

اثربخشی اکت بر راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD ناشی از جنگ

Acceptance and commitment based therapy (ACT) impact on thought control strategies in people with PTSD caused by war

سیده فاطمه رضوی ساداتی^{۱*}، بهنام مکوندی^{۲*}، رضا پاشا^{۳*}، سید حمزه حسینی^۳

۱- گروه روانشناسی عمومی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲- گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳- گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی مازندران، ساری، ایران

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش اثربخشی اکت بر راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD ناشی از جنگ در شهر ساری است.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش را جانبازان شهرستان ساری که در بنیاد شهید و امور یثارگران پرونده جانبازی با تشخیص اختلال پس از سانحه (PTSD) تشکیل دادند، شامل بودند. نمونه آماری ۲۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۴ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. تست پیش آزمون از هردو گروه گرفته شد، سپس بر روی گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای در هفته انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه راهبرد کنترل فکر ولز و دیویس (۱۹۹۴) بود که بعد از تأیید روایی، پایایی آن ۰/۸۱ محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

نتایج: تحلیل کواریانس نشان داد که درمان اکت بر راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD موثر است.

بحث: درمان اکت بر توجه برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی مؤثر می باشد. به عبارتی دیگر می توان گفت که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب بهبود راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD شده است

کلید واژه ها: درمان اکت، اثربخشی، راهبردهای کنترل فکر، فرد PTSD ناشی از جنگ

Seyedeh Fatemeh Razavi Sadati.Ph.D.student, Behnam Makvandi.Ph.D*., Reza Pasha.P.h.D., Seyed Hamzeh Hosseini.P.h.D.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the acceptance and commitment based therapy (ACT) effectiveness on thought control strategies of patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) caused by war in Sari. The study adopted an experimental approach with pretest-posttest design with control group as its methodology. The population for this study consisted of veterans enlisted in Martyrs Foundation (Boniat Shahid) in Sari who were diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). A sample of 28 patients was randomly selected and placed into two groups of 14 cases as the experimental group and 14 cases as the control group. Both groups were tested before the experiment. Then, the Acceptance and commitment therapy was conducted on the experimental group for 8 sessions of 120 minutes per week. Tools for data collection, inventory control strategy think Wells and Davis (1994) which confirmed the validity, reliability 81/0, respectively. After conducting the test, the two groups had a posttest and after three months, the follow-up was conducted and questionnaires were scored and the descriptive and inferential statistics were analyzed with SPSS software. Covariance analysis showed that treatment based control strategies in people with PTSD. ACT treatment on distraction, punishment, re-evaluation, fear and social control is effective.

Key words: ACT treatment efficacy, thought control strategies, the PTSD caused by war

* نویسنده مسئول: E-mail: makvandi_b@yahoo.com

* **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

است. فشاری که موجب PTSD^۳ می شود، به قدری ناتوان کننده است که قادر است تقریباً هر کسی را از پای در آورده. جنگ، اسارت، شکنجه، و شستشوی مغزی، یکی از دلایل اصلی اختلال استرس پس از سانحه است. جنگ ایران و عراق پس از جنگ جهانی اول از جهات مختلف کم نظیر بود. تهاجم نظامی و شیمیایی و از طرفی عدم آمادگی و برخورداری از تجهیزات مناسب جهت مقابله با این عوامل متاسفانه عزیزان زیادی شهید، مجروح یا مصدوم شدند. تحقیقات نشان داد که میزان شیوع علائم روانی نه فقط در کسانی که در خط مقدم بوده اند بلکه در یک چهارم از کسانی که نظاره گر خشونت و جنگ بودند نیز دیده میشود (نور بالا، ۱۳۸۳). فرد آسیب دیده با یک تهدید حیاتی مثل جراحات وخیم ویا مرگ روبرو شده است و اگر خود در معرض این خطر نبوده است، شاهد اتفاق افتادن چنین حالتی برای دیگران بوده و در هر صورت دچار ترس و ناامیدی گردیده است. او حادثه اتفاق افتاده را به صورت کابوس، فلش بک، بازگشت به گذشته با مشاهده صحنه مشابه، که به همراه آن واکنش های شدید فیزیولوژیک و روانی را تجربه می کند.

بر اساس آنچه گفته شد، یکی از عوامل عمده در تداوم اختلال پس از سانحه ارزیابی شناختی می باشد. لذا یکی از روش های درمانی که می توان از آن برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد، درمان شناختی رفتاری است و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)^۴ که نسل سوم درمان شناختی رفتاری است که از جدیدترین درمان های روانشناختی محسوب می شود از آن جمله می باشد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر روی افراد دارای اختلالات اضطرابی از جمله PTSD اثرگذاری موثری دارد. علاقه فزاینده به مطالعه PTSD بطور کلی بوسیله بررسی ها و مشاهدات در جنگها با عناوین قلب سرباز، خستگی و فرسودگی جنگ مورد توجه قرار گرفت (نور بالا و همکاران، ۱۳۸۶).

PTSD از معدود اختلالات روان پزشکی است که بر اساس علت تعریف شده است. در واقع بدون وجود استرسور (یا آسیب) این اختلال نمی تواند ایجاد شود. به هر حال واقعه آسیب زا به تنهایی جهت تشخیص، کفایت نمی کند و بسیاری از مردمی که تحت استرس قرار می گیرند، به این اختلال مبتلا نمی شوند (مک کراکن و

ضربه یا تروما^۱ بخش جدایی ناپذیر زندگی آدمهاست، چه آدمی در طول حیات خویش همواره به صورت مستقیم و غیر مستقیم، شاهد حوادث ورخ دادهای تکان دهنده متعددی بوده است. ضربه بعنوان حادثه یا رویداد فوق ظرفیت روانی فرد، حیطة ای است که از دیر باز در گستره های روانشناختی مورد بحث قرار گرفته است. اثرگذاری و پیامد تروما محدود به منطقه، زمان یا افراد خاصی نیست بلکه تمام اقشار، گروه ها و افراد جامعه را در برمی گیرد و مرز نمی شناسد و فرقی بین زن و مرد، پیر و جوان کودک و بزرگسال قائل نمی شود. تنش ها، آشوب های خانوادگی، تعارضات فرهنگی، اخلاقی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی، بیماری ها، تبعض نژادی و جنسی، قحطی ها و محرومیت ها، ی اقتصادی، فجایع طبیعی حوادثی مانند انفجارهای اتمی، شیمیایی، شکنجه و کشتارهای فجیع و جنگها از دیگر نمونه های حوادث و تروما می باشند (فدراسیون صلیب سرخ جهانی به نقل از توهینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). فشارها و تنش ها ممکن است به خودی خود باعث اختلالات اضطرابی مثل (PTSD) نشوند بلکه تعامل بین فشارهای مختلف و ادراک فرد از محیط و واکنش وی به آنها است که میتواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد. بنابر این آسیب پذیری در مقابل تنش و مشکلات مختلف باعث ابتلا به انواع مشکلات روانشناختی و درهم ریختن سلامت روان شده و همچنین اختلال در راهبردهای کنترل فکر افراد را شامل می شود (هادی تبار و همکاران، ۱۳۹۰).

بروز اختلالات روانی ناشی از جنگ به صورت مشخص از اواخر قرن نوزدهم مورد توجه قرار گرفته است. پیامدهای جنگ جهانی دوم و جنگ های کره و ویتنام برای متخصصین روان شناسی و علوم اجتماعی شرایطی را فراهم ساخت تا اثرات اختلالات روانی زیاد ناشی از وقایع جنگ را بر سلامت روانی بررسی نمایند. در طول جنگ عراق علیه ایران اختلالات روانی، اثربریجسته ای بر سلامت روان جانبازان گذاشت. افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمله اختلال پس از سانحه، شامل افرادی می شوند که یا خود، شخصاً شاهد وقایع مرگباری بوده اند که موجب جراحت شدیدشان گردید، یا طعم تلخ وقایعی را چشیده اند که با ترس شدید، درماندگی و وحشت آنان همراه بوده

ولمان، ۲۰۱۰). احتمالاً تعاملی بین حادثه و قربانی وجود دارد. علائم PTSD با اهمیت و معنایی که فرد برای عامل فشارزا قائل است، یعنی، آن را برای خود خطرناک احساس کند، رابطه زیادی دارد. بین شدت استرسور و علائم PTSD ارتباط مستقیمی وجود ندارد. افرادی در معرض خطر ابتلا هستند که ترسو باشند، احساس عدم امنیت داشته باشند، بسیار خجولند، یا احساس گناه زیادی دارند. PTSD را باید با در نظر گرفتن عوامل زیست شناختی قبلی، عوامل روانی - اجتماعی قبل از آسیب، خصوصیات عامل استرس زا زمان و مکان حادثه، ویژگی های موقعیتی و شخصیتی و شرایط بعد از آسیب مورد بررسی قرار داد. به علاوه معنای ذهنی عامل استرس زا نیز اهمیت دارد. بازمانده های یک سانحه، ممکن است احساس گناه کنند و این مسأله می تواند آن ها را نسبت به ابتلا به افسردگی و PTSD مستعد کرده یا آن را تشدید کند اختلال استرس پس از سانحه معمولاً مدتی پس از ضربه ظاهر می شود (پور افکاری، ۱۳۸۲). با توجه به فشار روانی شدیدی که این افراد تحمل میکنند نیاز به درمان الزمی میباشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک مدل درمانی علمی نوین است که بخشی از آنچه امروز موج سوم درمان شناختی رفتاری نامیده میشود به حساب می آید (هایز و استروسال، ۲۰۱۰). در این رویکرد بر خلاف شناخت درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمیگیرد. در عوض به فرایندهای شکل گیری آسیب شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می شود. (هایز و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین میتوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را رویکردی فرایندمدار دانست. دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان انعطاف پذیری روانشناختی^۵ و اجتناب تجربی^۶ است. انعطاف پذیری روانشناختی یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات و تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت، ۲۰۰۹). اجتناب تجربی هم زمانی، اتفاق میافتد که شخص تمایلی به ماندن در تجربیات خصوصی خاصی را ندارد و در جهت اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات بر می آید (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۳). هدف ACT که درمان جدید و نوآورانه

است، ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. در اکت درمانگر با تعامل مناسب با وباکار بردن استعاره هایی، درمانجو را هدایت کند تا با پذیرش افکارش، عملکردش را مناسب سازد؛ در این صورت در سلامت روان افراد تحت این درمان هم تغییراتی حاصل می شود. افراد برای کنترل افکار ناخواسته و اضطراب زای خود از طیفی از راهبردها استفاده می کنند. راهبردهای انتخابی می توانند ماهیت فعالیت های شناختی را تقویت کرده، سرکوب کنند یا تغییر دهند. هدف برخی از این راهبردها کاهش افکار یا هیجانات منفی است که با تغییر جنبه هایی از شناخت ایجاد می شود (ولز، ۲۰۰۹، نقل از محمد خانی، ۱۳۸۸). در یک مطالعه تحلیل عاملی (ولز و دیویس، ۱۹۹۴) پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می شود. این پنج راهبرد عبارتند از: ۱) توجه برگردانی (مثل منحرف کردن توجه فرد از طریق افکار دیگر)، ۲) ارزیابی مجدد آن فکر (تحلیل معنای مزاحم)، ۳) کنترل اجتماعی (بحث کردن در مورد آن فکر با شخص دیگر)، ۴) نگرانی در مورد افکار (تمرکز بر پیامدهای منفی بالقوه آن فکر)، ۵) خودتنبیهی (عصبانی شدن از خود به خاطر فکر کردن به این افکار). شاره و علیمرادی (۱۳۹۲) نشان دادند که بین باورهای شناختی راهبردهای کنترل فکرو سیستم های مغزی - رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری ارتباط معناداری وجود دارد. آشنایی با سطوح فراشناختی و انتخاب راهبردهای کنترل فکر مناسب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری می تواند چارچوب ارتباط این اختلال را با سیستم های مغزی - رفتاری مشخص تر سازد. نتایج پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بیماران مبتلا به استرس حاد، راهبردهای کنترل فکر ناکارآمدتر و بازداری پاسخ بیشتری دارند. هم چنین این یافته ها تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، آسیب شناسی روانی و درمان این بیماران دارند.

در پژوهشی از بنت و همکاران (۲۰۰۹) نتایج نشان می دهد که بین راهبردهای کنترل فکر برای مدیریت علائم PTSD، و نگرانی در مورد استفاده از ارزیابی مجدد راهبردهای مقابله ای رابطه معناداری وجود ندارد. این مطالعه اهمیت پاسخ نشخواری افکار در شروع و نگهداری

از PTSD در جوانان در معرض تروما نشان داد. در پژوهش مایرز و ولز (۲۰۰۵) با عنوان علائم استرس پس از سانحه با راهبردهای کنترل فکر و شناخت به عنوان پیش بین این اختلال، توسط مدل شناختی به این نتیجه رسیده شد که شخصیت فردی متفاوت مطابق با این مدل، نشانه های افکار مزاحم و ناخوانده، برانگیختگی و به ویژه استفاده از نگرانی یا سبک های مقابله ای به صورت نشخوار فکری، تلاش برای اجتناب یا سرکوب افکار آسیب و استفاده از راهبردهای متمرکز بر بازبینی تهدید، مشکل آفرین می باشد و منتج به ماندگاری و پایداری حالت های تهدید؛ مانند اضطراب، احساس خطر همیشگی و نگرانی و انعطاف ناپذیری می شوند. لذا این پژوهش با مرور ادبیات و پیشینه پژوهشی در پی پاسخگویی به این سوال می باشد که آیا درمان اکت بر راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD موثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش را جانبازان شهرستان ساری که در بنیاد شهید و امور ایثارگران پرونده جانباز با تشخیص اختلال پس از سانحه (PTSD) تشکیل دادند شامل می شوند. که از بین تعداد ۳۰۰۰ نفر جانباز این شهرستان ۱۵۰ نفر با اختلال PTSD، تشکیل پرونده داده اند. در پژوهش حاضر به همین منظور از بین این تعداد، دو گروه با انتخاب تصادفی برگزیده شدند. تعداد ۲۸ نفر از افرادی که با تشخیص PTSD و دارای پرونده در بنیاد شهید و امور ایثارگران بودند که به طور تصادفی ساده که شانس برابری برای انتخاب شدن داشتند و به دو گروه ۱۴ نفری گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند، که نمونه های پژوهش را تشکیل دادند.

ابزار

پرسشنامه کنترل فکر (TCQ): این پرسشنامه ۳۰ گویه ای توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت

های فردی در بهره گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب پذیری هیجانی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس: توجه برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) می باشد. ماده های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سوال دارای چهار گزینه می باشد. ضریب آلفای کرونباخ، زیر مقیاس های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. در ایران، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای هر یک از زیر مقیاس ها به شرح زیر گزارش کرده اند، توجه برگردانی (۰/۷۹)، کنترل اجتماعی (۰/۷۰)، نگرانی (۰/۷۰)، تنبیه (۰/۷۶) و ارزیابی مجدد (۰/۷۰). در مجموع، از یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت پرسش نامه کنترل تفکر از نظر ویژگی های روان سنجی قابل قبول است.

روش اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه، تست پیش آزمون از هر دو گروه گرفته شد سپس بر روی گروه آزمایش درمان درمان تعهد و پذیرش مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای در هفته انجام شد. از افراد خواسته شد خارج از جلسات درمانی خدمات مشاوره فردی دریافت نکنند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در اصول اخلاقی پژوهش رعایت گردید که از جمله آنها می توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. شیوه گروهی و هفتگی و بر اساس پرتکل درمانی دکتر صاحبی انجام شد. بعد از جلسه درمان پس از ازمون و پیگیری نیز انجام شد. اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره های درمانی بعدی قرار گرفتند. طرح درمانی برای هشت جلسه اجرا شد که در جدول ۱ نشان داده شد.

جدول ۱. خلاصه ای از طرح درمانی رویکرد ACT

جلسه	استراتژی	مداخلات
------	----------	---------

<p>جلسه اول: ارزیابی و جهت گیری درمان تکنیک پذیرش از طریق پذیرش و مشاهده خود</p>	<p>گرفتن جزییات از افراد، معرفی ACT انعطاف و عدم انعطاف پذیری روانشناختی معرفی پذیرش وعدم پذیرش تشریح و توضیح رابطه منفی افکار با اعمال</p>	<p>معرفی تمرینات تمرین پذیرش افکار و احساسات استفاده از تمرین راننده اتوبوس ، افکار روی برگه های تمرین وخرس قطبی، رفتن به قله فرم سرزندگی در مقابل رنج</p>
<p>جلسه دوم: انتخاب جهت ارزشها شناسایی موانع ارزش زندگی</p>	<p>تفاوت ارزشها وهدف وکمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی ارزشهای</p>	<p>تکنیک ارزشها وهدف تمرین چه چیزی در زندگی در حال حاضر میخواهیم؟ تکنیک حوزه ارزش وموانع درونی و بیرونی ومیزان قدرت این موانع ۱۰تا ۰</p>
<p>جلسه سوم : تکنیک ناامیدی خلاقانه</p>	<p>بررسی هزینه های پرداخت شده برای توسعه ناامیدی خلاق چه عوارضی نامطلوبی برایتان داشت</p>	<p>راه حلهایی به کار گرفته شده واثرات دراز مدت آن راه حلها چه عوارضی نامطلوبی برایتان داشت</p>
<p>جلسه چهارم : تکنیک گسلش</p>	<p>تشریح و توضیح رابطه منفی افکارواعمال</p>	<p>استعاره دیدن فیلم تمرین من الان یک فکری دارم که تمرین گزارشگری فکر تمرین افکار روی تابلو های رانندگی تمرین افکار روی ساحل</p>
<p>جلسه پنجم : تکنیک بودن در حال</p>	<p>تمرکز روی بدن نفس کشیدن توجه حواس پنجگانه توجه آگاهی</p>	<p>تمرین در زمان حال بودن تمرین تنفس دیافراگمی تمرین ذهن آگاهی</p>
<p>جلسه ششم: خود بعنوان زمینه جلسه هفتم: تکنیک اقدام متعهد</p>	<p>طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، خود بعنوان زمینه رابطه بازبینی مراحل دستیابی به ارزشها</p>	<p>استعاره صفحه شطرنج زمین فوتبال کاربرگ اقدام متعهد احساساتی که ممکن است به هنگام حرکت به سوی هدف یا برخورد باموانع به سراغم بیاید</p>
<p>جلسه هشتم : کار در جهت پایان توضیحات در زمینه پس آزمون و پیگیری</p>	<p>بازبینی ارزشهای رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده</p>	<p>پایان درمان و CD تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه</p>

برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده آمار تحلیلی به دو صورت آمار توصیفی و استنباطی مطرح می گردد. در ابتدا با استفاده از آمار توصیفی، شناختی از ویژگی های جمعیت شناختی و وضعیت میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش، گواه به دست آمد و در ادامه یافته ها

در این بخش، به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته می شود. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده ها و به منظور

در آمار استنباطی این تحقیق به تحلیل فرضیات پژوهش از طریق آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانوا) پرداخته شد. تجزیه و تحلیل داده های آماری در این پژوهش بوسیله نرم افزار spss 18 انجام شد.

کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد.

فرضیه اول پژوهش: درمان اکت بر راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۶۵	۲۳/۷۹۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۳۵	۲۳/۷۹۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۹۸۳	۲۳/۷۹۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۹۸۳	۲۳/۷۹۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود با کنترل اثر پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون و پیگیری به لحاظ راهبردهای کنترل فکر تفاوت معنادار وجود دارد ($F=23/793$) که در سطح ($P=0/000$) معنی دار بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه گروه ها از لحاظ راهبردهای کنترل فکر در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۱۹۴۷/۷۴۵	۱	۱۹۴۷/۷۴۵	۱۰۴/۸۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۰۷
پس آزمون	گروه	۷۰۶/۴۰۱	۱	۷۰۶/۴۰۱	۳۸/۰۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۰۳
	خطا	۴۶۴/۵۴۱	۲۵	۱۸/۵۸۲			
پیش آزمون		۱۹۷۹/۹۶۹	۱	۱۹۷۹/۹۶۹	۷۵/۰۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۵۰
پیگیری	گروه	۱۰۴۹/۴۲۵	۱	۱۰۴۹/۴۲۵	۳۹/۷۹۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۴
	خطا	۶۵۹/۲۴۶	۲۵	۲۶/۳۷۰			

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ راهبردهای کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد ($F=0/603$ و $\eta^2 = 0/000$). به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر دو گروه در پس آزمون وجود دارد. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در راهبردهای کنترل

فکر پائین تر از گروه گواه است. به عبارتی دیگر می توان گفت که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب بهبود راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD است ($F=0/614$ و $\eta^2 = 0/000$ و $P = 0/000$ و $f=39/796$).

فرضیه دوم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد توجه برگردانی افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است. برای پاسخ فرضیه فوق از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات توجه برگردانی قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۰۱	۵/۱۶۶	۲	۲۴	۰/۰۱۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۹۹	۵/۱۶۶	۲	۲۴	۰/۰۱۴
آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۳۱	۵/۱۶۶	۲	۲۴	۰/۰۱۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۳۱	۵/۱۶۶	۲	۲۴	۰/۰۱۴

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود با کنترل اثر پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه گروه ها از لحاظ توجه برگردانی در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۵۶۶/۰۹۰	۱	۵۶۶/۰۹۰	۱۷۴/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۵
پس آزمون	گروه	۸/۰۴۱	۱	۸/۰۴۱	۲/۴۷۶	۰/۱۲۸	۰/۰۹۰
	خطا	۸۱/۱۹۵	۲۵	۳/۲۴۸			
پیش آزمون		۴۶۰/۴۶۵	۱	۴۶۰/۴۶۵	۷۰/۹۸۲	۰/۰۰۰	۰/۷۴۰
پیگیری	گروه	۶۹/۴۶۴	۱	۶۹/۴۶۴	۱۰/۷۰۸	۰/۰۰۳	۰/۳۰۰
	خطا	۱۶۲/۷۷۸	۲۵	۶/۵۱۱			

گردانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=0/90$ و $\eta^2 = 0/000$) و

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ توجه بر

متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار نیست، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات توجه بر گردانی دو گروه در پس آزمون وجود ندارد. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در توجه بر گردانی پائین تر از گروه گواه است. به عبارتی دیگر می توان گفت که

درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش توجه بر گردانی افراد PTSD شده است ($f=۰/۳۰۰$ و $\eta^2=۰/۰۰۳$ و $P=۰/۰۰۳$ و $f=۱۰/۷۰۸$).

فرضیه سوم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد تنبیه افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات راهبرد تنبیه قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۲۹۱	۴/۹۱۵	۲	۲۴	۰/۰۱۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۰۹	۴/۹۱۵	۲	۲۴	۰/۰۱۶
آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۱۰	۴/۹۱۵	۲	۲۴	۰/۰۱۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۱۰	۴/۹۱۵	۲	۲۴	۰/۰۱۶

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود با کنترل اثر پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون و پیگیری به لحاظ راهبرد تنبیه تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۴/۹۱۵$) که در سطح ($P=۰/۰۱۶$) معنی دار بود.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه گروه ها از لحاظ راهبرد تنبیه در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۳۳۵/۵۲۱	۱	۳۳۵/۵۲۱	۳۳/۶۳۲	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴
پس آزمون	گروه	۴۳/۷۵۰	۱	۴۳/۷۵۰	۴/۳۸۵	۰/۰۴۷	۰/۱۴۹
	خطا	۲۴۹/۴۰۷	۲۵	۹/۹۷۶			
پیش آزمون		۲۵۵/۰۷۱	۱	۲۵۵/۰۷۱	۲۸/۵۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳
پیگیری	گروه	۸۹/۲۸۶	۱	۸۹/۲۸۶	۹/۹۸۱	۰/۰۰۴	۰/۲۸۵
	خطا	۲۲۳/۶۴۴	۲۵	۸/۹۴۶			

است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبرد تنبیه دو گروه در پس آزمون وجود دارد. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در راهبرد تنبیه پائین تر از گروه گواه است. به

همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ راهبرد تنبیه تفاوت معناداری وجود دارد ($f=۴/۳۸۵$ و $\eta^2=۰/۱۴۹$ و $P=۰/۰۴۷$) به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار

فرضیه چهارم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد ارزیابی مجدد افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است. برای پاسخ فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

عبارتی دیگر می توان گفت که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش راهبرد تنبیه افراد PTSD شده است ($F=0/285$ و $\eta^2 = 0/004$ و $P=0/981$).

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات علائم افسردگی قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۲	۲۴	۰/۹۸۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۹۹	۰/۰۱۱	۲	۲۴	۰/۹۸۹
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۲	۲۴	۰/۹۸۹
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۲	۲۴	۰/۹۸۹

همانطور که در جدول ۸ ملاحظه می شود با کنترل اثر پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون و پیگیری به لحاظ ارزیابی مجدد تفاوت معنادار وجود ندارد ($F=0/011$) که در سطح ($P=0/989$) معنی دار نبود.

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه گروه ها از لحاظ راهبرد ارزیابی مجدد در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۲۴۹/۷۸۹	۱	۲۴۹/۷۸۹	۶۴/۰۹۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۹
پس آزمون	گروه	۰/۰۶۶	۱	۰/۰۶۶	۰/۰۱۷	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱
	خطا	۹۷/۴۲۵	۲۵	۳/۸۹۷			
پیش آزمون		۲۱۲/۹۶۷	۱	۲۱۲/۹۶۷	۲۴/۵۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
پیگیری	گروه	۰/۱۳۵	۱	۰/۱۳۵	۰/۰۱۶	۰/۹۰۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۶۲/۷۷۸	۲۵	۶/۵۱۱			

مجدد دو گروه در پس آزمون وجود ندارد. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری نداشته است. به عبارتی دیگر می توان گفت که درمان اکت در مرحله پیگیری نیز تأثیری در راهبرد ارزیابی مجدد افراد PTSD نداشته است ($F=0/001$ و $\eta^2 = 0/002$ و $P=0/902$).

همانطور که در جدول ۹ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ ارزیابی مجدد تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=0/001$ و $\eta^2 = 0/002$ و $P=0/897$) و به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار نیست، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبرد ارزیابی

فرضیه پنجم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد نگرانی افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است. استفاده شد.

فرضیه پنجم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد نگرانی افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است. استفاده شد.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات راهبرد نگرانی قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۲۰	۳۰/۸۱۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۸۰	۳۰/۸۱۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۵۶۸	۳۰/۸۱۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۵۶۸	۳۰/۸۱۳	۲	۲۴	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۱۰ ملاحظه می شود با کنترل اثر و پیگیری به لحاظ راهبرد تنبیه تفاوت معنادار وجود دارد پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون ($F=۳۰/۸۱۳$) که در سطح ($P=۰/۰۰۰$) معنی دار بود.

جدول ۱۱. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه گروه ها از لحاظ راهبرد نگرانی در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۱۵۸/۲۳۶	۱	۱۵۸/۲۳۶	۴۰/۲۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷
پس آزمون	گروه	۱۶۹/۰۲۷	۱	۱۶۹/۰۲۷	۴۳/۰۳۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
	خطا	۹۸/۱۹۲	۲۵	۳/۹۲۸			
پیش آزمون		۹۴/۲۹۰	۱	۹۴/۲۹۰	۲۶/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰
پیگیری	گروه	۱۵۱/۵۷۴	۱	۱۵۱/۵۷۴	۴۱/۸۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۶
	خطا	۹۰/۶۳۸	۲۵	۳/۶۲۶			

گروه گواه است. به عبارتی دیگر می توان گفت که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش راهبرد نگرانی افراد PTSD شده است ($f=۴۱/۸۰۷$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\eta^2=۰/۶۲۶$).

فرضیه ششم پژوهش: درمان اکت بر راهبرد کنترل اجتماعی افراد PTSD ناشی از جنگ در شهرستان ساری مؤثر است. برای پاسخ فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

همانطور که در جدول ۱۱ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ راهبرد نگرانی تفاوت معناداری وجود دارد ($f=۴۳/۰۳۵$ و $\eta^2=۰/۶۳۳$ و $P=۰/۰۰۰$) به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبرد نگرانی دو گروه در پس آزمون وجود دارد. هم چنین نتایج جدول نشان می دهد که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در راهبرد نگرانی پائین تر از

جدول ۱۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات راهبرد کنترل اجتماعی قبل و پس از آموزش

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
آزمون اثر پیلایی	۰/۱۴۰	۱/۹۵۳	۲	۲۴	۰/۱۶۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶۰	۱/۹۵۳	۲	۲۴	۰/۱۶۴
آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۶۳	۱/۹۵۳	۲	۲۴	۰/۱۶۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۱۶۳	۱/۹۵۳	۲	۲۴	۰/۱۶۴

همانطور که در جدول ۱۲ ملاحظه می شود با کنترل اثر پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون و پیگیری به لحاظ راهبرد کنترل اجتماعی تفاوت معنادار وجود ندارد ($F = 1/953$) که در سطح ($P = 0/164$) معنی دار نبود.

جدول ۱۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه گروه هاز لحاظ راهبرد کنترل اجتماعی در پس آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۳۳۷/۱۱۸	۱	۳۳۷/۱۱۸	۵۳/۵۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲
پس آزمون	گروه	۲۴/۳۱۰	۱	۲۴/۳۱۰	۳/۸۶۰	۰/۰۶۱	۰/۱۳۴
	خطا	۱۵۷/۴۵۴	۲۵	۶/۲۹۸			
پیگیری	پیش آزمون	۳۷۷/۱۱۹	۱	۳۷۷/۱۱۹	۷۵/۶۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵۲
	گروه	۴/۸۰۵	۱	۴/۸۰۵	۰/۹۶۴	۰/۳۳۶	۰/۰۳۷
	خطا	۱۲۴/۵۹۵	۲۵	۴/۹۸۴			

همانطور که در جدول ۱۳ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ راهبرد کنترل اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($f = 3/860$ و $P = 0/061$) و $\eta^2 = 0/134$ به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار نیست، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبرد کنترل اجتماعی افراد PTSD نداشته است ($f = 0/964$ و $P = 0/336$).

همانطور که در جدول ۱۳ نشان داده شده است، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه به لحاظ راهبرد کنترل اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($f = 3/860$ و $P = 0/061$) و $\eta^2 = 0/134$ به عبارتی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داده که تأثیر متغیر مستقل (گروه)، معنادار نیست، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات راهبرد کنترل اجتماعی افراد PTSD نداشته است ($f = 0/964$ و $P = 0/336$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از فرضیه اول نشان داد که درمان اکت به طور معنی داری موجب بهبود راهبردهای کنترل فکرافراد

های مکوند حسینی و همکاران (۱۳۹۴)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱)، شاره و علیمرادی (۱۳۹۲)، بنت و همکاران (۲۰۰۹)، همسو است. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به درمانجو تمریناتی داده میشود که افکارش را ببیند بدون احساس ترس و فاجعه انگاری و واقعیت انگاری افکار و تا بیمار از درآمیختگی با افکارش دست بردارد و همچنین افکارش را بپذیرد با تمرینات گسلش افکارش را جدی نداند در این درمان اعتقاد به این است که خود فکر در آسیب و آشفتگی فرد نقش چندانی ندارد بلکه پاسخ نامناسب و فاجعه انگاری و واقعیت دانستن وجدی و ترسناک قلمداد کردن فکر، فرد را بسوی آشفتگی می کشاند. بر همین مبنا مثلاً وقتی در بیماران PTSD افکار آشفتته ساز در حال آزار فرد است مثل من آدم خوبی نیستم که دوستم را تنها گذاشتم با تمرینهای گسلش از فرد میخواهیم افکارش را یادداشت کند به جای جمله، من آدم خوبی نیستم که دوستم را تنها گذاشتم بنویسد داشتیم فکر می کردم که من آدم خوبی نیستم که دوستم را تنها گذاشتم. یعنی فاصله گرفتن از فکر را به بیمار آموزش میدهیم و در واقع با این تمرین پاسخ فرد به فکرش که آنرا فاجعه آمیز و واقعی وجدی قلمداد میکرد متفاوت شود و آنرا عادی و با گسلش از افکارش پاسخ بهنجار تری به افکارش بدهد. البته تمرینات زیادی برای انجام گسلش فکر بیمار از خود بیمار وجود دارد که گام به گام به فرد کمک میکند که احساس پذیرش فکر به جای حذف و اجتناب از افکارش با مواجهه و پذیرش به راهبردهای مناسبی در افکارش برسد. نتایج حاصل از فرضیه دوم پژوهش نشان داد که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش توجه بر گردانی افراد PTSD شده است. این نتیجه با یافته های پژوهش هریس (۲۰۱۲)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۴)، همسو است. در اکت با تمریناتی که به بیماران داده میشود برای عدم توجه برگردانی این افراد انجام میشود در واقع روبرویی و مواجهه با افکار ناخوشایند در درمان اکت هدف قرار داده شده زیرا بیمار با روبرو شدن با افکار ناخوشایندش در حالت تن آسایی و ریلکس از فاجعه انگاری و واقعیت انگاری و احساس عدم کنترل افکار دور شده و با مواجهه بدون اضطراب و احساس امنیت و دیدن افکارش با تمرینات اکت و گاهی با گفتن افکارش با

صداهایی فانتزی و کارتونی افکارش را به شوخی میگیرد و با انجام تمریناتی که همراه با عادی کردن افکار و ایجاد امنیت در بیمار است. بیمار از احساس عدم کنترل و ناتوانی در افکارش دست بر میدارد البته در اکت نمیخواهیم بیمار افکارش را کنترل کند بلکه با تمریناتی که به بیمار داده می شود بیمار با افکارش روبرو می شود. در حالی که احساس امنیت و آرامش عضلانی را دارد. نتایج حاصل از فرضیه سوم نشان داد که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش راهبرد تنبیه افراد PTSD شده است. این نتیجه با یافته های پژوهش راه نجات و همکاران (۱۳۹۳)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱)، بخت آور و همکاران (۱۳۸۷)، راسیس و ولز (۲۰۰۸) همسو است. در درمان اکت تمرینات به هدف عدم خود تنبیهی بیمار بعد از یک فکر آزارنده طراحی شده است یعنی بیمار آن فکر را فقط فکر قلمداد کند و نه یک موضوع که واقعی است پس فرد مستحق تنبیه باشد. از بیمار خواسته می شود فقط افکارش را مشاهده کند و در تمرینات گسلش فاصله گرفتن و دیدن افکار به بیمار داده میشود و همچنین با تمرینات افکار را گذرا دانستن نه واقعی و آسیب زا و گناه دانستن، بیمار احساس بهتری را تجربه می کند.

نتایج حاصل از فرضیه چهارم نشان داد درمان اکت در مرحله پیگیری نیز تأثیری در راهبرد ارزیابی مجدد افراد PTSD نداشته است. این یافته های جاسبی (۱۳۹۴)، ایزدی و عابدی (۱۳۹۳)، راسیس و ولز (۲۰۰۸)، با این نتیجه همسو نبوده است. در درمان اکت ارزیابی مجدد افکار جزوه هدف درمانی محسوب میشود یعنی فرد با تمرینات اکت در واقع افکار منفی و نامناسب خود را دوباره ارزیابی میکند که آیا افکار می تواند به او آسیب برساند یا فقط فکر است. و گاهی با پرسیدن از دوستان و آشنایان می تواند از آنها هم در مورد افکارشان پرسد با عادی سازی اینکه این افکار به ذهن اکثر افراد میرسد و هیچ اتفاق خاصی بعد از این افکار برای فرد رخ نمی دهد بیمار می تواند شرایط بهتری را تجربه کند و از افکارش هراسی نداشته باشد. نتایج حاصل از فرضیه پنجم نشان داد که درمان اکت در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب کاهش راهبرد نگرانی افراد PTSD شده است. این نتیجه با یافته های محقق و همکاران (۱۳۹۵)،

سلیمی و همکاران (۱۳۹۳)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۲)، کراداک (۲۰۰۷) همسو است. در اکت با تمریناتی که به بیمار داده میشود نگرانی از داشتن افکار نامناسب را کم میکند. بیماران بعد از یک فکر نامناسب احساس گناه و نگرانی از بابت داشتن آن فکر دچار اضطراب میشوند و عملکردشان نامناسب می شود با تمرینات، دیدن و مواجهه با افکار به جای اجتناب از آنها بیمار نگرانی اش در مورد افکار نامناسبش کم می شود. و احساس بهتری را تجربه می کند. در واقع در درمان اکت فکر مهم نیست بلکه بازخورد به فکر مهم است. اگر بیمار فکر نامناسب را تجربه کرد این طبیعی است و اکثر افراد نظیر این تجربه را دارند اما اگر نسبت به آن فکر احساس نگرانی کرد یا فکرش را واقعی قلمداد کرد این باعث آشفتگی و فاجعه انگاری در بیمار می شود. نتایج حاصل از فرضیه ششم نشان داد که درمان اکت بر راهبرد کنترل اجتماعی در افراد PTSD موثر است. نتایج نشان داد که میانگین نمره گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون در متغیر راهبردهای کنترل فکر (کنترل اجتماعی) متفاوت است، این تفاوت در مرحله پیگیری همچنان پابرجاست. ولی در گروه گواه تفاوت نمرات در متغیر راهبردهای کنترل فکر (کنترل اجتماعی) در مراحل سه گانه ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت چندانی با هم ندارند. این یافته با نتایج تحقیقات رحیمی (۱۳۹۳)، شبانزاده و امید (۱۳۹۴)، راسیس و ولز (۲۰۰۶)، فرمن و هربرت (۲۰۰۹)، همسو است. در درمان اکت با تمرینات ذهن آگاهی و تمرینات تمرکز بر بدن و آنالیز بدن و درک اینجا و اکنون افراد PTSD به آنها آموزشهای لازم برای رسیدگی بیشتر به نیازهای جسمی و روانی شان داده می شود. در افراد مبتلا به PTSD نشانگانی وجود دارد از جمله تلاش برای اجتناب از افکار و احساسات یا مکالمه مربوط با آسیب احساس تهدید داریم، بیش برانگیختگی اجتناب، کرحتی عاطفی اختلال در روابط با دیگران و خصومت و همچنین انزوا اجتماعی این نشانه ها که همراه با راهبردهای کنترل فکر غیر انطباقی است که باعث آسیب جدی در روابط اجتماعی افراد PTSD ناشی از جنگ می شود درمان اکت با تمرینات گسلش افکار در واقع به افراد کمک می کند که از تهدید انگیز و آسیب زا بودن افکارشان فاصله بگیرند و با افکارشان مواجهه شوند، زیرا با

روبرو شدن و مواجهه با افکارش از تهدید آمیز بودن و ترسناک دانستن افکارش فاصله می گیرد. همچنین با بیان احساسات یا مکالمه مربوط با آسیب به دیگران در واقع متوجه میشود فقط او نیست که گاهی احساسات و افکار ناراحت کننده را تجربه میکند بلکه دیگران نیز اینگونه اند پس با عادی سازی افکار و احساساتش و بیان آن واز کنترل و اجتناب افکارش دست بر میدارد و رها میشود از ترس و اضطراب و فشار روانی که موجب آسیب به اومی شود. در درمان اکت تمرینات هدفمندی که به بیمار PTSD داده میشود مانند بیمار تشویق می شود ارزشهای زندگی خود را شناسایی و با برنامه ریزی مناسب و درست و گام به گام به سوی ارزشهایش حرکت کند برای تسهیل سازی و ایجاد انگیزه در این امر میتواند از تمرینات اکت در جهت کنترل اجتماعی استفاده کند این تمرینات برای تشویق اجتماعی و همچنین برای تقویت رفتار با تشویق ولذت درونی توأم می باشد که مراجع را به سوی ارزشهای زندگی اش سوق می دهد. با توجه به نتایج مطرح شده پیشنهادات زیر ارائه می گردد.

۱- دوره های آموزش اکت توسط کلینیک ها، بیمارستان ها و مطب های پزشکی با کمک تیم مشاوره و روان درمانی برگزار گردد.

۲- استفاده از سایر روش های روان درمانی و مقایسه آنها با روش اکت

۳- انجام پژوهش هایی مشابه برای سایر اختلالات و بیماری های مزمن روانی و جسمی

۴- رسانه ها و وسایل ارتباطات جمعی و سازمانها و مرکز دولتی که با بیماران سروکار دارند مثل بنیاد شهید و امور ایثارگران در آگاه سازی بیماران از درمان های روان شناختی نقش موثرتری ایفا کنند.

۱- بنیاد شهید برای خانواده های شهید و جانبازان و ایثارگران کارگاهها و جلسات آگاهی بخشی در زمینه آشنایی این خانواده ها و راههای درمان و پیشگیری های اختلالات روانی از طریق تیم روانشناسی و روانپزشکی و سایر گروههای درمانی داشته باشند.

۲- حمایت‌های اجتماعی و قانونی بیشتری برای بالا بردن کیفیت زندگی و سلامت روان خانواده های شهید و ایثارگران انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- کلیه آزمودنی ها قبل از شرکت در پژوهش رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش را امضا نمودند.
- ۲- اطمینان لازم در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آزمودنی ها داده شد.
- ۳- در صورت درخواست آگاه سازی آزمودنی ها از نتایج مطالعات .
- ۴- هر زمانی که علاقه ای به همکاری نداشتند ، می توانستند به همکاریشان با محقق پایان دهند و اجباری در همکاری آنها وجود نداشت .

پی نوشت:

- 1-Truma
- 2-Twohing
- 3-Post-traumatic stress disorder
- 4-Acceptance and Commitment therapy
- 5.Mental Flexibility
- 6- Experimental avoid

منابع

- ابراهیمی، احمد، خیرآبادی ، حسنی، جعفر مرادی ، علیرضا ۳۹۴
۱ اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مؤلفه های سوگیری توجه در اختلال اضطراب فراگیر مطالعه تک آزمودنی مجله علوم رفتاری
- ابوالقاسمی، عباس، بخشیان، فرشته و نریمانی، محمد.(۱۳۹۱).
راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار، فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۷، شماره ۴، ۱۶۵-۱۷۲.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوبت دوم، انتشارات جنگل.
- بخت آور، عیسی، نشاط دوست، حمیدرضا مولوی حسین بهرامی فاطمه.(۱۳۸۷). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر کاهش میزان خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه آدرس مکاتبه:

پایان نامه دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، خیابان هزارجریب،

پور افکاری ، نصرت اله ، ۱۳۸۲، واژه نامه روانشناسی و روانپزشکی، تهران: انتشارات معاصر

جاسبی، مصطفی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بر جانبازان روانشناسی بالینی ، پایان نامه دانشگاه آزاد اسلامی کرج

حسینیان سیمین پردلان نوشین حیدری حمید سلیمی سمانه ۲تحلیل ساختاری فرسودگی شغلی پرستاران با مؤلفه های مبتنی بر پذیرش، تعهد و تنظیم هیجان مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران(۳۷-۴۶) دوره بیست و چهارم شماره ۱۱۳ خرداد سال ۱۳۹۳

خانی پور، حمید، سهرابی اسمرود، فرامرز، طباطبایی برزکی، سعید.(۱۳۹۰). مقایسه باورهای شناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی.مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی)، دوره ۱، شماره ۱، ۷۱-۸۲.

رحیمی، ندا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش-آموزان دارای فوبی اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان-شناسی بالینی. دانشگاه محقق اردبیلی.

راه نجات، امیرمحسن، ربیعی، مهدی، سلیمی، سیدحسین، فتحی آشتیانی، علی،، دنیوی، وحید و میرزایی، جعفر.(۱۳۹۳). نقش راهبردهای کنترل افکار در علائم اختلال استرس پس از سانحه مزمن ناشی از جنگ، مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۴، ۲۴۷، ۳۵۴.

سلیمی ،سید حسین، راه نجات ، امیر محسن ، ربیعی ،مهدی ، فتحی آشتیانی ، علی ، دباغی، پرویز ،دنیوی ، وحید۱۳۹۳ حاضر مرور و تحلیل درمان فراشناختی به عنوان یکی از مداخلات اثربخش در درمان اختلال استرس پس از سانحه PTSD، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم.

شبانزاده ،محبوبه . امیدي ،عبدالله ۱۳۹۴ بررسی اثربخشی روش ترکیبی ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی با درمان رفتاری شناختی سنتی در درمان افسردگی جانبازان،ولین کنگره سراسری موج سوم درمانهای رفتاری ،کاشان.

- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behavior Research and Therapy* 2009;47:1018-23.
- Craddoc, A. E. (2007). Relationship between attitudinal similarity couples satisfaction in married and de factor couples. *Australian Journal of Psychology*, 43, 11-16
- Forman EM, Herbert D.(2009). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher JE editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009. p. 263-268
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: *Springer Science and Business Media Inc.*
- Hayes, L., Boyd, C.P. & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment of Adolescent Depression: Apilot study in a psychiatric out patient setting. *Journal of Mindfulness*. 2 (2011). 86-94.
- Hayes, S.C. & Levin, E.M., Villatte, J.L. (2013). Acceptance and Commitment therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Journal of Behave Ther*, 44 (2): 180-198.
- Harris, R. (2012). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- McCracken LM, Velleman S. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain* 2010; 14(8):141-147.
- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. ۲۰۰۶; ۴۰(۱):۱۱۱-۱۲۲.
- Roussis P, Wells A.(2008). Psychological factors predicting stress symptoms: met cognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping* 2008;21:213-25.
- Twohing, M. L. P., Crosbt, N., & Jesse, M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic Internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41, 2585-295
- wills A & Davies, M.I.(1994) The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*.
- شاره، حسین، علیمرادی، عبدالطیف.(۱۳۹۲). سیستم های مغزی - رفتاری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، مجله روانشناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۳، ۱۱-۲۱.
- عزیزی، علیرضا، محمدخانی پروانه عباسی پریناز.(۱۳۹۲). ارتباط راهبردهای کنترل فکر و باورهای های مرتبط با نگرانی با علائم استرس جانبازان جنگ تحمیلی مجله علمی - پژوهشی طب جانباز، دوره ۶ (۲۲)، ۳۵-۴۶.
- مرور و تحلیلی بر درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه مروری نظا مدار
- گودرزی، محمد علی، اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب.(۱۳۸۴). رابطه بین راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده و شدت علائم وسواسی، مجله حکیم، دوره ۸، شماره ۴، ۴۵-۵۱.
- محقق حسین دوستی پیمان جعفری داود ۱۳۹۵ تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*
- مکوند حسینی، شاهرخ وهمکاران، کثیری، مرتضی، نجفی، محمود، شاهی، مرجان، ۱۳۹۴، اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان جانبازان مبتلا به اختلال پس از سانحه تحت درمان دارویی، *فصلنامه طب جانباز*
- نوربالا وهمکاران، ۱۳۸۶، *راهنمای جامع عملی ونظری در اختلال پس از سانحه PTSD*، انتشارات: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان
- نوربالا، احمد علی وهمکاران، ۱۳۸۳، *راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا*، تهران: انتشارات شاهد
- ولز، آ. (۲۰۰۹)، *راهنمایی عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی* ترجمه شهرام محمد خانی، ۱۳۸۸، تهران نشرورای دانش
- هادی تبار، حمید؛ نوایی نژاد، شکوه و احقر، قدسی. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال ۹۰-۸۹. *طب جانباز*