

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Thought Control Strategy and Quality of Life in Veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Razavi Saadat S.F.¹ MSc,
Makvandi B.* PhD,
Pasha R.¹ PhD,
Hosseini S.H.² PhD

How to cite this article

Razavi Saadat S F, Makvandi B, Pasha R, Hosseini S H. 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 & Public Health*. 2018;10(3):115-120.

*Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Khuzestan Research Science Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
¹Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Khuzestan Research Science Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
²Psychiatry Department, Medical Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Human Sciences Faculty, Khuzestan Research Science Branch, Islamic Azad University, Airport Trolley, Ahvaz, Iran
Phone: +98 (61) 33377904
Fax: -
makvandi_b@yahoo.com

Article History

Received: August 17, 2017
Accepted: January 21, 2018
ePublished: August 29, 2018

ABSTRACT

Aims Quality of life is an ideal goal of health care, and a treatment is effective when it increases the quality of life. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on thought control strategy and quality of life in veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD).

Materials & Methods In this experimental study with pre-test post-test and follow-up design with control group in 2016 to 2017, 28 veterans with PTSD from the Martyr Foundation and Veterans Affairs in Sari were selected by convenience sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (Each group included 14 individuals). The research tools were quality of life (SF-36) and Thought Control Questionnaires (TCQ). The experimental group received ACT during 8 sessions (Each sessions took 120minutes) each week. The control group did not receive any treatment. After the sessions were completed, a post-test was carried out and follow-up was made after 3 months. The data were analyzed by SPSS 20 software, using multivariate covariance analysis and Tukey's post hoc test.

Findings The mean scores of quality of life ($F=11.281$; $p=0.003$) and thought control strategies ($F=38.016$; $p=0.0001$) were significantly different in pre-test and post-test of the two groups. Meanwhile, the quality of life follow-up scores ($F=5.541$; $p=0.027$) and thought control strategies ($F=39.796$; $p=0.0001$) showed a significant increase compared to the pre-test.

Conclusion ACT is effective in increasing quality of life and in decreasing thought control strategy in veterans with PTSD.

Keywords Acceptance and Commitment Therapy; Thought Control Strategies; Quality of Life; Post-traumatic Stress Disorder

CITATION LINKS

[1] Diagnostic and statistical manual of mental ... [2] Effects of Chronic Illness on the Quality of Life in Psychiatric out patients of the ... [3] Quality of life: A new dimension in mental health ... [4] Quality of life in schizophrenic ... [5] Depression and quality of life in patients with diabetes: A systematic review from the European depression in diabetes ... [6] A multidimensional meta-analysis of ... [7] Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological ... [8] Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case ... [9] Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following ... [10] Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and ... [11] Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic ... [12] Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior ... [13] Acceptance and commitment therapy in the treatment of ... [14] Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain ... [15] The Short Form Health Survey ... [16] The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the ... [17] Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian ... [18] Effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life of combat ... [19] Acceptance-based treatment and quality ... [20] Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes ... [21] Diabetes, common mental disorders, and disability: Findings ... [22] Mental health issues decrease ... [23] Effect of the look a head study intervention on medication use and related ... [24] Effectiveness of cognitive-behavior ... [25] Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness ... [26] The effect of depression on quality of life of patients ... [27] Depression and diabetes in a rural community ... [28] Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes ... [29] Factors influencing the quality of ... [30] The effectiveness of group training based on acceptance ... [31] Acceptance and commitment therapy and contextual ... [32] Brain behavioral systems, metacognitive beliefs ... [33] Understanding the relationship between posttraumatic ...

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبرد کنترل فکر و کیفیت زندگی در افراد PTSD ناشی از جنگ

سیدهفاطمه رضوی ساداتی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد علوم تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

بهنام مکوندی * PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد علوم تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

رضا پاشا PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد علوم تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

سیدحمزه حسینی PhD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

اهداف: کیفیت زندگی، هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و یک درمان زمانی مفید است که کیفیت زندگی را افزایش دهد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر راهبردهای کنترل فکر و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از جنگ بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در سال ۹۶-۱۳۹۵، تعداد ۲۸ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان ساری، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) و پرسش‌نامه کنترل فکر (TCQ) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک‌بار درمان ACT را دریافت کردند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون اجرا شد و پیگیری پس از سه ماه صورت گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 20 و توسط آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=11/281$; $p=0/003$) و راهبردهای کنترل فکر ($F=38/016$; $p=0/0001$) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند. نمرات پیگیری کیفیت زندگی ($F=5/541$; $p=0/027$) و راهبردهای کنترل فکر نیز ($F=39/796$; $p=0/0001$) نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش راهبرد کنترل فکر در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبرد کنترل فکر، کیفیت زندگی، اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۸

*نویسنده مسئول: makvandi_b@yahoo.com

مقدمه

درمان کارآمد برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ضروری است؛ زیرا تقریباً ۸٪ این بیماران، علائم PTSD را زمانی در زندگی خود نشان خواهند داد^[1]. در واقع کیفیت زندگی، هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. بنابراین یک درمان زمانی مفید است که کیفیت زندگی را نیز افزایش دهد^[2]. امروزه کیفیت زندگی بیماران به‌عنوان چهارچوبی برای ارائه خدمات متناسب مد نظر قرار می‌گیرد^[3]. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتعل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط

محیطی می‌داند^[4]. بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل دوسویه وجود دارد و کیفیت زندگی نشانگر ادراک فرد به توانایی در عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است^[5].

داده‌های فراتحلیل نشان داده‌اند که رفتاردرمانی شناختی حدود ۶۷٪ این بیماران را درمان می‌کند^[6]. با این وجود داده‌ها نشان داده‌اند که حدود یک‌سوم این بیماران به درمان شناختی-رفتاری پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این ردکردن درمان و ریزش از فرآیند درمان در این بیماران رایج است^[7]. یکی از درمان‌های جایگزین در مورد این بیماران رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است^[8]. درمان ACT بر شکل و فراوانی تجارب درونی تمرکز نمی‌کند و در عوض اثرات کارکردی آنها بر رفتار را مورد هدف قرار می‌دهد^[8]. همچنین این درمان با افزایش رفتارهای همخوان با ارزش‌ها، کیفیت زندگی افراد را بهتر می‌کند.

یکی از فرایندهای روان‌شناختی اساسی در شکل‌گیری و تداوم PTSD، اجتناب است. اجتناب فعال از افکار و احساسات مرتبط با تروما یکی از مهم‌ترین ملاک‌های تشخیصی PTSD در DSM-5 است. علاوه بر این یکی دیگر از ویژگی‌های متمایزکننده اختلال PTSD کرحتی پاسخ‌دهی هیجانی است^[8]. بیان شده است که وقتی تلاش زیاد برای اجتناب ناموفق می‌شود به‌عنوان کنترل هیجانی یا گریز عمل می‌کند^[9]. در سال‌های اخیر اجتناب هیجانی به‌عنوان یک بُعد کارکردی طبقه‌بندی که فراتر از ملاک‌های تشخیصی سنتی قرار دارد، مطرح شده است^[10]. علاوه بر این یکی از بهترین روش‌های درمانی بیماران PTSD پرداختن به اجتناب هیجانی آنهاست^[11]. از این رو درمانی که بتواند اجتناب هیجانی بیماران PTSD را کاهش دهد، می‌تواند مفید باشد. یکی از درمان‌هایی که مخصوصاً برای اجتناب هیجانی و بهبود کیفیت زندگی و گیرافتادگی‌های شناختی طراحی شده ACT است^[12, 13]. از لحاظ بالینی فرض بر این است که اجتناب هیجانی و دیگر راهبردهای کنترل فکر از جمله گیرافتادگی‌های شناختی، برای تغییر رویدادهای ذهنی فرد به وجود می‌آیند که خود زیربنای بسیاری از آسیب‌های روانی هستند^[10]. در درمان ACT به بیمار کمک می‌شود تا از راهبردهای کنترل فکر از جمله اجتناب هیجانی و گیرافتادگی‌های شناختی دست بردارد^[11].

این رویکرد درمانی سعی دارد تا با شناسایی ارزش‌ها و متعهدکردن افراد به پای‌بندی به این ارزش‌ها و عمل‌کردن همسو با آنها، کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد^[14]. اگرچه پژوهش‌های تجربی محدودی درباره اثربخشی درمان ACT در بیماران PTSD انجام شده است ولی این درمان برای آن دسته از بیماران PTSD که درمان مواجهه‌سازی را رد می‌کنند مناسب است^[8, 11]. هدف ACT که درمانی جدید و نوآورانه است، ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا است در حالی که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که تلاش خود را برای ساختن زندگی آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب از قبیل افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکانه‌ها و خاطرات روبه‌رو خواهیم شد^[12]. با این وجود پژوهش‌های اندکی در مورد مکانیزم‌های اثربخشی ACT در بیماران PTSD انجام گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و راهبرد کنترل فکر در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ صورت گرفت.

ابتدا آزمودنی‌های هر دو گروه، پرسش‌نامه‌ها را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش، ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی هر هفته یک‌بار درمان تعهد و پذیرش را براساس پروتکل درمانی هیتر دریافت کردند [12] (جدول ۱).

مواد و روش‌ها

پژوهش کاربردی حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بین‌جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان ساری در سال ۹۶-۱۳۹۵ اجرا شد. از بین ۳۰۰۰ جانباز، ۱۵۰ نفر با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه تشکیل پرونده داده بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۸ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل جانبازان دارای تشخیص PTSD براساس کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی یا توانایی خواندن و نوشتن، پُرکردن 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.

از پرسش‌نامه‌های زیر به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): فرم ۳۶ عبارتی توسط ویر و همکاران در سال ۱۹۹۲ در کشور ایالات متحده طراحی شد. اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسش‌نامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که با ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه سلامت شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه در ایران تایید شده است [15]. شیوه پاسخگویی به سئوالات پرسش‌نامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی-خیر (بسته‌پاسخ) تا طیف لیکرت شش‌درجه‌ای متغیر است. روایی این ابزار به شیوه روایی محتوی اخذ شد و پایایی پرسش‌نامه در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد [15].

۲- پرسش‌نامه کنترل فکر (TCQ): این پرسش‌نامه ۳۰ گویه‌ای توسط *ولز* و *دیویس* [16] در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای پنج زیرمقیاس شامل توجه‌برگردانی (D) در سئوال‌های ۱، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۱ و ۳۰، تنبیه (P) در سئوال‌های ۲، ۶، ۱۱، ۱۳، ۱۵ و ۲۸، ارزیابی مجدد (R) ۳، ۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۳، ۲۷، نگرانی (W) در سئوال‌های ۴، ۷، ۱۸، ۲۴، ۲۶ و کنترل اجتماعی (S) در سئوال‌های ۵، ۸، ۱۲، ۱۷، ۲۵ و ۲۹ است. ماده‌های این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سئوال دارای چهار گزینه است. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. در ایران، *گودرزی و اسماعیلی‌ترکانپوری* ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱، برای هر یک از زیرمقیاس‌های توجه‌برگردانی ۰/۷۹، کنترل اجتماعی ۰/۷۰، نگرانی ۰/۷۰، تنبیه ۰/۷۶ و ارزیابی مجدد ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در مجموع، از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که پرسش‌نامه کنترل تفکر از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبول است [17].

جدول ۱) شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به‌مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای

جلسه اول	استراتژی	مداخلات
ارزیابی و جهت‌گیری درمان، تکنیک پذیرش از طریق پذیرش و مشاهده خود	گرفتن جزییات از افراد، معرفی ACT، انعطاف و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	- معرفی تمرینات پذیرش افکار و احساسات - استفاده از تمرین راننده اتوبوس - افکار روی برگه‌های تمرین و ... - خرس قطبی - رفتن به قله - فرم سرزندگی در مقابل رنج
انتخاب ارزش‌ها و شناسایی موانع ارزش زندگی	تفاوت ارزش‌ها و هدف و کمک به مراجعان برای روشن‌کردن و شناسایی ارزش‌ها	- تکنیک ارزش‌ها و هدف - "در حال حاضر چه چیزی در زندگی می‌خواهم؟" - تکنیک حوزه ارزش و موانع درونی و بیرونی و میزان قدرت این موانع صفر تا ۱۰
تکنیک نامیدی خلاقانه	بررسی هزینه‌های پرداخت‌شده برای توسعه ناامیدی خلاق	- راه‌حل‌های به‌کارگرفته‌شده و اثرات درازمدت آن راه‌حل‌ها که چه عوارض نامطلوبی برایشان داشت.
تکنیک گسلش	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار و اعمال	- استعاره دیدن فیلم - تمرین "من الان یک فکری دارم که..." - تمرین گزارشگری فکر - تمرین افکار روی تابلوهای رانندگی - تمرین افکار روی ساحل
تکنیک بودن در حال	تمرکز روی بدن، نفس‌کشیدن، توجه حواس پنج‌گانه، توجه آگاهی	- تمرین در زمان حال بودن - تمرین تنفس دیافراگمی - تمرین ذهن آگاهی
خود به‌عنوان زمینه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، خود به‌عنوان زمینه رابطه	- استعاره صفحه شطرنج - استعاره زمین فوتبال
تکنیک اقدام متعهد	بازبینی مراحل دستیابی به ارزش‌ها	- کاربرگ اقدام متعهد - "احساساتی که ممکن است به هنگام حرکت به‌سوی هدف یا برخورد با موانع به سراغم بیاید."
کار برای پایان توضیحات در زمینه پس‌آزمون و پیگیری در آینده	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد	- پایان درمان و CD تمرینات - تمرکز حواس برای تمرین در خانه

گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد 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. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 20، از طریق آزمون

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.

یافته‌ها

دامنه سنی در ۲۱/۴٪ پاسخ‌دهندگان ۴۹-۴۵ سال، در ۳۹/۳٪ ۵۴-۵۰ سال، در ۲۱/۴٪ ۵۹-۵۵ سال و در ۱۷/۹٪ ۶۴-۶۰ سال بود. ۹۶/۴٪ پاسخ‌دهندگان متاهل و ۳/۶٪ مطلقه بودند. ۷/۱٪ سطح تحصیلات سیکل، ۳۵/۷٪ مدرک دیپلم، ۷/۱٪ مدرک فوق دیپلم، ۳۵/۷٪ مدرک لیسانس و ۱۴/۳٪ مدرک فوق لیسانس و بالاتر داشتند. علاوه بر این ۵۰/۰٪ پاسخ‌دهندگان دارای وضعیت اقتصادی خوب و ۵۰/۰٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. درصد جانبازی در ۳۲/۱٪ پاسخ‌دهندگان ۱۰ تا ۲۰٪، در ۲۵/۰٪، ۲۱ تا ۳۰٪، در ۱۷/۹٪، ۳۱ تا ۴۰٪، در ۱۰/۷٪، ۴۱ تا ۵۰٪ و در ۱۴/۳٪، ۵۱ تا ۶۰٪ بود.

با کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و راهبردهای کنترل فکر گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۲).

میانگین نمرات کیفیت زندگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند ($F=11/281$; $p=0/003$) و نمرات پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری را نشان داد ($F=5/541$; $p=0/027$). همچنین در راهبردهای کنترل فکر، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری داشتند ($F=38/016$; $p=0/0001$) و نمرات پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری را نشان داد ($F=39/796$; $p=0/0001$).

جدول ۲ مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و راهبرد کنترل فکر در جانبازان مبتلا به PTSD در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (هر گروه ۱۴ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	میزان F	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی				
پیش‌آزمون	۷۹/۶۴±۱۱/۱۳	۷۷/۵۷±۱۰/۱۴	۵/۴۸۵	۰/۰۱۱
پس‌آزمون	۹۱/۷۹±۱۱/۱۴	۷۶/۶۴±۱۱/۱۸		
پیگیری	۹۰/۱۴±۱۲/۴۸	۷۶/۴۳±۱۱/۱۶		
راهبرد کنترل فکر				
پیش‌آزمون	۷۱/۴۳±۹/۲۱	۷۲/۷۱±۹/۱۴	۲۳/۷۹۳	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	۶۲/۲۹±۹/۸۰	۷۳/۵۷±۹/۴۶		
پیگیری	۶۰/۷۱±۸/۹۹	۷۴/۲۱±۱۱/۰۵		

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و راهبرد کنترل فکر جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ بود. نتایج حاکی از آن بود که در انتهای درمان، نمرات کیفیت زندگی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بالاتر بود که نشانگر اثربخشی درمان ACT بر کیفیت زندگی در افراد PTSD ناشی از جنگ بود. *افکاری* و همکاران در تحقیقی با عنوان "اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش تعهد درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی جانبازان" نشان داده‌اند که گروه تحت درمان از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و بهبود کارکردهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی در آنها دیده شده است. همچنین متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در افراد جانباز تحت درمان و میزان انعطاف‌پذیری و پذیرش آنان افزایش یافته

است [18]. علاوه بر آن، نتایج پژوهشی نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی جانبازان موثر بوده است [19] که پژوهش حاضر همسو با آن بود. در توجیه این یافته می‌توان گفت که مهارت ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از مولفه‌های پذیرش و تعهد، پیش‌بینی‌کننده حالات هیجانی مثبت و رفتار خودتنظیمی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه ذهن‌آگاهی که در آن بازنمایی ذهنی رویدادهای موجود در زندگی که از کنترل انسان خارج است، از طریق تنفس و تفکر آموزش داده می‌شود.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش در تقارن با تحقیقات مشابه ترجمان این واقعیت است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد موجب می‌شود تا جانبازان، افکار و احساسات و هیجانات مرتبط با ضربه خود را آن‌طور که هست بپذیرند. بیان احساسات و افکار منفی خود به روشنی باعث می‌شود که از انعطاف‌پذیری بالاتری در موقعیت‌های مختلف زندگی برخوردار شده و با نگرستن به شرایط از زوایای مختلف، سازگاری و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند [19]. پژوهش حاضر با یافته تحقیقات مشابه در زمینه آموزش تعهد [20-23] همخوانی داشت. از سویی نتایج نشانگر اثربخشی و ماندگاری درمان، در بهبود کیفیت زندگی بیماران PTSD بود که این یافته با تحقیقات دیگر [24, 25] منطبق بود. همچنین دیگر تحقیقات مشابه در زمینه تاثیر پذیرش در ارتقای کیفیت زندگی [26-29] نیز بر این یافته اذعان داشته‌اند که تلاش برای انکار بیماری یا احساس قربانی‌شدن در مقابل بیماری و اجتناب از نشانه‌های بیماری، کمکی به بیمار نمی‌کند ولی پذیرش و مواجهه مناسب و درست سبب بهبود فرآیند بیماری شده و با بهترشدن روند درمانی کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. پژوهش دیگری نشان داده است که برنامه درمانی کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش را در ابعاد سلامت جسمانی (فیزیکی)، سلامت روان‌شناختی و روابط اجتماعی بهبود بخشیده است و می‌توان گفت که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی موثر برای افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است [30].

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 تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزرده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. مراجعان با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی 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 انعطاف‌پذیری را می‌آموزد [31]. با استفاده از این درمان می‌توان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به PTSD از جمله فلش‌بک و رفتارهای اجتنابی را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد که نهایتاً نتایجی از جمله افزایش کیفیت زندگی، روابط بهتر با اطرافیان و همچنین کاهش نشانه‌ها و مشکلات مربوط به اختلال PTSD از جمله بی‌انگیزگی، کرختی هیجانی و ارتباط به‌هم‌خورده را در بر خواهد داشت.

راهبرد کنترل فکر در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ تاثیر دارد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از زحمات تک تک مراجعان شرکت کننده در این پژوهش و همچنین سازمان بنیاد شهید استان مازندران شهرستان ساری کمال تشکر را دارد.

تاییدیه اخلاقی: اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد 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 سئوالات و در اختیار قراردادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد.

تعارض منافع: تعارض منافع وجود نداشته است.

سهم نویسندگان: سیده فاطمه رضوی ساداتی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه / پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ بهنام مکوندی (نویسنده دوم)، روش شناس/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ رضا پاشا (نویسنده سوم)، تحلیلگر آماری (۱۵٪)؛ سید حمزه حسینی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۱۵٪)

منابع مالی: حمایت مالی از جانب کسی وجود نداشته است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington County: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.
- 2- Ahmadi K, Shahidi S, Nejati V, Karami G, Masoomi M. Effects of Chronic Illness on the Quality of Life in Psychiatric out patients of the Iraq-Iran War. Iran J psychiatry. 2013;8(1):7.
- 3- Katschnig H, Krautgartner M. Quality of life: A new dimension in mental health care. In: Sartorius N, Gaebel W, López-Ibor JJ, Maj M. Psychiatry in society. New York: Wiley; 2002. pp. 171-92.
- 4- Khodadadi N, Baghaie M, Mahmudi H, ShekholEslami F. Quality of life in schizophrenic patients. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(1):61-6.
- 5- Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: A systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. Curr Diabetes Rev. 2009;5(2):112-9.
- 6- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. 2005;162(2):214-27.
- 7- Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. Psychiatry. 2008;71(2):134-68.
- 8- Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. Cogn Behav Pract. 2009;16(3):243-52.
- 9- Foa EB, Riggs D, Gershuny B. Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. Am J Psychiatry. 1995;152(1):116-20.
- 10- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. 1996;64(6):1152-68.
- 11- Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behav Modif. 2005;29(1):95-129.
- 12- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and

همچنین نتایج نشان داد که درمان ACT به طور معنی داری موجب بهبود راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD در مرحله پس آزمون شد. به عبارتی دیگر می توان گفت که درمان ACT در مرحله پیگیری ادامه داشت و به طور معنی داری موجب بهبود راهبردهای کنترل فکر افراد PTSD شد. این نتیجه با یافته های پژوهش های پیشین [24, 32, 33] همسو بود. در درمان ACT اعتقاد به این است که خود فکر در آسیب و آشفتگی فرد نقش چندانی ندارد، بلکه پاسخ نامناسب و فاجعه انگاری و واقعی دانستن و جدی و ترسناک قلمداد کردن فکر، فرد را به سوی آشفتگی می کشاند. بر همین مبنا وقتی در بیماران PTSD افکار آشفته ساز در حال آزار فرد است با تمرین های گسلش از فرد می خواهیم افکارش را یادداشت کند. در ACT به جای رفتار اجتنابی یا فرار از افکار نامناسب، تمریناتی برای مواجهه شدن با افکار ناخوشایند، روبه روشن شدن و دیدن و مواجهه با افکار ناخوشایند به بیماران داده می شود، زیرا بیمار با روبه روشن شدن با افکار ناخوشایندش در حالت آرام سازی از فاجعه انگاری و احساس عدم کنترل افکار دور شده و با مواجهه بدون اضطراب و احساس امنیت و دیدن افکارش با تمرینات ACT و گاهی با گفتن افکارش با صداهای تخیلی و کارتونی، افکارش را به شوخی می گیرد و با انجام تمریناتی که همراه با عادی کردن افکار و ایجاد امنیت در بیمار است، از احساس عدم کنترل و ناتوانی در افکارش دست برمی دارد. البته در ACT نمی خواهیم بیمار افکارش را کنترل کند، بلکه با تمریناتی که داده می شود بیمار با افکارش روبه رو می شود، در حالی که احساس امنیت و آرامش عضلانی را دارد. در درمان ACT با تمرینات ذهن آگاهی و تمرینات تمرکز بر بدن، پایش بدن و درک اینجا و اکنون در افراد مبتلا به PTSD، آموزش های لازم برای رسیدگی بیشتر به نیازهای جسمی و روانی شان داده می شود. در افراد مبتلا به PTSD نشانگانی از جمله تلاش برای اجتناب از افکار و احساسات یا مکالمه مربوط با آسیب، احساس تهدید دایم، بیش برانگیختگی اجتناب، کرحتی عاطفی، اختلال در روابط با دیگران و خصومت و همچنین انزوای اجتماعی این نشانه ها که همراه با راهبردهای کنترل فکر غیرانطباقی است وجود دارد که باعث آسیب جدی در روابط اجتماعی افراد PTSD ناشی از جنگ می شود. در واقع درمان ACT با تمرینات گسلش افکار به افراد کمک می کند که از تهدید انگیز و آسیب زا بودن افکارشان فاصله بگیرند و با افکارشان مواجهه شوند، زیرا با روبه روشن شدن و مواجهه با افکارش از تهدید آمیز بودن و ترسناک دانستن افکارش فاصله می گیرد. در درمان ACT تمرینات هدفمندی به بیمار PTSD داده می شود، مانند اینکه بیمار تشویق می شود تا ارزش های زندگی خود را شناسایی و با برنامه ریزی مناسب و درست و گام به گام به سوی ارزش هایش حرکت کند. برای تسهیل سازی و ایجاد انگیزه در این امر می تواند از تمرینات ACT برای کنترل اجتماعی استفاده کند. این تمرینات برای تشویق اجتماعی و همچنین برای تقویت رفتار با تشویق و لذت درونی توام است که مراجع را به سوی ارزش های زندگی اش سوق می دهد. از محدودیت های پژوهش حاضر، دوره پیگیری کوتاه و حجم نمونه کم بود و این پژوهش تنها در جامعه مردان مبتلا به این اختلال صورت گرفت و لذا قابل تعمیم به جامعه زنان نیست. پیشنهاد می شود تا پژوهش هایی مشابه برای سایر اختلالات و بیماری های مزمن روانی و جسمی و با حجم نمونه بیشتری اجرا شود.

نتیجه گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش

- 2013;11:170.
- 23- Redmon JB, Bertoni AG, Connelly S, Feeney PA, Glasser SP, Glick H, et al. Effect of the look a head study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2010;33(6):1153-8.
- 24- Makvand Hosseini S, Kasiri M, Najafi M, Shahi M. Effectiveness of cognitive-behavior therapy on mental health of PTSD veterans under pharmaceutical treatment. *Iran J War Pub Health*. 2015;7(2):67-72.
- 25- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):336-43.
- 26- Eren I, Erdi Ö, Şahin M. The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depress anxiety*. 2008;25(2):98-106.
- 27- Zahid N, Asghar S, Claussen B, Hussain A. Depression and diabetes in a rural community in Pakistan. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;79(1):124-7.
- 28- Huang MF, Courtney M, Edwards H, McDowell J. Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):542-9.
- 29- Matziou V, Tsoumakas K, Vlahioti E, Chrysicopoulou L, Galanis P, Petsios K, et al. Factors influencing the quality of life of young patients with diabetes. *J diabetes*. 2011;3(1):82-90.
- 30- Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. The effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *J Urmia Univ Med Sci*. 2016;27(5):365-74. [Persian]
- 31- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98. [Persian]
- 32- Shareh H, Alimoradi A. Brain behavioral systems, metacognitive beliefs, and thought control strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2013;5(3):11-21.
- 33- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behav Res Ther*. 2009;47:1018-23.
- commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Publication; 1999.
- 13- Walser RD, Hayes SC, Westrup D. Acceptance and commitment therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems. Oakland: New Harbinger Publications. 2006;2:146-72.
- 14- Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Random House Publishing Group; 2009.
- 15- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
- 16- Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*. 1994;32(8):871-8.
- 17- Goodarzi MA, Firoozabadi A. Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behav Res Ther*. 2005;43(1):43-54.
- 18- Afkari Shahrestani Z, Kaeshavarz A, Tabrizi F, Khazaey F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life of combat veterans. *Proceedings of the 9th International Congress of Psychotherapy (Asian Summit on Cultural Values)*. Tehran: Secretariat of the International Congress of Psychotherapy; 2016. [Persian]
- 19- Juarascio AS, Schumacher LM, Shaw J, Forman EM, Herbert JD. Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *J Contextual Behav Sci*. 2015;4(1):42-7.
- 20- Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: Study design of a cluster randomized trial. *BMC Pub Health*. 2010;10(1):742.
- 21- Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: Findings from the UK national psychiatric morbidity survey. *Psychosom Med*. 2007;69(6):543-50.
- 22- Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA. Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: Findings from Australias living with diabetes cohort study. *Health Qual Life Outcomes*.