچار سوختگی اتفاقی متفاوت است اجرا شود. همچنین برگزاری این برنامه درمانی در قالب کارگاه‌های فشرده و کوتاه‌مدت برای کلیه بیماران سوختگی به‌ویژه افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه پیشنهاد می‌شود.

*سپاس‌گزاری:

این پژوهش بخشی از رساله دکترای آقای یوسف اعظمی در دانشگاه علامه طباطبائی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سوختگی تهران انجام شده است. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه بیماران محترم و کارکنان بیمارستان شهید مطهری که در انجام طرح مشارکت داشتند، سپاس‌گزاری می‌نمایند.

این مطالعه دارای گواهی اخلاق با کُد IR.IUMS.REC 1396.30200 از مرکز تحقیقات سوختگی است و از تمامی بیماران رضایت‌نامه اخلاقی جهت شرکت در پژوهش اخذ شده است.

در معرض آسیب‌شناسی روانی شامل اختلال‌های مرتبط با استرس در کوتاه‌مدت و در بلندمدت قرار دارند. به‌طور کلی در آسیب‌شناسی روانی، روابط معنی‌داری بین راهبردهای تنظیم هیجان و مشکل در تنظیم هیجان دیده شده است.^(۳۱-۳۹)

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان چنین ادعان داشت که اصولاً افرادی که دچار اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند دچار آشفتگی هیجانی می‌گردند و قادر به تنظیم هیجان‌های خود و ابراز آن در موقعیت مناسب نیستند. بنابراین یکی از نشانگان این اختلال را تغییرهای منفی در شناخت و خلق دانسته‌اند که بیان‌گر همین مسئله است.^(۳۰) در مدل سه‌وجهی کلارک و واتسون، عاطفه‌پذیری منفی یا روان‌رنجوری یک عامل پریشانی غیراختصاصی است که هم در اختلال‌های خلقی و اضطرابی و مرتبط با استرس مشترک است و عامل زمینه‌ساز برای هر دو اختلال محسوب می‌شود. همچنین هر کدام از این دو اختلال مؤلفه‌های اختصاصی خود را نیز دارند، به این صورت که افسردگی به‌طور اختصاصی با عاطفه مثبت پایین و اضطراب و استرس به‌طور منحصر به فرد با برانگیختگی خودکار رابطه دارد.^(۳۲)

از سوی دیگر، اصولاً افرادی که دچار سوختگی می‌شوند به‌ویژه اگر این سوختگی در نواحی ظاهری و قابل رؤیت بدن باشد باعث ایجاد آشفتگی و تغییراتی در پردازش هیجانی افراد می‌شود. از آن‌جا که افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوختگی هم در این زمینه و در زمینه شناخت و ابراز درست هیجان‌های مثبت و منفی مشکل دارند بنابراین نیازمند مداخله برای مقابله و تنظیم درست هیجان‌های خود می‌باشند. همچنین، برنامه مداخله روانی - اجتماعی به‌دلیل جامع و خاص بودن روش‌های استفاده شده برای بیماران دچار استرس پس از سانحه ناشی از سوختگی می‌تواند در کاهش مشکل‌های هیجانی این افراد مؤثر باشد که این مسئله در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت. در همین راستا، نتایج مطالعه زمان‌زاده و همکاران با عنوان تجربه

*مراجع:

1. Alaghebandan R, Azimi L, Rastegar Lari A. Nosocomial infections among burn patients in Teheran, Iran: a decade later. *Ann Burns Fire Disasters* 2012; 25(1): 3-7.
2. Kumar S, Ali W, Verma AK, Pandey A, Rathore S. Epidemiology and mortality of burns in the Lucknow Region, India-a 5 year study. *Burns* 2013; 39(8): 1599-605. doi: 10.1016/j.burns.2013.04.008.
3. Aghakhani K, Aram S, Mehrpisheh S, Memarian A, Hoseini R, Ghorbani M. Evaluating the role of gender in the etiology, demographic features and prognosis of burn patients admitted to Shahid Motahari hospital: a five-year retrospective study. *Razi J Med Sci* 2015; 21(127): 95-101. [In Persian]
4. Herndon DN. Total burn care. 2nd ed. London: WB Saunders; 2007; 110-1.
5. Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(4): 245-72.
6. Rahbarian M, Tarkhan M, Jalali M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women. *J Qazvin Univ Med Sci* 2012; 15(4): 45-52. [In Persian]
7. Park SY, Choi KA, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns* 2008; 34(1): 24-31. doi: 10.1016/j.burns.2007.03.012.
8. Wisely JA, Tarrier N. A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns* 2001; 27(8): 801-7. doi: 10.1016/S0305-4179(01)00058-4.
9. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders after burn injury: a prospective study. *Burns* 2011; 37(4): 601-9. doi: 10.1016/j.burns.2010.06.007.
10. Seyed Tabae R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci* 2017; 21(2): 41-9. [In Persian]
11. Eysenck MW. A cognitive approach to trait anxiety. *Eur J Pers* 2000; 14(5): 463-76. doi: 10.1002/1099-0984(200009/10)14.
12. Frewen PA, Dozois DJ, Neufeld RJ, Lanius R. Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. *Psychol Trauma-US* 2012; 4(2): 152-61. doi: 10.1037/a0023114.
13. Narimani M, Rajabi S. Comparison of the effect of Eye Movements and Reprocessing Desensitization (EMDR) with cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of stress disorders. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2010; 19: 236-45. [In Persian]
14. Soleimani M, Ahmadi K, Mohammadi A. Virtual Reality Exposure Therapy in Anxiety Disorders and Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Literature. *J Res Behav Sci* 2016; 14(1): 111-24. [In Persian]
15. Maredpour A, Najafi M. Effectiveness of eye movements and desensitization re-processing treatment in women with post traumatic stress disorder due to civilian events. *J Clin Psychol* 2016; 6(23): 41-60. [In Persian]
16. Akbari Yeganeh Z, Dolatshahee B, Rezaee Dogaheh E. The effectiveness of neurofeedback training on reducing symptoms of war veterans with posttraumatic

- stress disorder. *J Practice Clinical Psychology* 2016; 4(1): 17-24.
17. Ahmadi Zadeh MJ, Ahmadi Kh, Anisi J. The survey of comparative effectiveness of skills problem solving education and prolonged exposure on treatment of post traumatic stress disorder. *J Military Psychol (JMP)* 2011; 1(4): 11-24. [In Persian]
18. Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber AW. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns* 2008; 34(4): 433-40. doi: 10.1016/j.burns.2007.08.008.
19. Biabangard I. Research methods in psychology and educational sciences. 7th ed. Tehran: Doran; 2012. 1(127). [In Persian]
20. Nasbum A. A practical guide to diagnostic interviews using DSM-5 criteria. Translated by: Rezaee F, Foroughi AA. 1st ed. Tehran: Arjmand; 2015. 95. [In Persian]
21. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Available at: www.ptsd.va.gov. Updated in: 2013.
22. Talebigi F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reducing experience avoidance in veterans with impact stress disorder in Kerman. Master's Thesis of clinical psychology, Allameh Tabataba'i University; 2015. [In Persian]
23. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 348-62.
24. Beyrami M, Akbari E, Ghasempour A, Azimi Z. An Investigation of Anxiety Sensitivity, Meta-Worry and Components of Emotion Regulation in Students with and without Social Anxiety. *J Clin Psychol* 2012; 2(8): 43-69. [In Persian]
25. Cai WP, Pan Y, Zhang SM, Wei C, Dong W, Deng GH. Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: exploring multiple mediation model. *Psychiatry Res* 2017; 256: 71-8. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.018.
26. Pow AM. Coping with catastrophe: emotion regulation, adult attachment security, and mindfulness as predictors of posttraumatic stress among mental health disaster responders. Doctoral dissertation, University of North Carolina at Greensboro; 2014.
27. Stevens NR, Gerhart J, Goldsmith RE, Heath NM, Chesney SA, Hobfoll SE. Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther* 2013; 44(1): 152-61. doi: 10.1016/j.beth.2012.09.003.
28. Mazlom M, Yaghoobi H, Mohammadkhani Sh. The relationship of metacognitive beliefs and emotion regulation difficulties with post traumatic stress disorder. *J Behavioral Sciences* 2014; 8(2): 105-13. [In Persian]
29. Hayes-Skelton SA, Calloway A, Roemer L, Orsillo SM. Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(2): 395-404. doi: 10.1037/a0038305.
30. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(1): 531. doi: 10.1007/s11920-014-0531-3.
31. Taylor CT, Cross K, Amir N. Attentional

control moderates the relationship between social anxiety symptoms and attentional disengagement from threatening information. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 50: 68-76. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.05.008.

32. Aazami Y. The design and validation of psychosocial model-based treatment plan and its effectiveness in emotion regulation, social

skills and improving the quality of life of people with PTSD resulting from burn. Doctoral dissertation, University of Allameh Tabataba'i; 2018. [In Persian]

33. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. Life experience with burn injuries: A qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(2): 124-35. [In Persian]