

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی  
در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

**Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Thought Control  
Strategies and Distress Tolerance among Women with War-Related  
Post-Traumatic Stress Disorder**

**Zahra Ibn Ali**

M.Sc. student in Clinical Psychology, Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**Mostafa Mazaheri**

Assistant Prof., Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

*Email: mostafua.mazaheri@Email.com*

**Gholamreza Talebi**

Assistant Prof., Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**زهرا ابن علی**

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه علمی روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

**مصطفی مظاهری\***

استادیار، گروه علمی روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

**غلامرضا طالبی**

استادیار، گروه علمی روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

**Abstract**

This study aimed to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on thought control strategies and distress tolerance in women with war-related post-traumatic stress disorder (PTSD). The present research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a two-month follow-up. The statistical population included all women aged 18 to 55 years diagnosed with war-related PTSD who referred to psychological and counseling clinics in Isfahan in 2025. Among them, 36 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an intervention group (n = 18) and a control group (n = 18). Data were collected using the Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994) and the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). The intervention group received Acceptance and Commitment Therapy in eight 90-minute weekly group sessions, while the control group received no intervention. Data were analyzed

**چکیده**

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ انجام شد. پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ با سن ۱۸ تا ۵۵ سال بود که در سال ۱۴۰۴ به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند. از میان آنها، ۳۶ نفر به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله (۱۸) و کنترل (۱۸) جای‌گذاری شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه راهبردهای کنترل فکر (ولز و دیویس، ۱۹۹۴) و تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. گروه مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) به صورت گروهی تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، نمرات گروه

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

using repeated measures analysis of variance. The findings indicated that, after controlling for pretest scores, the experimental group showed a significant improvement compared to the control group in thought control strategies and distress tolerance ( $p < 0.05$ ). Furthermore, the results of the two-month follow-up demonstrated the stability of the intervention effects for both variables. Overall, the findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy is an effective approach for reducing maladaptive thought control strategies and increasing distress tolerance among women with war-related PTSD, and these effects remain stable over time.

**Keywords:** Post-Traumatic Stress Disorder, Distress Tolerance, Thought Control Strategies, Acceptance and Commitment Therapy.

آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیرهای راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی به‌طور معناداری بهبود یافت ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج مرحله پیگیری دو ماهه حاکی از پایداری اثرات مداخله در هر دو متغیر بود. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشی مؤثر برای کاهش راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ منجر می‌باشد و این اثرات در بلندمدت نیز تداوم دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال استرس پس از سانحه، تحمل پریشانی، راهبردهای کنترل فکر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

پذیرش: فروردین ۱۴۰۵

دریافت: بهمن ۱۴۰۴

نوع مقاله: پژوهشی

## مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین پیامدهای روان‌شناختی مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا مانند جنگ، درگیری‌های مسلحانه و آوارگی محسوب می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۳</sup>، اختلال استرس پس از سانحه در پی مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا شکل می‌گیرد. این مواجهه می‌تواند به صورت تجربه مستقیم رویداد، مشاهده وقوع آن برای دیگران، آگاهی از وقوع رویداد آسیب‌زا برای یکی از اعضای نزدیک خانواده یا دوستان صمیمی، یا مواجهه مکرر با جزئیات ناخوشایند رویدادهای آسیب‌زا باشد. این اختلال با مجموعه‌ای از نشانه‌ها مشخص می‌شود که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به علائم مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا اشاره کرد؛ از جمله یادآوری‌های ناخواسته و مکرر، رؤیاهای آزاردهنده، واکنش‌های تجزیه‌ای مانند بازگشت ذهنی به گذشته (فلش‌بک) و تجربه دوباره حادثه، و نیز ناراحتی روان‌شناختی و واکنش‌های فیزیولوژیکی شدید در مواجهه با نشانه‌های یادآور آسیب. علاوه بر این، اجتناب پایدار از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا، تغییرات منفی در شناخت و خلق (نظیر باورهای تحریف‌شده درباره علت یا پیامدهای رویداد، کاهش علاقه به فعالیت‌های مهم و دشواری در تجربه هیجانات مثبت) و همچنین افزایش برانگیختگی و واکنش‌پذیری مانند تحریک‌پذیری، طغیان‌های خشم، گوش‌به‌زنگی مفرط، اختلال در تمرکز و مشکلات خواب از دیگر ویژگی‌های تشخیصی این اختلال به شمار می‌روند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت عمومی جهان حدود ۳ تا ۶ درصد برآورد شده است؛ با این حال، در جمعیت‌هایی که در معرض جنگ، خشونت سازمان‌یافته یا آوارگی قرار دارند این میزان به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. نتایج یک متاآنالیز گسترده نشان می‌دهد شیوع این اختلال در مناطق درگیر جنگ و خشونت جمعی حدود ۱۵ تا ۳۰ درصد گزارش شده است

<sup>1</sup> post-traumatic stress disorder (ptsd)

<sup>2</sup> american psychiatric association (apa)

<sup>3</sup> Dsm 5-tr

(استیل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین یافته‌های پیمایش جهانی سلامت روان حاکی از آن است که احتمال تجربه این اختلال در کشورهای دارای سابقه درگیری مسلحانه به طور معناداری بیشتر از میانگین جهانی است (کسلر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد زنان نسبت به مردان آسیب‌پذیری بیشتری برای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را دارند، به‌ویژه در زمینه تروماهای مرتبط با جنگ و آوارگی؛ این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی باشد که در تعامل با یکدیگر خطر بروز و تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹).

همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در ایران بیانگر آن است که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت‌هایی که در معرض رویدادهای جنگی قرار داشته‌اند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بالاتر از میانگین جهانی گزارش می‌شود. نتایج مطالعه اپیدمیولوژیک نجفی و همکاران (۲۰۱۴) بر روی بازماندگان جنگ ایران و عراق نشان داد که میزان شیوع این اختلال در این گروه بین ۱۷ تا ۲۵ درصد است. همچنین مطالعات دیگری در مناطق جنگ‌زده غرب کشور، از جمله ایلام، خوزستان و کرمانشاه، شیوع این اختلال را در میان زنان ۲۰ تا ۴۰ درصد گزارش کرده‌اند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ سالاری و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته‌ها نشان می‌دهد که آسیب‌های روانی ناشی از تجارب جنگی در زنان ایرانی قابل توجه بوده و نیازمند توجه جدی به مداخلات روان‌شناختی مؤثر جهت ارتقای سلامت روان این گروه است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد به‌کارگیری راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر از جمله سرکوب شناختی و تلاش برای اجتناب فعالانه از محتوای ذهنی با افزایش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است؛ زیرا این راهبردها موجب تقویت چرخه تداوم افکار مزاحم، برانگیختگی هیجانی و پردازش ناکارآمد رویداد آسیب‌زا می‌شوند (نجمی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). راهبردهای کنترل فکر<sup>۸</sup> به طیفی از فنون شناختی اشاره دارند که افراد برای هدایت، تعدیل یا مهار افکار مزاحم یا منفی به‌کار می‌گیرند و هدف آن‌ها کاهش حضور یا تأثیر این محتوای ذهنی است (میشل<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این راهبردها طیفی از شیوه‌های شناختی را در بر می‌گیرند؛ از جمله سرکوب فکر<sup>۱۰</sup> (تلاش آگاهانه برای نادیده گرفتن یا کنار زدن افکار)، جایگزینی فکر<sup>۱۱</sup> (جایگزین کردن افکار منفی با افکار مثبت یا خنثی)، حواس‌پرتی<sup>۱۲</sup> (درگیر ساختن ذهن با فعالیت‌ها یا محرک‌های دیگر)، بازنگری شناختی<sup>۱۳</sup> (ارزیابی و تفسیر منطقی‌تر افکار) و اجتناب<sup>۱۴</sup> (پرهیز از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی که افکار مزاحم را برمی‌انگیزند) (اونن<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

بر اساس دیدگاه شناختی سالکوسکیس و هریسون<sup>۱۶</sup> (۱۹۸۴)، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم که در حالت عادی تجربه‌هایی نسبتاً رایج محسوب می‌شوند، زمانی به تجربه‌ای مشکل‌ساز تبدیل می‌شوند که فرد به آن‌ها اهمیت زیادی بدهد و آن‌ها را در چارچوب افکار خودکار منفی تفسیر کند. همچنین وگنر<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۴) بیان می‌کند که سازگاری با تغییرات محیطی و حفظ کارکرد بهینه روان‌شناختی مستلزم هدایت آگاهانه و هدفمند توجه است. بر این اساس، افراد برای مدیریت محیط ذهنی

<sup>4</sup> steel

<sup>5</sup> kessler

<sup>6</sup> world health organization (who)

<sup>7</sup> najmi

<sup>8</sup> thought control strategies

<sup>9</sup> mitchell

<sup>10</sup> thought suppression

<sup>11</sup> thought replacement

<sup>12</sup> distraction

<sup>13</sup> cognitive restructuring

<sup>14</sup> avoidance

<sup>15</sup> onen

<sup>16</sup> Salkovskis & harrison

<sup>17</sup> wegner

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

خود نیازمند نوعی کنترل شناختی هستند که از طریق آن بتوانند میزان توجه به افکار ناخواسته، تصاویر ذهنی و تکانه‌ها را تنظیم کنند یا توجه خود را از آن‌ها معطوف سازند. باین‌حال، تلاش برای جلوگیری از ورود افکار ناخواسته به جریان آگاهی مستلزم نوعی خودآگاهی نسبت به حضور این افکار در ذهن است. پژوهش‌های وگنر نشان می‌دهد که سرکوب عمدی و مداوم افکار ناخواسته لزوماً به حذف آن‌ها منجر نمی‌شود و حتی ممکن است به افزایش بازگشت و تداوم این افکار در ذهن بینجامد. در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تحمل پریشانی<sup>۱۸</sup> نقش ویژه‌ای ایفا می‌کند؛ زیرا افراد دچار این اختلال معمولاً با سطوح بالایی از برانگیختگی، نشخوارهای شناختی، یادآوری‌های مزاحم و ناراحتی هیجانی مداوم مواجه هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی به ظرفیت روان‌شناختی فرد برای تجربه و تنظیم هیجان‌های منفی، فشارهای روانی و حالات ناراحت‌کننده بدون توسل به راهبردهای ناسازگارانه اشاره دارد. این مفهوم بیانگر توانایی فرد در باقی ماندن در تماس با تجارب هیجانی دشوار و مدیریت سازگارانه آن‌هاست (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰؛ عظیمی، ۱۴۰۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تحمل پریشانی پایین در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با شدت بیشتر علائم، افزایش اجتناب افراطی، تکانشگری، و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم مرتبط است (وویانوویچ و همکاران، ۲۰۱۱؛ بندوچی و همکاران، ۲۰۱۷). در مقابل، سطح بالاتر تحمل پریشانی می‌تواند به تنظیم مؤثرتر هیجان‌ها، کاهش چرخه اجتناب آسیب‌زا و توانمندسازی فرد برای مواجهه تدریجی و سازگارانه با محرک‌های مرتبط با تروما کمک کند (وویانوویچ و زوولنسکی، ۲۰۱۹؛ پاک زاد و علیبازی، ۱۴۰۴).

در همین راستا، تحمل پریشانی به توانایی فرد برای خودداری از رفتارهایی اشاره دارد که اگرچه ممکن است به کاهش فوری احساسات ناخوشایند منجر شوند، اما در بلندمدت پیامدهای سازگارانهای ندارند. این سازه نشان‌دهنده توانایی فرد در ادامه تجربه پریشانی در شرایطی است که امکان گریز یا تسکین سریع وجود دارد. از منظر رفتاری، تحمل پریشانی نوعی مقاومت در برابر پاسخ به تقویت منفی و شکلی از کنترل رفتار در برابر پاداش‌های فوری، مانند رهایی سریع از تنش هیجانی، محسوب می‌شود (رومر<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در مقابل، عدم تحمل پریشانی می‌تواند بازتابی از گرایش تکانشی برای دستیابی به تسکین فوری باشد. همچنین شواهد نشان می‌دهد که سازوکارهای عصبی‌زیستی مرتبط با سیستم پاداش و فرایندهای یادگیری تقویت در شکل‌گیری و تنظیم این توانایی نقش دارند (دالریمل<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

روش‌های درمانی متعددی برای مداخله در اختلال استرس پس از سانحه به‌کار گرفته شده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان شناختی - رفتاری<sup>۲۱</sup>، مواجهه‌ای طولانی‌مدت<sup>۲۲</sup>، پردازش شناختی<sup>۲۳</sup>، حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم<sup>۲۴</sup> و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲۵</sup> اشاره کرد. با این حال، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲۶</sup> به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر و مورد توجه در درمان این اختلال مطرح شده است. این رویکرد که ریشه در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد، بر پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند، مانند افکار و هیجان‌های دشوار، به‌جای تلاش برای اجتناب یا کنترل آن‌ها تأکید می‌کند و افراد را به حرکت در مسیر ارزش‌های شخصی و زندگی معنادار هدایت می‌کند؛ فرایندی که

<sup>18</sup> distress tolerance

<sup>19</sup> romer

<sup>20</sup> dalrymple

<sup>21</sup> cognitive behavioral therapy (cbt)

<sup>22</sup> prolonged exposure therapy (pet)

<sup>23</sup> cognitive Processing therapy (cpt)

<sup>24</sup> eye movement desensitization and reprocessing (emdr)

<sup>25</sup> mindfulness-based therapy (mbt)

<sup>26</sup> acceptance and commitment therapy (act)

می‌تواند در کاهش نشانه‌ها و بهبود سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نقش مؤثری ایفا کند (لوپز-پینار<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با علائم نفوذی و هیجانات شدید مرتبط با تروما کنار بیایند، بدون آنکه درصدد حذف یا سرکوب آن‌ها باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شش فرایند اساسی استوار است: پذیرش تجربه‌های درونی بدون قضاوت، گسلس شناختی که به کاهش تأثیر افکار منفی از طریق مشاهده آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا کمک می‌کند، حضور در لحظه از طریق ذهن‌آگاهی، خود به‌عنوان زمینه که به درک خود فراتر از افکار و هیجانات اشاره دارد، روشن‌سازی ارزش‌های شخصی، و اقدام متعهدانه در راستای این ارزش‌ها (هیز و کینگ<sup>۲۸</sup>، ۲۰۲۴). این درمان از طریق تمرین‌های تجربی، استعاره‌ها و فنون ذهن‌آگاهی اجرا می‌شود و به مراجعان کمک می‌کند رابطه خود را با افکار و هیجانات مرتبط با تروما تغییر دهند، مهارت‌های تنظیم هیجان و خودآرام‌سازی را تقویت کنند و زندگی معنادارتری را دنبال کنند (لیو<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ پروین و همکاران، ۲۰۲۴). فرایند درمان نیز معمولاً شامل ارزیابی اولیه علائم و ارزش‌ها، آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی، شناسایی ارزش‌های فردی و برنامه‌ریزی اقدامات متعهدانه است که در نهایت به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پیشانی منجر می‌شود (تامپسون<sup>۳۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

### پیشینه پژوهش

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه شده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در کهنه‌سربازان مبتلا به این اختلال بهبود می‌بخشد (مارتینز-کالدرون<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین یافته‌های مطالعات حاکی از آن است که این رویکرد درمانی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری در افزایش تحمل‌پیشانی و بهبود راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دارد (آل‌کثیر و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به افزایش سازگاری روان‌شناختی و کاهش اجتناب از هیجان‌های منفی در این بیماران کمک کنند (چابینیدز<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

بر این اساس، با توجه به شیوع و پیامدهای گسترده اختلال استرس پس از سانحه و تأثیرات منفی آن بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل‌پیشانی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای کنترل فکر و افزایش تحمل‌پیشانی در افراد مبتلا به این اختلال است. اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند با مشکلاتی در تنظیم هیجان، کاهش توانایی مقابله با پریشانی و اختلال در عملکرد روان‌شناختی و اجتماعی همراه باشد. علاوه بر این، ناکارآمدی در راهبردهای کنترل فکر و سطح پایین تحمل‌پیشانی می‌تواند به تشدید نشانه‌های اختلال و کاهش کیفیت زندگی افراد منجر شود. از این‌رو، بررسی اثر مداخلات روان‌شناختی مؤثر، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر این متغیرها و شناسایی راهکارهای کارآمد برای ارتقای سلامت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. لذا با توجه به نتایج این تحقیقات، پژوهش حاضر به‌دنبال بررسی و پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل‌پیشانی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد؟

<sup>27</sup> López-pinar

<sup>28</sup> Hayes & King

<sup>29</sup> Liu

<sup>30</sup> Thompson

<sup>31</sup> Martinez-calderon

<sup>32</sup> Chubiniidze

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

## روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ با سن ۱۸ تا ۵۵ سال بود که در سال ۱۴۰۴ به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند. این زنان، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را از سوی روان‌شناس یا روان‌پزشک دریافت کرده و تمایل به مشارکت در درمان گروهی داشتند. پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، پژوهشگر به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان مراجعه کرد و هدف و مراحل اجرای پژوهش برای مراجعان توضیح داده شد. پس از دریافت رضایت آگاهانه، فرآیند نمونه‌گیری آغاز گردید. بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، در مجموع ۳۶ نفر از زنان واجد شرایط انتخاب شدند. در مرحله پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر را تکمیل کردند. سپس آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. تصادفی‌سازی به‌منظور کنترل متغیرهای مزاحم و افزایش اعتبار درونی پژوهش انجام شد. پس از پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله روان‌شناختی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی شرکت کردند. این جلسات به‌صورت هفتگی و طی بازه زمانی دو ماهه در یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان برگزار شد. در همین بازه زمانی، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسه هشتم، از شرکت‌کنندگان هر دو گروه خواسته شد مجدداً پرسش‌نامه‌های پژوهش را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کنند. علاوه بر این، به‌منظور بررسی پایداری اثرات مداخله، دو ماه پس از پایان جلسات درمانی مرحله پیگیری اجرا شد و شرکت‌کنندگان بار دیگر به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در طول اجرای پژوهش، دو نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل مشکلات ایاب‌وذهاب از ادامه شرکت در جلسات انصراف دادند؛ بنابراین حجم نمونه نهایی به ۳۴ نفر کاهش یافت که شامل ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: زن بودن، داشتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بر اساس ارزیابی روان‌شناس یا روان‌پزشک مطابق با ملاک‌های تشخیصی، سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال، توانایی حضور منظم در جلسات درمانی، عدم مصرف داروهای ضدروان‌پریشی، عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از پژوهش هم عبارتند از: عدم همکاری با پژوهشگر که منجر به عدم پیگیری منظم جلسات شود، حضور نامنظم در جلسات درمانی (به‌گونه‌ای که غیبت بیش از سه جلسه را دربرگیرد)، تشدید علائم یا وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کننده در جریان مداخلات درمانی به‌نحوی که نیازمند مداخله تخصصی فوری باشد (برای مثال بروز افکار خودکشی)، و انصراف داوطلبانه از ادامه شرکت در پژوهش بود. این پژوهش پس از تأیید در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و با دریافت کد اخلاق ( ) اجرا شد. تمامی شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از اهداف و مراحل پژوهش، رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. همچنین به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان پژوهش امکان بهره‌مندی از مداخله درمانی برای آنان نیز فراهم خواهد شد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با سه مرحله سنجش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزارهای پژوهش شامل:

۱. پرسش‌نامه راهبردهای کنترل فکر<sup>۳۳</sup>: توسط ولز و دیویس<sup>۳۴</sup> (۱۹۹۴) طراحی و در سال ۱۹۹۷ توسط ولز بازنگری شد. این پرسش‌نامه به‌منظور شناسایی و ارزیابی راهبردهای شناختی افراد در مواجهه با افکار مزاحم تدوین شده است و بر مدل شناختی اختلال‌های روان‌شناختی مبتنی است. این پرسش‌نامه ابزاری معتبر برای اندازه‌گیری میزان استفاده از شیوه‌های مختلف کنترل افکار ناخواسته در موقعیت‌های تنیدگی‌زا محسوب می‌شود. ساختار و نمره‌گذاری: این پرسش‌نامه از ۳۰ گویه تشکیل شده است که پاسخ‌دهندگان میزان استفاده خود از هر راهبرد را در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) مشخص می‌کنند. نمره کل از جمع میانگین پنج خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبردهای کنترل فکر است. خرده‌مقیاس‌ها: الف) تنبیه<sup>۳۵</sup>: تمایل به سرزنش خود یا دیگران برای توقف افکار مزاحم. ب) حواس‌پرتی<sup>۳۶</sup>: استفاده از فعالیت‌های جایگزین برای منحرف کردن توجه از افکار ناخواسته. ج) بازاریابی<sup>۳۷</sup>: بازتفسیر محتوای افکار مزاحم برای کاهش بار هیجانی آنها. د) کنترل اجتماعی<sup>۳۸</sup>: استفاده از حمایت اجتماعی برای کنترل افکار مزاحم. ه) نگرانی<sup>۳۹</sup>: جایگزینی افکار مزاحم با نگرانی‌های دیگر (راهبردی ناکارآمد). روایی و پایایی: ولز و دیویس (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه را بین ۰.۷۲ تا ۰.۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش نجاتی و همکاران (۱۳۸۹) نسخه فارسی این پرسش‌نامه ترجمه و روایی سازه آن از طریق تحلیل عاملی تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در مطالعه مذکور ۰.۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۷۰ تا ۰.۸۱ به‌دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب ابزار در نمونه ایرانی است.

۲. پرسش‌نامه تحمل پریشانی<sup>۴۰</sup>: توسط سیمونز و گاهر<sup>۴۱</sup> (۲۰۰۵) طراحی و برای سنجش درجه تحمل افراد در برابر تجارب هیجانی منفی به‌کار می‌رود. این ابزار مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و این فرض است که ناتوانی در تحمل پریشانی، عاملی کلیدی در آسیب‌پذیری هیجانی و بروز رفتارهای ناسازگارانه است. ساختار و نمره‌گذاری: پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه است که پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر عبارت در مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مشخص می‌کنند. نمره کلی از جمع نمرات گویه‌ها به‌دست می‌آید و نمره بالاتر بیانگر تحمل پریشانی بیشتر است. ابعاد پرسش‌نامه: الف) تحمل هیجانی<sup>۴۲</sup>: توانایی پذیرش هیجان‌های منفی بدون اجتناب. ب) جذب هیجانی<sup>۴۳</sup>: میزان درگیری ذهنی با پریشانی. ج) ارزیابی منفی پریشانی<sup>۴۴</sup>: نگرش منفی نسبت به وضعیت پریشان‌کننده. د) تنظیم<sup>۴۵</sup>: تمایل به کاهش یا اجتناب از پریشانی از طریق راهبردهای رفتاری یا شناختی. روایی و پایایی: سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه اصلی مقیاس را ۰.۸۲ گزارش کردند. نسخه فارسی این ابزار توسط محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) اعتباریابی شد. در مطالعه مذکور، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۸۴ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰.۷۰ تا ۰.۷۹ به‌دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی روایی سازه مطلوب این ابزار را در جامعه ایرانی تأیید کرد.

<sup>33</sup> thought control questionnaire (tcq)

<sup>34</sup> wells & davies

<sup>35</sup> punishment

<sup>36</sup> distraction

<sup>37</sup> re-appraisal

<sup>38</sup> social control

<sup>39</sup> worry

<sup>40</sup> distress tolerance scale (dts)

<sup>41</sup> simons & gaher

<sup>42</sup> tolerance

<sup>43</sup> absorption

<sup>44</sup> appraisal

<sup>45</sup> regulation

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

مداخله درمانی: در این پژوهش پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و ویلسون<sup>۴۶</sup> (۱۹۹۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) به صورت گروهی برگزار شد.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و ویلسون (۱۹۹۹)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای اصلی جلسه	هدف درمانی
۱	آشنایی و مقدمه‌ای بر ACT	آشنایی اعضا، قوانین گروه، معرفی مفاهیم کلیدی ACT، مقدمه‌ای بر ذهن آگاهی، مفهوم پذیرش، معرفی چرخه رنج و نقش کنترل افکار در حفظ مشکل	ایجاد اتحاد درمانی، درک اولیه از رویکرد ACT
۲	ذهن آگاهی و تماس با لحظه اکنون	تمرین‌های تنفس آگاهانه، تمرین توجه به حواس پنج‌گانه، تمرین مشاهده بدون قضاوت، تمایز بین خود مشاهده‌گر و افکار / احساسات	افزایش آگاهی از زمان حال و فاصله گرفتن از افکار مزاحم
۳	اجتناب تجربی و پذیرش	بررسی مکانیزم اجتناب، تمرین پذیرش افکار و احساسات دردناک، استعاره مهمان‌خانه و باتلاق، تمرین نوشتن تجربه‌های اجتنابی	کاهش اجتناب، افزایش تحمل پریشانی
۴	گسلش شناختی	معرفی مفهوم گسلش، تمرین‌هایی برای فاصله گرفتن از افکار (مثل گفتن افکار با صدای خنده‌دار، تکرار کلمات)، استعاره برگ روی رودخانه	کاهش قدرت کنترل افکار منفی بر رفتار
۵	خود به‌عنوان زمینه	تمایز بین خود مفهومی و خود مشاهده‌گر، تمرین‌های 'من پشت افکار'، بررسی روایت‌های ذهنی درباره خود، استعاره آسمان و ابرها	تقویت ثبات هویتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۶	روشن‌سازی ارزش‌های شخصی	تمرین شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ قطب‌نما)، تمایز بین اهداف و ارزش‌ها، بررسی زندگی مبتنی بر ارزش، استعاره تشییع جنازه	جهت‌دهی معنادار به رفتارها و زندگی شخصی
۷	تعهد به عمل بر اساس ارزش‌ها	طراحی اقدامات عملی در راستای ارزش‌ها، تعیین اهداف رفتاری، برنامه‌ریزی برای مقابله با موانع، تعهد به تغییر	ایجاد انگیزه برای تغییر و تداوم اقدامات هدفمند
۸	مرور و تثبیت دستاوردها	مرور فرایند درمان، بررسی موانع باقی‌مانده، تقویت راهکارهای مقابله‌ای، تهیه برنامه پیگیری، خداحافظی	تثبیت یادگیری‌ها و آماده‌سازی برای ادامه مسیر خارج از درمان

## یافته‌ها

در این پژوهش ۳۶ زن مشارکت داشتند که به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۸ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند؛ با این حال، به دلیل ریزش نمونه در گروه مداخله، تعداد اعضای این گروه به ۱۶ نفر کاهش یافت، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله (۳۴/۹۳۸ ± ۹/۶۶۴) و در گروه کنترل (۳۶/۲۷۸ ± ۸/۳۰۲) بود. همچنین، توزیع وضعیت تأهل نشان داد که در گروه مداخله ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد) متأهل بودند، در حالی که در گروه کنترل ۹ نفر (۵۰

<sup>46</sup> hayes & wilson

درصد) مجرد و ۹ نفر (۵۰ درصد) متأهل گزارش شدند. در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیر راهبردهای کنترل فکر به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات راهبردهای کنترل فکر به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار		میانگین
راهبردهای مثبت کنترل فکر	پیش‌آزمون	۳۵/۲۵۰	۶/۲۲۴	۳۵/۷۷۸	۶/۷۱۷
	پس‌آزمون	۴۵/۵۰۰	۷/۵۱۰	۳۴/۶۱۱	۷/۵۴۷
	پیگیری	۴۵/۵۰۰	۸/۰۹۱	۳۶/۲۲۲	۸/۵۲۴
پرت کردن حواس	پیش‌آزمون	۱۲/۸۱۳	۳/۶۳۷	۱۳/۲۷۸	۴/۰۵۶
	پس‌آزمون	۱۷/۳۱۳	۴/۱۷۵	۱۲/۵۵۶	۴/۷۱۸
	پیگیری	۱۷/۵۶۳	۴/۵۰۱	۱۲/۹۴۴	۴/۶۲۱
کنترل اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۱/۱۲۵	۳/۳۴۴	۱۰/۹۴۴	۳/۶۲۱
	پس‌آزمون	۱۴/۵۶۳	۳/۳۸۶	۱۰/۸۳۳	۳/۴۳۴
	پیگیری	۱۴/۳۷۵	۳/۴۶۲	۱۰/۹۴۴	۳/۷۳۳
ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	۱۱/۳۱۳	۳/۲۴۰	۱۱/۵۵۶	۲/۷۷۰
	پس‌آزمون	۱۳/۶۲۵	۳/۴۸۱	۱۱/۲۲۲	۲/۷۵۶
	پیگیری	۱۳/۵۶۳	۴/۰۱۶	۱۱/۳۳۳	۳/۲۱۸
راهبردهای منفی کنترل فکر	پیش‌آزمون	۲۸/۴۳۸	۴/۴۱۲	۲۸/۵۵۶	۴/۵۲۷
	پس‌آزمون	۲۳/۲۵۰	۳/۴۱۶	۲۸/۳۳۳	۵/۳۲۵
	پیگیری	۲۳/۰۰۰	۴/۰۰۰	۲۸/۰۰۰	۵/۲۹۱
نگرانی	پیش‌آزمون	۱۴/۵۶۳	۲/۷۰۷	۱۴/۶۱۱	۲/۹۱۳
	پس‌آزمون	۱۱/۶۲۵	۲/۵۵۳	۱۴/۸۳۳	۳/۰۱۵
	پیگیری	۱۱/۵۰۰	۲/۹۸۹	۱۴/۳۸۹	۳/۱۲۷
تنبیه	پیش‌آزمون	۱۳/۸۷۵	۳/۰۹۶	۱۳/۹۴۴	۳/۰۱۹
	پس‌آزمون	۱۱/۶۲۵	۲/۷۰۵	۱۳/۵۰۰	۳/۹۳۰
	پیگیری	۱۱/۵۰۰	۳/۳۰۷	۱۳/۶۱۱	۳/۸۵۲
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴۶/۰۰۰	۶/۶۱۳	۴۶/۲۲۲	۶/۹۳۳
	پس‌آزمون	۵۶/۶۸۸	۷/۰۹۷	۴۴/۹۴۴	۷/۵۸۸
	پیگیری	۵۶/۷۵۰	۷/۳۸۰	۴۵/۲۷۸	۷/۴۶۶
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۹/۹۳۸	۲/۴۳۵	۹/۸۸۹	۲/۶۳۲
	پس‌آزمون	۱۲/۶۲۵	۲/۹۶۴	۹/۹۴۴	۲/۸۵۹
	پیگیری	۱۲/۵۶۳	۲/۶۰۷	۹/۸۸۹	۲/۷۸۴
جذب شدن هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۶۳	۲/۳۹۴	۱۰/۸۳۳	۲/۷۷۱
	پس‌آزمون	۱۲/۶۸۸	۲/۸۶۹	۱۰/۶۱۱	۲/۸۵۲
	پیگیری	۱۲/۸۱۳	۳/۰۶۰	۱۰/۷۲۲	۳/۵۶۱
برآورد ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۱۷/۱۲۵	۳/۳۴۴	۱۷/۳۸۹	۳/۵۶۷

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

۴/۲۶۰	۱۶/۵۵۶	۳/۷۳۲	۲۰/۹۳۸	پس‌آزمون	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
۴/۳۷۶	۱۶/۷۲۲	۴/۰۳۷	۲۰/۸۱۳	پیگیری	
۲/۹۰۸	۸/۱۱۱	۳/۰۳۰	۸/۳۷۵	پیش‌آزمون	
۳/۲۵۸	۷/۸۳۳	۳/۹۸۳	۱۰/۴۳۸	پس‌آزمون	
۲/۹۲۰	۷/۹۴۴	۳/۴۸۳	۱۰/۵۶۳	پیگیری	

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که میانگین نمرات راهبردهای مثبت کنترل فکر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش بیشتری را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نشان داده است. به‌طور مشخص، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات راهبردهای مثبت کنترل فکر در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۱۰/۲۵۰ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز ۱۰/۲۵۰ واحد افزایش داشته است. در مقابل، در گروه کنترل، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۱/۱۶۷ واحد کاهش و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۰/۴۴۴ واحد افزایش نشان داده است. همچنین، نتایج توصیفی مربوط به راهبردهای منفی کنترل فکر بیانگر آن است که میانگین نمرات این متغیر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در مقایسه با پیش‌آزمون، تغییر بیشتری داشته است. در این گروه، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۵/۱۸۸ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۵/۴۲۸ واحد افزایش یافته است. در حالی که در گروه کنترل، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۲۲۳ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۰/۵۵۶ واحد کاهش نشان داده است. همچنین، میانگین نمرات تحمل پریشانی و ابعاد آن در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش بیشتری را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نشان داده‌اند. به‌طور دقیق، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۱۰/۶۸۸ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۱۰/۷۵۰ واحد افزایش یافته است. در مقابل، در گروه کنترل، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۱/۲۷۸ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۰/۹۴۴ واحد کاهش نشان داده است. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو ویلک جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه	متغیر
معنی‌داری	آماره آزمون	معنی‌داری	آماره آزمون	زمان	
۰/۰۸۸	۰/۹۱۱	۰/۵۹۱	۰/۹۵۶	پیش‌آزمون	راهبردهای مثبت کنترل فکر
۰/۰۶۶	۰/۹۰۳	۰/۶۰۲	۰/۹۵۷	پس‌آزمون	
۰/۶۷۰	۰/۹۶۳	۰/۸۶۴	۰/۹۷۲	پیگیری	
۰/۷۷۹	۰/۹۶۹	۰/۸۶۷	۰/۹۷۲	پیش‌آزمون	پرت‌کردن حواس
۰/۸۸۷	۰/۹۷۵	۰/۹۱۵	۰/۹۷۵	پس‌آزمون	
۰/۹۲۰	۰/۹۷۷	۰/۳۲۹	۰/۹۳۸	پیگیری	
۰/۶۸۳	۰/۹۶۴	۰/۶۱۳	۰/۹۵۷	پیش‌آزمون	کنترل اجتماعی
۰/۸۵۸	۰/۹۷۳	۰/۶۵۴	۰/۹۶۰	پس‌آزمون	

۰/۸۶۳	۰/۹۷۴	۰/۹۰۰	۰/۹۷۴	پیگیری	ارزیابی مجدد
۰/۹۹۵	۰/۹۸۷	۰/۷۴۵	۰/۹۶۵	پیش‌آزمون	
۰/۳۱۵	۰/۹۴۲	۰/۹۹۹	۰/۹۹۱	پس‌آزمون	
۰/۷۷۱	۰/۹۶۹	۰/۷۱۲	۰/۹۶۳	پیگیری	
۰/۵۲۵	۰/۹۵۶	۰/۱۷۷	۰/۹۲۱	پیش‌آزمون	راهبردهای منفی کنترل فکر
۰/۲۵۲	۰/۹۳۶	۰/۱۴۲	۰/۹۱۵	پس‌آزمون	
۰/۶۲۹	۰/۹۶۱	۰/۶۲۱	۰/۹۵۸	پیگیری	
۰/۷۹۵	۰/۹۷۰	۰/۹۹۰	۰/۹۸۵	پیش‌آزمون	نگرانی
۰/۶۲۴	۰/۹۶۱	۰/۶۵۵	۰/۹۶۰	پس‌آزمون	
۰/۴۱۷	۰/۹۴۹	۰/۷۰۳	۰/۹۶۲	پیگیری	
۰/۵۴۱	۰/۹۵۷	۰/۳۱۱	۰/۹۳۷	پیش‌آزمون	تنبیه
۰/۲۴۶	۰/۹۳۶	۰/۷۶۵	۰/۹۶۶	پس‌آزمون	
۰/۶۲۹	۰/۹۶۱	۰/۲۹۰	۰/۹۳۵	پیگیری	
۰/۶۴۲	۰/۹۶۲	۰/۵۳۴	۰/۹۵۳	پیش‌آزمون	تحمل پریشانی
۰/۴۶۸	۰/۹۵۳	۰/۶۳۵	۰/۹۵۹	پس‌آزمون	
۰/۷۳۰	۰/۹۶۶	۰/۹۶۰	۰/۹۸۰	پیگیری	
۰/۹۲۹	۰/۹۷۸	۰/۶۰۴	۰/۹۵۷	پیش‌آزمون	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۱۲۳	۰/۹۱۹	۰/۳۳۴	۰/۹۳۹	پس‌آزمون	
۰/۸۱۵	۰/۹۷۱	۰/۵۳۶	۰/۹۵۳	پیگیری	
۰/۴۲۳	۰/۹۵۰	۰/۱۰۸	۰/۹۰۸	پیش‌آزمون	جذب شدن هیجان‌های منفی
۰/۸۰۱	۰/۹۷۰	۰/۳۰۶	۰/۹۳۶	پس‌آزمون	
۰/۲۲۰	۰/۹۳۳	۰/۳۶۹	۰/۹۴۲	پیگیری	
۰/۶۲۵	۰/۹۶۱	۰/۸۸۷	۰/۹۷۳	پیش‌آزمون	برآورد ذهنی پریشانی
۰/۷۵۰	۰/۹۶۸	۰/۲۵۱	۰/۹۳۱	پس‌آزمون	
۰/۸۲۶	۰/۹۷۲	۰/۴۸۵	۰/۹۵۰	پیگیری	
۰/۴۴۸	۰/۹۵۱	۰/۷۲۱	۰/۹۶۳	پیش‌آزمون	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
۰/۷۴۹	۰/۹۶۷	۰/۱۰۵	۰/۹۰۷	پس‌آزمون	
۰/۸۰۵	۰/۹۷۰	۰/۳۲۷	۰/۹۳۸	پیگیری	

نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ نشان داد، توزیع داده‌ها در مراحل مختلف سنجش در هر دو گروه از نرمالیت برخوردار بود ( $P > 0.05$ )، از این رو استفاده از آزمون‌های پارامتری مجاز تلقی شد. به منظور بررسی همگنی واریانس خطاها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد واریانس خطاها برای تمامی متغیرها در مراحل مختلف سنجش بین گروه‌ها همگن است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس در تحلیل چندمتغیره برقرار است ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که برای متغیر راهبردهای مثبت کنترل فکر، فرض کرویت نقض شده است ( $W = 0.683, P = 0.003$ )، در حالی که برای متغیرهای راهبردهای منفی کنترل فکر ( $W = 0.1878, P = 0.134$ ) و تحمل پریشانی ( $W = 0.952, P = 0.467$ ) این فرض برقرار بود. بنابراین، با توجه به معنادار بودن آزمون ماچلی در متغیر راهبردهای مثبت کنترل فکر ( $P > 0.05$ )، برای اصلاح نقض فرض کرویت از ضریب تصحیح گرین‌هاوس گایزر در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با توجه به

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

رعایت پیش‌فرض‌های لازم، برای بررسی تفاوت‌های بین مراحل سنجش و مقایسه اثر مداخله در طول زمان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیرهای راهبردهای کنترل فکر، تحمل پریشانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
راهبردهای مثبت کنترل فکر	اثر زمان	۴۹۹/۳۷۷	۱/۵۱۹	۳۲۸/۸۱۸	۵۴/۴۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۰	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۶۹۸/۷۴۹	۱/۵۱۹	۴۶۰/۰۹۶	۷۶/۱۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۴	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۲۹۳/۷۴۱	۴۸/۵۹۹	۶/۰۴۴				
	اثر گروه	۱۲۰۲/۷۲۱	۱	۱۲۰۲/۷۲۱	۷/۵۶۸	۰/۰۱۰	۰/۱۹۱	۰/۷۶۰
	خطا	۵۰۸۵/۷۵۹	۳۲	۱۵۶/۹۳۰				
راهبردهای منفی کنترل فکر	اثر زمان	۱۸۵/۰۰۴	۲	۹۲/۵۰۲	۳۳/۲۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۹	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۱۳۶/۹۲۵	۲	۶۸/۴۶۳	۲۴/۵۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۷۸/۳۱۰	۶۴	۲/۷۸۶				
	اثر گروه	۲۹۳/۸۴۰	۱	۲۹۳/۸۴۰	۵/۱۳۵	۰/۰۳۰	۰/۱۳۸	۰/۵۹۴
	خطا	۱۸۳۱/۰۷۲	۳۲	۵۷/۲۲۱				
تحمل پریشانی	اثر زمان	۵۲۱/۹۲۵	۲	۲۶۰/۹۶۳	۷۹/۷۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۴	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۷۹۰/۵۹۲	۲	۳۹۵/۲۹۶	۱۲۰/۸۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۱	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۲۰۹/۳۱۰	۶۴	۳/۲۷۰				
	اثر گروه	۱۴۹۲/۷۴۵	۱	۱۴۹۲/۷۴۵	۱۰/۰۲۹	۰/۰۰۳	۰/۲۳۹	۰/۸۶۷
	خطا	۴۷۶۲/۷۹۴	۳۲	۱۴۸/۸۳۷				

بر اساس نتایج ارائه‌شده در جدول ۴، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی زمان و تعامل زمان در گروه در تمامی متغیرهای پژوهش معنادار است ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ) و توان آزمون نیز در همه موارد بالاتر از ۰/۹ گزارش شد که بیانگر کفایت آماری تحلیل است. برای متغیر راهبردهای مثبت کنترل فکر، به دلیل نقض پیش‌فرض کرویت، نتایج با اعمال تصحیح گرین‌هاوس گایزر تفسیر شد. الگوی تغییرات میان مراحل سنجش نشان‌دهنده اثربخشی پایدار مداخله در متغیرهای راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی است. همچنین همان‌گونه که در بخش اثرات بین‌گروهی جدول ۴ مشخص است، تفاوت معناداری میان دو گروه آزمایش و کنترل در تمامی متغیرهای وابسته مشاهده شد ( $P < ۰/۰۵$ ). به‌منظور بررسی روند تغییرات در گروه‌ها، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به تفکیک گروه‌ها، در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین متغیرهای راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در مراحل پژوهش

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مراحل		متغیر
۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۹	*-۴/۵۴۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	راهبردهای مثبت کنترل فکر
۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸	*-۴/۸۴۷	پیگیری		
۰/۹۹۹	۰/۵۱۲	-۰/۳۰۶	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۰	*۲/۷۰۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	راهبردهای منفی کنترل فکر
۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۵	*۲/۹۹۷	پیگیری		
۰/۹۹۹	۰/۳۴۲	۰/۲۹۲	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۱	*-۴/۷۰۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	تحمل پریشانی
۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۹	*-۴/۹۰۳	پیگیری		
۰/۹۹۹	۰/۴۸۵	-۰/۱۹۸	پیگیری	پس‌آزمون	

\* $p < 0.05$ 

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است ( $P < 0.05$ ). در مقابل، تفاوت میانگین نمرات بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها معنادار نبود ( $P > 0.05$ ). با توجه به نتایج جدول‌های ۴ و ۵ می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی داشته است و اثرات این مداخله در مرحله پیگیری نیز تداوم یافته است. بر این اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود راهبردهای کنترل فکر و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ اثربخش است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ دارد و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده است. بر اساس نتایج جدول ۴ این مداخله به‌ویژه در مؤلفه‌هایی مانند پرت کردن حواس، کنترل اجتماعی و نگرانی موجب کاهش یا تعدیل معنادار شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند الگوهای ناکارآمد مدیریت افکار مزاحم را در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ اصلاح کند و به تغییر شیوه مواجهه شناختی با تجربه‌های درونی منجر شود. این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است. پژوهش‌های داخلی نظیر رضایی و همکاران (۱۴۰۳) و حسینی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اشتغال ذهنی با افکار مزاحم و بهبود راهبردهای تنظیم شناختی مؤثر است. در سطح بین‌المللی نیز مطالعاتی مانند لافتنوس<sup>۴۷</sup> و همکاران (۲۰۲۴) و براون<sup>۴۸</sup> و همکاران (۲۰۲۲) اثربخشی این رویکرد را در کاهش درهم‌تنیدگی شناختی با افکار تهدیدآمیز و بهبود شیوه‌های مواجهه با تجربه‌های ذهنی تأیید کرده‌اند. افزون بر این، پژوهش‌هایی مانند

47 loftus

48 brown

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

میرباقری و همکاران (۱۴۰۲)، صادقی و همکاران (۱۴۰۱) و پولوسنی<sup>۴۹</sup> و همکاران (۲۰۲۱) با تأکید بر نقش کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌طور غیرمستقیم مبانی نظری این یافته‌ها را حمایت می‌کنند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهایی مانند پذیرش تجربه‌های درونی، گسلس شناختی و تماس آگاهانه با لحظه اکنون، رابطه فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند را تغییر می‌دهد. در این رویکرد، افراد می‌آموزند افکار را نه به‌عنوان واقعیت‌های قطعی، بلکه به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کنند. این تغییر رابطه با محتوای ذهنی موجب کاهش درهم‌تنیدگی شناختی و تضعیف واکنش‌های هیجانی شدید نسبت به افکار تهدیدآمیز می‌شود. در نتیجه، نیاز به استفاده از راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر، مانند نگرانی مداوم یا تلاش برای مهار افکار، کاهش می‌یابد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی نیز با تقویت مشاهده بدون قضاوت تجربه‌های درونی، به کاهش تمایل به اجتناب شناختی و افزایش تحمل حضور افکار مزاحم کمک می‌کنند. با این حال، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر راهبردهایی مانند تنبیه و پاداش‌دهی شناختی نداشته است. این یافته را می‌توان با ماهیت فراشناختی این راهبردها تبیین کرد؛ زیرا چنین راهبردهایی اغلب با باورهای هنجاری درباره «مجاز بودن یا نبودن افکار» و الگوهای ارزشیابی شناختی مرتبط هستند و معمولاً ریشه‌های عمیق‌تری در طرح‌واره‌های شناختی و سبک‌های تربیتی دارند. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز اصلی خود را بر تغییر رابطه فرد با افکار و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی قرار می‌دهد، نه بر اصلاح مستقیم محتوای شناختی، ممکن است این نوع راهبردهای ارزشیابانه کمتر تحت تأثیر مستقیم این مداخله قرار گیرند. بخش دیگری از یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر تحمل پریشانی و ابعاد آن در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ دارد و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. نتایج جدول ۴ نشان داد که این مداخله به‌ویژه در مؤلفه‌هایی مانند تحمل پریشانی هیجانی و برآورد ذهنی پریشانی بهبود معناداری ایجاد کرده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های میرباقری و همکاران (۱۴۰۲)، طالبی و همکاران (۱۴۰۲)، لافتوس و همکاران (۲۰۲۴) و کلت<sup>۵۰</sup> و همکاران (۲۰۲۵) همسو است که نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجانی تأیید کرده‌اند. از منظر نظری، این نتایج را می‌توان در چارچوب مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تبیین کرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب تجربی موجب می‌شود افراد بتوانند هیجانات منفی و نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب را بدون تلاش برای حذف فوری آن‌ها تجربه کنند. این فرایند حساسیت هیجانی نسبت به محرک‌های مرتبط با تروما را کاهش داده و ظرفیت فرد برای تحمل تجربه‌های ناخوشایند را افزایش می‌دهد. افزون بر این، روشن‌سازی ارزش‌ها و تعهد به رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های شخصی به افراد کمک می‌کند حتی در حضور هیجانات منفی نیز در مسیر اهداف معنادار خود باقی بمانند، امری که به تقویت تحمل پریشانی و کاهش اجتناب رفتاری منجر می‌شود. به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و هیجانات، کاهش اجتناب تجربی و تقویت فرایندهای ذهن‌آگاهی، می‌تواند به کاهش راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ منجر شود. پایداری این اثرات در مرحله پیگیری نیز حاکی از آن است که این درمان می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

با وجود یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر، برخی محدودیت‌ها باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب تعداد مشخصی جلسه و با دوره پیگیری محدود اجرا شد؛ از این رو امکان ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات درمان فراتر از بازه پیگیری فراهم نبوده است. دوم، سنجش متغیرهای پژوهش از جمله راهبردهای کنترل فکر

<sup>49</sup> polusny

<sup>50</sup> kellett

و تحمل پریشانی عمدتاً بر اساس ابزارهای خودگزارشی انجام شده است که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی یا نوسانات هیجانی لحظه‌ای قرار گیرد. سوم، برخی متغیرهای بالقوه اثرگذار نظیر ویژگی‌های شخصیتی، عوامل اجتماعی و سایر متغیرهای روان‌شناختی که می‌توانند بر اثربخشی مداخلات درمانی تأثیرگذار باشند، در این پژوهش به‌طور کامل کنترل نشده‌اند. افزون بر این، انجام پژوهش در یک محدوده جغرافیایی مشخص ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر بافت‌های فرهنگی و اجتماعی با الگوهای متفاوت اختلال استرس پس از سانحه محدود کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از دوره‌های مداخله طولانی‌تر و پیگیری‌های گسترده‌تر، پایداری اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طول زمان بررسی کنند. همچنین استفاده از رویکردهای چندمنبعی در سنجش متغیرها، از جمله مصاحبه‌های بالینی، روش‌های مشاهده‌ای و گزارش‌های اطرافیان یا درمانگران، می‌تواند به کاهش محدودیت‌های مرتبط با ابزارهای خودگزارشی و افزایش دقت ارزیابی کمک کند. افزون بر این، در نظر گرفتن و کنترل متغیرهایی مانند ویژگی‌های شخصیتی، عوامل اجتماعی و سایر شاخص‌های روان‌شناختی می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکارهای اثرگذاری درمان منجر شود. انتخاب نمونه‌های متنوع‌تر از نظر فرهنگی و جغرافیایی نیز می‌تواند امکان بررسی تعمیم‌پذیری یافته‌ها را در جمعیت‌های مختلف مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه فراهم سازد. از منظر کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یکی از رویکردهای مداخله‌ای مؤثر در بهبود راهبردهای کنترل فکر و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس، مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناسی می‌توانند از این رویکرد در برنامه‌های درمانی خود بهره بگیرند. همچنین روان‌درمانگران می‌توانند با تأکید بر آموزش مهارت‌هایی نظیر پذیرش تجربه‌های هیجانی، گسلش شناختی، حضور ذهن و اقدام مبتنی بر ارزش‌ها، توانایی بیماران را برای مواجهه مؤثرتر با افکار مزاحم، هیجانات ناخوشایند و موقعیت‌های استرس‌زا تقویت کنند. افزون بر این، ارائه آموزش‌ها و برنامه‌های حمایتی برای خانواده‌ها و نزدیکان بیماران می‌تواند زمینه بهبود سازگاری اجتماعی و خانوادگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ را فراهم ساخته و به تداوم و تثبیت اثرات درمان کمک کند.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. بدینوسیله مراتب سپاس خود را از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با حضور فعال و همکاری صمیمانه خود، انجام این مطالعه را ممکن ساختند، ابراز می‌داریم.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ

### منابع

- [۱] پاک زاد، ز.، علیبازی، ه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان شناختی و تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۴۳(۳)، ۱۴-۲۶.
  - [۲] حسینی، ک.، رستمی، ب.، و یوسفی، د. (۱۴۰۱). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تحریک پذیری و بی‌حسی هیجانی بیماران مبتلا به PTSD. مجله پژوهش‌های سلامت روان، ۹(۲)، ۴۱-۵۴.
  - [۳] رستمی، ر.، محمدی، ا.، و صادقی، ا. (۱۳۹۷). شیوع اختلال استرس پس از سانحه و عوامل مرتبط با آن در جمعیت‌های در معرض جنگ در غرب ایران. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۴(۳)، ۱۸۲-۱۹۰.
  - [۴] رضایی، ف.، کرمی، ن.، محمدی، ع. (۱۴۰۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار مزاحم و بهبود کنترل شناختی در بیماران مبتلا به PTSD. فصلنامه پژوهش‌های روان‌درمانی، ۱۱۲(۱)، ۳۳-۴۷.
  - [۵] صادقی، ح.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۱). نقش راهبردهای کنترل فکر در تداوم علائم PTSD. مجله شناخت و هیجان، ۱۲(۳)، ۱۸۰-۱۹۲.
  - [۶] طالبی، م.، و پورنژدی، ا. (۱۴۰۲). کمبود مطالعات جامع درباره تعامل راهبردهای کنترل فکر، تحمل پریشانی و ACT. مجله تحقیقات روان‌شناسی بالینی، ۲۷(۲)، ۱۲۰-۱۳۳.
  - [۷] عظیمی، م. (۱۴۰۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۳۳(۱)، ۱۳-۲۱.
  - [۸] محمدخانی، ع.، محمدی، م.، دوستیان، ی. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تحمل پریشانی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷(۳)، ۲۳۰-۲۳۸.
  - [۹] میرباقری، ح.، قاسمی، ر.، و طاهری، س. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم PTSD در فرزندان جانبازان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳۰(۱)، ۵۵-۷۰.
  - [۱۰] نجاتی، ولی‌الله، قاسم‌زاده، ح.، شهیدی، س. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کنترل فکر. علوم شناختی، ۱۱۲(۱)، ۴۵-۵۴.
- [11] Alkadir, E., Masjedi-Arani, A., Bakhtiyari, M., & Isfeedvajani, M. S. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing the symptoms of complicated grief, corona disease anxiety, and improving the quality of life in the survivors of the deceased due to COVID-19. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 406.
  - [12] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
  - [13] Banducci, A. N., Bujarski, S. J., Bonn-Miller, M. O., Patel, A., & Connolly, K. M. (2017). The impact of distress tolerance on PTSD symptoms and coping among trauma-exposed individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 52-59.
  - [14] Brown, H., Kelly, M., & Thompson, R. (2022). Combined CBT and ACT in treating PTSD: A hybrid intervention study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(3), 230-242.
  - [15] Chubinidze, D., Li, Z., Croft, P., Nodding, B., Slovak, P., & Tchanturia, K. (2025). "Calming the nightmares": A qualitative study of a socially assistive robot for sensory and emotional support in individuals with eating disorders and PTSD. *PLoS One*, 20(6), e0325469.
  - [16] Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2025). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
  - [17] Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809.
  - [18] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
  - [19] Kellett, S., Clarke, S., & Matthews, L. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for complex PTSD: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 38(1), 55-63.

- [20] Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383.
- [21] Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1041–1054.
- [22] Liu, J. Q., Mak, Y. W., Tang, A. L., Kwan, C., Al Zoubi, F., Wong, T. K., ... & Wong, A. Y. (2025). Effects of acceptance and commitment therapy plus exercise for older adults with chronic low back pain: A preliminary cluster randomized controlled trial with qualitative interviews. *The Journal of Pain, 30*, 105350.
- [23] Loftus, E. F., Williams, J., & Carter, L. (2024). Group Acceptance and Commitment Therapy for adults with PTSD: Outcomes and follow-up. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 31*(2), 210–222.
- [24] López-Pinar, C., Lara-Merín, L., & Macías, J. (2025). Process of change and efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for anxiety and depression symptoms in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 368*, 633-644.
- [25] Martínez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. J. (2024). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: an overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The journal of pain, 25*(3), 595-617.
- [26] Mitchell, P., Lee, S. C., Yoo, P. E., Morokoff, A., Sharma, R. P., Williams, D. L., ... & Campbell, B. C. (2023). Assessment of safety of a fully implanted endovascular brain-computer interface for severe paralysis in 4 patients: the stentrode with thought-controlled digital switch (SWITCH) study. *JAMA neurology, 80*(3), 270-278.
- [27] Najafi, M., Nouri, R., & Mohammadi, M. R. (2014). Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of the Iran–Iraq war. *Asian Journal of Psychiatry, 9*, 1–5.
- [28] Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). *Managing unwanted intrusive thoughts in post-traumatic stress disorder: Thought suppression and its paradoxical effects*. Behaviour Research and Therapy, 47(12), 1027–1033.
- [29] Onen, H., Luzala, M. M., Kigozi, S., Sikumbili, R. M., Muanga, C. J. K., Zola, E. N., ... & Memvanga, P. B. (2023). Mosquito-borne diseases and their control strategies: an overview focused on green synthesized plant-based metallic nanoparticles. *Insects, 14*(3), 221.
- [30] Parvin, A., Dehghan, A., Masoumi, A., Zeraatpishe, F., Ghaed, L., & Bijani, M. (2024). Investigation the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training on stigma and family functioning in family members of patients with psychiatric disorders: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychiatry, 24*(1), 642.
- [31] Polusny, M. A., Erbes, C. R., & Thuras, P. (2021). Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy for military veterans with PTSD: Enhancing resilience and quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(4), 287–299.
- [32] Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2020). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1083-1089.
- [33] Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder in Iran: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 20*, 355.
- [34] Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). *Abnormal and normal obsessions*. Behaviour Research and Therapy, 22(5), 549–552.
- [35] Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83–102.
- [36] Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*(5), 537–549.
- [37] Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior therapy, 52*(2), 492-507.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنترل فکر و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه  
ناشی از جنگ

- [38] Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Potter, C. M., Marshall-Berenz, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Anxiety sensitivity and distress tolerance: Relations to PTSD symptom severity among trauma-exposed adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(4), 449–458.
- [39] Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 30, 50–55.
- [40] Wegner, D. M. (1994). *Ironic processes of mental control*. *Psychological Review*, 101(1), 34–52.
- [41] Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- [42] Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871–878.
- [43] World Health Organization. (2019). *Mental health in emergencies*. World Health Organization.