MEJDS. 2025; 15:88.
Published online 2025 Nov. **Original Article**

Examining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Cognitive Emotion Regulation in Adolescents Aged 12–18 Years With a History of Bereavement

Tabatabaei SH[1], *Saeidmanesh M[2]

Author Address
1. Master's Degree in Clinical Child and Adolescent Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. PhD in Cognitive Neurosciences, Associate Professor, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** mohsen.sau1400@gmail.com

Received: 2024 May 4; **Accepted:** 2024 June 8

Abstract

Background & Objectives: Bereavement care is an essential component of the work of a diverse range of health and social care professionals. Bereaved people may feel particularly isolated and unable to access the benefits of social support. Bereaved people experience a heightened sense of grief through social isolation and a lack of appropriate bereavement care. Adolescents with a history of bereavement experience many psychological problems, which affect their personal and professional lives. Therefore, addressing their psychological problems seems very necessary. Adolescents with a history of bereavement have behavioral problems, depression, and challenges in emotion regulation. A variety of treatments have been used to manage the problems of adolescents with a history of bereavement. A newer, empirically supported behavioral therapy that focuses on improving psychological well–being is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This therapy involves mindful attention, values–based acceptance, and action strategies for coping with difficult experiences. So, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the cognitive emotion regulation of adolescents with a history of bereavement.
Methods: This quasi–experimental interventional study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of adolescents with a history of bereavement aged 12 to 18 years living in Yazd City, Iran, who were referred to psychiatric clinics in Yazd. Thirty eligible volunteers from this population entered the study, and 15 were randomly assigned to the intervention group and 15 to the control group. The inclusion criteria for the subjects in the study were as follows: having a history of bereavement of parents, an age range of 12 to 18 years, and not using other treatment methods such as medication and psychotherapy. The exclusion criteria for the subjects in the study were absence from a treatment session and failure to complete the questionnaire during the study. An initial assessment of each subject was conducted on the first day and lasted 1.5 hours. Information such as the subject's family history of disease and treatments received so far was also recorded in the subject's file. Before treatment, the sample subjects signed a voluntary consent form to participate in the study, and assurances were given that their information would remain confidential. The variable scores of cognitive regulation of emotion were compared using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski & Kraaij, 2007) across two time periods: before and after the treatment. For the experimental group, eight 90–minute sessions of group acceptance and commitment therapy were conducted. Data analysis was performed in SPSS version 17 software. In the descriptive statistics section, the mean and standard deviation of the scores related to the variables were extracted. Then, in the inferential statistics section, data analysis was performed using the analysis of covariance statistical test. The significance level of the tests was set at 0.05.
Results: The results showed that in the posttest, there was a significant difference in the mean scores of the cognitive emotion regulation variable between the intervention group, which received group acceptance and commitment therapy, and the control group without any intervention ($p<0.001$). Based on the effect size results, 67% of the difference between the intervention group and the control group in the cognitive emotion regulation variable was due to the implementation of group acceptance and commitment therapy.
Conclusion: According to the results of the study, group acceptance and commitment therapy improves cognitive emotion regulation in adolescents with a history of bereavement. Therefore, this therapy can be used as a complementary approach to enhance cognitive and emotional regulation in these individuals.
Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive emotion regulation, Adolescents with a history of bereavement.

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۸۸.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان ۱۲تا۱۸سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ

سیدحسن طباطبایی[۱]، *محسن سعیدمنش[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۲. دکترای علوم اعصاب‌شناختی، دانشیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mohsen.sau1400@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۵اردیبهشت۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹خرداد۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: سوگ جدی‌ترین پیامدهای روان‌پزشکی و رفتاری در کودکان را به‌همراه دارد. مطالعهٔ حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان ۱۲تا۱۸سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. از بین نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ شهر یزد، سی نفر داوطلب واجد شرایط دردسترس در دامنهٔ سنی۱۲تا۱۸ سال وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. امتیازات متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان به‌وسیلهٔ پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۷) در دو نوبت زمانی قبل و بعد از درمان مقایسه شد. برای گروه آزمایش هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی اجرا شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، در پس‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین نمرات متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ براساس نتایج اندازهٔ اثر، ۶۷درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان ناشی‌از اجرای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش گروهی موجب بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان در نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ می‌شود؛ بنابراین می‌توان از این درمان به‌عنوان درمانی مکمل به‌منظور بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان در این افراد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، نظم‌جویی شناختی هیجان، نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

مراقبت از سوگ[1] جزء مهمی از کار طیف وسیعی از متخصصان بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی است؛ بااین‌حال اغلب به‌رسمیت شناخته نمی‌شود و در سیاست و عملکرد مراقبت‌های بهداشتی در اولویت نیست. افراد داغدیده ممکن است به‌خصوص احساس انزوا کنند و قادر به دسترسی به مزایای حمایت اجتماعی نباشند. در افرادی که سوگوار شده‌اند و تحت‌تأثیر قرار گرفته‌اند، با انزوای اجتماعی و نبود مراقبت از سوگ مناسب، احساس غم و اندوه تشدید می‌شود (۱). دقیقاً مشخص نیست چه تعداد از جوانان تحت‌تأثیر مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده قرار دارند. تخمین زده شده است، ۵درصد از کودکان در ایالات متحده (۱/۵ میلیون) تا سن پانزده‌سالگی یک یا هر دو والد خود را از دست می‌دهند. برخی دیگر پیشنهاد می‌کنند این نسبت در گروه‌های اجتماعی‌اقتصادی ضعیف به‌طور چشمگیری بیشتر است. سوگ به‌ویژه سوگ والدین، جدی‌ترین پیامدهای روان‌پزشکی و رفتاری در کودکان را به‌همراه دارد (۲).

رابرتز و همکاران گزارش کردند، سوگ آن‌قدر دردناک و ترسناک است که بسیاری از کودکان و نوجوانان به‌طور متناوب به احساسات خود نزدیک می‌شوند و از آن‌ها دوری می‌کنند تا تحت‌تأثیر قرار نگیرند. ازآنجاکه این احساسات ممکن است به‌جای اندوه به‌صورت طغیان‌های خشم یا رفتار نادرست بیان شود، امکان دارد مرتبط با غم و اندوه شناخته نشود (۳). به‌علاوه، نیازهای ایشان برای مراقبت و ارتباط با آن‌ها شدید و فوری است؛ لذا کودکان معمولاً از واکنش‌های غمگینی به جست‌وجوی سریع و پذیرش افراد جایگزین می‌روند. برخلاف بزرگسالانی که می‌توانند یک سال یا بیشتر سوگواری شدید را تحمل کنند، کودکان احتمالاً تا سال‌ها پس از وقوع ازدست‌دادن، تأثیرات و رفتارهای مرتبط با غم و اندوه را به‌طور متناوب نشان می‌دهند (۴)؛ بنابراین، در برخورد با کودکانی که دچار سوگ شده‌اند، مهم است از ماهیت خاص سوگواری در کودکان آگاهی حاصل شود و انتظاری نباشد که آن‌ها مانند بزرگسالان احساسات خود را ابراز کنند یا رفتارهای آشکار ایشان لزوماً ناراحتی درونی آن‌ها را آشکار سازد (۵). یکی از مشکلات بررسی‌شده در نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ، تنظیم شناختی هیجان[2] است. مهارت‌های تنظیم هیجان نقش مهمی در رابطهٔ بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و پیامدهای سلامت روان مانند افسردگی[3] بازی می‌کند. استفاده از مدل فرایند تنظیم هیجان برای مطالعهٔ اثرات ارزیابی مجدد شناختی[4] و سرکوب بیانی[5] می‌تواند به تمایز بین راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار[6] در هنگام مواجهه با رویدادی استرس‌زا در زندگی کمک کند (۶). به‌طور خاص، ارزیابی مجدد شناختی[7] زمانی اتفاق می‌افتد که فرد معنای موقعیت را با تغییر نحوهٔ تفکر خود دربارهٔ موقعیت تغییر می‌دهد؛ درحالی‌که سرکوب بیانی[8] مستلزم تغییر مستقیم مؤلفه‌های تجربی، رفتاری یا فیزیولوژیک پاسخی هیجانی پس از شروع تمایلات پاسخ است؛ مانند حالت چهره. ارزیابی مجدد شناختی معمولاً پاسخ‌های انطباقی بیشتری درقبال سرکوب بیانی نشان می‌دهد؛ اما تأثیرات ممکن است بسته به زمینه متفاوت باشد (۷).

براون و همکاران بیان کردند، ارزیابی مجدد شناختی با کاهش علائم افسردگی مرتبط است و رابطهٔ بین استرس و علائم افسردگی را مختل می‌کند؛ درحالی‌که سرکوب بیانی با افزایش علائم افسردگی مانند احساسات مثبت کمتر، احساسات منفی بیشتر، احساس نبود اصالت و پاسخ‌های سیستم عصبی سمپاتیک مرتبط است. اختلاف بین این راهبردها را می‌توان در تفاوت درزمان اجرا و تلاش شناختی ردیابی کرد (۶). ارزیابی مجدد شناختی، راهبردی متمرکز بر پیشایند (پیش‌رخداد)[9] است و قبل از اینکه هیجانی تجربه‌شده تغییراتی را در رفتار و پاسخ‌های فیزیولوژیک محیطی ایجاد کند، صورت می‌گیرد؛ درحالی‌که سرکوب بیانی، راهبردی متمرکز بر پاسخ[10] است و تنها پس از انجام این تغییرات اجرا می‌شود. سرکوب بیانی ممکن است ازنظر شناختی بیشتر از ارزیابی مجدد شناختی تأثیرگذار باشد و بر توانایی فرد برای انجام سایر کارکردهای اجرایی[11] ضروری مرتبط با پیامدهای روانی و فیزیولوژیک در طول استرس مانند افزایش سطح نشخوار فکری و اجتناب تجربی تأثیر می‌گذارد (۸).

درمان‌های مختلفی برای درمان مشکلات نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ به‌کار رفته است. یک رفتاردرمانی با پشتیبانی تجربی جدیدتر که بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی[12] تمرکز دارد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[13] است. این درمان شامل توجه آگاهانه و شیوه‌های پذیرش و اقدام مبتنی‌بر ارزش برای مقابله با تجارب دشوار است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با رفتاردرمانی شناختی متفاوت است که به افراد کمک می‌کند با افکار منفی (مانند تحریفات شناختی) کنار بیایند و آن‌ها را اصلاح کنند؛ اما درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تغییر رابطهٔ فرد با افکار و عواطف خود تمرکز می‌کند و کاهش علائم به‌عنوان محصولی جانبی رخ می‌دهد (۹). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شامل شیوه‌های پذیرش ذهنی برای بهبود انعطاف‌پذیری روانی است. انعطاف روانی توانایی تماس با لحظهٔ حال و افکار و احساسات درونی بدون دفاع و درعین‌حال پافشاری در تعقیب اهداف و ارزش‌ها ازطریق اقدام متعهدانه است. پذیرش افکار و احساسات امکان مشارکت در اقدام متعهدانه را فراهم می‌آورد که باوجود افکار و احساسات بالقوه ناراحت‌کننده، به‌سمت چیزهای مهم و معنادار حرکت می‌کند (۱۰). شیبانی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و خودکنترلی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب مؤثر است (۱۱). زکیئی و همکاران نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب و اجتناب تجربی و تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به بی‌خوابی بهبود می‌بخشد

---

1. Bereavement
2. Cognitive emotion regulation
3. Depression
4. Cognitive reappraisal
5. Expressive suppression
6. Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies
7. Cognitive reappraisal
8. Suppression of expression
9. Focused on antecedents
10. Focus on the answer
11. Executive functions
12. Psychological well-being
13. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

(۱۲). اصلی آزاد و همکاران بیان کردند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی تأثیر معناداری دارد (۱۳).
نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ مشکلات روان‌شناختی متعددی را تجربه می‌کنند که زندگی شخصی و شغلی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین رسیدگی به مشکلات روان‌شناختی آن‌ها بسیار ضروری به‌نظر می‌رسد. نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ، مشکلات رفتاری و افسردگی و مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند (۵). تاکنون مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ نپرداخته است؛ لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان ۱۲تا۱۸سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ ۱۲تا۱۸سالهٔ شهر یزد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر یزد تشکیل دادند. در پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۱۴)؛ ازاین‌رو از بین افراد جامعه، سی نفر داوطلب واجد شرایط دردسترس وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن سابقهٔ سوگ والدین؛ محدودهٔ سنی۱۲تا۱۸ سال؛ استفاده‌نکردن از روش‌های درمانی دیگر مانند دارودرمانی و روان‌درمانی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت در یک جلسهٔ درمانی و تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه در طول پژوهش بود.
برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.
ـ پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان[1]: این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و کرایج در سال ۲۰۰۷ ساخته شد (۱۵). پرسش‌نامه‌ای ۳۶آیتمی است که نُه خرده‌مقیاس دارد. پرسش‌نامه نُه راهبرد متفاوت نظم‌دهی شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را به‌صورت مفهومی از یکدیگر متمایز و ارزیابی می‌کند. هر خرده‌مقیاس از چهار آیتم تشکیل شده است. هر آیتم به چگونگی تفکر هر شخص بعد از تجربهٔ رویدادی تهدیدآمیز یا استرس‌زا می‌پردازد. پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان برای اندازه‌گیری راهبردهای شناختی کاربرد دارد که سبک واکنش به رویدادهای استرس‌زای افراد را مشخص می‌کند. پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان، پرسش‌نامه‌ای خودگزارش‌دهی است که می‌تواند برای افراد بیشتر از دوازده سال اجرا شود. هر آیتم براساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت از اغلب/هرگز=۱ تا تقریباً همیشه/همیشه=۵ نمره‌دهی می‌شود. نمرهٔ هر خرده‌مقیاس با جمع‌کردن چهار آیتم هر خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید؛ بنابراین دامنهٔ نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۴تا۲۰ است. هرچه نمرهٔ فرد در خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد بیانگر استفادهٔ بیشتر از آن راهبرد شناختی است (۱۵). این پرسش‌نامه پایایی خوبی را نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعهٔ گارنفسکی و کرایج در دامنهٔ ۰/۷۱تا۰/۸۱ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه به‌کمک روش تحلیل عوامل و چرخش واریماکس برای شش عامل ۷۲/۳۱درصد واریانس کل محاسبه شد (۱۵). جرمان و همکاران بااستفاده از تحلیل عاملی امتیازات پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه را برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۸تا۰/۸۷ به‌دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۶۹تا۰/۸۹ گزارش کردند (۱۶). نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه توسط حسنی هنجاریابی شد. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه ۰/۷۶تا۰/۹۲ و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها ۰/۳۲تا۰/۶۷ بود. روایی ملاکی پرسش‌نامه ازطریق روایی هم‌زمان با سیاههٔ افسردگی بک برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ ـ تا۰/۴۸ به‌دست آمد (۱۷).
ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: برنامهٔ درمانی به‌کاررفته در پژوهش حاضر هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی نوددقیقه‌ای بود که با الهام‌گرفتن از پژوهش قلی‌پور کویچ و همکاران تدوین شد (۱۸) و به‌تأیید سه نفر از متخصصان رسید.
شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی و مصاحبهٔ بالینی نوجوان و اجرای پرسش‌نامه
دوم	تحلیل کارکردی و ضابطه‌بندی درمان براساس الگوی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و بیان اصول درمان
سوم	ایجاد پذیرش و اشتیاق (شامل تمرین‌ها و استعاره‌های انتخاب تمایل به تجارب منفی و مثبت، مهمان ناخوشایند)
چهارم	ایجاد گسلش شناختی (شامل آموزش محدودیت‌های زبان در ادراک تجربهٔ مستقیم ازطریق تمرین شنا و جایی برای نشستن، تضعیف دلیل‌یابی و استفاده از اما و غیره، تمرین شیر، شیر، شیر، تمرین جسمیت‌دادن و استعاره‌های رژهٔ سربازان، مسافران اتوبوس)
پنجم	تماس با زمان حال و ذهن‌آگاهی (شامل تمرین‌های حضور در اینجا، دست، کشمش، قدم‌زدن، برگ‌ها در رودخانه و استعارهٔ کشتی)
ششم	خود به‌مثابهٔ بافت (شامل آموزش تمایز بین انواع خود و تمیز خود از محتوای هیجانی و شناختی، تمرین تماشاگر، استعارهٔ آسمان آبی، استعارهٔ شطرنج)
هفتم	تصریح ارزش‌ها (تمرین فیلم مستند، تمرین سنگ قبر، نامه‌ای به خود، استعارهٔ اسکی)
هشتم	اقدام متعهدانه، ایجاد الگوی عمل متعهدانه و تعریف اهداف سه‌گانه، تعیین اهداف مربوط به ارزش‌ها و برنامهٔ عمل آن‌ها

[1]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

ارزیابی اولیهٔ هر آزمودنی، روز اول و به‌مدت ۱/۵ ساعت صورت پذیرفت. همچنین اطلاعاتی مانند سابقهٔ بیماری در خانواده و درمان‌های صورت‌گرفته تاکنون، در پروندهٔ آزمودنی ثبت شد. قبل از انجام درمان، افراد نمونه فرم رضایت‌نامهٔ شرکت داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. در ادامه برای افراد نمونه پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (۱۵) اجرا شد و ثبت نتایج در پروندهٔ هر آزمودنی صورت گرفت. در پایان درمان، پرسش‌نامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (۱۵) هدف ارزیابی مجدد قرار گرفت و نتایج در پروندهٔ هر آزمودنی ثبت شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ انجام پذیرفت. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرها استخراج شد. سپس در بخش آمار استنباطی، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس صورت گرفت. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بااستفاده از آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف و لون و همگنی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون شیب خطوط رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، سی نوجوان دارای سابقهٔ سوگ مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه در گروه مداخله ۱۵/۸۲±۲/۳۱ سال و در گروه گواه ۱۵/۳۱±۲/۵۱ سال بود. ازنظر جنسیتی، در گروه مداخله هشت دختر و هفت پسر و در گروه گواه شش دختر و نُه پسر حضور داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان در دو گروه مداخله و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به‌ذکر است قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. آزمون کلموگروف‌اسمیرنف نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان را در دو گروه مداخله و گواه نشان داد (p=۰/۲۰۸)؛ درضمن طبق آزمون لون فرض تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در پس‌آزمون نظم‌جویی شناختی هیجان رد نشد (p=۰/۱۳۴)؛ همچنین درنتیجهٔ بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون، پیش‌فرض مربوط به همگنی شیب خطوط رگرسیون رد شد (p=۰/۱۸۷).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر
نظم‌جویی شناختی هیجان	مداخله	۴۴/۲۱	۶/۴۴	۶۲/۸۸	۹/۵۱	۲۸/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گواه	۴۳/۵۸	۶/۰۷	۴۴/۰۸	۶/۲۱			

باتوجه‌به جدول ۲، در پس‌آزمون، میانگین گروه مداخله در متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان بیشتر از گروه گواه بود. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون مشخص کرد، در پس‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین نمرات متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی این درمان باعث افزایش نمرهٔ متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان در نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان در نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ اثربخشی دارد. نتایج اندازهٔ اثر نشان داد، ۶۷درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان ناشی‌از اجرای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی بود.

۴ بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان ۱۲تا۱۸سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ تأثیر معناداری دارد و منجربه بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان در این نوجوانان می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات زیر همسوست: شیبانی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی بر بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و خودکنترلی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب مؤثر است (۱۱)؛ زکیئی و همکاران گزارش کردند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب و اجتناب تجربی و تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به بی‌خوابی بهبود می‌بخشد (۱۲)؛ اصلی آزاد و همکاران نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی تأثیر معناداری دارد (۱۳).

شیبانی و همکاران گزارش کردند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش و انتشار شناختی برای ارتقای انعطاف‌پذیری روانی افراد استفاده می‌کند؛ درواقع درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، رویکردی زمینه‌گرا است و بیماران را به‌گونه‌ای به‌چالش می‌کشد که افکار و احساسات خود را بپذیرند و خود را متعهد به ایجاد تغییرات لازم کنند. در نظریهٔ پذیرش و تعهد سعی شده است افراد شرایط زندگی خود را بدون اجتناب از افکار و احساسات مزاحم با ارائهٔ مثال‌ها و مقایسه‌ها بپذیرند (۱۱). مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طیف گسترده‌ای از مسائل روانی ازجمله عصبانیت، اضطراب، افسردگی، وسواس، فوبیای اجتماعی، سوءمصرف مواد و اضطراب را بهبود می‌بخشد (۱۰).

درراستای تبیین یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، تنظیم شناختی هیجان معیاری اساسی در بررسی بهزیستی روان‌شناختی است. نوجوانانی که روش‌های شناختی تنظیم هیجان را به‌کار می‌برند، از شیوهٔ توجیه خوش‌بینانه استفاده می‌کنند و مسائل ناخوشایندی مانند بیماری و مرگ

را به مسائل خارجی نسبت می‌دهند؛ به‌این‌ترتیب که خود را مقصر مرگ و بیماری اطرافیان نمی‌پندارند و امری طبیعی تلقی می‌کنند و می‌دانند می‌توانند کم‌کم به زندگی عادی خود بازگردند (۱۳).

لیو و همکاران گزارش کردند، بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی بیشتر از افراد سالم درگیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار هستند و رابطهٔ مثبت بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و علائم مثبت شدید وجود دارد. اهمیت اختلال در تنظیم هیجان توسط مسیری شناختی‌عاطفی از تروما به روان‌پریشی پشتیبانی می‌شود؛ جایی که تعامل بین اختلال در تنظیم هیجان و علائم افسردگی ممکن است اثرات تروما را بر علائم مثبت توضیح دهد (۱۹)؛ لذا، شواهد خوبی برای حمایت از این دیدگاه وجود دارد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و اختلال در تنظیم هیجانات می‌تواند تأثیرات اضطراب پس از سانحه بر علائم افسردگی را میانجی‌گری کند؛ این مسیر امکان دارد برای تأثیرگذاری بر علائم مثبت در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی گسترش یابد (۱۲).

ازآنجاکه نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ معمولاً از افسردگی رنج می‌برند و افسردگی می‌تواند در اختلال تنظیم شناختی هیجان نقش واسطه‌ای داشته باشد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با به‌چالش کشیدن افکار و احساسات و انعطاف‌پذیری ناشی‌از این درمان، می‌تواند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار را در نوجوانان کاهش دهد و منجربه تقویت مدیریت هیجان در نوجوانان شود (۱۰). همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بااستفاده از توانایی‌های شناختی و هیجانی فرد در امر درمان، از میزان نشخوار فکری و سرزنش خود و فاجعه‌انگاری فرد می‌کاهد و بدین‌ترتیب استفاده از سیستم‌های مهاری شناختی مغز برای واپس‌روانی افکار منفی و بهبود تنظیم هیجان را تقویت می‌کند (۱۱).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب پذیرش انواع احساسات و افکار به‌عنوان فرایندهای ذهن بدون اعمال این احساسات (مانند غم و اندوه، عصبانیت، ناامیدی)، بدون درنظرگرفتن افکار به‌منزلهٔ حقایق نهایی می‌شود. نقطهٔ مقابل پذیرش شناخت‌ها و احساسات ناخوشایند، اجتناب تجربی[1] است. اجتناب تجربی تمایل به اجتناب از حالات درونی ناخوشایند است؛ یعنی از احساسات، افکار، خاطرات، تصاویر، تکانه‌ها و ادراکات بدنی ناخوشایند اجتناب می‌شود (۱۲). ایراد چنین رفتار اجتنابی آن است که به منابع شناختی‌هیجانی نیاز دارد. این امر دو پیامد دارد: اول، منابع شناختی‌عاطفی فرد به‌طور مداوم درگیر کنترل و مهار تجربه‌های ناخوشایند می‌شوند؛ دوم، منابع شناختی‌عاطفی برای دنبال‌کردن ارزش‌های اصلی و فعالیت‌های مهم‌تر زندگی، دردسترس نیستند. پذیرش احساسات و افکار ناخوشایند یعنی فرد این تجارب درونی را به‌عنوان فرایندهای گذرا در ذهن می‌پذیرد، بدون آنکه آن‌ها را حقایق نهایی بداند؛ این امر می‌تواند منجربه تنظیم شناختی هیجان به‌صورت مطلوب شود (۲۰).

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ تأثیر معناداری دارد و منجربه بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان در این افراد می‌شود؛ ازاین‌رو می‌توان از درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش به‌عنوان درمانی مکمل به‌منظور بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان دارای سابقهٔ سوگ استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از بیمارستان و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهرستان یزد و افرادی که در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه علم و هنر یزد است. از تمامی افراد حاضر در پژوهش رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش حاضر به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌شکل گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندهٔ اول و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

تمامی منابع مالی تحقیق کنونی توسط نویسندهٔ اول پژوهش و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد؛ همچنین نویسندهٔ اول در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته دارای نقش اصلی بود. نویسندهٔ دوم در طراحی مطالعه نقش داشت و ایدهٔ پژوهش را ارائه کرد؛ به‌علاوه تفسیر نتایج را انجام داد و در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. لازم به‌ذکر است، همهٔ شروط مندرج در نشریه برای مشارکت نویسندگان رعایت شد. همچنین نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Pearce C, Honey JR, Lovick R, Zapiain Creamer N, Henry C, Langford A, et al. "A silent epidemic of grief": a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. BMJ Open. 2021;11(3):e046872. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046872

[1]. Experiential avoidance

2. Li C, Miles TP, Shen Y, Bayakly R, Ido M, Khan MM. Measuring bereavement prevalence in a complex sampling survey: the 2019 Georgia Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). BMC Med Res Methodol. 2023;23(1):138. https://doi.org/10.1186/s12874-023-01917-5
3. Roberts KE, Jankauskaite G, Slivjak E, Rubin L, Schachter S, Stabler S, et al. Bereavement risk screening: a pathway to psychosocial oncology care. Psychooncology. 2020;29(12):2041–7. https://doi.org/10.1002/pon.5526
4. Pitman A, McDonald K, Logeswaran Y, Lewis G, Cerel J, Erlangsen A. Proportion of suicides in Denmark attributable to bereavement by the suicide of a first-degree relative or partner: nested case-control study. Acta Psychiatr Scand. 2022;146(6):529–39. https://doi.org/10.1111/acps.13493
5. Moss SJ, Wollny K, Poulin TG, Cook DJ, Stelfox HT, Ordons AR des, et al. Bereavement interventions to support informal caregivers in the intensive care unit: a systematic review. BMC Palliat Care. 2021;20(1):66. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00763-w
6. Brown RL, Chen MA, Paoletti J, Dicker EE, Wu-Chung EL, LeRoy AS, et al. Emotion regulation, parasympathetic function, and psychological well-being. Front Psychol. 2022;13:879166. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879166
7. Andreotti C, Thigpen JE, Dunn MJ, Watson K, Potts J, Reising MM, et al. Cognitive reappraisal and secondary control coping: associations with working memory, positive and negative affect, and symptoms of anxiety/depression. Anxiety Stress Coping. 2013;26(1):20–35. https://doi.org/10.1080/10615806.2011.631526
8. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? Behav Res Ther. 200;46(9):993–1000. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001
9. Parmar A, Esser K, Barreira L, Miller D, Morinis L, Chong YY, et al. Acceptance and commitment therapy for children with special health care needs and their parents: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(15):8205. https://doi.org/10.3390/ijerph18158205
10. 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. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
11. Sheibani H, Sheibani KA, Amreei NN, Masrour MJ. An investigation of the effects of the acceptance and commitment therapy in groups on the cognitive strategies of emotion regulation and self-control in coronary heart disease patients. J Med Life. 2019;12(4):361–7. https://doi.org/10.25122/jml-2019-0035
12. Zakiei A, Khazaie H, Rostampour M, Lemola S, Esmaeili M, Dürsteler K, et al. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) improves sleep quality, experiential avoidance, and emotion regulation in individuals with insomnia-results from a randomized interventional study. Life (Basel). 2021;11(2):133. https://doi.org/10.3390/life11020133
13. Asli Azad M, Manshaee GR, Ghamarani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2020;9(36):33–53. [Persian] https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027
14. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
15. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. European Journal of Psychological Assessment. 2007;23(3):141–9. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141
16. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. European Journal of Psychological Assessment. 2006;22(2):126–31. https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126
17. Hasani J. The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology. 2010;2(3):73–84. [Persian] https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031
18. Gholipourkovich S, Livarjani S, Hoseini Nasab D. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and academic procrastination of adolescents with ADHD. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2019;8(2):106–18. [Persian] https://doi.org/10.22037/jrm.2018.111170.1808
19. Liu J, Lim MSM, Ng BT, Chong SA, Subramaniam M, Mahendran R. Global emotion dysregulation and maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediate the effects of severe trauma on depressive and positive symptoms in early non-affective psychosis. Schizophr Res. 2020;222:251–7. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.040
20. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. Prev Sci. 2008;9(3):139–52. https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4