

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تعهد و پذیرش بر ضربه پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

خلاصه

مقدمه: PTSD از جمله اختلالات مزمن و ناتوان کننده روان پزشکی است که براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی جزء مجموعه تشخیصی اختلالات وابسته به استرس است که می تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیبزا ایجاد شود. هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تعهد و پذیرش بر ضربه پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری انجام شد. جامعه آماری شامل بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال دارای اختلال پس از سانحه مراجعه کننده به مراکز روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه های آزمایش درمان های هیجان مدار و تعهد و پذیرش را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. برای گردآوری اطلاعات از پرسش نامه تنظیم رشد پس از سانحه و پرسش نامه PTSD - SRS استفاده شد. داده ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر روش هیجان مدار و درمان تعهد و پذیرش بر ابعاد رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه بزرگسالان دارای اختلال PTSD بود ($P < 0/01$) و میزان اثربخشی هر دو روش مشابه بود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه اختلال پس از سانحه می توانند در درمان این افراد استفاده از روش های هیجان مدار و درمان تعهد و پذیرش را در کنار سایر درمان ها مدنظر قرار دهند.

کلمات کلیدی: رشد پس از سانحه، اختلال پس از سانحه، درمان تعهد و پذیرش، درمان هیجان-مدار.

نازنین حقیقت بیان^{۱*}

سارا نصیری^۲

منظر ملکیان^۳

سیده معصومه موسوی^۴

سهیل جعفری^۵

^۱ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

^۴ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

^۵ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email:

nazanin_haghighatbayan@yahoo.com

مقدمه

PTSD از جمله اختلالات مزمن و ناتوان کننده روان- پزشکی است که براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی جزء مجموعه تشخیصی اختلالات وابسته به استرس است که می تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب زای ایجاد شود و با چهار خوشه از نشانه ها شامل: (۱) مزاحمت ها، (۲) اجتناب و بی احساسی، (۳) تغییرات منفی در شناخت و خلق و (۴) تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش پذیری مشخص می شود [۱]. پژوهش ها نشان داده اند که ۵۱ درصد جانبازان دچار **PTSD** هستند که شدت علائم آن از خفیف تا بسیار شدید متغیر است [۲]. برخی مطالعات تغییرات روان شناختی مثبتی را پس از تجربه وقایع ناخوشایند از جمله بیماری، جنگ و بلایای طبیعی در افراد گزارش داده اند که یکی از این تغییرات، رشد پس از سانحه می باشد [۳]. به عبارت دیگر، رشد پس از سانحه را می توان به عنوان تغییرات روان شناختی مثبتی تعریف کرد که به دنبال رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی و بیماری های مزمن از جمله سرطان رخ می دهد و شامل مؤلفه های قدرت شخصی، امکانات جدید، ارتباط با دیگران، قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی می باشد [۴]. یکی از روش های مشاوره و روان درمانی که می توان برای بیماران مولتیپل اسکلروز استفاده کرد، درمان هیجان مدار است. درمان هیجان مدار به دلیل تاکید بر همدلی یکی از روش های درمانی مناسب برای کار با آسیب روانی ناشی از بیماری های مزمن است. در این نوع درمان تمرکز بر احساسات و عواطف است و در واقع هیجانان منبع اطلاعات در مورد انگیزه و عملکرد بیمار می باشد [۵]. باورها و شناخت ها در مقابله با استرس و درد را باید به عنوان یک عامل مهم در تعیین سامت کلی بیماران مبتال به مولتیپل اسکلروزیس در نشریه آموزش پرستاری، دوره ۱۱، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۴۰۱ ۸۸ نظر گرفت و رویکرد درمانی هیجان مدار، با تاکید بر ارتباط پیچیده بین شناخت و احساس می تواند میزان پذیرش رنج در بیماران مبتال به مولتیپل اسکلروز را تحت تاثیر قرار دهند [۶]. در

رویکرد هیجان مدار که یک رویکرد تلفیقی از رویکردهای سیستمی، دلبستگی مدار و تجربی نگر است، به از جای تمرکز بر موضوعات و عوامل برون فردی، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرآیندهای بروز تعارض متمرکز است [۷]. پژوهش ها نشان می دهد که درمان هیجان مدار بر عزت نفس و عملکرد جنسی، افسردگی و بهبود کارکردهای شناختی و تنظیم هیجان بیماران مولتیپل اسکلروز تاثیر دارد [۸]. مطابق با تحقیقات انجام شده به دلیل مشکلات فیزیولوژیکی مغز، بیماران مولتیپل اسکلروز از نظر جسمی و فیزیولوژی مغزشان نیز دچار مشکلاتی در پردازش و ابراز احساساتشان می شوند که متعاقباً موجب پایین آمدن کیفیت زندگی فردی، بین فردی و اجتماعی شان نیز می شود [۹]. به نظر می رسد کمک به بیماران مولتیپل اسکلروز از طریق کار با هیجانانشان بسیار کمک کننده می باشد. سرمایه روانشناختی با افزایش بهزیستی روانی و بهبود راهبردهای مقابله ای و تاب آوری بیماران مولتیپل اسکلروز می تواند سامت روانی و جسمانی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد [۱۰]. تشخیص یک بیماری تهدید کننده زندگی می تواند یک تجربه فوق العاده استرس زا و آسیب زا باشد. با این حال، بسیاری از بیماران، تغییرات مثبت مختلفی را گزارش می کنند که در ادبیات تجربی به عنوان رشد پس از سانحه ذکر شده است. در پژوهش برسکوا به بررسی مطالعات تجربی پرداخته شده است که استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه را در بیماران و بازماندگان بیماری های مزمن و تهدید کننده، ثبت کرده اند، این مطالعات روابط بین رشد پس از سانحه و شاخص های سامت روان و تأثیر رشد پس از سانحه در روند بهبودی بیماری بررسی کرده اند و نتایج نشان داد که کیفیت حمایت اجتماعی، استراتژی های مقابله ای بیماران و چندین شاخص بهداشت روانی و جسمی به طور مداوم با رشد پس از سانحه ارتباط دارد [۱۱]. در پژوهش های

همکاران [۲۳] حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی بود. در مقابل، منصوری و رسولی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت [۲۴]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش‌های گرگوری و همکاران [۲۵] و میرضائی دوستان و همکاران [۲۶] نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان شد. در پژوهشی دیگر بیگدلی و دهقان گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش سلامت روان‌شناختی شد [۲۷]. هم‌چنین، پیرانی و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث افزایش بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید شد [۲۸]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش معین زاده و سلاگامه حاکی از اثربخشی بهزیستی درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بود [۲۹]. در پژوهش‌های دیگری پیرانی و همکاران [۳۰] و فلاحیان و همکاران [۳۱] گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث بهبود سلامت روان شد.

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری غیر از

دیگر از جمله نیک (۲۰۱۹) و ارابور و همکاران (۲۰۲۰) یکی از مؤلفه‌های پیش‌بینی کننده و مرتبط با رشد پس از سانحه سرمایه روان‌شناختی عنوان شده است [۱۳-۱۲]. همانطور که اشاره شد پژوهش‌های زیادی در کشورهای مختلف مرتبط با روش درمان هیجان‌مدار بر روی مؤلفه‌هایی همچون عزت نفس، عملکرد جنسی و برخی دیگر از مؤلفه‌های سلامت روان انجام شده است اما کمتر به رشد پس از سانحه و سرمایه روان‌شناختی در این بیماران پرداخته شده است. برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت مبتلایان به افسردگی، روش‌های بسیاری از جمله درمان پذیرش و تعهد [۱۴] وجود دارد. در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت اقدام به مشاهده کنند [۱۵]. این شیوه برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که هدف آن ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی یعنی انتخاب و اجرای بهترین راه از میان راه‌کارهای موجود می‌باشد [۱۶]. این شیوه از طریق آموزش آگاهی‌شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود [۱۷]. هم‌چنین، بهزیستی درمانی برگرفته از رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر است و به افراد آموزش می‌دهد تا سلامت و بهزیستی خود را از طریق پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصیت، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران بهبود دهند [۱۸]. این شیوه، شیوه‌ای سازمان‌یافته، رهنمودی، مشکل‌محور و مبتنی بر الگوی درمانی است که از خویش‌نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل سازنده با درمانگر استفاده می‌کند [۱۹]. تکنیک‌های اصلی این شیوه شامل بازسازی شناختی افکار با تأکید بر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌های قابل کنترل و لذت‌بخش و آموزش جسارت و حل مسأله هستند [۲۰]. نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متفاوت است و درباره بهزیستی درمانی پژوهش‌های اندکی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه دو روش یافت نشد. نتایج پژوهش‌های اصغری و دنیایی [۲۱]، رضوی و همکاران [۲۲] و مقدم و

سرردتشی (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویایی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویایی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. مداخله‌ها توسط روان‌شناس بالینی دوره دیده به صورت فردی در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه در ساعت ۱۷-۲۰ عصر در کلینیک روان‌شناختی هم آفرینی تغییر (کلینیک کار پژوهشگران) انجام شد. شرکت کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند

پرسش‌نامه رشد پس از سانحه: پرسش‌نامه رشد پس از سانحه در سال ۱۹۹۶ توسط تدسچی و همکارش با ۲۱ سؤال در یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (۰=هیچ تغییری را تجربه نکردم تا ۵=تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی شامل مؤلفه‌های شیوه‌های جدید (۵ سؤال)، در ارتباط با دیگران (۷ سؤال)، قدرت شخصی (۴ سؤال)، ارزش شخصی (۳ سؤال) و تغییر معنوی (۲ سؤال) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به صورت نمره ۰ (اصلاً)، نمره ۱ (خیلی کم)، نمره ۲ (کم)، نمره ۳ (متوسط)، نمره ۴ (زیاد) و نمره ۵ (خیلی زیاد)

انجام می‌گیرد. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده رشد پس از سانحه بالاتر در بیمار می‌باشد. تدسچی و همکارش مقدار همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند [۲۸]. حیدرزاده و همکاران در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیر مقیاس‌های آن دامنه‌ای از ۰/۵۷ تا ۰/۷۷ گزارش داده‌اند [۲۹]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ بود و برای زیر مقیاس‌های آن دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5) که توسط ودرس و همکاران در سال ۱۹۹۱ طراحی شده شامل ۲۰ گویه است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت شامل صفر (هرگز)، یک (بسیار کم)، دو (متوسط) سه (زیاد) و چهار (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. یک نمونه از سؤالات شامل "خواب‌های تکراری و آزاردهنده از تجربه استرس‌زا داشتید؟" است. امتیاز کلی در محدوده ۰ تا ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیش‌تر PTSD در افراد است. پایایی پرسش‌نامه اصلی به وسیله آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۹۶ و روایی همگرا با ابزار اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی برابر با ۰/۹۳ بود [۷]. در مطالعه ورمقانی و همکاران، تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج خرده مقیاس مزاحمت، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق، برانگیختگی-بی‌قراری و بی-حسی عاطفی را در نسخه فارسی تأیید کرد که به ترتیب دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۰، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۵ بودند [۸]. نقطه برش مطلوب برای شناسایی موارد مثبت احتمالی PTSD در جمعیت ایرانیان ۳۳ در نظر گرفته شده است [۹]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۳ محاسبه گردید.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات گروه درمانی هیجان مدار

جلسه	فرایند جلسات
اول	آشنایی درمانگر و مراجع، ایجاد رابطه ی حسنه و شرح قواعد جلسات درمان
دوم	استفاده از تکنیک های مختلف برای تداوم رابطه درمانی و جمع آوری گستره ی مناسبی از اطلاعات ارزیابی استاندارد مانند برگ ثبت روزانه هیجان، مقیاس هیجان های اساسی و همچنین برگه ثبت افکار روزانه.
سوم	تداوم در ایجاد و حفظ رابطه درمانی همچنان مدنظر بود، بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع آوری اطلاعات سنجشی همچنان ادامه داشت (فرم مصاحبه بالینی و مقیاس افراد مهم)
چهارم	ادغام اطلاعات حاصل از ارزیابی هیجان، پیشینه بالینی و شبکه اجتماعی با یکدیگر و تعیین کانون مشکل هیجانی مراجع برای کار درمانی.
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش تکنیک های شناختی شامل: توجه برگردانی، آگاهی حسی، خاطرات و خیال پردازی های خوشایند و....
ششم	گزارش استفاده از تکنیک های شناختی هفته گذشته، تعیین اینکه مراجع هیجان خیلی زیاد را تجربه می کند یا هیجان خیلی کم و بحث را پیرامون پنج هیجان اساسی ترس، غم، خشم، نفرت و شادی سازمان دادیم.
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و آموزش تکنیک های مانند برچسب زدن، اسناد مجدد و همچنین فن سه سؤال به مراجع.
هشتم	بررسی تکالیف، افزایش دانش مراجعین در رابطه با هیجانها و ماهیتشان، یاددهی تجربه یک هیجان، یاددهی راهبردهای جایگزین برای تنظیم هیجان به جای استفاده از راهبردهای ناکارآمد.
نهم	ارائه اطلاعاتی در رابطه با فرهنگ و هیجان، جنسی سازی هیجان و پیامدهای خطرناکی که به دنبال دارد. بررسی تعدادی از موضوعات مربوط به پایان درمان مانند تسهیل عملکرد مستقل مراجع، افزایش احساس کفایت و شایستگی مراجع، تقویت رفتار ارتباطی جدید و...
دهم	بررسی تکالیف، خواستن از مراجع برای اینکه عملکردش را از اوایل درمان تا کنون مقایسه کند، تشویق او برای پیشرفت هایی که در درمان داشته، همچنین بررسی نکاتی مانند تایید احساس فقدان مراجع، کاوش احساسات مراجع درباره ی پایان درمان، مدیریت هر گونه تماس پس از درمان.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش تعهد و پذیرش برای بزرگسالان

جلسه	فرایند آموزش
اول	ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی اعضاء با یکدیگر، تعیین قوانین جلسات، آشنایی با درمان پذیرش و تعهد و اهداف آن، بحث در مورد ارزیابی های ابتدایی و انتهایی، انجام پیش آزمون
دوم	افزایش آگاهی مراجع از کنترل هیجانی و همچنین پیامدهای تلاش های کنترلی (اجتناب تجربی در ارتباط با اختلال پس از سانحه)، تمرین یادداشت کردن افکار رجوعی مرتبط با اختلال پس از سانحه، استعاره مهمان ناخوانده، تمرین فکر نکردن به جیب زرد، استعاره ببر گرسنه
سوم	بهبود گسلس نسبت به افکار خاص مرتبط با اختلال پس از سانحه، تماس با لحظه حال، تنفس هدفمند، تمرین خوردن ذهن آگاهانه کشمش، بررسی قدرت کلمات بر افکار و اعمال و آموزش زندان واژگان، تمرین برچسب زدن به افکار، استعاره راننده اتوبوس
چهارم	تقویت خود مشاهده گر، معرفی انواع خود و بحث در مورد آشکارسازی نقش خود را به عنوان یک فرد برقرارکننده ارتباط، استعاره شطرنج
پنجم	آشکارسازی ارزش های شخصی مرتبط با برقراری ارتباط، تمرین شرکت در خاکسپاری خود، استعاره درخت ارزش ها، تکمیل پرسش نامه حوزه های ارزشمند زندگی
ششم	برانگیختن اقدام متعهدانه و شناسایی موانع احتمالی، بحث در مورد ارتباط ارزش ها با اعمال، درک و شناخت عمل متعهدانه، بحث در مورد اقدامات مؤثر برای کنترل اختلال پس از سانحه و متعهد ماندن به آن ها، استعاره نهال
هفتم	تمرکز بر فعالیت های ارزش محور و اهداف محرک در مسیر ارزش ها، بررسی تمرین منزل جلسه قبل، بحث در مورد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و فعالیت های متناسب با هر هدف

هشتم مرور، جمع‌بندی مطالب و خاتمه، ارزیابی پس‌آزمون

در طول اجرای پژوهش افراد اختلال پس از سانحه با رضایت و رغبت شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد در صورت تمایل، نتایج مطالعه به اطلاع آن‌ها خواهد رسید. در تمام مراحل پژوهش بدون رضایت افراد، عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نگرفت. هم‌چنین، تمامی ابزارها به‌صورت رایگان در اختیار اعضاء قرار گرفت و هیچ موردی از ریزش نمونه مشاهده نشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیروویلیک

برای پیش فرض کروییت از آزمون ماچلی و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری آزمون-ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۳، توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر سن ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین توزیع فراوانی گروه‌های سنی و جنسیت در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۳. توزیع فراوانی سن و جنسیت بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال

متغیرها	طبقات	گروه هیجان‌مدار (n=15) (درصد)	گروه تعهد و پذیرش (n=15) (درصد)	گروه کنترل (n=15) (درصد)	مقدار *P
سن (سال)	۱۸-۲۵	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۴)	۵ (۴۰)	۰/۴۵۱
	۲۶-۳۰	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	۷ (۴۰)	
	۳۱-۴۰	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۷)	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳)	۰/۴۷۲
	زن	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	

تغییرات چشم‌گیرتری در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

در ادامه در جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد نمره ضربه پس از سانحه و استرس پس از سانحه (در هر سه گروه را نشان می‌دهد. چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره استرس پس از سانحه و ضربه پس از سانحه

متغیر	زمان	گروه هیجان (n=15)	مدار	گروه تعهد و (n=15)	پذیرش (n=15)	گروه کنترل
		انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین
نمره استرس پس از سانحه	پیش‌آزمون	۲/۳۵ ± ۱۸/۷۸	۲/۶۹ ± ۱۸/۷۸	۱/۷۱ ± ۱۸/۷۸	۱/۶۷ ± ۱۹/۶۷	
	پس‌آزمون	۲/۷۸ ± ۲۱/۳۳	۲/۴۱ ± ۲۱/۳۳	۲/۸۷ ± ۲۰/۸۷	۱/۴۵ ± ۱۹/۶۰	
	پی‌گیری	۲/۶۶ ± ۱۹/۶۷	۱/۴۵ ± ۲۰/۶۷	۱/۶۲ ± ۱۹/۷۳		
نمره ضربه پس از سانحه	پیش‌آزمون	۴/۵۲ ± ۲۵/۰۰	۴/۷۶ ± ۲۵/۰۰	۴/۶۲ ± ۲۳/۵۳	۴/۴۷ ± ۲۴/۴۷	
	پس‌آزمون	۳/۲۹ ± ۳۴/۸۷	۵/۲۵ ± ۳۴/۸۷	۳/۲۷ ± ۳۲/۲۷	۴/۰۳ ± ۲۵/۶۰	
	پی‌گیری	۴/۲۰ ± ۳۲/۶۷	۴/۰۲ ± ۳۰/۷۳	۳/۴۹ ± ۲۶/۷۳		

آزمایش (هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/004$). نتایج نشان داد که ۲۳/۴ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در نمره مؤلفه ضربه پس از سانحه، به اثر مداخله مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره معنی‌دار به-دست آمده است ($P<0/001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمره ابعاد استرس پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است ($P<0/001$)، به طوری-که به ترتیب ۲۲/۷ درصد و ۷۵/۵ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره ابعاد استرس پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره ابعاد استرس پس از سانحه و ضربه پس از سانحه معنی‌دار به‌دست آمده است (به ترتیب، $P=0/004$ و $P<0/001$)، که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نمرات رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند و به ترتیب ۱۷/۲ و ۵۱/۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

برای مقایسه اثربخشی هیجان مدا رو درمان پذیرش و تعهد در نمره رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نمره رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($P<0/05$) و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر دو مؤلفه نمره استرس پس از سانحه ($P=0/536$)، $\chi^2=3/37$ و نمره ضربه پس از سانحه ($P=0/064$)، $\chi^2=16/12$ برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P<0/05$).

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره مؤلفه ضربه پس از سانحه معنی‌دار به‌دست آمده است ($P=0/004$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره مؤلفه ضربه پس از سانحه در گروه‌های

جدول ۵. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
نمره	درون‌گروهی	۴۸/۵۷	۱/۷۷	۲۷/۳۱	۱۲/۳۲	<0/001	0/۲۲۷	0/۹۹۱
استرس	تعامل (زمان×گروه)	۳۴/۴۸	۳/۵۵	۹/۶۹	۴/۳۷	0/004	0/۱۷۲	0/۸۹۵
پس از سانحه	خطا (زمان)	۱۶۵/۶۰۰	۷۴/۶۹	۲/۲۱				
بین‌گروهی	گروه	۵/۲۰۰	۲	۲/۶۰	۲۳۹/۰۰	0/۷۸۸	0/۰۱۱	0/۰۸۰
	خطا	۴۵۶/۵۳	۴۲	۱۰/۸۷				
نمره ضربه	درون‌گروهی	۱۱۰۰/۹۰	۱/۴۶	۷۵۰/۵۰	۱۲۹/۷۶	<0/001	0/۷۵۵	۱
پس از سانحه	تعامل (زمان×گروه)	۳۸۲/۷۸	۲/۹۳	۱۳۰/۴۷	۲۲/۵۶	<0/001	0/۵۱۸	۱
	خطا (زمان)	۳۵۶/۳۱۱	۶۱/۶۰	۵/۷۸				
بین‌گروهی	گروه	۵۹۷/۰۳	۲	۲۹۸/۵۱	۶/۴۰	0/004	0/۲۳۴	0/۸۸۱
	خطا	۱۹۵۸/۶۲	۴۲	۴۶/۶۳				

در جدول ۶، با توجه به معنی‌داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه مراجعی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد، بین گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل در نمره مؤلفه ضربه پس از سانحه

تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$)، که حاکی از اثربخشی دو روش هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر ضربه پس از سانحه بود. اما تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی

دو مداخله مذکور وجود نداشت ($P < 0.05$) که می‌توان گفت اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بوده است (جدول ۶).

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مراجعی گروه‌ها در نمرات رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
نمره استرس پس از سانحه	گروه هیجان مدار	گروه پذیرش و تعهد	-۰/۱۳	۰/۶۹۵	۰/۸۴۹
	گروه هیجان مدار	گروه کنترل	۰/۳۳	۰/۶۹۵	۰/۶۳۴
	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۰/۴۷	۰/۶۹۵	۰/۵۰۶
نمره ضربه پس از سانحه	گروه هیجان مدار	گروه پذیرش و تعهد	۲	۱/۴۴	۰/۱۷۲
	گروه هیجان مدار	گروه کنترل	۵/۱۱	۱/۴۴	<۰/۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۳/۱۱	۱/۴۴	۰/۰۳۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر هیجان مدار با درمان تعهد و پذیرش بر رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در بین بزرگسالان اختلال پس از سانحه بود. نتایج این تحقیق حاکی از اثربخشی دو روش هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر ضربه پس از سانحه بود.

افراد اختلال پس از سانحه به دلیل آسیب‌پذیری، در برابر محرک‌های جدید واکنش‌پذیرتر هستند و به این دلیل که در موقعیت‌های مختلف امکان مواجهه با محرک‌های جدید وجود دارد این افراد دچار اضطراب بیشتری شده که تنظیم هیجان آن‌ها را دچار مشکل می‌کند و این افراد به میزان بیشتری نسبت به افراد بدون اختلال پس از سانحه از راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. مشکل در تنظیم هیجان یکی از پیامدهای اختلال پس از سانحه است که تداوم آن می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را به همراه بیاورد [۳۰، ۵]. در ادامه بزرگسالان اختلال پس از سانحه درگیر ترس از برقراری ارتباط می‌شوند چرا که عمدتاً پیامدهای روانی، اجتماعی و عاطفی ناشی از رخداد اختلال پس از سانحه را تجربه می‌کنند که شامل واکنش‌های عاطفی، رفتاری و شناختی منفی هم از افراد و هم از محیط است که در نهایت بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی آنان اثر می‌گذارد [۱۳، ۲]. این افراد از اجتناب

به عنوان راهبردهای مقابله‌ای یا رفتارهای ایمنی مورد استفاده برای تسکین پیامدهای هیجانی اختلال پس از سانحه استفاده می‌کنند که باعث محدود شدن مشارکت اجتماعی آن‌ها می‌شود [۳۱]. بنابراین، افزایش ظرفیت تنظیم هیجانی موفق به فرد این امکان را می‌دهد تا در موارد مواجهه با تجارب هیجانی شدید، به‌طور مؤثر عمل کند [۶].

مطالعات مختلفی که از درمان هیجان مدار برای افراد اختلال پس از سانحه استفاده کرده‌اند اثرات مثبت این روش بر واکنش‌های این افراد را سودمند برآورد کرده‌اند [۱۵-۱۷، ۱۳]. هم‌چنین، یافته‌های مطالعات قبل نیز اثرگذاری درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان را به تأیید رسانیده‌اند که همسو با یافته‌های این مطالعه است [۱۸-۱۹].

درمان هیجان مدار اغلب به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجان‌ات، ادراکات و احساسات توصیف می‌شود. این فرآیند نشان می‌دهد که اتخاذ رویکردی آگاهانه، نیاز به ضربه پس از سانحه موقعیت‌ها را از بین می‌برد. تصور می‌شود که افکار و هیجان‌ات با گذشت زمان بالا و پایین می‌روند و از آن‌جایی که درمان هیجان مدار مستلزم پذیرش تجربه فرد است، نیازی به برخورد فعال با آن‌ها نیست [۳۲]. درمان هیجان مدار، توجه به احساسات جسمانی همراه با مکانیسم صحبت کردن را

افزایش می‌دهد که باعث تغییرات طولانی مدت در مدیریت موفق اختلال پس از سانحه می‌شود. هم‌چنین، از طریق آموزش این روش افراد یاد می‌گیرند تا افکار خودکار، عادت‌ها یا الگوهای رفتاری را رها کنند و با رهایی از آن‌ها انعطاف‌پذیرتر شده و تغییر رفتار تسهیل می‌شود. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار، اجتناب که راه‌کاری برای تسکین پیامدهای هیجانی ناشی از اختلال پس از سانحه در این افراد است را کاهش داده و افزایش حساسیت‌زدایی و پذیرش خود را آسان می‌کند [۱۳]. در این مطالعه نیز افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های درمان هیجان‌مدار اضطراب خود را کاهش دهند و هیجان‌ها خود را بهتر مدیریت کنند. درمان تعهد و پذیرش نیز برای افراد اختلال پس از سانحه انجام شده و نتایج مثبتی به همراه داشته است، در واقع یافته‌ها در درمان افرادی که اختلال پس از سانحه دارند تا به امروز مثبت بوده است [۲۲-۲۴، ۱۱]. هم‌چنین، مطالعات مختلفی مؤید اثرات مثبت درمان پذیرش و تعهد بر رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه هستند [۲۵-۲۷]. افراد دارای ضربه پس از سانحه علاوه بر اختلال پس از سانحه با مشکل عدم کنترل صحیح هیجان‌ها و افکار مربوط به آن‌ها و موقعیت‌هایشان روبه‌رو هستند. این افراد درگیر آمیختگی شناختی، مشغول بودن به گذشته و آینده، تمرکز بیشتر بر مشکلات، عدم تناسب فعالیت‌ها با اهداف و ارزش‌ها، هستند. درمان پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارش مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون قضاوت و خودداری از اجتناب تجربه‌ای می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود که این می‌تواند باعث بهبود تنظیم هیجان و در ادامه مقابله با اضطراب اجتماعی در این افراد شود [۲۰، ۱۶، ۱۱]. در واقع درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی موجب افزایش رشد پس از سانحه و نیز افزایش سازگاری روان و انعطاف‌پذیری در این افراد می‌شود [۲۷]. در مطالعه حاضر نیز بر فرآیندهای اصلی درمان پذیرش و تعهد تمرکز شد و تکنیک‌های مورد استفاده آن‌ها برای شرکت-

کنندگان به آموزش گذاشته شد. در واقع افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های آموخته شده، انعطاف‌پذیری بیشتری را به دست آورده و در نهایت منجر به رشد پس از سانحه و کاهش ضربه شد. در این مطالعه اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بود و تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو مداخله مذکور وجود نداشت، اما در تبیین این که چرا هیجان‌مدار در ضربه پس از سانحه با تفاوت اندکی مؤثرتر از درمان پذیرش و تعهد بود، می‌توان گفت با توجه به عملکرد درمان هیجان‌مدار به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجان‌ها و ادراکات نیاز به ضربه پس از سانحه موقعیت‌ها کاهش پیدا کرده و در نتیجه باعث کاهش اجتناب و افزایش حساسیت‌زدایی شده و افراد اختلال پس از سانحه را به این سمت سوق می‌دهد تا از افکار و هیجان‌ها مرتبط با بدتنظیمی هیجانی آگاه و آزاد شده و بر رشد پس از سانحه اهتمام ورزند [۳۲، ۱۳].

با توجه به نتایج به دست آمده، هیجان‌مدار و درمان تعهد و پذیرش هر دو موجب بهبود رشد پس از سانحه و ضربه پس از سانحه در افراد اختلال پس از سانحه شدند. از این رو متخصصین فعال در حوزه اختلال پس از سانحه می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند. لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های این مطالعه می‌بایست در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران مطالعه حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد یاری‌رسان در این پژوهش از جمله افراد اختلال پس از سانحه برای شرکت در آموزش‌ها کمال قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

References

1. Salehpgoor A, Latifi Z, Tohidast SA. Evaluating par to children's stuttering using a Persian version of to Speech Disfluency Scale. *Int J Pediatr Otorhinol_ aryngology* 2020; 134: 110076.
2. Shafiei Bijan, Ansari Pegah. Using of cognitive behavioral therapy in treatment of stuttering: guide. Esfahan; *Isfahan University of Medical Sciences & Health Services* 2018; 13-25. [Farsi]
3. Kasbi F, Mokhlesin M, Maddah M, Noruzi R, Monshizadeh L, Khani MM. Effects of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Midd East J Rehab Health Stud* 2015; 2(1).
4. Alqhazo M, Blomgren M, Roy N, Abu Awwad M. Discrimination and internalised feelings experienced by people who stutter in Jordan. *IJSLP* 2017; 19(5): 519-28.
5. Zareie Faskhudi B, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Rezabakhsh H, Ghelichi L. Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering. *JAPR* 2021; 12(2): 185-209. [Farsi]
6. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2018; 10(2): 215-35.
7. Bedayat E, Askary M. The Effectiveness of Behavioral Group Therapy on Emotional Regulation and Suicidal Ideation Strategies in Female Students with Major Depressive Disorder. *Rooyesh* 2020; 9(1): 47-56. [Farsi]
8. Brignell A, Krahe M, Downes M, Kefalianos E, Reilly S, Morgan AT. A systematic review of interventions for adults who stutter. *Journal of fluency disorders* 2020; 64: 105766.
9. Boyle MP. Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders* 2011; 36(2): 122-9.
10. Scheurich JA, Beidel DC, Vanryckeghem M. Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders* 2019; 59: 21-32.
11. Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders* 2012; 37(4): 289-99.
12. Menzies R, O'Brian S, Lowe R, Packman A, Onslow M. International Phase II clinical trial of CBTPsych: A standalone Internet social anxiety treatment for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 2016; 48: 35-43.
13. Emami Meybodi A, Banijamali SH, Yazdi Seyede M, Moazeni A, Shafiei M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Improvement of Cognitive, Emotional and Behavioral Rions in Individuals with Stuttering. *MEJDS* 2015; 5(11): 109-18. [Farsi]
14. Aghamohammadi F, Saed O, Ahmadi R, Kharaghani R. The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC Psychology* 2022; 10(1): 123.
15. Emge G, Pellowski MW. Incorporating a mindfulness meditation exercise into a stuttering treatment program. *Communication Disorders Quarterly* 2019; 40(2): 125-8.
16. Garcia-Rubio C, Rodríguez-Carvajal R, Castillo-Gualda R, Moreno-Jiménez JE, Montero I. Long-term effectiveness of a mindfulness based intervention (MBI) program for stuttering: A case study. *Clínica y Salud* 2021; 32(2): 55-63.
17. Harley J. The role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions. *Am J Speech Lang Pathol* 2018; 27(3S): 1139-51.
18. Hedayatizafarghandi S, Emamipour S, Rafiepoor A. Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based therapy on emotion regulation skills. *MUMS* 2021; 64(1). [Farsi]
19. Jafarpour H, Akbari B, Shakernia I, Asadi Mojreh S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual disability. *JCMH* 2021; 7(4): 76-94. [Farsi]
20. Ataabadi S, Yousefi Z, Khayatan F. Development and Validation of Mothers' Anxiety Scale of Children with Stuttering Disorder. *MEJDS* 2021; 11: 188. [Farsi]
21. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
22. Babaie Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Depression in Adolescents Aged 14 to 18 Years with Stuttering: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JRRS* 2019; 15(5): 243-8. [Farsi]
23. Naz H, Kausar R. Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Stuttering Management: A Case Study. *Bahria Journal of Professional Psychology* 2020; 19(2): 133-53.
24. Hashemi SS, Sharifi Daramadi P, Dastjerdi Kazemi M, Rezaei S. The efficacy of acceptance and commitment group therapy program on social anxiety and speech fluency in adolescents with stuttering. *JPS* 2022; 21(115): 1301-13. [Farsi]
25. Erfani E, Rafiepoor A, Ahadi M, Serami G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation in Men with Bulimia Nervosa. *Family and Health* 2021; 11(1): 91-104. [Farsi]

26. Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the Effectiveness of “Schema Therapy” and “Acceptance and Commitment Therapy” on Emotional Regulation of Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *J Health Promot Manag* 2022; 11(6): 79-92. [Farsi]
27. Ansari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in psychosocial flexibility, Emotion Regulation, and Psychological Adjustment in People with Stuttering. *Indi's* 2018; 3(26): 83-98. [Farsi]
28. Sarabadani A, Hassanzadeh R, Emadian Sdeh. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Life Therapy on Mental Well-Being and Psychological Security in Women with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 21(12): 1249-66. [Farsi]
29. Gross J, John O. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and wellbeing. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2).
30. Alipour F, Hasani J, Bodaghi E, Mohtashmirad F, Saeidpour S. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Metacognition, and Early Maladaptive Schemas in Students with Stuttering and Normal Students. *J Child Ment Health* 2016; 3(2): 41-54. [Farsi]
31. Sønsterud H, Halvorsen MS, Feragen KB, Kirmess M, Ward D. What works for whom? Multidimensional individualized stuttering therapy (MIST). *J Comm Disord* 2020; 88: 106052.
32. Iani L, Lauriola M, Chiesa A, Cafaro V. Associations between mindfulness and emotion regulation: The key role of describing and nonre. *Mindfulness* 2019; 10: 366-75.

*Original Article***Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and acceptance commitment on post-traumatic stress and post-traumatic growth in people suffering from post-traumatic stress disorder in Tehran**

Received: 29/08/2022 - Accepted: 06/11/2022

Nazanin Haghighat Bayan¹
 Sara Nasiri^{2*}
 Manzar Malekian³
 Seyed Masoumeh Mosavi⁴
 Soheil Jafari⁵

¹ Ph.D., Department of Psychology,
 Rodhan Branch, Islamic Azad
 University, Tehran, Iran
 (Corresponding Author)

² Master's degree, Department of
 Psychology, Islamshahr Branch,
 Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Master's degree, Consulting
 Department, Science and Research
 Unit, Islamic Azad University, Kerman,
 Iran

⁴ Master's degree, Department of
 Psychology, Garmsar Branch, Islamic
 Azad University, Semnan, Iran

⁵ Master's degree, Department of
 Psychology, Ahvaz Branch, Islamic
 Azad University, Ahvaz, Iran

Email:

nazanin_haghighatbayan@yahoo.com

Abstract

Introduction: PTSD is one of the chronic and debilitating psychiatric disorders, which, according to the fifth statistical and diagnostic manual of mental disorders, is part of the diagnostic set of stress-related disorders that can develop after facing a traumatic event. The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and acceptance commitment on post-traumatic stress and post-traumatic growth in people with post-traumatic stress disorder.

Methods: This study was a semi-experimental study with two experimental groups and one control group, which was carried out with a pre-test, post-test and follow-up plan. The statistical population included adults aged 18 to 40 with post-traumatic stress disorder who referred to psychological centers in Tehran in 1402. The sample size was 30 people who were purposefully selected and randomly divided into two experimental groups and one control group (15 people in each group). The experimental groups received emotion-oriented and acceptance and commitment treatments during 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any intervention. To collect information, the post-traumatic growth adjustment questionnaire and the SRS-PTSD questionnaire were used. The data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements.

Results: The results of the study indicated the effect of emotion-oriented method and acceptance and commitment therapy on the dimensions of post-traumatic growth and post-traumatic trauma of adults with PTSD disorder ($P < 0.001$) and the effectiveness of both methods was similar. ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, specialists active in the field of post-traumatic stress disorder can consider the use of emotion-oriented methods and acceptance and commitment therapy in the treatment of these people along with other treatments.

Keywords: Post-Traumatic Growth, Post-Traumatic Disorder, Acceptance And Commitment Therapy, Emotional Therapy