

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Cognitive Fusion in Individuals with Prolonged Grief Disorder

Mahdieh Daraei¹, MSc student; Asghar Noruzi^{*}, PhD; Leila Hosseini Tabaghdehi², PhD

¹Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

²Department of Educational Management, Ram.C. Islamic Azad University, Ramsar, Iran

Article Information

Article History:

Received: June 21, 2024

Accepted: October 28, 2024

*Corresponding Author:

Asghar Noruzi, PhD;

Department of Psychology,
Sari Branch, Islamic Azad University,
Sari, Iran

Email: asg.noruzi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Individuals with prolonged grief disorder experience difficulties in emotion regulation. Their quality of life is also significantly diminished by cognitive fusion with specific beliefs and thoughts. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation, cognitive fusion, and self-compassion in individuals with prolonged grief disorder.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control group design. In 2023, a purposive sample of 30 individuals with prolonged grief disorder was selected and non-randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group received ACT over eight 75-minute sessions. Data were collected using the Emotion Regulation Questionnaire (Gross and John, 2003), the Self-Compassion Scale (Neff, 2003), the Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2010), and the Prolonged Grief Disorder Questionnaire (Prigerson et al., 2021). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS software, version 23.

Results: The findings showed a significant difference between the two groups at posttest for emotion regulation ($F=33.480$, $P=0.001$), self-compassion ($F=28.541$, $P=0.001$), and cognitive fusion ($F=4.803$, $P=0.001$). Specifically, ACT significantly increased scores for emotion regulation and self-compassion and decreased the scores of cognitive fusions ($P<0.05$).

Conclusion: The ACT could be utilized to enhance emotion regulation and self-compassion, as well as to reduce cognitive fusion, in individuals with prolonged grief disorder.

Keywords: Prolonged Grief Disorder, Emotion Regulation, Self-Compassion, Cognitive Fusion, Acceptance and Commitment Therapy

Please cite this article as:

Daraei M, Noruzi A, Hosseini Tabaghdehi L The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Cognitive Fusion in Individuals with Prolonged Grief Disorder. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(4): 795-809. doi: 10.30476/smsj.2025.103075.1544.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت

مهديه دارابی^۱، اصغر نوروزی^{۱*}، لیلا حسینی طبقدهی^۲

^۱گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
^۲گروه مدیریت آموزشی، واحد رامسر، دانشگاه آزاد اسلامی، رامسر، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۷

نویسنده مسئول:

اصغر نوروزی،

گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری،

ایران

پست الکترونیکی: asg.noruzi@yahoo.com

مقدمه: افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت در تنظیم هیجانات خود و خودشفقتی با مشکلاتی روبه‌رو هستند. آن‌ها همچنین با همجوشی که با باورها و برخی افکار خود پیدا می‌کنند، کیفیت زندگی خود را به‌طور جدی پایین می‌آورند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، همجوشی شناختی و خودشفقتی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود و در آن سی نفر مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت در سال ۱۴۰۲ به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور غیرتصادفی به یک گروه آزمایش (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر) جای‌دهی شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳)، پرسش‌نامه‌ی خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) و نیز پرسش‌نامه‌ی سوگ طولانی مدت پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس و کوواریانس با نرم‌افزار آماري SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: بین تنظیم هیجان ($F=33/480, P=0/001$)، خودشفقتی ($F=28/541, P=0/001$) و همجوشی شناختی ($F=4/803, P=0/001$) در دو گروه در پس‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است نمرات تنظیم هیجان، خودشفقتی را افزایش و نمرات همجوشی شناختی را کاهش دهد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: برای افزایش تنظیم هیجان و خودشفقتی و همچنین کاهش همجوشی شناختی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره گرفت.

کلمات کلیدی: سوگ طولانی مدت، تنظیم هیجان، خودشفقتی، همجوشی شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

دارابی م، نوروزی ا، حسینی طبقدهی ل. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۴، پاییز و زمستان ۱۴۰۴، ۷۹۵-۸۰۹.

تنظیم هیجان^۵ یکی از اجزای کلیدی سلامت روان است (۹). تنظیم هیجان به توانایی نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد (۱۰). افرادی که توانایی تنظیم هیجان ندارند، افزون‌بر اینکه نمی‌توانند به‌طور صحیح پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات را انجام دهند (۱۱)، قادر به توانایی تنظیم و کاهش عواطف منفی خود در مواجهه با وقایع استرس‌زا در زندگی نیز نیستند (۱۲). یافته‌های لاکور^۶ و همکاران (۱۳) نشان می‌دهد که تنظیم هیجان و خودکارآمدی درک‌شده با اختلال سوگ طولانی‌مدت در پناهندگان در درمان روان‌شناختی مرتبط است. همچنین مطالعات نقش کلیدی تنظیم هیجان و نشخوار فکری را بر دل‌بستگی نایمن و سوگ طولانی‌مدت نشان می‌دهد. نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که یک رویکرد جامع برای مداخلات اختلال سوگ طولانی‌مدت که بتواند مشکلات تنظیم هیجان و عوامل مرتبط با فقدان و رابطه را مدیریت کند بسیار اهمیت دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که اختلال در تنظیم هیجان ممکن است عامل مهمی باشد که علائم اختلال سوگ طولانی‌مدت را در میان افراد سوگوار مبتلا به روان‌رنجوری و دل‌بستگی نایمن افزایش می‌دهد (۱۴). بنا به گفته‌ی ملکی (۱۵) افرادی که پریشانی هیجانی دارند نمی‌توانند به‌خوبی هیجانات خود را در موقعیت‌های آسیب‌رسان زندگی کنترل کنند و به حل مسأله بپردازند. یکی از استراتژی‌های تنظیم هیجان که گراس (۱۶) بسیار مطالعه کرده است، خودشفقتی^۷ است که در هنگام برانگیخته‌شدن واکنش‌های هیجانی، بیشتر بر روی تعدیل واکنش تمرکز می‌کند.

شفقت به خود مشابه هنگامی است که با دیگران برای رنج‌هایشان همدلی می‌کنیم؛ رنجی که خواه ناشی از شکست، احساس بی‌کفایتی شخصی یا به‌طور کلی چالش‌های زندگی باشد. این موضع شامل روبه‌رو شدن با درد، احساس مرتبط‌بودن با کسانی که رنج می‌کشند و درک و حمایت از خود در لحظات سخت است. خودشفقتی می‌تواند به‌شکل لطیف و پرورش‌دهنده نیز دربیاید؛ مخصوصاً هنگامی که هدف آن پذیرش خود و تسکین احساسات ناراحت‌کننده باشد. بالین‌حال، می‌تواند شکل شدید، قدرتمند و عاملی نیز به خود بگیرد و به‌ویژه هدف آن محافظت از خود، برآورده‌کردن نیازهای مهم ما یا ایجاد انگیزه برای تغییر باشد (۱۷). خودشفقتی یک سازه‌ی چندوجهی

فقدان عزیزان یکی از استرس‌آورترین اتفاقات زندگی فردی است (۱). بالین‌حال خیلی از افراد سعی می‌کنند تا بدون کمک حرفه‌ای با آن مقابله کنند. همچنین تعداد شایان توجهی از افراد نیز هستند که غم شدید، مداوم و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند که به ابتلای آن‌ها به سوگ طولانی‌مدت می‌انجامد (۲). از سال ۲۰۲۰، همه‌گیری کووید ۱۹ جان بیش از شش‌ونیم میلیون نفر را گرفته و چندین برابر این تعداد را سوگوار کرده است. در سال‌های اول این همه‌گیری، محققان پیش‌بینی کردند که افراد زیادی بر اثر این واقعه، واکنش‌های ناسازگار سوگ را تجربه خواهند کرد (۳، ۴). این اختلال را با نام اختلال سوگ طولانی‌مدت^۱ که به‌تازگی به اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس‌زا در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ویرایش یازدهم)^۲ (۵) و متن بازنگری‌شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، (ویرایش پنجم)^۳ (۶) اضافه شده است، شناخته می‌شود.

یکی از ملاک‌های اصلی این اختلال، میل یا اشتیاق شدید به فرد متوفی و مشغولیت ذهنی با افکار یا خاطرات اوست. براساس ملاک‌های تشخیصی بیان‌شده در متن بازنگری‌شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش پنجم)، وجود حداقل سه نمونه از هشت ملاک اختلال هویت پس از مرگ، احساس ناباوری درباره‌ی مرگ، اجتناب از یادآوری مرگ فرد، درد شدید عاطفی، مشکل در ادغام مجدد در روابط و فعالیت‌های خود، بی‌حسی عاطفی، احساس بی‌معنابودن و تنهایی در اثر مرگ که باعث ایجاد اختلال یا ناراحتی در عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی شده‌اند، نیاز است. شیوع تلفیقی این اختلال ۹۸ درصد تخمین زده شده است. میانگین شیوع اختلال سوگ طولانی‌مدت در کشورهای آسیایی با درآمد بالا و متوسط به بالا، کمتر از کشورهای پردرآمد غربی است. همچنین این اختلال در زنان آسیب‌های بیشتری در مقایسه با مردان می‌زند (۶). به‌تازگی در یک بررسی نشان داده شد که اجتناب تجربی و نشخوار فکری نقش مهمی در تداوم سوگ طولانی‌مدت دارند (۷). افزون‌بر این، گنگیکایت و کازلوسکاس^۴ در تحقیقات خود نشان دادند که مشکلات تنظیم هیجان با سوگ طولانی‌مدت ارتباط دارد (۸).

1. Prolonged grief disorder

2. ICD-11

3. DSM-5-TR

4. Gegieckaite & Kazlauskas

5. Emotion regulation

6. Lacour

7. Self-compassion

است که در سه حوزه‌ی گسترده سازماندهی می‌شود: نحوه‌ی واکنش هیجانی افراد به رنج (مهربانی در مقابل قضاوت)، نحوه‌ی درک شناختی مشکلات (اشتراکات انسانی در مقابل انزوا)، نحوه‌ی توجه به رنج (به شیوه‌ی آگاهانه یا بیش از حد شناسایی شده) (۱۸).

باتوجه به تأکید بر خودشفقتی به عنوان منبع کلیدی برای تنظیم هیجان، خودشفقتی یکی از عوامل مهم برای محافظت در برابر تجارب نامطلوب در طول همه‌گیری کووید ۱۹ بوده است. در جدیدترین شواهد، در طول قرنطینه، بین خودشفقتی با رضایت از زندگی (۱۹) و بهزیستی روان‌شناختی^۸ ارتباط وجود دارد (۲۰). افزون بر این یافته‌ها حاکی از آن است که خودشفقتی عامل مهمی برای حفظ بهزیستی در طول همه‌گیری کرونا بوده است (۲۱). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که خودشفقتی می‌تواند یکی از عوامل مهم در برابر اضطراب و افسردگی باشد (۲۲). خودشفقتی همچنین در بهبود آسیب‌های روانی نقش دارد (۲۳) و می‌تواند زمینه‌ساز رشد در اختلال پس از سانحه^۹ (۲۴) و همچنین اختلال سوگ طولانی‌مدت نیز باشد (۲۵). طبق تحقیقات دوارته و پینتو-گوویا^{۱۰} (۲۶) افرادی که در خودشفقتی نمرات بالا کسب کرده‌اند در همجوشی شناختی^{۱۱} نمرات پایینی داشتند.

همجوشی شناختی به این معناست که افکار فرد روی رفتار او اثر می‌گذارد و باعث می‌شود فرد به تولیدات فکر (محتوا)، به جای محتوای فکر (زمینه) اهمیت دهد (۲۷). همجوشی شناختی هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد آن قدر تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که انگار کاملاً واقعی هستند و فرد توانایی کنترل رفتار و ادراک خود بر دیگر منابع تنظیم رفتاری را از دست می‌دهد و همچنین به حساسیت کمتر فرد به نتایج مستقیم می‌انجامد (۲۸). همجوشی شناختی فرد را وامی‌دارد تا به جای پاسخ به مفروضات و قواعد کلامی، به رویدادهای کنونی واکنش نشان دهد (۲۶). در مطالعه‌ای که توسط کجباف و نوروزی (۲۹) انجام گرفت نشان داده شد که همجوشی شناختی نقشی مهمی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} در افراد دارای اختلالات اضطرابی دارد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی شناختی شامل تسلط رویدادهای شناختی بر تجربه‌ی شخصی، ناتوانی در مشاهده‌ی رویدادهای شناختی از

منظری متفاوت، واکنش هیجانی به افکار، تنظیم بیش‌ازحد رفتار تحت سلطه‌ی رویدادهای شناختی، تلاش برای کنترل افکار، تجزیه و تحلیل بیش‌ازحد موقعیت‌ها و قضاوت درباره‌ی محتوای افکار خود است (۳۰). در مدل‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از تماس با تجارب نامطلوب درونی، باعث تمایل به عمل براساس همجوشی شناختی می‌شود، زیرا این عمل باعث آرامش در کوتاه‌مدت می‌شود ولی از سوی دیگر آسیب‌پذیری افراد افزایش پیدا می‌کند (۳۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم است که پایه‌های آن را بافتارگرایی کارکردی و نظریه‌ی چهارچوب ارتباطی تشکیل می‌دهند و هدف آن بهبود عملکرد و زندگی بیماران از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۳۲). این درمان روی خلق منفی و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزش‌یابانه تأکید می‌کند (۳۳). مطالعات از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ حمایت کردند (۳۴). مطالعه‌ی یاداوا^{۱۳} و همکاران (۳۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی اثربخشی بیشتری نسبت به اختلالات مربوط به تروما دارد.

باتوجه به مرور مبانی نظری و پیشینه‌ی پژوهش، افراد دارای اختلال سوگ طولانی‌مدت با چالش‌هایی از قبیل مشغولیت ذهنی با افکار یا خاطرات فرد متوفی و درد شدید عاطفی و مشکل در ادغام مجدد در روابط و فعالیت‌های خود روبه‌رو هستند. همچنین پرداختن به افراد دارای سوگ طولانی‌مدت به دلیل همه‌گیری کرونا و فراوانی این اختلال و به دلیل جدید بودن آن، امری ضروری است. از آنجایی که تحقیقات مختلف همراه با گزارش اثربخشی‌های متفاوت و در بعضی مواقع اثربخشی کمتر همراه بوده است (۳۵) و از طرفی دیگر به دلیل اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی بر متغیرهای این پژوهش و اختلال سوگ طولانی‌مدت، این پژوهش تلاش کرد تا با استفاده از برنامه‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد، سه متغیر تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی را که در این اختلال بسیار اهمیت دارد، بررسی کند. اما علی‌رغم پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی سوگ طولانی‌مدت و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیرها و همچنین روابط متغیرهای موجود بر هم صورت گرفته است، تاکنون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

8. Psychological flexibility

9. Post Traumatic Stress Disorder

10. Duarte & Pinto-Gouveia

11. Cognitive fusion

12. Acceptance and commitment therapy

13. Yadavaia

حجم نمونه

حجم نمونه‌ی این پژوهش باتوجه به نرم‌افزار G*Power با توان آزمون ۰/۹۵ و سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه‌ی اثر ۰/۷۵۱ در هر گروه چهارده نفر تعیین شد که محقق با فرض ریزش آزمودنی، پانزده نفر را در گروه گواه و پانزده نفر را در گروه کنترل قرار داد. روش نمونه‌گیری این پژوهش هدفمند و گمارش آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، به‌صورت غیرتصادفی (گروه آزمایش پانزده نفر و گروه گواه پانزده نفر) بوده است (شکل ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان گراس

این پرسش‌نامه را گراس و جان (۳۷) برای سنجش تفاوت‌های افراد در زمینه‌ی دو راهبرد تنظیم هیجانی شامل ارزیابی مجددشناختی^{۱۵} (شش‌گویه) و فرونشانی یا سرکوب^{۱۶} (چهار گویه) طراحی کرده‌اند. پاسخ‌ها براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از یک کاملاً مخالف تا هفت کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی کلی نمرات بین ده تا هفتاد قرار دارد. برای نسخه‌ی اصلی این پرسش‌نامه، همسانی درونی ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی دوماه برای مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد ۰/۶۷ و برای مؤلفه‌ی فرونشانی ۰/۷۱ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان ایتالیا، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوب ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به‌دست آمده است (۳۸). در ایران نیز آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ گزارش شد (۳۹). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد ۰/۷۴ و برای سرکوب ۰/۷۱ و همسانی درونی در پژوهش حاضر برای مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوب ۰/۷۹ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی خودشفقتی نف

پرسش‌نامه‌ی خودشفقتی فرم‌بلند توسط نف (۴۰) ساخته شده است که شامل ۲۶ گویه و شش مؤلفه‌ی دووجهی مهربانی با خود^{۱۷} در مقابل قضاوت درباره‌ی خود^{۱۸}، انسانیت مشترک در مقابل انزوا^{۱۹} و ذهن‌آگاهی^{۲۰} در مقابل همانندسازی افراطی است. گویه‌های موجود در آن در شش مؤلفه‌ی مهربانی با خود (سؤالات ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)، قضاوت درباره‌ی خود (سؤالات ۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱)، انسانیت مشترک

همجوشی شناختی و خودشفقتی افراد دارای اختلال سوگ طولانی‌مدت، چه در داخل و چه در خارج از ایران انجام نشده است که این نکته را هم می‌توان به‌عنوان یک نوآوری در این پژوهش در نظر گرفت. بنابراین پیرو آنچه مطرح شد، این پژوهش به‌دنبال این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و همجوشی شناختی و خودشفقتی افراد دارای اختلال سوگ طولانی‌مدت اثرگذار است؟

مواد و روش‌ها

طرح تحقیق

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی بود.

جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت بودند که در نیم‌سال دوم ۱۴۰۲ به کلینیک افق سلامت و بیمارستان ولیعصر در قائم‌شهر مراجعه کرده بودند.

معیار ورود و خروج

ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت براساس پرسش‌نامه‌ی سوگ طولانی‌مدت پریگرسون^{۱۴} و همکاران (۳۶) و مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته‌ی منطبق با ملاک‌های متن بازنگری‌شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال؛ دریافت‌نکردن دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش، نداشتن سابقه‌ی مصرف مواد یا وابستگی به مواد؛ فقدان بهره‌وری از مداخلات روان‌شناختی دیگر بود.

ملاک خروج مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید ازجمله اختلال افسردگی اساسی، اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی؛ داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد، غیبت بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی و افراد جزء بیمارانی با ویژگی‌های سایکوز، مانیا یا هیپومانیا یا اختلالات شخصیت مرزی (زیرا این بیماران بی‌ثباتی هیجانی دارند و فرایند ارزیابی خلق آن‌ها مشکل خواهد بود) نباشند.

14. Prigerson

15. Cognitive reappraisal

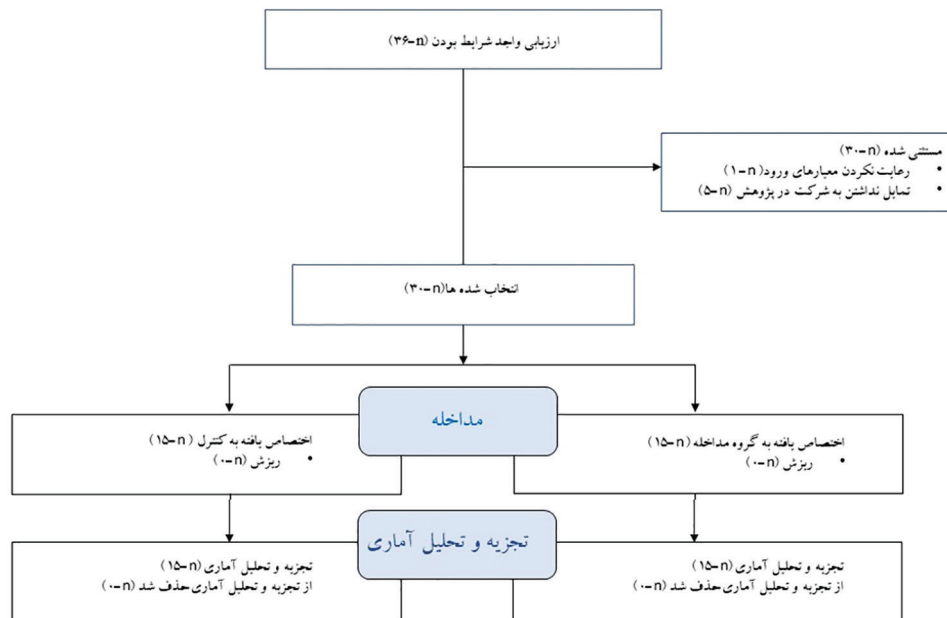
16. Suppression

17. Self-Kindness

18. Self-judgment

19. Isolation

20. Mindfulness



شکل ۱. فلوجارت کانسورت مطالعه

این پرسش‌نامه دارای دوازده سؤال و دو مؤلفه‌ی همجوشی^{۲۲} و گسلسش شناختی^{۲۳} است که تعداد سؤالات گسلسش شناختی سه عدد با شماره‌های ۱، ۲ و ۹ و همچنین تعداد سؤالات همجوشی شناختی نه عدد با شماره‌های ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ و براساس طیف شش‌درجه‌ای لیکرت (هرگز تا همیشه) که هر گویه‌ی ارزشی بین یک تا شش دارد که به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. کمترین امتیاز ممکن ۱۲ و بیشترین امتیاز ممکن نیز ۷۲ است. روایی و پایایی دو مؤلفه‌ی همجوشی و گسلسش به‌ترتیب ۷۶/۱ و ۷۱/۱ گزارش شده است. زارع (۴۲) در پژوهش خود به‌منظور بررسی اعتبار سازه‌ی این پرسش‌نامه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کرد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی وی برای پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی ۰/۷۶۵ و برای دو مؤلفه‌ی همجوشی و غیرهمجوشی به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۴۹ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر برای پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی ۰/۷۵ و برای دو مؤلفه‌ی همجوشی و غیرهمجوشی به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۱ و همسانی درونی آن برای دو مؤلفه‌ی همجوشی و غیرهمجوشی به‌ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به‌دست آورد.

پرسش‌نامه‌ی اختلال سوگ طولانی‌مدت (PG-R-13) پریگرسون و همکاران

این پرسش‌نامه را پریگرسون و همکاران (۳۶) طراحی کرده‌اند و سپس براساس تغییرات اعمال‌شده در متن بازنگری‌شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، به‌صورت سیزده سؤال توسط پریگرسون و

(سؤالات ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵)، منزوی‌سازی (سؤالات ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)، ذهن‌آگاهی (سؤالات ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲) و بزرگ‌نمایی (سؤالات ۲، ۶، ۲۰، ۲۴) قرار می‌گیرد که کیفیت رابطه‌ی فرد با تجارب خود را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان باید در طیف لیکرت ۵ (=تقریباً هرگز، ۵=تقریباً همیشه) به‌عبارت‌ها پاسخ دهند. ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌ها در مطالعه‌ی نف به‌ترتیب برای مهربانی با خود ۰/۷۸، قضاوت درباره‌ی خود ۰/۷۷، انسانیت مشترک ۰/۸۰، انزوا ۰/۷۵، ذهن‌آگاهی ۰/۷۵، فزون‌همانندسازی ۰/۸۱ و نمره‌ی کل خودشفقتی ۰/۹۲ به‌دست آمد. در مطالعه‌ی شهبازی و همکاران (۴۱) ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مهربانی با خود ۰/۸۳، قضاوت درباره‌ی خود ۰/۸۷، انسانیت مشترک ۰/۹۱، انزوا ۰/۸۸، ذهن‌آگاهی ۰/۹۲، فزون‌همانندسازی ۰/۷۷ و نمره‌ی کل خودشفقتی ۰/۹۱ به‌دست آمد. همچنین در این پژوهش پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خودشفقتی ۰/۷۱ و برای مؤلفه‌های مهربانی با خود ۰/۷۱، قضاوت درباره‌ی خود ۰/۷۲، انسانیت مشترک ۰/۷۲، انزوا ۰/۷۲، ذهن‌آگاهی ۰/۷۳، همانندسازی افراطی ۰/۷۳ و همسانی درونی در این پژوهش ۰/۷۰ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد همجوشی شناختی گیلاندرز

پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی گیلاندرز (۳۰) به‌طور تجربی توسط بنیاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انگلستان طراحی شد. این مقیاس نتیجه‌ی همکاری گیلاندرز^{۲۱} و همکارانش در سال ۲۰۱۰ است.

22. Fusion

23. Cognitive defusion

21. Gillanders

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات درمان پذیرش و تعهد (۴۳)

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و همدیگر، بیان احساسات خود قبل از ورود به جلسه؛ دلایل آمدن به جلسه و همچنین انتظاراتی که از این جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب قبلی مشابه؛ بیان قوانین مربوط به جلسات ازجمله: به‌موقع آمدن- نداشتن غیبت (وقت‌شناسی)، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه؛ بازگ کردن موضوع پژوهش و اهداف آن و درخواست برای تأمل در اهداف پژوهش؛ ارائه‌ی کلی مطالب آموزشی درباره‌ی تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون.
دوم	توضیح درباره‌ی دلایل نیاز به انجام مداخلات روان‌شناختی؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات؛ آگاهی‌دادن به اعضای گروه که افکار را به‌عنوان افکار و احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیرند؛ ارائه‌ی تکالیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از سوگ.
سوم	بررسی تکالیف جلسات قبل؛ صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش به اعضای برای اینکه بتوانند بدون قضاوت درباره‌ی خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجان‌ها و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف مبنی بر اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف خانگی.
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت درباره‌ی تفاوت بین پذیرش و تسلیم آگاهی به این موضوع که هرچه را که نمی‌توانیم تغییر دهیم بپذیریم؛ آموزش و شناخت قضاوت و تشویق آن‌ها به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن‌آگاهی به آن‌ها که بتوانند در هر لحظه، از احساسات خود آگاهی پیدا کنند، شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی تکالیف خانگی؛ ذهن‌آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
ششم	ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی از فرایند آموزش؛ بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل؛ آموزش و ارائه‌ی اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست درخصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را برای انجام آن متعهد سازیم، ارائه‌ی تکنیک توجه‌ی انتخابی برای آرامش بیشتر درخصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن‌آگاهی به‌همراه اسکن بدن.
هفتم	ارائه‌ی بازخورد و جست‌وجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری درخصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف به‌گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه صرفاً موجود.
هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ گرفتن تعهد از اعضا به‌منظور انجام تکالیف پس از دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاس‌گزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده‌ی مقابله‌ی با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تبیین می‌کند (۴۴). بنابراین در این پژوهش از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۴۵) استفاده شد.

روند اجرای پژوهش

بعد از انتخاب شرکت‌کنندگان، باتوجه به معیارهای ورود، پیش‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان گراس و خودشفقتی نف و همجوشی شناختی گیلاندرز در هر دو گروه اجرا شد. سپس جلسات مداخله بر گروه آزمایش با پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی در کلینیک افق سلامت قائم‌شهر با حضور درمانگر آموزش‌دیده اجرا شد. در طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای روی گروه گواه صورت نگرفت. بعد از پایان جلسات مداخله، بلافاصله پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد و بدین ترتیب داده‌هایی که نیاز بود برای بررسی فرضیه‌های پژوهش گردآوری شد. خلاصه‌ی جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

همکاران، تجدیدنظر شده است. در دو سؤال اول، از فرد پاسخ‌دهنده درباره‌ی اهمیت فرد متوفی سؤال پرسیده می‌شود. سپس بعد از مشخص کردن زمان فوت، به بقیه‌ی سؤالات جواب می‌دهد. این پرسش‌نامه براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً تا به‌شدت) که هر گویه ارزشی بین صفر تا چهار دارد، به‌این ترتیب که اصلاً=۰، اندکی=۱، قدری=۲، کمی زیاد=۳ و به‌شدت=۴ نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهشی که دهقان (۴۳) انجام داده است، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۵ و همسانی درونی نیز ۰/۸۲ به‌دست آمد.

برنامه مداخله‌ای

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه‌ی ۱۹۸۰ آن را معرفی کردند و با نام اختصاری ACT شناخته شده است و ریشه در فلسفه‌ی عمیقی دارد که بافتارگرایی عملکردی خوانده می‌شود و به‌لحاظ نظری بر نظریه‌ی چهارچوب رابطه‌های ذهنی است

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش و ابعاد آن

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	تنظیم هیجان	۳۰/۶۶	۴/۰۴	۳۶/۶۷	۳/۷۴
	ارزیابی مجدد شناختی	۱۳/۰۷	۲/۳۴	۲۱/۱۹	۲/۶۷
	سرکوب	۱۷/۵۹	۲/۲۲	۱۵/۴۶	۳/۰۲
	خود شفقتی	۷۸/۳۷	۳/۱۸	۸۷/۱۸	۳/۶۴
	مهربانی به خود	۱۱/۰۰	۲/۴۶	۱۶/۱۵	۲/۴۳
	قضاوت خود	۱۵/۳۳	۳/۰۶	۱۲/۴۵	۲/۵۴
	اشتراکات انسانی	۹/۱۶	۲/۳۷	۱۵/۶۷	۴/۲۳
	انزوا	۱۶/۴۵	۳/۰۹	۱۱/۹۵	۳/۳۴
	به‌شیاری	۹/۶۰	۲/۲۱	۱۷/۵۶	۲/۲۲
	هماندسازی افراطی	۱۶/۸۳	۲/۳۶	۱۳/۴۰	۳/۵۴
	همجوشی شناختی	۳۷/۸۶	۴/۹۶	۲۷/۱۱	۳/۴۳
	همجوشی شناختی	۲۹/۰۶	۴/۶۲	۱۶/۹۸	۳/۵۵
	گسلش شناختی	۸/۸۰	۳/۲۳	۱۰/۱۳	۳/۶۱
کنترل	تنظیم هیجان	۲۷/۵۸	۲/۷۰	۲۹/۸۳	۳/۴۱
	ارزیابی مجدد شناختی	۱۰/۱۰	۲/۵۵	۱۲/۰۹	۳/۳۶
	سرکوب	۱۸/۰۹	۳/۳۲	۱۷/۷۴	۲/۵۴
	خودشفقتی	۸۱/۵۷	۲/۴۶	۷۹/۲۲	۲/۶۹
	مهربانی به خود	۱۵/۶۷	۳/۴۵	۱۴/۲۲	۳/۹۶
	قضاوت خود	۱۷/۱۶	۲/۳۲	۱۷/۱۰	۴/۵۰
	اشتراکات انسانی	۹/۴۵	۳/۰۹	۱۱/۸۱	۳/۹۰
	انزوا	۱۱/۶۰	۲/۲۲	۸/۹۹	۲/۲۴
	به‌شیاری	۱۰/۸۳	۲/۳۶	۱۲/۰۱	۳/۹۶
	هماندسازی افراطی	۱۶/۸۶	۴/۶۷	۱۵/۰۹	۳/۶۰
	همجوشی شناختی	۳۴/۹۹	۳/۲۳	۳۶/۱۷	۲/۱۶
	همجوشی شناختی	۲۵/۸۸	۳/۱۰	۲۶/۱۲	۲/۵۵
	گسلش شناختی	۹/۱۱	۱/۶۱	۱۰/۰۵	۳/۱۴

تحلیل آماری

در این پژوهش داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه به دو روش تجزیه و تحلیل شد. بخش اول به صورت آمار توصیفی و بخش دوم به صورت استنباطی است که با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 تحلیل شده است. در بخش استنباطی، پس از بررسی پیش‌فرض‌های پژوهش (شاپیرو ویلک و آزمون لون)، از طریق

تحلیل واریانس چندمتغیره و کوواریانس تک‌متغیره تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.SARI. REC.1402.234 و کد IRCT این پژوهش IRCT20240602061981N1 است. به‌منظور رعایت

مباحث اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی درباره‌ی روند پژوهش، امکان خروج از پژوهش به‌صورت آزادانه و محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی آن‌ها داده شد. همچنین کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری دریافت شد.

یافته‌ها

از مجموع سی نفری که با علائم اختلال سوگ طولانی‌مدت در این پژوهش شرکت کرده بودند، پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر گروه کنترل قرار داشتند. از بین پانزده نفر مشارکت‌کننده در گروه آزمایش، نه نفر (۶۰ درصد) آن‌ها زن و شش نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. همچنین از بین پانزده نفر در گروه کنترل، هفت نفر (۴۶/۷ درصد) آن‌ها زن و هشت نفر (۵۳/۳ درصد) مرد بودند. همچنین در گروه آزمایش، چهار نفر (۲۶/۷ درصد) کمتر از ۲۵ سال، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۲۵ تا ۳۵ سال و شش نفر (۴۰ درصد) بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. همچنین در گروه کنترل هشت نفر (۵۳/۳ درصد) کمتر از ۲۵ سال، سه نفر (۲۰ درصد) بین ۲۵ تا ۳۵ سال و چهار نفر (۲۶/۷ درصد) بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. از بین پانزده نفر مشارکت‌کننده در گروه آزمایش، مدرک تحصیلی یک نفر (۶/۷ درصد) دیپلم، مدرک تحصیلی ده نفر (۶۶/۷ درصد) کارشناسی و مدرک تحصیلی چهار نفر (۲۶/۷ درصد) کارشناسی‌ارشد بود. همچنین در گروه کنترل، مدرک تحصیلی یک نفر (۶/۷ درصد) دیپلم، مدرک تحصیلی نه نفر (۶۰ درصد) کارشناسی و مدرک تحصیلی پنج نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی‌ارشد بوده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی ندارد اما در گروه آزمایش میانگین خودشفقتی و تنظیم هیجان در وضعیت پس‌آزمون بیشتر از وضعیت پیش‌آزمون است درحالی‌که میانگین همجوشی شناختی در وضعیت پیش‌آزمون بیشتر از وضعیت پس‌آزمون است. همچنین مقدار آماره‌ی شاپیرو ویلک^{۲۴} برای تمامی متغیرها غیرمعنی‌دار بود، یعنی فرض نرمال بودن متغیرها برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت میانگین دو گروه در حداقل یکی از متغیرهای تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی معنادار است ($P > 0/05$). همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۷۵/۱ درصد از تغییرات
24. Shapiro Wilk

متغیرهای تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی را تبیین می‌کند. توان آماری نشان‌دهنده‌ی حجم نمونه‌ی مناسب برای چنین نتیجه‌گیری است. براساس نتایج جدول ۲، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حداقل یکی از متغیرهای تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی افراد دارای اختلال سوگ طولانی‌مدت مؤثر است. به‌منظور بررسی دقیق تفاوت دو گروه در متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

نتیجه‌ی تحلیل کوواریانس آنکوای تک‌متغیره بین درمان پذیرش و تعهد و مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. باتوجه به گزارش‌های بیان‌شده در این جدول، بنابراین در سطح اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطای ۰/۰۵ ادعای تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد همانندسازی افراطی و گسلش شناختی رد می‌شود، درحالی‌که درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری، همجوشی شناختی، مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوب تأثیر معناداری دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی، خودشفقتی و همجوشی شناختی افراد دارای سوگ طولانی‌مدت انجام شده است. همان‌طور که در بخش استنباطی یافته‌ها ملاحظه شد، نتایج داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون، به‌طور معنی‌داری به بهبود در مؤلفه‌های تنظیم هیجان، همجوشی شناختی و خودشفقتی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب شده است. نتایج به‌دست‌آمده از این کارآزمایی بالینی را می‌توان هم‌سو با پژوهش‌های صورت‌گرفته توسط جونز^{۲۵} و همکاران (۳۴)، کجیاف و نوروزی (۲۹)، لاکور^{۲۶} و همکاران (۱۳) دانست که سودمندی اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در نتایج خود گزارش کردند. از سویی دیگر این نتایج را می‌توان مغایر با نتایج پژوهش یاداویا و همکاران (۳۵) دانست که با کمک اضلاع پذیرش، همجوشی و اجتناب تجربه‌ای بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اختلالات افسردگی و اضطراب اثربخش است و از این‌رو با این مطالعه متناقض

25. Jones

26. Lacour

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	فرضیه‌ی درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معناداری	مجذورات
اثر پیلایی	۰/۷۵۱	۲۳/۱۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۴۹	۲۳/۱۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
اثر هتلینگ	۳/۰۱۷	۲۳/۱۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۰۱۷	۳۲/۴۳۱	۳	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۱۵۷

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره‌ی ابعاد متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربع	آماره F	سطح معناداری	ضرب اتا
تعامل گروه و زمان	مهربانی به خود	۲/۳۴	۱	۲/۳۴	۱۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	قضاوت خود	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۵/۸۹	۰/۵۲۰	۰/۵۲
	اشتراکات انسانی	۵/۸۲	۱	۵/۸۲	۶۳/۷۲	۰/۱۰۰	۰/۶۶
	انزوا	۳/۷۶	۱	۳/۷۶	۱۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	بهشیاری	۳/۰۵	۱	۳/۰۵	۷۲/۵۹	۰/۱۰۰	۰/۰۶
	هماندسازی افراطی	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	۰/۶۵	۰/۴۲۸	۰/۰۳
	گسلش شناختی	۰/۱۰	۱	۰/۱۰	۰/۶۰	۰/۹۹۷	۰/۰۰
	همجوشی شناختی	۱/۸۹	۱	۱/۸۹	۳۳/۱۴	۰/۱۰۰	۰/۵۶
	مقیاس ارزیابی مجدد	۳/۷۴	۱	۳/۷۴	۲۲/۸۳	۰/۱۰۰	۰/۵۵
	سرکوب	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۰/۲۹	۰/۴۰۰	۰/۷۳

است که بر اختلالات مربوط به تروما اثربخشی ندارد. نتایج پژوهش کاهش درخور توجهی در شدت عاطفه و بهبود توانایی شرکت‌کنندگان در پذیرش احساسات دشوار بدون قضاوت که اجزای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند را نشان داد. این نتایج با مطالعات اخیر مطابقت دارد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور مؤثر پاسخ‌های هیجانی ناسازگار را هدف قرار دهد و راهبردهای مقابله‌ی سازگارانه را تسهیل کند (۴۶). افزون بر این، ادغام تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش آگاهی عاطفی و تقویت یک موضع غیرقضاوت‌کننده در برابر هیجانات مرتبط با سوگ بسیار اهمیت دارد (۴۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق شرکت‌کنندگان به مشاهده‌ی افکار و هیجانات خود از یک چشم‌انداز مستقل، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را تقویت می‌کند که در پیمایش پیچیدگی‌های

سوگ ضروری است (۴۸). نتایج نشان‌دهنده‌ی افزایش شایان توجهی در مهارت‌های تنظیم هیجان در میان شرکت‌کنندگان پس از مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نقص تنظیم هیجان در اختلال سوگ طولانی‌مدت رایج است و با پریشانی عاطفی طولانی‌مدت و اختلال در عملکرد روزانه همراه است (۴۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش هیجانات دشوار و تشویق روش‌های تمرکز حواس، افراد را با استراتژی‌های انطباقی برای مدیریت مؤثر هیجانات مرتبط با سوگ مجهز می‌کند (۵۰). مطالعه‌ی حاضر همچنین بر اهمیت رویکردهای درمانی فردی در پرداختن به ماهیت ناهمگن علائم اختلال سوگ طولانی‌مدت تأکید می‌کند. از طریق مداخلات شخصی متناسب با نیازهای هیجانی و شناختی منحصربه‌فرد شرکت‌کنندگان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور بالقوه اثرات مضر سوگ حل‌نشده را بر بهزیستی هیجانی کاهش

دهد (۵۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترویج ذهن آگاهی و پذیرش احساسات دردناک مرتبط با سوگ، به افراد کمک می‌کند تا موضع دلسوزانه‌تری در برابر خود ایجاد کنند، در نتیجه سرزنش خود و خودقضاوتی خشن را که معمولاً در اختلال سوگ طولانی مدت مشاهده می‌شود، کاهش می‌دهند (۵۲). مکانیسم‌های درمانی زیربنای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودشفقتی در اختلال سوگ طولانی مدت شامل ذهن آگاهی، ناهمجوشی شناختی و شفاف‌سازی ارزش‌ها است (۵۳). تمرین‌های ذهن آگاهی، آگاهی بدون قضاوت از تجربیات لحظه‌ای حال را تسهیل می‌کند و افراد را توانا می‌کند تا افکار و احساسات مرتبط با سوگ را بدون درگیر شدن با آن‌ها مشاهده کنند. روش‌های ناهمجوشی شناختی به افراد کمک می‌کند تا از افکار و احساسات ناراحت کننده جدا شوند و خودانتقادی را کاهش دهند. افزون بر این، شفاف‌سازی ارزش‌ها، افراد را تشویق می‌کند تا ارزش‌های شخصی را شناسایی کند و به رفتارهایی متعهد شوند که با این ارزش‌ها همخوانی داشته باشند و حس هدفمندی و خودارزشمندی را تقویت کنند. ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل بالینی برای اختلال سوگ طولانی مدت نویدبخش بهبود نتایج درمان با پرداختن به مؤلفه‌ی مهم خودشفقتی است. استراتژی‌های درمانی با تمرکز بر پرورش خودشفقتی می‌توانند به‌طور بالقوه پریشانی روان‌شناختی مرتبط با سوگ طولانی مدت را کاهش دهند، در نتیجه بهزیستی کلی و عملکرد انطباقی را در افراد مبتلا بهبود بخشند (۵۴).

اختلال سوگ طولانی مدت بیشتر با اختلالات شناختی مانند مشکلات تمرکز، مشکلات حافظه و اختلال در تصمیم‌گیری همراه است (۵۵). این نقایص شناختی می‌توانند به‌طور درخور توجهی بر عملکرد روزانه تأثیر بگذارند و پریشانی عاطفی را تشدید کنند که بر نیاز به مداخلات مؤثر برای کاهش آسیب‌های شناختی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت تأکید می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که ریشه در تئوری چارچوب رابطه‌ای و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی دارد، رویکردی جامع برای تقویت عملکرد شناختی از طریق تأکید بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش احساسات ناراحت کننده ارائه می‌دهد (۵۶). مطالعات اخیر اثرات مفید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر فرایندهای شناختی، از جمله کنترل توجه، انعطاف‌پذیری شناختی و عملکرد حافظه در

جمعیت‌های مختلف بالینی برجسته کرده‌اند (۵۷). در اختلال سوگ طولانی مدت، هدف مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود عملکرد شناختی با ترویج شیوه‌های ذهن آگاهی است که تنظیم توجه را افزایش می‌دهد و همجوشی شناختی مرتبط با سوگ را کاهش می‌دهد (۵۸). همچنان که صالحی و همکاران (۵۹) در پژوهش خود به آن اشاره کردند، اگر افراد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته باشند می‌توانند به بهترین نحو هیجانات خود را مدیریت کنند بنابراین با تقویت انعطاف‌پذیری شناختی از طریق تکنیک‌های پذیرش و ناهمجوشی شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا استراتژی‌های مقابله سازگارانه را برای مدیریت افکار مزاحم و تحریف‌های شناختی مرتبط با تجارب سوگ بهبود بخشند.

مکانیسم‌های درمانی زیربنای تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد شناختی شامل ذهن آگاهی، ناهمجوشی شناختی و شناخت ارزش‌هاست. تکنیک‌های ذهن آگاهی، آگاهی لحظه‌ای حال را پرورش می‌دهند و ناهمجوشی شناختی را افزایش می‌دهند و افراد را قادر می‌سازند تا از نشخوار فکری و افکار مزاحم مرتبط با فقدان رها شوند (۶۰). راهبردهای ناهمجوشی شناختی جدا شدن از محتوای شناختی آزاردهنده را تسهیل می‌کند، بار شناختی مرتبط با سوگ را کاهش می‌دهد و تاب‌آوری شناختی را ارتقا می‌دهد. افزون بر این، شناخت ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند تا ارزش‌های شخصی را شناسایی کنند و به اقدامات هدف‌دار متعهد شوند، در نتیجه تعامل شناختی و فرایندهای تصمیم‌گیری را علی‌رغم چالش‌های مرتبط با سوگ افزایش می‌دهد (۶۱). با همسو کردن رفتارها با جهت‌های ارزشمند زندگی، افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت می‌توانند عملکرد شناختی و عملکرد انطباقی را در زندگی روزمره باز یابند. ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل بالینی برای اختلال سوگ طولانی مدت نویدبخش رسیدگی به اختلالات شناختی و بهبود عملکرد کلی شناختی در میان افراد مبتلا است. تحقیقات آینده باید حوزه‌های شناختی خاص تحت تأثیر اختلال سوگ طولانی مدت را بررسی کند و اثربخشی بلندمدت مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در حفظ بهبودهای شناختی در طول زمان ارزیابی کند (۶۲).

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به این نمونه

طولانی مدت را تجربه می کنند، ارائه دهد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی ارزشمند برای افزایش خودشفقتی و تنظیم هیجان در میان افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت است و با تمرکز بر انعطاف پذیری روان شناختی و ذهن آگاهی، راهبردهای مؤثری را برای گذر از همجوشی با افکار مزاحم ارائه می دهد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی درمانی امیدوارکننده، با ارائه راهبردهایی به کاهش آسیب های شناختی و تسهیل مقابله ای انطباقی در مواجهه با چالش های مرتبط با سوگ، کمک می کند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از استاد راهنما و استاد مشاورم و همچنین مسئول کلینیک سلامت روان افق سلامت و تمامی افرادی که مسیر این کار پژوهشی را هموار کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

اشاره کرد که باتوجه به اینکه مسأله ی سوگواری مرتبط با فرهنگ است و باتوجه به متفاوت بودن سوگواری در مناطق مختلف و محدود بودن جامعه ی آماری به یک منطقه ی جغرافیایی، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر جوامع و فرهنگ های مختلف باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین استفاده از پرسش نامه به عنوان ابزار خود گزارش دهی امکان سوگیری در پاسخ ها مطرح می شود که می تواند محدودیت دیگری باشد.

پیشنهادهای پژوهش

پیشنهاد می شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای دیگر و جوامع و فرهنگ های دیگر با جامعه ی آماری بزرگ تر نیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود اثربخشی این درمان بر روی متغیرهای دیگر مرتبط با سوگ طولانی مدت مطالعه شود. به پژوهشگران پیشنهاد می شود تا در پژوهش های بعدی مرحله ی پیگیری را بررسی نمایند تا اثربخشی این درمان در درازمدت را بررسی کنند. تحقیقات آینده می توانند اثربخشی بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در پرورش خودشفقتی و راهبردهای مقابله ای سازگار در میان افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت را بررسی کند. افزون بر این، بررسی تعامل بین مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سایر روش های درمانی می تواند بینش هایی را درباره ی بهینه سازی پروتکل های درمانی متناسب با نیازهای منحصربه فرد افرادی که اختلال سوگ

منابع

- Boelen PA, Smid GE. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*. 2017;357:j2016.
- Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212:138-49.
- Eisma MC, Boelen PA, Lenferink LIM. Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;288:113031.
- Kokou-Kpolou CK, Fernandez-Alcantara M, Cenat JM. Prolonged grief related to COVID-19 deaths: do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S94-5.
- World Health Organization. *INSPIRE handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO; 2019. p. 26.
- DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *J Affect Disord*. 2022;303:188-97.
- Eisma MC, Stroebe MS. Emotion regulatory strategies in complicated grief: a systematic review. *Behav Ther*. 2021;52(1):234-49.
- Gegleckaite G, Kazlauskas E. Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief? *Death Stud*. 2022;46(4):911-9.
- Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion regulation flexibility. *Cogn Ther Res*.

- 2015;39(3):263-78.
10. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:379-405.
11. Di Tella M, Adenzato M, Catmur C, Miti F, Castelli L, Ardito RB. The role of alexithymia in social cognition: evidence from a non-clinical population. *J Affect Disord*. 2020;273:482-92.
12. Haeri, Basharat MA, Ahmadvand A, Shahvardi R, Ramezani Moghadam Arani M. Comparison of impulsivity, ego strength, emotional dyslexia, and perceived social support in drug addicts continuing and abandoning treatment. *Appl Psychol Q*. 2022;16(2):156-33. Persian.
13. Lacour O, Morina N, Spaaij J, Nickerson A, Schnyder U, von Kanel R, et al. Prolonged grief disorder among refugees in psychological treatment—association with self-efficacy and emotion regulation. *Front Psychiatry*. 2020;11:526.
14. Cesur-Soysal G, Durak-Batigun A. Prolonged grief, emotion regulation and loss-related factors: an investigation based on cognitive and behavioral conceptualization. *Death Stud*. 2022;46(6):1316-28.
15. Maleki B. The relationship between cognitive emotion regulation and corona disease anxiety in the elderly: the mediating role of distress tolerance. *Psychol Res*. 2021;7(4):317-30. Persian.
16. Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychol Inq*. 2015;26(1):1-26.
17. Neff K. *Fierce self-compassion: how women can harness kindness to speak up, claim their power, and thrive*. London: Penguin UK; 2021. p. 62.
18. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol*. 2023;74:193-218.
19. Li A, Wang S, Cai M, Sun R, Liu X. Self-compassion and life-satisfaction among Chinese self-quarantined residents during COVID-19 pandemic: a moderated mediation model of positive coping and gender. *Pers Individ Dif*. 2021;170:110457.
20. Nguyen TM, Le GNH. The influence of COVID-19 stress on psychological well-being among Vietnamese adults: the role of self-compassion and gratitude. *Traumatology*. 2021;27(1):86-94.
21. Avaklı M, Ak M, Uğuz F, Türkmen OO. The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Anxiety*. 2020;4(5):15-23.
22. Hsieh CC, Yu CJ, Chen HJ, Chen YW, Chang NT, Hsiao FH. Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psychooncology*. 2019;28(7):1498-505.
23. Bluth K, Roberson PN, Gaylord SA, Faurot KR, Grewen KM, Arzon S, et al. Does self-compassion protect adolescents from stress? *J Child Fam Stud*. 2016;25(4):1098-109.
24. Mitchell EE. *Posttraumatic growth, the physically active body, and self-compassion [Master's thesis]*. Halifax: Dalhousie University; 2015.
25. Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17:109-26.
26. Duarte C, Pinto-Gouveia J. The impact of early shame memories in binge eating disorder: the mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Res*. 2017;258:511-7.
27. Bodenlos JS, Hawes ES, Burstein SM, Arroyo KM. Association of cognitive fusion with domains of health. *J Contextual Behav Sci*. 2020;18:9-15.
28. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci*. 2015;4(4):300-11.
29. Norouzi M, Kajbaf MB. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on mental health and cognitive fusion of girls with emotional breakdown. *J Behav Sci Res*. 2023;20(4):634-47. Persian.
30. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*. 2014;45(1):83-101.
31. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions.

- J Contextual Behav Sci. 2018;9:15-20.
32. Nes AAG, van Dulmen S, Brembo EA, Eide H. An mHealth intervention for persons with diabetes type 2 based on acceptance and commitment therapy principles: examining treatment fidelity. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018;6(7):e151.
33. Montazeri S, Aghaei JA, Golparvar M. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness and therapy based on acceptance and commitment on psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Sadra Med J*. 2017;7(1):59-74. Persian.
34. Jones K, Methley A, Boyle G, Garcia R, Vseteckova J. A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy for managing grief experienced by bereaved spouses or partners of adults who had received palliative care. *IlIn Crisis Loss*. 2022;30(4):596-613.
35. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: a randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*. 2014;3(4):248-57.
36. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):96-106.
37. Gross JJ, John OP. Emotion regulation questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 2012;102(1):3-15.
38. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2010;26(1):25-34.
39. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iran J Med Educ*. 2013;13(9):721-9. Persian.
40. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016;7(1):264-74.
41. Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jeloudari A. Confirmatory factor structure of the Persian version of the Revised Compassion Rating Scale in a group of prisoners. *J Psychol Methods Models*. 2014;6(19):31-46. Persian.
42. Zare H. Normization of Gialenders cognitive fusion social scale based on Buhrenstadt model. *Soc Psychol Res Q*. 2014;37(4):17-28.
43. Dehghani N. Long-term bereavement in DSM-5-TR: the role of emotional intelligence in the deceased survivors of coronavirus-19. *Clin Psychol Child Adolesc*. 2022;1(1):1-25. Persian.
44. 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.
45. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1999. p. 92.
46. Spencer SD. Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic, process-based approach to treatment for mental health concerns: a mechanism of change analysis using a multiple baseline design across participants [PhD dissertation]. Honolulu: University of Hawai'i at Manoa; 2023.
47. Robinson K. Psychological flexibility and grief: the role of acceptance and commitment therapy in enhancing emotional well-being. *J Affect Disord*. 2023;330:176-88.
48. Smith MR, Seldin K, Galtieri LR, Alawadhi YT, Lengua LJ, King KM. Specific emotion and momentary emotion regulation in adolescence and early adulthood. *Emotion*. 2023;23(4):1011-27.
49. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chic)*. 2011;48(2):198-208.
50. Seiler A, von Kanel R, Slavich GM. The psychobiology of bereavement and health: a conceptual review from the perspective of social signal transduction theory of depression. *Front Psychiatry*. 2020;11:565239.
51. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review of meta-analyses. *J Contextual Behav Sci*. 2020;18:181-92.
52. Levin ME. Examining the relationship between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being in the context of chronic illness. *J Contextual Behav Sci*. 2023;30:127-35.
53. Arch JJ, Fishbein JN, Finkelstein LB, Luoma JB. Acceptance and Commitment Therapy processes and mediation: challenges and how to address them. *Behav Ther*.

- 2023;54(6):971-88.
54. Walser RD. Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of theoretical models and treatment approaches. *Behav Modif.* 2024;48(1):3-30.
55. Lenferink LIM, Franzen M, Ten Klooster PM, Knaevelsrud C, Boelen PA, Heeke C. The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: a psychometric evaluation of a new interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *J Affect Disord.* 2023;330:188-97.
56. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(7):865-78.
57. Gaudiano BA, Ward M, Benz MB, Hughes C, Johnson JE, Moitra E. Feasibility and acceptability of a mobile intervention for patients with psychosis following psychiatric hospitalization: a pilot randomized controlled trial. *Psychol Serv.* 2025;22(2):221-31.
58. Putica A, O'Donnell ML, Felmingham KL, Van Dam NT. Emotion response discordance among trauma-exposed adults: the impact of alexithymia. *Psychol Med.* 2023;53(12):5442-8.
59. Salehi S, Zahra Kar K, Asadpour E, Tehranian A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on occupational burnout, couple burnout, and family resilience among nurses. *Sadra Med J.* 2024;12(2):175-92. Persian.
60. Hayes AM, Swackhamer C, Quezada-Calvillo R, Butte NF, Sterchi EE, Nichols BL, et al. Moderating carbohydrate digestion rate promotes metabolic flexibility in mice. *bioRxiv.* 2023:2023.01.08.523060.
61. Tiffet ED, Roberts MZ, Underwood SB, Forsyth JP. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for problematic anger: a case study. *Clin Case Stud.* 2022;21(4):355-73.
62. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy: an update on theory, research and practice. *Behav Res Ther.* 2024;157:104117.