مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ پاییز ۱۳۹۹/ ۳۱-۲۱

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای در بیماران PTSD

سجاد رویین تن[۱]، دکتر شهدخت آزادی[۲*]، دکتر شیر علی خرامین[۳]، دکتر امین الله بابویی[۴]، عزت صندوقچی[۵]

۱- گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، گچساران. کهگیلویه و بویراحمد.

۳- دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

۴- گروه مدیریت بهداشت و خدمات درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۵- گروه روان‌شناسی، واحد گچساران، دانشگاه آزاد اسلامی، گچساران، ایران

نویسنده مسئول: تلفن : پست الکترونیک: shahdokhtazadi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی، هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و یک درمان، زمانی مفید است که سلامت روانی را افزایش دهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای دربیماران PTSD بود.

مواد و روش کار: روش پژوهش در این تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بوده جامعه آماری این تحقیق شامل جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر شیراز در سال ۹۷ -۱۳۹۶ اجرا شد. از ۱۵۰ جانباز با تشخیص ptsd با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نشان می‌دهد میانگین نمرات سلامت روان در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با مرحله پیش آزمون افزایش داشته است همچنین نشان می‌دهد میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان دادکه میانگین نمره سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای بین قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش سبب افزایش سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی در بیماران به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است ومی‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر سود جست.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روان، اجتناب تجربه‌ای، بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه سندرمی است که پس از مشاهده، شنیدن یا درگیرشدن با یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید رخ می‌دهد. واکنش نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی همراه بوده و رخداد مرتباً در ذهن زنده می‌شود و فرد سعی می‌کند از یادآور شدن آن اجتناب کند (۱).

شیوع این اختلال در طول عمر تا ۸ ٪جمعیت کلی تخمین زده می‌شود (۲و۳). افراد مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه حدود ۸۶ درصد بیش از افرادی که نشانه‌های این اختلال را ندارد، علائمی را آشکار می‌سازند که معیارهای تشخیصی برای یک اختلال روانی دیگر، مانند اختلالات افسردگی، دوقطبی، اضطرابی و مصرف دارو، را فراهم می‌سازد(۴و۵).

اختلال استرس پس از سانحه موجب پریشانی قابل‌ملاحظه و اختلال در عملکرد اجتماعی و شخصی شده و سپس منجر به کناره‌گیری اجتماعی، خشم و رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود (6).

به‌طورکلی به نظر می‌رسد سلامت روان یکی از متغیرهایی است که به‌احتمال‌زیاد در افراد مبتلابه این اختلال، آسیب‌دیده است. در پژوهشی که باهدف بررسی رابطه حملات آسیب‌زا و سلامت روان انجام شد، نتایج نشان داد افرادی که در معرض چنین وقایعی قرارگرفته‌اند از سلامت روان مناسبی برخوردار نیستند (7).

سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را حالتی از سلامتی تعریف می‌کند که در آن فرد توانایی‌های خود را تحقق می‌بخشد. می‌تواند با استرس‌های نرمال زندگی کنار آید. می‌تواند به‌طور سازنده کار کند و قادر است با اجتماع خود همکاری نماید (۳).

اجتناب تجربه‌ای یکی از نشانه‌های این اختلال است که در آن فرد ارزیابی‌های منفی افراطی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی دارد. عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادهای درونی و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها را نیز به همراه دارد (۸).

اختلالاتی که در آن‌ها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش (افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه‌های بروز آن‌ها برمی‌دارد حتی زمانی که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی فرد داشته باشند، به این اجتناب تجربه‌ای می‌گویند(۹).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از میان نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، نشانه‌های اجتنابی قابل‌اطمینان‌ترین شاخصی است که فرد می‌تواند معیارهای این اختلال را به‌طور کامل برآورده نماید (۱۰).

مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه از محرک‌های مرتبط با جنگ (افکار، خاطرات یا احساسات ناراحت‌کننده) و همچنین یادآوری‌های بیرونی (افراد، مکث‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء و موقعیت‌ها) اجتناب می‌کنند (۱۱). اجتناب تجربه‌ای این اختلال را در طول زمان حفظ و تشدید می‌کند. همچنین انعطاف‌پذیری فرد را در برخورد با موقعیت‌ها کاهش می‌دهد و تأثیر منفی روی کیفیت زندگی فرد خواهد داشت (۱۲و۱۳).

مسلماً یک درمان روان‌شناختی مناسب می‌تواند به ارتقای سطح سلامت روان آن افراد کمک کند. شفیعی و همکاران (۱۳۹۶) در نتایج نشان دادند پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، میزان میانگین نمرات گروه آزمایش در تعداد طبقات، خطای در جاماندگی از زیرموشی‌های

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل بود(۱۴).

از جمله رویکردهای روان‌شناختی که می‌تواند بر میزان سلامت روان مؤثر باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در طی ۱۰-۱۵ سال گذشته تعدادی از درمان‌های جدید با اشکال گسترش‌یافته CBT در حوزه روان‌درمانی روی کار آمده است (۱۵).

موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (۱۶،۱۷).

پذیرش و تعهد رویکرد درمانی است که روی خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارشیابانه، زمان‌مند و دقیق انسان تأکید می‌کند (۱۸).

در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌شناختی رفتاری محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند موردبررسی قرار می‌گیرد(۱۹). در این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد این نکته بر این فرض مبتنی است که فرایند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر می‌کند (۲۰).

در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود. سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد که عبارت‌اند از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد. این مشکلات به‌عنوان اهداف مداخله مدنظر قرار می‌گیرند (۲۱).

با توجه به مطالب فوق می‌توان این‌طور استنتاج کرد که اجرای یک مداخله روان‌شناختی مناسب می‌تواند در کاهش نشانه‌ها و علائم ناتوان‌کننده این افراد مفید باشد (۲۲). لذا هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه است.

مواد و روش کار

پژوهش کاربردی حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر شیراز در سال ۹۷ -۱۳۹۶ اجرا شد.

از ۱۵۰ جانباز با تشخیص ptsd تشکیل پرونده داده بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل جانبازان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بر اساس کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی یا توانایی خواندن و نوشتن، پُر کردن فرم رضایت‌نامه حضور در پژوهش و نداشتن تجربه هم‌زمان یک مداخله روان‌شناختی بود. معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به یک اختلال روان‌پزشکی شدید نظیر اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، اختلالات مرتبط با مواد و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود.

ابزار اندازه‌گیری: پرسش‌نامه سلامت عمومی(GHQ۲۸) در سال ۱۹۷۲، توسط گلدبرگ تهیه شد و

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

یک آزمون مبتنی بر روش خودسنجی می‌باشد که معمولاً در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورداستفاده قرار می‌گیرد.

در تهیه این پرسش‌نامه به دوطبقه اصلی از پدیده‌ها توجه شده؛ یک طبقه ناتوانی فرد در برخوردی از یک عملکرد سالم و طبقه دیگر بروز پدیده‌های جدید با ماهیت ناتوان‌کننده.

از روی فرم بلند (۶۰ سؤالی) آن‌یک فرم کوتاه ۲۸ ماده‌ای تهیه‌شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه در سال ۱۳۷۷، توسط دادستان به زبان فارسی برگردانده شده، به‌منظور استفاده در این پژوهش بر اساس نظرخواهی به‌عمل‌آمده در مطالعه مقدماتی برخی از سؤالات موردبازنگری و ویرایش قرار گرفتند.

مزیت فرم ۲۸ ماده‌ای GHQ این است که برای تمامی افراد جامعه طراحی‌شده و قادر است به‌عنوان یک ابزار، احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین می‌کند. چهار زیر مقیاس آن، نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم می‌باشد که از مجموع چهار زیر مقیاس آن، یک نمره کلی به دست می‌آید (۲۳).

از ۲۸ عبارت پرسش‌نامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و درمجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی و پایایی و باز آزمایی ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش‌شده است (۲۳).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) این پرسش‌نامه به‌وسیله بوند و همکاران ساخته‌شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسش‌نامه اصلی است (۲۴). این پرسش‌نامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد.

این ابزار دو زیر مقیاس را می‌سنجد: اجتناب تجربه‌ای (۷ عبارت) و کنترل روی زندگی (۳ عبارت). نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً=۵) انجام می‌شود. قابل‌توجه است که عبارات زیر مقیاس اجتناب تجربه‌ای به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.

مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شکرت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت‌بخشی دارد(۲۴). میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به‌صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی‌اش است. این ابزار هم‌چنین اعتبار مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد. اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (۲۴).

ابتدا آزمودنی‌های هر دو گروه، پرسش‌نامه‌ها را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش، ۸ جلسه ۱۲۰دقیقه‌ای به‌صورت گروهی هر هفته یک‌بار

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

درمان تعهد و پذیرش را بر اساس پروتکل درمانی هیز را طبق جدول(۱)دریافت کردند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون اجرا شد و پیگیری پس از سه ماه صورت گرفت.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۰، از طریق کولموگروف- اسمیرنوف و شاپیرو- ویلک برای بررسی توزیع طبیعی متغیرها و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین در گروه‌ها و آزمون تعقیبی توکی برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری صورت گرفت.

جدول ۱: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه به مدت ۸ جلسه ۱۲۰دقیقه‌ای

جلسه	روش	مداخله
جلسه اول ارزیابی و جهت‌گیری درمان، تکنیک پذیرش از طریق پذیرش و مشاهده خود	گرفتن جزییات از افراد، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معرفی پذیرش و عدم پذیرش تشریح و توضیح رابطه منفی افکار با اعمال	- معرفی تمرینات پذیرش افکار و احساسات. استفاده از تمرین راننده اتوبوس. - افکار روی برگه‌های تمرین و غیره. - خرس قطبی. - رفتن به قله. - فرم سرزندگی در مقابل رنج.
جلسه دوم انتخاب ارزش‌ها و شناسایی موانع ارزش زندگی	تفاوت ارزش‌ها و هدف و کمک به مرجعان برای روشن کردن و شناسایی ارزش‌ها	- تکنیک ارزش‌ها و هدف‌های تمرین در حال حاضر چیزی در زندگی می‌خواهم - تکنیک حوزه ارزش و موانع درونی و بیرونی میزان قدرت این موانع ۰ تا ۱۰.
جلسه سوم تکنیک ناامیدی خلاقانه	بررسی هزینه‌های پرداخت‌شده برای توسعه ناامیدی خلاق	راه‌حل‌های به کار گرفته‌شده و اثرات درازمدت آن را هم که عوارض نامطلوبی برایشان داشت.
جلسه چهارم تکنیک گسلش	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار و اعمال	- استعاره دیدن فیلم. - تمرین من الان یک فکری دارند که. - تمرین گزارشگری فکر. - تمرین افکار روی تابلوهای رانندگی. - تمرین افکار روی ساحل
جلسه پنجم تکنیک بودن در حال	تمرکز روی بدن نفس کشیدن توجه حواس پنج‌گانه توجه آگاهی	- تمرین در زمان حال بودن - تمرین تنفس دیافراگمی - تمرین ذهن آگاهی.
جلسه ششم خود به‌عنوان زمینه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، خود به‌عنوان زمینه رابطه	- استعاره صفحه شطرنج - استعاره زمین فوتبال.
جلسه هفتم تکنیک اقدام متعهد	بازبینی مراحل دستیابی به ارزش‌ها	کاربرد اقدام متعهد احساسات ای که ممکن است به هنگام حرکت به‌سوی هدف با برخورد با مانع به سراغم بیاید.
جلسه هشتم کار برای پایان توضیحات درزمینه‌ی پس‌آزمون و پیگیری	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده	پایان درمان و cd تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

یافته‌ها

در به کارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته بیمارانی که با روش پذیرش و تعهد درمان شده‌اند با بیماران گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۵۵، P<۰/۰۵).

جدول ۲: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری	اثر	آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	Df خطا	Sig
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون		اثر پیلایی	۰/۵۷	۱۶/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
		لامبدای ویلکس	۰/۴۲	۱۶/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
		اثر هتلینگ	۱/۳۴	۱۶/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
		بزرگترین ریشه روی	۱/۳۴	۱۶/۸۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی‌دار در متغیرهای توجه آگاهانه به حال و ادراک بیماری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌گردد.

همان‌گونه که از نتایج جدول ملاحظه می‌گردد سطح معنی‌داری حاصل شده برای این مقیاس‌ها در مقایسه با سطح معنی‌داری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه‌های سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. میزان تأثیر گروه آزمایش « معنی‌دار بودن عملی» برای اجتناب تجربه‌ای ۰/۴۸ بوده است. یعنی ۴۸ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در متغیر اجتناب تجربه‌ای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط به اثر گروه بوده است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است که با احتمال بالایی فرض صفر به درستی رد شده است.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	Df	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
سلامت روان	گروه	۱۰۶۹/۵۹	۱	۱۰۶۹/۵۹	۰/۰۰۵	۰/۲۷	۰/۸۴
اجتناب تجربه‌ای	گروه	۳۴۹/۵۲	۱	۳۴۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای دربیماران PTSD انجام شد.

نتایج حاصل از تحلیل آماری کوواریانس کوواریانس چند متغیره این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای دربیماران PTSD مؤثر است. یافته‌های این پژوهش نوید بخش و نشان‌دهنده ارزش بالقوه درمان‌های شناختی است این یافته با نتایج پژوهشی رسولی و همکاران (۲۵) رضویی و همکاران (۲۶) یاراغچی و همکاران (۲۷)، همسو است.

در توجیه یافته‌های این پژوهش می‌توان به تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به جانبازان کمک نموده تا حادثه آسیب‌زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل بی‌توجهی بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به اختلال استرس، از این کنترل و اجتناب پرهیز نموده و به جای آن ارزش‌های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌ها سازماندهی نمایند. لذا پس از طی نمودن این فرایند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات و همچنین جدا نمودن اعمال از تفکر، از بند تفکرات نشخوارکننده رهایی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود برمی گردد.

این تکنیک‌ها همان مکانیزم‌هایی هستند که در تعریف و ضابطه‌مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مختلف به آن‌ها اشاره شده است (۲۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخلهٔ رفتاری به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نماید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای آن که روی بر طرف-سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعه-کننده کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکل در زندگی‌شان گردیده است خلاص نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۲۹).

از سویی دیگر مهم‌ترین مشکل جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه زندگی در گذشته است. به طوری که آن‌ها مکرر خاطرات آسیب‌زای گذشته را در ذهن نشخوار می‌کنند بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کرده تا بتوانند بیشتر با لحضه حال یا اکنون و تجارب زندگی این جا و اکنون خود در تماس باشند؛ بنابراین، تکنیک‌های این روش درمانی در حکم پادزهری در برابر نقایص آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (۲۵).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

در درمان ACT، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش، پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش شدت علائم PTSD شد.

در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند.

مراجع با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. بیمار یاد می‌گیرد که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف، خاطرات، احساسات جسمانی و افکار خود روبه‌رو شود و از مشکلات جسمانی و روانی نمی‌گریزد، بلکه در هر شرایطی با استفاده از این درمان انعطاف‌پذیری را می‌آموزد.

مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلابه PTSD ازجمله فلش‌بک و رفتارهای اجتنابی را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای نهایتاً نتایجی ازجمله افزایش سلامت روانی در این افراد نیز شد که زندگی، روابط بهتر با اطرافیان و همچنین کاهش نشانه‌ها و مشکلات مربوط به اختلال PTSD ازجمله بی‌انگیزگی، کرختی هیجانی و ارتباط بهم خورده را در بر خواهد داشت (۲۶).

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که شاید مهم‌ترین آن طولانی بودن جلسات شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول اجرای طرح بود که این مسئله ما را بر آن داشت پیش از شروع جلسات مفاهیم و نکات لازم را یادآور شویم. همچنین عدم پیگیری نتایج تحقیق از محدودیت‌های دیگر تحقیق است؛ بنابراین، با توجه به مزیت شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان‌درمانی‌های سنتی، که پیشگیری از برگشت نشانه‌هاست، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی برای ارزیابی میزان پایداری نتایج، پیگیری بلند مدت نتایج در نمونه بزرگتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد اخلاق ۲۰۰۱۲۱۶۱۲۰۲۰۴۱ از دانشگاه علوم پزشکی فارس می‌باشد. از مدیریت محترم علوم پزشکی استان فارس و همچنین از اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر شیراز کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1- Zarger F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian R. Third wave of behavioral therapy with an emphasis on acceptance-based behavioral therapy. Journal of Research in Behavioral Science. 2014;10(5):383-90.
2-Mirzaei J, Karami Gh. A comprehensive theoretical and practical guide to post traumatic stress disorder. Tehran: Veterans Institute of Medical Sciences and Engineering(2008).
3-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4-Barry M, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Churchill Livingstine Elsevie. (2007).
5- Badour CL, Blonigen DM, Boden MT, Feldner MT, Bonn-Miller MO. A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. Behav Res Ther. 2012;50(10):610-61.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

6- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676-88.
7- Golestaneh SM, Pirmardvand Chegini S, Mosavi Nejad SM. Association between mental health and PTSD with mediating role of personality traits in earthquake victims of Bushehr. ISMJ. 2016;19(5):855-70.
8- Fredman SJ, Monson CM, Adair KC. Implementing cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD with the newest generation of veterans and their partners. Cogn Behav Pract. 2011;18(1):120-30.
9- Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirdrikvand F. The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. KAUMS Journal (FEYZ). 2019;23(5):543-53.
10- Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7(1):141–68.
11- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Couns Psychol. 2012;40(7):976-1002.
12- Monson CM, Fredman SJ, Adair KC, Stevens SP, Resick PA, Schnurr PP, et al. Cognitive–behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. J Trauma Stress. 201;24(1):97-101.
13- Horesh D, Lowe SR, Galea S, Aiello AE, Uddin M, Koenen KC. An in-depth look into PTSD-depression comorbidity: A longitudinal study of chronically-exposed Detroit residents. J Affect Disord. 2017;208:653-61.
14- Shafiei M, Sadeghi M, Ramezani S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Executive Function and Experiential Avoidance in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. Iranian Journal of War and Public Health. 2017;9(4):169-75.
15- Rauch SA, Favorite T, Giardino N, Porcari C, Defever E, Liberzon I. Relationship between anxiety, depression, and health satisfaction among veterans with PTSD. J Affect Disord. 2010;121(1-2):165-8.
16- Razik S, Ehring T, Emmelkamp PM. Psychological consequences of terrorist attacks: Prevalence and predictors of mental health problems in Pakistani emergency responders. Psychiatry Res. 2013;207(1-2):80-5.
17- Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2011;76(6):1083-9.
18- Roy-Byrne PP, Noonan C, Afari N, Buchwald D, Goldberg J. Is the association between posttraumatic stress disorder symptoms and poor health due to a common familial or genetic factor?. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(5):408-13.
19-Rowland M. Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents [Dissertation]. Chicago: Faculty of The Chicago School of Professional Psychology; 2010.
20- Shansky RM. Sex differences in PTSD resilience and susceptibility: Challenges for animal models of fear learning. Neurobiol Stress. 2015;1:60-5.
21- Spence J, Titov N, Johnston L, Jones MP, Dear BF, Solley K. Internet-based trauma-focused cognitive behavioural therapy for PTSD with and without exposure components: a randomised controlled trial. J Affect Disord. 2014;162:73-80.
22- Thompson RW, Arnkoff DB, Glass CR. Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. Trauma Violence Abuse. 2011;12(4):220-35.
23- Lassen EW. The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety in people with psycholosis [Dissertation]. California: Faculty of the California Institute of Integral Studies; 2010.
24- Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, et al. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. PLoS One. 2015;10(3):e0120270.
25- Roohi R, Soltani A, Zeinodini Z, Razavi Nematollahi VS. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Compassion and Distress Tolerance in Students with Social Anxiety Disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:63.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

26- Razavi Saadat SF, Makvandi B, Pasha R, Hosseini SH. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Thought Control Strategy and Quality of Life in Veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Iranian Journal of War and Public Health. 2018;10(3):115-20.
27-Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. Iran J Health Educ Health Promot. 2019;7(2):192-201.
28-Morshedi M, Davarniya R, Zahrakar K, Mahmudi M, Shakarami M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples. Iran J Nurs Res. 2016;10(4):76-87.
29. Gholamrezaei, Hadi, Tashvighi, Mostafa, Khatousaz, Marzieh, Pourmand, Zahra, Vaziri, Tabar, Hedyeh. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to reducing anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in women affected by their spouse's extramarital affairs. Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2018 61 (6.1), 201-210.
30-Kavousian J, Haniffi H, Karimi K. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. Journal of Health and Care. 2017;19(1):75-87.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]

Original paper

The effectiveness of treatment based on acceptance of and commitment to mental health and experiential avoidance in PTSD patients

Ruyintan S[1], Azadi Sh[2*], Kharamin Sh-A[3], Babavi A[4], Sandoghchi E[5]
1-Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.
2- Assistant Professor. Department of Psychology and Educational Sciences. Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Gachsaran, Kohgiluyeh and Boyer Ahmad, (Corresponding author: shahdokhtazadi@yahoo.com).
3- Department of Psychology, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran
4-Department of Healthcare Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
5- Department of Psychology, Gachsaran Branch, Islamic Azad University, Gachsaran, Iran
***Corresponding author Tel: ……..** **E-mail**: shahdokhtazadi@yahoo.com

Abstract

Aim and Background: Mental health is the ideal goal of health care, and a treatment is useful when it increases mental health. The aim of this study was to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance of and commitment to mental health and experiential avoidance in PTSD patients.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The study population included veterans suffering from post-traumatic stress disorder after the incidence of the Martyr and Veterans Affairs Foundation of Shiraz in 2017-2018. Of the 150 veterans diagnosed with PTSD, 30 were selected using the available sampling method and randomly divided into two groups of experiments and controls (each group with 16 members). To collect the data, they answered the General Health Questionnaire (GHQ) and the second version of Admission and Action Questionnaire (AAQ-II). Covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The results showed that the mean scores of mental health in the experimental group increased in the post-test stage compared to the pre-test stage. Findings also showed that there was a decrease in mean scores of experiential avoidance in the experimental group in the post-test stage compared to the pre-test stage. Analysis of covariance showed that there was a statistically significant difference between the mean score of mental health and experiential avoidance before and after the intervention ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of the current study increase mental health, improve quality of life in patients with post-traumatic stress disorder, represent new horizons in clinical interventions and can be used as an effective intervention method.

Keywords: Acceptance and Commitment-Based Therapy, Mental Health, Experiential Avoidance, Patients with Post-Traumatic Stress Disorder

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-11]