



The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on alexithymia and mental health indicators in suicide attempters

Golaeh Khajavi Godellou¹ , Farnaz Farshbaf Manisefat²

1. Master of Clinical Psychology, Urmial Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. E-mail: khajavigolaleh@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Urmial Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. E-mail: Farshbaf@iaurmia.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 28 March 2024
Received in revised form
26 April 2024
Accepted 01 June 2024
Published Online 22 May
2025

Keywords:
treatment based on,
alexithymia and mental,
health indicators,
suicide attempters

ABSTRACT

Background: Suicide is a growing social problem. Attempting suicide, even if it is not successful, has many psychological consequences, which shows the necessity of conducting the present study.

Aims: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on alexithymia and mental health indicators in suicide attempters.

Methods: This research is a semi-experimental method with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study includes all women with a history of suicide attempts who were referred to comprehensive health service centers and Shahin Rathi Shahin Dezh Hospital in the first 4 months of 2019, who had a history of suicide attempts in the past year. A total of 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were selected by simple random sampling and answered the Toronto alexithymia Questionnaire Bagby et al (2004) and the SCL-90 mental health of Derogatis et al (1973) in the pre-test and post-test. The experimental group underwent acceptance and commitment-based therapy in 8 sessions (90 minutes each session and once a week). The data was statistically analyzed through SPSS 19 software and with univariate and multivariate analysis of covariance test.

Results: The results showed that the acceptance and commitment-based therapy reduced alexithymia ($p < 0.01$) and mental health indicators including somatization, anxiety and interpersonal sensitivity ($p < 0.01$), depression, psychoticism, phobia and hostility ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the obtained results, it can be concluded that the acceptance and commitment-based therapy led to the reduction of alexithymia and improvement of mental health, it is suggested to perform psychological interventions such acceptance and commitment-based therapy to improve the mental state and Attention should be paid to the emotions of people attempting suicide.

Citation: Khajavi Godellou, G., & Farshbaf Manisefat, F. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on alexithymia and mental health indicators in suicide attempters. *Journal of Psychological Science*, 24(147), 117-134. [10.52547/JPS.24.147.117](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.117)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 147, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.147.117](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.117)



✉ **Corresponding Author:** Farnaz Farshbaf Manisefat, Assistant Professor, Department of Psychology, Urmial Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

E-mail: Farshbaf@iaurmia.ac.ir, Tel: (+98) 9141054789

Extended Abstract

Introduction

Suicide is a serious public health issue. Humans are usually vulnerable when faced with traumas such as wars and natural disasters, even deciding to end their lives (Rogers et al, 2021). In recent years, there has been a significant increase in suicide among active and important groups such as youth and teenagers, which has led to extensive research in this field (Yan et al, 2023). according to the definition of the World Health Organization, suicide is an act in which a person knowingly harms himself without the intervention of others, and according to this definition, suicide was declared as an important public health challenge and an antisocial behavior (World Health Organization, 2021).

The formation of suicidal thoughts and the consequences of acting on this undesirable phenomenon may be influenced by various factors; Emotional problems or alexithymia can be the basis for the formation of suicidal thoughts and the consequence of committing suicide (Ramya et al, 2024). the concept of alexithymia is based on the observation of psychosomatic patients and was first proposed by Sifneos (1996) and is basically characterized by difficulty in recognizing and expressing emotions, very little fantasy, cognitive style with external orientation and dependent on Stimulus, or in other words extra-orbital thinking combined with the moral principle of utilitarianism and the difficulty in distinguishing between emotions and physical senses is characterized. It is believed that these characteristics reflect a type of deficiency in cognitive processing and regulation of emotional states (Preece & Gross, 2023). Most of the people who commit suicide have mental health problems that they cannot make a rational decision when they are in a tight spot and face stressful events and they commit suicide. The World Health Organization defines health as complete physical, mental and social well-being and not just the absence of disease and infirmity. In this way, mental health is balanced and harmonious behavior with society, recognition and acceptance of social realities and the power to adapt to them and the flourishing of innate talents (World

Health Organization, 2021). People who attempt suicide experience major problems and can still be exposed to harm and commit suicide again; Therefore, it is necessary to carry out effective and practical interventions in the field of psychology. One of the interventions of the third wave of psychology, which has been widely implemented in the country in recent years, is treatment based on acceptance and commitment, which is based on comprehensive awareness (Trompetter et al, 2016). most people who commit suicide suffer from some kind of mental, emotional and personality problems. In addition, failure to treat and solve these problems may expose these people to committing suicide again; Therefore, it is possible to improve the condition of these people and prevent further injuries through non-pharmacological therapeutic interventions and training and providing skills in the form of these therapeutic interventions; Based on the investigations, it was found that limited researches have shown the effectiveness of this treatment on the variables in different groups, but it has not been done in people who attempted suicide, so the present research seeks to answer the question whether is the effectiveness of acceptance and commitment-based Therapy on alexithymia and mental health indicators in suicide attempters?

Method

The current research is a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research is all women with a history of suicide attempts in the age range of 18 to 40 years who were referred to health service centers and Hospital of Shahin Rathi Shahin Dezh in the first 4 months of 2020, who had a history of suicide attempts in the past year. the number of 30 people with a history of suicide attempts referred to were selected by voluntary sampling method in the first stage, then, through simple random sampling, they were placed in two experimental groups (15 people) and 15 control groups (15 people). In order to carry out the research, research questionnaires including the Toronto alexithymia Scale and SCL-90 Psychological Profile Questionnaire by Drogatis et al were administered before and after the acceptance and commitment intervention. Then the data was

analyzed with statistical software Spss 19 and with univariate and multivariate covariance statistical methods.

Results

Table 1. The mean and standard deviation of the research variables by experimental and control groups

Variables	group	Pretest		Posttest	
		Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Depression	Experimental	3.38	0.39	2.50	0.44
	Control	3.39	0.42	3.11	0.38
somatization	Experimental	3.02	0.38	1.95	0.45
	Control	3.33	0.44	2.85	0.38
anxiety	Experimental	3.38	0.29	2.68	0.44
	Control	2.99	0.47	2.67	0.44
psychoticism	Experimental	3.01	0.39	2.14	0.67
	Control	2.89	0.49	2.63	0.49
interpersonal sensitivity	Experimental	2.81	0.44	2.39	0.46
	Control	3.27	0.34	2.89	0.40
Obsessive-compulsive	Experimental	1.95	.053	1.87	0.66
	Control	2.42	0.85	2.43	0.91
phobia	Experimental	2.72	0.48	1.89	0.57
	Control	2.41	0.55	2.23	0.43
hostility	Experimental	2.46	0.41	1.68	0.31
	Control	2.26	0.40	2.08	0.45
paranoia	Experimental	2/46	0/37	2/12	0/32
	Control	2/75	0/46	2/85	0/42
GSI	Experimental	2.79	0.88	2.13	0.84
	Control	2.85	0.71	2.63	0.89
Alexithymia	Experimental	53.66	10.82	45.50	5.38
	Control	47.93	8.01	48.80	3.80

Table 1. The mean and standard deviation of the research variables by experimental and control groups shows that in most of the variables, in the

experimental group, the scores in the pre-test are lower than the post-test.

Table 2. Summary of the results multivariate of analysis of variance in general health indicators of two groups with pornography addiction and normal group

Variables	Sum of Squares	Degree of Freedom	Mean Square	F	Sig	Effect size
Depression	1.30	1	1.30	6.39	0.22	0.27
somatization	3.23	1	3.23	17.60	0.001	0.60
anxiety	0.84	1	0.84	8.60	0.009	0.34
psychoticism	0.89	1	0.89	4.53	0.048	0.21
interpersonal sensitivity	1.64	1	1.64	15.42	0.001	0.48
Obsessive-compulsive	0.47	1	0.47	2.14	0.161	0.11
phobia	1.22	1	1.22	7.80	0.012	0.32
hostility	1.02	1	1.02	7.56	0.014	0.31
paranoia	0.24	1	0.24	4.11	0.060	0.20

Table 2, the multivariate analysis of variance test shows that there was significant difference between the groups in somatization, anxiety and interpersonal sensitivity ($p < 0.01$), depression, psychoticism,

phobia and hostility ($p < 0.05$) and there was no significant difference between the groups in Obsessive-compulsive and paranoia ($P > 0.05$).

Table 3. Summary of the results univariate of analysis of variance in alexithymia of two groups

Variables	Source	Sum of Squares	Degree of Freedom	Mean Square	F	Sig	Effect size
alexithymia	pretest	300.977	1	300.977	32.77	0.001	0.58
	Group	178.397	1	178.397	19.42	0.001	0.45
	Error	220.423	24	220.423			
	Total	61086.000	27	61086.000			

Table 3, Summary of the results univariate of analysis of variance in alexithymia of two groups, shows that there was significant difference between the groups in alexithymia ($p < 0.01$).

Conclusion

The purpose of the current research was the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on alexithymia and mental health indicators in suicide attempter. The results of the research confirmed the effectiveness of the treatment based on commitment and acceptance on alexithymia in suicide attempters.

The findings were consistent with the results of the study by Hasan Larijani et al (2020), Noroozi Mehmandoost et al (2019). In the explanation obtained, it can be said that people with emotional deficiency have difficulty in correctly identifying emotions from the faces of others (Taylor et al., 2023). Correct recognition of emotions is one of the inseparable components of interpersonal relationships. Failure to recognize interpersonal and especially correct emotions makes a person face many problems in interpersonal relationships (Loftis et al., 2019). Based on this, it is possible to raise the possibility that emotional inadequacy increases interpersonal problems through the defect and inability to recognize emotions and feelings (Salimi, 2019); On the other hand, teaching therapy based on acceptance and commitment helps to control oneself by helping to control inappropriate thoughts and behaviors so that a person can perform voluntary actions. In fact, since treatment based on acceptance and commitment does not mean wanting emotions and annoying experiences and simply tolerating them, it can lead to the fact that a person voluntarily and consciously curbs his thoughts, behavior and emotions and experiences and manages his emotions voluntarily. and be able to describe and express his emotions and feelings well (Bashart et al, 2008).

The results of multivariate covariance analysis showed that treatment based on commitment and acceptance was effective on mental health indicators in suicide attempters, including physical complaints,

anxiety, sensitivity, depression, psychosis, phobia, and hostility. The findings were consistent with the results of Selgi (2016), bigdeli et al (2019), Tighe et al (2018) and Devala et al (2018). In an explanation in this regard, Furman et al (2008) reported that therapy based on acceptance and commitment increases psychological flexibility and examines problematic cognitions. In therapy based on acceptance and commitment, it is assumed that people consider many of their feelings, emotions or inner thoughts to be disturbing, and the constant effort is to change or get rid of these inner experiences, and people who undergo the intervention of therapy based on acceptance and commitment. Acceptance and commitment are placed. In this way, the empowerment gained under the influence of this therapeutic intervention will bring the foundation for the improvement of mental health indicators.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: from the M.A dissertation of the first author in the field of clinical psychology at Islamic Azad University, Urmia branch with IR.IAU.URMIA.REC.1399.031. The necessary permits to conduct the research have been approved and issued by the university. In order to obtain the informed and free consent of the participants, first, the purpose of conducting the research and how to do it were clearly explained to the participants, and after obtaining written consent, they participated in the study. The researchers were assured that their personal data would remain confidential.

Funding: This study was conducted as a Master's thesis with no financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the Master's thesis of the first author with the guidance of the second author.

Conflict of interest: This article is taken from a Master's thesis and does not conflict with personal or organizational interests. The authors declare no conflict of interest in relation to this research.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, also, we are grateful to all the participants in the research, who cooperated and helped in the implementation of the research.



اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی و شاخص‌های سلامت روان در اقدام‌کنندگان به خودکشی

گلاره خواجوی گدلولو^۱، فرناز فرشباف مانی‌صفت^{۲✉}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: خودکشی به عنوان یک معضل اجتماعی در حال گسترش است. اقدام به خودکشی حتی اگر موفقیت آمیز هم نباشد پیامدهای روان شناختی زیادی به همراه دارد.

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی و شاخص‌های سلامت در اقدام کنندگان به خودکشی بود.

روش: این پژوهش از نظر روش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان با سابقه اقدام به خودکشی مراجعه شده به مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان شهید رانی شاهین دژ در ۴ ماه اول سال ۱۳۹۹ که در یک سال گذشته سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند، شامل شد. تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی تورنتو بگبی و همکاران (۱۹۹۴) و پرسشنامه سلامت روان SCL-90 دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۳) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه و هر هفته یک بار) تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم‌افزار ۱۹ Spss و با آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نارسایی هیجانی ($p < 0/01$) و شاخص‌های سلامت روانی شامل شکایات جسمانی، اضطراب و حساسیت ($p < 0/01$)، افسردگی، روان پریشی، فوبیا و خصومت ($p < 0/05$) اثربخش بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نارسایی هیجانی و ارتقاء سلامت روان گردید، پیشنهاد می‌گردد انجام مداخلات روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود وضعیت روانی و هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی مورد توجه قرار گیرد.

استناد: خواجوی گدلولو، گلاره؛ و فرشباف مانی‌صفت، فرناز (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی آموزش مادران بر اساس مداخله مبتنی بر دلبستگی بر ابعاد چندگانه اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۷، ۱۱۷-۱۳۴.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۷، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.147.117](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.117)



مقدمه

انسان معمولاً در مواجهه با آسیب‌هایی مانند جنگ‌ها و بلایای طبیعی آسیب پذیر است، حتی تصمیم می‌گیرند به زندگی خود پایان دهند (راجرز و همکاران، ۲۰۲۱). خودکشی^۱ یک مسئله جدی بهداشت عمومی است. در سال‌های اخیر خودکشی در گروه‌های فعال و مهم مانند جوانان و نوجوانان افزایش چشمگیری داشته است که زمینه‌ساز انجام بررسی‌های گسترده در این زمینه شده است (یان و همکاران، ۲۰۲۳). اولین نگرش علمی نسبت به خودکشی به وسیله دیفانتن در سال ۱۷۳۷ صورت گرفته است. وی کلمه Suicide را برای اولین بار به کار برد، این کلمه ترکیبی از دو کلمه لاتین «Sui» به معنی «خود» و «Cide» به معنی کشتن است. داشتن افکار خودکشی به عنوان یکی از عوامل مهم در افراد اقدام کننده به خودکشی شناخته شده است (الیوسف و لوكويچ، ۲۰۲۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص آگاهانه و بدون مداخله دیگران به خود آسیب می‌زند و طبق این تعریف، خودکشی به عنوان یک چالش مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی اعلام گردید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

شکل‌گیری تفکرات خودکشی و پیامد آن اقدام به این پدیده نامطلوب ممکن است تحت تاثیر عوامل مختلفی باشد. با بررسی‌های صورت گرفته واضح است که مشکلات عاطفی-هیجانی و مشکل در بیان و ابراز هیجان و عواطف می‌تواند منجر به تفکرات خودکشی گردد؛ براین اساس مشکلات هیجانی یا نارسایی هیجانی^۳ می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری افکار خودکشی و پیامد آن اقدام به خودکشی شود (رامپا و جاگادسواران، ۲۰۲۴).

مفهوم نارسایی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیفنتوس (۱۹۹۶) مطرح شد و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک‌شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در

پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند (پریس و گراس، ۲۰۲۳). همچنین بگی، تیلور و پارکر در سال ۱۹۹۴، نارسایی هیجان را فقدان لغات برای هیجانات و شامل دشواری در تشخیص و توصیف احساسات و داشتن تفکر عینی تعریف کردند (تیلور و همکاران، ۲۰۲۳).

نارسایی هیجانی زمینه دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها را فراهم می‌نماید (نقدی و همکاران، ۱۴۰۲). در تعاریف جدید، نارسایی هیجانی به عنوان نقص در ابعاد تجربی-شناختی سیستم‌های پاسخ هیجانی و تنظیم هیجان بین شخص در نظر گرفته می‌شود (یاماشیتا و ماتسوبایاشی، ۲۰۲۳). نارسایی هیجانی باعث می‌گردد افراد به احساسات بی‌خطر و معمولی توجه می‌کنند. از سوی دیگر برانگیختگی نامتمایزی که همراه نارسایی هیجانی است ممکن است باعث تولید احساسات جسمی گردد. در هر دو مورد ممکن است که این افراد روی این احساسات تمرکز کرده یا آنها را افزایش دهند. بدین ترتیب احساس افزایش یافته از طریق چرخه بازخورد اتونومی^۴ تشدید شده و به عنوان علائمی از درماندگی تجربه می‌شود و می‌تواند زمینه اقدام به خودکشی را فراهم نماید (لیو و همکاران، ۲۰۲۳).

مطالعات مختلفی نقش مشکلات هیجانی و به خصوص نارسایی هیجان را در اقدام به خودکشی نشان داده‌اند. نتایج مطالعه لی و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از آن بود که نارسایی هیجانی در افراد با اقدام به خودکشی بالا بود. همچنین ایسکریچ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود بیان کردند که رابطه بین نارسایی هیجانی و خودکشی را می‌توان در چارچوب نظریه کدهای چندگانه و ترومای دوران کودکی درک کرد.

بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند از نظر سلامت روان دچار مشکلاتی هستند که در مواقع قرار گرفتن در تنگنا و در مواجهه با رویدادهای پرتنش نمی‌توانند تصمیم منطقی بگیرند و به سوی اقدام به خودکشی می‌روند. سلامت‌روان^۵ به عنوان بنیادی‌ترین عامل و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، می‌تواند در پویایی و ارتقاء دیگر شاخص‌های توسعه‌یافتگی جامعه نقش داشته باشد (میشرا و همکاران،

4. autonomy

5. Mental health

1. Suicide

2. World Health Organization

3. alexithymia

۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند. بدین صورت که سلامت روان عبارت از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری^۱ با آن‌ها و شکوفایی استعدادهای ذاتی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). تحقیقات پیش از همه‌گیری در مورد سلامت، نرخ بالایی از مشکلات سلامت روان را نشان داد. در این بین شیوع علائم افسردگی^۲ در دانشجویان بین ۲۷ تا ۳۴ درصد بود (روتستاین و همکاران، ۲۰۱۶؛ تانگ و همکاران، ۲۰۱۸). حدود یک پنجم دانشجویان دانشگاه از یک اختلال روانی ۱۲ ماهه رنج می‌برند. در کشورهای با درآمد کم و متوسط، منابع برای سلامت روان محدود است و خدمات مشاوره به طور منظم در دانشگاه‌ها ایجاد نمی‌شود (دساویچ و همکاران، ۲۰۲۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی از هر ۴ نفر ۱ نفر (۲۵ درصد افراد) در هر مرحله از زندگی از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳). به نقل از انجمن ملی سلامت روانی آمریکا، براساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا ۷/۸ درصد مردان و ۱۲/۳ درصد زنان در سنین ۱۸-۲۴ سالگی از مشکلات روانی به ویژه افسردگی رنج می‌برند (دساویچ و همکاران، ۲۰۲۳). طبق نظرسنجی‌های سازمان جهانی بهداشت، سه چهارم اختلالات روانی قبل از سن ۲۴ سالگی شروع می‌شوند. بالاترین میزان بروز بیماری روانی بین سنین ۱۸ تا ۲۴ سال است (وینگانکار و همکاران، ۲۰۱۳). افراد اقدام کننده به خودکشی مشکلات عمده‌ای را تجربه می‌کنند و همچنان می‌توانند در معرض آسیب و اقدام مجدد خودکشی باشند؛ براین اساس انجام مداخلات موثر و کاربردی در حوزه روان‌شناسی مورد نیاز است. با مروری بر مداخلات طراحی شده، این پژوهش‌ها بر افزایش عوامل محافظت‌کننده و کاهش عوامل خطر تأکید دارند که شامل تمرکز بر افزایش سلامت روان، و مقاومت در برابر فشار روانی اجتماعی است که افکار و رفتار خودکشی را تعدیل می‌نماید (کیان زاد و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از مداخلات موج سوم روان‌شناسی که در سالیان اخیر به صورت گسترده در داخل کشور

اجرا شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که بر پایه هشیاری فراگیر (ذهن‌آگاهی^۳) است (ترامپتر و همکاران، ۲۰۱۶). در این درمان، هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش. هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون، مشغول بودن کامل با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است. همچنین، در هشیاری فراگیر سعی می‌شود فرد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود، به آنها اجازه دهد تا آنگونه که هستند، بیایند و بروند (هریس، ۲۰۰۶؛ نقل از حسن زاده، ۱۳۹۷). این درمان شش اصل اساسی دارد: گسلسش^۴، پذیرش^۵، تماس با لحظه حاضر^۶، مشاهده خود^۷، ارزش‌ها^۸ و عمل متعهدانه^۹ (اسپیدل و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد درمانی به فرد یاد می‌دهد که بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این احساسات و هیجانات، آن‌ها را بپذیرد و به آرامشی دست یابد که قبلاً نداشته است (کاوسیان، حریفی و کریمی، ۱۳۹۷). این مداخله درمانی می‌تواند بر سطح نگرش به زندگی اثرگذار باشد و از این طریق به کاهش تمایل به تنهایی کمک کند (نقدی و همکاران، ۱۴۰۲).

در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و سلامت روان، نتایج مطالعه تیلکی، طاهر، مجرد و جعفری ثانی (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توانست میزان نارسایی هیجانی زنان را کاهش دهد. همچنین نتایج مطالعه بیگدلی و دهقان (۱۳۹۸) نشان دادند درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی اثربخش بود. شجاعی زند، شهریاری احمدی و کوشکی (۱۳۹۷) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب مرگ و افکار خودکشی شده است. نتایج مطالعه سلگی (۱۳۹۶) نیز حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی موثر بود. در مطالعه ای دیگر، تیگه (۲۰۱۸) با بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی در کاهش باورهای خودکشی و خود آزار عمدی با مطالعه فراتحلیل نشان داد که ACT در کاهش باورهای خودکشی

1. adjustment
2. depression
3. mindfulness
4. Defusion
5. Acceptance

6. Contact with the Present Moment
7. Observing self
8. Values
9. Committed action

و خود آزار عمدی مؤثر بود. در مطالعه‌ای دیگر که توسط دوال و همکاران (۲۰۱۸) تاثیر مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب آوری و سلامت روان را نشان دادند. همچنین نتایج مطالعه مینا و همکاران (۱۴۰۲) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری نظم‌جویی هیجانی بود.

با توجه به اینکه بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند از نوعی مشکلات روانی، هیجانی و شخصیتی رنج می‌برند. ضمن اینکه عدم درمان و حل این مشکلات ممکن است این افراد را مجدداً در معرض اقدام به خودکشی قرار دهد؛ براین اساس می‌توان از طریق انجام مداخلات درمانی غیردارویی و آموزش و ارائه مهارت‌هایی در قالب این مداخلات درمانی به بهبود وضعیت این افراد و جلوگیری از آسیب‌های بیشتر کمک نمود؛ با بررسی‌های صورت گرفته شده مشخص شد پژوهش‌های محدودی اثربخشی این درمان را بر روی متغیرها در گروه‌های مختلف نشان داده‌اند، ولی در افراد اقدام به خودکشی کار نشده است که در این خصوص خلاء پژوهشی احساس شد؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی و سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی اثربخش است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر با از نظر روش گردآوری از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان با سابقه اقدام به خودکشی در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال مراجعه شده به مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان شهید راثی شاهین دژ در ۴ ماه اول ۱۳۹۹ که در یک سال گذشته سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند، شامل شد. تعداد ۳۰ نفر از افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه شده به مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان شهید راثی شاهین دژ در مرحله اول با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. سپس از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جابجایی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت از شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، جنسیت مونث، بومی شهرستان شاهین دژ، حداقل یکبار سابقه اقدام به خودکشی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و ملاک‌های خروج از پژوهش

شامل داشتن هر گونه معلولیت ذهنی، مصرف هر نوع مواد مخدر و محرک‌ها، غیبت در بیش از ۳ جلسه درمانی بود.

فرایند اجرای پژوهش بدین صورت بود که مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه برای انتخاب نمونه از مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان شهید راثی شاهین دژ کسب شد و در مرحله بعدی با مراجعه به این مراکز و بیمارستان، از بین لیست اسامی افراد اقدام کننده به خودکشی و با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی آنها با این افراد تماس گرفته شد. از بین افرادی که به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش بودند، تعداد ۳۰ نفر از آنها دعوت به عمل آمد. سپس اطلاعات اولیه درباره قوانین شرکت در گروه بیان و در مورد موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آنها اطمینان داده شد. تمامی مراحل با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی و فاصله اجتماعی و قرار گرفتن صندلی شرکت کنندگان در فاصله ۲ متری از یکدیگر، توزیع ماسک، در اختیار قرار دادن مواد ضدعفونی کننده برای شرکت کنندگان در مداخله صورت گرفت. برای توزیع پرسشنامه‌ها، برگه رضایت آگاهانه از حضور در پژوهش و پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو و پرسشنامه نیمرخ روانشناختی SCL-90 - دروگانیس و همکاران قبل از مداخله و پس از مداخله بین شرکت کنندگان توزیع شد. این پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. پس از انجام پیش‌آزمون برای گروه آزمایش، درمان گروهی پذیرش و تعهد برای این گروه در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه و هر هفته یک بار) در سالن آموزشی مرکز بهداشت شهرستان شاهین دژ برگزار شد. در جلسه آخر مجدداً آزمون در مورد گروه آزمایش و کنترل به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. در طول این مدت برای گروه کنترل هیچ درمانی ارائه نگردید. پس از اجرای پس‌آزمون از دو گروه، با اهدای هدایایی از شرکت کنندگان جهت همکاری و حضور در پژوهش تقدیر و تشکر شد. سپس داده‌ها با نرم‌افزار آماری Spss 19 و با روش‌های آماری کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره تحلیل شد.

(ب) ابزار

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو^۱ (tas-20): مقیاس نارسایی خلقی تورنتو که توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شد، یک آزمون ۲۰ سؤالی است که نمره‌گذاری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است. ویژگی‌های "روان‌سنجی" مقیاس نارسایی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (تیلور و باگبی، ۲۰۰۰). در نسخه‌ی فارسی مقیاس نارسایی خلقی تورنتو ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو - ۲۰ در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از $r = 0.80$ تا $r = 0.87$ برای نارسایی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۶). همچنین در پژوهش مهرپویا (۱۳۹۷) پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که برای مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو ۰/۷۷ به دست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول آزمون است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل آزمون ۰/۷۸ به دست آمد که حاکی از پایایی بالای آزمون دارد.

پرسشنامه نیمرخ روانشناختی SCL-90^۲ (scl-90): دروگاتیس و همکاران در ۱۹۷۳ با افزودن عبارت‌هایی به ابزار HSCL، فهرست ۹۰ نشانه‌ی (SCL-90) را تدوین نموده و شاخص‌های روان‌سنجی آن را بررسی کردند. بعدها این فهرست مورد تجدید نظر قرار گرفته و فهرست ۹۰ نشانه‌ی تجدید نظر شده SCL-90-R نامیده شد (تنهای رشوانلو و سعادت‌ی شامیر، ۱۳۹۴). این ابزار دارای ۹۰ سؤال و ۹ بعد شامل: شکایات جسمانی (سؤالات ۵۸-۵۶-۵۳-۵۲-۴۹-۴۸-۴۲-۴۰-۲۷-۱۲-۴-۱)، وسواس و اجبار (سؤالات ۳-۹-۱۰-۲۸-۳۸-۴۵-۴۶-۵۱-۵۵-۶۵)، حساسیت در روابط متقابل (سؤالات ۶-۲۱-۳۴-۳۶-۳۷-۴۱-۶۱-۶۹-۷۳)، افسردگی (سؤالات ۷۹-۷۱-۵۴-۳۲-۳۳-۳۱-۳۰-۲۹-۲۶-۲۲-۲۰-۱۵-۵۱)، اضطراب (سؤالات ۲-۱۷-۲۳-۳۹-۵۷-۷۲-۷۸-۸۰-۸۶)، پرخاشگری (سؤالات ۱۱-۲۴-۶۳-۶۷-۷۴-۸۱)، ترس مرضی (سؤالات ۱۳-۲۵-۴۷-

۵۰-۷۰-۷۵-۸۲)، افکار پارانوئیدی (سؤالات ۸-۱۸-۴۳-۶۸-۷۶-۸۳)، روان‌پریشی (سؤالات ۷-۱۶-۳۵-۶۲-۷۷-۸۴-۸۵-۸۷-۸۸-۹۰) بوده است (چلییانلو و گروسی فرشی، ۱۳۸۹). همچنین ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد ۹ گانه نمی‌باشد. این سؤالات شامل ۱۹-۴۴-۵۹-۶۰-۶۴-۶۶-۸۹ با اینکه با اضافه شدن بر آزمون ملاک‌های آماری را خراب می‌کند. با این حال چون از نظر بالینی دارای اهمیت هستند. جزء سؤالات آزمون آمده‌اند. از نظر بالینی اهمیت دارند و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند و تمایل بر این است که به طور تجمعی استفاده شوند. بنابراین یک نمره افسردگی بالا همراه با علائم زود بیمار شدن و بی‌اشتهایی ممکن است تفسیرش با یک نمره مشابهی، زمانی که این علائم وجود ندارند. تفاوت داشته باشد بر همین اساس وجود هشیارانه احساس گناه یک معرف بالینی مهم است که اطلاعات مهمی را در اختیار متخصص بالینی قرار می‌دهد. این سؤال‌ها به عنوان یکی از ابعاد آزمون نمره‌گذاری نمی‌شوند ولی به نمره‌های ضریب کلی ناراحتی اضافه می‌گردند (تنهای رشوانلو و همکاران، ۱۳۹۴).

نمره‌گذاری این آزمون بسیار ساده است و شامل یک عملیات ساده ریاضی یعنی جمع زدن و تقسیم تا دو رقم اعشاری می‌باشد و به هر یک از سؤال‌ها بسته به پاسخ داده شده از صفر تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد. برای نمره‌گذاری ابعاد ۹ گانه ابتدا نمره بدست آمده از هر بعد را محاسبه نموده و بر تعداد سؤال‌های آن بعد تقسیم می‌نماییم. برای مثال در مورد شکایات‌های جسمانی که آزمودنی می‌تواند نمره‌ای از صفر تا ۴۸ بیاورد. نمره به دست آمده را بر تعداد سؤال‌ها یعنی ۱۲ تا تقسیم می‌نماییم و نمره بدست آمده از بعد اضطراب را بر ۱۰ تقسیم نموده و به این ترتیب در مورد ۹ بعد این عمل اجرا می‌شود. نتیجه را باید تا دو رقم اعشار گزارش نمود. نمره خام ۹ بعد به این صورت بدست می‌آید. برای محاسبه GSI: ابتدا جمع کل نمره‌های بدست آمده از علائم ۹ بعدی و سؤال‌های اضافی را محاسبه نموده. سپس عدد بدست آمده بر تعداد سؤال‌های آزمون ۹۰ تقسیم می‌شود. نمره حاصل برای GSI منظور می‌گردد. برای محاسبه PSDI تعداد جواب‌های مثبت کل سؤال‌ها را بر رقم حاصل از PST تقسیم می‌شود. برای محاسبه PST جواب‌های مثبت علائم که توسط بیمار علامت زده شده (جواب‌های غیرصفر)

^۱ Toronto alexithymia scale

^۲ SCL-90-R Symptom Checklist

۰/۷۴، افسردگی ۰/۷۸، اضطراب ۰/۸۹، پرخاشگری ۰/۷۲، ترس مرضی ۰/۷۵، افکار پارانوئیدی ۰/۸۴ و روان پریشی ۰/۷۷ به دست آمد. برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. این درمان در سال ۱۹۸۶، توسط استیون هایز معرفی شد (هایز، ۲۰۰۴). هدف این درمان، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است در این شیوه درمانی تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی واولز و سورل (۲۰۰۷) طرح‌ریزی شد.

شمارش می‌شود (چلیانلو و همکاران، ۱۳۸۹). در هنجاریابی اصلی آزمون توسط دراگوئیس و همکاران (۱۹۷۳)، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی با ۰/۹۰ و کمترین آن مربوط به روان پریشی (۰/۷۷) بوده است. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی نیز، ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داده است (نقل از چلیانلو و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین تنهای رشوانلو و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ و ضرایب دو نیمه‌سازی ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ برای خرده‌مقیاس‌ها و کل آزمون را به دست آوردند. همچنین در پژوهش حاضر پایایی زیرمقیاس‌های شکایات جسمانی ۰/۸۸، وسواس و اجبار ۰/۸۱، بعد حساسیت در روابط متقابل

جدول ۱. برنامه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

عناوین	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	هدف از این جلسه معرفی مفهوم سازی مشکل مراجع است.	مقدمه ای از انجام کار، برقراری رابطه درمانی، مفهوم سازی مشکل، آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) انعطاف پذیری روانی.	ثبت تجربه های روزانه
جلسه دوم	هدف از این جلسه شرح نتیجه جلسه قبل و اینکه مشکل مراجع نمایانگر پاسخ محدود به شیوه راهبردهای کنترل می باشد.	آموزش ذهن آگاهی با تکنیک خوردن کشمش جهت ارتقا کارکرد و سلامت روان، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روش سازی ارزشها و عمل متعهدانه، بیان استعاره مهمان ناخوانده، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	یادداشت روزانه تمایل /پذیرش (یا در صورت لزوم به تعویق انداختن برای جلسه ۳)
جلسه سوم	هدف از این جلسه ادامه استخراج تجربه درمانجو برای تقویت این شناخت بوده که "کنترل یک مشکل است" و معرفی تمایل به تجربه افسردگی بعنوان یک جایگزین برای کنترل است.	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمایل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	عملکرد در هدف رفتاری تعیین شده خاطرات روزانه تمایل (اگر در جلسه ۲ تکمیل نشده باشد).
جلسه چهارم	هدف از این جلسه معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز می باشد.	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمایل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تمرین ذهن آگاهی برگه راهنمای "ذهن آگاهی چیست" شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده
جلسه پنجم	بررسی تبیین و کاربردهای ارتباط مشترک رفتار/ احساسات و کارکردهای روانشناختی	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات و کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده	تمرین مشاهده خودمان جدا از مشکل بعنوان مشاهده گر ماجرا.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمایل، آگاهی از دریافتهای حسی مختلف و جدایی از حسهایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تمرین ذهن آگاهی
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد.	ارزش‌های درمانجو، درجه اهمیت ارزش مشخص شده و میزان همسو بودن رفتار جاری، با آنها عرضه می‌شود. در درمانجویان خواسته می‌شود ارزش‌های خود را در هر یک از حوزه‌های زندگی (ازدواج/روابط زناشویی/ روابط صمیمانه؛ روابط خانوادگی؛ دوستان/روابط اجتماعی؛ شغل؛ تعلیم و تربیت؛ تفریح؛ معنویت؛ شهروندی؛ و سلامتی) بیان کنند.	یادداشت روزانه تمایل / پذیرش
جلسه هشتم	پیش آزمون. آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس آزمون. تشکر از شرکت- جلسات، اجرای پس آزمون.	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس آزمون. تشکر از شرکت- کنندگان و اهدای هدایایی به جهت همکاری با درمانگر	

یافته‌ها

متاهل ۸ نفر (۵۳/۳) و جدا شده یا فوت همسر ۱ نفر (۶/۷) بود. در بررسی سابقه اقدام به خودکشی در شرکت کنندگان در گروه آزمایش یک مرتبه اقدام به خودکشی ۱۳ نفر (۸۷ درصد) و بیش از ۲ مرتبه (۱۳ درصد) بود. در گروه کنترل یک مرتبه اقدام به خودکشی ۱۱ نفر (۷۴ درصد)، بیش از ۲ مرتبه ۲ نفر (۱۳ درصد) و بیش از ۳ مرتبه ۲ نفر (۱۳ درصد) بود.

تعداد ۳۰ نفر از زنان اقدام کننده به خودکشی در پژوهش حاضر بودند. میانگین آزمایش ۲۸/۳۶ و گروه کنترل ۳۰/۲۰ بود. در وضعیت تاهل گروه آزمایش زنان مجرد ۵ نفر (۳۳/۳)، متاهل ۸ نفر (۵۳/۳) و جدا شده یا فوت همسر ۲ نفر (۱۳/۴) بود. در گروه کنترل زنان مجرد ۶ نفر (۴۰ درصد)،

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
افسردگی	آزمایش	۰/۴۴	۲/۵۰	۰/۳۹	۳/۳۸
	کنترل	۰/۳۸	۳/۱۱	۰/۴۲	۳/۳۹
شکایات جسمانی	آزمایش	۰/۴۵	۱/۹۵	۰/۳۸	۳/۰۲
	کنترل	۰/۳۸	۲/۸۵	۰/۴۴	۳/۳۳
اضطراب	آزمایش	۰/۴۴	۲/۶۸	۰/۲۹	۳/۳۸
	کنترل	۰/۴۴	۲/۶۷	۰/۴۷	۲/۹۹
روان پریشی	آزمایش	۰/۶۷	۲/۱۴	۰/۳۹	۳/۰۱
	کنترل	۰/۴۹	۲/۶۳	۰/۴۹	۲/۸۹
حساسیت	آزمایش	۰/۴۶	۲/۳۹	۰/۴۴	۲/۸۱
	کنترل	۰/۴۰	۲/۸۹	۰/۳۴	۳/۲۷
وسواس	آزمایش	۰/۶۶	۱/۸۷	۰/۵۳	۱/۹۵
	کنترل	۰/۹۱	۲/۴۳	۰/۸۵	۲/۴۲
فوبیا	آزمایش	۰/۵۷	۱/۸۹	۰/۴۸	۲/۷۲
	کنترل	۰/۴۳	۲/۲۳	۰/۵۵	۲/۴۱
خصومت	آزمایش	۰/۳۱	۱/۶۸	۰/۴۱	۲/۴۶
	کنترل	۰/۴۵	۲/۰۸	۰/۴۰	۲/۲۶
افکار پارانوئید	آزمایش	۰/۳۲	۲/۱۲	۰/۳۷	۲/۴۶
	کنترل	۰/۴۲	۲/۸۵	۰/۴۶	۲/۷۵
شاخص کلی علایم مرضی	آزمایش	۰/۸۴	۲/۱۳	۰/۸۸	۲/۷۹
	کنترل	۰/۸۹	۲/۶۳	۰/۷۱	۲/۸۵
نارسایی هیجانی	آزمایش	۵/۳۸	۴۵/۵۰	۱۰/۸۲	۵۳/۶۶
	کنترل	۳/۸۰	۴۸/۸۰	۸/۰۱	۴۷/۹۳

استفاده از نمودار جعبه‌ای، مفروضه نرمال بودن، خطی بودن با نمودار پراکندگی، مفروضه همگنی واریانس با استفاده از آزمون لوین، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام باکس و مفروضه معنی‌داری تحلیل واریانس، مورد بررسی قرار گرفت. در جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، در آزمون کالموگراف-اسمیرنف، باتوجه به اینکه سطح معنی‌داری آماره Z همه متغیرها بالای ۰/۰۵ بود؛ مفروضه نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. مفروضه داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای بررسی

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد که در بیشتر متغیرها، در گروه آزمایش، نمرات در پیش‌آزمون از پس‌آزمون پایین‌تر است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده می‌شود. در ادامه جهت مقایسه نارسایی هیجانی و شاخص‌های سلامت روان در دو گروه، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت انجام این تحلیل در ابتدا، پیش‌فرض‌های آزمون از قبیل پیش‌فرض داده پرت با

اینکه میزان سطح معنی داری به دست آمده بالای ۰/۰۵ بود، بررسی و تأیید شد.

در نهایت آزمون معنی داری تحلیل واریانس در جدول ۲ انجام شده است که با توجه به اثر لامبدای ویلکز برای تحلیل واریانس چندمتغیری با میزان ۰/۸۶۸ در سطح معنی داری ۰/۰۵، می‌توان گفت که ترکیب خطی متغیرها، براساس عضویت گروهی تفاوت معنی داری دارند؛ بنابراین این مفروضه هم تأیید شد. در ادامه جهت تحلیل نتایج، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است.

شد و نتایج حاکی از تأیید مفروضه فقدان مقادیر پرت و گمشده بود و این مفروضه مورد تأیید قرار گرفت همچنین فرض خطی بودن داده‌ها با استفاده از نمودار پراکندگی بررسی و تأیید شد. آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های متغیرها، نشان داد، با توجه به اینکه نسبت F مشاهده شده در سطح معناداری ۰/۰۵ $p >$ معنادار نشده است. واریانس‌های همه متغیرها، در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند، لذا این مفروضه تحلیل واریانس رعایت شده است. همچنین با استفاده از آزمون ام باکس، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، با توجه به

جدول ۳. آزمون معنی داری تحلیل واریانس در شاخص‌های سلامت روان

منبع	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	خطا آزادی فرضیه	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۹	۱۰/۳۴	۸	۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۱۰/۳۴	۸	۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۸/۲۸	۱۰/۳۴	۸	۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه-روی	۸/۲۸	۱۰/۳۴	۸	۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱

شاخص‌های ۹ گانه سلامت روان براساس عضویت گروهی تفاوت معنی داری دارند. بنابراین در ادامه از تحلیل کوواریانس جهت مقایسه آنها استفاده می‌شود.

جدول ۳ آزمون معنی داری تحلیل واریانس در شاخص‌های سلامت روان می‌پردازد. با توجه به نتایج جدول فوق، می‌توان گفت که اثر لامبدای ویلکز برای تحلیل با میزان ۰/۱۰ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمده است. با توجه به این نتیجه می‌توان گفت که ترکیب خطی و هم‌وزنی

جدول ۴. آزمون کوواریانس چندمتغیری درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص‌های سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	Sig	اندازه اثر
گروه	افسردگی	۱/۳۰	۱	۱/۳۰	۶/۳۹	۰/۰۲۲	۰/۲۷
	شکایات جسمانی	۳/۲۳	۱	۳/۲۳	۱۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اضطراب	۰/۸۴	۱	۰/۸۴	۸/۶۰	۰/۰۰۹	۰/۳۴
	روان پریشی	۰/۸۹	۱	۰/۸۹	۴/۵۳	۰/۰۴۸	۰/۲۱
	حساسیت	۱/۶۴	۱	۱/۶۴	۱۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	وسواس	۰/۴۷	۱	۰/۴۷	۲/۱۴	۰/۱۶۱	۰/۱۱
	فوبیا	۱/۲۲	۱	۱/۲۲	۷/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۳۲
	خصوصیت	۱/۰۲	۱	۱/۰۲	۷/۵۶	۰/۰۱۴	۰/۳۱
	افکار پارانویید	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	۴/۱۱	۰/۰۶۰	۰/۲۰

جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در شکایات جسمانی ($p < ۰/۰۱$)؛ اضطراب ($p < ۰/۰۱$)؛ حساسیت ($p < ۰/۰۱$)؛ افسردگی ($p < ۰/۰۵$)؛ روان‌پریشی ($p < ۰/۰۵$)، فوبیا

جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در شکایات جسمانی ($p < ۰/۰۱$)؛ اضطراب ($p < ۰/۰۱$)؛ حساسیت ($p < ۰/۰۱$)؛ افسردگی ($p < ۰/۰۵$)؛ روان‌پریشی ($p < ۰/۰۵$)، فوبیا

جدول ۵. آزمون کوواریانس تک متغیری اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی در اقدام کنندگان به خودکشی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
نارسایی هیجانی	پیش آزمون	۳۰۰/۹۷۷	۱	۳۰۰/۹۷۷		۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	گروه	۱۷۸/۳۹۷	۱	۱۷۸/۳۹۷	۳۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
	خطا	۲۲۰/۴۲۳	۲۴	۹/۷۸۴	۱۹/۴۲			
	کل	۶۱۰۸۶/۰۰۰	۲۷					

جدول ۵ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در نارسایی هیجانی در اقدام کنندگان به خودکشی ($p < ۰/۰۱$) با ضریب اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری از نظر آماری بین میانگین‌های دو گروه در این متغیرها وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی و شاخص‌های سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی بود. نتایج پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارسایی هیجانی در اقدام کنندگان به خودکشی را تأیید نمود. یافته به دست آمده با نتایج مطالعه حسن لاریجانی و همکاران (۱۳۹۹)، نوروزی مهمان‌دوست و همکاران (۱۳۹۸) و تیلکی و همکاران (۱۳۹۷)، مینا و همکاران (۱۴۰۲) همخوان بود. یافته غیرهمخوان پیدا نشد.

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که نارسایی هیجانی از طریق نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف، مشکلات بین فردی را افزایش می‌دهد (سلیمی، ۱۳۹۷)؛ براین اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کند تا فرد اعمال خودخواسته‌ای را انجام دهد. درواقع از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنی خواستن هیجان‌ها و تجارب آزردهنده و تحمل صرف آن‌ها نیست می‌تواند منجر به این شود که فرد به گونه‌ای خودخواسته و آگاهانه افکار، رفتار و هیجان‌ها خود را مهار کند و فرد هیجان‌ها را به صورت خودخواسته تجربه و مدیریت کند و بتواند به خوبی هیجان‌ها و احساسات خود را توصیف نموده و ابراز نماید (بشارت و همکاران، ۱۳۸۶). در واقع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی بر آن است هیجان‌ها آن گونه که واقعاً هستند تجربه شوند و این امر باعث می‌شود تا فرد به عمق هیجان‌ها خود پیشبرد، به درستی آن‌ها را شناسایی کند و در پی درک و بروز درست و سالم آن‌ها برآید و وقتی که فردی با کمک رویکرد پذیرش

و تعهد با شیوه‌های سالم به شناخت و مدیریت شناختی هیجان‌ها خود پردازد، به مدیریت هیجانی بهتری دست یافته است (نوروزی مهمان‌دوست و همکاران، ۱۳۹۸). در تبیینی احتمال از دیدگاه پژوهشگر می‌توان اشاره نمود که بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند از نظر عاطفی و هیجانی دچار مشکل هستند و نمی‌توانند احساسات و هیجان‌ها خود را به خوبی بیان کنند و نشان دهند؛ لذا در این مطالعه و با توجه به اینکه آموزش پذیرش و تعهد در افرادی که دچار اقدام به خودکشی شده‌اند باعث می‌شود که آنان با استفاده از هیجان‌ها درست، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های مخصوص زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا کرد و به نوعی نارسایی هیجانی آن‌ها نیز کاهش پیدا کرده است.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص‌های سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی شامل شکایات جسمانی، اضطراب، حساسیت، افسردگی، روان‌پریشی، فوبیا و خصومت اثربخش بود.

یافته به دست آمده با نتایج مطالعه شجاعی زند و همکاران (۱۳۹۷)، سلگی (۱۳۹۶)، بیگدلی و همکاران (۱۳۹۸)، تیگه و همکاران (۲۰۱۸)، دوال و همکاران (۲۰۱۸) همخوان بود.

در تبیینی در همین راستا فورمن و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و شناخت‌های مشکل‌زا را موردبررسی قرار می‌دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ها یا افکار درونی‌شان را آزردهنده می‌دانند و تلاش مداوم بر این است که این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند و افرادی که تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می‌گیرند از این طریق

توانمندی به دست آمده تحت تاثیر این مداخله درمانی، زمینه‌ساز ارتقاء شاخص‌های سلامت روان را به همراه خواهد داشت. همچنین از نقطه نظری دیگر، همانطور که هایز (۲۰۰۴) بیان نمود که قرار گرفتن در معرض آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به مدیریت احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد سعی در اجتناب از آن‌ها داشته است. بطور کلی درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت محتوای روانی، مبارزه و درگیری با آن را کاهش دهند و جایگاهی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک مسیر ارزشمند حرکت کنند و تجربه کمتر تنش روانی را داشته باشند (حسن زاده، ۱۳۹۷).

همچنین در تبیینی از دیدگاه پژوهشگر می‌توان اشاره نمود در این پژوهش به شرکت کنندگان حاضر در مداخله مهارت‌هایی برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی آموزش داده شد که بتوانند با نگرشی مثبت به زندگی، از وضعیت سلامت و بهداشت روانی بالاتری برخوردار باشند. در واقع تلاش شد از طریق ارتقاء انعطاف‌پذیری روانشناختی؛ توانایی تماس کامل با لحظه اکنون و واکنش‌های روانشناختی که باعث می‌شود فرد آگاه شود و رفتارهایش را یا تغییر دهد یا اینکه در جهت ارزش‌های انتخاب‌شده‌ی خویش تثبیت کند؛ این فرایند می‌تواند به بهبود وضعیت روانشناختی افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی گردیده و با تثبیت وضعیت خلقی آن‌ها، حتی از اقدام مجدد به مشکلات روانشناختی نیز جلوگیری نماید.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. یکی از محدودیت‌های موجود، روش نمونه‌گیری داوطلبانه در مرحله اول و غربالگری بود که تعمیم نتایج را با محدودیت همراه می‌کند. محدود شدن مطالعه به دوره پیش آزمون و پس‌آزمون و عدم اجرای مرحله پیگیری مجدد از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. محدودیت در بحث موقعیت مکانی مطالعه که محدود به شهر شاهین دژ بود. وضعیت شیوع بیماری کرونا سبب طولانی‌تر شدن روند اجرای پژوهش شد. همچنین خودسانسورسازی و حالت دفاعی در شرکت کنندگانی که در پژوهش حاضر بودند نیز می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد. همچنین از محدودیت‌های دیگر پژوهش، مقطعی بودن پژوهش حاضر از نظر زمانی بود.

براین اساس پیشنهاداتی پژوهشی شامل در مطالعات آتی همه مراحل نمونه‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی (تصادفی) جهت تعمیم بهتر نتایج استفاده شود. همچنین پژوهشگران مرحله پیگیری مجدد را جهت بررسی ماندگاری اثرات مداخله درمانی مد نظر قرار دهند. در نهایت با لحاظ کردن و مهیا نمودن شرایط، بازه زمانی اجرای پژوهش کوتاه‌تر گردد.

در نهایت در پیشنهاداتی کاربردی و با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و شاخص‌های سلامت روان افراد اقدام کننده به خودکشی پیشنهاد می‌شود جهت کاهش نارسایی هیجانی و ارتقاء سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی، با همکاری نهادهای متولی سلامت مانند آموزش و پرورش، بهزیستی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، شناسایی افرادی که در معرض آسیب و احتمال اقدام به خودکشی در آنها هست، در برنامه قرار گیرد و در مرحله بعد افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند با کمک مراکز بهداشت و سازمان بهزیستی، با تشکیل پرونده، از طریق تنظیم پروتکل و برنامه‌های مداخلاتی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به صورت کشوری، با گنجانیدن تکنیک‌ها و فنون لازم و مرتبط با مشکلاتی مانند نارسایی هیجانی و سلامت روان در این پروتکل‌ها، آموزش‌های مستمر و هفتگی از طریق روان‌شناسان آموزش دیده و مجهز به آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق ارتقاء مدیریت هیجانی به کاهش مشکل نارسایی هیجانی آنها کمک نمود. در نهایت به ارتقاء شاخص‌های سلامت روان در افراد اقدام کننده به خودکشی کمک نمود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد ارومیه با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1399.031 کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد ارومیه است. مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش از سوی دانشگاه تأیید و صادر شده است. برای کسب رضایت آگاهانه و آزادانه شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف از اجرای پژوهش و نحوه انجام آن به‌طور واضح برای شرکت‌کنندگان تشریح گردید و پس از اخذ رضایت کتبی در مطالعه شرکت نمودند. از جانب محققان اطمینان داده شد که داده‌های فردی آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی اجرا شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از پایان‌نامه نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و استخراج شده است.

تضاد منافع: این نوشتار برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است و با منافع شخصی یا سازمانی منافات ندارد. نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید محترم راهنما و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در اجرای پژوهش همکاری و همیاری نمودند کمال تشکر و امتنان داریم.



منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. روانشناسی معاصر. ۲۳(۲)، ۵۸-۵۰.

<https://bjcp.ir/article-1-968-en.html>

بیگللی، روجا؛ دهقان، فاطمه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دوم. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۵(۴)، ۴۲-۳۴.

<http://ijrn.ir/article-۳۳۰-۱-fa.html>

تنهای رشوانلو، فرهاد؛ سعادت‌ی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۴). اعتبار و روایی سازه‌ی فهرست ۲۵ سئوالی نشانه‌های روانشناختی (SCL-25). مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۱)، ۴۸-۵۶.

https://jfmh.mums.ac.ir/article_6255.html

تیلکی، مهدیس؛ طاهر، محبوبه؛ مجرد، آرزو؛ جعفری ثانی، بهنام. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن. مجله مطالعات روان شناختی، ۱۴(۳)، ۱۴۷-۱۶۵.

Doi:10.22051/PSY.2018.15798.1433

حسن زاده، منیره. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و تحلیل رفتار متقابل بر بهزیستی روانشناختی، عملکردجنسی و تنظیم شناختی هیجان زنان ناباور. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.

حسن لاریجانی، مارال؛ حسین ثابت، فریده؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به مالتیل اسکروزیس. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰(۱)، ۱۲۴-۱۲۴.

<http://jdisabilstud.org/article-۱۴۹۸-۱-fa.html>

سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۱)، ۵۳۵-۵۵۵.

Doi:20.1001.1.20084331.1396.11.1.4.1

سلیمی، شلیر. (۱۳۹۷). رابطه بین همدلی عاطفی، انعطاف‌پذیری خانواده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اضطراب مرگ مردان سالمند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد ارومیه.

سیدصالحی، محمد؛ حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۵). مدل ساختاری ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های هویتی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی و ناگویی هیجانی در پیشگیری از افکار خودکشی در سربازان. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۷(۲۶)، ۳۰-۵۰.

https://jms.ihu.ac.ir/article_201222.html

شجاعی زند، نجمه؛ شهریاری احمدی، منصوره؛ و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش‌نشانان حادثه پلاسکو، دومین کنفرانس علمی پژوهشی رهیافت‌های نوین در علوم انسانی ایران، ایلام، موسسه پژوهشی آسو سیستم آرمون.

<https://civilica.com/doc/797436>

کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسینیه؛ و کریمی، کامبیز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۱)، ۷۵-۸۷.

<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-۷۰۶-۱-fa.html>

کیان زاد، سپیده؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهربانی، حسینعلی؛ موسوی، سیدغفور. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۱۰۶)، ۱۷۸۶-۱۷۶۷.

<http://psychologicalscience.ir/article-۱۲۰۸-۱-fa.html>

مهرپویا، شرمین. (۱۳۹۷). مقایسه دلزدگی زناشویی، آشفتگی‌های روان شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی)، ناگویی خلقی در زنان در معرض طلاق و عادی شهر سقز در سال ۹۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد بوکان.

مینا، فاطمه؛ رمضانی، خسرو؛ کامکار، علی؛ کرمی، محمد یاسین. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری نظم‌جویی هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان سینه، مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۳۰)، ۲۱۶۸-۲۱۵۱.

<http://psychologicalscience.ir/article-۲۱۱۸-۱-fa.html>

نقدی، مژگان؛ طاهر، محبوبه؛ آقایی، حکیمه؛ حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۸)، ۱۶۷۸-۱۶۶۳.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1878-fa.html>

نوروزی مهمان‌دوست، زهرا؛ غلامی حیدرآبادی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده. مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۲)، ۱۱۵-۱۱۵.

<http://jdisabilstud.org/article-۱۵۹۳-۱-fa.html>

References

Ammerman, B. A., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., Knörr, A., & McCloskey, M. S. (2015). Suicidal and violent behavior: the role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. *Personality and*

- Individual Differences*, 79, 57-62.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.044>
- Besharat, M.A. (2008). The relations between personality dimensions and alexithymia. *bjcp*, 2(2), 50-58. [Persian]. <https://bjcp.ir/article-1-968-en.html>
- Bigdeli, R., Dehghan, F. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Symptoms and Life Satisfaction in Patients with Type-2 Diabetes. *IJRN*, 5 (4), 34-42. [Persian]. <http://ijrn.ir/article-1-330-fa.html>
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., & Di Giannantonio, M. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Comprehensive psychiatry*, 58, 82-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25591904/>
- Dessauvage, A. S., Dang, H. M., Nguyen, T. A. T., & Groen, G. (2022). Mental health of university students in southeastern Asia: a systematic review. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(2-3), 172-181. <https://doi.org/10.1177/10105395211055545>
- Devala, C., Bernard-Curiea, S., Monestèsb, J. (2018). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 27(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.10.002>
- Elyoseph, Z., & Levkovich, I. (2023). Beyond human expertise: the promise and limitations of ChatGPT in suicide risk assessment. *Frontiers in psychiatry*, 14 (12), 131-41. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1213141>
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 21(4), 2-8. [doi/10.3316/informit.545561433272993](https://doi.org/10.3316/informit.545561433272993)
- Hasan Larijani, M., Hossein Sabet, F., Borjali, A. (2020). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia in Patients with Multiple Sclerosis. *MEJDS*, 10, 124-124. [Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-۱۴۹۸-۱-fa.html>
- Kavousian, J., Haniffi, H., Karimi, K. (2017). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. *JHC*, 19 (1), 75-87. [Persian]. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-۷۰۶-۱-fa.html>
- Kiyanzad, S., Neshat Doost, H.T, Mehrabi, H.A., Mousav, S.G. (2021). The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. *Journal of Psychological Science*. 20 (106), 1767-1786. [Persian]. <http://psychologicalscience.ir/article-۱۲۰۸-۱-fa.html>
- Li, X., Wang, X., Sun, L., Hu, Y., Xia, L., Wang, S., ... & Liu, H. (2023). Associations between childhood maltreatment and suicidal ideation in depressed adolescents: the mediating effect of alexithymia and insomnia. *Child Abuse & Neglect*, 135, 105990. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105990>
- Liu, L., Sun, Y., Wang, Y., Luo, N., Bai, R., Pan, M., & Wu, H. (2023). Impact of alexithymia on suicidal ideation among patients with ovarian cancer: a moderated mediation model of self-perceived burden and general self-efficacy. *Supportive Care in Cancer*, 31(3), 177. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07610-z>
- Loftis, M. A., Michael, T., & Luke, C. (2019). College Student Suicide Risk: The Relationship between Alexithymia, Impulsivity, and Internal Locus of Control. *International Journal of Educational Psychology*, 8(3), 246-269. <https://doi.org/10.17583/ijep.2019.3991>
- Mina, F., Ramezani, K., Kamkar, A., Karami, M. (2023). Investigating the efficacy of acceptance and commitment therapy on the difficulty of emotional regulation in breast cancer patients. *Journal of Psychological Science*. 22(130), 2151-2168. [Persian]. [doi:10.52547/JPS.22.130.2151](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.2151)
- Mishra, J., Samanta, P., Panigrahi, A., Dash, K., Behera, M. R., & Das, R. (2023). Mental health status, coping strategies during Covid-19 pandemic among undergraduate students of healthcare profession. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(1), 562-574. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00611-1>
- Naghdi, M., Taher, M., Aghaei, H., Hossein Khanzadeh, A.A. (2023). Comparing the effectiveness of logotherapy and acceptance and commitment therapy on the loneliness of the elderly. *Journal of Psychological Science*. 22(128), 1663-1678. [Persian]. <https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1663>
- Noroozi Mehmandoost, Z., Gholami Heydarabadi, Z. (2019). Education Acceptance- Commitment Therapy on Dyfunctional Attitudes, Alexithymia of Depressed Women. *MEJDS*, 9, 115-115. [Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-۱۵۹۳-۱-fa.html>
- Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 215, 112375. [Doi:10.1016/j.paid.2023.112375](https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112375)

- Ramya, K., Jagadeswaran, D., & Kumar, R. (2024). Alexithymia, Suicidal Ideation, and Self-Esteem as Psychological Factors Affecting Chronic Kidney Disease Patients Under Haemodialysis: A Contextual Review. *Cureus*, 16(2), 1-7. [Doi:10.7759/cureus.54383](https://doi.org/10.7759/cureus.54383)
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Begum, N., Saini, A., Wang, S., & David, A. S. (2021). Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e32. doi.org/10.1017/S2045796021000214
- Rotenstein, L.S., Ramos, M.A., Torre, M., Segal, J.B., Peluso, M.J., Guille, C., Sen, S., Mata, D.A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 316, 2214–2236. doi.org/10.1001%2Fjama.2016.17324
- Sayyed Salehi, M., Hatami, H. (2016). Structural model of personality traits, identity styles and social support with mediating alexithymia and defense styles in prevention of suicidal ideation in soldiers. *Military Psychology*, 7(26), 5-20. [Persian]. https://jms.ihu.ac.ir/article_201222.html
- Solgi, Z. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on insecure attachment, fear of intimacy, and addiction to social networks in teenagers with suicidal history. *Applied Psychology*, 11(1), 535-555. [Persian]. [doi:10.1001.1.20084331.1396.11.1.4.1](https://doi.org/10.1001.1.20084331.1396.11.1.4.1)
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy D., Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and psychotherapy*. 91(2):248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Tanhaye Reshvanloo, F., & Saadati Shamir, A. (2015). Construct validity and reliability of Symptom Checklist-25 (SCL-25). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(1), 48-56. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.6255>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker, *The Handbook of emotional intelligence*. Jossy-Bass. <https://psycnet.apa.org/record/2001-00355-003>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Porcelli, P. (2023). Revisiting the Concept of Pensée Opératoire: Some Conceptual, Empirical, and Clinical Considerations. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(3), 287-310. <https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.3.287>
- Tighe, J., Nicholas, J., Christensen, H. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Ment Health*. 5(2), e10732. <https://doi.org/10.2196/10732>
- Tilaki, M., Taher, M., Mojarrad, A., & Jafari Sani, B. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with Chronic Pain. *Journal of Psychological Studies*, 14(3), 163-178. [Doi:10.22051/psy.2018.15798.1433](https://doi.org/10.22051/psy.2018.15798.1433)
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., & Schreurs, K. M. (2016). Positive Psychological Wellbeing Is Required for Online Self-Help Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain to be Effective. *Frontiers in psychology*, 7, 353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00353>
- Tung, Y.J., Lo, K.K., Ho, R.M., Tam, W.W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educational Today*. 63, 119–129. [Doi:10.1016/j.nedt.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.009)
- Vaingankar, J.A., Rekhi, G., Subramaniam, M., Abidin, E., Chong, S.A. (2013). Age of onset of life-time mental disorders and treatment contact. *Soc Psychiatric Epidemiol*. 48(5), 835-843. [Doi:10.1007/s00127-012-0601-y](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0601-y)
- Vowles, K.E., Sorrell, J.T. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach, therapist guide and patient workbook. <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/06/Life-with-Chronic-Pain-Therapist-Guide-Patient-Workbook.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Special Initiative for Mental Health (2019-2023)*. World Health Organization. Accessed September 21, 2020.
- Yamashita, M., & Matsubayashi, S. (2023). A case of central adrenocortical insufficiency with alexithymia and alexisomia. *Acta Psychologica*, 240, 104030. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104030>
- Yan, Y., Hou, J., Li, Q., & Yu, N. X. (2023). Suicide before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3346. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043346>