ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84

The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on increasing of resilience of disabled war veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD)

Abstract

Introduction: Eight years of imposed war between Iran and Iraq has caused a considerable number of soldiers and disabled war veterans to experience symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD).

Methods: This applied study was conducted in the form of a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group at Sadr Psychiatric Hospital in Tehran during the year 2017-18. A total of 30 disabled war veterans with PTSD were selected through an available sampling method, and were divided into two groups: an experimental and a control group. The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy for 14 sessions. The Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) was used for data collection, Data were analyzed with the aid of SPSS 21 software and a univariate analysis of covariance (ANCOVA). An analysis of covariance (ANCOVA) was used to eliminate the pretest effect. And Levene's test was used to homogenize variances.

Results: After modifying pretest scores, the difference between the experimental and control groups became significant. Based on the one-way ANCOVA carried out on the subjects' total scores, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variable "anxiety" ($P<0.05$) and ($F=8/227$).

Conclusion: This intervention showed that cognitive-behavioral therapy had increased resilience among disabled war veterans with PTSD.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Post-traumatic stress disorder (PTSD), Resilience

Article Info

Authors:

Hossein Javid-namin[1]

Mohammad Ghamari*[2]

Affiliations

1-Department of psychology, Buein Zahra, Islamic azad university, Buein Zahra, Iran.

*2-Department of Counseling, Abhar branch, Islamic azad university, Abhar, Iran.

Email address: counselor_ghamari@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ تابستان ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84 ISSN: 2645-3940

اثربخشی درمان شناختی–رفتاری گروهی بر افزایش تاب آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

چکیده

مقدمه: وجود ۸ سال جنگ تحمیلی در ایران موجب شده است که گروه قابل توجهی از رزمندگان و جانبازان به علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دچار شود.

روش کارمواد و روش ها : این پژوهش کاربردی با طرح نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ در بیمارستان روانپزشکی صدر شهر تهران انجام شد و تعداد ۳۰ نفر از جانبازان مبتلا به (DSTP) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش، ۱۴ جلسه تحت درمان شناختی – رفتاری قرار گرفتند و تحلیل کوواریانس تک متغیره در مورد آن‌ها انجام شد .

یافته ها : پس از تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار بود بر اساس تحلیل کوواریانس یک راه بر روی نمره کل افراد در متغیر تاب آوری بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) ($f=۸/۲۲۷$).

نتیجه گیری: این مداخله نشان داد که درمان شناختی – رفتاری موجب افزایش تاب آوری در جانبازان شده (PTSD) شده است.

کلید واژگان : درمان شناختی– رفتاری، اختلال استرس پس از سانحه، تاب آوری

اطلاعات مقاله

حسین جاویدنمین[۱]
محمد قمری*[۲]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱– MD، گروه روانشناسی، واحد بوئین زهرا، دانشگاه آزاد اسلامی، بویین زهرا، ایران

***۲– PHD، دانشیار گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران**

پست الکترونیک: counselor_ghamari@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

مقدمه

جنگ تحمیلی عراق علیه ایران حادثه مهمی در تاریخ زندگی مردم ایران است. این جنگ اثرات کوتاه مدت و بلند مدت زیادی بر روی مردم ایران داشته است. این واقعیت اجتماعی، خسارت‌های مادی، انسانی و اجتماعی زیادی را به دنبال داشته است. به وجود آمدن آسیب‌های جسمی و روحی برای بسیاری از مردم این مرز و بوم پیامد واقعی این جنگ است (۱).

یکی از اثرات و خسارت مخرب جنگ اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (۲). اختلال استرس پس از سانحه عبارت مجموعه‌ای از علایم که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پدیدار می‌شود (۳).

اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که اغلب پس از مشاهده یا تجربه یک رویداد آسیب‌زا باعث احساس ترس، بی نظمی، درماندگی، یا وحشت در فرد می‌شود (۴).

از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌توان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت زدایی، شخصیت باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یاد آوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگر اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شود (۵).

این اختلال با تعدادی از برون‌داده‌های منفی مثل کاهش کیفیت زندگی (۶)، افزایش خطرپذیری برای خودکشی(۷) و همانندی بسیار بالا با احتمال‌های روانپزشکی همراه است (۸). افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، واقعه آسیب‌زا را در رویا و نیز افکار روزانه خود مجددا تجربه می‌کنند و از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرختگی پاسخ‌دهی همراه با حالت برانگیختگی مفرط می‌شوند. سایر علایم عبارت است از افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی مثل ضعف را می‌توان اشاره کرد (۹).

با توجه به مشکلات روانی و جسمانی جانبازان تاب‌آوری مفهوم جدیدی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. تعیین عواملی که با توجه به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی به عنوان عامل تاب‌آوری عمل کرده باشد توجه پژوهشگران حوزه تاب آوری را به خود جلب کرده است. تاب آوری به فرآیند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی اطلاق می‌شود (۱۰). تاب آوری صرفا مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب‌آور مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (۱۲،۱۱).

تاب آوری شامل حفظ آرامش در شرایط استرس، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع اجتناب با راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌هاست (۱۳).

استنسما و همکاران نشان دادند تاب‌آوری به راهبردهای کنار آمدن موثر مانند راهبردهای فعال، جستجو حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت منجر شده و راهبردهای کنار آمدن غیر مفید مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد (۱۴).

تاب آوری یکی از سازه‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر است که احساس بهزیستی را در افراد تحت تاثیر قرار می‌دهد. امروزه تاب آوری در حوزه بهداشت و روان و روانشناسی تحولی جایگاه ویژه‌ای کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری‌های و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است (۱۵).

با وجود این که تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب آوری خود را با آموختن بعضی از مهارت‌ها افزایش دهند. به عبارت دیگر تاب آوری یک ویژگی ثابت و تغییرناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی و تاب آوری را دارند (۱۶).

تاب آوری به عنوان توانایی سازگاری موقعیت با شرایط دشوار تعریف می‌شود و باعث می‌شود که فرد در برابر استرس روزمره زندگی از خود انعطاف نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد. در نتیجه رویدادهای استرس آور زندگی روزمره نمی‌تواند باعث آسیب جدی در فرد شود. از سوی دیگر نیز باید توجه داشت که تاب آوری پایین باعث می‌شود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویداد استرس آور به حالت قبلی خود برگردد (۱۷).

مداخله شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتاری ناکارآمد خود را تشخیص دهد. سپس برای تغییر این افکار و رفتارها از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقا سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. اساس شیوه‌های شناختی-رفتاری، تغییر فرآیند شناخت است. این نظریه توضیح می‌دهد که تجربه یک رفتار به تنهایی کافی نیست، بلکه تعبیر و تفسیر فرد از آن تجربه است که منجر به اختلال روانشناختی می‌شود. چنین روش‌هایی که به منظور تعدیل سوء درک و سوء تغییر حوادث مهم زندگی به کار می‌روند درمان شناختی-رفتاری خوانده می‌شوند (۱۸).

درمان شناختی-رفتاری یکی از درمان‌های روانشناختی است که نتایج پژوهشها اثربخش آن را به بهبود اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند (۱۹-۲۵).

در تحقیقی که توسط قمری و همکاران بر روی زنان مطلقه انجام شده مشخص شد که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

تـاب آوری ایـن جامعـه آمـاری موثـر بـوده اسـت (۲۶).
در پژوهشـی کـه اثربخشـی درمـان شـناختی-رفتاری بـه شـیوه گروهـی بـر میـزان اضطـراب و تـاب آوری روانـی زنـان یائسـه شـهر رامسـر توسـط چرمچـی و همکارانـش صـورت گرفـت مشـخص شـد درمـان شـناختی-رفتاری بـر کاهـش اضطـراب و افزایـش تـاب آوری ایـن گـروه تاثیـر گـذار بـوده اسـت (۲۷).
طبیـب زاده و سـپهریان آذر در پژوهشـی کـه بـا هدف اثربخشـی درمان شـناختی-رفتاری بـر افزایـش تـاب آوری و کاهـش نشـخوارفکری بیمـاران قبـلا بـه MS انجـام دادنـد مشـخص نمودنـد کـه درمـان شـناختی-رفتاری بـر افزایـش تـاب آوری و کاهـش نشـخوارفکری بیمـاران مبتـلا بـه MS موثـر بـوده اسـت (۲۸).
هـدف پژوهـش حاضـر اثـر بخشـی درمـان شـناختی-رفتاری بـر افزایـش تـاب آوری جانبـازان مبتـلا بـه اختـلال اسـترس پـس از سـانحه بـود.
اکنـون ایـن پرسـش مطـرح می‌شـود کـه افزایـش تـاب آوری می‌توانـد راه حـل مناسـبی بـرای کاهـش مشـکلات جانبـازان مبتـلا بـه اختـلال پـس از سـانحه باشـد.

روش‌کار

ایـن پژوهـش از نـوع نیمـه آزمایـش بـا طـرح پیـش آزمـون پـس

جدول شماره ۱- محتوی جلسات

جلسات	محتوی جلسات درمان
جلسه اول	آشنایی بابیمار-ارزیابی توسط فهرستCD-RISC
جلسه دوم	تشکیل گروه درمانی-عقد قرارداد درمانی- هدفگذاری- تاکید تکالیف خانگی
جلسه سوم	شناخت و تشخیص بیماری PTSD(شناخت و نشانه ها)
جلسه چهارم	آموزش مبانی فیزیولوژیک و روانی نشانه های خشم- استرس- اضطراب-مفاهیم کلی تاب آوری
جلسه پنجم	آموزش مدیریت اضطراب –آموزش آرام سازی -تکنیکهای کنترل خشم و اضطراب- تکالیف خانگی
جلسه ششم	آرام سازی- آموزش باورهای غلط و تحریف های شناختی (ارون بک)- و تکالیف خانگی
جلسه هفتم	آموزش افکار و احساسات و رفتار بر اساس مدل A-B-C باورهای عاقلانه -تکالیف خانگی
جلسه هشتم	آموزش آرام سازی و ریلکسیشن - باورهای عاقلانه -بازخوانی خاطرات ناگوار و مواجهه سازی - تکالیف خانگی
جلسه نهم	بازخوانی خاطرات ناگوار- آموزش آرام سازی و ریلکسیشن- تکالیف خانگی
جلسه دهم	بازخوانی خاطرات ناگوار- آموزش آرام سازی و ریلکسیشن- تکالیف خانگی
جلسه یازدهم	بازخوانی خاطرات ناگوار و مواجهه سازی آموزش مفهوم تاب آوری و تمرینات مربوطه- تکالیف خانگی
جلسه دوازدهم	ادامه آموزش مفهوم تاب آوری – شروع بررسی مشکلات روزانه
جلسه سیزدهم	بررسی مشکلات اجتماعی جانبازان و دادن پاسخ های روانشناختی و کاربردی وگرفتن بازخورد و مرور جلسات درمانی
جلسه چهاردهم	گرفتن پس از آزمون بر اساسCD-RISC

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

جدول شماره ۲- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی نمره‌های کل پس آزمون تاب آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون	۹۶.۰۵۱	۱	۹۶.۰۵۱	۹.۱۸۶	۰.۰۰۶
گروه	۸۶.۰۲۷	۱	۸۶.۰۲۷	۸.۲۲۷	۰.۰۰۸
خطا	۲۵۰.۹۴۹	۲۴	۱۰.۴۵۶		
مجموع	۶۸۰۴۵.۰۰۰	۲۷			

آزمون با کنترل می‌باشد. جامعه آماری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی صدر در شهر تهران در سال ۹۷-۹۶ بودند تعداد ۳۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش مدت ۱۴ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته و از گروه آزمایش سه نفر به علت مشکلات شخصی حاضر به همراهی با گروه نشدند. ملاک‌های ورود به گروه شامل داشتن تشخیص PTSD که توسط روانپزشک تایید شد و عدم ابتلا به اختلالات جسمانی، عدم اعتیاد و سطح تحصیلات در حد متوسط بود. مقیاس تاب آوری توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ برای سنجش میزان تاب آوری افراد طراحی شده است. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بروی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملا نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کنند. امتیاز کل این آزمون از صفر تا ۱۰۰ می‌باشد در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص است. کانر و دیویدسون ثبات درونی مقیاس تاب آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۹٪ و پایایی بازآزمایی آن را ۸۷٪ گزارش نمودند (۲۹). محمدی و همکاران پایایی مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۹٪ محاسبه و همچنین روایی آن را نیز مناسب گزارش کردند (۳۰).

پس از اخذ رضایتنامه کتبی و شفاهی از جانبازان مبنی بر عدم دریافت رواندرمانی‌های دیگر و عدم مصرف داروهای خود تجویزی و خود سرانه، به مدت سه ماه با ذکر محرمانه بودن کلیه اطلاعات، مصاحبه‌ها، با تاکید بر داوطلبانه بودن جلسات گروه درمانی و شرکت مستمر در جلسات درمانی بر اساس درمان شناختی-رفتاری (CBT) اجرا شد.

افراد نمونه پژوهش دامنه سنی ۴۹ تا ۵۴ سال را داشتند. در صورتی که دامنه سنی آن‌ها در هنگام بروز حادثه ۱۸ یا تا ۲۵ سال گزارش شده است. همچنین میزان تحصیلات آن‌ها در بیشترین مقطع دیپلم و پایین‌ترین مقطع سیکل بوده است. شدت اختلال در همگی به صورت مزمن و وضعیت تاهل آن‌ها به غیر از یک نفر همگی متاهل گزارش شد. بیماران گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته توسط درمانگر تحت درمان CBT قرار گرفته در حالی که بیماران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند. در نخستین جلسه پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون به عنوان پیش آزمون و بعد از اتمام جلسات پرسش نامه مذکور را به عنوان پس آزمون دریافت نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر افزایش تاب آوری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با استفاده از درمان و آموزش‌های شناختی-رفتاری بود. درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تاب آوری جانبازان تاثیر داشته و اثربخشی معناداری در گروه ایجاد گردد که این اثربخشی با پژوهش‌های دیگر (۲۶-۲۸) همسو و هم جهت بوده است. در بین این یافته‌ها می‌توان گفت که افزایش تاب آوری با تحمل بحران‌ها و گذر از حوادث و فجایع تلخ رابطه مستقیمی داشته است و به عنوان عاملی در جهت کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند به کار رود. از طرفی دیگر چون تاب آوری نوعی حالت قابل توسعه در فرد است که براساس آن می‌تواند هنگام برخورد با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها، تعارض‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبت پیشرفت‌ها و مسئولیت‌های بیشتر به تلاش روز افزون ادامه داد تا به موفقیت بیشتری برسد. این افراد واقعیت‌های زندگی را به آسانی پذیرفته و ایمان دارند که زندگی با معنی است. این باور معمولا به وسیله ارزش‌های آن‌ها حمایت شده و دارای توانایی‌های چشم گیری برای سازگار کردن سریع خود با تغییرات بزرگ هستند (۳۱).

از آنجایی که تاب آوری به فرایند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی اطلاق می‌شود. و از سوی دیگر تاب آوری صرفا مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب آور مشارکت کننده فعال و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

سازنده محیط پیرامون خود است (۳۲).
همچنین در مفاهیم اصلی تاب آوری داریم که تاب آوری شامل فقط آرامش در شرایط استرس، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایش، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها می‌باشد. استنسما و همکاران نشان دادند تاب آوری به راهبرد کنار آمدن موثر مانند راهبردهای فعال جهت جست و جو حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت منجر شده است و راهبردهای کنار آمدن غیر مفید مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد (۱۴).
با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که تاب آوری شامل رفتار و افکار و عمل است که می‌توان آموخت و به تاب آوری را سازگار Wallerدیگران آموزش داد. از آنجایی که مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار آسیب‌ها و تهدیدات می‌داند. بنابراین در این تحقیق سعی شده است تا با آموزش و درمان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در جهت افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی آن‌ها گام برداشته شود (۳۳).
و همکاران (۳۵) و همچنین catalano و همکاران (۳۴)، Burton و همکاران (۳۶) در تحقیقات خود براثربخشی درمان Antony شناختی–رفتاری بر افزایش تاب آوری تاکید داشته‌اند و پژوهش حاضر نیز با یافته‌های آن‌ها هم سو و هم جهت می‌باشد. تاب آوری و کیفیت زندگی براساس یافته‌ها از طریق مداخله و آموزش تاب آوری افزایش می‌یابد و در نتیجه بر کیفیت زندگی و قدرت مقابله و انعطاف پذیری تاثیر مثبت خواهد داشت و نتایج مثبت آن در ارتقای بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آن‌ها آشکار خواهد شد. لذا براساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های قبلی توجه به آموزش تاب آوری و تاثیر آن، می‌توان در ارتقای کیفیت زندگی جانبازان موثر بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود همچنین به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌های آن به دیگر فرهنگ‌ها و دیگر اختلالات باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین پیشنهاد می‌گردد از این روش درمانی در سایر اختلالات روانشناختی مرتبط با PTSD استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری جانبازان و پرسنل زحمتکش بیمارستان صدر شهر تهران کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

تایید اخلاقی

قبل از انجام پژوهش هماهنگی‌های لازم با امور اداری کادر درمان بیمارستان روانپزشکی صدر به عمل آمد و با رعایت اصول اخلاقی رضایت نمونه‌ها جلب شد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

منابع

1-Mahboobi M, Khorasani E, Etemadi M, Shahidi Kh, Khaniabad Zh. The relationship between the purpose in life and general health in veterans and ordinary people. Iran J War Public Health. 2013;5(19):14-21. [Persian]

2-Zamani S, Veisani Y, Mohamadian F, Kikhavani S. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in People who Experienced Imposed War by Iraq on Iran in Ilam in 2016: Cross-Sectional Study. J Mil Med. 2018; 20 (4) :412-420 [Persian]

3-CUTLER JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Journal of Psychiatric Practice®. 2016 Jan 1;22(1):68-9.

4-Williams CL, Milanak ME, Judah MR, Berenbaum H. The association between PTSD and facial affect recognition. Psychiatr Res. 2018;265:298-302.

5-Mohaghegh Motlagh SJ, Momtazi S, Mosavinasab SN, Arab A, Sabouri E, Sabouri A. Post-traumatic stress disorder in male chemical injured war veterans compared to non-chemical war veterans. Med J Mashad Univ Med Sci. 2014;56(6):361-68. [Persian]

6-Schnurr, P.P, Hayes, A.F, Lunney, C.A, McFall, M & Uddo, M. Longitudinal analysis of the Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of anxiety disorders. 2011; 25(3):456-465

7-Lemaire, C.M & Graham, D.P. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. Journal of Affective Disorders, 2011;130(1):231-8-Pietrzak, R.H, Goldstein, R.B, Southwick, S.M & Grant, B.F..Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of anxiety disorders,2011; 25(3):456-65.

9-abdolpour G, Khanjani Z, Mahmoodalilou M, Fakhari A. The effectiveness of meta-cognitive therapy on metacognitive beliefs in patients with post-traumatic stress disorder. jms. 2016; 3 (4) :16-24

10-Diener E, Lucas RE, Schimmack U, Helliwell JF. Wellbeing for public policy. New York: Oxford University Press; 2009

11-Wright MO, Masten AS, Narayan AJ. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In: Goldstein S, Brooks R, editors. Handbook of resilience in children. Boston MA: Springer; 2013. pp. 15-37

12-- Thomas LJ, Asselin M. Promoting resilience among nursing students in clinical education. Nurse Educ Pract. 2018;28:231-4.

13-Sheikholeslami R, Daftarchi E. The prediction of students' subjective vitality by goal orientations and basic psychological needs. J Psychol. 2015;19(2):147-74. [Persian]

14- Steensma H, Den Heijer M, Stallen V. Research note: Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. Int Q Community Health Educ. 2006-2007;27(2):145-59

15- Greeff AP, Loubser K. Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking families in South Africa. J Relig Health. 2008;47(3):288

16. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs. 2016;37(4):266-72.

17-Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. Front Behav Neurosci. 2013;7:10.

18-Sadock, B. J., & Sadock, V. A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. (2011) Lippincott Williams & Wilkins.

19-Barrera, T. L., Cummings, J. P., Armento, M., Cully, J. A., Bush Amspoker, A., Wilson, N. L., ... & Stanley, M. A. (2017). Telephone-delivered

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]

and Resilience in Divorced Women. Socialworkmag. 2016; 5 (1) :5-12
27-Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, BakhtiarPour S. The Effect of "Cognitive Behavior Therapy" in Method Group on Anxiety and Psychological Resilience of Menopausal Women. JHPM. 2016; 5 (5) :15-22
28-Tabibzadeh F, Sepehrian azar F. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. mejds. 2017; 7 :45-45
29-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82.
30-Mohammadi M. Investigating effective factors on resilience of the people subject to drug abuse [Dissertation). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006. [Persian]
31-Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2007;13(3):290-5. [Persian]
32-Diener E, Lucas RE, Schimmack U, Helliwell JF. Wellbeing for public policy. New York: Oxford University Press;
33-Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. Am J Orthopsychiatry, 2001; 71(3): 290-7.
34-Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the ready program. Psychol Health Med. 2010; 15(3):266-77.
35-Catalano D, Chan F, Wilson L. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. Rehabil Psychol. 2011;56(3):200-11.
36-Antoni MH, Lechner L, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on Psychological and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. Brain Behav Immun. 2009; 23(5): 580-91.
cognitive-behavioral therapy for older, rural veterans with depression and anxiety in home-based primary care. Clinical Gerontologist, 40(2), 114-123.
20-Adelufosi, A., Edet, B., Arikpo, D., Aquaisua, E., & Meremikwu, M. M. Cognitive behavioral therapy for post traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review. International Journal of Gynecology & Obstetrics;2017 136(S1), 56-59.
21-Milosevic, I., Chudzik, S. M., Boyd, S., & McCabe, R. E. Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, anxiety, and substance use disorders: A pilot study. Journal of Anxiety Disorders, 2017;46, 85-100.
22-Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,2015. 46, 35-43.
23-Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., & Wiltink, J. Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the SOPHO-NET trial. Journal of affective disorders,(2015) 180, 21-28.
24-Kim, D. R., Hantsoo, L., Thase, M. E., Sammel, M., & Epperson, C. N. Computer-assisted cognitive behavioral therapy for pregnant women with major depressive disorder. Journal of Women's Health, . (2014) 23(10), 842-848.
25-Hossein Khanzadeh A, Rostampour A, Khosrojavid M, Nedaee N. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. 3 JNE. 2017; 5 (6) :24-32
26-Ghamari Kivi H, Rezaii Sharif A, Esmaeli Ghazi Valoii F. The Effectiveness of Metaphorical Cognitive and Behavioral Therapy on Depression

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.31.84]