



تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

فرهاد نامجو ^{id}

ایلناز سجادیان* ^{id}

محسن گل پرور ^{id}

i.sajjadian@khuisf.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ | پیاپی ۷ | ۳۱۹-۲۹۶

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان آنان بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع ترکیبی طرح اکتشافی متوالی و حاوی دو بعد کیفی و کمی بود. هدف بخش کیفی تعیین محتوا، ساختار و شکل نهایی بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها بود. برای تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر از رویکرد کیفی و برای مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی از رویکرد کمی و روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه استفاده شده است. جامعه آماری بخش کیفی پژوهش، علاوه بر متون علمی، شامل کلیه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج بود، که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در مدارس متوسطه شاهد و دانشگاه یاسوج مشغول به تحصیل بودند. جامعه بخش کمی را کلیه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج تشکیل دادند. نمونه‌گیری کیفی، به‌صورت هدفمند انجام و با ۱۵ نفر مصاحبه نیمه ساختاریافته تا اشباع نظری انجام شد. در بخش کمی نیز ۴۵ نفر از فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به سه گروه آزمایش اول (۱۵ نفر)، آزمایش دوم (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) به‌صورت تصادف کاربندی شدند. گروه آزمایش اول با استفاده از بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی محقق ساخته در هشت هفته و گروه آزمایش دوم با استفاده از درمان پردازش شناختی ریسک و همکاران (۲۰۰۷) در دوازده هفته ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده‌های کیفی به روش پدیدارشناسی و به شیوه مورد تأکید کلازی و داده‌های کمی به کمک آزمون واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** محتوای بسته ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شامل چهار مفهوم اصلی است: آموزش مقابله با سوگ و فقدان، مقابله و غلبه بر رنج و درد، گسترش حمایت اجتماعی، سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت بود و روایی بسته آموزشی نیز برابر با ۰/۸۷ گزارش شد. بخش کمی نتایج نشان دادند دو گروه آموزش بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر و درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان ($F=۳/۶۴$, $P=۰/۰۳۵$) و تحمل پریشانی ($F=۸/۷۰$, $P=۰/۰۰۱$) مؤثر بودند و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش نبود ($P>۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** از آنجا که بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی و درمان پردازش شناختی، تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان را ارتقاء میدهد؛ بنابراین برای بهبود تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر می‌توان از آن استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: وضعیت روان‌شناختی، پردازش شناختی، تنظیم شناختی هیجان، تحمل پریشانی، شاهد و ایثارگر

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(نامجو، سجادیان و گل‌پرور، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

نامجو، فرهاد، سجادیان، ایلناز؛ و گل‌پرور، محسن. (۱۴۰۰). تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳): ۲۹۶-۳۱۹.

مقدمه

از دیدگاه روانشناسی، جنگ به عنوان یک رویداد استرس‌زا، قابل تأمل و تعمق است. کشور ما در طول هشت سال، شاهد جنگ تحمیلی مخوفی بود که تأثیرات آن بدون شک بر طیف گسترده‌ای از جامعه قابل بررسی است (رضاپور و اسماعیل بیگی، ۱۳۹۶). تأثیرات جنگ را می‌توان در گروه‌هایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم درگیر جنگ بوده‌اند، مشاهده کرد. یکی از پیامدهای منفی جنگ، عوارض و آثار روانی آن بر خانواده‌های رزمندگان است. شهید، مجروح، معلول و مفقود شدن رزمندگان، عوارض و آثار روانی زیادی بر خانواده‌های آن‌ها به جا می‌گذارد (اسکارف، ۲۰۰۷). فرد آسیب دیده نه تنها خود دچار مشکل خواهد شد، بلکه محیط خانواده نیز بی‌تأثیر از او نخواهد بود. یکی از عوامل ایجاد اصطلاحات تخصصی بار اول زیرنویس شود در کشور ما جنگ بوده، به طوری که عواقب روانی کوتاه مدت یا درازمدت جنگ به عنوان یک فاجعه انسان ساخته، مشکلات متعددی را به بار آورده است و می‌تواند به عنوان منبعی برای استرس عمل کرده و به بروز درماندگی روان‌شناختی^۱ منجر شود (خمیس، ۲۰۱۲؛ سلومان، دبی-آهارون، زراچ و هورش، ۲۰۱۱). لورا فرد، فریدلندر، رید، نوآمی و روبرت (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که فرزندان خانواده‌های ایثارگر، نسبت به همسالان خود در تعاملات اجتماعی موفق نیستند و همچنین از لحاظ عزت نفس، سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های تحمل پریشانی در شرایط مناسبی قرار ندارند.

جنگ و خشونت‌های نظامی، بد عملکردی ارتباطی و اختلال در پویایی و سلامت روانی خانواده را به دنبال خواهد داشت (وین، موزورویچ، کولوزوویچ، بشیچ، لزیچ و موجاگیچ، ۲۰۰۴). متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار پدر به خصوص در مجروحان جنگی اعصاب و روان تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون، ۱۹۹۰). جانسون و تامسون (۲۰۰۸) دریافته‌اند که هر چه شدت ناتوانی جسمانی و روانی رزمنده بیشتر باشد، جایابی نقش‌ها و مسئولیت‌ها در میان خانواده نیز شدت می‌یابد و باعث کشمکش‌های پیچیده‌ای می‌شود که در نهایت موجب ایجاد استرس‌های جدید و اختلال در سلامت روانی فرزندان شاهد و ایثارگر می‌شود. یکی از عوامل مؤثر در چگونگی پاسخ‌گویی فرزندان شاهد و ایثارگر به حل اختلاف‌ها و مشکلاتشان و یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند میزان تجربه آسیب‌های روانی در فرزندان شاهد و ایثارگر را تحت تأثیر قرار دهد، تحمل پریشانی^۲ و سازه‌های مربوط به آن است. پریشانی سازه‌های متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی^۳ است که به صورت سازه‌ای فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است (بیکر و هورگر، ۲۰۱۲). این سازه که ممکن است در نتیجه فرآیندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز، گاهر، ۲۰۰۵). همچنین، تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله (۱) توانایی تحمل (۲) ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی (۳) شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد (۴) مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (لیرو، زولنسکی و برنشتاین، ۲۰۱۰). فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، در فضایی نایمن، فارغ از محبت و دل بستگی خانوادگی پرورش یافته‌اند که تأثیرات منفی زیادی بر آن‌ها می‌گذارد و آن‌ها را در معرض تجربه بحران‌های عاطفی و آشفتگی

1. Psychological Distress
2. Distress tolerance
3. Affect dysregulation

های هیجانی بیشتری قرار می‌دهد؛ بنابراین زمانی که با موقعیت‌های تنش‌زا مواجه می‌شوند، با شدت بیشتری به آن پاسخ می‌دهند و سعی می‌کنند جهت کاهش حالات منفی هیجان، با فاصله گرفتن، از تماس مستقیم با آن پرهیز کرده و از راهبردهای هیجان مدار برای رهایی از موقعیت تنش‌زا استفاده کنند (رضاپور و اسماعیل بیگی، ۱۳۹۶). سطح پایین تحمل پریشانی نوعی بدتنظیمی هیجان در فرد ایجاد می‌کند که منجر به پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه به موقعیت و شرایط تنش‌زا می‌شود (رادرفورد، گلدبرگ، لویتن، بریدجت، مایز، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کم‌تری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میچل و اشمیت، ۲۰۱۰). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) نیز ویژگی‌هایی از جمله (۱) بیان تجربه پریشانی به گونه تحمل‌ناپذیر (۲) ارزیابی پریشانی به صورت غیرقابل‌پذیرش (۳) اشتغال به برخی کوشش‌های رفتاری در جهت کاهش حالت‌های هیجانی منفی (۴) ناتوانی در دور کردن احساس پریشانی در راستای تمرکز توجه را برای افراد با تحمل پریشانی پایین برشمردند. اگر این افراد قادر به تسکین این هیجان‌ها نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌شود و عملکرد و تمایل آن‌ها برای رشد فردی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (رادرفورد، گلدبرگ، لویتن، بریجت و میس، ۲۰۱۳). با توجه به این که فرزندان شاهد و ایثارگر با عوامل استرس‌زای مختلفی مواجه هستند، کاهش سطح تحمل پریشانی ممکن است با پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به رویدادهای استرس‌زا همراه باشد. نتایج پژوهش پوترا و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که تحمل پریشانی به عنوان یک واسطه در رابطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از مواد مخدر به عنوان یک روش مقابله است.

از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر می‌توان به کنترل هیجانی و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان^۱ اشاره کرد (ریورز و استون من، ۲۰۰۳؛ نقل از نامجو، سجادیان و گل‌پور، ۱۳۹۹). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تأیید شده است (دیلون، دونی و پیزاگالی، ۲۰۱۱؛ ورنر و گراس، ۲۰۱۰). راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان به طور کلی به دو طبقه راهبردهای مثبت و منفی تنظیم‌شناختی هیجان تقسیم می‌شود. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه می‌باشند که راهبردهای سازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند و منجر به بهبود عزت نفس، صلاحیت‌های اجتماعی، رشد فردی و غیره می‌شوند (اسمیت، میسون، اندرسون و لاوندر، ۲۰۱۹). در مقابل راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری می‌باشند که راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند و منجر به استرس، افسردگی، سایر آسیب‌های روانی و غیره می‌شوند (کای، پان، ژانگ، وی، دونگ، دنگ، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند پاسخ‌های هیجانی نامناسب در مواجهه با فشار روانی از جمله احساس غمگینی و پریشانی و راهبردهای نارسای تنظیم هیجان‌ها موجب پریشانی‌های کوتاه مدت عاطفی در بین فرزندان شاهد و ایثارگر می‌شود (سیاح، اولی پور، اردمه، شهیدی، یعقوبی عسگرآباد، ۱۳۹۳). تنظیم‌شناختی هیجان، یکی از عوامل تعیین‌کننده و حساس درون فردی برای

روابط بین فردی است (اشتراوس، کیویتی، هوپرت، ۲۰۱۹) و نشان‌دهنده راه‌های کنار آمدن با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشند (گروس، ریچارد و جان، ۲۰۰۶). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در شرایط آسیب‌زا است (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱).

از جمله رویکردهای درمانی که تمرکز بر آسیب دارد، درمان پردازش شناختی^۱ (CPT) است. درمان پردازش شناختی یکی از رویکردهای درمانی برای افراد مواجهه شده با تروما یا آسیب است. این روش یک برنامه درمانی است که توسط رسیک و همکاران در سال ۱۹۹۲، بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات برای اختلال استرس پس از سانحه بخصوص قربانیان تجاوزهای جنسی دوران کودکی پایه‌ریزی شد. درمان پردازش شناختی پیشنهاد می‌کند که قربانیان تجاوز جنسی، از تنوعی از اطلاعات رنج می‌برند که اغلب از یکپارچه‌سازی رویدادها جلوگیری می‌کنند، زیرا آن‌ها با طرح‌واره‌های قبلی فرد در تضاد می‌باشند؛ یعنی علت اصلی اختلال استرس پس از سانحه را این‌گونه می‌توان توجیه کرد، تعارض بین طرح‌واره‌های قبلی و اطلاعات جدید که به وسیله یک حادثه آسیب‌زا فعال می‌شوند و تمرکز اصلی این شیوه درمانی، شناسایی و اصلاح این تعارضات است (رسیک، نیشیث، ویور، آستین و فایر، ۲۰۰۲). وقتی رویدادی جذب و جایگزین نمی‌شود این احتمال وجود دارد که فرد بخواهد نشانه‌های اجتناب و ناخودآگاه را در خود توسعه بدهد (نریمانی، بشرپور و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵). رویکرد درمان پردازش شناختی برای تأکید بر این طرح‌واره‌های شناختی تحریف شده و ناسازگار طراحی شد (رسیک و اشنیک، ۱۹۹۲). شناخت‌های پس از تروما به شناخت‌های تحریف شده فرد از حادثه تروماتیک (مثلاً احساس مسئولیت در قبال وقوع آن حادثه) تحریف شده است. شناخت‌های پس از تروما (پس آسیبی) افکار و باورهای منفی‌ای هستند که فرد پس از مواجه شدن با تروما آن‌ها را در خود رشد می‌دهد. این شناخت‌ها می‌توانند هم در مورد خود، هم در مورد جهان و هم افکاری در مورد خودسرزندی باشند (شولز، رسیک، هوبر و گریفین، ۲۰۱۴). محققان مختلف اثربخشی این روش را در جمعیت‌های مواجهه شده با آسیب‌های مختلفی چون نوجوانان زندانی شده (آهرنز و رکسفولد، ۲۰۱۵)، سربازان جنگ (مانسون، شنور، رسیک، فریدمن، یانگ و استیونز، ۲۰۰۶)، پناهندگان سیاسی (شولز، رسیک، هوبر و گریفین، ۲۰۱۴) و قربانیان تصادفات رانندگی (گالووسکی، لوئیس و رسیک، ۲۰۰۰) نشان داده‌اند. آلوارز، مک لین، هریس، روزن، روزک و کیمرلینگ (۲۰۱۱) با مقایسه اثربخشی درمان گروهی پردازش شناختی با یک درمان گروهی متمرکز بر تروما به این نتیجه رسیدند که شرکت‌کنندگان درمان پردازش شناختی بهبودی‌های بیشتری نسبت به گروه دیگر در چک‌لیست علائم اختلال استرس پس از سانحه نشان دادند. نریمانی، بشرپور، قمری و ابوالقاسمی (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که این روش درمانی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانویید در دانش‌آموزان مواجهه شده با آسیب مؤثر است. لذا با توجه به مطالب بیان شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سؤالات زیر است:

۱. محتوا و ساختار بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها چگونه است؟
۲. شکل نهایی بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها چگونه است؟

۳. آیا بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها و درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
 ۴. آیا بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها و درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مرحله پیگیری پایدار است؟
 ۵. آیا بین میزان اثربخشی بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها و درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی آنان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش، ترکیبی است. برای تدوین بسته آموزشی ارتقا وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر از رویکرد کیفی با روش پدیدارشناسی به شیوه مورد تأکید کلایزی و برای مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی از رویکرد کمی و روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه استفاده شده است. جامعه آماری بخش کیفی پژوهش، علاوه بر متون علمی، شامل کلیه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در مدارس متوسطه شاهد و دانشگاه یاسوج مشغول به تحصیل بودند. جامعه بخش کمی را کلیه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج تشکیل دادند. نمونه‌گیری کیفی، به صورت هدفمند انجام و با ۱۵ نفر مصاحبه نیمه ساختاریافته تا اشباع نظری انجام شد. در بخش کمی نیز ۴۵ نفر از فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و با پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) مورد پرسش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش در بخش کمی شامل فرزند جانباز ۲۵ درصد به بالا و یا فرزند شهید و رضایت مکتوب برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل دریافت روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، مصرف مواد و داروهای روان‌گردان، بیماری‌های بارز جسمی و روانی و غیبت بیش از دو جلسه بود.

روش پژوهش در بخش کیفی، با توجه به تمرکز بر تجارب زیسته فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، روش پدیدارشناسی به شیوه مورد تأکید کلایزی بوده است. در پژوهش حاضر بر اساس روش کلایزی هفت گام تا رسیدن به هدف طی شد.

(۱) در مرحله اول کلایزی، در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت برداری‌های میدانی، ابتدا بیانات ضبط شده شرکت‌کنندگان مکرراً گوش داده شد و اظهاراتشان، کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شد و مصاحبه نوشته شده جهت درک احساس و تجارب شرکت‌کنندگان چند بار مطالعه گردید.

(۲) در مرحله دوم، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت‌کنندگان، زیر اطلاعات با معنی، بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث، خط کشیده شد و به این طریق جملات مهم مشخص گردید.

(۳) مرحله سوم که استخراج معانی فرمول‌بندی شده^۱ است. بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر مصاحبه‌شونده است استخراج

۱. Formulated meanings

شود. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، سعی شد تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آن‌ها اطمینان حاصل شود. (۴) بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر مفاهیم تدوین شده را به دقت مورد مطالعه قرار داد و بر اساس تشابه مفاهیم، آن‌ها را دسته‌بندی کرد. از این طریق، دسته‌های موضوعی، از مفاهیم تدوین شده تشکیل شد.

(۵) در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه به هم پیوند خوردند و دسته‌های کلی تری را به وجود آوردند.

(۶) در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه (تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام) ارائه شد.

(۷) مرحله پایانی اعتباربخشی با ارجاع به هر نمونه و پرسیدن درباره یافته‌ها انجام شد؛ علاوه جهت استحکام تحقیق از دو معیار اطمینان‌پذیری و باورپذیری استفاده شد (لنیجر و مکفارلند، ۲۰۰۲).

هفت مرحله شرح داده شده بر مبنای رویکرد پدیدار شناختی کلایزی به تجارب زیسته فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر ابتدا استفاده شد تا محتوا و ساختار بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر به دست آمد. برای اطمینان از فرایند استخراج و کدگذاری داده‌های حاصل از مصاحبه پدیدار شناختی با فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، از پایایی بین کدگذاری از طریق حداقل دو نفر کدگذاری کننده مستقل و بی‌نام استفاده شد. ضریب پایایی بین کدگذاران مستقل در نهایت محاسبه شد. پس از دستیابی به ساختار و محتوای بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، فنون آموزشی مورد نیاز از طریق جستجوی کلیدواژه محور فنون آموزشی مرتبط با هر یک از مقولات پدیداری حاصل از تجارب زیسته فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر از متون علمی استخراج و بسته آموزشی اولیه طراحی و تدوین شد. به دنبال این وضعیت، بسته توسط هشت متخصص از لحاظ ساختار، محتوا، زمان و کفایت بسته آموزشی مورد ارزیابی و با اعمال نظرات تخصصی متخصصان در بسته آموزشی، بسته آموزشی نهایی برای اجرا در بخش کمی پژوهش آماده شد. لازم به ذکر است که ارزیابی تخصصی بسته آموزشی ویژه فرزندان شاهد و ایثارگر پیش از اجرای نهایی بر روی گروه آزمایش، به ضریب توافق ۰/۸ تا ۰/۸ در مورد ساختار، محتوا و کفایت محتوایی و زمانی بسته منتهی شد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان! این مقیاس، پرسشنامه‌ای چندبعدی است که توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و نسخه اصلی آن دارای ۳۶ ماده است که هر کدام بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از هرگز (۶) تا همیشه (۹) قرار دارد. هر ۴ عبارت یک‌خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۱ خرده مقیاس وجود دارد که هر کدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌سنجد. سه خرده مقیاس پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی شامل سؤالات (۲۱-۲۲-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳)، و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه شامل سؤالات (۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۱۵) سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار

را تشکیل داده‌اند و چهار خرده‌مقیاس دیگر یعنی سرزنش خود (سؤالات ۱-۲-۴)، سرزنش دیگران (سؤالات ۳۴-۳۵-۳۶)، نشخوار ذهنی (سؤالات ۳-۹-۱۰-۱۱-۱۲) و فاجعه‌انگاری (سؤالات ۲۹-۳۰-۳۱-۳۲) سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. نمرات هر زیرمقیاس در دامنه از ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد؛ بنابراین هر فرد در این پرسشنامه می‌تواند ۱۱ نمره جداگانه دریافت کند. این پرسشنامه می‌تواند در گروه‌های سنی مختلف با تحصیلات متفاوت، بیماران روانی و افراد بهنجار اجرا شود (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش‌های دیگر تأیید شده است؛ از جمله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای ۸ کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش دادند. در پژوهش محمودی و قائمی (۱۳۹۶) پایایی متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت ۰/۷۲، در مؤلفه پذیرش ۰/۹۲، تمرکز مجدد مثبت ۰/۲۸، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۹۳، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۲۱ و کنار آمدن با دیدگاه ۰/۷۲ به دست آمد و پایایی تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۷۸، در مؤلفه سرزنش خود ۰/۶۵، سرزنش دیگران ۰/۷۲، نشخوار فکری ۰/۹۹ و فاجعه‌پنداری ۰/۶۷ به دست آمد؛ پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر^۱. پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸-۱۳ و ۱۴ است. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) نمره‌گذاری می‌شوند و که هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). علوی (۱۳۸۸) در پایان‌نامه‌اش از این ابزار بهره‌گرفته است و آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس داری پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0/71$) و خرده‌مقیاس‌ها داری پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، تنظیم ۰/۵۸) هستند (علوی، ۱۳۸۸)؛ پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۳. درمان پردازش شناختی^۲. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی اجرا می‌شود. محتوای جلسات درمان پردازش شناختی نیز مطابق راهنمای فراهم شده توسط رسیک، نیشیس، ویور، آستین و فیوئر (۲۰۰۷) بود که جهت بررسی اعتبار آن در نمونه‌های آسیب دیده و فرزندان شاهد و ایثارگر و انطباق آن با فرهنگ ایرانی قبل از اجرا به تأیید چهار نفر متخصص این حوزه رسانده شد و در نهایت به شرح زیر ارائه گردید:

جلسه اول و دوم. در این دو جلسه پس از ایجاد تفاهم درمان‌بخش، درباره مشکلات فعلی آزمودنی‌ها آگاهی لازم داده شد و مشکلات آن‌ها ارزیابی و ساختار جلسات درمانی مشخص شد، اختلالات موجود آن‌ها تبیین

1. Distress Tolerance Scal (DTS)

۲. cognitive procesing therapy

شناختی شده و منطبق درمان ارائه گردید. در آخر جلسه دوم نیز از آن‌ها درخواست شد تا به عنوان یک تکلیف عملی یک توصیف حادثه بنویسند.

جلسه سوم و چهارم. در این جلسات معنای رویداد آسیب‌زای آزمودنی‌ها شناسایی و مواجهه سازی نوشتاری بر اساس توصیف حادثه‌ی آزمودنی‌ها به کار گرفته شد و از روش ABC در شناسایی ارتباط بین افکار و احساسات آزمودنی‌ها استفاده گردید.

جلسه پنجم و ششم. در این دو جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا باورهای خود درباره رویداد آسیب‌زا را ارزیابی مجدد بکنند و بازسازی شناختی به آن‌ها معرفی گردید و باورهای آن‌ها با استفاده از فهرستی از سؤالات چالش‌برانگیز به چالش کشیده شد و از آن‌ها خواسته شد به وسیله خود بازبینی به طور منظم افکار خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به چالش بکشند.

جلسه هفتم و هشتم. در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا با تکنیک‌های شناسایی باورهای مرتبط با امنیت، شناسایی مسیرهای ارتباط این باورها با اضطراب و اجتناب، تمایز تمرین‌های مناسب جستجوی امنیت از تمرین‌های اجتناب مبتنی بر ترس، تشخیص خود گویی‌های کاهش دهنده اضطراب و ارزیابی واقع‌بینانه احتمال رخداد مجدد رویداد آسیب‌زا احساس امنیت خود را افزایش دهند. در ادامه این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا به کمک تکنیک‌های ارزیابی رویکرد همه یا هیچ خود نسبت به اعتماد، آموزش روش‌های اعتماد کردن، آموزش تمرکز بر رفتار واقعی دیگران نه قضاوت‌های کلی در مورد آن‌ها و تشویق به درخواست و دریافت حمایت از جانب دیگران در مواقع تجربه عوامل فشارزا اعتماد خود به دیگران را افزایش دهند.

جلسه نهم و دهم. در این جلسه با استفاده از تکنیک‌های شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مربوط به خودکارایی و روابط بین فردی و همچنین اعتبار یابی خشم به عنوان واکنش منطقی به رویداد آسیب‌زا و تجارب ناشی از آن به آزمودنی‌ها کمک شد تا بدون ترس از کوره در رفتن رویداد آسیب‌زا و تجارب ناشی از آن را تجربه کرده و با آرامش درباره آن صحبت کرده و بیشتر احساس کنترل و قدرت نمایند. همچنین در این جلسه با شناسایی فرضیات اثرگذار بر خلق و عزت نفس و رشد فردی و کشف اثرات رویداد آسیب‌زا بر تقویت این فرضیات و تشویق آزمودنی‌ها به احساس ارزشمندی به واسطه حوادث خوشایند و تعریف و تمجید از خود به آن‌ها کمک شد عزت نفس و رشد فردی خود را افزایش دهند.

جلسه یازدهم و دوازدهم. در این جلسه با استفاده از روش‌های بحث روی اثر حادثه آسیب‌زا بر صمیمیت آن‌ها با دیگران، شناسایی تمام تلاش‌های بیرونی مشکل‌زای خودتسکین دهی (برای مثال روی آوردن به پرخوری، کم خوری و غیره) شناسایی دامنه موضوعات حل نشده مربوط به کنترل و اعتماد که با صمیمیت ارتباط دارند و کشف هر نوع اجتناب از حمایت اجتماعی به آزمودنی‌ها کمک شد تا میزان صمیمیت خود را افزایش دهند. در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا باورهای بیش از حد تعمیم داده شده و افراطی در مورد خود را شناخته، ارزیابی کرده و تجدید نظر نمایند، در آخر این جلسه نیز معنای رویداد آسیب‌زا با آزمودنی‌ها مرور شد و از آن‌ها درخواست گردید تا گزارشی دوباره درباره آن رویداد نوشته و گزارش قبلی خود را اصلاح نماید. در نهایت درمان با یادآوری مفاهیم و مهارت‌های معرفی شده در طول دوره به پایان رسید.

۴. بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر. جهت تدوین بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، ابتدا از طریق تحلیل موضوعی (مضمون) پدیدار شناختی بر پایه رویکرد کلایزی، مقولات پایه پدیداری مرتبط با فنون آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی استخراج و سپس با تشکیل شبکه مضامین پدیداری بسته آموزشی اولیه به صورت اولیه تهیه شد. سپس بسته مورد نظر در اختیار هشت نفر از متخصصان آگاه به آموزش روان‌شناختی قرار گرفت. نظرات اصلاحی این داوران در بسته آموزشی نهایی اجرا شد. به منظور بررسی اعتبار محتوا از هشت متخصص روانشناسی و مشاوره خواسته شد تا روی یک طیف پنج درجه‌ای محتوا را بر اساس سؤالات ارزیابی محتوا، بررسی کنند. سپس اعتبار محتوا بر طبق نظر آنان به کمک ضریب CVR بررسی شد و $CVR=0/87$ به دست آمد که نشان از اعتبار محتوای این بسته دارد. نتایج به دست آمده از ضریب CVR در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. نتایج ضریب CVI بسته ارتقای وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر

نتیجه	CVI	آیتم
مورد قبول	۰/۹۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با فرایند آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران
مورد قبول	۰/۸۳	تناسب جلسات با ساختار و گام‌های مورد نیاز در آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران
مورد قبول	۰/۸۸	کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام‌ها و مهارت‌های آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران
مورد قبول	۰/۸۸	کفایت بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران برای اجرا بر روی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران
مورد قبول	۰/۸۶	ارزیابی کلی بسته آموزش فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران
مورد قبول	۰/۸۷	کل

جلسه اول. محتوای جلسه اول آموزش مقابله با سوگ و فقدان بود. در این جلسه اهدافی مانند-آشنایی و معارفه و بیان قوانین و اصول حاکم بر آموزش و تعداد جلسات آموزش. ایجاد زمینه برای برقراری و تعمیق رابطه گروهی و آموزشی همراه با یادآوری تعهد، مبنی بر رازداری، به منظور ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی و مشارکت هر چه بیشتر آزمودنی‌ها-اجرای پیش‌آزمون-آشنایی با مراحل روبه رویی با سوگ و فقدان-آشنایی با شیوه‌های صحیح و مناسب مقابله با سوگ-آموزش چرخه فکر-هیجان و مروری بر افکار منفی و چالش با آن‌ها (چرا او مرده است)-کمک به فرزندان شاهد و ایثارگر جهت یافتن معنا در مصیبت دنبال شد.

جلسه دوم. محتوای جلسه دوم آموزش مقابله و غلبه بر رنج و درد بود؛ و اهداف این جلسه شامل-معرفی انواع درد و رنج روانی و شیوه‌های مقابله با آن‌ها-شناخت عوامل ایجاد کننده افسردگی و شیوه‌های مقابله با آن-شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و شیوه‌های مقابله با آن-شناخت عوامل ایجاد کننده استرس و شیوه‌های مقابله با آن-درک و دریافت معنای رنج و درد، توضیح مثلث غم انگیز (مرگ، گناه و رنج)-آگاهی اعضا نسبت به آزادی و مسئولیت انتخاب بود.

جلسه سوم، محتوای جلسه سوم شامل ادامه آموزش مقابله و غلبه بر رنج و درد بود. -آشنایی با شیوه‌های کاهش افسردگی، اضطراب و استرس- آشنایی با شیوه‌های افزایش خودآگاهی و تجربه کردن احساسات اینجا و اکنون- آشنایی و مواجهه اعضا درباره ناکامی‌ها، سوگ، گناه و موقعیت‌های ناخوشایندی که از آن اجتناب می‌کردند- استفاده از تکنیک صندلی داغ با هدف اینکه فرد احساسات و عواطفش را در زمینه‌ای که در گذشته اتفاق افتاده را تجربه کند، از اهداف جلسه سوم بودند.

جلسه چهارم، محتوای اصلی این جلسه شامل آموزش گسترش حمایت اجتماعی بود؛ و اهدافی شامل آشنایی با انواع حمایت اجتماعی-آشنایی با جلب حمایت اجتماعی-آشنایی با عوامل مؤثر در جلب حمایت اجتماعی را دنبال کرد.

جلسه پنجم، ادامه آموزش گسترش حمایت اجتماعی محتوای جلسه پنجم را تشکیل داد. آشنایی با جلب حمایت اجتماعی و آشنایی با شیوه‌های حفظ حمایت اجتماعی از اهداف این جلسه بود.

جلسه ششم، آموزش سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت از محتوای اصلی جلسه ششم بود. اهداف این جلسه شامل-آغاز فرآیند شناخت و کسب آگاهی نسبت به سازگاری هدفمند و آغاز آموزش فنون آشنایی با نقش شناخت در سازگاری هدفمند-آشنایی با روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار بود

جلسه هفتم، محتوای جلسه شامل ادامه آموزش سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت بود که اهدافی مانند پاسخگویی به سؤالات اعضا و بررسی کاربرد جلسه اول-بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل-توضیح درباره نحوه مدیریت شناخت‌های غلط درباره خود، دیگران و موقعیت-شناخت هیجانات منفی و راهکارهای مقابله با هیجانات منفی-اجرای تکنیک صندلی خالی با هدف فرصتی برای بیان ناگفته‌ها و پرداختن به مسائل متعارض درونی و ارتباطی مراجع (روش کار، تحریک افکار و برانگیختن هیجانات فرد بود)-همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی-آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان را دنبال کرد.

جلسه هشتم، ادامه آموزش سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت محتوای این جلسه بود. - آشنایی با اهمیت معنایابی در سازگاری هدفمند-آشنایی با روش‌های معنایابی-پذیرش آزادی فردی و مسئولیت‌پذیری-اجرای پس‌آزمون از اهداف اصلی جلسه هشتم بود.

شیوه اجرا. در بخش کیفی پژوهش پس از شناسایی فرزندان شاهد و ایثارگر شهر یاسوج مراحل زیر برای انتخاب شرکت‌کنندگان انجام شد. ۱. انتخاب هدفمند فرزندان شاهد و ایثارگر تا رسیدن به مرحله اشباع داده‌ها. (۱۵ نفر)؛ ۲. جلسات مصاحبه با شرکت‌کنندگان در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه‌کننده (پژوهشگر) و مصاحبه شونده از لحاظ مکانی و زمانی در برخی از شرکت‌کنندگان در مرکز مشاوره مدرسه و دانشگاه و برخی شرکت‌کنندگان در مرکز مشاوره فرهنگیان یاسوج برگزار شد و هر مصاحبه ۳۵ تا ۵۰ دقیقه زمان برد؛ ۳. جهت تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر، ابتدا از طریق تحلیل موضوعی (مضمون) پدیدار شناختی بر پایه رویکرد کلایزی، مقولات پایه پدیداری مرتبط با فنون آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی استخراج و سپس با تشکیل شبکه مضامین پدیداری بسته آموزشی اولیه به صورت اولیه تهیه شد؛ ۴. سپس بسته مورد نظر در اختیار هشت نفر از متخصصان آگاه به آموزش روان‌شناختی قرار گرفت. نظرات اصلاحی این داوران در بسته آموزشی نهایی اجرا و توافق بین ارزیاب‌ها محاسبه شد. شیوه اجرا در بخش کمی پژوهش خود شامل دو مرحله بود. الف) در مرحله اول

در بخش کمی پژوهش، ابتدا آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر به صورت مقدماتی (پایلوت) بر روی ۶ نفر از این فرزندان مورد اعتبار سنجی مقدماتی قرار گرفت. (ب) در مرحله دوم پژوهش پس از غربالگری و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آموزشی و درمانی و گروه کنترل، بسته آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر (از طریق ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و درمان پردازش شناختی (از طریق ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش و درمان قرار گرفتند؛ داده‌های کیفی به روش پدیدارشناسی و به شیوه مورد تأکید کلایزی و داده‌های کمی به کمک آزمون واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سینی گروه آزمایش اول برابر با ۱۵/۵۴ (۳/۷۸) سال، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش دوم ۱۵/۱۸ (۳/۴۱) سال و میانگین و انحراف استاندارد گروه گواه ۱۵/۷۸ (۳/۲۳) بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول ۲۵ درصد (۴ نفر) دارای وضع اقتصادی خوب، ۵۰ درصد (۷ نفر) وضع اقتصادی متوسط و ۲۵ درصد (۴ نفر) وضع اقتصادی ضعیف؛ شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم نیز ۲۰ درصد (۳ نفر) دارای وضع اقتصادی خوب، ۶۰ درصد (۸ نفر) وضع اقتصادی متوسط و ۲۰ درصد (۳ نفر) وضع اقتصادی ضعیف بودند و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۲۵ درصد (۴ نفر) دارای وضع اقتصادی خوب، ۲۵ درصد (۴ نفر) وضع اقتصادی متوسط و ۵۰ درصد (۷ نفر) وضع اقتصادی ضعیف بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری در سه گروه

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تحمل	بسته تدوین شده	۴۱/۴۰	۴/۰۶	۴۵/۸۰	۲/۸۴	۴۴/۵۳
پریشانی	پردازش شناختی	۴۰/۹۳	۳/۴۶	۴۶/۲۶	۳/۰۱	۴۵/۶۶
	گواه	۴۱/۴۶	۳/۶۴	۴۲/۲۶	۳/۰۳	۴۱/۱۳
تنظیم	بسته تدوین شده	۹۷/۸۶	۱/۷۶	۱۰۵/۱۳	۱/۲۴	۱۰۳/۸۶
شناختی	پردازش شناختی	۹۶/۸۶	۲/۲۹	۱۰۳/۲۰	۲/۲۱	۱۰۳/۳۳
هیجان	گواه	۹۷/۰۰	۲/۲۳	۹۷/۵۳	۲/۹۷	۹۷/۱۳

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان داد تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش و در متغیر تحمل پریشانی افزایش داشته است؛ همچنین میانگین تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش و در متغیر تنظیم شناختی هیجان کاهش داشته است.

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها	کولموگراف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
		Z	F	W
		معناداری	معناداری	مخلی
				سطح معناداری
تحمل پریشانی	بسته تدوین شده	۰/۱۹	۰/۹۴	۰/۶۸
	پردازش شناختی	۰/۱۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	گواه	۰/۲۰	۰/۲۰	
تنظیم شناختی هیجان	بسته تدوین شده	۰/۱۸	۰/۷۸	۰/۷۵
	پردازش شناختی	۰/۱۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	گواه	۰/۱۶	۰/۲۰	

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیر تنظیم هیجانی راهبرد انطباقی برقرار است و پیش‌فرض کرویت در این متغیر رعایت شده است ولی در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اسپیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دو متغیر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی از این آماره استفاده شد.

جدول ۴. نتایج واریانس اندازه‌های تکراری تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان بر حسب گروه‌ها

منابع تغییر	SS	Df	MS	F	sig	اندازه اثر
آزمون (تکرار)	۲۹۴/۵۰	۱/۵۱	۱۹۴/۴۳	۵۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵
درون گروهی						
تعمل آزمون * گروه	۱۲۵/۶۳	۳/۰۲	۴۱/۴۷	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
بین گروهی						
گروه (متغیر آزمایشی)	۱۸۷/۳۹	۲	۹۳/۶۹	۳/۶۴	۰/۰۳۵	۰/۱۴
تنظیم شناختی						
آزمون (تکرار)	۶۰۱/۴۳	۱/۶۰	۳۷۵/۷۴	۱۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵
درون گروهی						
تعمل آزمون * گروه	۲۶۲/۶۵	۳/۲۰	۸۲/۰۴	۲۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
بین گروهی						
گروه (متغیر آزمایشی)	۲۱۵/۸۸	۲	۱۰۷/۹۴	۸/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹

با توجه به مندرجات جدول ۴ بر حسب نمرات حاصل از ((گروه‌ها)) اثر اصلی عامل زمان برای متغیرهای وابسته معنادار است؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده‌ی نمرات متغیرهای وابسته تفاوت معناداری را نشان

می‌دهد ($p < 0/05$). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (گروه‌ها) برای متغیر تحمل پریشانی معنادار به دست آمد؛ یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر تحمل پریشانی تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0/05$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) برای کلیه‌ی متغیر تحمل پریشانی از نظر آماری معنادار گزارش شد؛ یعنی روند تغییرات تحمل پریشانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($p < 0/05$). این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و گواه تغییر معناداری در میانگین نمره‌ی تحمل پریشانی وجود آمده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۱۴٪ از تغییرات تحمل پریشانی مربوط به مداخله آموزشی بوده است؛ با توجه به معنادار بودن نتایج، در ادامه با استفاده از مقایسه دو به دوی میانگین‌های گروه‌های آزمایشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخت شد. با توجه به مندرجات جدول فوق بر حسب نمرات حاصل از ((گروه‌ها)) اثر اصلی عامل زمان برای متغیرهای وابسته معنادار است؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده‌ی نمرات متغیرهای وابسته تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0/05$). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (گروه‌ها) برای متغیر تنظیم شناختی هیجان معنادار به دست آمد؛ یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0/01$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) برای کلیه‌ی متغیر تنظیم شناختی هیجان از نظر آماری معنادار گزارش شد؛ یعنی روند تغییرات تنظیم شناختی هیجان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($p < 0/01$). این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و گواه تغییر معناداری در میانگین نمره‌ی تنظیم شناختی هیجان مربوط به مداخله آموزشی بوده است؛ با توجه به معنادار بودن نتایج، در ادامه با استفاده از مقایسه دو به دوی میانگین‌های گروه‌های آزمایشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخت شد.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی به‌منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها

گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
تحمل	بسته تدوین شده	۲/۲۸*	۱/۰۶	۰/۰۴۳
پریشانی	بسته تدوین شده	۰/۳۷	۱/۰۶	۰/۹۳
	پردازش شناختی	۲/۶۶*	۱/۰۶	۰/۳۷
تنظیم	بسته تدوین شده	۴/۷۱**	۰/۲۶	۰/۰۰۱
شناختی	بسته تدوین شده	۰/۴۶	۰/۲۶	۰/۲۷
هیجان	پردازش شناختی	۴/۲۰**	۰/۲۶	۰/۰۰۱

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

در جدول ۵ اثر دو بسته آموزشی بر متغیر وابسته تحمل پریشانی از طریق آزمون تعقیبی توکی با یکدیگر مقایسه شدند. همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود بین دو گروه آموزش بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر و درمان پردازش شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در جدول فوق اثر دو بسته آموزشی بر متغیر وابسته تنظیم شناختی هیجان از طریق آزمون تعقیبی توکی با یکدیگر مقایسه شدند. همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود بین دو گروه آموزش بسته

آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر و درمان پردازش شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش شناختی بر تحمل‌پریشانی و تنظیم شناختی هیجان آنان بود. نتایج نشان داد که محتوای بسته ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شامل چهار مفهوم اصلی است: آموزش مقابله با سوگ و فقدان، آموزش مقابله و غلبه بر رنج و درد، آموزش گسترش حمایت اجتماعی، آموزش سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت. نتایج کمی نیز نشان دادند که بین دو گروه آموزش بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر و درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل‌پریشانی تفاوت معناداری وجود ندارد. در زمینه اثربخشی بسته محقق ساخته و درمان پردازش شناختی بر تحمل‌پریشانی و تنظیم شناختی هیجان فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر می‌توان گفت این نتیجه با نتایج رسیک و اشنایک (۱۹۹۲) مبنی بر اثربخشی درمان پردازش شناختی بر اختلال استرس پس از سانحه و همچنین نتایج آهرنز و رکسفولد (۲۰۰۲)، بوید و همکاران (۲۰۱۶)، هالر و همکاران (۲۰۱۶)، ددرت و همکاران (۲۰۱۶)، مانسون و همکاران (۲۰۰۶)، شولز و همکاران (۲۰۰۶)، آلوارز و همکاران (۲۰۱۱)، بشیریپور (۱۳۹۰) و نریمانی و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر اثربخشی این روش درمانی بر گروه‌های مختلفی از افراد آسیب دیده همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در گروه درمانی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر، فرد به فرآیند تغییر به‌صورت آگاهانه می‌نگرد. این فرآیند همیشه مستلزم آن است که فرد اجازه دهد قسمتی از او که تا به حال پنهان مانده و یا سرکوب شده است، به حیطة آگاهی و تحلیل بیاید تا مجال برای انتخاب آگاهانه‌تر و رشد به‌طور گسترده و عمیق‌تری صورت گیرد، فرد با آگاهی‌های جدیدی که از جنبه‌های وجودی خویش و امکانات و توانایی‌های خویش به دست می‌آورد، به شناخت بیشتری از خویش می‌رسد و همین مسئله می‌تواند اعتماد فرد به خود و توانایی‌هایش را افزایش دهد و باعث تحمل‌پریشانی و تنظیم شناختی هیجان شود. از سویی افزایش آگاهی خود عاملی تعیین‌کننده در اعتقاد به اختیار، رهایی از کمند اعتقاد به جبر و تلاش برای رشد شخصی است. هر چه انسان آگاه‌تر باشد با چالش‌های بیشتری روبرو می‌شود و احساس بودن در جهان و مختار بودن بیشتری می‌کند و برای حل مسائل تلاش بیشتری به خرج می‌دهد (ووجانویک و زیگیل، ۲۰۲۰).

بحث روی سوگ و فقدان و مقابله با درد و رنج در گروه درمانی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر، این امکان را برای آزمودنی‌ها فراهم کرد که فرصت برای تغییر و رشد را نادیده نگیرند و به این واقعیت پی ببرند که زندگی فعلی آن‌ها شبیه زندگی که می‌خواهند داشته باشند نیست. فرزندان شاهد و ایثارگر در گروه ارتقاء وضعیت روان‌شناختی این امکان را داشتند که کارهای ناتمام خود را بررسی، حوزه‌هایی که سازگاری در آن‌ها متوقف شده بود را شناسایی کنند، فرصت باقیمانده را غنیمت بشمرند و از آن برای تغییر و سازگاری هدفمند با شرایط و موقعیت استفاده کنند. آن‌ها در گروه این امکان را داشتند که دلایل این نارضایتی وجودی خود را شناسایی کنند و متوجه شوند فرایند تغییر و سازگاری هدفمند با شرایط همیشه مستلزم این است که اجازه دهیم قسمت‌هایی از ما بمیرد تا مجال برای رشد جدید فراهم شود

(اسماعیلی، ۱۳۹۴)؛ بنابراین می‌توان تبیین کرد که از دلایل اثربخشی گروه درمانی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان این است که فرزندان شاهد و ایثارگر با تجربیات دیگران و درکی که آن‌ها از زندگی دارند آشنا شدند. این نوع گروه درمانی چیزی را تحمیل نمی‌کند بلکه پیشنهادهایی را برای افراد فراهم می‌کند و افراد می‌توانند بر روی امکانات بی‌پایان خویش و زندگی تمرکز کنند و راه‌ها و انتخاب‌های جدیدی را در رابطه با زندگی و چگونگی آن تجربه نمایند. همچنین تأکید بر آزادی و اختیار فرزندان شاهد و ایثارگر در گروه درمانی ارتقای وضعیت روان‌شناختی برای تغییر شرایط، رشد شخصی و مسئولیتی که در قبال زندگی دارند، آن‌ها را در مرکز و محور قرار می‌دهد، یک سری باورها و تحریف‌های شناختی آن‌ها را زیر سؤال می‌برد که باعث می‌شود به مشکلات به عنوان یک محدودیت نگاه کنند نه ناتوانی و این امر باعث تحرک و پویایی آن‌ها در زندگی می‌شود. همچنین می‌توان به این نکته نیز اشاره کرد که احتمالاً سودمندی این گروه درمانی به خاطر ویژگی‌های گروه نمونه نیز می‌تواند باشد. گروه درمانی ارتقا وضعیت روان‌شناختی برای افرادی که دچار بحران و ضایعات شده‌اند کاربرد خوبی دارد چرا که بحران‌ها، فقدان‌ها و ضربه‌های روحی شدید وارد شده به انسان او را از روال عادی زندگی دور می‌کند و انسان را متوجه موقتی بودن اهداف و ارزش‌های روزمره می‌کند. در این حالت انسان نیاز به ابزاری دارد که از طریق آن‌ها اهداف و ارزش‌های ماندگارتری پیدا کند و گروه درمانی ارتقای وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر احتمالاً توانسته است که این فرصت را در اختیار این گروه قرار بدهد.

از سویی در تبیین اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر باید گفت چون شهادت و جانبازی پدر فرضیه‌های اساسی فرزندان، درباره چگونگی عملکرد جهان و افراد را نقض می‌کند، به مثابه ضربه عاطفی شدیدی عمل کرده و علائم اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد می‌کند، از آنجا که نقطه تمرکز درمان پردازش شناختی شناسایی و اصلاح این باورها و فرضیات بوده و از روش‌های دیگری چون مواجهه درمانی در کنار تکنیک‌های شناختی استفاده می‌نماید (رسیک و اشنایک، ۲۰۰۲)، به فرزندان شاهد و ایثارگر کمک می‌کند تا رویداد آسیب‌زای شهادت یا جانبازی پدر را پذیرش کرده و به اصلاح باورهای ناکارآمد خود در این خصوص پرداخته و در نهایت به صورت منطقی با آن مواجه شوند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰). طبق نظر لازاروس فرد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس رو به رو است. نخست خود موقعیت استرس‌آمیز بود که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دو واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدیدکننده باشد. اضطراب شدید آشفتگی و ناامیدی می‌تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش داده و از توانایی او برای حل مسأله بکاهد (توئیس، ۱۹۸۶؛ به نقل از میکائیلی منیع، عیسی زادگان، خلیل زاده، ۱۳۹۶). می‌توان گفت درمان پردازش شناختی بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات درباره اختلال استرس پس از سانحه قرار دارد. این روش درمانی به جای این که علائم اختلال استرس پس از سانحه را نتیجه یک طرح‌واره بالقوه ترس بداند با آن‌ها به عنوان ۱- پیامد ناتوانی بیمار برای حل تعارضات بین حادثه تروماتیک و باورها یا ۲- اطلاعات تقویتی برای باورهای ناکارآمد قبلی برخورد می‌نمایند (رسیک، ۱۹۹۶). به طور خاص، این روش درمانی بر پایه ی نظریه پردازش اطلاعات در مورد اختلال استرس پس از سانحه طرح ریزی شده است که فرض می‌کند اطلاعات مربوط به حادثه تروماتیک در مغز

در قالب شبکه‌های ترس ذخیره می‌شوند. این شبکه حاوی خاطراتی درباره یادآوری‌های خاطرات تروماتیک و پاسخ‌های همراه با معانی آن‌ها هست. در واقع کل این شبکه برای تحریک اجتناب رفتاری در بازمانده تروما جهت پیش‌گیری از تهدید آینده طراحی می‌شود. متأسفانه، همان‌گونه که پژوهشگران کشف کرده‌اند به نظر می‌رسد که این شبکه‌های ترس، مسئول باورها و انتظاراتی در بازماندگان تروما هست که آن‌ها را وادار می‌سازند نسبت به شواهد مربوط به تهدید و ابهام، سوگیری‌های توجهی داشته باشد. توجه به سرنخ‌های تهدید به عنوان عوامل به وجود آورنده پاسخ‌های ترس جهت فرار و اجتناب فرد تروماتیزه عمل می‌کنند. به نظر می‌رسد که این پدیده مسئول علائم تجربه مجدد به عنوان یکی از علائم اصلی اختلال استرس پس از سانحه هست؛ بنابراین می‌توان گفت از آنجایی که نتایج نشان دادند که باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی نتیجه‌ی خاطرات و حافظه‌های ناکارآمد پیشین است؛ از این منظر نشانگان اختلال استرس پس از آسیبی همگی علائمی هستند که دلیلی فراتر از رویدادهای فعلی دارند و به دلیل وجود حافظه‌های پردازش نشده‌ی رویدادهای پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده‌اند، شکل می‌گیرند (شاپیرو، ۲۰۱۲). در استفاده از این درمان با تأکید بر همین مدل در پژوهش حاضر به دلیل تأکید ویژه‌ای که در آن بر خاطره‌ی تروماتیک حل و فصل نشده و هیجانات و عواطف منفی می‌شود، سهم مؤثری در بهبود متغیرهای وابسته داشته است. در درجه‌ی دوم استفاده از یک برنامه مداخله‌ای چندوجهی متکی بر پردازش شناختی به جای فن حساسیت‌زدایی و یا مواجهه‌ی طولانی را می‌توان عامل مؤثری در تغییرات حاصله به شمار آورد (رمضانی، شفیعی و حیدری راد، ۱۳۹۸).

شواهد نشان می‌دهند که زندگی خانوادگی به میزان زیادی بر کیفیت زندگی فرزندان تأثیر می‌گذارد، داشتن یک زندگی خانوادگی توأم با سوگ، تعارض و غیبت پدر می‌تواند کیفیت زندگی فرزندان را به میزان زیادی پایین بیاورد. درمان پردازش شناختی با افزایش میزان عواطف مثبت، جلب توجه آزمودنی به ویژگی‌های مثبت زندگی، رفع تعارضات درونی می‌تواند بر این جنبه‌ی مهم زندگی اثرگذار باشد (نامجو و همکاران، ۱۳۹۹)؛ همچنین این روش درمانی حاوی بخشی به نام آموزش مهارت‌هاست که مهارت‌های لازم برای برون‌رفت از رویداد آسیب‌زا را فراهم می‌کند (اسماعیلی، ۱۳۹۴). مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز است که می‌توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر، مانند تنش‌های تحصیلی و خانوادگی فرزندان شاهد و ایثارگر در حین اجرای مداخله اشاره نمود. همچنین این پژوهش در مورد فرزندان شاهد و ایثارگر شهرستان یاسوج انجام گرفته است و تعمیم نتایج آن به دیگر جوامع باید با احتیاط صورت گیرد. در نهایت، نتایج این پژوهش، مداخله آموزشی ارتقا وضعیت روان‌شناختی را که برای گروه هدف طراحی شده است، در جهت کاهش مشکلات فرزندان شاهد و ایثارگر پیشنهاد می‌کند. همچنین، اجرای بسته آموزشی ارتقا وضعیت روان‌شناختی فرزندان شاهد و ایثارگر برای سایر گروه‌های در معرض خطر مانند نوجوانان بازمانده از زلزله؛ حوادث و سوانح و تجاوز، از پیشنهاد‌های دیگر این پژوهش است. نتایج ضمنی حاصل از اجرای این پژوهش می‌تواند این باشد که با اجرای مداخلات آموزشی - درمانی متمرکز بر درمان پردازش شناختی و توانمند ساختن فرزندان شاهد و ایثارگر در معرض خطر و به نوعی استفاده از زمینه‌های مثبت، به جای تمرکز بر جنبه‌های آسیب‌زای زندگی می‌توان در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری و افزایش توانمندی‌های فرزندان شاهد و ایثارگر مؤثر بود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله آموزشی بسته محقق ساخته و درمان پردازش شناختی قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه‌کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) به تصویب رسیده است و همه نویسندگان نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بشرپور، سجاد. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیمی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی، دو فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۲(۲): ۱۹۳-۲۰۸.
- اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر تروما و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر توانایی و مشکلات رفتاری دختران شاهد و اینارگر. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۵(۲): ۱۲۷-۱۴۲.
- رضاپور، یاسر، و اسماعیل بیگی، منیره. (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی با میانجیگری جهت‌گیری منفی به مشکل نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶(۳): ۲۲-۳۱.
- رم‌زانی، شکوفه، شفیعی، معصومه، و حیدری راد، حدیث. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی‌های عاطفی منفی و کاهش رفتارهای خودتخریبی معتادان مبتلا به استرس پس از سانحه/اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۸): ۲۴۱-۲۵۶.
- سیاح، مهدی، اولی پور، علیرضا، اردمه، علی، شهیدی، شکوه، و یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان از طریق راهبردهای تنظیم شناخت هیجان در

دانشجویان دانشگاه جندی شاپور اهواز. *فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی*، ۵(۱): ۳۷-۴۴.

محمودی، کاووس، و قائمی، فاطمه. (۱۳۹۶). رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در مدیران هلال احمر. *مجله سلامت روان شناختی*، ۵(۳): ۵۲-۶۸.

نامجو، فرهاد، سجادیان، ایلناز؛ و گل پرور، محسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و رشد فردی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۴): ۱-۱۷.

نریمانی، محمد، بشرپور، سجاد، قمری، حسین، و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۰). اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان شناختی دانش‌آموزان مواجه شده با آسیب. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۳): ۴۱-۵۳.

References

- Ahrens, J. & Rexford, L. (2015). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201-216.
- Alvarez, J., McLean, C., Harris, A.H.S., Rosen, C.S., Ruzek, J. I. & Kimerling, R. (2011). The Comparative Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for Male Veterans Treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 79(5), 590-599.
- Baker CN, Hoerger M.(2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and individual differences*. 52(7):800-5.
- Boyd, B., Rodgers, C., Aupperle, R., Jak, A. (2016). Case Report on the Effects of Cognitive Processing Therapy on Psychological, Neuropsychological, and Speech Symptoms in Comorbid PTSD and TBI. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(2), 173-183.
- Cai, W., Pan Y, Zhang, S., Wei, C., Dong, W., Deng G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Res*. 256:71-8.
- Davidson, A. C., & Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 345-51.
- Dedert, E. A., Resick, P. A., McFall, M. E., Dennis, P. A., Olsen, M., & Beckham, J. C. (2016). Pilot cases of combined cognitive processing therapy and smoking cessation for smokers with posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 47(1), 54-65. DOI: 10.1016/j.beth.2015.09.002.
- Dillon, D. G., Deveney, C. M., & Pizzagalli, D. A. (2011). From basic processes to realworld problems: how research on emotion and emotion regulation can inform understanding of psychopathology and vice versa. *Emotion Review*, 3: 74- 82.
- Galovski, T.E., Louis, S. & Resick, P.A. (2008). Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Secondary to a Motor Vehicle Accident: A Single-Subject Report. *Cognitive and Behavioral Practice*. 15, 287-295.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). *Emotion regulation in everyday life. Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*, 13-35.

- Haller, M., Norman, S. B., Cummins, K., Trim, R. S., Xu, X., Cui, R. ... & Tate, S. R. (2016). *Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Cognitive Processing Therapy for Adults With Depression, Substance Use Disorder*.
- Johnson, B. (1990). The investigation of father-son interaction and effects on children personality. *Mental Health and Family Journal*, 45(3), 24-35.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2000). *Comprehensive textbook of psychology* (7th ed). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N.B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574.
- Khamis, V. (2012). Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon. *Social Science & Medicine Journal*, 74(12), 2005-2011.
- Lauraferd, J., Friedlander, J., Reid, & Robert, Cribbie. (2017). Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University among First-Year Undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 295-274
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J. & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young- Xu, Y. & Stevens, S.P. (2006). Cognitive Processing Therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898-907.
- Pottera, C.M., Vujanovic, A.A., Marshall-Berenz, E.C., Bernstein, A., Bernstein, M.O. (2017). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 437-443.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Rivers, J.W., & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationship when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and developmental disorders*, 33: 383-394.
- Rutherford HJ, Goldberg B, Luyten P, Bridgett DJ, Mayes LC.(2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but *not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. Infant Behavior and Development*. 36(4):635-41.
- Rutherford, H. J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 635-641.
- Scharf, M. M. (2007). Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Development and Psychopathology*, 19(2), 603-622.
- Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C. & Griffin, M.G. (2014). The effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 322-331.

- Selimbasic, Z., Sinanovic, O., Avdibegovic, E. (2012). Emotional and Behavioral problem in Children of War veterans with posttraumatic stress disorder. *The European Journal of Psychiatry, 30*(3), 219-230.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.
- Smith, K., Mason, T., Anderson, NL., Lavender, JM. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eat Behav. 32*:95-100.
- Solomon, Z. Debby-Aharon, Sh. Zerach, G. Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war Veterans. *Journal of Family Issues. 32*(1):127-47.
- Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behav Ther. 50*(3):659-71.
- Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S., Lezic, A., Mujagic, A., Muzurovic, J, Spahovic, D, Feetham, S., Ware, N, Knafl, K., & Pavkovic, I. (2004). Family consequences of refugee trauma. *Family Process, 43*, 147-160.
- Werner, K., & Gross, J.J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.). New York, NY, US: Guilford Press.*

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

ردیف	عبارت	۱ بندرت	۲ معتدل	۳ اغلب وقت‌ها	۴ همیشه
۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی را خودم مقصرم.	۱	۲	۳	۴
۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۱	۲	۳	۴
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴
۸	به این فکر می‌کنم اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۱	۲	۳	۴
۹	احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴
۱۰	حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی را خودم هستم.	۱	۲	۳	۴
۱۱	فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش‌آمده را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴
۱۲	افکاری که در جریان اتفاق ناگوارم تجربه داشته‌ام ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.	۱	۲	۳	۴
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداختم.	۱	۲	۳	۴
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش‌آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۱	۲	۳	۴
۱۵	به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۱	۲	۳	۴
۱۶	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.	۱	۲	۳	۴
۱۷	مرتب به میزان فاجعه‌آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۱۸	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴
۱۹	به اشتباهایی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۲۰	فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴
۲۱	تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۱	۲	۳	۴
۲۲	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای خوشایند فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۲۳	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴

۵	۴	۳	۲	۱	۲۴	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاق‌های دیگر خیلی هم بد نبوده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶	فکر می‌کنم اتفاقی رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷	به اشتباه‌های دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاق‌های ناگوار و شرایط تنیدگی‌ها را خودم هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹	فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰	گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲	به نقش‌های برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاق‌های ناگواری وجود دارد که باید با آن روبه‌رو شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش‌آمده فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

پرسشنامه تحمل پریشانی

کاملاً مخالف	اندکی مخالف	نه موافق و نه مخالف	اندکی موافق	کاملاً موافق	گویه	رتبه
					داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.	۱
					وقتی پریشان یا آشفتنه هستم، فقط به این میتوانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۲
					من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	۳
					احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.	۴
					هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	۵
					من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	۶
					احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.	۷
					من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.	۸
					دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.	۹
					پریشان یا آشفتنه بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.	۱۰
					وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم از خودم خجالت می‌کشم.	۱۱
					از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.	۱۲
					من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می‌دهم.	۱۳
					وقتی پریشان یا آشفتنه می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.	۱۴
					وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.	۱۵

جدول ارزیابی بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران

ردیف	متغیر	عالی ۵	۴	۳	۲	ضعیف ۱
۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با فرایند آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران					
۲	تناسب جلسات با ساختار و گام‌های مورد نیاز در آموزش ارتقاء وضعیت روان‌شناختی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگران					

- | | |
|---|---|
| ۳ | کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام‌ها و مهارت-
های آموزش ارتقاء وضعیت روان شناختی فرزندان خانواده‌های
شاهد و ایثارگران |
| ۴ | کفایت بسته آموزشی ارتقاء وضعیت روان شناختی فرزندان
خانواده‌های شاهد و ایثارگران برای اجرا بر روی فرزندان
خانواده‌های شاهد و ایثارگران |
| ۵ | ارزیابی کلی بسته آموزش فرزندان خانواده‌های شاهد و
ایثارگران |
-

The compilation of an educational package to improve the psychological status of kids of Shahed and veterans' families and compare its efficacy with cognitive processing therapy on distress tolerance and cognitive regulation of their emotions

Farhad. Namjo¹, Ilnaz. Sajjadian^{*2} & Mohsen. Gholparvar³

Abstract

Aim: This study aimed at compiling an educational package to improve the psychological status of kids of families of shahed and veterans and compare its efficacy with cognitive processing therapy on distress tolerance and cognitive regulation of their emotions. **Method:** The research method was a combinative type of exploratory-sequential approach design and contained two qualitative and quantitative dimensions. The qualitative part aimed to determine the content, structure, and final form of the educational package to enhance the psychological status of the kids of families of shahed and veterans based on their life experiences. The qualitative approach has been used to compile an educational package to improve the psychological status of the kids of shahed and veterans, and the quantitative approach has been used to compare its efficacy with cognitive processing therapy. And a quasi-experimental method with a pre-test-post-test design and a control group and two months of follow-up was used in this study. In addition to scientific texts, the statistical population of the qualitative part of the research included all the kids of families of shahed and veterans of Yasuj city that were studying in Shahid high schools and Yasuj University during the academic year 2018-2019. The statistical population of the quantitative part consisted of all the kids of the shahed and veterans' families of Yasuj city. The sampling of the qualitative part was conducted purposefully, and 15 people were interviewed with a semi-structured interview to achieve theoretical saturation. In the quantitative part, the purposive sampling method was used to select 45 kids of shahed and veterans' families of Yasuj city, and they were randomly assigned to three groups of the first experimental group (15 people), the second experimental group (15 people), and control group (15 people). The first experimental group received a researcher-made educational package to improve the psychological state at eight weeks, and the second experimental group was treated with the cognitive processing therapy of Resick et al. (2007) in twelve weeks of 90 minutes. The research instruments included the Cognitive Emotion Regulation

1. PhD student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

i.sajjadian@khuisf.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Questionnaire of Garnefski et al. (2002) and the Distress Tolerance Scale of Simons & Gaher (2005). The qualitative data were analyzed by the Phenomenology method and the approach highlighted by Colaizzi, and quantitative data were analyzed by repeated-measures analysis of variance and Tukey post hoc test. **Results:** The content of the package to improve the psychological status of the kids of families of shahed and veterans includes four main concepts: training to cope with grief and loss, coping and overcoming suffering, expanding social support, purposeful adaptation to circumstances, and situations. Also, the validity of the educational package was reported at 0.87. The results of the quantitative part indicated that the two groups of the educational package to improve the psychological status of kids of the shahed and veterans and cognitive processing therapy were effective on cognitive emotion regulation ($F = 3.64, P = 0.035$), and distress tolerance ($F = 8.70, P = 0.001$), and this effect was constant in the follow-up stage. Furthermore, according to the results of the Tukey post hoc test, there was no significant difference between the two experimental groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** as the educational package of improving the psychological status and the treatment of cognitive processing promote distress tolerance and cognitive regulation of emotion, therefore it is concluded that they can be used to improve distress tolerance and cognitive emotion regulation among kids of the shahed and veterans' families.

Keywords: *Psychological Status, Cognitive Processing, Cognitive Emotion Regulation, Distress Tolerance, Shahed and Veterans*