



The comparison effectiveness indigenous model of Acceptance and Commitment Therapy focused on compassion with non-indigenous model in the same treatment in PTSD on women

Peyman Dousti, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University of Tehran north, Tehran, Iran.

Javad Khalatbari, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University of Tonekabon, Tonekabon, Iran.

Ahmad Baseri, Ph.D.

Member of the faculty of Imam Hossein University, Tehran, Iran

Bahram Parvin Gonabadi, Ph.D.

Department of Persian Literature, Islamic Azad University of Tehran north, Tehran, Iran.

Abstract

The present study compared of effectiveness of indigenous model of Acceptance and Commitment Therapy focused on compassion with non-indigenous model in the same treatment in PTSD on women. The method of this research is experimental and included a pretest-posttest study with two experimental and one control groups. The statistical population included 200 volunteer women who referred to the "Avaye Dousti" Psychological Clinic in the period from Oct 2018 to Des 2018 that invited to this study through recall. Afterward, 42 individuals selected voluntarily and randomly divided into three groups. The first experimental group subjected to 8 sessions of 120-minute treatment of indigenous model of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focused on Compassion and the second group was treated using the same treatment as non-indigenous model. The control group didn't receive any intervention. In order to evaluation, both DSM V diagnostic criteria for PTSD and Mississippi scale questionnaire were used. In order to analyze the data, Descriptive Statistics, Analysis of Covariance and pairwise comparison by SIDAK, were used. The findings indicated that the mean difference in 3 subscales of problem in interpersonal communication, problem of emotional inhabitation and depression in the group effected by the indigenous model has more than the non-indigenous model. There was no difference in the penetrating memories subscale, and no changes were observed in the control group.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Focused Therapy, indigenous psychological treatment, women.

مقایسه اثربخشی مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی این درمان بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در زنان

پیمان دوستی

گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

جواد خلعتباری*

گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

احمد باصری

عضو هیئت علمی دانشگاه جامع امام حسین علیه السلام، تهران، ایران.

بهرام پروین گنابادی

گروه ادبیات فارسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی این درمان بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در زنان صورت گرفت. روش این پژوهش آزمایشی و شامل مطالعه پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش همه زنان داوطلب مراجعه کننده به کلینیک آرای دوستی در بازه زمانی مهر تا دی ماه ۱۳۹۷ به تعداد ۲۰۰ نفر بود که از طریق فراخوان به این پژوهش دعوت شدند. نمونه تحقیق شامل ۴۲ نفر از بین داوطلبین ذکر شده بود که به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه تقسیم گردیدند. یکی از گروه های آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه ای مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت قرار گرفت. گروه آزمایش دوم نیز این مداخله را با مدل غیربومی شده همین درمان دریافت نمود. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. به منظور سنجش داوطلبین از معیارهای DSM V برای تشخیص PTSD و پاسخ به پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (Berislin, Lonner & Thorndike, 1973) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، از آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. یافته ها نشان داد میانگین تغییرات در سه خرده مقیاس مشکل در ارتباط بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و افسردگی در گروه تحت مداخله با مدل بومی بیشتر از مدل غیربومی است ($P < 0/05$). در خرده مقیاس خاطرات رخنه کننده، چنین تفاوتی در گروه های آزمایش مشاهده نشد. همچنین هر دو گروه آزمایش تغییرات معناداری برای همه متغیرها نشان دادند که در گروه کنترل مشاهده نگردید ($P < 0/05$).

واژه های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، درمان های روان شناختی بومی شده، زنان.

* نویسنده مسئول: Javadkhalatbari2@gmail.com

مقدمه

برانگیختگی سریع، نشانه‌هایی از تشخیص اختلال فشار روانی پس از سانحه می‌باشند (Kang, Bullman & Taylor, 2006). این عوامل معمولاً موجب می‌شود افراد آسیب‌دیده تحریک‌پذیر شده و به‌طور مداوم به سرزنش خویشتن یا دیگران بپردازند (Thomson & Jaque, 2016; Dousti, 2017).

با توجه به آسیب‌هایی که اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) به روند طبیعی زندگی افراد وارد می‌کند، امروزه توجه ویژه‌ای به درمان این اختلال می‌شود و در حال حاضر روش‌های درمانی متنوعی برای درمان PTSD مانند دارودرمانی (Pharmacotherapy)، حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)، درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavior Therapy)، درمان تلقیح فشار روانی (Stress Inoculation Therapy) و درمان پردازش شناختی (Cognitive Processing Therapy) وجود دارد (Bonar, 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). تجربه‌ی از کارآمد بودن همه آن‌ها حمایت می‌کنند (Hamblen, Schnurr, Rosenberg & Eftekhari, 2009). یافته‌های سه مطالعه در خصوص دارودرمانی و ۲۵ مطالعه در خصوص روان‌درمانی نشان می‌دهند که CBT درمان مناسبی برای درمان اختلال فشار روانی پس از سانحه است اما باین‌حال درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) اولین خط درمان پیشنهاد شده برای اختلال فشار روانی پس از سانحه است که برای درمان این اختلال، افسردگی، اضطراب و آسیب‌های مرتبط دیگر مانند احساس شرم و گناه طرح‌ریزی شده است (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010). همچنین نتایج مطالعه مروری (Silverman, Ortiz, Chockalingham, Burns, 2008) Kolko et al (2008) درباره اثربخشی ۲۱ روش درمانی بر اختلال فشار روانی پس از سانحه نشان داد که TF-CBT برای درمان PTSD اثربخش‌تر از سایر روش‌های درمانی است؛ اما تناقضاتی در یافته‌های پژوهش‌ها وجود دارد (Silverman et al 2008)؛ و نتایج مداخلات فردی با TF-

اختلال استرس پس از سانحه (posttraumatic stress disorder) یکی از انواع اختلالات طیف تروما (آسیب) است که عملکرد شغلی، تحصیلی، روابط بین فردی و اجتماعی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Williamson, Reed, 2018; American Psychiatric Association, 2013). به‌طورمعمول این اختلال با تجربه مستقیم یک رویداد تروماتیک (آسیب‌زا) که خطر مرگ قریب‌الوقوع یا تهدید جدی جسمی یا جنسی برای خود یا نزدیکان را داشته باشد شروع می‌شود (Stallard, 2006)، اما دارندگان برخی مشاغل نیز ممکن است از طریق تماشای رسانه‌ها و یا شنیدن روایاتی از حوادث تجربه شده توسط افرادی که در شغل مشابه آن‌ها فعالیت می‌کنند، نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) را از خود نشان دهند (American Psychiatric Association, 2013). مبتلایان به PTSD رویدادهای آسیب‌زا را به‌صورت افکار، رؤیاهای و صحنه‌های بازگشت دوباره به گذشته تجربه می‌کنند و یا اغلب اوقات بسیار مضطرب بوده و به سختی می‌توانند بخوابند یا تمرکز کنند (Mevisen, Didden, Korzilius & de Jongh, 2017). این افراد معمولاً تحریک‌پذیر و گوش‌به‌زنگ می‌شوند و با کوچک‌ترین صدا یا اختلالی یکه می‌خورند (Halgin & Whitbourne, 2014)، به‌طوری‌که دچار آشفتگی‌هایی در روند طبیعی زندگی خود مانند شغل، تحصیل، روابط اجتماعی و روابط بین فردی، می‌شوند (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2010; Halgin & Whitbourne, 2014; American Psychiatric Association, 2013).

توافقات بالینی مبنی بر این است که افراد با ملاک‌های لازم برای تشخیص PTSD، دارای اختلالاتی در نظم فیزیکی، عاطفه، رفتار، شناخت، یا عملکرد بین فردی‌شان می‌باشند (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010) که ممکن است به تولید حافظه کاذب بیشتری نسبت به دیگر افراد، منجر شود (Moradi, Haydari, 2014; Abdolah, Rahimi-Movaghar, Parhoon & Naderi, 2014). درمجموع تغییرات رفتاری، اجتناب از برخی موقعیت‌ها و

توجه‌آگاه با حضور کامل ذهن و ارزش محور باشد (Hayes, 2011; Boyd & Sewell, 2011). مضاف بر بحث فوق، به نظر می‌رسد که استفاده از تکنیک‌های درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در پذیرش و تعهد درمانی، اثربخشی کارآمدی به همراه داشته باشد (Woidneck Kieffe, 2013; Dousti, 2017).

درمان متمرکز بر شفقت (CFT) پیشنهاد می‌کند که ذهن رشد یافته ما، به دلیل طرح اولیه، به‌طور بالقوه مشکل‌ساز است و در رفتارهای مخرب و مشکلات سلامت روان (که ذهن فریبکار نامیده می‌شود) به آسانی برانگیخته می‌شود و این درمان قصد دارد انگیزه‌ها و هیجانات انسان را برای همدردی و رفتار بشردوستانه به نحوی سازمان‌دهی کند که به‌طور قابل توجهی ظرفیت‌های مخرب ما را متعادل سازند (Gilbert, 2014)؛ بنابراین CFT، شفقت درونی را به نحوی برای سازمان‌دهی مغز هشیار انسان به روش‌های اجتماعی، حرفه‌ای و سلامت روان پرورش می‌دهد (Gilbert, 2009). درمان متمرکز بر شفقت (CFT) با استفاده از سه عنصر توجه آگاهی، مهربانی با خود و داشتن حس اشتراک با انسان‌ها، به افراد کمک می‌کند تا هنگام تجربه سختی از خود مراقبت کنند (Neff, 2003). لذا با توجه به مطالب ذکر شده و نتایج حاصل از پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد پذیرش و تعهد درمانی (Woidneck Kieffe, 2013; Codd, Twohig, Crosby, & Enno, 2011; Orsillo & Batten, 2005; Twohig, 2009; Batten & Hayes, 2005; Razavi Saadat, Makvandi, Pasha & Hosseini, 2018; Behrouz, 2015; Kanani, Hadi & Tayebi, 2015) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) (Barzegari, Jahandari, Mahmoodpour & Naderi, 2018) دو درمان اثربخش در بهبود علائم اختلال فشار روانی پس از سانحه باشند.

با وجود این، مقایسه‌های بین منطقه‌ای نشان می‌دهند که تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و ایده‌های سیاسی، حتی با وجود شباهت‌های زبانی و فرهنگی، می‌توانند موجب نیاز به دریافت خدمات روان‌شناختی متفاوت در هر منطقه شوند (Ding, Kuo, & Van Dyke, 2008). لذا گستره ادبی و ارتباط‌های فرهنگی هر منطقه، می‌توانند منابع شفابخشی

CBT به‌طور چشم‌گیری متفاوت است (Stallard, 2006). در حالی که این محدودیت‌ها نمی‌تواند ارزش‌های مطالعات درمان اختلال فشار روانی پس از سانحه بر اساس TF-CBT و سایر روش‌ها را نادیده بگیرد، اما نیاز به مطالعه روش‌های جدیدتر احساس می‌شود. بر این اساس، اطلاعات به‌دست‌آمده از تحقیقات رابطه بین فرآیندهای پذیرش و تعهد درمانی (Acceptance and Commitment Therapy) با اختلال فشار روانی پس از سانحه را حمایت می‌کنند و نشان می‌دهند که اجتناب تجربه‌ای (تلاش برای سرکوبی یا حذف افکار یا نشانه‌های ناخوشایند) می‌تواند موجب تشدید و پایداری PTSD شود (Basharpour, Shafiei, Atadokht & Narimani, 2015; Blackledge, 2004; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004).

پذیرش و تعهد درمانی که درمانی برخواسسته از رفتار درمانگری است، در سه نظریه زیربنایی به نام‌های تجزیه و تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، نظریه چارچوب ارتباطی (RFT) و بافتارگرایی عملکردی (FC) ریشه دارد (Törneke, 2010). این درمان با شش فرآیند بنیادین به نام‌های تماس با لحظه حال، پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه به افراد کمک می‌کند که چطور به‌طور متفاوتی با احساس‌های خودشان ارتباط برقرار کنند و به سمت یک زندگی غنی و ارزشمند حرکت کنند (Hayse, 2019). پذیرش و تعهد درمانی (ACT) با تکنیک‌های رفتاری و تجربی مختلف و شش فرآیند بنیادینش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (psychological flexibility) را ایجاد می‌کند که طی آن افراد با تغییر نگاه برای پذیرش خاطرات آسیب‌زای خود به‌جای اجتناب از آن‌ها، به سمت بهبود عملکرد و زندگی‌ای معنادار قدم می‌گذارند (Woidneck Kieffe, 2013). این درمان، نام خود را از دو پیام اصلی آن دریافت می‌کند: ۱- پذیرفتن آنچه خارج از کنترل شخصی شما است و ۲- متعهد بودن به عملی که شرایط زندگی شما را بهبود می‌بخشد و هدف آن، این است که توان بالقوه انسان را برای یک زندگی غنی، کامل و معنی‌دار، به حداکثر برساند (Foret & Eaton, 2014). به‌عبارتی دیگر، هدف اساسی این مدل انجام عملی مؤثر است، عملی که

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی این درمان بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در زنان است. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ۱- بین اثربخشی مدل بومی و غیربومی پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت بر اختلال استرس پس از سانحه زنان تفاوت وجود دارد. ۲- مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت برای اختلال استرس پس از سانحه زنان اثربخش است. ۳- مدل غیربومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت برای اختلال استرس پس از سانحه زنان اثربخش است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش آزمایشی و از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی زنان داوطلب مراجعه‌کننده به کلینیک آوای دوستی در بازه زمانی مهر تا دی ماه ۱۳۹۷ به تعداد ۲۰۰ نفر بود که از طریق فراخوان به این پژوهش دعوت شدند. نمونه تحقیق شامل ۴۲ نفر از بین داوطلبین ذکر شده بود که به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه تقسیم گردیدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی (ACT) متمرکز بر شفقت (CFT) قرار گرفت. گروه آزمایش دوم نیز این مداخله را با مدل غیربومی شده همین درمان دریافت نمود. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات هر سه گروه مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند و پس از پایان درمان، نتایج مداخلات با یکدیگر مقایسه شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل گذشت حداقل شش ماه از تجربه رویداد آسیب‌زا، رنج سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل لیسانس و تجربه علائم اختلال فشار روانی پس از سانحه است. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه همکاری و غیبت بیش از یک جلسه در مداخلات گروهی است. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص طرح

با شدند که مشاوران برای بهزیستی روان‌شناختی افراد بومی استفاده می‌کنند (Constantine, Myers, Kindaichi, & Moore, 2004). بر این اساس، شواهد قابل‌توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد فرآیندهای روان‌شناختی مختلف، از طریق زمینه‌های فرهنگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند (Meissel & Rubie-Davies, 2016). لذا امروزه علاقه‌مندی به طراحی مدل‌های روان‌شناختی بومی رو به افزایش است (Houkamau & Sibley, 2011; Leong & Pearce, 2011; Constantine et al, 2004; Jalali, Aghae & Solati, 2017; Samara, 2011). برای طراحی یک مدل بومی، علاوه بر داشتن ایده منحصر به فرد، به یک ابزار مبتنی بر بافت فرهنگی نیز، نیاز است (Jastaniah & Alganmi, 2016). این ابزار مبتنی بر فرهنگ برای طراحی یک مدل درمانی بومی شده در ایران، استفاده از مفاهیم و اندیشه‌های ایرانی است (Jalali et al, 2017) که این امر، پیشینه گسترده‌ای در ادبیات و اشعار پارسی دارد (Tajlil, Hakemi, Radmanesh, Sheikholeslami & Marzbanrad, 2004). نگاهی اجمالی به ادبیات پارسی نشان می‌دهد، برخی شاعران پارسی چون مولانا در آثار خود به پیوند انسان به اصل خود و آگاهی اشاره کرده‌اند (Anaghe & Kolahdooz, 2010) که این موضوع منطبق با فرآیندهای زندگی ارزشمند و مفهوم توجه آگاهی در پذیرش و تعهد درمانی است و می‌توان از این اشعار در این جهت استفاده نمود. مضاف بر این، مولانا به مهربانی توجه داشته است و نظریه شادی او به تقویت سلامت اجتماعی بر این اساس توجه دارد (Gholami, 2018) که این موضوع با مفاهیم درمان متمرکز بر شفقت منطبق است. البته این موضوع محدود به مولانا نمی‌شود و به نظر می‌رسد سایر شاعران پارسی نیز در آثار خود مفاهیمی را منطبق با مفاهیم روان‌شناسی نوین مطرح کرده باشند.

باین‌حال، جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد با وجود توجهی که امروزه پژوهشگران علوم انسانی خصوصاً روان‌شناسی به بافت فرهنگی و بومی مراجعین می‌دهند، اما هیچ پژوهشی به مقایسه یک مدل بومی شده از پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی همین درمان بر اختلال استرس پس از سانحه زنان نپرداخته است. لذا

پژوهش داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده از آن‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ۲- متعجبم از اینکه چرا هنوز زنده‌ام در حالی که دیگران در آن حادثه مرده‌اند، می‌باشند.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه: ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه Berislin, Lonner & Thorndike (1973) بود که یک مقیاس خودگزارشی است و شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۳۵ گویه است و شرکت‌کننده‌ها به این سؤال‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود و نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط Keane, Caddell & Taylor (1988) برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط Godarzi (2003) اعتباریابی شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ به دست آمده است که نتیجه به‌دست‌آمده بیانگر قابل اعتماد بودن این پرسشنامه در امور پژوهشی است. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه ۱- کابوس‌هایی در رابطه با حادثه‌ای که رخ داده است، دارم و

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد و به‌منظور استنباط آن‌ها به دلیل تفاوت نمرات پیش‌آزمون‌ها و خنثی کردن آن‌ها، از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد. مداخلات صورت گرفته در جدول ۱ و ۲، به‌صورت هفتگی طی ۸ جلسه و در هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه صورت گرفته است. این مداخلات اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را از Hayes, Strosahl, & Wilson (2012) به عاریت گرفته‌اند و شیوه اجرای آن برای مداخله بومی بر اساس دستورالعمل تدوین شده توسط Dousti (2019) و برای مداخله غیربومی بر اساس دستورالعمل Dousti (2017) و Dousti et al (2019) است. خلاصه شرح جلسات به‌صورت زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح
اول	رهبر و اعضای گروه خود را معرفی می‌کنند و قوانین گروه اعلام می‌شود. اهداف جلسات و حرکت به سوی زندگی ارزشمند توضیح داده می‌شود. تا شقایق هست، زندگی باید کرد. حال از اعضا خواسته می‌شود تا در خصوص تجارب تروماتیک خود با گروه صحبت کنند. مرا دردی است اندر دل که گر گویم زبان سوزد/ و گر پنهان کنم ترسم که مغز استخوان سوزد. ترمیم این زخم‌ها نیازمند تجربه مقداری درد است. صبح صادق ندمد تا شب یلدا نرود.
	رهبر و دستیار گروه با شعر زندگی آب تنی در حوضچه اکنون است به ذهن بازیگوش اشاره می‌کنند و بعد از بحث اعضا، تمرین توجه آگاهی شروع می‌شود. سپس با شعر تونه در دیروزی و نه در فردایی / ظرف امروز پر از بودن توست، بحث و تمرین ادامه پیدا می‌کند. از اعضا دعوت می‌شود تمرین خود را در منزل نیز دنبال کنند.
دوم	مرور جلسه گذشته کنترل، فرزند نابالغ ترس است. هرچه بیشتر برای کنترل افکارشان تلاش کنید، بیشتر در مرداب آن فرو می‌روید. گرچه تفسیر زبان روشن‌گر است/ لیک عشق بی‌زبان روشن‌تر است. نگاهی به تجارب خودتان بیندازید. سعی می‌کنیم افکارمان را مانند مهمان‌های ناخوانده‌ای که مدام در رفت‌وآمد هستند در نظر بگیریم. هر دمی فکری چو مهمان عزیز / آید اندر سینه‌ات هر روز نیز. فکر مهمانی است که بدون کارت دعوت به مهمانی ذهن آمده است. فکر را

	<p>ای جان، به جای شخص دان. حال می‌خواهیم پذیرای آن باشیم چراکه آسایش دو گیتی، تفسیر این دو حرف است/ با دوستان مروت با دشمنان مدارا.</p> <p>با خودتان مهربان‌تر باشید که آن کند با تو که باران با چمن.</p> <p>کار نیکو کردن از پر کردن است.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>این همان آهنگ ساز آشنای قلب تو ست. ندای قلب هرکس که می‌خواهد چطور زندگی کند و پیوسته در زندگی خود چطور رفتار کند.</p>
سوم	<p>تا رنج تحمل نکنی گنج نبینی / تا شب نرود صبح پدیدار نباشد.</p> <p>درست مثل حافظ که می‌گوید بنشین بر لب جوی و گذر عمر ببین. ما هم می‌خواهیم بنشینیم و گذر افکار و هیجان‌هایمان را نگاه کنیم و از تجربه هر کدام از آن‌ها در لحظه حال آگاه باشیم.</p> <p>همت بدرقه راه کن ای طائر قدس / که دراز است ره مقصد و من نو سفرم.</p> <p>بررسی جلسه گذشته، ارزش‌ها و موانع</p> <p>درد بخشی از تجربه انسان بودن است. حافظ از باد خزان در چمن دهر مرنج / فکر معقول بفرما گل بی‌خار کجاست. چون روزگار ن‌ساز ستیزه نتوان برد / ضرورت است که با روزگار در سازی. چقدر می‌توانید بدون درگیر شدن با احساس‌های ناخوشایندشان، به سمت زندگی ارزشمندشان حرکت کنید.</p>
چهارم	<p>به افکار خود از این زاویه نگاه کنید که به تماشای یک برنامه خیمه شب‌بازی نگاه می‌کنید. خیمه شب‌بازی با همه تلخی و شیرینی خود می‌گذرد.</p> <p>هرکسی در هر کجا باشد سزاست / مهربانی به او بس پر سزاست.</p> <p>اهل همت رخنه در سد سکندر می‌کنند / این سبک دستان کلید فتح را دندان‌اند.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>برنیامده و گذشته بنیاد مکن / حالی خوش باش و عمر بر باد مکن. چه مدت از زمان‌های خود را صرف زندگی در گذشته و آینده کرده‌اید و چقدر از زندگی‌ای که دوست داشتید، دور شده‌اید.</p>
پنجم	<p>تا رنج تحمل نکنی گنج نبینی / تا شب نرود صبح پدیدار نباشد.</p> <p>همان‌طور که احتمالاً تاکنون متوجه شده‌اید، به محض اینکه ما می‌خواهیم به سمت ارزش‌های خود حرکت کنیم، انواعی از افکار به ما حمله می‌کنند تا ما را از حرکت باز نگه دارند؛ اما آن‌ها فقط مهمان‌های ناخوانده هستند. هر دمی فکری چو مهمانی عزیز / آید اندر سینه‌ات هر روز نیز.</p> <p>مزد آن گرفت جان برادر که کار کرد.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>زمانی که دست از تقلا برای حذف افکار و احساس‌های خود برمی‌داریم، آن‌ها آزار کمتری به ما می‌رسانند. در واقع هر چیز تلخی را پذیرش کرده باشی / شیرین شود مثل خوش‌اقبال قشنگ.</p>
ششم	<p>می‌خواهم با نگاهی کاملاً هشیارانه افکار و احساس‌های خود و گذار آن‌ها را تماشا کنید. بنشین بر لب جوی و گذر عمر ببین / کائن اشارت ز جهان گذران ما را بس.</p> <p>مهربانی دستور خالق است / این نشان یک آدم بالغ است. حال چه بهتر که این مهربانی معطوف به خودمان باشد.</p> <p>موی سپید را به فلک رایگان نداد / این رشته را به نقد جوانی خریدم. پس تمرین، تمرین، تمرین.</p> <p>مرور تأثیرات گروه</p>
هفتم	<p>اندازه با وسعت مسئولیت‌پذیری من و تو مشخص می‌شود. برای دریافت نتایج جدید، ما نیاز به تغییر سبک‌های رفتاری داریم.</p> <p>گر مهربانی را بیاموزیم، لحظه‌ها زیباست.</p> <p>جمع‌بندی</p>
هشتم	<p>بررسی تأثیرات گروه</p> <p>مرور همه تمرین‌های قبلی</p>

جدول ۲. خلاصه جلسات مدل غیربومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح
اول	خوش آمدگویی، بیان سوابق حرفه‌ای، بیان قوانین گروه و معرفی اعضا
	دعوت اعضا به صحبت درباره تجارب تروماتیک خود، بیان هدف گروه و اینکه چطور ما قصد ارتباط برقرار کردن متفاوت با احساس‌های ناخوشایند خود را داریم.
دوم	تمرین تنفس آگاهانه و تکلیف منزل
	اعضا به بیان تجارب جلسه گذشته خود می‌پردازند.
سوم	کاربرگ ناامیدی خلاق
	تمرین طناب‌کشی با هیولا، جمع‌بندی و تمرین منزل
چهارم	مرور جلسه گذشته
	استعاره مسافران اتوبوس و کاربرگ آن، جمع‌بندی مطالب و تمرین منزل
پنجم	مرور جلسه گذشته
	تمرین اسکن بدنی
ششم	استعاره حیات وحش روانی، جمع‌بندی و تکلیف منزل
	مرور جلسه گذشته
هفتم	تمرین مصاحبه تلویزیونی
	استعاره گلزار، جمع‌بندی و تکلیف منزل
هشتم	بیان تجارب جلسه گذشته توسط اعضا.
	صحبت درباره نحوه تکامل ذهن، کارکرد ذهن و وظیفه او برای محافظت از ما
نهم	تمرین اسارت ذهن، جمع‌بندی و تکلیف منزل
	مرور جلسه گذشته
دهم	بیان تجارب اعضا از انجام تمرین‌ها و تأثیر آن‌ها در کل جلسات، جمع‌بندی و تکلیف منزل
	مرور تمام جلسات گذشته و اهداف جلسات، جمع‌بندی و تشویق اعضا به انجام تکالیف پس از پایان جلسات

یافته‌های پژوهش

داشتن تحصیلات حداقل لیسانس است که به‌منظور همسان ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل گذشت حداقل شش ماه از تجربه رویداد آسیب‌زا، رنج سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، سنجی گروه‌ها در جدول شماره ۳ مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی

گروه	میانگین سن	تعداد	زمان سپری‌شده از رویداد تروماتیک ۶ ماه تا دو سال	زمان سپری‌شده از رویداد تروماتیک بیشتر از دو سال	لیسانس بالاتر از لیسانس
مدل بومی	۲۷/۱۲	۱۳	۴	۹	۱۳
مدل غیربومی	۲۷/۰۳	۱۴	۶	۸	۱۳
گواه	۲۶/۹۰	۱۵	۹	۶	۱۵

داشت. ۶ نفر از اعضای این گروه بین ۶ ماه تا دو سال است که از تجربه رویداد تروماتیکشان می‌گذرد و ۸ نفر بیشتر از دو سال است که از تجربه شان سپری می‌شود. افراد گروه گواه ۱۵ نفر می‌باشند که میانگین سنی آن‌ها ۲۶/۹۰ بوده و همگی دارای تحصیلات لیسانس هستند. در این گروه تعداد ۹ نفر بین ۶ ماه تا دو سال است که از تجربه رویداد تروماتیکشان می‌گذرد و ۶ نفر دیگر بیش از دو سال است که از این تجربه سپری می‌شود. جدول ۴ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیان می‌کند.

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، تعداد کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۲ نفر در سه گروه است که در گروه مدل بومی ۱۳ نفر حضور دارند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این گروه ۲۷/۱۲ است که همگی دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۴ نفر از آن‌ها بین ۶ ماه تا دو سال است که از زمانی سپری شدن تجربه تروماتیکشان می‌گذرد و ۹ نفر دیگر بیش از دو سال است که از این تجربه سپری می‌شود. در گروه مدل غیربومی ۱۴ نفر حضور داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۲۷/۰۳ بود. در این گروه ۱۳ نفر تحصیلات لیسانس و ۱ نفر تحصیلات بیشتر از لیسانس

جدول ۴. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مدل بومی		مدل غیربومی		گروه گواه
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
خاطرات رخنه کننده	۱/۳۱۵	۲۵/۳۰۷	۱/۶۲۵	۳۰/۲۰۰	۳/۰۲۸
مشکل در ارتباط بین فردی	۱/۶۰۹	۲۵/۳۸۴	۱/۷۴۷	۲۹/۷۳۳	۲/۸۶۵
مشکل در مهار عاطفی	۱/۴۴۵	۱۹/۳۸۴	۱/۳۹۲	۳۲/۴۶۶	۱/۲۴۵
فقدان و افسردگی	۱/۶۰۵	۲۱/۹۲۳	۱/۹۷۷	۳۳/۲۶۶	۲/۰۱۶

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۲۵/۳۰۷، در مدل غیربومی ۲۵/۷۸۵ و در گروه گواه ۳۰/۲۰۰ است. نمرات خرده‌مقیاس مشکل در ارتباط بین فردی در گروه مدل بومی ۲۵/۳۸۴، در گروه مدل غیربومی ۲۶/۸۵۷ و در گروه گواه ۲۹/۷۳۳ است. نمرات خرده‌مقیاس مشکل در مهار عاطفی در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۱۹/۳۸۴، در گروه مدل غیربومی ۲۲/۳۵۷ و در گروه گواه ۱/۲۴۵ است. نمرات خرده‌مقیاس فقدان و افسردگی در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۲۱/۹۲۳، در مدل غیربومی ۳۳/۲۶۶ و در گروه گواه ۲/۰۱۶ است. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها، انجام تحلیل کوواریانس بلا مانع بوده است. جدول ۵ به تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌پردازد.

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۲۵/۳۰۷، در مدل غیربومی ۲۵/۷۸۵ و در گروه گواه ۳۰/۲۰۰ است. نمرات خرده‌مقیاس مشکل در ارتباط بین فردی در گروه مدل بومی ۲۵/۳۸۴، در گروه مدل غیربومی ۲۶/۸۵۷ و در گروه گواه ۲۹/۷۳۳ است. نمرات خرده‌مقیاس مشکل در مهار عاطفی در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۱۹/۳۸۴، در گروه مدل غیربومی ۲۲/۳۵۷ و در گروه گواه ۱/۲۴۵ است. نمرات خرده‌مقیاس فقدان و افسردگی در پس‌آزمون گروه مدل بومی ۲۱/۹۲۳، در مدل غیربومی ۳۳/۲۶۶ و در گروه گواه ۲/۰۱۶ است. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها، انجام تحلیل کوواریانس بلا مانع بوده است. جدول ۵ به تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌پردازد.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	خاطرات رخنه‌کننده	۳۰/۹۴۲	۱	۳۰/۹۴۲	۷/۵۸۴	۰/۰۰۹	۰/۷۶۴	۰/۹۹۰
	مشکل در ارتباط بین فردی	۶۷/۵۴۰	۱	۶۷/۵۴۰	۲۳/۴۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷	۱
	مشکل در مهار عاطفی	۹/۶۸۴	۱	۹/۶۸۴	۶/۲۱۴	۰/۰۱۸	۰/۶۷۹	۰/۹۰۰
گروه	فقدان و افسردگی	۱۴/۸۶۲	۱	۱۴/۸۶۲	۵/۰۹۱	۰/۰۳۰	۰/۵۹۳	۰/۸۹۰
	خاطرات رخنه‌کننده	۲۰۶/۹۰۵	۲	۱۰۳/۴۵۲	۲۵/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷	۱
	مشکل در ارتباط بین فردی	۱۳۶/۶۲۵	۲	۶۸/۳۱۲	۲۳/۶۸۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷	۱
	مشکل در مهار عاطفی	۱۳۳۱/۳۹۵	۲	۶۶۵/۶۹۸	۴۲۷/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷	۱
	فقدان و افسردگی	۱۰۳۹/۳۴۱	۲	۵۱۹/۶۷۰	۱۷۸/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷	۱

جدول ۶. مقایسه دوه‌دو گروه‌ها با آزمون تعقیبی سیداک

متغیر وابسته	گروه اول	گروه دوم	حد پایین	حد بالا	میانگین تغییرات	سطح معناداری
خاطرات رخنه‌کننده	مدل بومی	مدل غیربومی	-۳/۰۴۵	۱/۱۲۱	-۰/۹۶۲	۰/۵۸۶
	مدل بومی	کنترل	-۷/۰۱۷	-۳/۱۳۲	-۵/۰۷۵	۰/۰۰۱
	مدل غیربومی	کنترل	-۶/۰۵۳	-۲/۱۷۲	-۴/۱۱۲	۰/۰۰۱
مشکل در ارتباط بین فردی	مدل بومی	مدل غیربومی	-۳/۸۰۷	-۰/۳۰۵	-۲/۰۵۶	۰/۰۱۷
	مدل بومی	کنترل	-۶/۰۸۲	-۲/۸۱۵	-۴/۴۴۹	۰/۰۰۱
	مدل غیربومی	کنترل	-۴/۰۲۴	-۰/۷۶۱	-۲/۳۹۳	۰/۰۰۲
مشکل در مهار عاطفی	مدل بومی	مدل غیربومی	-۴/۳۸۴	-۱/۸۱۰	-۳/۰۹۷	۰/۰۰۱
	مدل بومی	کنترل	-۱۴/۳۰۵	-۱۱/۹۰۴	-۱۳/۱۰۴	۰/۰۰۱
	مدل غیربومی	کنترل	-۱۱/۲۰۷	-۸/۸۰۸	-۱۰/۰۰۸	۰/۰۰۱
فقدان و افسردگی	مدل بومی	مدل غیربومی	-۴/۸۲۸	-۱/۳۰۵	-۳/۰۶۷	۰/۰۰۱
	مدل بومی	کنترل	-۱۳/۳۲۹	-۱۰/۰۴۲	-۱۱/۶۸۵	۰/۰۰۱
	مدل غیربومی	کنترل	-۱۰/۲۶۰	-۶/۹۷۷	-۸/۶۱۹	۰/۰۰۱

در سه خرده‌مقیاس دیگر یعنی مشکل در ارتباط بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و فقدان و افسردگی، میانگین تغییرات در گروه تحت مداخله با مدل بومی بیشتر است که گواه از تأثیر بیشتر مدل بومی شده بر این سه متغیر دارد.

یافته‌های جدول ۵ و ۶ حاکی از آن است که هر سه فرضیه این پژوهش تأیید می‌گردد. با این حال، در مقایسه خرده‌مقیاس‌های پژوهش، در خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده بین گروه تحت مداخله با مدل بومی و گروه تحت مداخله با مدل غیربومی، تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد، هر دو درمان پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت و مدل بومی شده این درمان، بر اختلال فشار روانی پس از سانحه تأثیرگذار است. با این حال، تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد مدل بومی شده در سه خرده مقیاس مشکل در ارتباط بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و فقدان و افسردگی تأثیر بیشتری نسبت به مدل غیربومی دارد که چنین تفاوتی در خرده مقیاس خاطرات رخنه کننده بین دو گروه آزمایش مشاهده نمی‌شود.

هرچند جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد که این پژوهش به نوبه خود اولین پژوهشی است که به مقایسه مدلی بومی سازی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی این درمان بر اختلال فشار روانی پس از سانحه می‌پردازد و یافته‌هایی برای مقایسه نتایج این مطالعه با آن‌ها وجود ندارد، اما این یافته‌ها از این حیث که پذیرش و تعهد درمانی می‌تواند بر اختلال فشار روانی پس از سانحه تأثیر بگذارد، با یافته‌های (Razavi Saadat et al (2018), Behrouz (2015), Kanani et al (2015), Woidneck Kieffe (2013) و (Codd et al (2011)، همسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش از این حیث که در مان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر علائم اختلال استرس پس از سانحه تأثیر بگذارد، با یافته‌های (Barzegari et al (2018) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها از این حیث که در خرده مقیاس‌های مشکل در ارتباط بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و فقدان و افسردگی، مدل بومی پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت تأثیر بیشتری نسبت به مدل غیربومی آن داشته است می‌توان گفت: این سه متغیر بیشتر از متغیر خاطرات رخنه کننده مبتنی بر فرهنگ هستند. لذا به نظر می‌رسد استفاده از تمرین‌هایی که در بافت ایرانی و با استفاده از فرهنگ غنی ادبیات پارسی تدوین شده‌اند، موجب می‌شود افراد درک بهتری از آن‌ها داشته باشند. در این شرایط درمان‌گری که در این بافت رشد کرده است، می‌تواند تمرین‌هایی را طراحی نماید که برحسب تجربه ر شدی و کاری خود در این بافت، برای ایرانیان مناسب‌تر است. استفاده از اشعار پارسی به جای متافورهای کلاسیک ACT و CFT، به این دلیل که شعر به

نوعی با فرهنگ ایرانی گره خورده است، می‌تواند تأثیر بیشتری بر مراجعین به جای بگذارد و درک مفاهیم را راحت‌تر کند. ایرانیان از دیرباز برای صحبت درباره دردها و احساس‌هایشان از شعر استفاده می‌کردند. به‌طور مثال، فردوسی برای بیان دردها و احساس‌های دل‌آوران ایرانی، ۱۴ سال تلاش کرد تا آن‌ها را به شعر تبدیل کند و می‌بینیم که امروزه بعد از گذشت سال‌ها، این اشعار همچنان تازگی خود را برای مخاطبین دارد. مولانا، حافظ، سعدی و دیگر شاعرهای معاصر و غیر معاصر نیز، چنین شیوه‌ای را برای بیان دردها و احساسات انجام داده‌اند. شاید بدون اغراق بتوان گفت که برای ایرانیان، شعر ابزاری قدرتمند است که می‌تواند به محتوای روان‌شناختی افراد نفوذ کند و تأثیر عمیقی بر آن بگذارد.

در تبیین این یافته‌ها از این حیث که در خرده مقیاس خاطرات رخنه کننده تفاوت معناداری بین مدل بومی پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت و مدل غیربومی آن مشاهده نشد می‌توان گفت: این متغیر کمتر از سه متغیر دیگر وابسته به فرهنگ است. در واقع پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت از اصول یکسانی برای خاطرات تکرار شونده استفاده می‌کند. طی این اصول، این خاطرات به این دلیل شدت پیدا می‌کنند که فرد می‌خواهد از تجربه آن‌ها اجتناب کند. به دلیل چارچوب‌های ارتباطی، هرچه فرد بیشتر برای رهایی از این افکار تلاش کند، به شدت آن‌ها افزوده می‌شود. راهبرد پیشنهادی پذیرش و تعهد درمانی در چنین شرایطی، عدم اجتناب از این افکار است. این راهبرد که به‌عنوان فرآیند پذیرش شناخته می‌شود، همان اصولی است که در رفتارگرایی سنتی به آن مواجهه سازی گفته می‌شود. اجازه دادن به تجربه افکار ناخوشایند بدون تلاش برای حذف و کاهش فراوانی آن‌ها موجب پیامد خاموشی می‌گردد. در واقع، این همان شیوه‌ای است که در هر دو مدل درمان بومی و غیربومی مورد تمرکز قرار گرفته است.

هرچند برای این پژوهش زحمت فراوانی کشیده شده است، اما مانند هر پژوهش دیگری، دارای محدودیت‌ها و کاستی‌هایی است، از جمله این محدودیت‌ها، نبود دوره پیگیری طولانی مدت است که به ما اجازه نمی‌دهد تا پایداری در مان در دراز مدت را مورد سنجش قرار دهیم. لذا به

- Traumatic Stress Disorder, Coping Styles, and Self-Efficacy in Girls with Abnormal Grief. *Journal of Clinical Psychology*. 7(4): 81-92.
- Berislin, R., Lonner, W., Thorndike, R. (1973). Cross-Cultural research methods. Newyork: Wiley.
- Bonar, T. (2015). University Counseling Center Use of Prolonged Exposure Therapy: In-Clinic Treatment for Students with PTSD. *Journal of College Student Psychotherapy*, v29 n4 p271-288.
- Blackledge, J. T. (2004). Functional contextual processes in posttraumatic stress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 443-467.
- Codd, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25, 203-217.
- Constantine, M. Myers, L. Kindaichi, M. Moore, J. (2004). Exploring Indigenous Mental Health Practices: The Roles of Healers and Helpers in Promoting Well-Being in People of Color. *Counseling and Values*, v48 n2 p110.
- Dousti, P. (2019). *The design of a indigenous model of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focused on compassion (CFT) based on Persian literature and the comparison of the effect of group implementation of the native model with the non-indigenous model in post-traumatic stress disorder (PTSD)*. PhD Thesis. Islamic Azad University of Tehran North, Tehran, Iran. [Persian]
- Dousti, P. (2017). *Psychological intervention in post-traumatic stress disorder based on ACT*. Faragir Hegmataneh: Hamedan. [Persian]
- Dousti, P. Ghodrati, G. Ebrahimi, M. E. (2019). *Guide of group psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Amin Negar: Tehran. [Persian]
- Ding, Y. Kuo, Y. Van Dyke, D. (2008). School Psychology in China (PRC), Hong Kong and Taiwan: A Cross-Regional Perspective. *School Psychology International*, v29 n5 p529-548.
- پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مداخله را با دوره‌های پیگیری طولانی مدت انجام دهند تا میزان پایداری درمان مورد سنجش قرار گیرد. از سوی دیگر به متخصصین حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود، الگوی مداخله‌ای بومی شده در این پژوهش را برای مبتلایان به اختلال فشار روانی پس از سانحه، اجرا نمایند.

منابع

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Revised 5 ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Anaghe, A., Kolahdooz, E. (2010). Study of Human Nostalgia in Poems of Molana Jalalodin Mohammad Balkhi. *Journal of Mystical Literature Research*. 4(3): 161-188. [Persian]
- Barzegari, A. Jahandari, P. Mahmoodpour, A. Naderi, R. (2018). The Mediating Role of self- compassion in Terms of rumination and depression symptoms in Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Nurse and Physician within War*. 6 (19): 32-40. [Persian]
- Basharpour, S. Shafiei, M. Atadokht, A. Narimani, M. (2015). The Role of Experiential Avoidance and Mindfulness in Predicting the Symptoms of Stress Disorder after Exposure to Trauma in Traumatized People Supported by Emdad Committee and Bonyade Shahid Organization of Gilan Gharb in the First Half of 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*; 14 (5):405-416. [Persian]
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246-262.
- Behrouz, B. (2015). The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Post-

- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Foret, M. Eaton, P. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy Anger Group*. Vallejo Medical Center.
- Gholami, M. (2018). Rumi's Happiness Theory in Fihi Ma Fihi. *Journal of Mystical Literature Research*. 12(1): 89-108. [Persian]
- Gilbert, P. (2009). Introduction Compassion Focused Therapy. *Advance in psychiatric treatment*. 15(3). P: 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 53: p 6-41.
- Godarzi, M. A. (2003). Evaluation of validity and reliability of Mississippi Post Traumatic Stress Disorder Scale. *Journal of Psychology*. 7(2): 153-178. [Persian]
- Halgin, R. Whitbourne, S. (2014). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders 7th Edition*. McGraw-Hill Higher Education.
- Hamblen, J. L., Schnurr, P. P., Rosenberg, A., & Eftekhari, A. (2009). A guide to the literature on psychotherapy for PTSD. *Psychiatric Annals*, 39, 348-354.
- Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind How to Pivot Toward What Matters*, Newyork: an imprint of Penguin Random House.
- Hayes, S. Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86-94.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press: New York.
- Houkamau, C. Sibley, C. (2011). Maori Cultural Efficacy and Subjective Wellbeing. *A Psychological Model and Research Agenda. Social Indicators Research*, v103 n3 p379-398.
- Jalali, D., Aghaee, A., Solati, S K. (2017). Comparing the effectiveness of Nativated Mindfulness Based Cognitive Therapy (nMBCT) according to Iranian-Islamic culture and Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on blood pressure. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 18 (6):125-139. [Persian]
- Jastaniah, S. Alganmi, O. (2016). Design of a Model of Knee Joint for Educational Purposes. *Journal of Education and Practice*, v7 n9 p1-9.
- Kanani, K., Hadi, S., Tayebi, N. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on treating the adolescents with post-traumatic stress disorder after road accidents in the province of Isfahan. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 1 (2):22-32. [Persian]
- Kang, H. K., Bullman, T. A., & Taylor, J. W. (2006). Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 381-386.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(1):85-90.
- Leong, F. Pearce, M. (2011). Desiderata: Towards Indigenous Models of Vocational Psychology. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, v11 n2 p65-77.
- Meissel, K. Rubie-Davies, C. (2016). Cultural Invariance of Goal Orientation and Self-Efficacy in New Zealand: Relations with Achievement. *British Journal of Educational Psychology*, v86 n1 p92-111.
- Mevissen, L. Didden, R. Korzilius, H. de Jongh, Ad. (2017). Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in a Child and an Adolescent with Mild to Borderline Intellectual Disability: A Multiple Baseline across Subjects Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. v30 suppl. p34-41.

- Moradi, A. Haydari, A. Abdolah, M. H. Rahimi-Movaghar, V. Parhoon, H. Naderi, Y. (2014). The performance of post-traumatic stress disorder subjects in verbal and visual false memory tasks. *Advances in Cognitive Science*. 16 (3): 13-23. [Persian]
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and identity*. 2(2): p 85-101.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129.
- Razavi Saadat, S.F., Makvandi, B., Pasha, R., Hosseini, S.H. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Thought Control Strategy and Quality of Life in Veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *Iranian Journal of War and Public Health*. 10(3): 115-120. [Persian]
- Samara, E. (2011). Investigating the application of social work theories and their localization. *Journal of Welfare Planning and Social Development*. 4, 1-40.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2010). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28, 770-782.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Chockalingham, V., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 156-183.
- Stallard, P. (2006). Psychological intervention for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26, 895-911.
- Tajlil, J., Hakemi, A., Radmanesh, A., Sheikholeslami, A., Marzbanrad, A. (2004). *Selected texts of Persian literature*. University Publication Center: Tehran.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. New Harbinger Publications
- Thomson, P. Jaque, S. (2016). Visiting the Muses: Creativity, Coping, and PTSD in Talented Dancer and Athletes. *American Journal of Play*, v8 n3 p363-378.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754-761.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.
- Woidneck Kieffe, M (2013). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. Ph.D Theses. Utah State University.
- Williamson, R.Reed, D. Wickham, R. Field, N. (2018). The Mediation Role of Posttraumatic Stress in the Relationship between Domestic Violence Exposure and Peer Victimization: A Cambodian Sample. *Emotional & Behavioural Difficulties*, v23 n1 p28-38.