

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychosocial Needs of Veterans

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Asgharnejad Farid AA.*¹ PhD,
Mirmohammadali M.² PhD,
Ahadi H.³ PhD,
Nasiri A.⁴ PhD

How to cite this article

Asgharnejad Farid AA, Mirmohammadali M, Ahadi H, Nasiri A. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychosocial Needs of Veterans. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(3):157-164.

ABSTRACT

Aims Mental disorders are a common problem in combatants, veterans, and their families. This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment to veterans' psychosocial needs.

Materials & Methods This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with a control group in all psychiatric veterans in Tehran in 2018. Thirty psychiatric veterans were purposefully selected and were randomly assigned to two experimental groups (10 people each) and a control group (10 people). Data were collected using the Basic Psychological Needs, Post Traumatic Stress, Acceptance, and Operation Questionnaires. Cognitive-behavioral therapy sessions and acceptance and commitment-based therapy were held in 10 sessions, twice a week, for 90 minutes in each session for the experimental groups. Data were analyzed using SPSS 24 software and multivariate analysis of covariance and independent t-test.

Findings Cognitive-behavioral therapy could significantly affect veterans' basic psychological needs and their components and increase the capacity of basic needs in veterans undergoing cognitive-behavioral therapy compared to the control group. Also, acceptance and commitment therapy could have a significant effect on the basic psychological needs and the component of autonomy and competence of veterans ($p < 0.05$), but this effect was not significant on the component of communication with others ($p > 0.05$).

Conclusion Cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment affect the veterans' basic psychological needs.

Keywords Psychosocial Needs; Veterans; Cognitive Behavioral Therapy; Acceptance and Commitment Therapy

¹Department of Psychology, Psychology Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Psychology Faculty, Edalat University, Tehran, Iran

³Department of Psychology, Psychology Faculty, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

⁴Sadr Psychiatric Hospital, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: School of Behavioral Sciences and Mental Health, Shahid Mansouri Street, Niyayesh Street, Satar Khan Avenue, Tehran, Iran. Postal code: 1445613111.
Phone: +98 (21) 66551655
Fax: +98 (21) 66551655
asgharnjad.ali@gmail.com

Article History

Received: September 12, 2020
Accepted: January 16, 2021
ePublished: March 14, 2021

CITATION LINKS

[1] Study of telemental health services for veterans from viewpoints ... [2] Psychological-social consequences chemical bombardment of the Sardasht victims ... [3] Prioritizing the needs of Guilan province's less than 25% veterans from the ... [4] The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety ... [5] Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression ... [6] The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing the ... [7] Synopsis of psychiatry behavioral sciences/... [8] Effectiveness of cognitive behavioral therapy in war post traumatic stress ... [9] Cognitive-behavioral Therapy of Patients with PTSD: ... [10] Psychopathology based ... [11] The relationship between basic need satisfaction and general health of veteran ... [12] Cross-cultural invariance of the basic psychological needs in exercise scale and need satisfaction latent mean differences among Greek, Spanish, ... [13] Act in practice: Case conceptualization in Acceptance ... [14] The interpersonal problems workbook: ACT to end painful ... [15] Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to ... [16] Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of ... [17] A practical guide to acceptance and commitment ... [18] Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on ... [19] The relationship between basic need satisfaction and general health of veterans of Isfahan's ... [20] The PTSD checklist (PCL), reliability, validity & diagnostic utility. The 9th Annual ... [21] Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment-based ... [22] Validation of PTSD interview on veterans with war related physical ... [23] Addressing basic psychological needs fulfillment, autonomous ...

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نیازهای روانی-اجتماعی جانبازان

علی‌اصغر اصغر‌نژاد فرید^۱ PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرجان دخت میرمحمدعلی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه عدالت، تهران، ایران

حسن احدی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

علی نصیری PhD

بیمارستان روان‌پزشکی صدر، تهران، ایران

چکیده

اهداف: اختلالات روانی مشکلی شایع در رزمندگان، جانبازان و خانواده‌های آنان است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نیازهای روانی-اجتماعی جانبازان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در کلیه جانبازان اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۳۰ جانباز اعصاب و روان به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های نیازهای بنیادی روان‌شناختی، استرس پس از ضربه و پذیرش و عمل گردآوری شدند. جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه‌های آزمایش طی ۱۰ جلسه، هفته‌ای ۲ بار و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون T مستقل انجام شد.

یافته‌ها: درمان شناختی-رفتاری، توانست تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در جانبازان داشته باشد و افزایش ظرفیت نیازهای بنیادی را در جانبازان تحت درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل سبب شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر بود تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه خودمختاری و شایستگی جانبازان داشته باشد ($p < 0/05$)، اما این تاثیر بر مولفه ارتباط با دیگران معنادار نبود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نیازهای بنیادین روان‌شناختی جانبازان تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: نیازهای روانی، جانبازان، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۲

نویسنده مسئول: asgharnjad.ali@gmail.com

مقدمه

جنگ، یکی از عوامل تاثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی رفتاری است. جانبازان نسبت به عموم افراد جامعه دچار مشکلات روانی و رفتاری بیشتر و حادثتری هستند. تحقیقات نشان می‌دهد که تقریباً از هر چهار سربازی که از جنگ بازمی‌گردند، یک نفر دچار مشکلات شدید روانی است. اختلالات روانی به‌عنوان مشکلی شایع در رزمندگان، جانبازان و خانواده‌های آنان مطرح است [1]. جانبازان نیز مانند تمامی انسان‌ها نیازهای فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی دارند که رضایت آنان از زندگی را فراهم می‌آورد [2]. در مورد نیازهای روانی به‌طور کلی می‌توان گفت که سه

نیاز ذاتی روان‌شناختی وجود دارد که عبارت‌اند از خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط؛ خودمختاری به نیاز فرد به احساس انتخاب و خودآغازگری در انجام اعمال و تکالیف اشاره دارد. شایستگی، نیاز به موثر بودن در تعامل با محیط است و نشان‌دهنده میل به استفاده از استعدادها و مهارت‌ها و دنبال کردن چالش‌ها و تکالیف همسو با توانایی‌ها و تسلط یافتن بر آنها است [3] و نهایتاً نیاز به ارتباط، نیاز برای احساس اطمینان هنگام داشتن رابطه با دیگران و نیاز به پذیرش فرد به‌عنوان فردی شایسته عشق و احترام توسط دیگران اشاره دارد [4]. نتایج مطالعات و پژوهش‌های اخیر، نشان می‌دهد که بازماندگان جنگ و خانواده‌های آنها مبتلا به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی همچون اختلال استرس پس از حادثه (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD)، اختلالات خلقی و اضطرابی، پرخاشگری، تعارض و افسردگی هستند [5]. PTSD، مجموعه‌ای از نشانه‌های مستمر است که پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد تروماتیک روی می‌دهند؛ از جمله این رویدادها می‌توان مواردی مانند حضور در جبهه جنگ، تجاوز جنسی یا سایر انواع تهاجمات فیزیکی، بدرفتاری با کودکان، تصادف با اتومبیل، سانحه هوایی، فاجعه‌های طبیعی یا ساخته دست بشر را نام برد. PTSD، نشانه‌های گوناگونی دارد و به همین دلیل، بعضی نظریه‌ها به ویژگی‌های ویژه‌ای از این نشانه‌ها (مثلاً فلش‌بک‌ها) می‌پردازند و بعضی دیگر به مسیر زمانی این اختلال و اینکه فرد آن را از لحاظ هیجانی چگونه تجربه می‌کند، توجه می‌کنند. ۵ نظریه مهم درباره ریشه‌های PTSD باورهای درهم‌شکسته، شرطی‌سازی، پردازش هیجانی، شکست روانی و کدگذاری دوگانه هستند [6-10]. طبق مدل شناختی PTSD، افراد مبتلا نمی‌توانند آسیبی را که عامل بروز اختلال بوده، پردازش یا توجیه کنند. آنها همچنان احساس فشار روانی می‌کنند و می‌کوشند با روش‌های اجتنابی از احساس وقوع مجدد آن جلوگیری کنند. به همین دلیل نقضی که در مدارای شناختی (Cognitive coping) با واقع‌مذکور دارند، متناوباً آن را می‌پذیرند و انکار می‌کنند. گویی مغز با این قبول و انکار متناوب، می‌کوشد تا حجم عظیم اطلاعاتی را که آسیب بر سرش ریخته، پردازش کند. مدل رفتاری PTSD حاکی از آن است که پیدایش اختلال مزبور در دو مرحله صورت می‌گیرد. نخست، طی فرآیند شرطی‌سازی کلاسیک، آسیب مذکور (محرک غیرشرطی) که سبب ایجاد یک واکنش هراس‌آور شده است، با محرکی شرطی (یادآوری جسمی، منظره، بو و صدا) جفت می‌شود. سپس در مرحله دوم، از طریق یادگیری ابزاری، محرک شرطی به‌صورت مستقل و بدون نیاز به محرک غیرشرطی اولیه، واکنش هراس‌آور تولید می‌کند و بیمار الگوی اجتناب از هر دو محرک شرطی و غیرشرطی را برای خود فراهم می‌کند [11].

یکی از عواملی که می‌تواند بر نیازهای روانی-اجتماعی جانبازان تاثیر مثبتی داشته باشد، درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioural Treatment; CBT) است. این درمان، از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت‌درمانی

افکار، هیجانانگ و باورها افزایش می‌دهد^[14]. آنچه در ACT واقعی است، همان چیزی است که موثر واقع شود؛ تحلیلی از یک رفتار ناسازگار واقعی است که به حل مشکل مراجع کمک می‌کند. مراجعان اغلب از روش کاملاً متفاوتی استفاده می‌کنند و تلاش می‌کنند تجارب ناکارآمد خود را با ادعاهای هستی‌شناسی توجیه کنند. دیدگاه ACT در مورد اساس ایجاد آسیب‌شناسی روانی مدل هنجار مخرب است؛ یعنی در ایجاد آسیب‌شناسی روانی فرآیندهای بهنجاری که کارکردهای سازگارانه‌ای دارند، نقش تخریبگرانه بازی می‌کنند و بیشترین سهم هم مربوط به زبان است. این دید کاملاً با دیدگاه پزشکی نشانه‌ها در مورد آسیب‌شناسی روانی متفاوت است^[15]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی ارتباط کامل با زمان حال، تغییر یا ادامه رفتار در راه رسیدن به ارزش‌ها به‌عنوان یک موجود آگاه است^[16]. در ACT، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، انتخاب کنند به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد^[17]. ACT، یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که متناسب‌تر باشد؛ نه اینکه صرفاً برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره یا تمایل‌های آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. برخلاف شناخت‌درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد؛ در عوض به فرآیندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود. این رویکرد به‌خصوص در جانبازان اعصاب و روان بسیار کارآمد است. در این رویکرد درمانی به تغییر افکار و احساسات پرداخته نمی‌شود، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه‌بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند؛ به‌عبارتی دیگر، به جانبازان کمک می‌کند که پدیده جنگ و تمامی تاثیرات مخرب آن را در مرحله اول بپذیرند^[4].

طبق یافته‌های پژوهش /صغری و همکاران^[3] که با هدف بررسی عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان جانبازان انجام شد، مداخله‌های ویژه‌ای برای ارتقاء بهداشت روانی جانبازان به‌خصوص آسیب‌دیدگان روانی مورد نیاز است که می‌تواند دو نوع مداخله ACT و CBT را برای تحلیل نیازهای روانی جانبازان اعصاب و روان نام برد.

والسر و همکاران^[5]، در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر ACT بر PTSD و تمایل آنها به خودکشی در جانبازان پرداختند. در این مطالعه از ۹۸۱ جانباز، آزمون BDI-II گرفته شد. نتایج بررسی نشان داد که جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه (PCL) همراه افکار خودکشی، در صورتی که تحت درمان ACT و ذهن‌آگاهی قرار گیرند روند رو به بهبودی را طی خواهند کرد و علائم PTSD در آنها کاهش خواهد یافت.

از سوی دیگر، CBT از درمان‌های موثر در تحلیل نیازهای روانی جانبازان اعصاب و روان شناخته شده است و در توضیح می‌تواند

و چه در چارچوب روان‌شناسی شناختی و دانش شناخت پایه، پدید آمده است. امروزه این رویکرد، نظریه‌ها و نگرش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است که تنها وجه مشترک آنها، توجه به نقش واسطه‌مند فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرک‌ها است و از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می‌کند که به‌نحوی در چارچوب رفتاری معنا پیدا می‌کنند و قابل ارزیابی و سنجش، تلقی می‌شوند^[12]. همچنین در دیدگاه رفتاری، به اثرات متقابل محیط و رفتار فرد، توجه می‌کند. نظر رویکرد شناختی درباره ذهن، با نظریه قاطع جعبه سیاه رفتارگرایان، متفاوت است و همین تفاوت، دیدگاه شناختی را به‌طور واضحی از دیدگاه رفتاری محض جدا می‌کند. مرکز توجه الگوی شناختی، ذهن انسان است؛ خصوصاً افکار، در این دیدگاه، بسیار مهم تلقی می‌شوند؛ زیرا به‌عنوان متغیرهای واسطه‌ای بین محرک‌ها و پاسخ‌های ما در نظر گرفته می‌شوند. شناخت‌درمانی بر پایه الگوی شناختی ایجاد شده است. طبق الگوی شناختی، تفکر تعریف شده یا ناکارآمد، زمینه‌ساز تمام اختلالات روان‌شناختی است. به‌علاوه تفکر ناکارآمد، تاثیر مهمی بر خلق و رفتار ما دارد. مفهوم کلیدی الگوی شناختی این است که خود وقایع بر رفتار ما تاثیر نمی‌گذارد، بلکه نحوه درک و برداشت ما از وقایع است که بر رفتار ما اثر می‌گذارد. یکی از ویژگی‌های CBT که این درمان را از سایر رویکردهای درمانی متمایز می‌کند، دانش ساختار است. ساختار در CBT تعیین می‌کند که در هر مرحله‌ای از کار چه اتفاقی افتاده و پس از آن قرار است چه اتفاقی بیفتد. بیماری که تحت CBT قرار دارد نیز به‌تدریج این ساختار را فرا گرفته و رعایت می‌کند. شاید بتوان ادعا کرد که یکی از ویژگی‌های CBT که تا حد زیادی به بهبود بیماری کمک می‌کند، این است که بیمار یاد می‌گیرد، در ذهن، فکر و رفتار خود نیز چنین ساختاری را ایجاد کند. به نظر می‌رسد یکی دیگر از عواملی که بر نیازهای روانی اجتماعی جانبازان تاثیر مثبت می‌گذارد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) باشد. ACT یک رویکرد درمانی بافتاری کارآمد، بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی است که مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً به‌عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه ایجاد شده است. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به‌طور تجربی، بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، ناهم‌جوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند. اگر بخواهیم ساده‌تر بگوییم ACT از پذیرش و فرآیندهای توجه آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند^[13]. ACT حمایت تجربی زیادی در اثربخشی اختلالات هیجانی و متغیرهای روان‌شناسانه و مشکلات رفتاری دارد. این درمان به‌طور معناداری برای مشکلات بین فردی به‌کار رود؛ زیرا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق گسلش از

ورود موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی، زندگی کردن زن و شوهر در محیط خانواده و بستری‌نبودن همسر در آسایشگاه، دامنه ۴۵-۵۵ سال سن، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی و داشتن حداقل سواد دیپلم، تشخیص PTSD که به تایید روان‌پزشک رسیده و سایکوتیک‌نبودن افراد و ملاک‌های خروج شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی و روان‌پزشکی، انتخاب شدند. تعداد نمونه با توجه به ملاک‌های ورود تعیین شد و حدوداً ۱۰٪ کل جامعه جانبازان اعصاب و روان شهر تهران بود. این تعداد بر اساس نظر پژوهشگر و با توجه به ملاک‌های ورود به‌صورت هدفمند در نظر گرفته شد.

بر اساس ابزارهای گردآوری اطلاعات زیر، داده‌ها به‌دست آمدند:

پرسش‌نامه نیازهای بنیادی روان‌شناختی (Basic Needs Satisfaction): این مقیاس توسط گاردیا و همکاران ساخته شده است که میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران را می‌سنجد. مقیاس مذکور شامل ۲۱ ماده است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی مادر، پدر، شریک رمانتیک و دوستان آزمودنی‌ها به‌ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ گزارش شده است [18]. در ایران این مقیاس در نمونه‌های مدیران و دانشجویان ایرانی اجرا شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است، به‌طوری که آلفای آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ در نوسان است. در این مقیاس پرسش‌های ۳، ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود [19].

پرسش‌نامه استرس پس از ضربه (PCL): این فهرست یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی اختلال و غربال کردن بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌کار می‌رود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه‌بودن آن است و مدت اجرا تقریباً ۱۰ دقیقه است. محدودیت این فهرست آن است که فقط روی نیروهای نظامی اعتباریابی شده است. این فهرست به‌وسیله وزیر و همکاران [20] بر اساس معیارهای DSM-IV تهیه شد و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم تجربه مجدد حادثه، ۷ ماده آن مربوط به علائم کرختی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم بیش‌برانگیختگی است. پژوهش میرزایی و همکاران [21] روی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ نشان داد که شدیدترین علائم در بیماران بستری و سرپایی به‌وسیله مصاحبه PTSD به‌ترتیب تحریک‌پذیری مستمر و تجربه مجدد خاطره و خفیف‌ترین علائم مربوط به اجتناب از خاطرات است. این مصاحبه همخوانی بالایی را با مصاحبه روان‌پزشکی بالینی PTSD داشته است. پژوهش میرزایی و همکاران [22] با هدف اعتباریابی، فهرست PTSD را روی ۴۷۵ جانباز اعصاب و روان اجرا کرده‌اند که ۵۰ نفر از آنها را به فاصله ۲ هفته مجدداً مورد ارزیابی قرار داده است. ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی آزمون ۰/۸۸۶ است و میزان آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای دو آزمون PTSD-I و PCL-M که به‌طور همزمان بر روی ۲۰ نفر اجرا شد ۰/۸۵۱ است.

گفت این رویکرد با تاثیر بر باورهای افراد و جایگزین کردن عبارات و باورهای مثبت بر ذهن و افکار آنان تاثیر می‌گذارد تا توانمندی‌ها و کارایی خود را برای رهایی از افکار منفی باور کنند و به‌کار گیرند [6]. در CBT، روش‌های جدید اندیشیدن و رفتارکردن به بیمار آموخته می‌شود تا آنها را جانشین نگرش‌های منفی و معیوبی کند که در مورد خود و جهان اطرافش در ذهن پرورش داده است، این روش درمانی کوتاه‌مدت است و تمرکز زیادی بر مشکلات و مسائل فعلی بیمار دارد [7]. این تعریف بدان معناست که روش درمانی ذکرشده به واکاوی و تحلیل ذهن بیمار نمی‌پردازد، بلکه جانشین‌سازی افکار مثبت به‌جای افکار منفی و در واقع رهایی کوتاه‌مدتی را از افکار آزاردهنده در مورد بیماری یا مسائلی که پذیرش آنها برای بیمار دشوار است، به او می‌دهد. نتایج پژوهش اصلانی و همکاران [8] نشان داد که CBT در کاهش علائم جانبازان مبتلا به PTSD موثر است. همچنین نتایج پژوهش‌های فوآ و اشکانی و حقی‌شناس نیز موید این موضوع است.

شویبنا [9] در مرور تحقیقات انجام‌شده روی جانبازان مبتلا به PTSD به این نتیجه رسید که CBT به‌طور موثری می‌تواند علائم PTSD و همچنین علائم سایر بیماری‌های همراه با اختلال همچون افسردگی و اضطراب را کاهش دهد. هدف اصلی این شیوه درمانی، کاهش ناراحتی و بهبود زندگی بیمارانی است که درگیری عاطفی با خاطرات آسیب‌زا داشته و از تحریف شناختی در مواجهه با این خاطرات رنج می‌برند.

جانبازان یکی از اقشار جامعه‌اند که به‌لحاظ موقعیتشان بیشترین نیاز را برای ارضای نیازهای روانی و اجتماعی دارند، از آنجا که ارضای نیازها شرایط لازم برای رشد و بالندگی، انسجام‌یافتگی و سلامت روان را فراهم می‌کنند و با توجه به اینکه آسیب‌های روانی ناشی از جنگ بلندمدت است و با گذشت ۳۰ سال، هنوز اطلاعات موجود درباره وسعت، صدمات و عوارض مزمن ناشی از جنگ در جانبازان ناکافی است و جانبازان از گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر هستند، بر این اساس همچنان بررسی و مطالعه نیازهای روانی و اجتماعی جانبازان از اهمیت بسیاری برخوردار است. در سه دهه گذشته تحقیقات و مطالعات زیادی در حوزه سلامت روانی جانبازان انجام شده است. اما پژوهشی که به‌طور مستقیم تاثیر دو نوع ACT و CBT بر ارضای نیازهای روانی-اجتماعی جانبازان را مورد بررسی قرار داده باشد، صورت نگرفته است. بنابراین خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نیازهای جانبازان بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که روی کلیه جانبازان اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۳۰ جانباز اعصاب و روان به‌صورت هدفمند بر اساس ملاک‌های

جدول ۱) خلاصه طرح درمان	
جلسه	محتوای جلسات درمان
درمان شناختی-رفتاری	
اول	آشنایی با بیمار، گرفتن شرح حال و اجرای پرسشنامه نیازهای بنیادی روان شناختی.
دوم	آموزش مدل ۳ مولفه‌ای اضطراب A-B-C و تاکید بر انجام تکالیف خانگی.
سوم	آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال اعصاب و روان.
چهارم	آموزش تکنیک بازآموزی تنفسی همراه مبنای فیزیولوژیک آن.
پنجم	آموزش و انجام آرام‌سازی پیشرونده عضلانی و آموزش و تمرین روش‌های کنترل اضطراب و استرس.
ششم	انجام آرام‌سازی پیشرونده عضلانی و بازسازی شناختی.
هفتم	آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، بازسازی شناختی، رویارویی تصویری، تهیه سلسله مراتب تمرینات رویارویی.
هشتم	انجام آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی.
نهم	انجام آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی.
دهم	ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه نیازهای بنیادی روان شناختی.
درمان پذیرش و تعهد	
اول	آشنایی با بیمار، گرفتن شرح حال و اجرای پرسشنامه نیازهای بنیادی روان شناختی.
دوم	تشریح درماندگی خلاق با استفاده از استعاره‌های ببر گرسنه و مسابقه طناب‌کشی.
سوم	تشریح سم حصار ذهن و همچنین پادزهر آن، یعنی رهایی از ذهن، تشریح و توضیح استعاره‌های سه‌گانه و عملکرد ذهن.
چهارم	بیان سم مهم بودن انتظارات و همچنین پادزهر آن، یعنی ضعیف کردن انتظارات با کمک استعاره چهار خواستگار.
پنجم	سم ارزش‌های مبهم و پادزهر ارزش‌های واضح با کمک تشریح و توضیح استعاره تشییع جنازه و استعاره کارگردان زندگی خود.
ششم	تشریح ارزش‌ها و اهداف و همچنین مبهم بودن و وضوح آنها با استفاده از استعاره‌های سالگرد ازدواج.
هفتم	تشریح ویژگی‌های سم قطع ارتباط و پادزهر آن: یعنی یکی شدن با همسر.
هشتم	سم تمایل به اجتناب و پادزهر تمایل به پذیرش، تشریح اثرات اجتناب تجربه‌ای با استفاده از پادزهر میل به پذیرش.
نهم	جمع‌بندی و بررسی تکالیف و تمرین‌های جلسه قبل، خلاصه و رفع اشکال از مباحث پیشین.
دهم	ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه نیازهای بنیادی روان شناختی.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون T مستقل انجام شد.

یافته‌ها

میانگین نمره کل جانبازان در پرسشنامه نیازهای بنیادی روان‌شناختی، AAQ و پرسشنامه PCL، در دو گروه CBT و ACT و گروه کنترل، قبل از شروع مداخلات درمانی تفاوت محسوسی با یکدیگر نداشت ($p > 0.05$ ؛ جدول ۲). در نمرات کل پس‌آزمون افراد دو گروه آزمایش، نسبت به پیش‌آزمون در پرسشنامه‌های نیازهای بنیادی روان‌شناختی و پذیرش و عمل، افزایش محسوب و معنادار ($p < 0.05$) و در چک‌لیست اختلال استرس پس از ضربه، کاهش محسوب و معنادار ایجاد شد ($p < 0.05$) ولی در میانگین نمره

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ): از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری اجتناب تجربی استفاده شد. پرسشنامه پذیرش و عمل، در ACT به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ساخته شده است. این ابزار دارای نسخه‌های ۱۶، ۴۹، ۹۰ و ۱۰۰ سوالی است و ابزار مفیدی برای ارزیابی اجتناب تجربی و پیامدهای ACT به‌شمار می‌آید. نسخه ۱۰۰ سوالی پرسشنامه AAQ، برای حل مشکلات مربوط به ضعف ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف آن طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه، اجتناب تجربی را در مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از یک (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) اندازه می‌گیرد. برای نسخه ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه پایایی ثبات درونی ۰/۸۴ و بازآزمایی ($r = 0.81$) در ۳ ماه و $r = 0.79$ در ۱۲ ماه) و اعتبار سازه بالا به‌دست آمده است. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه روی یک نمونه ایرانی ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش انجام‌شده توسط میرزایی و همکاران^[21]، میزان ضرایب پایایی برای متغیر اجتناب تجربی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸۶ و برای پرسشنامه استرس پس از رویداد آسیب‌زا، ۰/۷۲۶ بود که ضرایب به‌دست‌آمده بیانگر پایایی مناسب پرسشنامه‌های یادشده را دارد.

در این پژوهش، به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها از روش همسانی درونی پرسشنامه‌ها (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. میزان پایایی پرسشنامه «نیازهای بنیادی روان‌شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶، برای چک‌لیست PCL ۰/۸۹ و برای پرسشنامه AAQ ۰/۸۷ به‌دست آمد. همچنین، برای سنجش اعتبار پرسشنامه‌ها، از تحلیل عاملی استفاده شد و با توجه به دامنه ضرایب همبستگی دومتغیری بین مولفه‌های تشکیل‌دهنده پرسشنامه «نیازهای بنیادی روان‌شناختی» بین ۰/۳۷ تا ۰/۸۸ قرار داشت و همه ضرایب محاسبه‌شده از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ خطا تفاوت معنادار بود. دامنه ضرایب همبستگی دومتغیری بین مولفه‌های تشکیل‌دهنده چک‌لیست PCL بین ۰/۱۷ تا ۰/۶۳ قرار داشت و به‌جز مولفه بیش‌برانگیزگی که با دو مولفه تجربه مجدد و اجتناب ارتباطی با هم نداشتند، سایر ضرایب محاسبه‌شده از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ خطا، تفاوت معنادار داشتند.

پس از اخذ مجوز بنیاد شهید و جانبازان استان تهران، با مراجعه و هماهنگی با بیمارستان صدر، ۳۰ شرکت‌کننده به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند که جلسه‌های ACT و CBT برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، هفته‌ای ۲ بار و در هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. گروه آزمایش، تحت مداخله‌های CBT و ACT قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در شروع و پایان مداخله، پرسشنامه‌ها بین گروه‌های کنترل و آزمایش توزیع شد و داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مداخله‌های درمانی برای گروه کنترل نیز پس از جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون، اجرا شد و آنها نیز از این آموزش‌ها بهره‌مند شدند (جدول ۱).

پس‌آزمون افراد کنترل نسبت به پیش‌آزمون، تغییر محسوسی ایجاد نشد ($p > 0/05$; جدول ۲).

جدول ۲ نتایج میانگین نمره کل آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌های مورد مطالعه ($n=30$)

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نیازهای بنیادی روان‌شناختی		
شناختی-رفتاری	۵۰/۴۰±۶/۴۳	۶۳/۹۰±۴/۹۷
درمان مبتنی بر پذیرش و عمل	۵۱/۴۰±۹/۹۱	۶۲/۵۰±۷/۰۳
کنترل	۵۱/۲۰±۸/۲۴	۵۱/۵۰±۶/۷۴
اختلال استرس پس از ضربه		
شناختی-رفتاری	۴۰/۶۰±۲/۲۲	۳۲/۷۰±۲/۹۵
درمان مبتنی بر پذیرش و عمل	۴۰/۸۰±۳/۰۶	۳۱/۵۰±۳/۷۸
کنترل	۳۸/۴۰±۳/۱۴	۳۷/۵۰±۳/۶۵
پذیرش و عمل		
شناختی-رفتاری	۴۵/۶۰±۴/۳۳	۵۳/۴۰±۳/۹۸
درمان مبتنی بر پذیرش و عمل	۴۵/۳۰±۶/۳۱	۵۳/۳۰±۵/۲۳
کنترل	۴۷/۰۰±۶/۲۹	۴۷/۹۰±۶/۹۸

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف روی متغیرهای مورد مطالعه (به جز متغیر ارتباط با دیگران) نشان داد که می‌توان داده‌ها را نرمال فرض نمود ($p > 0/05$).

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه تحت درمان با روش شناختی-رفتاری و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران)، تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). در تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی متغیرهای خودمختاری ($F=10/216$; $p=0/006$)، متغیر شایستگی ($F=17/873$; $p=0/001$)، متغیر ارتباط با دیگران ($F=17/162$; $p=0/001$) و کل آزمون ($F=0/219$)، و کل آزمون ($F=17/162$; $p=0/001$) بین گروه CBT و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین می‌توان گفت که CBT، توانست تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در جانبازان داشته باشد و افزایش ظرفیت نیازهای بنیادی را در جانبازان تحت CBT نسبت به گروه کنترل سبب شود. مقادیر Eta نشان داد که پس از مداخلات CBT به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۵۰۵۱، ۰/۴۲۲ و ۰/۲۷۲ واریانس نمرات شایستگی، کل آزمون، خودمختاری و ارتباط با دیگران توسط تفاوت‌های گروهی تبیین یافت.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه ACT و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران)، تفاوت معنادار وجود داشت. در تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای خودمختاری ($F=13/484$; $p=0/003$)، شایستگی ($F=0/322$; $p=0/000$)، ارتباط با دیگران ($F=4/114$; $p=0/062$) و کل آزمون ($F=35/775$; $p=0/000$) بین گروه ACT و گروه کنترل تفاوت

معناداری وجود داشت؛ بنابراین می‌توان گفت که ACT، توانست تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه خودمختاری و شایستگی جانبازان داشته باشد ($p < 0/05$)، اما این تاثیر بر مولفه ارتباط با دیگران معنادار نبوده است ($p > 0/05$). مقادیر Eta نشان داد که پس از مداخلات ACT به ترتیب ۰/۷۴۵، ۰/۴۴۵، ۰/۲۹۰ و ۰/۱۸۰ واریانس نمرات کل آزمون، خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران توسط تفاوت‌های گروهی تبیین یافت.

بحث

با بررسی نتایج به دست آمده می‌توان گفت که CBT، توانست تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در جانبازان داشته باشد و افزایش ظرفیت نیازهای بنیادی را در جانبازان تحت CBT نسبت به گروه کنترل سبب شود. این نتایج همسو با نتایج به دست آمده توسط کلهر^[23] بود. وی در تایید دیدگاه ریان و دکی به این نتیجه رسید که آنچه موجب موفقیت شیوه‌های درمانی می‌شود، نیازهای بنیادین روان‌شناختی مراجعین درمان است و این نیازها خود پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد به شمار می‌روند. بنابراین هر چه نتایج شیوه‌های درمانی نشان‌دهنده ارضای نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط باشند، اثربخشی بیشتری خواهند داشت؛ لذا استفاده از شیوه‌های شناختی-رفتاری بر مبنای مصاحبه انگیزشی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده و عامل موفقیت افراد در تامین نیازهای بنیادین روان‌شناختیشان باشد. درهرج و همکاران^[28]، رضانی و همکاران^[29]، مرآتی و همکاران^[30]، شرمس و سیتمانتون^[31] و زولنر^[32] نیز با تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که CBT با کنترل افکار غیرمنطقی و ناکارآمد، می‌تواند استرس را کاهش داده و افراد نسبت به نقش این افکار در استرسشان بینش پیدا کنند؛ در نتیجه افکار مثبت و همراه با سلامت روان را جایگزین آنها کنند. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی افراد است، نگرش جانبازان در مورد استرس و تاثیرات ناتوان‌کننده آن به چالش کشیده می‌شود و در CBT به طور مشخص بر مولفه‌های شناختی و فیزیولوژیکی استرس تاکید می‌شود. از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به جای سرکوب هیجانات و چالش و حل‌وفصل خطاهای شناختی آموزش داده شد. به این ترتیب، با افزایش استفاده از راهبردهای شناختی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل انتظار بود. تنظیم هیجانات مثبت با کارکرد اجتماعی افراد مثل ارتباطات بین فردی رابطه دارد؛ افرادی که از کیفیت روابط اجتماعی بهتری برخوردارند، کمتر به شناخت‌های منفی در خصوص برقراری رابطه با دیگران دچار می‌شوند. همچنین بر اساس یافته‌ها باید گفت ACT، قادر بود تاثیر معناداری بر نیازهای بنیادی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در جانبازان داشته باشد. این نتایج همسو با مطالعات یزدی و همکاران^[33]، عیسی‌نژاد و آرزبدخت^[34]، مورتون و همکاران^[35]، والس و همکاران^[36] و

تشکر و قدردانی: از کلیه کارکنان و ریاست بیمارستان روان پزشکی صدر و جناب آقای دکتر میرزایی به دلیل حمایت‌های معنوی تقدیر و تشکر می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تعارض منافع: این پژوهش مستخرج از رساله دکترای نویسنده اول مقاله است.

سهم نویسندگان: علی‌اصغر اصغرنژاد فرید (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی (۴۰٪)؛ مرجان‌دخت میرمحمدعلی (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ حسن احدی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۲۰٪)؛ علی نصیری (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری (۱۰٪).

منابع مالی: موردی برای گزارش وجود ندارد.

منابع

- Ahmadi M, Noori T, Bahaadin Beigy K, Mehraeen E. Study of telemental health services for veterans from viewpoints of experts. PAYAVARD. 2016;10(1):12-22. [Persian]
- Malkari B, Karimian N. Psychological-social consequences chemical bombardment of the Sardasht victims (a qualitative study). Iran J War Public Health. 2013;5(3):7-13. [Persian]
- Asghari F, Sayadi A, Saadat S, Rashidi E. Prioritizing the needs of Guilan province's less than 25% veterans from the viewpoint of them and their spouses. Iran J War Public Health. 2015;7(3):133-8. [Persian]
- Mohagheghi H, Dousti P, Jafari D. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in students. Clin Psychol Stud. 2016;6(23):81-94. [Persian]
- Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. Behav Res Ther. 2015;74:25-31.
- Hoseinzadeh AA. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing the mental well-being of addicts. Quart Psychol Educ Sci Stud. 2018;4(1):32-9. [Persian]
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaei F, translator. 3rd Volume. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian]
- Aslani M, Hashemian K, Lotfi F, Mirzaei J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in war post traumatic stress disabled veterans. J Thought Bahav Clinic Psychol. 2007;1(3):6-17. [Persian]
- Shubina I. Cognitive-behavioral Therapy of Patients with PTSD: Literature Review. Procecd Soc Behav Sci. 2015;165:208-16.
- Ganji M. Psychopathology based on 5-DSM. Tehran: Savalan; 2014. [Persian]
- Salehi H, Ghamarani A, Salehi Z. The relationship between basic need satisfaction and general health of veteran sof Isfahan's Amiralmomentin Hosptital. Iran J War Public Health. 2014;6(2):1-9.
- Vlachopoulos S, Asci FH, Cid L, Ersoz G, Gonzalez-Cutre D, Moreno-Murcia JA, et al. Cross-cultural invariance of the basic psychological needs in exercise scale and need satisfaction latent mean differences among

ویرسب و همکاران^[37] بود. آنها در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که راهبردهای پذیرش و تعهد می‌توانند در نیازهای بنیادی روان‌شناختی جانبازان تاثیر مثبت داشته باشد. پژوهشگران از اثربخشی پذیرش و تعهد در درمان اختلالات روانی و اختلالات روان‌تنی حمایت می‌کنند. این مداخلات، کاهش پریشانی روانی و پریشانی بین فردی و افزایش پذیرش و عمل و تمرکز حواس را به دنبال داشته است^[23]. دلیل موفقیت ACT روی انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد این است که این رویکرد به دنبال تغییر محتوای فکر نیست، بلکه یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در این رویکرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد؛ یا به عبارتی دیگر، توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد. ارتباط با لحظه اکنون، فرآیندی است که از طریق آن، مراجعان می‌آموزند به جای اینکه به طور مداوم در گذشته و آینده زندگی کنند، بر احساسات حال حاضر خود تمرکز کنند و این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات دنیا را آن گونه که هست تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن می‌سازد.

تمرینات ذهن آگاهی در ACT به منظور توجه مراجع به دنیا استفاده می‌شود، آن گونه که آن را مستقیماً تجربه می‌کنند و نه آن گونه که با فرآورده‌های ذهنشان ساخته می‌شود. در واقع هدف این درمان، افزایش توانایی بیماران در پاسخ‌های سازگاران و انعطاف‌پذیر به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده است که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. بنابراین درمان پذیرش و تعهد از طریق پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی، اضطراب، افسردگی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی که موجب آسیب‌های روانی می‌شود را مورد هدف قرار می‌دهد و همچنین با فرآیند در زمان حال بودن به مراجع آموزش می‌دهد که به آنچه در محیط و در تجربه درونی دارد، توجه کرده و آن را بدون قضاوت یا ارزشیابی مشاهده کند؛ در واقع وقتی توجه از سمت دنیای درون به محیط اطراف معطوف می‌شود، از این طریق آستانه تحمل بالا می‌رود و واکنش بیماران به محرک‌های استرس‌زا متعادل‌تر می‌شود.

پژوهش حاضر روی جانبازان شهر تهران انجام شد، لذا تعمیم نتایج پژوهش به جانبازان سایر مناطق کشور بایستی با احتیاط صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نیازهای بنیادین روان‌شناختی جانبازان مورد مطالعه تاثیر دارد.

- 19- Salehi H, Ghamarani A, Salehi Z. The relationship between basic need satisfaction and general health of veterans of the Islamic Republic of Iran in Hosptital. Iran J War Public Health. 2014;6(2):1-9. [Persian]
- 20- Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane T. The PTSD checklist (PCL), reliability, validity & diagnostic utility. The 9th Annual Meeting of the international Society for Traumatic Stress Disorders Studies, 18 October, Sam Antoniou, TX, 1993.
- 21- Mirzaee Gh. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on empirical avoidance, stress, anxiety, depression, and PTSD symptoms in Iran-Iraq war veterans [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2018. [Persian]
- 22- Mirzaee J, Imani S. Validation of PTSD interview on veterans with war related physical and mental complications. Third Congress of Clinical Psychology Research, Imam Khomeini Hospital, 21-23 February 2011. [Persian]
- 23- Keleher B. Addressing basic psychological needs fulfillment, autonomous motivation, and working alliance in psychotherapy [Dissertation]. Waterloo: University of Waterloo; 2015.
- Greek, Spanish, Portuguese and Turkish samples. Psychol Sport Exercise. 2013;14(5):622-31.
- 13- Bach P, Moran DJ, Moran DJ. Act in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy. Unknown City: New Harbinger Publications; 2008
- 14- McKay M, Fanning P, Lev A, Skeen M. The interpersonal problems workbook: ACT to end painful relationship patterns. Hamidpour H, Mirzabeig AM, translators. Tehran: Arjmand; 2012. [Persian]
- 15- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Publications; 2003.
- 16- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther. 2004;35(4):639-65.
- 17- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science & Business Media; 2010.
- 18- La Guardia JG, Ryan RM, Couchman CE, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. J Person Soc Psychol. 2000;79(3):367-84.