

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس پس آسیمی در آتش نشانان حادثه پلاسکو

نجمه شجاعی زند<sup>۱</sup>، دکتر منصوره شهریاری احمدی<sup>۱</sup>، دکتر شیرین کوشکی<sup>۳</sup>

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران.

ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران. ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران. ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم استرس پس از سانحه آتش نشانان حادثه پلاسکو انجام شد. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه آتش نشانان مراکز آتش نشانی های شهر تهران بود که در حادثه آتش سوزی ساختمان پلاسکو سال ۱۳۹۵ حضور داشتند، که از بین آنها ۳۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند در دسترس از طریق گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از اجرای پرسشنامه های استرس پس از سانحه شهروندی می سی سی پی شرکت کنندگان در گروه آزمایش در ۱۲ جلسه تحت درمان و آموزش قرار گرفتند و البته بر روی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای انجام نشد. در مرحله بعد، برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS با نسخه ۲۳ انجام شد، نتایج حاکی از این بود که بین گروه ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. و با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نمرات علائم استرس پس از سانحه شده است.

کلمات کلیدی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس پس از سانحه، آتش نشانان

<sup>۱</sup> Email: <mailto:najmehshojaezand@gmail.com>

تحمل استرس برای هر شغل بسته به نرخ مقیاس تحمل شغلی آن دارد. نرخ تحمل استرس، چگونگی پذیرش انتقاد توسط کارکنان و نیز مواجهه اثر بخش آنان با استرس در شغل مربوطه را اندازه می‌گیرد. یکی از این مشاغل پر استرس که در رده اول همراه با شغل های اعزام کننده پلیس و آمبولانس است شغل آتش نشانی می‌باشد [۱]. آتش نشانان براساس شغل ویژه خود بطور ۲۴ ساعته در معرض بسیاری از استرس های روحی و روانی و صدمات فیزیکی، شیمیایی و غیره قرار می‌گیرند. نگاهی به شرایط محیط کاری آتش نشانان بیانگر آن است که این افراد در زمانی که همه از محیط پر خطر و با ریسک بالا فرار می‌کنند برای نجات جان و مال انسانها خود را به خطر می‌اندازند. و با وقایعی روبرو می‌شوند که آنها را از نظر روحی و روانی خسته و فرسوده میکند [۲].

وقایع تروماتیک را به عنوان حادثه ای که فرد آن را تجربه یا شاهد آن بوده یا این که فرد در معرض واقعه ای قرار گرفته باشد که به طور جدی تهدید به مرگ یا جراحت شده باشد تعریف میکنند که منجر به اختلال استرس پس آسیمی می‌شود و پاسخ فرد به این گونه تهدیدها به صورت ترس، ناامیدی یا وحشت می‌باشد [۳].

اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> تا سال ۱۹۸۰ طبقه خاصی از مشکلات روانی شناخته نمی‌شد و در همان سال برای اولین بار در DSM-III گنجانده شد. استرس پس از سانحه مجموعه‌ای از سمپتوم‌های مستمر و مکرر است که پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد تروماتیک روی می‌دهند. DSM-۵ رویداد تروماتیک را چنین تعریف می‌کند: مرگ، جراحت جدی، تجاوز جنسی یا تهدید جدی به تجربه کردن این رویدادها [۴].

عوامل استرس‌زا در اختلال استرس حاد و استرس پس از سانحه به اندازه کافی شدید هستند تا تقریباً در همه انسان‌ها تأثیر بگذارند. بعضی از این عوامل عبارتند از تجربه‌های جنگی، شکنجه، تصادفات شدید یا آتش سوزی در خانه یا ساختمان‌های دیگر، فجایع طبیعی، تهاجم و تجاوز. مطالعه NCD نشان داد که ۶۰ درصد مردان و ۵۰ درصد زنان یک ترومای قابل ملاحظه را تجربه کرده اند در حالی که نرخ شیوع تمام عمری استرس پس از سانحه حدود فقط ۸ درصد است. همچنین رویدادهایی که به نظر اکثر مردم پیش پا افتاده یا غیر فاجعه آمیز به نظر می‌رسند ممکن است در بعضی افراد استرس پس از سانحه بوجود بیاورند [۴].

یافته‌های پژوهش در افسران پلیس جنایی و آتش‌نشان‌ها [۵]، پزشکان و دانشجویان پزشکی و پرستاران اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که در چنین مشاغلی بیشتر افراد به دلیل رویارویی با منابع مهم فشار روانی مانند حوادث پر مخاطره یا شاهد فوت بیماران و جدال آن‌ها با مرگ، نشانگان استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند [۶]. کارکنان مراکز آتش‌نشانی نیز در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار دارند.

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با نشانه‌های افسردگی در مقایسه با گروه کنترل بهنجار و همچنین افراد دارای تجربه حوادث و سوانح حافظه کاذب بیشتری دارند [۷].

شیوع بیماری‌های همراه اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به گونه‌ای که حدود دو سوم این بیماران به دو اختلال دیگر نیز به صورت همزمان مبتلا هستند. بیماری‌های شایع همراه با این اختلال عبارتند از اختلال افسردگی، اختلال مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی [۸]. مطالعات مختلف همراهی اختلال استرس پس از سانحه را اختلالات دیگر از جمله افسردگی (۲۶-۶۵ درصد) و اختلال رفتاری و اختلال شخصیت (۴۰-۶۰ درصد) گزارش داده اند [۹].

<sup>۱</sup> POST-traumatic stress disorder

تحقیقات نشان داده اند که اختلال استرس پس از سانحه یکی از شایعترین واکنش های استرس در مواجهه با بلایای طبیعی و به طور قابل توجهی با طیف گسترده ای از عوارض تروما ناشی از جمله اضطراب، افسردگی، خودکشی و همچنین اختلالات عملکرد همراه است [۹]. از چند پژوهش کنترل شده چنین برمی آید که روان درمانی اثربخش است [۱۰]. یکی از این درمانها (اکت) می باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه های کارکردی و در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه ای شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان ها می باشد. پژوهشگر به چند دلیل درمان گروهی را برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نظر گرفت: گروه بر رفتار اعضای خود تأثیر دارد و می تواند در شخصیت افراد تغییرات چشمگیری را ایجاد نماید گروه فرصتی است که در آن تک یک اعضا می توانند مشکلات خود را آزادانه مطرح و آموزشهای لازم را دریافت نمایند [۱۱-۱۲].

از لحاظ تاریخی، در مکتب رفتارگرایی، درمان وابسته به پذیرش و تعهد عضوی از خانواده نسل سوم یا موج سوم درمان رفتاری به حساب می آید. رفتار درمانی اولیه یا سنتی موج اول نامیده شده است. افزوده شدن شناخت درمانی به آن و به وجود آمدن روش های رفتار درمانی شناختی (سی بی تی) موج دوم لقب گرفته است؛ و ورود مفهوم ذهن آگاهی (هوشیار بودن) و رویکرد بافت گرایانه به پدید آمدن موج سوم منجر شده است. هیز بنیان گذار اصلی درمان وابسته به پذیرش و تعهد، گفته است ورود ذهن آگاهی به جامعه رفتار درمانی یکی از جنبه های کاملاً آشکار درمان های شناختی و رفتاری موج سوم است [۱۳].

روش درمان وابسته به پذیرش و تعهد، به صورت سر واژه، در قالب یک واژه معنی دار (اکت)، یعنی عمل یا فعالیت، تلفظ می شود، نه به صورت حروف مجزای (ای.سی.تی). پدید آورندگان این روش درمانی، هیز، استروساهل و ویلسون (۲۰۱۲) بر استفاده از اکت اصرار می ورزند و می گویند: (اکت) باید به صورت یک کلمه به کار برود نه به صورت حروف مجزای (ای. سی. تی) چون ای. سی. تی شبیه به ای. سی. تی تلفظ می شود که مخفف (درمان با تشنج برقی) است که برای درمان وابسته به پذیرش و تعهد یک تداعی مناسب نیست [۱۴]. افزون بر آن اکت یادآور این نکته است که روش ما (درمان وابسته به پذیرش و تعهد) مشوق درگیری فعال در زندگی است [۱۵].

### روش تحقیق

روش پژوهش حاضر طرح شبه آزمایشی می باشد. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش آتش نشانان مراکز آتش نشانی های شهر تهران (ایستگاه های ۱۳، ۲۲، ۴۶، ۴۰، ۱۰) می باشد که در حادثه آتش سوزی ساختمان پلاسکو سال ۱۳۹۵ حضور داشتند. روش نمونه گیری پژوهش هدفمند و در دسترس بود. به منظور انتخاب حجم نمونه در این پژوهش ۴۰ نفر از مردان آتش نشان که در سانحه آتش سوزی ساختمان پلاسکو حضور داشتند، با توجه به مصاحبه ها و نمرات کسب شده ۱۵ نفر در گروه کنترل انتخاب شدند که در ادامه ۱۷ نفر به صورت تصادفی در

گروه آزمایشی قرار گرفته و از هر دو گروه پیش آزمون گرفته و گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمان شرکت کردند، در این مرحله ۲ نفر از پژوهش انصراف دادند و همچنین ۱ نفر نیز موفق به حضور در جلسات نشد و از پژوهش حذف شدند و در نهایت از هر یک از گروه آزمایش و کنترل از ۱۵ نفر پس آزمون گرفته شد.

<sup>۱</sup> ECT

در این پژوهش منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه مشاوره است که به صورت دو جلسه در هفته و به صورت ۹۰ دقیقه مطابق با پروتکل طراحی شده برای اختلال استرس پس از سانحه در دانشگاه اسپالدینگ آمریکا انجام شده است.

#### یافته ها

در این پژوهش اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم استرس پس از سانحه، اضطراب مرگ و افکار خودکشی آتش نشانان حادثه پلاسکومورد بررسی قرار گرفت. ۱۵ نفر از شرکت کنندگان در گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی گروه درمان ۳۲/۶۶ (انحراف معیار ۵/۶۳)، و گروه کنترل ۳۳/۲۶ (انحراف معیار ۵/۰۰) بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد علائم استرس پس از سانحه

مقیاس ها	گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل
	میانگین	انحراف معیار	
علائم استرس پس از سانحه (نمره کل)	پیش آزمون	۱۴۲/۶	۱۲/۴۰۹
	پس آزمون	۱۳۰/۷۳	۱۲/۸۷۶
خاطرات رخنه کننده	پیش آزمون	۳۷/۰۷	۳/۱۵
	پس آزمون	۳۴/۰۷	۳/۳۹
مشکل در ارتباطات بین فردی	پیش آزمون	۳۴/۵۳	۳/۰۶۷
	پس آزمون	۳۱/۵۳	۳/۳۹۹
ناتوانی در کنترل عاطفی	پیش آزمون	۳۸/۴۷	۳/۱۱۴
	پس آزمون	۳۵/۲۷	۳/۳۶۹
فقدان افسردگی	پیش آزمون	۳۲/۵۳	۳/۶۰۳
	پس آزمون	۲۹/۸۷	۳/۶۲۳

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. همانگونه که مشاهده می شود، در پیش آزمون، میانگین علائم استرس پس از سانحه گروه آزمایش ۱۴۲/۶ و گروه کنترل ۱۳۷/۱۳ و در دست آمده است، در پس آزمون، میانگین گروه آزمایش ۱۳۰/۷۳ و گروه کنترل ۱۳۲/۶۶ محاسبه شده است.

با توجه به اینکه تعداد نمونه های پژوهش حاضر کم است، از آماره شاپیروویلیک برای سنجش مفروضه بهنجار بودن (نرمال بودن) توزیع متغیرها استفاده می شود.

جدول ۲: آزمون شاپیروویلیک برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

گروه					
گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و کنترل					
تعهد					
آماره	درجه آزادی	معناداری	آماره	درجه آزاد	معناداری
۰/۹۵۲	۱۵	۰/۵۶۲	۰/۹۲۳	۱۵	۰/۲۱۷
۰/۹۶۹	۱۵	۰/۸۴۲	۰/۹۰۵	۱۵	۰/۱۱۲
۰/۸۸۱	۱۵	۰/۰۵۴	۰/۹۴۲	۱۵	۰/۴۰۳
۰/۹۶۷	۱۵	۰/۸۱۹	۰/۹۰۵	۱۵	۰/۱۱۲
۰/۹۳۷	۱۵	۰/۳۴۱	۰/۹۰۴	۱۵	۰/۱۱۰

در جدول (۲) نتایج آماره شاپیروویلیک به تفکیک گروه های مختلف، برای نمره های علائم استرس پس از سانحه ارایه شده است. با توجه به نتایج معناداری نمره ها، می توان با اطمینان گفت توزیع نمره ها بهنجار بوده و می توان از آمار پارامتریک برای آزمون فرضیه ها استفاده کرد.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی داده ها

آزمون لوین				
متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
علائم استرس پس از سانحه (نمره کل)	۱/۶۶۱	۱	۲۸	۰/۲۰۸
خاطرات رخنه کننده	۱/۹۱۴	۱	۲۸	۰/۱۷۷
مشکل در ارتباطات بین فردی	۰/۰۱۳	۱	۲۸	۰/۹۱۰
ناتوانی در کنترل عاطفی	۰/۲۴۳	۱	۲۸	۰/۶۲۶

فقدان افسردگی ۰/۰۵۱ ۱ ۲۸ ۰/۸۲۲

نتایج جدول (۳) نشان می دهد هیچ کدام از متغیرها مقادیر معناداری ندارند بنابراین می توانیم واریانس ها را برابر فرض کنیم.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در مورد نمرات علائم استرس پس از سانحه

شاخص	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
اثر همپراش (پیش آزمون)	خاطرات رخنه کننده	۱۹/۷۱۴	۱	۱۹/۷۱۴	۱۷/۷۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
خاطرات رخنه کننده	مشکل در ارتباطات بین فردی	۰/۰۶۴	۱	۰/۰۶۴	۰/۰۴۹	۰/۸۲۶	۰/۰۰۲
خاطرات رخنه کننده	ناتوانی در کنترل عاطفی	۰/۰۹۲	۱	۰/۰۹۲	۰/۱۲۸	۰/۷۲۴	۰/۰۰۵
فقدان افسردگی	فقدان افسردگی	۰/۵۷	۱	۰/۵۷	۰/۴۰۵	۰/۵۳۱	۰/۰۱۷
اثر همپراش (پیش آزمون)	خاطرات رخنه کننده	۰/۰۶۹	۱	۰/۰۶۹	۰/۰۶۲	۰/۸۰۵	۰/۰۰۳
مشکل در ارتباطات بین فردی	مشکل در ارتباطات بین فردی	۵۰/۳۲۶	۱	۵۰/۳۲۶	۳۸/۷۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
فردی	ناتوانی در کنترل عاطفی	۰/۱۱۵	۱	۰/۱۱۵	۰/۱۵۹	۰/۶۹۳	۰/۰۰۷
فقدان افسردگی	فقدان افسردگی	۰/۷۰۵	۱	۰/۷۰۵	۰/۵۰۱	۰/۴۸۶	۰/۰۲۰
اثر همپراش (پیش آزمون)	خاطرات رخنه کننده	۲/۴۵۹	۱	۲/۴۵۹	۲/۲۰۹	۰/۱۵	۰/۰۸۴
ناتوانی در کنترل	مشکل در ارتباطات بین فردی	۱/۴۶۲	۱	۱/۴۶۲	۱/۱۲۶	۰/۲۹۹	۰/۰۴۵
عاطفی	ناتوانی در کنترل عاطفی	۱۱۶/۵۸۱	۱	۱۱۶/۵۸۱	۱۶۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
فقدان افسردگی	فقدان افسردگی	۲/۱۳۶	۱	۲/۱۳۶	۱/۵۱۹	۰/۲۳	۰/۰۶

۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	۰/۰۱۳	۰/۰۱۴	۱	۰/۰۱۴	خاطرات رخنه کننده	اثر همپراش (پیش آزمون)
۰/۰۰۶	۰/۷۱۹	۰/۱۳۳	۰/۱۷۳	۱	۰/۱۷۳	مشکل در ارتباطات بین فردی	فقدان افسردگی
۰/۰۰۵	۰/۹۹۲	۰/۱۳۵	۰/۱۷۴	۱	۰/۱۷۴	ناتوانی در کنترل عاطفی	
۰/۳۲۹	۰/۰۰۲	۱۱/۷۶۹	۱۶/۵۵۴	۱	۱۶/۵۵۴	فقدان افسردگی	
۰/۵۰۲	۰/۰۰۱	۲۴/۲۴۱	۲۶/۹۸۸	۱	۲۶/۹۸۸	خاطرات رخنه کننده	اثر گروه
۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۳۰/۰۲	۳۸/۹۹۶	۱	۳۸/۹۹۶	مشکل در ارتباطات بین فردی	
۰/۴۹۷	۰/۰۰۱	۲۳/۶۹۷	۱۷/۰۷۵	۱	۱۷/۰۷۵	ناتوانی در کنترل عاطفی	
۰/۴۳۹	۰/۰۰۱	۱۸/۷۵۵	۲۶/۳۸	۱	۲۶/۳۸	فقدان افسردگی	
			۱/۱۱۳	۲۴	۲۶/۷۱۹	خاطرات رخنه کننده	خطا
			۱/۲۹۹	۲۴	۳۱/۱۷۶	مشکل در ارتباطات بین فردی	
			۰/۷۲۱	۲۴	۱۷/۲۹۴	ناتوانی در کنترل عاطفی	
			۱/۴۰۷	۲۴	۳۳/۷۵۸	فقدان افسردگی	
				۲۹	۳۱۸	خاطرات رخنه کننده	جمع کل تصحیح شده
				۲۹	۳۱۵/۴۶۷	مشکل در ارتباطات بین فردی	
				۲۹	۲۹۵/۳۶۷	ناتوانی در کنترل عاطفی	
				۲۹	۳۵۴/۹۶۷	فقدان افسردگی	

بر اساس نتایج جدول (۴) و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای خاطرات رخنه کننده  $\{F(1,30) = 24/241, P > 0/01\}$ ، مشکل در ارتباطات بین فردی  $\{F(1,30) = 30/02, P > 0/01\}$ ، ناتوانی در کنترل عاطفی  $\{F(1,30) = 23/69, P > 0/01\}$ ، و فقدان افسردگی  $\{F(1,30) = 18/75, P > 0/01\}$ ، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که مداخلات انجام گرفته در علائم استرس پس از سانحه مؤثر است و مقدار آتا نشان می دهد که اثر مداخلات بر خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی، و فقدان افسردگی، به ترتیب، ۵۰/۲، ۵۵/۶، ۴۹/۷ و ۴۳/۹ درصد می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۰/۹۹ اطمینان تایید می گردد. بدین ترتیب می توان. با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس پس از سانحه آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

#### نتیجه گیری

رویکرد تعهد و پذیرش جزء اولین روش های پذیرش تفکرانه در رشد اولیه است. در واقع سازه و مفهوم اساسی رویکرد تعهد و پذیرش آن است که رنج ها و تأملات روانشناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب، شناخت های درهم تنیده و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزشهای اساسی ایجاد می گردد. ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گونه ای است که اثربخشی تاکنون در پژوهش های بسیاری در زمینه مسائل و مشکلات گوناگون تایید شده است، درمان تعهد و پذیرش افزایش پذیرش واکنش های منفی افکار، هیجانات، حواس بدنی به نفع درگیری در فعالیت های معنی داری که تغییر مستقیم آن ها امکان پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می دهد، هرچند که ممکن است این کار درد و استرس زیادی را فراخواند. هدف درمان بهبود کارکرد بیمار از طریق افزایش انعطاف پذیری روانی است [۱۶]. بسیاری از درمان ها به درمانجویان کمک می کنند تا احساس بهتری داشته باشند. این درمان ها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمانجو علائم کمتر و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند. ولی درمان تعهد و پذیرش صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. در واقع هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی کردن و معنا بخشیدن به زندگی افراد است و هدف نهایی این مدل، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روانشناختی جز بهنجار تجربه انسان است. یک مداخله زمینه گرایی کارکردی مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه که رنج انسان را ناشی از انعطاف ناپذیری روانشناختی می داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای تقویت می شود. هدف اکت ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلس، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و ایجاد الگوهای گسترده عمل متعهد مربوط به این ارزش ها می باشد و هدف از این پژوهش میزان تأثیر این درمان بر علائم استرس پس از سانحه آتش نشانان حادثه پلاسکو بوده است.

نتایج یافته ها به این معناست که فرض صفر پژوهش رد می شود. و می توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم استرس پس از سانحه آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است. با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد



مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می‌وان نتیجه گرفت که مداخلات انجام گرفته در علائم استرس پس از سانحه مؤثر است. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می‌گردد. بدین ترتیب می‌توان با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس پس از سانحه آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

این اختلال را باید با در نظر گرفتن عوامل زیست شناختی قبلی، عوامل روانی - اجتماعی قبل از آسیب، خصوصیات عامل استرس‌زا زمان و مکان حادثه، ویژگی‌های موقعیتی و شخصیتی و شرایط بعد از آسیب مورد بررسی قرار داد. به علاوه معنای ذهنی عامل استرس‌زا نیز اهمیت دارد. بازمانده‌های سانحه پلاسکو، ممکن است احساس گناه کنند و این مسئله می‌تواند آنها را نسبت به ابتلا به افسردگی و استرس پس از سانحه مستعد کرده یا آن را تشدید کند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی شاخص‌های مختلف آسیب روانی مانند افسردگی، اضطراب و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بود. به نظر می‌رسد درمان به این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به بازماندگان کمک نموده تا حادثه آسیب‌زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل بی‌نتیجه بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به اختلال استرس، از این کنترل و اجتناب پرهیز نموده و به جای آن ارزش‌های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف شده، سازمان‌دهی نماید. لذا بازمانده‌های سانحه پلاسکو به وسیله‌ی پذیرش تفکرات و همچنین جدا نمودن اعمال تفکر، از بند تفکرات نشخوار کننده رهایی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود برمی‌گردد. چون مهم‌ترین مشکل این آتش نشانان، زندگی در گذشته است به طوری که آن‌ها مکرراً خاطرات آسیب‌زای گذشته را در ذهن نشخوار می‌کنند، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کرده تا بتوانند بیشتر با لحظه حال یا اکنون و تجارب زندگی اینجواکنون خود در تماس باشند. بنابراین تکنیک‌های این روش درمانی در حکم پادزهری در برابر نقایص آسیب‌شناختی می‌باشد.

## مراجع

۱. سیدهاشمی نظری، سعید، خسروی، جلال، فقیه زاده، سقراط، سید اعتمادزاده، حسن، (۱۳۸۶)، بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی با استفاده از پرسش نامه عمومی ۲۸ سوالی در سال ۱۳۸۴، *مجله پژوهشی حکیم*، تابستان، دوره دهم، شماره دوم

۲. رحیمی، محمد علی، (۱۳۸۹)، *رابطه منابع و شدت استرس شغلی با فرسودگی شغلی و سلامت روان مأموران آتش نشانی تهران*

۳. American psychiatric association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder (5<sup>th</sup> edition)*. Washington, dc: author.

۴. گنجی، حمزه و گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی بر اساس dsm-۵* تهران: انتشارات ساوالان، جلد ۱.

۵. Foa, e.b., elhers, a., clark, d.m., tolin, d.f., & orsillo, s, m. ۱۹۹۹. *the posttraumatic cognitions inventory (ptci) : development and validation psychological assessment*, ۱۱, ۳۰۳-۳۱۴

۶. Armour, c.elklit, a. lauterbach, d. & elhai, j.d. (۲۰۱۴) the dsm-۵ dissociative - PTSD subtype : can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties

differentiate between dissociative – PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims ?  
*journal of anxiety Disorders* , ۲۸(۴), ۴۱۸-۴۲۶

۷. Foa , e.b. , hembree , e.a. cahill, s p., rauch , s.a. m., riggs , d.s., feeny , n.c., & yadin, e. (۲۰۰۵) randomized trail of prolonged exposure for posttrumatic stress Disorder with and without cognitive restructuring : outcomeat academic and community clinics *journal of consulting and clinical psychology* , ۷۳ , ۹۵۳-۹۶۴

۸. Campbell – sills , l., barlow , d.h., brown , t.a., & hofman , s.g. (۲۰۰۶) . effects of suppression and acceptance on emotional responses of individakls with anxiety and mood Disorder . *behavior research and therapy* , ۴۴, ۱۲۵۱-۱۲۶۳

۹. Aupperle , r.l. Melrose , a.j. stein , m.b. & Paulus , m.p (۲۰۱۲) *executive function and PTSD:disengaging from trauma neuropharmacology* , ۶۲(۲) , ۶۸۶-۶۹۴

۱۰. Michael P.Twohig ,JLillianReuman ,Brooke M.Smithonathan S.Abramowitz ,Ellen J.Bluett ,Laura E.Fabricant ,Ryan J.Jacoby ,Kate L.Morrison .(۲۰۱۶) . Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*,

۱۱. Rowland , m. (۲۰۱۰) . *acceptance and commitment therapy for non – suicidal self in injury among adolescents* . a dissertatin submitted to faculty of the Chicago school of professional psychology for the degree for the degree of doctor of psychology

۱۲. هیز، استیون سی استروسال، کرک دی ، لوما، جیسون بی ، اسمیت، آلتیای ، ویلسون ، کلی جی ، فرمول بندی موردی

پذیرش و تعهد درمانی (ACT) مترجم: مومن زاده ، سیروس ، خواجه پور، میلاد، بهرامی ،

سجاد، فیضی، علی. (۱۳۹۶). تهران. نشر آزمون یار پویا

۱۳. والتز، توماس، هیز، استیون، مترجم ، سیف ، علی اکبر. (۱۳۹۴). *درمان وابسته به پذیرش و تعهد اکت*، نشر دیدار،

چاپ اول

۱۴. Hayes , sc , strosahl , k. (۲۰۱۰) . apractical guid to acceptance and commitment therapy new York , *springer science rusiness media*.

۱۵. هیز، استیون سی، استروساهل، کرک دی، (۲۰۰۴). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*، ترجمه :

علیزاده موسوی، ابراهیم، پیر جاوید، فاطمه. (۱۳۹۴). مشهد: انتشارات فرا انگیزش، نوبت اول

۱۶. Hayes , sc , pistorello , j. Levin , me . (۲۰۱۲) . acceptance and commitment therapy as a unified model of be havior change the counseling psychologist , ۴۰ , ۷ , ۹۷۶-۱۰۰۲