

اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال استرس پس آسیمی (PTSD)، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۱۲

بهروز بهروز *

چکیده

مقدمه: درمان PTSD از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. با توجه به هزینه‌های متعدد ناشی از آن، بازیابی پیشینه تحقیقی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. لذا، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر PTSD، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار بود.

روش: تحقیق از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه دختران داغ‌دیده تحت سرپرستی بهزیستی کرمانشاه در ۱۳۹۴ بود، که براساس معیارهای ورود به پژوهش، معیارهای تشخیصی DSM-V و پرسش‌نامه‌های تأثیر حوادث کودکان، سوگ کودکان، سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی ارزیابی و نمرات مقیاس‌ها به‌عنوان خط پایه تعیین شد. افرادی که دارای بالاترین نمرات بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه ($n_1=n_2=12$) تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله درمانی هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای را دریافت نمود اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. اطلاعات به‌دست آمده با SPSS-۱۹ و با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات کلی PTSD، مؤلفه‌های افکار مزاحم و اجتناب، و خودکارآمدی وجود دارد ($P<0/05$). همچنین، در سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار (T) و اجتنابی (A) تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده گردید ($P<0/05$) اما این تفاوت در مقابله هیجان‌مدار (E) معنادار نبود ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از کارایی این شیوه نوظهور درمان شناختی-رفتاری است که به‌نظر می‌رسد به علت تلفیق تکنیک‌های شرقی در آن، برای بیماران ایرانی مناسب‌تر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس آسیمی، سبک مقابله‌ای، خودکارآمدی، درمان پذیرش و تعهد، دختران، سوگ نابهنجار.

مقدمه

اثرات مخرب استرس را بر فرد مهار و پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد [۱۱، ۱۲]. مقابله^۴، به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی، به مجموع کوشش‌های شناختی و رفتاری شخص برای غلبه بر شرایط استرس‌زا گفته می‌شود، که شامل تلاش برای اداره و تنظیم تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آنهاست [۱۳]. از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت و پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی از جمله؛ افسردگی، و PTSD، خودکارآمدی^۵ می‌باشد [۱۴، ۱۵].

خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله خویش در موقعیت‌های خاص است و الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۶]. مطابق این الگو، خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالات روان‌شناختی دارد [۱۵]. خودکارآمدی پایین با افسردگی، اضطراب، عزت‌نفس پایین و سبک مقابله‌ای اجتنابی ارتباط دارد در مقابل، خودکارآمدی بالا با توانایی‌های حل مسأله و تفکر تحلیلی ارتباط داشته و عملکرد انسان را بهبود می‌بخشد [۱۶، ۱۲]. در راستای درمان PTSD، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی [۵]، و درمان شناختی-رفتاری^۶ (CBT) اشاره نمود [۱۰]. با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد به کارگیری آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی دشوار است و اغلب این مداخلات با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند [۱۷]. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۷ نامید [۱۸]. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد^۸ (ACT) می‌باشد [۱۹].

بلایا و حوادث هر سال منجر به مرگ و معلولیت میلیون‌ها نفر و صدمات مالی بسیاری می‌شود. کودکان به دلایل مختلف والدین‌شان را از دست می‌دهند [۱]. در این میان به‌نظر می‌رسد، مرگ والدین و شاهد آن بودن، بحران‌زاترین حوادث آسیب‌زا باشد [۲]. وقتی عزیزی می‌میرد، نشان دادن واکنش سوگ، بهنجار است و عموماً نیازی به درمان ندارد اما واکنش‌های سوگ نابهنجار^۱ که بیش از ۶ الی ۱۲ ماه ادامه یافته، در عملکرد فرد اختلال بارزی ایجاد می‌کند [۳، ۴]، این حالت را بسیار پیچیده ساخته [۴]، و به اختلال استرس پس‌آسیبی^۲ (PTSD) و سایر اختلالات روان‌شناختی مستلزم درمان منجر می‌گردد [۳].

اختلال استرس پس‌آسیبی در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی^۳ (DSM-V) به صورت واکنش‌های حاد روان‌شناختی در برابر رویدادهای سانحه‌آمیز شدید تعریف می‌شود. این واکنش‌ها باید حداقل یک‌ماه به طول بیانجامد و با سه علامت عمده "تجربه مجدد، اجتناب و بی‌احساسی، و بیش‌انگیزختگی" همراه باشد، تا تشخیص PTSD داده شود [۵، ۶].

PTSD، به شکل‌های گوناگون از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال در روابط بین‌فردی و مشکلات شناختی بروز می‌کند [۷-۹]. هر چند اکثر مطالعات مربوط به این اختلال بر روی بزرگسالان انجام شده ولی میزان بالایی از بروز آن در کودکان و نوجوانانی که قربانی و یا شاهد حوادث مرگ‌بار بوده‌اند و استرس شدیدی را متحمل شده‌اند، به ثبت رسیده است [۵، ۶]. از آنجا که مکانیسم‌های دفاعی در این سنین هنوز برای روبه‌رو شدن با صدمات جسمانی و روانی کافی نیست، مواجهه با یک عامل استرس‌زا در آن‌ها بیش از بزرگسالان PTSD ایجاد می‌کند [۱۰]. یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای فرد در برابر مشکلات می‌باشد [۱۱]. به کاربردن سبک‌های ناکارآمد و منفی در برخورد با عوامل آسیب‌زا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالی که به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و مثبت می‌تواند

4- coping

5- self-efficacy

6- cognitive behavioral therapy (CBT)

7- based acceptance models (BAM)

8- acceptance and commitment therapy (ACT)

1- prolonged grief disorder (PGD)

2- post-traumatic stress disorder (PTSD)

3- diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)

آزمودنی‌ها شده است. بیشتر مطالعات در سال‌های اخیر، پیرامون کاهش و درمان نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به‌دست آمده از مدل‌ها و درمان‌های بزرگسالان قابل‌تعمیم به کودکان و نوجوانان نیستند، بنابراین، باید نظریه‌های درمانی در این گروه سنی به گونه‌ای مستقل بررسی شود. از دیگر سو، درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال روان‌شناختی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. چنانچه مشکلات کودکان، ماه‌ها و سال‌ها بدون شناسایی و درمان ادامه یابد، مشکلات بهداشت روانی‌شان در بلندمدت حادتر می‌شود. تکالیف رشدی به اندازه کافی سخت و دشوار است، چه برسد به آن‌که فشارهای ناشی از PTSD که فرآیند سیر رشد را از راه‌های گوناگون مختل می‌سازد، به آن‌ها نیز اضافه شود. تقریباً ۲۰ درصد کودکانی که اختلالات مزمن و جدی دارند، در طول زندگی خود با مشکلات چشمگیری مواجه می‌شوند. آن‌ها معمولاً تحصیلات خود را به اتمام نمی‌رسانند و غالباً به مشکلات اجتماعی یا روان‌شناختی مبتلا می‌شوند. از بُعد اقتصادی و صدمات انسانی، این‌گونه پیامدهای بلندمدت و آسیب‌شناسی روانی کودک بسیار پرهزینه هستند. در این خصوص، هر چند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری ثانویه می‌تواند مشکلات روانی-اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال استرس پس‌آسیبی (PTSD)، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار انجام شد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی (Quasi Experimental) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران ۱۲-۱۸ ساله داغ‌دیده بر اثر سوگ والدین (یکی یا هر دو والد) تحت سرپرستی سازمان بهزیستی استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند (N=۲۳۴). در مجموع، از میان ۲۳۴ نفر جامعه مورد بررسی، براساس معیارهای ورود به مطالعه، مصاحبه بالینی بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-V و

در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است [۲۰]. در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی^۱ در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را به‌طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی^۲ در لحظه حال افزوده می‌شود. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به‌نحوی که بتواند مستقل از تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^۳ که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را بشناسد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۴ [۱۷]. در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد رو به افزایش است، اما تقریباً مطالعات بسیار اندکی این روش درمانی را در درمان PTSD بررسی کرده‌اند [۱۸]. آ-ت‌ژاک^۵ و همکاران [۲۱] نشان دادند که شدت علائم PTSD، و اضطراب، افسردگی و مشکلات سلامت جسمانی در بیمارانی که تحت ۸ جلسه ACT قرار داشتند، نسبت به سه گروه دیگر، هم در مرحله آزمایش و هم پیگیری کاهش بیشتری یافته است و این تفاوت معنادار می‌باشد ($P < 0.05$). اما بین نتایج حاصل از ACT و CBT تفاوت معنادار نبود ($P > 0.05$). مطالعه ویدنک^۶ و همکاران [۲۲] نیز حاکی از اثربخشی بالای ACT بعد از ۱۰ جلسه درمان هفتگی بر PTSD نوجوانان بود.

مکنیل^۷ و همکاران [۲۳] نیز نشان دادند که بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و خودکارآمدی ضعیف با ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی به‌خصوص تحت شرایط استرس‌زا ارتباط وجود دارد. در این خصوص هالبرت-ویلیامز^۸ و همکاران [۲۴] نشان دادند که ۸ جلسه درمان ACT منجر به بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تنظیم هیجانی

- 1- psychological acceptance
- 2- psychological awareness
- 3- cognitive defusion
- 4- committed action
- 5- A-Tjak
- 6- Woidneck
- 7- Macneil
- 8- Hulbert-Williams

می‌شود و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ می‌باشد. در پژوهش سجادیان [۱۰]، بر روی نوجوانان داغ‌دیده افغان، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. با جمع نمرات سؤال‌ها، نمره کل پرسش‌نامه، به‌عنوان ملاک کلی علائم سوگ و داغ‌دیدگی به‌دست می‌آید. حاصل جمع تعداد سؤالات ضرب در امتیازات هر سؤال برای هر فرد به عنوان نقطه بُرش پرسش‌نامه محاسبه می‌شود. افراد دارای نمره بالاتر از ۲۳ دارای سوگ تشخیص‌گذاری می‌شوند.

۳- پرسش‌نامه تأثیر حوادث کودکان (CRIES-R-8)^۴: پرسش‌نامه خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه، اجتناب، برانگیختگی و علائم آزاردهنده را در مقیاس‌های جداگانه می‌سنجد. این مقیاس در اصل به منظور ارزیابی تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا، اجتناب و احساسات مربوط به آن توسط هواروتیز^۵ (۱۹۹۷) طرح و بسط یافت. در ابتدا دارای ۱۵ آیتیم و زیرمقیاس‌های افکار مزاحم و اجتناب بود [۱۱]. دو تحقیق مجزا توسط پرین^۶ (۲۰۰۱) نشان دادند که کودکان تعدادی از آیتیم‌ها را غلط تفسیر و برداشت می‌کنند. به همین خاطر این محققان مقیاس ۸ آیتیمی را تهیه کردند که عوامل اساسی مقیاس اولیه را هم منعکس می‌کرد و نمره‌گذاری آن به شکل طیف لیکرت می‌باشد. در آن‌جا گزارش شده بود که نمره کل مقیاس ۸ آیتیمی همبستگی بالایی با نمره کل نسخه ۱۵ آیتیمی دارد. نسخه حاضر برای کودکان و نوجوانان طراحی و شامل زیرمقیاس‌های افکار مزاحم (سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷ و ۸) و اجتناب (سؤالات ۲، ۴، ۵) می‌باشد و به همین خاطر CRIES-8 نام‌گذاری شده است [۱۱]. این مقیاس امروزه در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته و شاخص‌های روان‌سنجی آن گزارش شده است. در پژوهش سجادیان [۱۰]، آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شد. نمره بُرش آن ۱۷ و بالاتر می‌باشد.

۴- پرسش‌نامه مقابله با شرایط استرس‌زا^۷ (CISS): این پرسش‌نامه که به وسیله اندلر و پارکر^۸ (۱۹۹۴) ساخته شده است، شامل ۴۸ سؤال می‌باشد که، سه سبک مقابله مسأله

اجرای یک جلسه پیش‌آزمون، ۲۴ نفر از کسانی که بالاترین نمرات را (به‌عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها کسب کردند (در مقیاس TGIF نمره بالاتر از ۲۳ و در ۸-CRIES-R-8 نمره ۱۷ و بالاتر از آن)، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه ($n_1=n_2=12$) جایگزین شدند. گروه آزمایشی (۱۲ نفر) ۸ جلسه مداخله درمانی ۲ ساعته (۱۲۰ دقیقه) را طی ۸ جلسه هفتگی دریافت نمود و گروه گواه، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ دارا بودن معیارهای کامل برای تشخیص PTSD، عدم دریافت روان‌درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش، سن ۱۲-۱۸ سال، تجربه سوگ نابهنجار ناشی از مرگ والد یا والدین (براساس معیارهای DSM-V و ICD-11)، جنسیت دختر، ساکن بودن در شهر کرمانشاه یا شهرستان‌های تابعه و تکمیل رضایت‌نامه کتبی به وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ داشتن معیارهای کامل برای اختلال سایکوتیک، دو قطبی I و II، داشتن افکار خودکشی، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال روانی وابسته به مواد یا الکل، دارا بودن ملاک‌های کامل برای اختلالات شخصیت و اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی بود.

ابزار

۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی^۱: برای به‌دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله؛ سن (به سال)، مقطع و معدل تحصیلی، علت مرگ متوفی، میانگین مدت گذشت از حادثه، وضعیت سرپرست فعلی، وضعیت اقتصادی، تعداد اعضاء خانواده و اطلاعات فردی و خانوادگی دیگر توسط محقق طراحی شد.

۲- پرسش‌نامه سوگ کودکان (TGIF)^۲: ابزاری است که برای سنجش علائم سوگ و داغ‌دیدگی در کودکان و نوجوانان توسط بنیاد جنگ و کار کودکان^۳ طراحی شده است. پرسش‌نامه دارای ۲۳ سؤال است که، هر سؤال در مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری

4- The Children,s Impact of Event Scale-Revised (CRIES-R-8)

5-Horwitz

6- Perrin

7- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

8- Endler & Parker

1- Statistical Package for Social Science

2- Traumatic Grief Inventory for Children (TGIF)

3- Children and War: The Work of The Children and War Foundation

باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همه پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی پُر شدند و پژوهشگر در اجرای پرسش‌نامه‌ها جهت رفع ابهامات احتمالی آزمودنی‌ها در محل حضور داشت. پس از نمونه‌گیری، یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد و دو گروه به سوالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش به صورت گروهی ۸ جلسه ۲ ساعته (۱۲۰ دقیقه‌ای) طی ۸ جلسه هفتگی، تحت مداخله درمانی ACT قرار گرفت؛ اما بر روی گروه گواه درمان ACT انجام نشد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه بسط یافته از طرح درمان ACT می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷]. محتوای جلسات درمانی به‌طور سازمان‌یافته اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از ۱ پیش‌جلسه و ۸ جلسه درمانی تشکیل شد. لازم به ذکر است که برای گروه گواه، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی وارد شدند. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال به وسیله ۵ گزینه لیکرتی (از هرگز تا خیلی زیاد) و هر مقوله شامل ۱۶ سؤال است. یعنی، ۱۶ سؤال رفتارهای مسأله‌مداری را می‌سنجد (با حرف مخفف T^۱)؛ ۱۶ سؤال رفتارهای هیجان‌مداری را می‌سنجد (با حرف مخفف E^۲) و ۱۶ سؤال رفتارهای اجتنابی را می‌سنجد (با حرف مخفف A^۳) نشان داده می‌شود. سازندگان این پرسش‌نامه روایی و اعتبار آن را برای هر دو مقیاس کودک و نوجوان و بزرگسالان در سطح بسیار بالا گزارش کرده‌اند. در هنجاریابی داخلی نیز، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب؛ ۰/۸۶، ۰/۸۱، و ۰/۷۹ گزارش گردیده است [۲۵].

۵- پرسش‌نامه خودکارآمدی (SES)^۴: این مقیاس ۱۰ سؤالی به وسیله جروسالم و شوارزر^۵ (۱۹۷۹) تدوین شده است و در حال حاضر برای پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی و ارزیابی اثربخشی کارهای بالینی و دگرگون‌سازی رفتار به کار می‌رود. آزمودنی‌ها باید در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) میزان درست بودن هر سؤال در مورد خودشان را مشخص کنند. نمره سوالات با هم جمع می‌شود تا نمره کلی به دست آید و هر چه نمره بالاتر باشد، احساس خودکارآمدی فرد بالاتر است. کم‌ترین و بیش‌ترین نمره این مقیاس ۱۰ و ۴۰ است. برای این مقیاس دامنه بالای همسانی درونی (۰/۹۳-۰/۸۲) و پایایی بازآزمایی بالا گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن در نمونه ایرانی (۰/۸۵) گزارش شده است [۱۶].

روند اجرای پژوهش: در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی و پس از مصاحبه انفرادی با آزمودنی‌ها و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تأکید نمود که پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند؛ و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از آن‌ها منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل

- 1- task oriented
- 2- emotion oriented
- 3- avoidance oriented
- 4- Self- Efficacy Scale (SES)
- 5- Jerusalem & Schwarzer

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	مداخلات / محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه جمعیت شناختی و اجرای پیش آزمون.
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره PTSD؛ آموزش روانی؛ استراحت و پذیرایی و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آن‌ها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است، نه مقطعی؛ مشکلات و چالش‌های پذیرش نشانه‌های PTSD مورد بحث قرار گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش؛ تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد؛ احساس کارآیی و کنترل؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلس؛ کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند). در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانانگ، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی "ارزش‌های زندگی" و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های "ذهن آگاهی" با تأکید بر زمان حال؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند، را تعیین کردند و در آخر کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از مراجعان برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

آزمایش، $7/5 \pm 0/92$ و گروه گواه، $8/37 \pm 1/30$ و میانگین مدت گذشت از حادثه به ترتیب؛ $11 \pm 2/32$ و $11/85 \pm 2/79$ و میانگین سن سوگ به ترتیب؛ $3/62 \pm 3/11$ و $4/37 \pm 3/33$ بود. همچنین، علت مرگ متوفی $24/13$ درصد بیماری، $42/70$ درصد تصادف، $11/02$ درصد مرگ طبیعی، 12 درصد خودکشی و $10/15$ درصد قتل بود؛ که حاکی از هم‌تا بودن دو گروه آزمایش و گواه براساس جنسیت و سایر متغیرهای مورد پژوهش می‌باشد. شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

پیش از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس، مانند برابری نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه (با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی و پس از اطمینان از برآورده شدن ملاک‌های لازم، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) انجام شد. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش، $14/62 \pm 0/91$ و در گروه گواه، $16 \pm 1/41$ سال می‌باشد. میانگین تحصیلات در گروه

جدول ۲) داده‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه								مقیاس‌ها
گواه				آزمایش				
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲/۹۶۴	۸/۷۵۰	۲/۳۵۶	۸/۲۶۷	۲/۳۹۰	۶/۷۵۲	۳/۰۲۳	۹/۶۷۲	افکار مزاحم
۲/۵۶۳	۸/۵۳۲	۱/۵۵۲	۸/۳۲۱	۳/۲۹۵	۵/۶۴۳	۲/۳۷۵	۷/۲۵۳	اجتناب
۲/۸۴۵	۱۸/۹۴۸	۲/۴۱۲	۱۶/۲۵۳	۳/۳۹۲	۱۰/۸۷۵	۲/۹۱۵	۱۹/۳۶۰	کل PTSD
۵/۳۹۱	۲۴/۸۷۵	۶/۷۴۱	۲۷/۶۵۳	۸/۷۱۶	۳۸/۳۷۴	۷/۹۸۹	۲۹/۸۷۵	مقابله مسأله مدار
۶/۳۴۷	۳۱/۵۸۳	۴/۹۵۰	۳۲/۲۲۷	۸/۹۸۳	۳۰/۴۷۵	۷/۶۲۹	۳۱/۶۱۴	مقابله هیجان مدار
۴/۳۸۹	۳۵/۱۲۵	۴/۶۰۵	۳۶/۷۵۰	۵/۹۱۶	۲۰/۴۷۶	۶/۰۴۷	۳۴/۵۰۵	مقابله اجتنابی
۸/۸۳۸	۴۱/۸۷۵	۸/۹۱۲	۳۷/۱۳۷	۹/۳۴۹	۵۲/۳۴۶	۷/۰۳۹	۳۳/۱۲۵	خودکارآمدی

بر اساس جدول دو در پیش آزمون میانگین نمرات دو گروه در اکثر خرده مقیاس‌ها نزدیک به هم است ولی در مرحله پس آزمون تفاوت‌هایی وجود دارد. برای این که مشخص شود آیا این تفاوت‌ها معنادار است یا خیر از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

جدول ۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز و لوین جهت رعایت پیش فرض‌های آماری

آزمون شاپیرو-ویلکز			آزمون لوین				
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی		ضریب F	متغیر
				۱	۲		
۰/۲۴۲	۱۲	۰/۱۲۳	۰/۱۲۹	۲۲	۱	۲/۴۶۳	افکار مزاحم
۰/۲۲۰	۱۲	۰/۱۶۴	۰/۲۲۱	۲۲	۱	۱/۰۳۰	اجتناب
۰/۲۷۴	۱۲	۰/۱۸۵	۰/۲۴۱	۲۲	۱	۱/۴۹۹	نمره کل PTSD
۰/۱۸۳	۱۲	۰/۲۴۵	۰/۳۳۵	۲۲	۱	۰/۵۹۱	مقابله مسأله مدار
۰/۰۶۱	۱۲	۰/۱۹۹	۰/۱۱۷	۲۲	۱	۱/۳۴۶	مقابله هیجان مدار
۰/۵۷۱	۱۲	۰/۲۰۴	۰/۱۲۶	۲۲	۱	۱/۰۱۵	مقابله اجتنابی
۰/۵۵۲	۱۲	۰/۹۴	۰/۴۰۷	۲۲	۱	۰/۲۱۲	خودکارآمدی

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از شاپیرو-ویلکز) برقرار است.

جدول ۴) تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر عضویت گروهی بر علائم PTSD، و مؤلفه‌های آن

توان آماری	میزان تأثیر	P-value	ضریب F	میانگین مجذورات	Df	متغیر شاخص	مقیاس
۰/۰۹۱	۰/۱۲۵	۰/۴۹۱	۰/۵۷۳	۴/۴۵۹	۱	پیش آزمون	افکار مزاحم
۰/۶۱۲	۰/۶۴۳	۰/۰۱۱	۰/۱۹۳	۱/۵۰۴	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۹۱	۰/۱۲۵	۰/۴۹۲	۰/۵۷۰	۱/۷۹۹	۱	پیش آزمون	اجتناب
۰/۷۷۳	۰/۶۹۰	۰/۰۰۵	۷/۴۷۵	۲۳/۵۷۴	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۵۴	۰/۰۱۴	۰/۸۲۱	۰/۰۵۸	۰/۲۲۶	۱	پیش آزمون	نمره کل PTSD
۰/۹۱۰	۰/۷۷۱	۰/۰۲۱	۱۳/۴۹	۵۲/۵۰۸	۱	عضویت گروهی	

معناداری بر PTSD و هر یک از مؤلفه‌های آن در مرحله پس آزمون داشته است و اندازه اثر آن بر PTSD، $0/77$ و در مؤلفه‌های افکار مزاحم و اجتناب به ترتیب؛ $0/64$ و $0/69$ درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که، روش درمانی ACT، بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش (سودمند) بوده است (جدول ۵).

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره کل اختلال استرس پس‌آسیبی (PTSD) برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). همچنین، این تفاوت برای مؤلفه‌های افکار مزاحم و اجتناب نیز معنادار بود ($P < 0/05$). بنابراین، مداخله درمانی به روش پذیرش و تعهد (ACT) تأثیر

جدول ۵) تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر عضویت گروهی بر سبک‌های مقابله و خودکارآمدی

مقیاس	متغیر شاخص	Df	میانگین مجزورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
مقابله مسأله‌مدار	پیش آزمون	۱	۲۱۸/۲۷۹	۱۱/۴۶۷	۰/۰۲۸	۰/۳۸۲	۰/۵۱۲
	عضویت گروهی	۱	۱۵۲/۶۲۴	۸/۰۲۱	۰/۰۰۴	۰/۶۶۷	۰/۸۷۳
مقابله هیجان‌مدار	پیش آزمون	۱	۱۱۲/۲۱۸	۱/۸۷۴	۰/۰۱۲	۰/۳۷۴	۰/۵۰۸
	عضویت گروهی	۱	۱۰۳/۶۹۵	۰/۰۶۰	۰/۰۳۹	۰/۳۲۶	۰/۵۱۶
مقابله اجتنابی	پیش آزمون	۱	۲۹۳/۳۸۷	۹/۰۰۲	۰/۳۷۳	۰/۶۰۲	۰/۶۳۲
	عضویت گروهی	۱	۳۴۴/۲۰۵	۱۱/۷۳۸	۰/۰۲۷	۰/۷۴۶	۰/۷۲۸
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱	۱۱۹/۱۲۵	۶/۵۸۰	۰/۰۲۳	۰/۵۶۳	۰/۶۲۱
	عضویت گروهی	۱	۴۲۰/۵۷۷	۱۰/۷۵۶	۰/۰۱۱	۰/۸۱۹	۰/۷۹۰

کلی گویای آن است که، روش درمانی ACT، بر سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار (T) و اجتنابی (A) و خودکارآمدی اثربخش (سودمند) بوده است (جدول ۶).

بحث

با اذعان به اینکه، در سال‌های اخیر بیشتر تحقیقات، بررسی، پیشگیری و درمان اختلالات روانی را با استفاده از نمونه بزرگسالان انجام داده‌اند، پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر PTSD، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی ACT، منجر به بهبود و کاهش علائم PTSD و بهبود هر یک از مؤلفه‌های افکار مزاحم و اجتناب شده است ($P < 0/05$). نتایج به‌دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله؛ داکاس و فاند^۱ [۱۸]، هایس و همکاران [۲۰]، ویدنک و همکاران [۲۲]، و زارلینگ^۲ و همکاران [۲۶] همسو می‌باشد. نتایج پژوهش توماس^۳ و همکاران [۲۷] نشان داد که، بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مقاوم به درمان، در گروه آزمایش

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات سبک‌های مقابله‌ای برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس آزمون برای سبک مقابله مسأله‌مدار (T) و مقابله اجتنابی (A) معنادار ($P < 0/05$)، اما برای سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار (E) معنادار نبود ($P > 0/05$). بنابراین، مداخله درمانی به روش ACT، تأثیر معناداری بر سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار (E) در مرحله پس آزمون گروه آزمایش نداشته است؛ اما بر سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار (T) و اجتنابی (A) در مرحله پس آزمون گروه آزمایش تأثیر داشته است و اندازه اثر آن برای سبک مقابله مسأله‌مدار، $0/66$ و برای مقابله اجتنابی، $0/74$ و بالاتر از حد متوسط بوده است ($P < 0/05$). همچنین، تأثیر مداخله درمانی به روش ACT، بر متغیر خودکارآمدی آزمودنی‌ها از نظر آماری قابل قبول بود. تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات خودکارآمدی برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس آزمون معنادار است ($P < 0/05$). اندازه اثر این مداخله درمانی در مرحله پس آزمون، $0/81$ بنابراین، درمان به روش پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان خودکارآمدی آزمودنی‌های مورد پژوهش در مرحله پس آزمون گروه آزمایش تأثیر داشته است. نتیجه

1- Ducasse & Fond
2- Zarling
3- Thomas

آن‌ها اشاره شده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر "پذیرش روانی"، پیش از کاهش معنادار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یافت، نتیجه می‌گیریم که متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان علائم PTSD، مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله‌ای به روش ACT، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. از امتیازات بارز این درمان آن است که، به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجهه گردد. همچنین، شاهد استفاده بیشتر از سبک مقابله‌ای کارآمد در نتیجه جدا سازی شناختی از این تجارب ذهنی و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته فرد هستیم. وقتی شخص سبک مقابله‌ای کارآمدتری را انتخاب می‌کند، متعاقباً استرس کم‌تری را تحمل کرده و نسبت به آن ادراک دقیق‌تری می‌یابد. مهم‌ترین مشکل کودکان و نوجوانان مبتلا به PTSD زندگی در گذشته و سبک مقابله‌ای هیجانی، منفی و ناکارآمد است به طوری که آن‌ها مکرراً خاطرات آسیب‌زای گذشته را در ذهن نشخوار می‌کنند؛ بنابراین درمان ACT، به این بیماران کمک کرده تا بتوانند بیشتر با "تجارب زندگی اینجا و اکنونی" خود در تماس باشند. یافته دیگر پژوهش حاضر، حاکی از افزایش بهبود قابل توجه نمرات خودکارآمدی در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در پس آزمون بود ($P < 0.05$). میزان تأثیر این مداخله درمانی در مرحله پس آزمون در حد متوسط به بالا بود. این یافته از پژوهش حاضر در راستای نتایج مطالعات پیشین می‌باشد [۳۰-۳۲]. از تکنیک درمانی ACT در بهزیستی روان‌شناختی و اصلاح و بهبود خودکارآمدی در بیماران به‌طور موفقیت آمیز استفاده‌های فراوانی گردیده است [۳۰-۳۲]. در این درمان برخلاف بسیاری از شیوه‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به بیماران تحمیل نمی‌شود. در عوض، بیماران براساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. در واقع در این روش درمانی بیمار این فرصت را دارد تا ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را شناخته و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل و

تحت درمان ACT در مرحله آزمایش و پیگیری ۶ ماهه نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری نمرات بهتری کسب و نتایج درمانی مناسب‌تری را گزارش کردند ($P < 0.05$). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که، روان درمانی به روش ACT، در گروه آزمایش نمرات سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار را در مرحله پس آزمون به‌طور معناداری افزایش ($P < 0.05$) و نمرات مقابله ناکارآمد اجتنابی را به‌طور معناداری کاهش داده است ($P < 0.05$). اما این مداخله درمانی، تأثیر معناداری بر سبک مقابله‌ای ناکارآمد هیجان مدار در مرحله پس آزمون نداشته است ($P < 0.05$)؛ این یافته از پژوهش در راستای نتایج مطالعات پیشین از جمله؛ مطالعات باروس^۱ [۲۸]، ثابت و همکاران [۲۹]، و مکینل و همکاران [۲۳] بود.

نتایج مطالعه باروس [۲۸] که به بررسی اثر بخشی ACT بر ۱۸ آزمودنی PTSD بر اثر تجاوز جنسی پرداخت، نشان داد که درمان مذکور در کاهش سبک مقابله‌ای اجتنابی و کاهش سرکوبی افکار مؤثر بوده و موجب افزایش عمل به ارزش‌ها و بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش شد. همگام با نتایج مطالعات قبلی، باتولو و همکاران [۲۹] نیز نشان دادند که در مبتلایان به PTSD مداخله درمانی مبتنی بر تعامل و گفتگو بر کاهش سبک مقابله‌ای اجتنابی اثربخش بوده است و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان استفاده از سبک مقابله‌ای و PTSD مشاهده گردید ($P < 0.05$).

به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به مبتلایان PTSD کمک نموده تا حادثه آسیب‌زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل بی‌نتیجه بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به PTSD، از این کنترل و اجتناب پرهیز نموده و به جای آن ارزش‌های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را براساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف شده، سازمان دهی نمایند. لذا پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات و نیز، جدا نمودن اعمال از تفکر؛ از بند تفکرات نشخوار کننده و ناکارآمد و هیجانی رهایی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود بر می‌گردد. این تکنیک‌ها همان مکانیزم‌هایی هستند که در تعریف و ضابطه‌مندی کاربرد ACT، در درمان اختلالات متعدد به

بهبودی کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماید. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

- 1-Marsac ML, Donlon KA, Hildenbrand AK, Winston FK, Kassam-Adams N. Understanding recovery in children following traffic-related injuries: exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014; 19(2):233-43.
- 2-Golkari T, Kalantari M & Abedi A. The effect of cognitive-behavioral interventions on emotional-behavioral problems in bereaved adolescent girls. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 15(3):16-24. [Persian].
- 3-Boelen PA. Peritraumatic distress and dissociation in prolonged grief and posttraumatic stress following violent and unexpected deaths. *J Trauma Dissociation*. 2015; 16(5):541-50.
- 4-Nickerson A, Liddell BJ, Maccallum F, Steel Z, Silove D & Bryant RA. Post-traumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*. 2014;14:106.
- 5-Clarke DE, Wilcox HC, Miller L, Cullen B, Gerring J, Greiner LH, et al. Feasibility and acceptability of the DSM-5 Field Trial procedures in the Johns Hopkins Community Psychiatry Programs. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014; 23(2):267-78.
- 6-Carmassi C, Stratta P, Massimetti G, Bertelloni CA, Conversano C, Cremone IM, et al. New DSM-5 maladaptive symptoms in PTSD: gender differences and correlations with mood spectrum symptoms in a sample of high school students following survival of an earthquake. *Ann Gen Psychiatry*. 2014;13:28.
- 7-Rivera-Vélez GM, González-Viruet M, Martínez-Taboas A, Pérez-Mojica D. Post-traumatic stress disorder, dissociation, and neuropsychological performance in latina victims of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 2014; 23(1):55-73.
- 8-Myers L, Zeng R, Perrine K, Lancman M, Lancman M. Cognitive differences between patients who have psychogenic nonepileptic seizures (PNESs) and posttraumatic stress disorder (PTSD) and patients who have PNESs without PTSD. *Epilepsy Behav*. 2014;37:82-6.
- 9-Taycan O, Sar V, Celik C, Erdogan-Taycan S. Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(8):1837-46.
- 10-Sajadian P. Structural model of posttraumatic stress disorder, bereavement Bhranza and its relationship with bereaved children and teens Afghan immigrant. [M. A. Dissertation]. Isfahan: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan. 2012. p.53-9. [Persian].

انرژی‌اش را در این مسیر صرف کند. فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر عزت‌نفس و خودکارآمدی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی‌رهایی بخشد. مقایسه گزارش‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور؛ همخوانی بین این مطالعات مبنی بر مؤثر بودن این مداخله درمانی بر اختلالات روان‌شناختی و نیز مؤثر بودن آن را در پیشگیری در سطوح مختلف نشان می‌دهد و این نتیجه‌گیری در واقع می‌تواند اعتبار بالایی این نوع از روان‌درمانی را نشان دهد. یافته‌های پژوهش حاضر در بازتابانند اهمیت اثر اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی اختلال PTSD و ضرورت ارائه راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از آن، خاصه در گروه سنی کودک و نوجوان در ایران بسیار مهم است.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌های آن به پسران و دیگر فرهنگ‌ها و مقاطع سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود. انتخاب نمونه پژوهش به صورت در دسترس نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل روبه‌رو ساخت. بنابراین پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی ACT بر علائم PTSD، مؤلفه‌های آن و اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی دختران، این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور و سازمان‌هایی مانند؛ آموزش و پرورش در سطوح آموزشی مختلف استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روان‌شناختی مرتبط با استرس پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش، خانواده‌های محترم آنان و همچنین، سازمان

- clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom.* 2015; 84(1):30-6.
- 22-Woidneck MR, Morrison KL, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress (PTSD) among adolescents. *Behav Modif.* 2013; 38(4):451-76.
- 23-Macneil L, Esposito-Smythers C, Mehlenbeck R, Weismore J. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: a stress-diathesis model. *Eat Behav.* 2012; 13(4):293-6.
- 24-Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care.* 2015; 24(1):15-27.
- 25-Dehghani S, Izadikhah Z, MohammadTaghi Nasab M & Rezaei E. The Path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. *J Res Behave Sci.* 2014; 12(1):1-8. [Persian].
- 26-Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(1):199-212.
- 27-Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry.* 2014;14:198.
- 28-Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: a case study. *Clinical Case Studies.* 2013; 12(3):246-59.
- 29-Butollo W, Karl R, König J, Rosner R. A Randomized controlled clinical trial of dialogical exposure therapy versus cognitive processing therapy for adult outpatients suffering from PTSD after type I trauma in adulthood. *Psychother Psychosom.* 2016; 85(1):16-26.
- 30-Jones HA, Heffner JL, Mercer L, Wyszynski CM, Vilaradaga R, Bricker JB. Web-based acceptance and commitment therapy smoking cessation treatment for smokers with depressive symptoms. *J Dual Diagn.* 2015; 11(1):56-62.
- 31-Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? a systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34(2):118-29.
- 32-Dyke ML, Cuffee YL, Halanych JH, McManus RH, Curtin C, Allison JJ. The relationship between coping styles in response to unfair treatment and understanding of diabetes self-care. *Diabetes Educ.* 2013; 39(6):848-55.
- 11-Behrouz B, Farhadi M, Khazaie H, Mehrabi HA. Comparison of personality type and problem-solving methods in patients with coronary artery disease, chronic back pain and normal subjects. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2013; 17(2):131-41. [Persian].
- 12-Rice VJ, Overby C, Boykin G, Jeter A, Villarreal J. How Do I Handle My Life Now? Coping and the post-traumatic stress disorder checklist- military version. *Proc Hum Fact Ergon Soc Annu Meet.* 2014; 58(1):1252-56.
- 13-Weinberg M, Gil S, Gilbar O. Forgiveness, coping, and terrorism: do tendency to forgive and coping strategies associate with the level of posttraumatic symptoms of injured victims of terror attacks? *J Clin Psychol.* 2014; 70(7):693-703.
- 14-Andersson LM, Moore CD, Hensing G, Krantz G, Staland-Nyman C. General self-efficacy and its relationship to self-reported mental illness and barriers to care: a general population study. *Community Ment Health J.* 2014; 50(6):721-8.
- 15-Wouters H, Bouvy ML, Van Geffen EC, Gardarsdottir H, Stiggelboute AM, Van Dijk L. Antidepressants in primary care: patients experiences, perceptions, self-efficacy beliefs, and nonadherence. *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:179-90.
- 16-Moradi A. Effects of self-esteem, self-efficacy and achievement motivation and entrepreneurial behavior on the quality of life for young women, a model for individuals with physical disabilities-moves. [Ph.D Dissertation]. Isfahan: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan. 2013. p.78-90. [Persian].
- 17-Anvari MH. The Effectiveness of Group-based Acceptance and Commitment Therapy on Pain Index, Stress, Anxiety, Depression, Catastrophizing & Life Satisfaction in Patients with Chronic Pain. [M. A. Dissertation]. Isfahan: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan. 2013. p.45-53. [Persian].
- 18-Ducasse D & G Fond. Acceptance and commitment therapy. *Encephale.* 2015; 41(1):1-9.
- 19-Wicksell RK, Olsson GL & Hayes SC. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain.* 2011; 152(12):2792-801.
- 20-Hayes S, Hogan M, Dowd H, Doherty E, O'Higgins S, Nic Gabhainn S, et al. Comparing the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of an internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention with a waiting list control among adults with chronic pain: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2014; 4(7):1-15.
- 21-A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for

The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder, Coping Styles, and Self-Efficacy in Girls with Abnormal Grief

Behrouz, B.*M.A.

Abstract

Introduction: Treatment of post-traumatic stress disorder is one of the most challenging clinical and mental health subjects. According to their numerous costs, review of background research is necessary to achieve the most beneficial treatment options. The aim of this study was to investigate effectiveness of group-based acceptance and commitment group therapy on post-traumatic stress disorder, coping styles and self-efficacy in girls with abnormal grief.

Method: This is quasi-experimental study with pretest - posttest and control group. The statistical population included all female adolescents under supervision state welfare organization of Kermanshah city in 2015 who were assessed based on the inclusion criteria, DSM-V and scales on GRIES-R-8, TGIF, CISS,SES and their scores on the questionnaires were considered as the baseline .Those who got highest scores were selected by convenience sampling. The study subjects were randomly divided into experimental and control groups ($n_1=n_2=12$). The experimental group was exposed to 8 sessions of two hours ACT. The data was analyzed by using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS-19 software.

Results: The results showed significant difference between experimental and control groups in total scores of PTSD, intrusive thoughts and avoidance components and self-efficacy ($P<0.05$). Also, significant differences between groups were observed between problem solving and avoidance coping styles ($P<0.05$) but no difference was in emotional coping styles ($P>0.05$).

Conclusion: The results indicated that the efficacy of this approach is emerging cognitive-behavioral therapy that it seems that due to the combination of eastern techniques is suitable for Iranian patients.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder, Coping Styles, Self-Efficacy, Acceptance and Commitment Group Therapy, Girls, Abnormal Grief.

*Correspondence E-mail:
Behrouz.psycho64@yahoo.com