Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 2 No2 Winter 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

*Kanani K[1], Hadi S[2], Tayebi NP[3]

Abstract

Introduction: In recent years, road accidents have had incremental trend which resulted in physical, financial and psychological outcomes. One of the major psychological problems of road accidents is the emergence of post-traumatic stress disorder in people. Therefore the present study was carried out to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating adolescents suffering from post-traumatic stress disorder in road accident survivors in the province of Isfahan.

Methods: The method of the current study was semi-experimental, with pretest-posttest one-group design due to the manner of available sampling. The statistical population of the study included individuals who had road accidents and the signs of post-traumatic stress disorder in 2012-13. In order to conduct the study 10 adolescents with post-traumatic stress disorder were selected through available sampling. So the entering criterion to the study was having post-traumatic stress disorder resulting from road accidents and the age of adolescence and exiting criterion was having post-traumatic stress disorder and not being adolescent. The applied instruments were the scale of traumatic event and the scale of post-traumatic stress syndrome. The achieved data were analyzed via ANOVA with repeated measurements by SPSS 20 software.

Results: The results showed that there is a significant difference between groups in the research variables ($p<0/001$). The results of univariable tests indicated that the observed difference in MANOVA was in the scales of anxiety, depression, anger and post-traumatic stress ($p<0/01$) while there was not observed any significant difference in the analysis variable ($p>0/05$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy helps the adolescents with post-traumatic stress disorder to be able to contact with the present moment and now and here-and-now experience more and avoid living in the past which is concomitant with mental rumination of traumatic memories.

Keywords: acceptance and commitment therapy, post-traumatic stress disorder

Received: 6 November 2014 **Accepted:** 22 December 2014

1- MSc in General Psychology, Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan, Iran. (**Corresponding Author)**
E-mail: k.kanani@khuisf.ac.ir
2- PhD student of Health Psychology, University of Kharazmi, Karaj, Iran.
3- MSc student in clinical child psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ ۳۲-۲۲

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان

*کبری کنعانی[۱]، سمیرا هادی[۲]، پریناز طیبی نائینی[۳]

چکیده

مقدمه: سیری صعودی حوادث رانندگی در سال‌های اخیر، منجر به بروز پیامدهای جانی، مالی و روانی بسیار زیادی شده است. یکی از مشکلات عمده روان‌شناختی حوادث رانندگی، بروز اختلال استرس پس از آسیب در نزد افراد است. بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی استان اصفهان انجام گرفت.

روش: پژوهش نیمه تجربی حاضر از نوع پیش آزمون- پس آزمون تک گروهی بود. جامعه آماری پژوهش شامل افرادی بود که در سال‌های ۹۱ و ۹۲ در شهر اصفهان دچار سانحه تصادف شده و دارای علائم اختلال استرس پس از آسیب نیز بودند. به منظور انجام این پژوهش، ۱۰ نوجوان دارای نشانگان اختلال استرس پس از آسیب به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش، داشتن اختلال استرس پس از آسیب ناشی از تصادفات رانندگی و سن نوجوانی و معیار خروج نیز داشتن اختلالی جز اختلال استرس پس از آسیب و دوره سنی غیر از نوجوانی بود. ابزارهای مورداستفاده، سیاهه مقیاس رویداد آسیب زا و مقیاس نشانگان استرس پس آسیبی بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به وسیله نسخه بیست SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش گردیده است ($p<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون‌های تک متغیره نشان داد که این تفاوت مشاهده شده در تحلیل چند متغیری، در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی بوده است ($p<۰/۰۱$)، در حالی که در متغیر تجزیه تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به نوجوانان دارای اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی استان اصفهان باعث کاهش علائم اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی در آن ها گردیده است. این درمان به آن ها کمک می‌کند تا بتوانند بیشتر با لحظه حال یا اکنون و تجارب زندگی اینجا و کنونی خود در تماس بوده و از زندگی در گذشته که همراه نشخوار ذهنی خاطرات آسیب زا است، پرهیز نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال استرس پس از آسیب.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۵

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: k.kanani@khuisf.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

۳- پریناز طیبی نائینی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

مقدمه

حوادث از دیرباز به عنوان یک عامل مخرب و مرگ آفرین شناخته شده است. از میان حوادث مختلف، تصادفات رانندگی آثار روانی شدیدی روی افراد درگیر ایجاد می‌کند (۱). هر ساله بروز حوادث متعدد رانندگی در جاده‌های کشور و تصادفات بیش از حد درون‌شهری، عده زیادی را به کام مرگ کشیده و هزاران تن را مصدوم و خانواده‌ها و افراد بسیار زیادی را دچار عوارض روحی و جسمی متعدد و متنوعی می‌نماید (۲). با این وجود تاکنون بیش‌ترین توجه سامانه‌های بهداشتی و سایر سازمان‌های مرتبط به کاهش پیامدهای جسمانی این حوادث متمرکز بوده و از آثار روانی تابعه آن غفلت شده است (۳).

حوادث رانندگی مسبب ابتلای به ناتوانی و مرگ‌ومیر بسیار زیاد بوده و بدون مداخلات مناسب همچنان سومین علت مرگ‌ومیر و بیماری در سراسر جهان و بالأخص در ایران تا سال ۲۰۲۰ باقی خواهد ماند (۴). این حوادث نه تنها مستقیماً آسیب جسمی به فرد وارد می‌کند، بلکه به صورت غیرمستقیم نیز بر روی عملکرد روانی-اجتماعی و کارکرد وی تأثیر دارند. نکته مهم این است که صدمات جسمی با مراقبت‌های پزشکی و بازتوانی درمان می‌شوند، اما مشکلات روانی- اجتماعی ناشی از آن از چندین هفته یا ماه تا چندین سال و گاهی سراسر عمر ادامه می‌یابد (۵).

یکی از مشکلات روان‌شناختی ناشی از تصادفات، اختلال استرس پس از آسیب (Post-traumatic stress disorder) است. اختلال استرس پس از آسیب شامل مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با حوادث و خاطرات آسیب‌زای زندگی (همچون حوادث رانندگی) پدیدار می‌شود. در این اختلال فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد و وقوع حادثه را دائماً در ذهن خود تجسم می‌نماید و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (۶). از معیارهای تشخیصی این اختلال وجود علائم مربوط به بیماری حداقل به مدت یک ماه و اختلال در حوزه‌های مهم زندگی فرد نظیر حوزه‌های خانوادگی، ارتباطی، اجتماعی و شغلی او می‌باشد. اختلال استرس پس از آسیب چنان فشار ناتوان‌کننده‌ای را موجب می‌شود که تقریباً می‌تواند هر کسی را از پای در آورد (۷).

شواهد نشان می‌دهد که افرادی که یک رویداد آسیب زا را تجربه کرده‌اند به‌طور معنی‌داری نرخ بالاتری از افسردگی، افت پیشرفت تحصیلی، سوءاستفاده از مواد، روابط بین فردی مختل، سلامتی معیوب و افکار خودکشی را در مقایسه با افرادی که تاریخچه‌ای از مواجهه با رویداد آسیب زا ندارند تجربه می‌کنند (۸ و ۹). اختلال استرس پس از آسیب دربردارنده سه دسته نشانه است گروه اول، نشانه‌های مداخله‌ای و تکراری است که در معیار دوم اختلال جای دارند و ویژه خود اختلال هستند. دومین گروه، نشانه‌های معیار سوم اختلال استرس پس از آسیب هستند که خود به دو دسته نشانه‌های مربوط به اجتناب (Avoidance) و کرختی هیجانی (Numbness) تقسیم می‌شوند و افزون بر آن ممکن است اختلال‌های ترس بیمارگونه (Phobia) نیز دیده شوند و دسته‌ای که با افسردگی مشترک هستند. گروه سوم، نشانه‌های معیار چهارم اختلال استرس پس از آسیب هستند که به نشانه‌های برانگیختگی (Arousal) و بیش برانگیختگی (Hyper arousal) مربوط بوده و بین اختلال استرس پس از آسیب و سایر اختلالات اضطرابی مشترک هستند و مواردی از آن ها ممکن است در ترس بیمارگونه ساده و هم چنین در اختلال وسواس نیز دیده شوند. با وجود ارتباطی که بین مواجهه با رخداد آسیب زا و اختلال استرس پس از آسیب وجود دارد، برخی از محققان معتقدند که آسیب‌شناسی روانی پس از رویداد آسیب زا منحصر به اختلال استرس پس از آسیب نیست (۱۰). شیوع اختلال استرس پس از آسیب در جمعیت عمومی ۶/۸ درصد است (۱۱). شیوع ۱۲ ماهه این اختلال از ۱/۳ درصد در استرالیا تا ۳/۶ درصد در ایالات‌متحده آمریکا گزارش شده است. در حالی که شیوع یک ماهه این اختلال در دامنه‌ای از ۱/۸-۱/۵ درصد با استفاده از معیارهای DSM-IV و تا ۳/۴ درصد با استفاده از معیارهای ICD-10 تخمین زده شده است (۱۲).

درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavior Treatment) اولین درمان شناخته‌شده اختلال استرس پس

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

از آسیب است (۱۳) و دارای اثربخشی بالایی می‌باشد؛ اما به هر حال بسیاری از افراد نسبت به این درمان واکنش مناسب نشان نمی‌دهند یا اینکه قبل از تکمیل درمان جلسات را رها می‌کنند (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) یک مداخله روان‌شناختی تجربی محور است که ثابت شده است که در درمان بسیاری از مشکلات افراد مؤثر بوده و به نظر می‌رسد که در درمان اختلال استرس پس از آسیب نیز سودمند باشد (۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک نظریه فلسفی به نام عمل‌گرایی ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه می‌باشد (۱۶). به این صورت که در درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد که متقابلاً باعث کاهش اعمال کنترل ناموثر می‌شود. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت، در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی آزاد سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش جهت کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است می‌باشد. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناسایی نموده و به‌طور واضح آن ها را مشخص ساخته و به اهداف رفتاری تبدیل نماید (روشن سازی ارزش ها) و در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌باشد که این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده ساز، وسواسی، افکار مرتبط با آسیب که در اختلال استرس پس از آسیب مشهود است، باشد (۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، خاطرات و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنی‌دار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک های رفتاری و تجربی گوناگونی در راستای ۶ فرایند اساسی عمل می‌کند تا به هدف ایجاد تغییر دست یابد که در آن به افراد اجازه خواهد داد تا در ارتباط با خاطرات آسیب‌زای خود به روشی که از لحاظ شخصی برای فرد معنی‌دار بوده و از ارزش‌هایش سرچشمه گرفته باشد، عمل کند (۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است که در بهبود بسیاری از مشکلات بزرگسالان و نوجوانان کارآمد است، اما تقریباً مطالعات اندکی کارآمدی این روش درمانی را در درمان اختلال استرس پس از آسیب بررسی کرده‌اند (۸).

با وجود نقش محوری اجتناب هیجانی در درمان افراد دارای اختلال استرس پس از آسیب، افرادی که تلاش می‌کنند تا از تجربه افکار مرتبط با آسیب اجتناب کرده یا آن را سرکوب کنند، هم فراوانی این افکار را افزایش می‌دهند و هم نشانگان استرس پس از آسیب شدیدتری را تجربه می‌نمایند (۱۸ و ۱۹). درحالی‌که نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ نظری درمانی کارآمد در اختلال استرس پس از آسیب می‌باشد (۱۸).

Woidneck در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس پس از آسیب در میان نوجوانان نشان داد که این درمان در کاهش نشانگان اختلال استرس پس از آسیب به‌طور معنی‌داری مؤثر است (۸). همچنین پور فرج عمران در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان به این نتیجه

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

رسید که پس از مداخله نمرات هراس اجتماعی دانشجویان به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (۱۷).

Folke و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلال افسردگی نشان داده‌اند (۲۰). این تحقیقات حمایت بیشتری را برای استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال استرس پس از آسیب از لحاظ نظری فراهم می‌آورد. با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای در این زمینه در ایران به نظر می‌رسید پژوهشی جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی ضرورت داشته باشد، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی شهر اصفهان بود.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون، پس آزمون تک گروهی بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل افرادی بودند که از مهرماه سال ۹۱ تا بهمن‌ماه سال ۹۲ در شهر اصفهان دچار سانحه تصادف شده و دارای علائم اختلال استرس پس از آسیب بودند. به منظور انجام این پژوهش، تعداد ۱۳ نوجوان دارای اختلال استرس پس از آسیب از بین مراجعین مراکز درمانی و اورژانسی استان اصفهان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که از این تعداد سه نفر حاضر به شرکت در پژوهش نشدند، لذا حجم نمونه ۱۰ نفر انتخاب گردید. معیار ورود به پژوهش، داشتن اختلال استرس پس از آسیب در اثر حادثه رانندگی و سن نوجوانی و معیار خروج از مطالعه شامل وجود اختلال روانی و یا جسمی دیگر و بودن در دوره سنی غیر از دوره نوجوانی بود. جهت اطمینان از وجود این اختلال در نزد افراد نمونه پژوهش از سیاهه مقیاس رویداد آسیب زا (The Trauma Scale Checklist for children form A) و مقیاس نشانگان استرس پس آسیبی (Post-traumatic Stress Scale – Interview استفاده گردید. سیاهه مقیاس رویداد آسیب زا (TSCC-A) یک ابزار خود گزارش دهی مربوط به اختلال استرس پس از آسیب و علامت شناسی روان‌شناختی آن و دربرگیرنده دو مقیاس روان‌سنجی کم پاسخی و بیش پاسخی (برای سنجش روایی مقیاس) و پنج خرده مقیاس بالینی اضطراب، افسردگی، خشم، استرس پس آسیبی و تجزیه می‌باشد (۲۱). محمدخانی و همکاران پایایی خرده مقیاس‌های بالینی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۸۲ و روان‌سنجی بیش پاسخی و کم پاسخی آن را به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۸ را گزارش کردند. در همین بررسی روایی همگرایی خرده مقیاس ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۴۷- و روایی افتراقی خرده مقیاس‌های بالینی بین ۰/۴۸- تا ۰/۶۴- گزارش شد (۲۲). میزان پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید. مقیاس نشانگان استرس پس آسیبی (PPS-I) یک فرم مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته‌ای است که برای تشخیص اختلال استرس پس از آسیب و ارزیابی شدت نشانگان آن بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) طراحی شده است. این پرسشنامه که توسط آزمونگر تکمیل می‌گردد، شامل ۱۷ گویه و سه خرده مقیاس تجربه مجدد (Re-experience) رویداد آسیب زا (پنج گویه)، اجتنابی (هفت گویه) و بیش برانگیختگی (پنج گویه) است. این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و ویژگی‌هایی روان‌سنجی مناسب آن، کاربردش را برای مقاصد بالینی و پژوهشی توجیه می‌کند. حساسیت تشخیصی آن ۰/۸۸، ویژگی آن ۰/۹۶، پایایی باز آزمایی آن به فاصله یک ماه ۰/۷۷، پایایی نمره‌گذاری آن ۰/۹۵، همسانی درونی آن ۰/۸۶ و هماهنگی تشخیصی آن با مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-IV نزدیک به ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۴). حساسیت نسخه فارسی این مقیاس ۰/۹۱، ویژگی آن ۰/۷۸ و پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۵ به‌دست‌آمده است (۲۳). از این پرسشنامه، در این پژوهش فقط

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

جهت تشخیص تکمیلی اختلال استرس پس از سانحه استفاده شد.

متغیر مستقل در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیر وابسته میزان علائم اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بود. روش اجرای کار بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر از واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت در جلسه‌ای توجیهی دعوت به عمل آورد و فرایند پژوهش را برای آن‌ها به صورت کامل شرح داد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. پژوهشگر بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از آن ها با مراجعه به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ذهن آرا اصفهان، ابتدا با استفاده از مقیاس نشانگان استرس پس آسیبی (PPS-I) با واحدهای مورد پژوهش مصاحبه نموده و پس از تشخیص قطعی اختلال استرس پس از آسیب در آن ها جلسات آموزشی را برای هر فرد به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه به مدت ۲/۵ ماه برگزار نمود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل یک پروتکل تغییریافته‌ای از پروتکل‌های درمانی موجود برای نوجوانان و بزرگسالان بود که با هدف کاهش استفاده از راهبردهای اجتنابی تجربی، کمک به مراجع به منظور تعیین راهبردهای کارآمد برای پاسخ دادن به نشانگان مرتبط با آسیب، کاربرد این راهبردها بیرون از جلسه، کاهش تدریجی آشفتگی همبسته با نشانگان مرتبط با آسیب و افزایش رخداد فعالیت‌های زندگی تهیه شده بود. مؤلفه‌های درمانی و مداخلات خاص استفاده شده در هر جلسه در جدول (۱) ارائه گردیده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی در گروه مورد مطالعه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (۲۵).

جدول شماره ۱: جلسات درمانی

	مؤلفه‌های درمانی	تمرین/ محتوا
۱	رضایت آگاهانه	*هشدار دادن نسبت به این که درمان ممکن است به ناراحتی هیجانی بینجامد. * تعهد نسبت به تکمیل تمام ۱۰ جلسه.
	ارزیابی کلی	درخواست از مراجعان که نشانگان اختلال استرس پس از آسیب را توصیف کنند و شرح دهند که چطور زندگی‌شان را مختل کرده است و فهم این که چرا آن‌ها در جستجوی درمان برآمده‌اند و چه امید و انتظاراتی از درمان دارند.
	آموزش روانی	پاسخ‌های نزاع کردن، فرار یا بی‌حرکتی را مورد بحث قرار گرفت. نشانگان اختلال استرس پس از آسیب و همچنین بافتی را که این نشانگان در آن رخ داده بود مورد بحث و ارزیابی قرار گرفت.
۲	درماندگی خلاق	* به‌کارگیری راهبردهای بارش ذهنی برای کنترل اختلال استرس پس از آسیب و کاوش تأثیر کوتاه مدت این راهبردها در مقابل تأثیرات بلندمدت. * شناسایی تأثیر منفی تلاش برای کنترل افکار مربوط به اختلال استرس پس از آسیب. * برجسته ساختن ماهیت متناقض تلاش ها برای کنترل اختلال استرس پس از آسیب و بی فایدگی منازعه با رویدادهای درونی با استفاده از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا(این استعاره شبیه مسابقه دادن با یک هیولاست که بین شما و هیولا یک گودال عمیق است، اگر این مسابقه را ببازید به گودال خواهید افتاد و هلاک می‌شوید و شما طناب را بیشتر و بیشتر می‌کشید ولی انگار هیولا بیشتر می‌کشد و شما فراموش می‌کنید اینجا کار شما برنده شدن در مسابقه طناب‌کشی نیست بلکه انداختن طناب است و بدین وسیله مراجعان با ناکارآمدی شیوه‌های کنترل مواجه می‌شوند).
۳	کنترل به عنوان مسئله یا مشکل	*تبیین و تشریح بیهودگی تلاش ها برای کنترل اختلال استرس پس از آسیب. * شناسایی تلاش ها برای کنترل اختلال استرس پس از آسیب به عنوان بخشی از مسئله با یادآوری استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا.
	گسلش	*کمک به پرورش گسلش توسط تمرین جسمانی سازی و واداشتن مراجع به کشیدن تصویری از این شیء. از مراجعان خواسته می‌شود یک رویداد درونی مثل استرس، اضطراب و یا تپش قلب را یک شئ تصور کرده که در فاصله پنج متری از آن‌ها قرار دارد و سؤالاتی مانند این که اندازه آن چقدر است؟ چه رنگی است؟ قدرتش چقدر است؟ پرسیده می‌شود.
	پذیرش	*معرفی پذیرش به عنوان یک جایگزین برای کنترل با استفاده از تمرین آسیب روی کاغذ و با استفاده از تصویر ایجادشده در طی تمرین جسمانی سازی.
۴	پذیرش	*مرور پذیرش به وسیله نشان دادن اینکه رضایت نسبت به تجربه اختلال استرس پس از آسیب یک رفتار برگزیده و جایگزین کنترل است.
	گسلش	*شناسایی کاهش در تلاش‌های لازم برای تجربه رضایتمندانه اختلال استرس پس از آسیب.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

		*آموزش محدودیت‌های زبان و نقش آن در رنج کشیدن با استفاده از تمرین و استعار ه کودکی در سوپر مارکت. به افراد می گوییم فرض کنید به سوپر مارکت رفته‌اید و فرزندتان درخواست پفک، چیپس و چیزهای دیگر می کند و شما حس می‌کنید او زیاده‌روی می‌کند و شما از خریدن اقلام درخواستی امتناع می ورزید و آن ها را نمی‌خرید. در آن هنگام فرزندتان شروع به گریه می‌کند، فردی از راه می رسد و می‌گوید اگر نمی‌خرید اجازه بدهید من برایش بخرم و شما مجبور می شوید کوتاه بیاید و در این صورت فرزندتان یاد می‌گیرد که چگونه به هدفش برسد. اختلال استرس پس از آسیب شبیه همین داستان است و اگر طبق آن افکار و احساسات عمل کنی روزبه‌روز وضعیت بدتر می‌شود.
	عمل متعهدانه	*تعهدهای رفتاری نسبت به کاربست راهبردهای گسلش در این هفته. از فرد می‌خواهیم در این هفته طبق افکار و احساسات آزاردهنده عمل نکند.
۵	پذیرش و گسلش	*تمرین/ استعاره مسافران سوار بر اتوبوس. تصور کنید شما راننده‌ی یک اتوبوس هستید و تعدادی مسافر بد در اتوبوس شما سوار شده اند، شما در حال رانندگی هستید و آن‌ها شما را تهدید می‌کنند و به شما می گویند که اگر می‌خواهی به تو کاری نداشته باشیم، باید هر مسیری که ما گفتیم بروی و بدین صورت آن‌ها کنترل شما را به دست می‌گیرند. مسافران افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و دیگر جنبه‌های تجربه شما هستند و سپس از مراجعان پرسیده می‌شود: کدام مسافر اکنون شما را تهدید می‌کند؟
	ارزش ها	*معرفی ارزش ها از طریق استفاده از استعاره مسافران سوار بر اتوبوس توسط درخواست از مراجع تا درباره جهتی که اتوبوس می‌خواهد سفر کند به تفکر بپردازند.
	عمل متعهدانه	*تعهد رفتاری. از افراد خواسته می‌شود طبق ارزش‌هایشان و آن چه برایشان در زندگی مهم است رفتار کنند.
۶ و	ارزش ها	*تعریف مفهوم ارزش‌ها و آن چیزهایی که در زندگی برای آن‌ها اهمیت دارد.
۷		* روشن سازی ارزش‌های مراجع با استفاده از تمرین جعبه قلبی شکل و ارزیابی تداوم رفتارهای آن ها مطابق با این ارزش‌ها با استفاده از تمرین تیری که به هدف خورد.
	پذیرش	*ادامه دادن به ترغیب پذیرش هرگونه تجربه درونی مشکل‌دار با استفاده از بازدید مجدد از استعاره مسافران سوار بر اتوبوس.
		*شناسایی فرصت ها برای پذیرش از طریق کاربست بیرون از جلسه.
	عمل متعهدانه	*تعهدات رفتاری نسبت به درگیر شدن در فعالیت‌های مبتنی بر ارزش.
۸	تماس با لحظه اکنون	*کمک به مراجع در زندگی کردن با تجربیات درونی خود در زمان حال با استفاده از تمرین آگاهی از تجارب درونی و رهایی از آنان.
		* شناسایی اهمیت در حال بودن در حالی که به سختی به تجارب درونی نچسبیده باشد با یادآوری استعاره کودک در سوپر مارکت و مسافران سوار بر اتوبوس.
	گسلش	فعالیت داشتن یک اندیشه به جای خریدن یک اندیشه.
	عمل متعهدانه	*تعهدات رفتاری نسبت به درگیر شدن در فعالیت‌های مبتنی بر ارزش.
۹	خود به عنوان زمینه	*شناخت خود به عنوان زمینه جایی که تجارب درونی روی می‌دهند با استفاده از استعاره تخته شطرنج. به مراجعان گفته می‌شود فرض کنید مهره‌های سیاه افکار و احساسات شما هستند و از آن‌ها می‌پرسیم شما چه هستید و چه نقشی دارید؟ مهره سفید، صفحه شطرنج یا بازیکن؟ بازیکن بودن نقشی است که ما فکر می‌کنیم داریم ولی هیچ کنترلی بر روی آن نداریم. فرض کنید که شما همیشه مهره سفید هستید و وقتی مهره سیاه جلو می‌آید شما می‌خواهید آن را حذفش کنید مثلاً غم می‌آید و شما تلاش می‌کنید که آن را حذف کنید. مهره سفید بودن یعنی همیشه در منطقه جنگی بودن و این زندگی را سخت می کند و سال‌ها شما نقش را اشتباه پذیرفته‌اید و نقش اصلی شما صفحه شطرنج است، برای شما برد و باخت نباید مهم باشد، نقش شما این است که شاهد قضیه باشید.
		*توضیح این که اگر مراجع انتخاب نکنند چه تجارب درونی ای رخ خواهد داد، آن‌ها می‌توانند انتخاب کنند که با این تجارب چه چیزی انجام دهند.
	تماس با لحظه اکنون	*به تماشای افکار بر روی جریان گسلش
	عمل متعهدانه	*تعهدات رفتاری بیشتر نسبت به درگیر شدن در زندگی ارز مدار مبتنی بر کارهای ارزشی اخیر.
		*پرورش عمل متعهدانه به وسیله مرور کردن تمام فرایندهایی که هنوز نیاز به توجه دارند.
۱۰	مرور و اختتام	*خلاصه‌سازی درمان با استفاده از مرور مجدد استعاره مسافران سوار بر اتوبوس
		* موردبحث قرار دادن پایان درمان و به کار بردن فرایند درمان ACT برای اختتام.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که ۴۰ درصد از واحدهای پژوهش دارای سن ۱۶ سال، ۶۰ درصد آن ها دختر و ۴۰ درصد آن ها در مقطع دوم متوسطه در حال تحصیل بوده‌اند. علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر آن بود که مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در مؤلفه‌های پنج‌گانه پرسشنامه رویداد آسیب- زا دلالت بر این دارد که میانگین نمرات مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی در مرحله پس آزمون به دنبال مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش داشته است در حالی که در مقیاس تجزیه کاهشی مشاهده نگریده است (جدول ۲).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس ها قبل و بعد از آزمایش

گروه	اضطراب		افسردگی		خشم		استرس پس آسیبی		تجزیه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۹/۱۰	۰/۸۷	۸/۶۰	۰/۸۴	۸/۱۰	۰/۷۳	۹/۸۰	۰/۷۸	۵/۶۰	۱/۴۲
پس آزمون	۵/۵۰	۰/۸۴	۵/۴۰	۰/۹۶	۵/۵۱	۰/۸۴	۷/۱۰	۰/۷۳	۵/۴۰	۰/۹۶

لذا جهت بررسی معنی‌داری این کاهش نمرات در مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که با معنی‌داری آزمون چند متغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که حداقل باید یکی از متغیر ها معنی‌دار بوده باشد (جدول ۳).

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل چند متغیری

	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۸	۹۳/۳۳	۵	۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۹۳/۳۳	۵	۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۹۳/۳۳	۹۳/۳۳	۵	۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۹۳/۳۳	۹۳/۳۳	۵	۵	۰/۰۰۱

بنابراین جهت بررسی این یافته که این تفاوت مشاهده‌شده در تحلیل واریانس چند متغیری در کدام‌یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی وجود دارد به بررسی تحلیل‌های تک متغیره پرداخته شد که نتایج بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته بر تمام متغیرهای اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی تأثیری معناداری داشته باشد و این در حالی بود که این درمان بر متغیر تجزیه تأثیر معناداری نداشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی به ترتیب ۹۰ درصد، ۸۳ درصد، ۹۳ درصد و ۸۷ درصد اثر را تبیین می‌کند (جدول ۴).

جدول شماره ٤: آزمون تک متغیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
کرویت مفروض	اضطراب	۶۴/۸۰	۱	۶۴/۵۳	۸۱/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱/۰۰۰
	افسردگی	۵۱/۲۰	۱	۶۴/۵۵	۴۷/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰۰
	خشم	۳۳/۸۰	۱	۳۳/۸۰	۱۳۸/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳	۱/۰۰۰
	استرس پس آسیبی	۳۶/۴۵	۱	۳۶/۴۵	۶۳/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱/۰۰۰
	تجزیه	۰/۲۰	۱	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۷۵	۰/۰۱	۰/۰۶
خطا	اضطراب	۷/۲۰	۹	۰/۸۰				
	افسردگی	۹/۸۰	۹	۱/۰۸				
	خشم	۲/۲۰	۹	۰/۲۴				
	استرس پس آسیبی	۵/۰۵	۹	۰/۵۶				
	تجزیه	۱۶/۸۰	۹	۱/۸۶				

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان سوانح رانندگی استان اصفهان انجام گرفت. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بهبود علائم اختلال استرس پس از آسیب در نزد نوجوانان مبتلا به اختلال پس از آسیب بازماندگان سوانح رانندگی استان اصفهان منجر گردیده است. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری جهت بررسی تأثیر درمان بر جنبه‌های پنج‌گانه اختلال استرس پس از آسیب نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش علائم مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، خشم و استرس پس آسیبی در مرحله پس آزمون منجر گردیده است ولی تأثیری بر علائم

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

مقیاس تجزیه نداشته است که نتایج این مطالعه با پژوهش Woidneck همسو بوده است، چنانچه نتایج پژوهش وی نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر بهبود اضطراب، افسردگی و استرس پس آسیبی، اختلال پس از آسیب می‌گردد (۸). همچنین پورفرج عمران (۱۷) و ایزدی و همکاران (۱۶) در پژوهش‌های جداگانه‌ای خاطرنشان ساخته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی شاخص‌های مختلف آسیب روانی مانند افسردگی، اضطراب و نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب مؤثر هستند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تبیین عدم بهبودی علائم مقیاس تجزیه پژوهشگر معتقد است اختلال تجزیه دارای دلایل پدیدآیی مختلف بوده و بر اثر یک حادثه آسیب زا برای فرد ایجاد نمی‌باشد، بر همین اساس افراد نمونه پژوهش در بررسی‌های صورت گرفته واجد علائم تجزیه نبودند، لذا بهبودی معناداری نیز پس از مداخله درمانی مشاهده نگردید.

به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک-هایی است که به بازماندگان سوانح رانندگی 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 تعریف‌شده، سازمان‌دهی نمایند. لذا پس از طی نمودن این فرایند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات و هم چنین جدا نمودن اعمال از تفکر، از بند تفکرات نشخوارکننده رهایی یافته و به مسیر ارزشمند زندگی خود برمی‌گردد. این تکنیک ها همان مکانیزم هایی هستند که در تعریف و ضابطه مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مختلف به آن‌ها اشاره شده است.

مهم‌ترین مشکل نوجوانان دارای اختلال استرس پس از آسیب، 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 اینجا و اکنونی خود در تماس باشند و بنابراین تکنیک های این روش درمانی در حکم پادزهری در برابر نقایص آسیب شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب می‌باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به مکانیسم های تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و عمل متعهدانه، درمانی جامع با جنبه‌های شناختی رفتاری است که می‌تواند درمانی اثربخش در درمان نوجوانان دارای اختلال استرس پس از آسیب محسوب گردد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم تعمیم‌یافته‌ها به سایر دوره‌های سنی اشاره نمود که باید جانب احتیاط را رعایت نمود. هم چنین به علت کم بودن واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه ممکن است نتایج از ثبات و پایایی کافی برخوردار نباشد. با توجه به نقش مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مختلف روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود از این درمان در جهت کاهش افکار بازگشتی در اختلال استرس پس از آسیب بهره برده شود.

تشکر و قدردانی

از تمام کارکنان مراکز درمانی و اورژانس اصفهان که در معرفی افراد سانحه دیده دارای اختلال استرس پس از آسیب همکاری لازم را داشتند تشکر می‌گردد. هم چنین لازم است از همکاران شاغل در درمانگاه روان‌شناختی ذهن آرا و مدیریت آن مرکز قدردانی گردد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

منابع

1-Mohammad Fam I, Sadri Gh. Epidemiologic investigation of road accidents leading to death in the province of Hamedan from 1998 to 1999. Journal of Forensics. 2000; 6(20): 5-11. (Persian).

2-Chigel S. Investigating the reasons of road accidents in Iran and comparing it to other countries. The world news of insurance. 2004; 73, 11-17. (Persian).

3-Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake related PTSD in a randomly selected community sample in a north of China. American Journal of Psychiatric Association. 2000; 157(8): 1260-1266.

4-Olofsson E, Bunketrop O, Andersson AL. Children and adolescents injured in traffic-associated psychological consequences: literature review. Journal Compilation Acta Paediatr. 2009; 98(1): 17-22.

5-Wang Ching H, Shiow LT, Bond AE. Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and Quality of life in patients with traffic – related injuries. Journal Advanced Nursing.2005; 52(1): 22-30.

6-Tian F, Yennu A, Smith-Osborne A, Lima FG, North C. Liu L. Prefrontal responses to digit span memory phases in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD): A functional near infrared spectroscopy study. NeuroImage: Clinical; 2014; 4 (1): 808-819.

7-Sadok, BJ & Sadok VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol1. New York: Lippincott Williams& Wilkins.2005.

8-Woidneck MR. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology. Utah state university. Logan, Utah.2012.

9-Polusny M, Kumpula M, Meis L, Erbes C, Arbisi P, Murdoch M, et al. A gender differences in the effects of deployment-related stressors and pre-deployment risk factors on the development of PTSD symptoms in National Guard Soldiers deployed to Iraq and Afghanistan. Journal of Psychiatric Research. 2013;49(2): 1-9.

10- Shepherd, L. Wild, J. Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. J Behav Ther Exp Psychiatry.2014; 45(3): 360-367

11- Klein S, Alexander DA. Epidemiology and presentation of post-traumatic disorders. Psychiatry. Trauma and stress related disorders. 2006; 5(7): 225-7.

12- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry.2005; 62(6): 593-602.

13- Silverman W K, Ortiz C D, Viswesvaran C, Burns B J, Kolko D J, Putnam FW, et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008; 37(1): 156-83.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

14- Stallard P. Psychological intervention for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomized controlled trials. Clinical Psychology Review.2006; 26(7): 895-911.

15- Lance M, McCracken L, Sato A, Taylor G. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. The Journal of Pain. 2013; 14(11): 1398-406

16- Izadi R, Asgari K, Neshat Doost H, Abedi M. A case report in the effectiveness of acceptance and commitment therapy on frequency and intensity of involuntary obsessive disorder. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences.2012; 4(10):107-112. (Persian).

17- Pour Faraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social panic of the students. Journal of knowledge and Health. 2011; 6(2):1-5. (Persian).

18- Walser RD, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy and trauma survivors. In V. Follette (Ed.), Trauma in context: A cognitive behavioral approach to trauma, 2006, Second Ed. New York: Guilford Press.

19- Cameron A, Palm K, Follette V. Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity.Journal of Anxiety Disorders.2010; 24(6): 645-49.

20- Folke F. Parling T and Melin L. Search results for Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. Cognitive and behavioral practice.2012; 19(4):517-525.

21- Brier J, Johnson K, Bissada A, Damon L, Crouch G, Eliana H, et al. The trauma symptom checklist (TSC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. Child Abuse and Neglect. 2001; 25(8):1001-14.

22- Mohammad Khani, P. Mohammadi, L. Dolatshahi, B. Golzari, M. Symptoms of post-traumatic disorder and its overlap with other disorders in adolescents 11 to 16 years old earthquake in Bam, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2010;16(3):187-194. (Persian).

23- Foa E, Riggs D, Dancu C, Rothbaum B. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress. 1993; 6(4): 454-473.

24- Bris N. Kamp R. Sanglar R. psychology Data Analysis with SPSS. translated by Ali-Abadi Kh, Samadi A. 3rd edition. Tehran. Doran Publication. 2012. (Persian).

25- Barlow D. Clinical handbook of psychological disorders. 3rd edition. New York. Guilford Press. 1993.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]