



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

بهاره حاجی مشهدی ^{id}

افسانه خواجهوند خوشلی ^{id*}

جوانشیر اسدی ^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: khajevand_a@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۳۸۰-۳۹۵
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(حاجی مشهدی، خواجهوند خوشلی و اسدی،
۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

حاجی مشهدی، بهاره، خواجهوند خوشلی،
افسانه، و اسدی، جوانشیر. (۱۴۰۲). اثربخشی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان
خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان
سرپرست خانوار. *خانواده‌درمانی کاربردی*.
۳۸۰-۳۹۵، (۱)۴

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی یا طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشد که تعداد ۲۴ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۲ نفره، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه شناخت پس از تروما (PTCI) و پرسشنامه جسمانی سازی (PHQ) بود. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۵) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد اما گروه گواه در لیست انتظار باقی ماند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا ($F=51/53, p<0/001$) و نشانگان جسمانی ($F=15/25, p<0/001$) در زنان سرپرست خانوار بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار موثر بود و این تاثیر تا دوره پیگیری ادامه داشت.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، خاطرات آسیب‌زا، نشانگان جسمانی، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

خانواده به عنوان اصلی‌ترین و منسجم‌ترین نهاد اجتماعی، محل زندگی و رشد افراد، شکل‌گیری باورها و هنجارهای اجتماعی و ضامن پیشرفت و سلامتی جامعه است، اما عوامل متعددی سبب تغییر ساختار خانواده و تغییر در نقش‌ها و کارکرد خانواده می‌شود که از جمله تغییرات ساختاری، به وجود آمدن گروه خاصی از زنان تحت عنوان زنان سرپرست خانوار^۱ و افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی مادران می‌باشد (دئونگا، ۲۰۲۰)؛ به عبارت دیگر این گروه از زنان (بدون مردان) که به عنوان زنان سرپرست خانوار شناخته می‌شوند به راهبری، مدیریت و تصمیم‌گیری خانوار خود می‌پردازند (فتولیر و لاین، ۲۰۲۰). تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که امروزه ۶۰ درصد زنان جهان، نان‌آور خانه هستند و حدود ۳۷/۵ درصد آنان سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند. شاخص‌ها نشان می‌دهد که تعداد زنان سرپرست خانوار^۲ در کشور ما نیز رو به افزایش است. زنان سرپرست خانوار از همان زمانی که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند، مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند؛ روان‌شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار از حیث مادی و روانی و عاطفی دارای مشکلات عدیده‌ای بوده و استرس و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند که این موارد موجب کاهش سلامت عمومی^۳ در آنان می‌گردد (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۴). از سوی دیگر از زمان شروع زندگی انسان، موقعیت‌هایی وجود داشته است که بطور بالقوه استعداد آسیب‌زایی داشته‌اند اما این ایده که یک رویداد خاص می‌تواند علائم روان‌شناختی معنی داری ایجاد کند، اولین بار معطوف به علائم روان‌شناختی تجربه شده به وسیله بازنشستگان جنگ ویتنام بود که مفهوم اختلال استرس پس از ضربه را به گونه‌ای که امروز به کار می‌رود، به بار نشانند، در ابتدا به این اثرات، شوک حمله، خستگی نبرد و نوروژ جنگ گفته می‌شود (اورسولی و همکاران، ۲۰۱۹). اصطلاح اختلال استرس پس از ضربه^۴ (PTSD) اولین بار در ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان مقوله تشخیصی خاص برای تروما به کار رفت (دیکمین و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال استرس پس از ضربه از نشانگانی تشکیل یافته که در پی مواجهه با یک تنش‌گر بی‌نهایت شدید پیدا می‌شود؛ این مواجهه می‌تواند به صورت دیدن، حضور یا شنیدن باشد. افراد آسیب دیده، رویداد آسیب‌زا^۵ را در رویا و نیز در افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند؛ ایشان از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرختی پاسخدهی همراه با حالت بیش برانگیختگی هستند. سایر علائم عبارت از افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز می‌باشد (دینکی و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از نشانه‌های مهم اختلال استرس پس از ضربه وجود خاطرات رنج‌آور ناخواسته است که تصور می‌شود پاسخی به خاطره مربوط به آسیب است نه خود رویداد آسیب‌زا که اغلب شکلی مملو از احساس، مرور تصاویر گذشته^۶ با هیجان بالا و بازسازی تجارب زنده به خود می‌گیرد (شیورانی و همکاران، ۱۳۹۶).

¹ Female-headed households

² head of household women

³ General Health

⁴ Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

⁵ Traumatic event

⁶ flash back

آسیب، از طریق رمزگذاری نابهنجار خاطرات باقی می‌ماند و یادآوری هشیار از گذشته را غیرممکن می‌سازد، در نتیجه یک بازنمایش شبه واقعی از گذشته به بخشی از حال تبدیل می‌شود، به همین دلیل یادآوری و بیان حقیقت در مورد رویداد آسیب‌زا بسیار ضروری است (کاتز و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع یادآوری تجارب قبلی گذشته فرد، عنصر مهمی در سلامت روان‌شناختی و احساس ارزشمندی و نیز جهت‌گیری اجتماعی محسوب می‌شود (آنزورثو همکاران، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر یکی از مسائلی که سلامت روان‌شناختی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بخش عمده‌ای از مراجعات کلینیکی را دربرمی‌گیرد شکایت از نشانه‌ها و دردهای بدنی و جسمانی است که پایه و اساس فیزیکی ندارد. این اختلالات تحت عنوان اختلالات نشانه‌های جسمانی نام برده می‌شود (چیو و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی معمولاً نشانه‌های جسمانی متعدد و جاری دارند که ناراحت کننده هستند یا به ناراحتی قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزانه منجر می‌شوند، هر چند گاهی فقط یک نشانه شدید وجود دارد، گاهی هم ترکیبی از نشانه‌ها و دردها وجود دارد. نشانه‌ها ممکن است مشخص (مثل درد موضعی، سرگیجه) یا نسبتاً نامشخص باشند (مثل خستگی و ضعف). نشانه‌ها گاهی بیانگر احساسات و هیجان‌ها یا ناراحتی جسمانی عادی هستند که عموماً بر بیماری‌های جدی دلالت ندارند. رنج کشیدن فرد واقعی است، خواه از لحاظ پزشکی توجیه شده یا نشده باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳).

در واقع شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد دامنه این نشانه‌ها می‌تواند ناشی از عوامل روانی باشد، چنانچه بسیاری از مطالعات ارتباط بین نشانه‌های بدنی و شکایات روانی هیجانی را گزارش کرده‌اند (اولسون و همکاران، ۲۰۱۹). نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، این اختلالات را با نام نشانه‌های جسمانی تغییر داد و آن را شامل یک یا چند نشانه جسمانی که پریشان کننده بوده و زندگی روزانه را در حد قابل قبولی به هم می‌ریزد، تعریف نمود. همین طور اضطراب و نگرانی و یا وقت و توانی که صرف این دغدغه بدنی می‌شود را بیش از حد انتظار توصیف نمود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). طی سال‌های گذشته تلاش‌های زیادی به منظور تعیین مکانیسم‌های آسیب‌زا و علت شناختی نشانه‌های جسمانی صورت گرفته است، پیشنهادهای موجود در ادبیات پژوهش دامنه گسترده‌ای از ناهنجاری‌های زیستی تا حساسیت فیزیولوژیکی و اختلال در ادراک و شناخت را پوشش می‌دهند (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از درمان‌های دیگری که در تحقیقات مختلف اثرگذاری خود را نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. در این درمان فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ها یا افکار درونی شان را آزاردهنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل، بی‌تاثیر بوده و بطور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجان‌ها و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌کند که اجتناب تجربه‌ای^۳ یا فرار که شامل درگیری فرد در راهبردهای تغییر تجربه‌ی رویدادهای خصوصی است، فرآیندی است که زیربنای بسیاری از انواع اختلالات روانی می‌باشد (پولاکاناهو و همکاران، ۲۰۱۹). بین و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست

¹ American Psychiatric Association

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition

³ experiential avoidance

یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسیاری از درمان‌های مربوط به اختلال استرس پس از سانحه، از جمله انواع رفتار درمانی شناختی، در آزمایشات بالینی مؤثر هستند. پولار و آرگاییز (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد درمانی برای اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی مؤثر است. حال با توجه به آنچه بیان شد و نیز اهمیت موضوع ما در این پژوهش قصد داریم تا به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار بپردازیم. به عبارت دیگر هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ابرازگری هیجانی و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ابرازگری هیجانی و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود؟
- ۲- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ابرازگری هیجانی و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

طرح تحقیق این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشد که تعداد ۲۴ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۲ نفره، گروه تحت درمان با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل (در انتظار درمان) تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش عدم دریافت درمان‌های همزمان؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در درمان؛ عدم ابتلا به سوء مصرف مواد؛ داشتن زمان کافی و هماهنگی با پژوهشگر جهت شرکت در جلسات درمان؛ داشتن حداقل تحصیلات دوران متوسطه؛ سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم حضور بیش از چهار جلسه و عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: ۱- کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شناخت‌های پس از تروما (PTCI)^۱: این آزمون یک ابزار خودگزارشی ۳۶ آیتمی است که توسط فوآ و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده و افکار و باورهای مربوط به تروما را اندازه می‌گیرد. ۳ آیتم، آزمایشی بوده و هنگام محاسبه نمره خرده مقیاس‌ها به حساب آورده نمی‌شوند. در این پرسشنامه آزمودنی‌ها، افکار و باورهای خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) درجه

^۱ Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI).

بندی می‌کنند. این ابزار روی سه عامل بارگزاری می‌شود که عبارتند از شناخت‌های منفی درباره خود (۲۱ آیتم) شناخت‌های منفی درباره جهان (۷ آیتم) و خودسرزندی (۵ آیتم). خرده مقیاس شناخت‌های منفی درباره خود، وسعت نگاه منفی افراد درباره خود و علائم و افکار درماندگی و بیگانگی را اندازه می‌گیرند؛ خرده مقیاس شناخت‌های منفی درباره جهان، درجه بی‌اعتمادی فرد به دیگران و باورهای فرد در مورد جهان ناامن را اندازه می‌گیرد؛ در نهایت خرده مقیاس خودسرزندی می‌زانی که افراد حادثه تروماتیک را به اعمال انجام داده یا انجام نداده خود اسناد می‌دهند را اندازه می‌گیرد. همسانی درونی سه خرده مقیاس به ترتیب بالا ۰/۸۷، ۰/۸۸، و ۰/۸۶ بود (فوا و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین در پژوهش بک و کلارک (۲۰۱۱) نتایج تحلیل عاملی از ساختار عامل‌ها از پرسشنامه PTCI حمایت می‌کند، در بررسی اعتباریابی این پرسشنامه نشان داده شده است که همسانی درونی بالا و معناداری بین سه خرده مقیاس وجود دارد (۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۹۷). در ایران بشرپور و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس شناخت‌های منفی درباره خود ۰/۸۶، شناخت‌های منفی درباره جهان ۰/۶۷ و برای خودسرزندی ۰/۷۰ گزارش کردند.

۲. پرسشنامه جسمانی سازی^۱ (PHQ15): این پرسشنامه ۱۵ سوالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن می‌باشد که توسط اسکات و کلووی در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شده است (لی و همکاران، ۲۰۱۱). این پرسشنامه به صورت لیکرت نمره‌گذاری شده است و سوالات آن در مورد تجربه درد یا اختلال جسمی در طول ۴ هفته گذشته می‌باشد و به تجربه زیاد درد نمره (۲)، به تجربه متوسط درد نمره (۱)، و به عدم تجربه درد نمره (۰) داده می‌شود، مجموع نمرات نشان دهنده میزان اختلال جسمانی کردن در فرد مورد نظر می‌باشد به این صورت که کسب نمره کمتر از ۴ در این پرسشنامه نشان دهنده ابتلای خیلی کم، نمره بین (۵-۹) ابتلای کم، (۱۰-۱۴) ابتلای متوسط، و نمره (۱۵-۳۰) ابتلای شدید به اختلال جسمانی کردن را نشان می‌دهد. پایایی و روایی این پرسشنامه در مراکز درمانی و بهداشتی بسیار بالا گزارش شده است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالحمیدی و همکاران صورت گرفته است. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-90، ۷۴٪ می‌باشد و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۷۶٪ گزارش شده است (عبدالحمیدی و همکاران، ۲۰۱۴).

۳. پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در هشت جلسه انجام پذیرفت (هایز و همکاران، ۲۰۰۴) و خلاصه‌ای از جلسات آن در جداول زیر آمده است

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه درمان	فعالیت‌ها و تکنیک‌ها
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، قرارداد درمانی، آشنا نمودن مراجع با موضوع پژوهش و رویکرد درمانی، صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات)، دادن تکلیف

¹ Patient Health Questionnaire

جلسه دوم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کشف و بررسی روش‌های درمانی فرد و ارزیابی تاثیر آنها، بحث درباره موقتی بودن و کم اثر بودن آنها (ایجاد درماندگی خلاق)</p> <p>شناسایی هزینه تلاش‌هایی که برای تغییر احساسات و افکار منفی ایجاد شده است. دریافت بازخورد و تعیین تکلیف خانگی: تمام کارهایی که مراجع برای از بین بردن رویدادهای درونی خود، افکار، احساسات، علائم جسمی و... انجام می‌دهد.</p>
جلسه سوم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کمک به مراجع برای تشخیص راهروهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، معرفی کنترل به عنوان مساله؛ کنترل خود مسئله است نه راه حل</p> <p>پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها، دریافت بازخورد و تعیین تکلیف خانگی: تمام کارهای که مراجع به عنوان کنترل به کار می‌برد را شناسایی کند.</p>
جلسه چهارم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، مطرح کردن پذیرش/ تمایل تجربه‌ای به عنوان جایگزینی برای کنترل، کاوش هم‌آمیزی شناختی و کشف موانع تمایل، توضیح رنج پاک و رنج ناپاک، دریافت بازخورد و تعیین تکلیف خانگی: تکلیف تمایل بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان و... درجه تمایل/پذیرش خود را نسبت به آنها بالا ببرد.</p>
جلسه پنجم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، مطرح کردن هم‌آمیزی شناختی و ایجاد تغییر در قواعد زبانی، استفاده از استعاره صفحه شطرنج برای نشان دادن اینکه افکار، احساسات، خاطرات، علائم بدنی نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند و گسلسش یعنی مراجع خود را به عنوان صفحه‌ای بداند که فقط وظیفه نگهداشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و... دریافت بازخورد و تعیین تکلیف خانگی: ناهم‌آمیزی شناختی</p>
جلسه ششم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، ارتباط با زمان حال، توضیح مفهوم خودها و مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه و برقراری تماس با خود به جای خود مفهوم سازی شده یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نماید و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود. آموزش پذیرش رویدادهای درونی و توضیح در مورد پرهیز از تجربه دردناک و تمرکز به عنوان راهبردهای بی‌فایده در برخورد با مسائل با استعاره، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خود به عنوان مشاهده‌گر</p>
جلسه هفتم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کمک به مراجع برای شناسایی ارزش‌هایش و تفاوت آن با اهداف، کشف زندگی ارزشمند، بسط ارزش‌ها و اهداف، نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و بررسی موانع و آموزش تعهد به عمل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف: فرم ارزش‌ها</p>
جلسه هشتم	<p>مرور جلسه قبل، مرور تکلیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی، دریافت بازخورد و مرور تمام مطالب جلسات و استعاره‌ها توسط مراجع و درمانگر، جمع بندی جلسات، تکمیل مجدد پرسشنامه.</p>

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار

مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۴۲/۱ (۶/۳) و گروه گواه ۴۲/۲ (۴/۷) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۹ و ۵۰ سال و در گروه گواه، ۳۳ و ۵۰ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانگان	آزمایش	۱۴۲/۲۵	۱۷/۸۵	۱۰۲/۵۰	۸/۲۵	۹۹/۴۵	۸/۳۵
	گواه	۱۴۰/۴۵	۷/۷۳	۱۴۰/۳۳	۷/۸۶	۱۴۰/۵۵	۷/۹۰
نشانگان	آزمایش	۱۲/۲۵	۱/۷۱	۴/۹۲	۱/۸۸	۵/۰۸	۱/۳۷
	گواه	۱۲/۷۵	۱/۸۶	۱۱/۸۲	۲/۱۳	۱۱/۷۴	۲/۱۰

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره معناداری	موخلی	آماره معناداری
نشانگان	آزمایش	۱۲	۰/۵۶	۲۸	۱/۵۰	۰/۷۶	۰/۱۹
	گواه	۱۲	۰/۷۸	۲۸	۰/۲۴۵	۲/۶۹	۰/۱۹
نشانگان	آزمایش	۱۲	۰/۵۹	۲۸	۱/۳۳	۰/۹۱	۰/۲۷
	گواه	۱۲	۰/۸۲	۲۸	۰/۱۸	۲/۴۵	۰/۲۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
نشانگان	زمان	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
خاطرات	زمان*گروه	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
آسیب‌زا	گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
نشانگان	زمان	۲۳۰/۴۶	۱/۷۰	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
جسمانی	زمان*گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	گروه	۱۳۱/۶۱	۱	۱۳۱/۶۱	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
نشانگان خاطرات آسیب‌زا	آزمایش	پیش‌آزمون	-۲/۲۰*	-۱/۷۷*
	گروه گواه	پس‌آزمون	-	۰/۴۲*
		پیش‌آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس‌آزمون	-	۰/۰۰
نشانگان جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۶۰*	۴/۷۵*
	گروه گواه	پس‌آزمون	-	۰/۱۵*
		پیش‌آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس‌آزمون	-	-۰/۱۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر نشانگان خاطرات آسیب‌زا در گروه آزمایش و در مرحله پس-آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی کاهش نشانگان خاطرات آسیب‌زا داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که نشانگان خاطرات آسیب‌زا در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. نمره متغیر نشانگان جسمانی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی بهبود نشانگان جسمانی داشته است. این نتایج نشان می‌دهند که نشانگان جسمانی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا و نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار بود. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری در نشانگان خاطرات آسیب‌زا بود. براساس این یافته‌ها می‌توانیم نتیجه بگیریم که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشانگان خاطرات آسیب‌زا شده است. نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حیطه از جمله داکاس و فاند (۲۰۱۵)، زارلینگ، لاورنس و مارچمن (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه کمک نموده تا حادثه آسیب‌زا را پذیرفته و به دلیل بی‌نتیجه بودن کنترل و اجتناب از تفکرات مربوط به حادثه آسیب‌زا دست از این افکار و اجتناب برداشته و با پذیرش فعال، ارزش‌های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف شده سازماندهی نمایند. از این رو بعد از آن که فرد به وسیله پذیرش تفکر و جدا نمودن اعمال از تفکرات بتواند از بند نشخوار تفکرات معیوب خلاصی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود گام نهد به تدریج نشانگان آسیب‌زا جای خود را به انعطاف‌پذیری شناختی می‌دهد و فرد می‌تواند به چیزهای امیدبخش در زندگی دست یابد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منبع اولیه وجود مشکلات در مراجع، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اوست. در واقع گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود که فرد احساس گرفتاری و اسارت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز است بر بهره‌مندی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یعنی داشتن گزینه‌های رفتاری در دسترس که این امر زمانی اتفاق می‌افتد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری هم‌سو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد. در واقع این اتفاق در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از روش‌های گوناگون تجربی، استعاره‌ای و تغییر درجه دوم رخ می‌دهد. عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی به هم پیوسته رخ می‌دهد و ادامه می‌یابد که عبارت‌اند از آمیختگی شناختی، دلبستگی به مفهوم خود، اجتناب تجربه‌ای، قطع ارتباط با لحظه حال، ارزش‌های مبهم و سستی در احترام به ارزش‌ها. در واقع نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر کاهش نشانگان خاطرات آسیب‌زا می‌تواند ناشی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش فعال در بیماران باشد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از گسلس شناختی، تفکیک و جداسازی مفهوم خود، پذیرش تجربه‌ای، تماس ذهن آگاهانه با زمان حال، ارزش‌های واضح و مشخص و عمل و تعهد بر اساس ارزش‌ها، آن را ایجاد می‌کند.

بنابراین در توضیح اثربخشی بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب می‌توان گفت که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم تعدادی از مشکلات و نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب مانند احساس کوتاه شدن آینده، منبع کنترل بیرونی، احساس گناه، احساس گناه بازمانده و خلأ وجودی و همچنین جهان بینی کلی افراد مبتلا به این اختلال را هدف قرار می‌دهد. این مسائل به خصوص برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب اهمیت ویژه‌ای دارد، چرا که این افراد آن‌ها را موانعی برای ایجاد تغییر در برابر خود می‌دانند.

برای مثال افرادی که احساس می‌کنند آینده کوتاه شده است باور دارند که درمان بی‌فایده است، افرادی که با احساس گناه بازمانده زندگی می‌کنند معمولاً درمان و حتی زندگی بهتر را بی‌فایده می‌دانند و کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند احساس می‌کنند که نیرویی برای به وجود آوردن تغییر در سرنوشت و زندگی خود ندارند و افرادی که دچار بی‌معنایی هستند باور دارند که شرکت در درمان برای بهبودی بی‌معنی و بی‌فایده است. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با آماج قرار دادن این مسائل زیربنایی، باعث کاهش نشانه‌های اختلالات روانی و خصوصاً اختلال استرس پس از ضربه می‌گردد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنایی داشته باشد و براساس این ارزش‌ها و اهداف جریان زندگی‌اش را تنظیم کند و به ارزش‌های تعیین شده متعهد باشد می‌تواند بر اضطراب، افسردگی، ناامیدی و به عبارتی بر اختلال‌های روانی چیره گردد و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی و خودش باشد.

در ارتباط با این یافته که بیانگر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بر نشانگان خاطرات آسیب‌زا در زنان سرپرست خانوار بود، اطلاعات به دست آمده نشان داد که میزان F تاثیر (تاثیر ACT) در مورد متغیر نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار معنادار نبوده است بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر نشانگان جسمانی در زنان سرپرست خانوار اثربخش نبوده است و این یافته پژوهش رد شد. این نتیجه برخلاف نتیجه پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۹۴) و فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد. در تبیین رد این یافته می‌توان اینگونه بیان داشت که به نظر می‌رسد نگرانی درباره سلامت جسمی در میان افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی، شایع است و منابع اضطراب و افسردگی ممکن است زیربنای نشانه‌های جسمانی ناموجه یا توجه افراطی بیمار به دردها و آلام جزئی باشد. در تایید این مطلب، دیدگاه رفتاری درباره اختلالات جسمانی کردن معتقد است که تمامی دردها و آلام، ناراحتی‌ها و بدکاری‌های گوناگون و تظاهرات بدنی یک اضطراب غیرواقع بینانه است و در تایید این نظر که در اختلال نشانگان جسمانی، اضطراب بالاست معلوم شده که این افراد سطح کورتیزول بالایی دارند که نشان می‌دهد آنها تحت فشار هستند و از سوی دیگر، گزارش بیمار از نشانه‌های جسمانی به عنوان راهبردی تلقی می‌گردد که برای تبیین عملکرد ضعیف در موقعیت‌هایی که فرد در معرض ارزیابی قرار می‌گیرد تولید می‌شود زیرا اسناد عملکرد نابسند به بیماری از لحاظ روان‌شناختی نسبت به اسناد دادن آن به بی‌کفایتی شخص تهدیدکنندگی کمتری دارد. همچنین توجه به این امر نیز ضروری به نظر می‌رسد که این افراد مدت‌ها نشانه‌های جسمانی خود را ناشی از بیماری جسمی دانسته و به ضعف، وابستگی و اجتناب از چالش‌های روزمره خو گرفته‌اند، بنابراین به نظر می‌رسد وجود نشانگان جسمانی در افراد، درمان‌های وسیع‌تری را می‌طلبد و باید درمان اضطراب و افسردگی نیز مدنظر قرار گیرد. محدودیت‌های پژوهش نمونه پژوهش حاضر زنان سرپرست خانوار بودند؛ بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد و گروه‌های جامعه باید جانب احتیاط رعایت شود. تعداد کم افراد نمونه، می‌تواند محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم پذیری یافته‌ها ایجاد کند. پیشنهاد می‌شود که نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند در کلینیک‌ها و مراکز درمانی از سوی روان‌درمان‌گران فعال در درمان ACT در ارتباط خاطرات آسیب‌زا و کاهش نشانگان خاطرات آسیب‌زا مورد استفاده قرار گیرد. اجرای این پروتکل درمانی در مراکز مختلف اعم از بهزیستی، کمیته امداد و همه مراکزی که در حوزه زنان سرپرست خانوار، فعالیت دارند می‌تواند مفید باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگری نیز جهت جمع‌آوری داده‌ها

استفاده شود. نشانگان خاطرات آسیب‌زا می‌تواند با اختلالات هیجانی و ترومامحور همچون افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال هویت تجزیه‌ای همبودی داشته باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی گروه‌هایی انتخاب شوند که نوع ترومای مشترکی دارند.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه ارائه گردید و شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ایزدی، فاطمه، اشرفی، عماد، فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۷). الگوی ساختاری رابطه بین طرحواره‌های هیجانی منفی و نشانه‌های بدنی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و ابرازگری هیجانی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۶(۳): ۳۲۳-۳۱۱.
- شهبازی، نسرین، ویسانی، یوسف، دل‌پیشه، علی، سایه‌میری، کوروش، نادری، زهرا، سهراب‌نژاد، علی، مامی، شهرام. (۱۳۹۴). ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳(۱): ۵۶-۶۲.
- شیورانی، مونا، آزاد فلاح، پرویز، مرادی، علیرضا، اسکندری، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمانگری مبتنی بر مواجهه‌روایی در بهبود اختلال استرس پس از ضربه و حافظه سرگذشتی. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۹(۲): ۱-۱۴.

- فرخزادیان، علی اصغر، احمدیان، فریبا، عندلیب، لیلا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی سربازان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. *مجله طب نظامی*. ۵۲-۴۴:(۱)۲۱
- نصیری، صفورا، قربانی، مریم، ادیبی، پیمان (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش. *مجله روان شناسی بالینی*. ۴(۲۸):۹۳-۱۰۲.

References

- Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, & Hossein Alizade M. (2014). Iranian validation of the somatization inventory (PHQ-15). *Int J Psychol Behav Res*. 1(4):1-12.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrett, K., O'Connor, M., & McHugh, L. (2019). A systematic review of values-based psychometric tools within acceptance and commitment therapy (ACT). *The Psychological Record*, 69(4), 457-485.
- Basharpour, S., Narimani, M., Gamari-Give, H., Abolgasemi, A., & Molavi, P. (2011). Effect of cognitive processing therapy and holographic reprocessing on reduction of posttraumatic cognitions in students exposed to trauma. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(4), 138.
- Bean, Ron C., Clarissa W. Ong., Jason Lee & Michael P. Twohig. (2017). *Acceptance And Commitment Therapy For PTSD And Trauma: An Empirical Review*. Available At: https://www.researchgate.net/publication/319651207_Acceptance_And_Commitment_Therapy_And_Trauma_An_Empirical_Review/Link/5c0a9fce299bf139c746df23/download.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J.,... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press.
- Denke, C., Balzer, F., Menk, M., Szur, S., Brosinsky, G., Tafelski, S.,... & Deja, M. (2018). Long-term sequelae of acute respiratory distress syndrome caused by severe community-acquired pneumonia: Delirium-associated cognitive impairment and post-traumatic stress disorder. *Journal of International Medical Research*, 46(6), 2265-2283.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of affective disorders*, 229, 377-385.
- Ducasse, D., & Fond, G. (2015). Acceptance and commitment therapy. *L'ENCÉPHALE (JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY AND PSYCHOPHARMACOLOGY)*, 41(1), 1-9.
- Dunga, H. M. (2020). An empirical analysis on determinants of food security among female-headed households in South Africa. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, 12(1), 66-81.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of contextual behavioral science*, 16, 134-143.

- Farrokhzadian, A. A., Ahmadian, F., & Andalib, L. (2019). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the severity of symptoms and quality of life of soldiers with irritable bowel syndrome. *Journal of Military Medicine*, 21(1):44-52.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303.
- Fuller, R., & Lain, J. (2020). Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. *Climate and Development*, 12(5), 420-435.
- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*. 1;35(1):35-54.
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2018). The structural model of the relationship between negative emotional schemas and physical symptoms with the mediation of emotional ataxia and emotional expressiveness. *Behavioral Science Research*, 16(3):323-311.
- Katz, D. I., Bernick, C., Dodick, D. W., Mez, J., Mariani, M. L., Adler, C. H.,... & Stern, R. A. (2021). National Institute of Neurological Disorders and Stroke consensus diagnostic criteria for traumatic encephalopathy syndrome. *Neurology*, 96(18), 848-863.
- Lee S, Ma YL, Tsang A. Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. *J Psychosom Res*2011;71(2):69-73.
- Nasiri, S., Ghorbani, M., & Adibi, P. (2015). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in the quality of life of patients with functional digestive syndromes. *Journal of Clinical Psychology*. 4(28):93-102.
- Olson, B., Vincent, W., Meyer, J. P., Kershaw, T., Sikkema, K. J., Heckman, T. G., & Hansen, N. B. (2019). Depressive symptoms, physical symptoms, and health-related quality of life among older adults with HIV. *Quality of life research*, 28(12), 3313-3322.
- Orsolini, L., Chiappini, S., Volpe, U., De Berardis, D., Latini, R., Papanti, G. D., & Corkery, J. M. (2019). Use of medicinal cannabis and synthetic cannabinoids in post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Medicina*, 55(9), 525.
- Pohar, Ron. & Charlene Argáez. (2017). Acceptance And Commitment Therapy For Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety, And Depression: A Review Of Clinical Effectiveness. Canadian Agency For Drugs And Technologies In Healt. Available At: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525684/>
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M.,... & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. *Journal of youth and adolescence*, 48(2), 287-305.
- Schat, AC, Kelloway EK. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*; 8: 110–122.
- Shahbazi, N., Weisani, Y., Del Pisheh, A., Sayeh Miri, K., Naderi, Z., Sohrab Nejad, A., & Mami, Sh. (2015). The relationship between socio-economic status and general health in female heads of the household. *Scientific Research Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 23(1): 56-62.

- Shivarani, M., Azad Fallah, P., Moradi, A., & Eskandari, H. (2017). The effectiveness of narrative exposure therapy in improving post-traumatic stress disorder and historical memory. *Clinical Psychology Quarterly*, 9(2): 1-14.
- Tanhan, A. (2019). Acceptance and commitment therapy with ecological systems theory: Addressing Muslim mental health issues and wellbeing. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 3(2), 197-219.
- 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.
- Unsworth, N., Spillers, G. J., & Brewer, G. A. (2012). The role of working memory capacity in autobiographical retrieval: Individual differences in strategic search. *Memory*, 20(2), 167-176.
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of clinical psychology*, 76(6), 929-951.
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 55-64.
- Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199-212.

PHQ پرسشنامه

هرگز به ندرت	هر از چند گاهی	برخی اوقات	نسبتاً زیاد	خیلی زیاد	همیشه
طی یک سال گذشته					
هر چند وقت یکبار، شب موقع به خواب رفت دچار مشکل شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، در طول شب از خواب بیدار شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، دچار کابوس یا خواب‌های آشفته شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، خواب آرام و بدون آشفتگی داشته اید؟					
هر چند وقت یکبار، دچار سردرد شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، به دلیل فشار کاری دچار سردرد شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، به دلیل "ناامیدی از اینکه مسائل طبق روال عادی خود پیش نمی‌روند" و یا "رنجیدن از دیگران" دچار سردرد شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، دچار ناراحتی معده (سوء هاضمه) شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، مجبور بوده اید که با کنترل رژیم غذایی از ناراحتی معده جلوگیری کنید؟					
هر چند وقت یکبار، دچار حالت تهوع شده اید؟					
هر چند وقت یکبار، دچار یبوست یا اسهال شده اید؟					
چند بار دچار سرماخوردگی جزئی شده اید (که به دلیل آن اذیت شدید، اما باعث نشده که در بستر بمانید یا روز کاری خود را از دست بدهید)؟					
چند بار دچار عفونت دستگاه تنفسی شدیدتر از سرماخوردگی (مثل برونشیت، سینوزیت و...) شده اید؟					
معمولاً وقتی مبتلا به سرماخوردگی شدید یا آنفولانزا می‌شدید، چه مدت این بیماری طول می‌کشید؟					

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Traumatic Memory Syndrome and Physical Syndrome in Female-Headed Households

Bahareh. Haji Mashhadi¹, *Afsaneh. Khajvand Khoshli*^{2*} & Javanshir. Aasdi³

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on traumatic memory syndrome and physical syndrome in female-headed households. **Method:** The research method was quasi-experimental or pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the study includes all female-headed households in Tehran in 2019 that 24 people were selected as a sample using available sampling method and were divided into two groups of 12 people, acceptance and commitment therapy group and control group. Acceptance and commitment treatment protocol (Hayes et al., 2005) was performed on the experimental group in eight 90-minute sessions, but the control group remained on the waiting list. Analysis of variance with repeated measures and SPSS software were used to analyze the data. **Results:** The results showed that acceptance and commitment-based therapy on traumatic memories syndrome ($F=38.86$, $P<0.001$) and physical syndrome ($F=15.25$, $P<0.001$) in women He was the head of the household. **Conclusion:** It can be concluded that acceptance and commitment-based treatment on traumatic memories and physical symptoms was effective in female-headed households and this effect continued until the follow-up period.

Keywords: *Acceptance and commitment treatment, Traumatic memories, Physical symptoms, Female-headed households.*

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Email: *khajevand_a@yahoo.com*

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.