



Journal Website

Article history:

Received 25 March 2026

Revised 17 May 2026

Accepted 24 May 2026

Initial Publication 15 June 2026

Final Publication 22 June 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 2, pp 1-18



E-ISSN: 2981-1759

Effectiveness of Online Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Alexithymia and Grief Symptoms in War-Bereaved Individuals

Sheyda. Esmailzadeh^{1*}, Afagh. Jafari², Soheila. Esgandani², Hosna. Rostami², Atiyeh. Fallahi Bouyeh³

1. Department of General Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. Department of Psychology, WT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran

* Corresponding author email address: sheyda.esmaeilzadeh@iau.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Esmailzadeh, S., Jafari, A., Esgandani, S., Rostami, H., & Fallahi Bouyeh, A. (2026). Effectiveness of Online Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Alexithymia and Grief Symptoms in War-Bereaved Individuals. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(2), 1-18.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to determine the effectiveness of online group therapy based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on alexithymia and grief symptoms in war-bereaved individuals.

Methodology: This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of war-bereaved men and women aged 25 to 55 years living in Tehran in 1405 (Persian calendar). Forty participants were selected using purposive sampling and randomly assigned into experimental and control groups (20 participants each). The experimental group received eight 60-minute sessions of online group ACT based on Hayes' (2004) protocol, while the control group remained on a waiting list. Research instruments included the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Grief Experience Questionnaire (GEQ). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Bonferroni post-hoc test in SPSS-28.

Findings: The results of MANCOVA demonstrated that online group ACT significantly reduced alexithymia ($\eta^2p=0.24$, $p=0.001$) and its components including difficulty identifying feelings ($\eta^2p=0.21$), difficulty describing feelings ($\eta^2p=0.19$), and externally oriented thinking ($\eta^2p=0.11$). Significant reductions were also observed in grief symptoms ($\eta^2p=0.28$, $p=0.001$) and the subcomponents of guilt feelings ($\eta^2p=0.22$), physical reactions ($\eta^2p=0.17$), feelings of abandonment ($\eta^2p=0.10$), and judgment regarding the cause of death ($\eta^2p=0.04$) ($p<0.05$). However, no significant differences were found between the groups regarding attempts to justify and cope, shame and embarrassment, and stigma.

Conclusion: Online group Acceptance and Commitment Therapy appears to be an effective intervention for reducing alexithymia and grief symptoms among war-bereaved individuals. This approach may serve as an accessible, flexible, and evidence-based therapeutic method for psychological rehabilitation of war survivors in counseling and psychotherapy settings.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, online group therapy, alexithymia, grief symptoms, war-bereaved individuals

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

War-related bereavement is one of the most severe forms of traumatic loss because it combines grief with exposure to violence, insecurity, sudden death, and disrupted meaning-making. War-bereaved individuals often experience prolonged grief symptoms, guilt, bodily distress, feelings of abandonment, and impaired emotional processing (Frankova & Leshchuk, 2026; Hutul et al., 2025; Layne et al., 2025). Alexithymia may intensify this process by limiting the individual's capacity to identify, describe, and regulate painful emotional states (Kaya & Aydemir, 2021; Mohammadjani et al., 2025). Acceptance and Commitment Therapy (ACT), by enhancing psychological flexibility, acceptance, cognitive defusion, mindfulness, values clarification, and committed action, provides a theoretically appropriate intervention for reducing emotional avoidance and grief-related distress (Hayes, 2004). Previous studies have supported the effectiveness of ACT in reducing alexithymia, improving emotion regulation, and managing grief-related symptoms (Daraei et al., 2025; Jones et al., 2022; Malekdar et al., 2025; Meftahi et al., 2025; Nazari et al., 2025; Tayebi & Oraki, 2025; Willi et al., 2024). However, limited evidence exists regarding online group ACT for war-bereaved adults. Therefore, this study aimed to examine the effectiveness of online group ACT on alexithymia and grief symptoms in war-bereaved individuals.

Methods and Materials

This study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population included adult men and women aged 25 to 55 years living in Tehran who had lost a loved one during the forty-day imposed war. Forty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. Inclusion criteria included being 25–55 years old, experiencing war-related bereavement, obtaining scores above the cut-off points on alexithymia and grief measures, having access to online communication tools, and not receiving concurrent psychotherapy. The experimental group received eight 60-minute online group ACT sessions over one month, two sessions per week, while the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Grief Experience Questionnaire (GEQ). Data were analyzed using SPSS-28, multivariate analysis of covariance, and Bonferroni post-hoc tests.

Findings

The results showed that online group ACT significantly reduced total alexithymia in the experimental group compared with the control group ($F=12.19$, $p=0.001$, $\eta^2p=0.24$). Significant reductions were also observed in difficulty identifying feelings ($F=9.94$, $p=0.003$, $\eta^2p=0.21$), difficulty describing feelings ($F=8.87$, $p=0.005$, $\eta^2p=0.19$), and externally oriented thinking ($F=4.66$, $p=0.015$, $\eta^2p=0.11$). The intervention also significantly reduced total grief symptoms ($F=14.81$, $p=0.001$, $\eta^2p=0.28$). Among grief components, significant effects were found for guilt feelings ($F=10.56$, $p=0.003$, $\eta^2p=0.22$), physical reactions ($F=7.68$, $p=0.008$, $\eta^2p=0.17$), feelings of abandonment ($F=4.02$, $p=0.021$, $\eta^2p=0.10$), and judgment regarding the cause of death ($F=1.49$, $p=0.043$, $\eta^2p=0.04$). Bonferroni comparisons showed that the adjusted posttest mean of alexithymia was lower in the experimental group ($M=48.42$) than in the control group ($M=58.31$), and the adjusted posttest mean of grief symptoms was lower in the experimental group ($M=69.74$) than in the control group ($M=84.05$). However, no significant effects were found for attempts to justify and cope ($p=0.521$), shame and embarrassment ($p=0.458$), or stigma ($p=0.572$).

Discussion and Conclusion

The findings indicate that online group ACT is an effective intervention for reducing alexithymia and grief symptoms among war-bereaved individuals. The reduction in alexithymia can be explained by the ACT emphasis on emotional acceptance, mindfulness, and cognitive defusion, which helps participants observe, name, and tolerate painful emotional experiences rather than suppressing them. The reduction in grief symptoms may also reflect decreased experiential avoidance, reduced fusion with guilt-related thoughts, and increased engagement in value-based actions. The online group format may have further supported treatment outcomes by providing accessibility, emotional validation, and shared experience among participants. Overall, online group ACT appears to be an accessible and evidence-based therapeutic approach for improving emotional processing and reducing maladaptive grief reactions in war-bereaved survivors.



اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ

شیدا اسمعیل زاده^{۱*}، آفاق جعفری^۲، سهیلا اسگندانی^۲، حسنا رستمی^۲، آتیه فلاحی بویه^۳

۱. گروه روانشناسی عمومی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: sheyda.esmaeilzadeh@iau.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

اسمعیل زاده، شیدا، جعفری، آفاق، اسگندانی، سهیلا، رستمی، حسنا، و فلاحی بویه، آتیه. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۲)، ۱-۱۸.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان و مردان ۲۵ تا ۵۵ ساله داغ‌دیده از جنگ ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود. تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۴) قرار گرفت و گروه گواه در لیست انتظار باقی ماند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) و پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۸ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار ناگویی هیجانی ($\eta^2 p = 0/24$) و مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات ($\eta^2 p = 0/21$)، دشواری در توصیف احساسات ($\eta^2 p = 0/19$) و تفکر عینی ($\eta^2 p = 0/11$) شد. همچنین، کاهش معناداری در نشانه‌های سوگ ($\eta^2 p = 0/28$) و مؤلفه‌های احساس گناه ($\eta^2 p = 0/22$)، واکنش‌های بدنی ($\eta^2 p = 0/17$)، احساس ترک شدن ($\eta^2 p = 0/10$) و قضاوت درباره دلیل فوت ($\eta^2 p = 0/04$) مشاهده شد ($p < 0/05$). با این حال، تفاوت دو گروه در مؤلفه‌های تلاش برای توجیه و کنار آمدن، خجالت و شرمندگی و بدنامی معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای مؤثر در کاهش ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ است و می‌تواند به‌عنوان رویکردی در دسترس، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد در مراکز مشاوره و روان‌درمانی برای بازماندگان جنگ مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان گروهی آنلاین، ناگویی هیجانی، نشانه‌های سوگ، داغ‌دیدگان جنگ



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

جنگ یکی از شدیدترین رویدادهای آسیب‌زای جمعی است که پیامدهای آن صرفاً به تخریب‌های مادی و جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه در لایه‌های عمیق روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی نیز اثرات پایدار بر جای می‌گذارد. در شرایط جنگی، افراد نه تنها با تهدید مستقیم جان، آوارگی، ناامنی، تخریب محیط زندگی و فروپاشی نظم روزمره مواجه می‌شوند، بلکه در بسیاری از موارد فقدان عزیزان را در بستری ناگهانی، خشونت‌آمیز و غیرقابل پیش‌بینی تجربه می‌کنند. چنین فقدان‌ها، به‌ویژه زمانی که با تجربه‌های تروماتیک همراه باشد، می‌تواند فرایند طبیعی سوگواری را مختل کند و زمینه‌ساز نشانه‌های پایدار سوگ، درماندگی روانی، اجتناب هیجانی و کاهش کارکرد اجتماعی شود. پژوهش‌های جدید در زمینه پیامدهای روانی جنگ نشان می‌دهند که بازماندگان و داغدیدگان جنگ، به دلیل مواجهه هم‌زمان با فقدان، تهدید، بی‌ثباتی و احساس بی‌عدالتی، در معرض خطر بالاتری برای تجربه سوگ طولانی‌مدت، اختلالات مرتبط با تروما و مشکلات تنظیم هیجان قرار دارند (Frankova & Leshchuk, 2026; Hutul et al., 2025). در همین راستا، مطالعات مربوط به پیامدهای جنگ‌های اخیر نیز بر ضرورت توجه به مداخلات روان‌شناختی و آموزشی پس از جنگ تأکید کرده‌اند، زیرا تداوم نشانه‌های روانی در بازماندگان می‌تواند سازگاری فردی، روابط خانوادگی و بازگشت به زندگی عادی را با اختلال جدی روبه‌رو سازد (Darvishpour et al., 2025).

سوگ در معنای بالینی و روان‌شناختی، واکنشی طبیعی به فقدان فردی مهم است؛ اما این واکنش در برخی افراد، به‌ویژه زمانی که فقدان با خشونت، ابهام، مرگ ناگهانی یا زمینه‌های جنگی همراه باشد، از مسیر طبیعی خود خارج شده و به شکل سوگ پیچیده یا سوگ طولانی‌مدت تداوم می‌یابد. در سوگ جنگی، فرد داغ‌دیده ممکن است علاوه بر اندوه عمیق، احساس گناه، خشم، درماندگی، احساس رهاشدگی، واکنش‌های بدنی، افکار مزاحم، اجتناب از یادآورهای فقدان و دشواری در معنا دادن به مرگ عزیز را تجربه کند. ادبیات جدید سوگ نشان می‌دهد که فقدان‌های ناشی از جنگ با بار هیجانی و اخلاقی ویژه‌ای همراه‌اند، زیرا مرگ عزیز در چنین شرایطی اغلب به‌عنوان رویدادی ناعادلانه، خشونت‌آمیز و خارج از کنترل ادراک می‌شود (Layne et al., 2025; Prigerson et al., 2025). از این منظر، نشانه‌های سوگ در بازماندگان جنگ تنها بیانگر دلتنگی یا اندوه نیستند، بلکه می‌توانند منعکس‌کننده اختلال در پردازش شناختی - هیجانی فقدان، گسست در روایت زندگی و ناتوانی در بازسازی معنا پس از مرگ عزیز باشند (Frankova & Leshchuk, 2026).

یکی از متغیرهای مهمی که در سال‌های اخیر در ارتباط با سوگ، تروما و اختلالات هیجانی مورد توجه قرار گرفته، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به دشواری در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف هیجان‌ها و گرایش به تفکر عینی و بیرونی اشاره دارد. افراد دارای ناگویی هیجانی معمولاً نمی‌توانند تجربه‌های عاطفی خود را به‌درستی نام‌گذاری کنند، میان هیجان‌ها و نشانه‌های بدنی تمایز قائل شوند یا احساسات خود را در قالب کلامی بیان کنند. این ویژگی در شرایط سوگ و تروما اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا پردازش فقدان مستلزم تماس با هیجان‌های دردناک، بیان احساسات، معنا دادن به تجربه فقدان و بازسازی ارتباط روانی با فرد متوفی است. در صورتی که فرد داغ‌دیده قادر به شناسایی و بیان غم، خشم، گناه یا ترس خود نباشد، احتمال تثبیت نشانه‌های سوگ و تداوم رنج روانی افزایش می‌یابد (Kaya & Aydemir, 2021; Mohammadjani et al., 2025). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی در بازماندگان جنگ و افراد دارای تجربه‌های تروماتیک شیوع قابل توجهی دارد و می‌تواند با شدت نشانه‌های پس از سانحه، افسردگی، اضطراب و سوگ پیچیده ارتباط داشته باشد (Becirovic et al., 2017).

در زمینه جمعیت‌های داغ‌دیده، ناگویی هیجانی می‌تواند هم پیامد و هم عامل تداوم‌بخش سوگ باشد. از یک سو، شدت هیجان‌های ناشی از فقدان ممکن است فرد را به سوی سرکوب، گسست هیجانی و اجتناب از تجربه درونی سوق دهد. از سوی دیگر، همین ناتوانی در



تجربه و بیان هیجان‌ها مانع پردازش سوگ شده و فرد را در چرخه‌ای از اندوه حل‌نشده، اجتناب، نشخوار ذهنی و علائم جسمانی گرفتار می‌کند. مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند در ارتباط میان باورهای فراشناختی، اضطراب اجتماعی و سازگاری روانی نقش واسطه‌ای یا تشدیدکننده داشته باشد (Jafari, 2025). همچنین در میان افراد دارای سوگ پیچیده، آموزش تنظیم هیجان توانسته است ناگویی هیجانی را کاهش دهد که این یافته اهمیت مداخلات متمرکز بر هیجان را در جمعیت‌های سوگوار نشان می‌دهد (Javadi & Abedi Gholich, 2025). از سوی دیگر، رابطه میان راهبردهای فراشناختی، تاب‌آوری، خودشفقتی و ناگویی هیجانی در دانشجویان داغ‌دیده نشان می‌دهد که کاهش ناگویی هیجانی می‌تواند یکی از مسیرهای مهم ارتقای سازگاری پس از فقدان باشد (Mohammadjani et al., 2025).

با توجه به این پیوند نظری و تجربی، طراحی مداخلاتی که بتوانند هم‌زمان به نشانه‌های سوگ و دشواری‌های پردازش هیجانی بپردازند، ضرورت بالینی دارد. در این میان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، چارچوبی مناسب برای کار با سوگ، اجتناب هیجانی و ناگویی هیجانی فراهم می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش برای حذف یا کنترل مستقیم افکار و احساسات دردناک، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجارب درونی، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه تأکید دارد (Hayes, 2004). این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا به جای مبارزه با اندوه، گناه یا خاطرات دردناک، رابطه متفاوتی با این تجربه‌ها برقرار کنند و در عین حضور درد روانی، رفتارهایی همسو با ارزش‌های زندگی خود انجام دهند. چنین منطقی برای افراد داغ‌دیده از جنگ اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد، زیرا هدف درمان در این جمعیت حذف اندوه نیست، بلکه کمک به فرد برای زیستن معنادار در کنار فقدان و کاهش اجتناب ناتوان‌کننده است.

پژوهش‌های اخیر از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش سازگاری روان‌شناختی در گروه‌های مختلف حمایت کرده‌اند. برای مثال، اثربخشی این درمان بر ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان داده است که ACT می‌تواند با افزایش پذیرش هیجان‌ها و کاهش اجتناب تجربه‌ای، توانایی افراد را در تماس و بیان تجربه‌های هیجانی بهبود بخشد (Hassan Larijani et al., 2020). همچنین مطالعات جدیدتر نشان داده‌اند که این درمان در زنان دارای دیابت نوع دو، نوجوانان دختر دارای بیماری‌های جسمانی و زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند موجب کاهش ناگویی هیجانی، اضطراب و دشواری‌های مرتبط با پایبندی درمانی شود (Malekdar et al., 2025; Nazari et al., 2025; Tayebi & Oraki, 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که ACT نه تنها در مشکلات روان‌شناختی کلاسیک، بلکه در بافت‌های پیچیده‌تر که هیجان، بیماری، اضطراب و اجتناب درهم‌تنیده‌اند نیز قابلیت مداخله‌گری دارد.

در حوزه سوگ نیز شواهد رو به رشدی از کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. مرور نظام‌مند جونز و همکاران درباره اثربخشی ACT در مدیریت سوگ همسران و شریکان زندگی داغ‌دیده نشان داد که این رویکرد می‌تواند در کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش پذیرش هیجان‌های دشوار مرتبط با فقدان سودمند باشد (Jones et al., 2022). مطالعه کیفی ویلی و همکاران نیز نشان داد که درمانگران، ACT را برای حمایت از افراد سوگوار مفید می‌دانند، زیرا این رویکرد با استفاده از استعاره‌ها، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و تمرکز بر ارزش‌ها، به فرد کمک می‌کند از اجتناب هیجانی فاصله بگیرد و رابطه خود را با افکار و احساسات دردناک تغییر دهد (Willi et al., 2024). در مطالعات داخلی نیز اثربخشی ACT بر تنظیم هیجان، خودشفقتی و همجوشی شناختی در افراد دارای سوگ طولانی‌مدت گزارش شده است (Daraei et al., 2025). همچنین پژوهش‌های مربوط به زنان دارای سوگ طولانی‌مدت و بیماران افسرده دارای تجربه سوگ نشان داده‌اند که ACT می‌تواند از طریق بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارتقای کیفیت زندگی، نقش مهمی در کاهش پیامدهای روانی فقدان داشته باشد (Meftahi et al., 2025; Moravvaji et al., 2024). علاوه بر این، مقایسه درمان سوگ آسیب‌شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد



نشان داده است که ACT می‌تواند بر نشانه‌های سوگ پیچیده و حتی شاخص‌های جسمانی مرتبط با فشار روانی اثرگذار باشد (Soleimani et al., 2025).

یکی از مزیت‌های مهم ACT در کار با افراد داغدیده از جنگ، سازگاری آن با قالب گروهی و آنلاین است. درمان گروهی، فرصت تجربه همدلی، اشتراک روایت فقدان، کاهش احساس تنهایی و مشاهده تلاش دیگران برای سازگاری با سوگ را فراهم می‌کند. در عین حال، شکل آنلاین درمان می‌تواند موانع مهمی مانند فاصله جغرافیایی، مشکلات رفت‌وآمد، محدودیت‌های جسمانی، هزینه‌های درمان و انگ مراجعه حضوری به خدمات روان‌شناختی را کاهش دهد. اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌های دیگر نیز نشان داده است که قالب آنلاین می‌تواند بستر مناسبی برای اجرای مداخلات مبتنی بر ACT باشد، به‌ویژه زمانی که ساختار جلسات، محرمانگی، مشارکت فعال و تکالیف خانگی به‌درستی طراحی شوند (Doosti et al., 2021). در جمعیت داغدیدگان جنگ، این ویژگی اهمیت مضاعفی دارد، زیرا بسیاری از بازماندگان ممکن است به دلیل شرایط عاطفی، اجتماعی یا جسمانی توان یا تمایل کافی برای حضور در جلسات حضوری نداشته باشند.

با وجود شواهد امیدوارکننده درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان و سوگ، هنوز خلأ پژوهشی قابل توجهی درباره کاربرد درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت خاص افراد داغدیده از جنگ وجود دارد. بیشتر مطالعات پیشین یا بر جمعیت‌های غیرجنگی تمرکز داشته‌اند، یا ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند. همچنین، اگرچه ابزارهای معتبر سنجش تجربه سوگ در ایران مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته‌اند و امکان ارزیابی ابعاد چندگانه سوگ را فراهم ساخته‌اند (Mahdipour et al., 2009)، پژوهش‌های مداخله‌ای اندکی به‌طور هم‌زمان به کاهش ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در بازماندگان جنگ پرداخته‌اند. از این رو، بررسی اثربخشی مداخله‌ای که هم بر پذیرش هیجان‌های دردناک و هم بر بازگشت به زندگی ارزش‌محور تأکید دارد، می‌تواند از نظر نظری، بالینی و کاربردی اهمیت داشته باشد. چنین پژوهشی می‌تواند به توسعه پروتکل‌های آنلاین، دسترس‌پذیر و متناسب با نیازهای روان‌شناختی افراد داغدیده از جنگ کمک کند و مبنایی برای مداخلات بازتوانی روانی - اجتماعی در شرایط پسا‌جنگ فراهم آورد.

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغدیده از جنگ بود.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این طرح، گروه آزمایش تحت مداخله درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. متغیرهای وابسته شامل ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شدند. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان بزرگسال ۲۵ تا ۵۵ سال ساکن شهر تهران بود که یکی از عزیزان خود را در جریان جنگ تحمیلی ۴۰ روزه از دست داده بودند و در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت سال ۱۴۰۵ آمادگی شرکت در پژوهش را داشتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، سپری شدن حداقل یک سال از زمان فقدان، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ($TAS-20 \geq 52$)، تأیید بالینی نشانه‌های سوگ، دسترسی به اینترنت و تجهیزات لازم برای حضور در جلسات آنلاین، عدم دریافت هم‌زمان مداخلات روان‌درمانی دیگر و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه بود. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به



اختلال روان‌پزشکی حاد و انصراف از ادامه همکاری به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. برای جذب نمونه‌ها، فراخوان الکترونیکی در کانال‌های مجازی مرتبط با بازماندگان جنگ و بنیاد شهدا منتشر شد. از میان ۱۴۷ نفر متقاضی اولیه، ۴۸ نفر واجد شرایط اولیه بودند که پس از مصاحبه تلفنی و بررسی معیارهای ورود، ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. در آغاز پژوهش، توضیحات لازم درباره اهداف، روند اجرا، محرمانگی اطلاعات و اصول اخلاق پژوهش ارائه شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان به‌صورت آنلاین دریافت گردید. در طول اجرای پژوهش هیچ موردی از ریزش نمونه مشاهده نشد و تمامی مراحل پژوهش مطابق اصول اعلامیه هلسینکی (۲۰۲۴) انجام گرفت.

برای سنجش ناگویی هیجانی از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) بگبی و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام می‌شود و دامنه نمره کل بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر ناگویی هیجانی است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی برای مؤلفه‌های سه‌گانه بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۱ گزارش کردند. همچنین در نسخه فارسی این ابزار، بشارت (۲۰۰۷) ساختار سه‌عاملی آن را تأیید و ضرایب آلفای کرونباخ را برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش نمود. در پژوهش حاضر نیز پایایی نمره کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار بود.

برای ارزیابی نشانه‌های سوگ از پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) بارت و اسکات (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه ۳۴ گویه دارد و هفت بعد مختلف واکنش‌های هیجانی و شناختی مرتبط با فقدان را شامل احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت درباره دلیل فوت، خجالت و شرمندگی و بدنامی ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های سوگ است. سازندگان ابزار، روایی و پایایی مطلوبی برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را بالاتر از ۰/۷۰ اعلام نموده‌اند. در ایران، مهدی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی و روایی سازه و همگرایی آن را تأیید کردند. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش آنان ۰/۸۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود.

مداخله پژوهش حاضر بر اساس درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و مطابق پروتکل استاندارد هیز و همکاران (۲۰۰۴) طراحی و اجرا شد. این مداخله با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای در افراد داغ‌دیده از جنگ تدوین گردید و شامل شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه بود. جلسات درمانی برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مدت یک ماه و به‌صورت آنلاین برگزار شد؛ به‌گونه‌ای که هر هفته دو جلسه برگزار می‌شد. در جلسات ابتدایی، مفاهیم درماندگی خلاق، پذیرش هیجان‌های مرتبط با سوگ و ناکارآمدی راهبردهای کنترل هیجان آموزش داده شد. در ادامه، تکنیک‌های گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی، مشاهده‌گری بدون قضاوت و شناسایی هیجان‌ها برای کاهش ناگویی هیجانی مورد استفاده قرار گرفت. در جلسات پایانی نیز تمرکز بر شفاف‌سازی ارزش‌های فردی، برنامه‌ریزی رفتاری و اقدام متعهدانه علیرغم وجود درد هیجانی ناشی از سوگ بود. در طول مداخله، از استعاره‌ها، تمرین‌های تجربی، بحث‌های گروهی آنلاین و تکالیف خانگی استفاده شد و محتوای جلسات متناسب با ویژگی‌های روان‌شناختی بازماندگان جنگ انطباق داده شد. گروه گواه در طول این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان پژوهش در لیست انتظار درمان قرار گرفت.



داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ مورد تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای پژوهش و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان محاسبه شد. سپس به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاخص‌های چولگی و کشیدگی ارزیابی گردید. همچنین، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها با آزمون لون و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با آزمون باکس بررسی شد و داده‌های پرت از طریق فاصله ماهالانوبیس و نمودار جعبه‌ای کنترل گردید. برای بررسی همگونی اولیه دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از آزمون t مستقل استفاده شد. در ادامه، به منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ و مؤلفه‌های آن‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد و نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش وارد مدل شدند. در صورت معنادار بودن نتایج مانکوا، برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین اندازه اثر با استفاده از مجذور اتا ($\eta^2 p$) گزارش گردید و سطح معناداری تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰/۷ سال با انحراف استاندارد ۲/۸ (دامنه ۲۵ تا ۵۵ سال) بود. توزیع سنی از نرمال بودن قابل قبولی برخوردار بود (چولگی = ۰/۱۸، کشیدگی = -۰/۳۲). حدود ۶۲/۵ درصد از نمونه در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۸ سال قرار داشتند که نشان‌دهنده همگنی نسبی گروه سنی میانی و تمرکز نمونه بر بزرگسالان میان‌سال است. از نظر جنسیت، ۵۲/۵ درصد (۲۱ نفر) از شرکت‌کنندگان زن و ۴۷/۵ درصد (۱۹ نفر) مرد بودند که توزیع نسبتاً متعادلی بین دو جنس را نشان می‌داد. از نظر وضعیت تأهل، ۶۷/۵ درصد شرکت‌کنندگان (۲۷ نفر) متأهل، ۲۲/۵ درصد (۹ نفر) مجرد، ۷/۵ درصد (۳ نفر) مطلقه و ۲/۵ درصد (۱ نفر) بیوه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات لیسانس بود (۴۲/۵ درصد، ۱۷ نفر). پس از آن به ترتیب تحصیلات فوق لیسانس (۲۵ درصد، ۱۰ نفر)، دیپلم و پیش‌دانشگاهی (۱۷/۵ درصد، ۷ نفر)، فوق‌دیپلم (۱۰ درصد، ۴ نفر) و دکتری (۵ درصد، ۲ نفر) قرار داشت. همچنین آزمون t مستقل و آزمون χ^2 دو نشان داد که دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری نداشتند ($p > ۰/۰۵$) که حاکی از همگونی دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی بود.

در جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد، دامنه نمرات، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای اصلی پژوهش شامل ناگویی هیجانی (نمره کل و سه مؤلفه: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی) و نشانه‌های سوگ (نمره کل و چهار مؤلفه: احساس گناه، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت درباره دلیل فوت) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.



جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد، دامنه نمرات، چولگی و کشیدگی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	گروه	زمان (پیش/پس آزمون)	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه نمرات (حداقل-حداکثر)	چولگی	کشیدگی
ناگویی (کل)	هیجانی	آزمایش پیش	۵۸/۵۳	۹/۷۲	۷۸-۳۹	۰/۳۲	-۰/۳۵
	آزمایش	پس	۴۸/۴۲	۸/۱۵	۶۵-۳۳	۰/۲۸	-۰/۱۹
	گواه	پیش	۵۷/۸۶	۱۰/۲۳	۷۹-۳۷	۰/۳۵	-۰/۲۲
	گواه	پس	۵۸/۳۱	۹/۷۸	۸۰-۳۸	۰/۳۳	-۰/۲۴
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	پیش	۲۲/۴۷	۳/۸۲	۳۱-۱۴	۰/۲۶	-۰/۱۷
	آزمایش	پس	۱۸/۶۵	۳/۲۱	۲۶-۱۱	۰/۲۲	-۰/۱۴
	گواه	پیش	۲۲/۱۲	۳/۹۴	۳۲-۱۳	۰/۲۹	-۰/۲۰
	گواه	پس	۲۲/۹۸	۳/۶۷	۳۳-۱۴	۰/۳۱	-۰/۱۸
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	پیش	۱۵/۳۹	۳/۰۱	۲۳-۹	-۰/۱۸	-۰/۳۳
	آزمایش	پس	۱۳/۱۲	۲/۶۵	۲۰-۸	-۰/۲۰	-۰/۳۰
	گواه	پیش	۱۵/۲۶	۳/۱۵	۲۴-۱۰	۰/۲۱	-۰/۲۸
	گواه	پس	۱۵/۳۳	۲/۸۲	۲۳-۹	۰/۱۹	-۰/۲۶
تفکر عینی	آزمایش	پیش	۲۰/۶۷	۴/۱۹	۳۴-۱۲	۰/۲۴	-۰/۱۹
	آزمایش	پس	۱۷/۶۵	۳/۴۳	۲۶-۱۰	۰/۲۲	-۰/۱۶
	گواه	پیش	۲۰/۴۸	۳/۸۷	۳۳-۱۱	۰/۲۷	-۰/۲۱
	گواه	پس	۲۰/۹۱	۴/۰۴	۳۴-۱۲	۰/۲۵	-۰/۲۳
نشانه‌های سوگ (کل)	آزمایش	پیش	۸۲/۶۸	۱۴/۶۴	۱۱۲-۵۴	۰/۳۵	-۰/۲۸
	آزمایش	پس	۶۹/۷۴	۱۲/۳۷	۹۴-۴۵	۰/۳۲	-۰/۲۴
	گواه	پیش	۸۳/۳۱	۱۳/۸۵	۱۱۳-۵۵	۰/۳۴	-۰/۲۶
	گواه	پس	۸۴/۰۵	۱۴/۴۲	۱۱۵-۵۶	۰/۳۶	-۰/۲۹
احساس گناه	آزمایش	پیش	۱۶/۵۲	۳/۸۷	۲۶-۷	۰/۲۲	-۰/۱۴
	آزمایش	پس	۱۳/۹۵	۳/۲۰	۲۲-۶	۰/۱۹	-۰/۱۲
	گواه	پیش	۱۶/۳۸	۴/۰۱	۲۷-۸	۰/۲۴	-۰/۱۷
	گواه	پس	۱۶/۶۹	۳/۷۵	۲۶-۹	۰/۲۳	-۰/۱۵
واکنش‌های بدنی	آزمایش	پیش	۱۲/۱۳	۳/۵۶	۲۱-۵	۰/۱۷	-۰/۳۱
	آزمایش	پس	۱۰/۴۲	۳/۲۱	۱۸-۴	۰/۱۵	-۰/۲۸
	گواه	پیش	۱۱/۹۵	۴/۲۸	۲۰-۵	۰/۱۹	-۰/۲۹
	گواه	پس	۱۲/۱۲	۳/۹۰	۲۱-۵	۰/۱۸	-۰/۲۶
احساس ترک شدن	آزمایش	پیش	۱۴/۷۸	۴/۰۳	۲۴-۶	۰/۲۹	-۰/۴۱
	آزمایش	پس	۱۲/۴۱	۳/۶۷	۲۰-۵	۰/۲۶	-۰/۳۵
	گواه	پیش	۱۴/۵۲	۳/۸۵	۲۴-۶	۰/۲۷	-۰/۳۸
	گواه	پس	۱۴/۸۸	۴/۴۰	۲۵-۶	۰/۳۰	-۰/۳۶
قضایوت درباره دلیل فوت	آزمایش	پیش	۸/۴۶	۲/۵۱	۱۵-۳	۰/۱۳	-۰/۰۸
	آزمایش	پس	۶/۹۶	۱/۸۷	۱۲-۲	۰/۱۱	-۰/۰۶



۰/۰۹	۰/۱۴	۱۵-۳	۲/۶۳	۸/۲۷	پیش	گواه
۰/۰۷	۰/۱۳	۱۵-۳	۲/۵۵	۸/۲۲	پس	گواه
۰/۱۷	۰/۲۱	۲۹-۱۰	۴/۳۶	۱۸/۶۵	پیش	تلاش برای توجه و آزمایش کنار آمدن
۰/۱۵	۰/۱۹	۳۰-۱۱	۴/۱۲	۱۹/۴۲	پس	آزمایش
۰/۱۸	۰/۲۳	۲۸-۹	۴/۵۱	۱۸/۴۳	پیش	گواه
۰/۱۶	۰/۲۰	۲۹-۱۰	۴/۴۸	۱۸/۳۱	پس	گواه
۰/۲۲	۰/۲۵	۲۲-۶	۳/۷۱	۱۳/۸۷	پیش	خجالت و آزمایش شرمندگی
۰/۲۰	۰/۲۳	۲۱-۵	۳/۴۶	۱۲/۴۲	پس	آزمایش
۰/۲۴	۰/۲۷	۲۳-۶	۳/۸۳	۱۴/۱۲	پیش	گواه
۰/۱۹	۰/۲۴	۲۲-۶	۳/۶۵	۱۳/۹۸	پس	گواه
۰/۱۱	۰/۱۴	۱۷-۵	۲/۸۷	۱۰/۶۲	پیش	بدنامی (احساس آزمایش انگ اجتماعی)
۰/۰۹	۰/۱۲	۱۶-۴	۲/۵۴	۹/۴۳	پس	آزمایش
۰/۱۳	۰/۱۶	۱۸-۵	۳/۰۴	۱۰/۷۱	پیش	گواه
۰/۱۰	۰/۱۵	۱۷-۵	۲/۸۵	۱۰/۵۸	پس	گواه

نتایج جدول ۱ نشان داد در گروه آزمایش (درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد) میانگین نمره کل ناگویی هیجانی در پیش‌آزمون ۵۸/۵۳ بود که در پس‌آزمون با کاهش ۱۰/۱۱ نمره‌ای به ۴۸/۴۲ رسید. میانگین مؤلفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی احساسات (کاهش ۳/۸۲ نمره‌ای)، دشواری در توصیف احساسات (کاهش ۲/۲۷ نمره‌ای) و تفکر عینی (کاهش ۳/۰۲ نمره‌ای) نیز در گروه آزمایش کاهش یافت. میانگین نمره کل نشانه‌های سوگ در گروه آزمایش از ۸۲/۶۸ در پیش‌آزمون به ۶۹/۷۴ در پس‌آزمون کاهش یافت (کاهش ۱۲/۹۴ نمره‌ای). همچنین، نتایج نشان داد که در گروه آزمایش (درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد)، میانگین نمره مؤلفه «احساس گناه» از ۱۶/۵۲ در پیش‌آزمون به ۱۳/۹۵ در پس‌آزمون کاهش یافت (کاهش ۲/۵۷ نمره‌ای). میانگین «واکنش‌های بدنی» از ۱۲/۱۳ به ۱۰/۴۲ رسید (کاهش ۱/۷۱ نمره‌ای). میانگین «احساس ترک شدن» از ۱۴/۷۸ به ۱۲/۴۱ کاهش یافت (کاهش ۲/۳۷ نمره‌ای). همچنین میانگین «قضاوت درباره دلیل فوت» از ۸/۴۶ در پیش‌آزمون به ۶/۹۶ در پس‌آزمون رسید (کاهش ۱/۵۰ نمره‌ای). در مقابل، میانگین نمرات گروه گواه (لیست انتظار) در مرحله پس‌آزمون تغییرات بسیار ناچیزی نسبت به پیش‌آزمون داشت؛ برای نمونه، احساس گناه از ۱۶/۳۸ به ۱۶/۶۹ (افزایش ۰/۳۱)، واکنش‌های بدنی از ۱۱/۹۵ به ۱۲/۱۲ (افزایش ۰/۱۷)، احساس ترک شدن از ۱۴/۵۲ به ۱۴/۸۸ (افزایش ۰/۳۶) و قضاوت درباره دلیل فوت از ۸/۲۷ به ۸/۲۲ (کاهش ۰/۰۵) رسید.

در خصوص سه مؤلفه دیگر پرسشنامه تجربه سوگ، نتایج توصیفی حاکی از آن بود که در گروه آزمایش، میانگین «تلاش برای توجه و کنار آمدن» از ۱۸/۶۵ در پیش‌آزمون به ۱۹/۴۲ در پس‌آزمون افزایش اندکی (۰/۷۷ نمره) یافت. در مقابل، میانگین «خجالت و شرمندگی» از ۱۳/۸۷ به ۱۲/۴۲ (کاهش ۱/۴۵ نمره‌ای) و میانگین «بدنامی (احساس انگ اجتماعی)» از ۱۰/۶۲ به ۹/۴۳ (کاهش ۱/۱۹ نمره‌ای) کاهش نشان داد. در گروه گواه، این سه مؤلفه تغییرات بسیار جزئی و ناچیزی داشتند. بررسی شاخص‌های چولگی و کشیدگی در جدول ۱ نشان می‌دهد که مقادیر تمامی متغیرها در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دامنه ± 2 قرار دارند (دامنه چولگی از -۰/۲۰ تا ۰/۳۶ و دامنه کشیدگی از -۰/۴۱ تا ۰/۲۸-). این امر حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها و برآورده شدن پیش‌فرض استفاده از روش‌های پارامتریک است.



به منظور آزمون معنی‌داری تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. در جدول ۲، نتایج این آزمون برای بررسی اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ ارائه شده است. پیش از اجرای مانکوا، مفروضه‌های آن شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لون)، همگنی ماتریس کوواریانس (آزمون باکس) و خطی بودن روابط مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند.

جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای اثربخشی مداخله درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (η_p^2)
ناگویی هیجانی (کل)	گروه	۳۴/۱۰۲۵	۱	۳۴/۱۰۲۵	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۷۶/۱۴۸	۱	۷۶/۱۴۸	۹۴/۹	۰/۰۰۳	۰/۲۱
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۵۳/۹۷	۱	۵۳/۹۷	۸۷/۸	۰/۰۰۵	۰/۱۹
تفکر عینی	گروه	۳۴/۵۶	۱	۳۴/۵۶	۶۶/۴	۰/۰۱۵	۰/۱۱
نشانه‌های سوگ (کل)	گروه	۴۵/۲۰۴۳	۱	۴۵/۲۰۴۳	۸۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸
احساس گناه	گروه	۵۱/۸۴	۱	۵۱/۸۴	۵۶/۱۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲
واکنش‌های بدنی	گروه	۳۲/۴۲	۱	۳۲/۴۲	۶۸/۷	۰/۰۰۸	۰/۱۷
احساس ترک شدن	گروه	۱۹/۴۰	۱	۱۹/۴۰	۰۲/۴	۰/۰۲۱	۰/۱۰
قضاوت درباره دلیل فوت	گروه	۱۰/۲۱	۱	۱۰/۲۱	۴۹/۱	۰/۰۴۳	۰/۰۴
تلاش برای توجیه و کنار آمدن	گروه	۳/۳۱	۱	۳/۳۱	۰/۴۲	۰/۵۲۱	۰/۰۱
خجالت و شرمندگی	گروه	۴/۸۶	۱	۴/۸۶	۰/۵۷	۰/۴۵۸	۰/۰۲
بدنامی (احساس انگ اجتماعی)	گروه	۲/۵۲	۱	۲/۵۲	۰/۳۲	۰/۵۷۲	۰/۰۱

نکته: نمرات پیش‌آزمون هر متغیر به عنوان کوواریت در مدل وارد شدند. اثر کوواریت‌ها در همه موارد معنادار بود ($p < ۰/۰۵$).

نتایج آزمون چندمتغیره (آزمون پیلایی) نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($F = ۵/۴۲$ ، $Pillai's Trace = ۰/۶۴$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $\eta_p^2 = ۰/۴۱$). به عبارت دیگر، درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تأثیر معنادار داشته است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۲ نشان داد که پس از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در نمره کل ناگویی هیجانی ($\eta_p^2 = ۰/۲۴$ ، $p = ۰/۰۰۱$) و هر سه مؤلفه آن شامل دشواری در شناسایی احساسات ($\eta_p^2 = ۰/۲۱$)، دشواری در توصیف احساسات ($\eta_p^2 = ۰/۱۹$) و تفکر عینی ($\eta_p^2 = ۰/۱۱$) از نظر آماری معنادار است. همچنین، تفاوت بین دو گروه در نمره کل نشانه‌های سوگ ($\eta_p^2 = ۰/۲۸$) و چهار مؤلفه اصلی آن شامل احساس گناه ($\eta_p^2 = ۰/۲۲$)، واکنش‌های بدنی ($\eta_p^2 = ۰/۱۷$)، احساس ترک شدن ($\eta_p^2 = ۰/۱۰$) و قضاوت درباره دلیل فوت ($\eta_p^2 = ۰/۰۴$) نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۵$). در مقابل، تفاوت بین دو گروه در سه مؤلفه «تلاش برای توجیه و کنار آمدن» ($\eta_p^2 = ۰/۰۱$ ، $p = ۰/۵۲۱$)، «خجالت و شرمندگی» ($\eta_p^2 = ۰/۰۲$ ، $p = ۰/۴۵۸$) و «بدنامی» ($\eta_p^2 = ۰/۰۱$ ، $p = ۰/۵۷۲$) از نظر آماری معنادار نبود. در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی آمده است و پس از کنترل و یکسان کردن نمره پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون تعدیل‌شده در دو گروه آزمایش و گواه مقایسه شد.

جدول ۳

مقایسه میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شده با آزمون بونفرونی



متغیر	گروه	پس‌آزمون تعدیل‌شده	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	مقدار p	مجذور اتا
ناگویی هیجانی (کل)	آزمایش	۴۲/۴۸	۴۲/۱	-۸۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گواه	۳۱/۵۸	۳۲/۱			
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	۶۵/۱۸	۶۷/۰	-۸۲/۳	۰/۰۰۳	۰/۲۱
	گواه	۹۸/۲۲	۶۲/۰			
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۲/۱۳	۵۲/۰	-۲۷/۲	۰/۰۰۵	۰/۱۹
	گواه	۳۳/۱۵	۴۸/۰			
تفکر عینی	آزمایش	۶۵/۱۷	۷۱/۰	-۰۲/۳	۰/۰۱۵	۰/۱۱
	گواه	۹۱/۲۰	۶۶/۰			
نشانه‌های سوگ (کل)	آزمایش	۷۴/۶۹	۳۵/۲	-۰۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	گواه	۰۵/۸۴	۱۸/۲			
احساس گناه	آزمایش	۹۵/۱۳	۶۵/۰	-۵۷/۲	۰/۰۰۳	۰/۲۲
	گواه	۶۹/۱۶	۶۰/۰			
واکنش‌های بدنی	آزمایش	۴۲/۱۰	۶۸/۰	-۷۱/۱	۰/۰۰۸	۰/۱۷
	گواه	۱۲/۱۲	۶۳/۰			
احساس ترک شدن	آزمایش	۴۱/۱۲	۷۸/۰	-۳۷/۲	۰/۰۲۱	۰/۱۰
	گواه	۸۸/۱۴	۷۲/۰			
قضاوت درباره دلیل فوت	آزمایش	۹۶/۶	۴۲/۰	-۵۰/۱	۰/۰۴۳	۰/۰۴
	گواه	۲۲/۸	۳۹/۰			
تلاش برای توجیه و کنار آمدن	آزمایش	۴۲/۱۹	۸۹/۰	۷۷/۰	۰/۵۲۱	۰/۰۱
	گواه	۳۱/۱۸	۸۳/۰			
خجالت و شرمندگی	آزمایش	۴۲/۱۲	۷۶/۰	-۴۵/۱	۰/۴۵۸	۰/۰۲
	گواه	۹۸/۱۳	۷۱/۰			

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شده در تمامی متغیرهای اصلی (ناگویی هیجانی کل و هر سه مؤلفه، نشانه‌های سوگ کل و هر چهار مؤلفه اصلی) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری دارد ($p < 0/05$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات گروه آزمایش در این متغیرها به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. این یافته حاکی از آن است که درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است کاهش مهم و معناداری در میزان ناگویی هیجانی و نشانه‌های اصلی سوگ در شرکت‌کنندگان ایجاد کند. در مقابل، تفاوت بین دو گروه در سه مؤلفه «تلاش برای توجیه و کنار آمدن»، «خجالت و شرمندگی» و «بدنامی» از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0/05$). بررسی شاخص مجذور جزئی اتا نشان داد که درمان گروهی آنلاین ACT بیشترین اثربخشی را به ترتیب بر نشانه‌های سوگ کل با ضریب ۰/۲۸، ناگویی هیجانی کل با ضریب ۰/۲۴، احساس گناه با ضریب ۰/۲۲ و دشواری در شناسایی احساسات با ضریب ۰/۲۱ داشته است. کمترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه قضاوت درباره دلیل فوت با ضریب ۰/۰۴ بود که با وجود معناداری آماری، از نظر اندازه اثر کوچک ارزیابی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست به طور معناداری موجب کاهش ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی شود. همچنین، نتایج بیانگر



کاهش معنادار نشانه‌های سوگ و مؤلفه‌هایی نظیر احساس گناه، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن و قضاوت درباره دلیل فوت در گروه آزمایش بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌ویژه در قالب گروهی و آنلاین، می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش آسیب‌های هیجانی و سوگ پیچیده ناشی از جنگ عمل کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی ACT بر ناگویی هیجانی، تنظیم هیجان و مشکلات مرتبط با سوگ همسو است (Hassan Larijani et al., 2020; Malekdar et al., 2025; Nazari et al., 2025; Tayebi & Oraki, 2025). همچنین هم‌راستا با مطالعات مربوط به کاربرد ACT در درمان سوگ و سوگ طولانی‌مدت است که نشان داده‌اند این رویکرد می‌تواند پریشانی روانی، اجتناب هیجانی و نشانه‌های سوگ پیچیده را کاهش دهد (Daraei et al., 2025; Jones et al., 2022; Soleimani et al., 2025).

در تبیین کاهش ناگویی هیجانی می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی و مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بنا شده است (Hayes, 2004). در این رویکرد، هدف اصلی حذف افکار و هیجان‌های دردناک نیست، بلکه ایجاد رابطه‌ای متفاوت با این تجارب درونی است. افراد دارای ناگویی هیجانی معمولاً تجربه‌های عاطفی خود را سرکوب کرده یا از تماس با آن‌ها اجتناب می‌کنند و همین امر موجب می‌شود توانایی شناسایی و توصیف هیجان‌ها در آنان کاهش یابد. در ACT، تمرین‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی، مشاهده‌گری بدون قضاوت و گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند تا به جای فرار از هیجان‌های دردناک، حضور آن‌ها را بپذیرند و تجربه هیجانی خود را با آگاهی بیشتری مشاهده کنند. این فرایند موجب می‌شود فرد بتواند هیجان‌ها را بهتر شناسایی، نام‌گذاری و پردازش کند. به همین دلیل، کاهش معنادار دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات در گروه آزمایش قابل تبیین است. این یافته با نتایج مطالعاتی که نشان داده‌اند ACT موجب بهبود تنظیم هیجان و کاهش ناگویی هیجانی در گروه‌های مختلف بالینی می‌شود همسو است (Nazari et al., 2025; Tayebi & Oraki, 2025). همچنین پژوهش ملک‌دار و همکاران نشان داد که ACT در کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر اثربخش است و این اثر احتمالاً از طریق افزایش تماس با تجربه‌های هیجانی و کاهش اجتناب شناختی حاصل می‌شود (Malekdar et al., 2025).

کاهش تفکر عینی در گروه آزمایش نیز از منظر فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل تبیین است. افراد دارای تفکر عینی تمایل دارند به جای توجه به تجربه‌های درونی و هیجانی، بر رویدادهای بیرونی، تحلیل منطقی و کنترل شناختی متمرکز شوند. در افراد داغ‌دیده از جنگ، این سبک شناختی اغلب به‌عنوان راهبردی دفاعی برای اجتناب از مواجهه با درد هیجانی عمل می‌کند (Becirovic et al., 2017). در ACT، استفاده از استعاره‌ها، تمرین‌های تجربی و ذهن‌آگاهی باعث می‌شود فرد از الگوهای شناختی خشک فاصله بگیرد و با تجربه درونی خود تماس بیشتری برقرار کند. از این رو، کاهش معنادار تفکر عینی در گروه آزمایش نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان توانسته‌اند از شیوه‌های اجتنابی و کنترل‌محور فاصله گرفته و ظرفیت تجربه هیجان‌ها را افزایش دهند. این مسئله در افراد داغ‌دیده اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا پذیرش و تجربه آگاهانه هیجان‌های مرتبط با فقدان، بخشی ضروری از فرایند سوگواری سالم محسوب می‌شود (Kaya & Aydemir, 2021). یافته دیگر پژوهش حاضر، کاهش معنادار نشانه‌های سوگ در گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. این نتیجه نشان می‌دهد که ACT می‌تواند در کاهش شدت واکنش‌های هیجانی و شناختی ناشی از فقدان مؤثر باشد. افراد داغ‌دیده از جنگ معمولاً نه‌تنها اندوه ناشی از مرگ عزیز را تجربه می‌کنند، بلکه با خاطرات تروماتیک، احساس ناامنی، خشم، درماندگی و افکار مزاحم نیز مواجه‌اند (Frankova & Leshchuk, 2026; Hutul et al., 2025). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای، به افراد کمک می‌کند تا به جای فرار از غم و یادآورهای فقدان، به تدریج با این تجربه‌ها مواجه شوند و معنای جدیدی برای زندگی پس از فقدان ایجاد کنند. این فرایند می‌تواند موجب کاهش شدت نشانه‌های سوگ و بازگشت تدریجی فرد به فعالیت‌های ارزشمند زندگی شود. نتایج پژوهش حاضر با



یافته‌های مطالعاتی که ACT را در کاهش سوگ پیچیده، سوگ طولانی‌مدت و پریشانی ناشی از فقدان مؤثر دانسته‌اند همسو است (Jones et al., 2022; Soleimani et al., 2025; Willi et al., 2024).

در خصوص کاهش احساس گناه، می‌توان بیان کرد که بسیاری از افراد داغ‌دیده از جنگ، به‌ویژه در شرایط مرگ ناگهانی یا خشونت‌آمیز، خود را به دلیل ناتوانی در پیشگیری از مرگ عزیزان سرزنش می‌کنند. این احساس گناه معمولاً با افکار تکرارشونده و همجوشی شناختی همراه است. در ACT، تکنیک‌های گسلش شناختی به فرد کمک می‌کند افکار را صرفاً به عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند، نه حقیقت مطلق. هنگامی که فرد می‌آموزد افکار گناه‌آلود را بدون درگیری و قضاوت مشاهده کند، شدت اثر هیجانی این افکار کاهش می‌یابد. به همین دلیل، کاهش معنادار احساس گناه در گروه آزمایش قابل انتظار بود. این یافته با مطالعاتی که نشان داده‌اند ACT می‌تواند همجوشی شناختی و خودسرزنشگری را کاهش دهد همخوانی دارد (Daraei et al., 2025; Meftahi et al., 2025).

کاهش واکنش‌های بدنی مرتبط با سوگ نیز قابل توجه بود. در افراد داغ‌دیده، تنش‌های هیجانی حل‌نشده اغلب به شکل علائم جسمانی مانند خستگی، بی‌خوابی، دردهای پراکنده و آشفتگی بدنی ظاهر می‌شود. از آنجا که ACT بر پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش مبارزه روانی با هیجان‌ها تأکید دارد، می‌تواند فشار فیزیولوژیک ناشی از سرکوب هیجان را کاهش دهد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تنفس آگاهانه و اسکن بدن که در جلسات درمانی مورد استفاده قرار گرفتند، احتمالاً موجب افزایش آرام‌سازی روان‌فیزیولوژیک و کاهش برانگیختگی بدنی در شرکت‌کنندگان شده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که ACT را در بهبود تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و کاهش تنیدگی جسمانی مؤثر دانسته‌اند همسو است (Meftahi et al., 2025; Moravvaji et al., 2024).

از سوی دیگر، کاهش احساس ترک شدن و قضاوت درباره دلیل فوت در گروه آزمایش نیز قابل تبیین است. افراد داغ‌دیده از جنگ ممکن است فقدان را به‌عنوان نوعی رهاشدگی یا بی‌عدالتی تجربه کنند و درگیر قضاوت‌های مکرر درباره علت مرگ، مسئولیت دیگران یا معنای فقدان شوند (Prigerson et al., 2025). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند به جای تلاش وسواس‌گونه برای یافتن پاسخ قطعی یا حذف درد ناشی از فقدان، با ابهام و اندوه مرتبط با آن کنار بیاید و انرژی روانی خود را به سمت ارزش‌های زندگی هدایت کند. این تغییر جهت روان‌شناختی می‌تواند احساس درماندگی و اشتغال ذهنی مداوم با علت مرگ را کاهش دهد. همچنین، حضور در فضای گروهی و شنیدن تجربه‌های مشابه از سایر اعضا احتمالاً موجب افزایش احساس همدلی و کاهش احساس تنهایی و رهاشدگی در شرکت‌کنندگان شده است. این موضوع با دیدگاه درمانگران ACT در مطالعه ویلی و همکاران همخوان است که بر اهمیت فضای همدلانه، پذیرش تجربه‌های سوگ و بازگشت به ارزش‌ها در فرایند درمان تأکید داشتند (Willi et al., 2024).

با وجود این، در پژوهش حاضر تفاوت معناداری در مؤلفه‌های تلاش برای توجیه و کنار آمدن، خجالت و شرمندگی و بدنامی مشاهده نشد. یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته آن است که این مؤلفه‌ها بیش از سایر ابعاد سوگ، تحت تأثیر نگرش‌های فرهنگی، باورهای اجتماعی و تجربه‌های جمعی ناشی از جنگ قرار دارند و ممکن است تغییر آن‌ها به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. همچنین، برخی احساسات مانند شرم و بدنامی ممکن است به دلیل نگرش‌های اجتماعی نسبت به فقدان، جنگ یا آسیب‌پذیری روانی، ریشه‌های عمیق‌تری داشته باشند که در یک دوره درمانی کوتاه‌مدت کمتر دستخوش تغییر قرار می‌گیرند. از سوی دیگر، تلاش برای توجیه و معنا دادن به فقدان می‌تواند بخشی از فرایند طبیعی سوگ باشد و لزوماً به عنوان شاخص ناسازگاری تلقی نشود. بنابراین، احتمال دارد ACT به جای حذف این فرایند، به فرد کمک کرده باشد رابطه منعطف‌تری با آن برقرار کند، بدون آنکه الزاماً نمرات این مؤلفه کاهش یابد.

از منظر کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش ناگویی هیجانی و نشانه‌های سوگ در افراد داغ‌دیده از جنگ مورد استفاده قرار گیرد. این یافته‌ها اهمیت توجه به فرایندهای



اجتناب تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجان را در مداخلات مرتبط با سوگ جنگی برجسته می‌سازد. همچنین، اثربخشی قالب آنلاین درمان نشان می‌دهد که می‌توان از این شیوه برای افزایش دسترسی بازماندگان جنگ به خدمات سلامت روان استفاده کرد، به‌ویژه در شرایطی که موانع جغرافیایی، اقتصادی یا اجتماعی دسترسی به درمان حضوری را محدود می‌سازند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه به افراد داغ‌دیده ساکن شهر تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق و گروه‌های فرهنگی را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب قرار گرفته باشد. نبود مرحله پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود، زیرا پایداری اثرات درمان در بلندمدت بررسی نشد. علاوه بر این، تفاوت‌های فردی در شدت تجربه سوگ، نوع رابطه با فرد متوفی و میزان مواجهه مستقیم با وقایع جنگی می‌توانست بر نتایج اثرگذار باشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت‌های متنوع‌تر از جمله کودکان، نوجوانان و سالمندان داغ‌دیده از جنگ بررسی شود. همچنین، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری چندماهه می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمان ارائه دهد. مقایسه ACT با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان متمرکز بر سوگ، درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت نیز می‌تواند به شناسایی مداخلات مؤثرتر برای بازماندگان جنگ کمک کند. بررسی نقش متغیرهایی مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خودشفقتی به‌عنوان میانجی یا تعدیل‌گر نیز می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای اثرگذاری درمان فراهم آورد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، نهادهای حمایتی و سازمان‌های مرتبط با بازماندگان جنگ از درمان گروهی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان بخشی از برنامه‌های بازتوانی روانی استفاده کنند. طراحی پروتکل‌های تخصصی برای داغ‌دیدگان جنگ و آموزش درمانگران در زمینه مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان کمک کند. همچنین، فراهم کردن زیرساخت‌های لازم برای اجرای درمان‌های آنلاین و کاهش موانع دسترسی به خدمات روان‌شناختی، به‌ویژه برای افرادی که امکان مراجعه حضوری ندارند، می‌تواند نقش مهمی در کاهش پیامدهای روانی ناشی از جنگ ایفا کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Becirovic, E., Avdibegovic, E., Softic, R., Mirkovic-Hajdukovic, M., & Becirovic, A. (2017). Alexithymia in War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *European Psychiatry*, 33(S1), S720. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1301>
- Daraei, M., Norouzi, A., & Hosseini Tabaghdehi, L. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Cognitive Fusion in Individuals with Prolonged Grief Disorder. *Sadra Medical Sciences Journal*, 13(4), 795-809.
- Darvishpour, Z., Kalanvari, Z., Oftadeh, Z., & Arbab Zehi, M. (2025). The Role of Psychological and Educational School Interventions in Improving the Psychological and Social Status of Students after the Twelve-Day War. First International Conference of Leading Teachers in the Era of Transformative Research, Ahvaz. <https://civilica.com/doc/2396597>
- Doosti, P., Hosseinina, N., Doosti, S., & Doosti, P. (2021). The Effectiveness of Online Acceptance and Commitment Group Therapy on Body Dysmorphic Preoccupation and Fear of Body Image in Overweight Individuals. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 10(4), 25-32.
- Frankova, I., & Leshchuk, I. (2026). Traumatic Loss, Bereavement, and Prolonged Grief Disorder in Times of War: Insights from Ukraine. *European Neuropsychopharmacology*, 106, 112768. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2026.112768>
- Hassan Larijani, M., Hossein Sabet, F., & Borjali, A. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Disability Studies*, 10(1), 1-9.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hutul, A., Holman, A. C., & Hutul, T. D. (2025). Complex Posttraumatic Stress Disorder and Prolonged Grief Disorder in Times of War: Diagnostic Symptoms and Impact on the Mental Health of Ukrainian Civilians during the Russia-Ukraine War. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0002064>
- Jafari, A. (2025). *The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Social Anxiety in Female Students Islamic Azad University, West Tehran Branch*.
- Javadi, Z., & Abedi Gholich Gheshlaghi, M. (2025). The Effectiveness of Group Emotion Regulation Training on Alexithymia in Girls with Persistent Complex Bereavement Disorder in Isfahan. Second International Conference and Third National Conference on Quality Living from the Perspective of Psychology, Counseling, and Social Work, Khomeini Shahr. <https://civilica.com/doc/2340023>
- Jones, K., Methley, A., Boyle, G., Garcia, R., & Vseteckova, J. (2022). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Managing Grief Experienced by Bereaved Spouses or Partners of Adults Who Had Received Palliative Care. *Illness, Crisis & Loss*, 30(4), 596-613. <https://doi.org/10.1177/10541373211000175>
- Kaya, E., & Aydemir, O. (2021). Correlation of Alexithymia with Grief and Depression Symptom Severity in Persistent Complex Bereavement Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(4), 602-619. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00388-1>
- Layne, C. M., Sloan-Pena, G., Dixon, K., Bell, L., Barrientos, B., Schapiro, S., Nalluri, A., Mandadi, R., & Etuk, I. (2025). Bereavement, Loss, and Grief in War-Exposed Children and Adolescents: A Review and Implications for Assessment, Intervention, and Policy. *Psychiatry*, 88(3), 220-239. <https://doi.org/10.1080/00332747.2025.2530315>
- Mahdipour, S., Shahidi, S., Roshan, R., & Dehghani, M. (2009). Determining the Validity and Reliability of the Grief Experience Questionnaire (GEQ) in an Iranian Sample. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 7(2), 35-48.
- Malekdar, A., Asadi, J., & Mirani, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Research in Psychological Health*, 19(1).
- Meftahi, A., Emamipour, S., Hassani, F., & Shafizadeh, M. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Quality of Life in Women with Prolonged Grief Disorder from a Cultural Perspective. *Woman and Culture*, 16(64), 73-86.
- Mohammadjani, Z., Shahhosseini Tazik, S., Noori, R., & Saremi, A. (2025). The Relationship between Metacognitive Strategies and Resilience: The Mediating Role of Self-Compassion and Alexithymia in Bereaved Students. *Horizon of Medical Education Development*. <https://doi.org/10.22038/hmed.2025.85087.1469>



- Moravvaji, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., & Akbarzadeh, M. (2024). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Improving Emotion Regulation Strategies in Depressed Patients with Grief. *Journal of Clinical Psychology, 16*(1), 65-76.
- Nazari, M., Ali Mahdi, M., & Rahmani, S. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Treatment Adherence in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Health and Care, 27*(3), 309-319.
- Prigerson, H. G., Rajabi, M., Bagian Koulemarzi, M. J., & Vedadmofrad, M. R. (2025). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Persian Version of the Revised Scale of Prolonged Grief Disorder (PG-13-R). *Journal of Psychological Science, 24*(149), 1-16.
- Soleimani, E., Ebrahiminejad, G., & Mollaei Zarandi, H. (2025). Comparing the Effectiveness of Pathological Grief Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Blood Pressure and Symptoms of Complicated Grief. *Health Approach Journal, 12*(2), 1877-1886.
- Tayebi, M., & Oraki, M. (2025). Examining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Alexithymia, and Treatment Adherence in Adolescent Girls with Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of Psychological Science, 24*(147), 273-288.
- Willi, N., Pancoast, A., Drikaki, I., Gu, X., Gillanders, D., & Finucane, A. (2024). Practitioner Perspectives on the Use of Acceptance and Commitment Therapy for Bereavement Support: A Qualitative Study. *BMC Palliative Care, 23*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01390-x>