



Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on death obsession of women in corona pandemic

Mohammad Badrkhani¹, Firoozeh Zangeneh Motlagh², Zabih Pirani³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: badrkhanim21@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: F-zanganeh@iau-arak.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: z-pirani@iau-arak.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 10 June 2022
Received in revised form
06 July 2022
Accepted 20 July 2022
Published online 23
October 2022

Keywords:
Acceptance and
Commitment Therapy,
Dialectical Behavior
Therapy,
Corona,
Death Obsession

ABSTRACT

Background: Obsession with death is one of the threats to mental health in the corona epidemic. So far, no clinical study comparing the effectiveness of psychological treatments such as acceptance and commitment therapy and behavioral therapy in death obsession has been done, and there is a huge research gap in its investigation.

Aims: current research aimed to compare the efficacy of ACT with Dialectical Behavior Therapy (DBT) on death obsession in women in the Corona pandemic.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a one-month follow-up with a control group. The statistical population of the study was all women aged 20-60 years old who had a file in two centers in Adiban and Khaneh Behi in 2021. In total, 45 patients were selected by the purposive sampling method through screening and entered the study. The selected patients were divided into three groups (every 15 samples were chosen randomly). Individuals in ACT and DBT each received 8 sessions of 90 minutes of treatment intervention online weekly, the control group did not receive any intervention. The research tool was the death obsession questionnaire Abdel-Khalek (1998). The data were analyzed using the mixed analysis of variance test.

Results: The results showed that in the post-test phase, both intervention methods had a significant effect on reducing women's death obsession ($P < 0.05$). In the follow-up phase, two interventions significantly reduced women's obsession with death, but no statistically significant difference was observed between the two interventions ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this research, it can be said that both treatments based on acceptance and commitment and dialectical behavior therapy using the principles of mindfulness and increasing psychological flexibility were effective in reducing women's obsession with death. Being aware of these interventions can be effective for women's obsession with death during the Corona era.

Citation: Badrkhani, M., Zangeneh Motlagh, F., & Pirani, Z. (2022). Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on death obsession of women in corona pandemic. *Journal of Psychological Science*, 21(116), 1649-1662. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1717-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 116, November, 2022

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.116.1649](https://doi.org/10.52547/JPS.21.116.1649)



✉ **Corresponding Author:** Firoozeh Zangeneh Motlagh, Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

E-mail: F-zanganeh@iau-arak.ac.ir, Tel: (+98) 9188620768

Extended Abstract

Introduction

On December 31, 2019, a case of pneumonia of unknown cause was reported to the World Health Organization (WHO) by Chinese authorities. This pneumonia is now known as the New Coronavirus (COVID-19) (Hisham, Townsend, et al. 2020) This pandemic is a global health threat attributed to negatively affecting the mental health and well-being of people (Park and Park 2020). People who had a lot of involvement with the coronavirus reported more symptoms of death stress, including depression, obsession, and anxiety (Lee, Jobe, et al. 2020). Death obsession includes rumination, death dominance, and death idea repetition that revolve around the death of oneself or close people (Abdol-Khalek 1998, Mohammadzadeh et al., 2009). Thus, death obsession may reflect death rejection and is associated with lower levels of fear and anxiety about death (Wong, Reker, et al. 1994). By identifying the psychological status of different groups and vulnerable people in society who were affected by the spread of Corona and providing appropriate and targeted psychotherapy programs and protocols, the mental health of people at different levels of society can be maintained (Pourshahriar and Dindoost 2022). Types of therapeutic interventions include acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectical behavior therapy (DBT).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) all belong to the third wave of cognitive-behavioral therapies (Apsche 2010) ACT is based on acceptance and mindfulness. ACT may help people gain an observer's view of thoughts (e.g., "The disease never spreads." Will not end"), emotions (e.g., frustration, fear), and physical symptoms such as palpitations. (Kroska, Roche et al. 2020) According to the investigations, only one study by Bayati et al. investigated the effectiveness of ACT on death obsession in the elderly (Bayati, Abbasi, et al. 2017).

DBT was developed by Marsha Linehan in 1993 (Bayles, Blossom, and et al. 2014) DBT also encourages acceptance and change. Acceptance is unconditional, and change is achieved through direct

positive thought change (Apsche, DiMeo, et al. 2012) It was found that no clinical study has been conducted to investigate the effectiveness of DBT on death obsession. Although both treatments are effective in different areas, especially a wide range of psychological problems, and in non-clinical areas such as workplace stress, prevention, and health maintenance, even though that both treatment areas have the capacity have a high potential for the continuation of research in different related groups, so far, few studies have compared the two treatment methods of ACT and DBT (Raeisi and Rasouli 2021, Raeisi, Rasouli, et al. 2021). Considering what has been mentioned, especially that very few studies have been done inside and outside the country (based on the search in the public and scientific databases of the country and the world) about the death obsession, and more importantly, the educational and therapeutic interventions for this Very few people have done it and the lack of research in this regard is evident. Based on this, the present study was conducted to compare the effectiveness of ACT and DBT on improving death obsession in women.

Method

The present study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study was all women aged 20-60 years old who had a file in two centers in Adiban and Khaneh Behi in 1399. In total, 45 patients were selected by the purposive sampling method through screening and entered the study. The selected patients were divided into three groups (every 15 samples which were chosen randomly). Individuals in ACT and DBT, each received 8 sessions of 90 minutes of treatment intervention online weekly and the control group did not receive any intervention. The research tool was the Death obsession questionnaire Abdel-Khalek (1998). For this research, the ethics code was obtained from the ethics committee of the university with the number IR.IAU.ARAK.REC.1399.018. The patients were assured about the confidentiality of the information and the anonymity of their identity. All treatment sessions were free. The patients were assured that at any stage of the treatment, if they do not want to continue, they can withdraw from the study, and this

issue will not cause any problem in the continuation of their treatment in the relevant treatment center. The analysis of the results of this research was done using SPSS24 statistical software at two descriptive and inferential levels. At the level of descriptive statistics, statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were used, and at the level of inference, analysis of covariance, and two-factor analysis of variance were used considering the normality of the data. Kolmogorov-Smirnov test was used to find out the normality of the data.

Results

In the present study, 45 people participated in two intervention groups and one control group (15 people in each group). Descriptive findings related to pre-test, post-test, and obsessive-compulsive disorder scores in the experimental groups of ACT, DBT, and the control group are listed in Table 1. The Bonferroni post hoc test showed that both treatment methods were effective on death obsession. The effectiveness of these two treatment methods was the same in the post-test. (Table 2).

Table 1. Descriptive findings related to pre-test, post-test, and obsessive-compulsive disorder scores in the experimental groups of ACT, DBT and the control group (SD=standard deviation)

variable	group	Pre-test		Post-test		Follow up	
		Mean	SD	Average	SD	average	SD
Death obsession	control	50.33	11.43	51.47	9.69	53.40	7.99
	ACT	51.53	13.27	30.13	5.42	32.67	2.89
	DBT	51.33	14.60	34.47	6.75	35.80	4.77

Table 2. Bonferroni test results for pairwise comparison of intervention courses (pre-test, post-test and follow-up) on death obsession

variable	Group	Group joined	mean	variance	Standard deviation	meaningfulness
Death obsession	control	Pretest-posttest	-1.133		0.904	0.692
		Pretest-followup	-3.067		1.563	0.210
		Posttest-followup	-1.933		1.181	0.372
	ACT	Pretest-posttest	21.400		2.572	0.0001*
		Pretest-followup	18.867		3.001	0.0001*
		Posttest-followup	-2.533		0.975	0.063
	DBT	Pretest-posttest	16.867		2.820	0.0001*
		Pretest-followup	15.533		3.179	0.0001*
		Posttest-followup	-1.333		1.684	1

The results of table (2) showed that there was a significant difference in the pairwise comparison of the average changes in death obsession in the pre-test stage with the post-test and follow-up in the experimental groups ($P < 0.05$). This difference was not significant in the pairwise comparison between the average changes of death obsession in the experimental group in the post-test phase with the follow-up ($P > 0.05$). These results confirm that the efficacy of dialectical therapy and commitment and acceptance therapy is stable over time. Also, no significant difference was observed in the pairwise comparison of the mean changes of death obsession in the pre-test stage with the post-test stage in the control group. ($P > 0.05$).

Conclusion

As shown by the study, both ACT and DBT can be effective in decreasing death obsession in women and

there was not any difference in this factor. Although no research has been done on this subject to date, there is one study that has shown the effectiveness of ACT in reducing death anxiety and death obsession in older men (Bayati et al, 2017). In accounting for the effectiveness of ACT and DBT it can be said that both of them use the principle of validation to encourage positive behavioral change by allowing individuals to accept non-judgment about their emotions. Both have the principles of mindfulness and acceptance. Both therapies use mindfulness techniques to gain acceptance, commitment, and positive behavior change (Bass et al, 2014). Reducing negative thoughts and feelings, focusing on the present without judgmental attitudes makes women with death obsession focus on their ability and available resources to cope with stress and intrusive thoughts related to death, and both treatments seem to produce this achievement equally.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is part of the dissertation of the first author, Mr. Mohammad Badrkhani, a Ph.D. student in Counseling, Arak Azad University. To respect ethical considerations, patients consciously and voluntarily participated in this research. Patients were reassured that they could leave the study at any stage of treatment if they did not wish to do so, and that this would not pose a problem for them to continue their treatment.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor and the third was the advisor.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the participants, the management, and the staff of the Adiban and Khaneh Behi Counseling Centers.





مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ زنان در دوره کرونا

محمد بدرخانی^۱، فیروزه زنگنه مطلق^۲، ذبیح پیرانی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

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

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۴/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان پذیرش و تعهد،

رفتاردرمانی جدلی،

کرونا،

وسواس مرگ

زمینه: وسواس مرگ یکی از موارد تهدید سلامتی روانی در همه گیری کرونا است. تاکنون مطالعه بالینی که به مقایسه اثربخشی درمان‌های روانشناختی مانند درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی در وسواس مرگ انجام نشده است و خلاء پژوهشی بزرگی در بررسی آن وجود دارد. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ زنان در دوره کرونا انجام پذیرفت.

روش: مطالعه حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان ۲۰ - ۶۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۹ در دو مرکز ادیبان و خانه بهی اراک پرونده داشتند. در مجموع ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند از طریق غربالگری انتخاب و در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی و کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخله رفتاردرمانی جدلی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی به صورت آنلاین دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت کنندگان قبل، بعد و یک ماه پس از اجرای مداخله درمانی، پرسشنامه وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در مرحله پس آزمون هر دو روش مداخله در کاهش وسواس مرگ زنان تأثیر معناداری داشتند ($P < 0/05$). در مرحله پیگیری نیز دو مداخله به صورت معناداری موجب کاهش وسواس مرگ زنان شدند، اما بین دو مداخله تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی با استفاده از اصول ذهن آگاهی و با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در کاهش وسواس مرگ زنان مؤثر بودند، از این رو آگاهی از این مداخلات می‌تواند در دوران کرونا برای وسواس مرگ زنان مؤثر واقع شود.

استناد: بدرخانی، محمد؛ زنگنه مطلق، فیروزه؛ و پیرانی، ذبیح (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ زنان در دوره کرونا. *مجله علوم روانشناختی*، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۶، ۱۶۴۹-۱۶۶۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۶، پاییز (آبان) ۱۴۰۱.



مقدمه

در تاریخ ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ گزارش یک بیماری به شکل پنومونی با علت ناشناخته از طرف مقامات چینی به سازمان بهداشت جهانی^۱ داده شد. این پنومونی امروزه به عنوان بیماری کرونا و ویروس جدید (COVID-19) شناخته می‌شود (هیشام و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری کرونا سلامت روانی افراد را در جنبه‌های مختلف فردی، ارتباطی و اجتماعی آسیب می‌زند. شایعترین یافته‌های روان‌پزشکی این دوران شامل نگرانی، اضطراب، اختلالات فکری - رفتاری^۲، اختلال خواب و مشکلات روان‌تنی^۳ است (پارک و پارک، ۲۰۲۰). افرادی که درگیری زیادی با ویروس کرونا داشتند، علائم بیشتری از استرس مرگ شامل افسردگی، وسواس و اضطراب گزارش کردند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو وسواس مرگ در ایام کرونا از جمله مهمترین دغدغه‌هایی بود که برای عموم افراد بخصوص زنان وجود داشت.

وسواس مرگ به درگیری ذهنی، باورهای تکانشی و مداوم در مورد مرگ اشاره دارد. شامل سه جنبه نشخوار فکری مرگ، تسلط بر مرگ و تکرار ایده مرگ است. منطق زیربنایی در مفهوم وسواس مرگ این است که بین مرگ و وسواس رابطه وجود دارد. از سوی دیگر، مرگ موضوع احتمالی وسواس است، به طوری که می‌توان از تفاوت‌های فردی در وسواس مرگ صحبت کرد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که برخی افراد دغدغه مرگ را دارند (عبدالخالق، ۱۹۹۸). عبدالخالق نشان داد که ابعاد پریشانی مرگ دارای ساختارهای یکسانی است. به نظر می‌رسد بین اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ از نظر علائم همپوشانی وجود دارد (یارپورا-تویاس و همکاران، ۲۰۰۰). تفاوت‌های فرهنگی در نگرش بیمارگونه به مرگ نقش دارد. به عنوان مثال، انکار، یک نگرش رایج نسبت به مرگ در جامعه آمریکایی است و اضطراب مرگ با عدم یادآوری ناتوانی، پیری، بیماری و مرگ سرکوب می‌شود (کویلر ۲۰۰۲). شواهد پژوهشی در ایران حاکی از آن است که وسواس مرگ، بیشترین درصد واریانس پریشانی مرگ را در مقایسه با افسردگی مرگ و اضطراب مرگ تبیین می‌کند. همچنین بیان شده است که وسواس مرگ مهمترین بعد پریشانی مرگ در جامعه ایرانی است (محمدزاده و عاشوری، ۲۰۰۹).

وسواس مرگ بهترین پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی می‌باشد (عبدالخالق و لستر، ۲۰۰۶). تحقیقات وجود تفاوت‌های جنسیتی را در وسواس مرگ در نمونه‌های غیر بالینی ثابت کرد و نشان داد که زنان نمره وسواس مرگ بالاتری نسبت به مردان داشتند (شکیل و یوسف، ۲۰۱۵). رسانه‌های جمعی مردم را از آخرین اخبار مرگ و میر روزانه ناشی از ویروس کرونا مطلع می‌سازند و به این ترتیب افراد روزانه با افکار مرگ و نیستی درگیر می‌شوند. اگرچه سطوح خاصی از مشغولیت به مرگ می‌تواند عادی باشد، اما وسواس مرگ ممکن است بیشتر نشان‌دهنده اضطراب شدید مرگ و اجتناب از مرگ باشد، یعنی عدم تمایل به مواجهه با فکر مرگ (به دلیل وحشت) که در تلاش‌های ذهنی بیش از حد برای کنترل وقوع آن منعکس می‌شود. این نگرش نسبت به مرگ و میر در فرد می‌تواند مشکل‌ساز باشد. به عنوان مثال، مطالعات نشان می‌دهد که وسواس مرگ به طور مثبت با افسردگی مرتبط با مرگ، اضطراب مرگ، اضطراب فراگیر، افسردگی و روان‌رنجوری مرتبط است (مالتبی و دی، ۲۰۰۰). بنابراین، وسواس مرگ ممکن است منعکس‌کننده عدم پذیرش مرگ باشد و با سطوح پایین‌تر ترس و اضطراب مرگ مرتبط است (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴).

با شناسایی وضعیت روانشناختی گروه‌های مختلف و افراد آسیب‌پذیر جامعه که متأثر از شیوع کرونا بودند و ارائه برنامه‌ها و پروتکل‌های روان‌درمانی مناسب و هدفمند، می‌توان سلامت روان افراد را در سطوح مختلف جامعه حفظ کرد (پورشهریار و دین‌دوست، ۲۰۲۲). از این رو پرداختن به درمان کرونا با روش‌های روان‌درمانی در کنار دارودرمانی می‌تواند تا حدودی از میزان این مشکل بکاهد. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و رفتاردرمانی جدلی (DBT) دو مورد از مهمترین درمان‌هایی هستند که در ادامه به بررسی نقش آن‌ها در بیماری کرونا پرداخته می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روان‌درمانی مبتنی بر اصول رفتاری و تکاملی مدرن، از جمله نظریه چارچوب رابطه، نظریه جدید زبان و شناخت است. فرآیندهای زبانی ما را به تلاش برای فرار یا اجتناب از احساساتمان سوق می‌دهند، در افکارمان درگیر می‌شویم، ارتباط انعطاف‌پذیر با زمان حال را از دست می‌دهیم و در دفاع و باور داستان‌هایمان درباره خود، جهان و دیگران گرفتار می‌شویم. در نتیجه، ارتباط مردم با

3. Psychosomatic disorder

1. World health organizations (WHO)

2. Mind-behavioral disorder

۲۰۱۲). اگرچه هر دو درمان به صورت جداگانه بر حوزه‌های مختلف و به خصوص طیف گسترده‌ای از مشکلات روانشناختی و در زمینه‌های غیربالینی مانند استرس محل کار، پیشگیری و حفظ سلامت اثربخش داشتند، اما با وجود این که هر دو حوزه درمانی ظرفیت بالقوه بالایی برای تداوم پژوهش در گروه‌های مختلف مربوط به خود را دارند، تاکنون مطالعات اندکی به مقایسه دو روش درمانی پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی پرداخته‌اند (رئسی و رسولی، ۲۰۲۱). با توجه به آنچه ذکر شد به خصوص این که مطالعات بسیار اندکی در داخل و خارج از کشور (بر اساس جستجو در پایگاه‌های اطلاعات عمومی کشور و علمی جهان) درباره وسواس مرگ انجام شده است و مهمتر این که مداخلات آموزش و درمانی برای این افراد در دوران کرونا بسیار کم انجام شده است و خلاء پژوهشی در این خصوص مشهود می‌باشد، مطالعه حاضر به بررسی این سؤال پرداخته است که آیا بین درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر بهبود وسواس مرگ در زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۹ در دو مرکز ادیبان و خانه‌بهبی اراک پرونده داشتند. از این گروه ۴۵ نفر به صورت هدفمند براساس ملاک‌های ورود (دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، توانایی درک و تکلم زبان فارسی و امکان استفاده از آموزش مجازی، رضایت و مشارکت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، انگیزه کافی برای بهبود شرایط موجود و شرکت منظم در جلسات، عدم درمان روانشناختی یا شرکت همزمان در جلسات آموزشی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی) و خروج (غیبت دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی از مجموعه جلسات آموزشی، عدم تمایل به همکاری با درمانگر و انجام ندادن تکالیف محوله) از پژوهش انتخاب شدند. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش کد اخلاق پژوهش به شماره IR.IAU.ARAK.REC.1399.018 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک اخذ شد و محرمانه بودن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی، گمنام ماندن و

آنچه واقعاً برایشان مهم است (یعنی ارزش‌هایشان) قطع می‌شود و مانع از اقدام مؤثر می‌شود. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا انعطاف‌پذیری روانشناختی را تقویت کند، که به عنوان توانایی تماس با لحظه حال به‌عنوان یک انسان آگاه و بر اساس آنچه که موقعیت فراهم می‌کند، برای تغییر یا تداوم در رفتار به منظور خدمت به ارزش‌ها تعریف می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند انعطاف‌پذیری را برای توسعه انعطاف‌پذیری روانی هدف قرار می‌دهد: (۱) تمایل یا پذیرش تجربه، (۲) گسیختگی شناختی، که در آن تفکر را می‌توان به عنوان یک فرآیند فعال، مداوم و رابطه‌ای که ماهیت تاریخی دارد و در لحظه کنونی موجود است، مشاهده کرد، (۳) توجه انعطاف‌پذیر به لحظه حال، (۴) تماس با احساس متعالی یا چشم انداز از خود (خود به عنوان زمینه)، (۵) وضوح و بیان ارزش‌ها و (۶) اقدام مؤثر با هدف ایجاد الگوهای بزرگتر زندگی مبتنی بر ارزش (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). با بررسی‌های انجام شده مشخص شد تنها یک مطالعه توسط بیاتی و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وسواس مرگ را در سالمندان بررسی کرده است که نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر وسواس مرگ سالمندان بود.

از سوی دیگر رفتاردرمانی جدلی درمان شناختی رفتاری است که توسط مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ ابداع شد. در این رویکرد درمانی چهار مؤلفه اصلی وجود دارد که رفتاردرمانی جدلی را موفق می‌کند. ذهن آگاهی، اعتبارسنجی^۱، هدف‌گیری و تحلیل زنجیره‌ای^۲ و دیالکتیک (بایلز و همکاران، ۲۰۱۴). این رویکرد از دیالکتیک استفاده می‌کند به این معنی که همه چیز از موارد متضاد تشکیل شده است و تغییر زمانی اتفاق می‌افتد که یک نیروی مخالف از دیگری قوی‌تر باشد. این دیدگاه سه فرض اساسی دارد: اول همه چیز بهم پیوسته است. دوم، تغییر ثابت و اجتناب‌ناپذیر است. سوم، موارد متضاد را می‌توان یکپارچه کرد تا تقریب نزدیک‌تری ایجاد کند (آپشه، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه ذهن آگاهی مستلزم پذیرش و مشاهده تجربیات دردناک درونی است، ممکن است از طریق قرار گرفتن در معرض احساسات، افکار و احساساتی که قبلاً از آن‌ها اجتناب شده بود، کار کند (کراسک و همکاران، ۲۰۰۰). رفتاردرمانی جدلی همچنین پذیرش و تغییر را تشویق می‌کند. پذیرش بدون شرط است و تغییر، از طریق تغییر مستقیم افکار به صورت مثبت ایجاد می‌شود (آپشه و همکاران،

1. validation

2. targeting and chain analysis

سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «اصلاً»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. میزان روایی همزمان این پرسشنامه با اضطراب مرگ ۰/۶۲، افسردگی مرگ ۰/۵۷ و با وسواس عمومی ۰/۴۶ بدست آمد و میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد (عبدالخالق، ۱۹۹۸). این پرسشنامه در ایران توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۸۸) مورد رواسازی قرار گرفت که میزان روایی آن در نمونه ایرانی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه اضطراب مرگ ۰/۶۹ و میزان پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۷۳ بدست آمد.

ج) برنامه مداخله

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از برنامه‌ی درمانی (داهل و همکاران، ۲۰۱۴) که توسط سعادت‌مند (۱۳۹۵) استفاده و مورد تأیید قرار گرفت، طی ۸ جلسه ۸۰-۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

پروتکل رفتاردرمانی جدلی: جلسات مداخله رفتاردرمانی جدلی از مطالعه علیچانزاده و همکاران (۱۳۹۳) اقتباس شده که طی ۸ جلسه ۸۰-۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

سایر ملاحظات اخلاقی نیز رعایت شد. شیوه اجرا بدین صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه با توجه به توضیحات فوق، پرسشنامه وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌ها اجرا شد، سپس افراد دو گروه آزمایش به صورت مجزا دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰-۸۰ دقیقه‌ای) و رفتاردرمانی جدلی (۸ جلسه ۹۰-۸۰ دقیقه‌ای) را به صورت آنلاین و از طریق محیط اسکایپ دریافت کردند. اما گروه گواه در لیست انتظار جهت دریافت مداخله قرار داده شدند. پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه وسواس مرگ به عنوان پس‌آزمون توسط هر سه گروه تکمیل شد و بعد از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایش و گواه، آزمون پیگیری به عمل آمد. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس مختلط) به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ب) ابزار

پرسشنامه وسواس مرگ: این پرسشنامه توسط عبدالخالق (۱۹۹۸) تدوین شده است که ۱۵ گویه داشته و ۳ خرده مقیاس نشخوار مرگ (۸ سؤال)، سلطه مرگ (۴ سؤال) و عقاید تکراری مربوط به مرگ (۳ سؤال) را مورد

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (داهل و همکاران، ۲۰۱۴؛ اقتباس از سعادت‌مند، ۱۳۹۵) و رفتاردرمانی جدلی (اقتباس از علیچانزاده و همکاران، ۱۳۹۳)

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	محتوای جلسات رفتاردرمانی جدلی
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضا گروه، آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد و انعطاف روانی، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضا گروه، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش، آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا)
دوم	آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی و بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها	آموزش دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن آگاهی، دسته اول مهارت‌های چه چیز (شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن) و دسته دوم مهارت‌های چگونه (شامل موضع غیر قضاوتی، خودهوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد و ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار	آموزش راهبردهای پرت کردن حواس، آموزش خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه
چهارم	کمک به مراجع برای پذیرش وقایع دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با بهره‌گیری از تمثیل و استعاره مهمان ناخوانده	مهارت‌های به سازی لحظات، تکنیک سود و زیان، راهبردهای بقا در بحران
پنجم	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد و کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن	آموزش مؤلفه تحمل پریشانی، تکنیک ارتقاء لحظه جاری و تمرکز بر زمان حال

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	محتوای جلسات رفتاردرمانی جدلی
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل؛ مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران	آموزش گفتگو در باره ارتباطات غیر مؤثر، تکنیک تناسب خواسته‌های من با خواسته‌های دیگران و نسبت خواسته‌ها و بایدها
هفتم	معرفی مفهوم ارزش، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع، کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل	تنظیم هیجانی (آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برجسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش کنترل هیجانات می‌شود)
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، تمرین تن‌آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی، بکارگیری تجارب بدست آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی	تکنیک شناسایی خواسته‌ها، پذیرش واقعیت، نه گفتن، طرح یک درخواست ساده، تکنیک کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره و اختتام

یافته‌ها

برای هر سه گروه به تفکیک در جدول زیر ارائه شده است. در ابتدا یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

در مطالعه حاضر ۴۵ نفر در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند؛ میانگین و انحراف معیار مربوط به وسواس مرگ

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر وسواس مرگ در گروه مداخله ACT، DBT و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
وسواس	کنترل	۵۰/۳۳	۱۱/۴۳	۵۱/۴۷	۹/۶۹	۷/۹۹
مرگ	درمان تعهد و پذیرش	۵۱/۵۳	۱۳/۲۷	۳۰/۱۳	۵/۴۲	۲/۸۹
	رفتاردرمان جدلی	۵۱/۳۳	۱۴/۶۰	۳۴/۴۷	۶/۷۵	۴/۷۷

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات وسواس مرگ در گروه‌های آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. بنابراین تفاوت بین سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به نفع گروه‌های آزمایش است. افزون بر یافته‌های توصیفی برای بررسی یافته‌های استنباطی از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. لذا پیش از انجام تحلیل، مفروضات آزمون بررسی شد. نتایج نشان داد که مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیرو-ویلکز (S-W) در هر سه گروه در مراحل پژوهش برقرار بود ($P > 0.05$). جهت بررسی یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه واریانس

های خطا برای نمرات وسواس مرگ در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($F = 0.3/0.44$, $P = 0.858$)، پس‌آزمون ($F = 0.507$, $P = 0.606$) و پیگیری ($F = 0.122$, $P = 0.464$) و مفروضه یکسانی واریانس - کوواریانس ($F = 1/184$, $P = 0.145$) برقرار بود. همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون موچلی بررسی و نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ($P < 0.01$ و $W = 0.538$ موچلی) و لذا بجای مقدار گرین‌هاوس گیسر، نتیجه آزمون هوین‌فلت گزارش خواهد شد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس مختلط در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر وسواس مرگ

عوامل	منابع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عامل درون‌گروهی	مراحل زمان	۳۹۹۰/۵۰۴	۱/۳۶۸	۲۹۱۸/۰۴۰	۵۶/۸۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵	۱
	تعامل مراحل * گروه	۲۸۲۱/۰۰۷	۲/۷۳۵	۱۰۳۱/۴۲۵	۲۰/۰۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۹	۱
	خطا	۲۹۴۸/۴۸۹	۵۷/۴۳۶	۵۱/۳۳۵	---	---	---	---
عامل بین‌گروهی	گروه	۴۷۵۳/۰۸۱	۲	۲۳۷۶/۵۴۱	۱۲/۵۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۴	۰/۹۹۴
	خطا	۷۹۵۰/۴۴۴	۴۲	۱۸۹/۲۹۶	---	---	---	---

F محاسبه شده برای عامل بین گروهی نیز معنادار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین بین میانگین نمرات وسواس مرگ در دو گروه مداخله و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور مشخص شدن محل دقیق این تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی به شرح زیر استفاده شد.

با توجه به جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی وسواس مرگ نشان می‌دهد که مقدار F محاسبه شده عامل درون گروهی در مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وسواس مرگ معنادار است ($P < 0/01$) و در سه گروه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش آزمون تا پس آزمون وجود دارد؛ و مقدار

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر وسواس مرگ

معنی داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مراحل/گروه‌ها
۱	۲/۹۰۱	-۲/۴۲۲	پذیرش و تعهد - رفتاردرمانی جدلی
۰/۰۰۰۱	۲/۹۰۱	۱۳/۶۲۲	پذیرش و تعهد - کنترل
۰/۰۰۰۱	۲/۹۰۱	۱۱/۲۰۰	رفتار درمانی جدلی - کنترل

پذیرش و تعهد کمک به افراد برای دستیابی به انعطاف‌روانی است. در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساسات منفی مانند ترس و استرس بخشی از زندگی هستند و بنابراین کاملاً قابل اجتناب نیستند. علاوه بر این، آن‌ها درک می‌کنند که احساسات منفی لزوماً مستلزم اعمال نیستند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). پذیرش احساسات و عواطف منفی مانند ترس به عنوان بخش‌های عادی تجربیات روزانه، تعارضات درونی را کاهش می‌دهد و افراد را به سمت یک زندگی مبتنی بر ارزش هدایت می‌کند. پذیرش چنین احساساتی به معنای تأیید همه آن‌ها نیست؛ بلکه به معنای شناخت آن‌ها و رهایی از افکار عملی مبتنی بر احساسات است (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر زنان مبتلا به وسواس مرگ، با این افکار منفی به عنوان بخشی طبیعی از یک حادثه استرس‌زا که غیر قابل اجتناب است روبرو شدند. سپس، به آن‌ها کمک شد تا حالات عاطفی مانند ترس و استرس مربوط به وسواس مرگ را بپذیرند و یاد گرفتند که این گونه حالات عاطفی پایدار نیستند و بنابراین به جای سرکوب، می‌توانند آن‌ها را تشخیص دهند و بپذیرند. چنین پذیرشی به آن‌ها کمک می‌کند از بازی‌های سریع مبتنی بر احساسات اجتناب کنند و احساسات را بدون هیچ قضاوتی تجربه کنند. وسواس مرگ ممکن است منعکس‌کننده عدم پذیرش مرگ باشد (به عنوان احساس آرامش با آگاهی از مرگ) که با سطوح پایین تر ترس و اضطراب مرگ مرتبط است (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴). از این رو در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت پذیرش نقطه مقابل اجتناب تجربی است. پذیرش شامل اجازه دادن به تجارب درونی برای تغییر یا کاهش حضور در لحظه حال یا آینده بدون تلاش است (توهیگ و لوین،

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات وسواس مرگ در مرحله پس آزمون و پیگیری بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی تفاوت معنی داری وجود ندارد این در حالی است که هر دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری داشتند ($P < 0/01$) که نتایج حاکی از اثربخشی هر دو مداخله در وسواس مرگ زنان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ زنان در دوره کرونا بود. نتایج مطالعه نشان داد هر دو رویکرد در زنان مبتلا به وسواس مرگ در دوره کرونا اثربخش بودند. می‌توان گفت نتایج این مطالعه همسو با مطالعات انجام شده توسط بیاتی و همکاران (۲۰۱۷) در سالمندان بود. این پژوهشگران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ و وسواس مرگ در مردان سالمند تأثیر مثبت دارد. همراستا با نتایج این مطالعه، پژوهشگران نشان دادند که در دوره همه‌گیری کرونا، افراد با افکار مزاحم که بر مرگ خود و سایر افراد مهم متمرکز است و دچار وسواس مرگ بودند، ترس بیشتری از کرونا داشتند در واقع وسواس مرگ قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده ترس از کرونا بود (بیلدریم و گولر، ۲۰۲۱). در تحقیقی دیگر، ارسلان (۲۰۲۲) اشاره کرد که استرس و ترس از کرونا ویروس یک عامل خطر مهم برای بهزیستی ضعیف و وسواس مرگ بیشتر است. در تبیین این یافته باید عنوان کرد که هدف اصلی درمان

۲۰۱۷) از آنجایی که مرگ در واقع پدیده ای اجتناب‌ناپذیر است که به دلایل مختلف ممکن است اتفاق بیفتد پذیرش آن ممکن است بهترین کاری باشد که افراد می‌توانند، انجام دهند. در واقع بیماران متوجه شدند که می‌توانند مرگ را بپذیرند و در عین حال نگران آن باشند. با کسب این آگاهی و پذیرش، بهتر بتوانند با شرایط دشوار مواجه شوند و با استرس کرونا کنار بیایند. ترس بیشتر از کرونا با ذهن آگاهی کمتر، شوخ طبعی کمتر و ناامیدی بیشتر مرتبط است. با توجه به اینکه همه‌گیری کرونا در سطح جهان تأثیرات آسیب‌زایی بر سلامت و رفاه مردم دارد، ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر در غلبه بر تجربیات مرتبط با کرونا و کاهش تأثیرات منفی این همه‌گیری بر وسواس مرگ باشد (ساریکالی و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی، اثر میانجی نشخوار فکری را بر ارتباط بین قرار گرفتن در معرض رسانه‌های اجتماعی و پریشانی روانی بزرگسالان جوان در طول همه‌گیری کووید-۱۹ تعدیل می‌کند (هونگ و همکاران، ۲۰۲۱) که می‌توان گفت به نوعی با نتایج این مطالعه همخوان است.

یافته‌های کنونی از توسعه و ارزیابی مداخلات روان‌درمانی که انعطاف‌پذیری روانشناختی را در طول همه‌گیری کرونا ارتقا می‌دهند، پشتیبانی می‌کند. به نظر می‌رسد فرآیندهای باز بودن و ذهن آگاهی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشند. به طور خاص، باقی ماندن در لحظه حال و انتخاب عمدی اعمال (آگاهی رفتاری) و باز بودن (به جای اجتناب از) افکار و احساسات دشوار (باز بودن به تجربه) ممکن است فرآیندهای مرتبطی برای ارتقای رفاه عاطفی باشد (ویدها و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باید گفت در پژوهش حاضر با تمرینات ذهن آگاهی و پذیرش، مراجعین به انعطاف‌پذیری روانی بالاتری دست یافتند و توانستند کنترل بیشتری روی وسواس مرگ پیدا کنند. با تکیه بر بررسی‌های صورت گرفته در پایگاه اطاعتی مجلات معتبر داخلی و خارجی پژوهش‌های دقیقی در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ انجام نشده، ولی نتایج این پژوهش بیانگر تأثیرگذار بودن رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ می‌باشد. در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی جدلی بر وسواس مرگ می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی جدلی به بیمار مهارت‌های خاصی را می‌آموزد که برای مقابله با استرس به آن‌ها نیاز دارد و به تنظیم احساسات آن‌ها کمک می‌کند (آپکس و تراپی، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی جدلی شامل کشف افکار و احساسات منفی است که

زمینه ساز رفتارهایی است که برای مراجع مشکل ایجاد می‌کند. رفتاردرمانی جدلی شامل یک برنامه درمانی جامع، شامل درمان فردی و گروهی برای تشویق به پذیرش، ذهن آگاهی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای است (باتلر و چپمن، ۲۰۰۶). هنگامی که داوطلبان می‌آموزند که احساسات و هیجان‌های منفی مانند ترس، افکار تکراری که در مورد مرگ تجربه می‌کنند بخشی از حالات و احساسات طبیعی انسانی است که در شرایط استرس همه‌گیری کرونا تشدید آن روند طبیعی است باورهای منفی و خود سرزنش‌گری در این زنان پس از آموزش تنظیم احساسات و هیجان‌ها کاهش می‌یابد و از انزوای اجتماعی این افراد کاسته می‌شود. در واقع مفهوم‌سازی رفتاردرمانی جدلی از ذهن آگاهی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها می‌شود که «فرایند عمدی مشاهده، توصیف و مشارکت در واقعیت بدون قضاوت، در لحظه و با اثربخشی است (دیمیدیان و لینهان، ۲۰۰۳). مهارت‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی و ذهن آگاهی می‌توانند موجب بازگشت و توجه افراد به چیزهایی که به آن‌ها معنا می‌دهد شود و در دوره همه‌گیری و قرنطینه فرصتی برای جستجوی خلاقانه راه‌های جدید و ساده‌تر زندگی را فراهم کنند.

در مجموع می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی هر دو از اصل اعتبارسنجی برای تشویق تغییرات رفتار مثبت با اجازه دادن به افراد برای پذیرش عدم قضاوت در مورد احساسات خود استفاده می‌شود. هر دو دارای اصول آگاهی و پذیرش هستند. هر دو روش درمانی از تکنیک‌های ذهن آگاهی برای به دست آوردن پذیرش، تعهد و تغییر رفتار مثبت استفاده می‌کند (باس و همکاران، ۲۰۱۴). کاهش افکار و احساسات منفی، تمرکز بر زمان حال بدون نگرش‌های قضاوتی باعث می‌شود تا زنان مبتلا به وسواس فکری بر توانایی و منابع موجود خود برای کنار آمدن با استرس و افکار مزاحم مرتبط با مرگ متمرکز شوند و به نظر می‌رسد هر دو درمان به طور یکسانی این دستاورد را ایجاد می‌کنند.

نخستین محدودیت این پژوهش، یکی بودن درمانگر و پژوهشگر بود که این امر ممکن است نتایج مربوط به پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت دیگر مربوط به همه‌گیری ویروس کرونا بود که می‌تواند نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه کند. اجرای آنلاین مداخلات، استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار خودگزارش‌دهی، انتخاب نمونه به شکل هدفمند، محدود بودن قلمرو مکانی و زمانی به زنان شهر اراک از دیگر

محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و بر روی هر دو جنس زن و مرد و توسط یک تیم درمانی انجام شود. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود. در نتیجه، ما نمی‌توانیم در مورد نتایج این نمونه برای نوجوانان، سالمندان نتیجه‌گیری کنیم. از جمله مسائلی که در مشاوره آنلاین وجود داشت مسأله سرعت کم و یا قطع شدن اینترنت در حین انجام کار بود که نیاز به پیگیری بیماران را جدی‌تر می‌کرد. برگزاری درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی در قالب کارگاه آموزشی و یا سخنرانی، اجرای مداخلات بر روی سایر گروه‌ها که قابلیت اجرا دارد و اجرای متغیرهای پژوهش با سایر متغیرهای روانشناختی از جمله پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک است که از نظر رعایت اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته و از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره‌های نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان که با صبر و بردباری در اجرای پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

References

- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality and individual differences*, 24(2), 159-165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00144-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00144-X)
- Abdel-Khalek, A., & Lester, D. (2006). Optimism and pessimism in Kuwaiti and American college students. *International Journal of Social Psychiatry* 52(2): 110-126. <https://doi.org/10.1177/0020764006062092>
- Alijanzadeh, M., Makvand-Hosseini, S., & Kianersi, F. (2014). The effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on skills training) on aggression in adolescents. *Journal of clinical psychology*, 6(3), 23-32. DOI: [10.22075/jcp.2017.2170](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2170)
- Apsche, J. A. (2010). A literature review and analysis of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(4), 296-340. <https://doi.org/10.1037/h0100914>
- Apsche, J., DiMeo, L., & Kohlenberg, R. (2012). *Mode Deactivation Therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using ACT, DBT, and CBT*. New Harbinger Publications. <https://www.ebay.com/p/110982430>
- Arslan, G. (2022). Understanding wellbeing and death obsession of young adults in the context of Coronavirus experiences: Mitigating the effect of mindful awareness. *Death Studies*, 46(8), 1923-1932. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1871122>
- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 4-8. <https://doi.org/10.1037/h0100991>
- Bayati, A., Abbasi, P., Ziapour, A., Parvane, E., & Dehghan, F. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on death anxiety and death obsession in the elderly. *Middle East Journal of Family Medicine*, 15, 122-128. DOI: [10.5742/MEWFM.2017.93148](https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93148)
- Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 46-48. <https://doi.org/10.1037/h0101016>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: MAP-3: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*. Oxford University Press. DOI: [10.1017/S1352465809005141](https://doi.org/10.1017/S1352465809005141)
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 166-171. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, 16(4), 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hisham, I. N., Townsend, G., Gillard, S., Debnath, B., & Sin, J. (2020). COVID-19: the perfect vector for a mental health epidemic. *BJPsych Bulletin*, 45(6), 332-338. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.60>
- Hong, W., Liu, R. D., Ding, Y., Fu, X., Zhen, R., & Sheng, X. (2021). Social media exposure and college students' mental health during the outbreak of CoViD-19: the mediating role of rumination and the moderating role of mindfulness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 282-287. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0387>
- Kroska, E. B., Roche, A. I., Adamowicz, J. L., & Stegall, M. S. (2020). Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with

- distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.011>
- Kübler-Ross, E. (2002). *On death and dying; Questions and answers on death and dying; on life after death*. Quality Paperback Book Club. <https://www.abebooks.com/Death-Dying-Questions-Answers-Life-after/31128611970/bd>
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- Lester, D. (2003). Death anxiety, death depression, and death obsession. *Psychological Reports*, 93(3), 695-696. <https://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3.695>
- Mohammadzadeh, A., & Ashouri, A. (2009). The Study of Factor Structure, Validity and Reliability of the Death Obsession Scale (DOS). *Advances in Cognitive Science*, 11(1), 1-7. (In Persian) <http://icssjournal.ir/article-1-27-en.html>
- Mohammadzadeh, A., Ashouri, A., Vahedi, M., & Asgharipour, N. (2018). Death distress dimensions: Death anxiety, death depression, and death obsession. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(6), 341-348. (In Persian) DOI: 10.22038/jfmh.2018.11754
- Park, S. C., & Park, Y. C. (2020). Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry investigation*, 17(2), 85-86. DOI: 10.30773/pi.2020.0058
- Pourshahriar, H., & Dindoost, M. (2022). Phenomenological study of the lived experience of mourning spouses during the corona virus pandemic. *Journal of psychological science*, 1931-1943. (In Persian) DOI:10.52547/JPS.20.107.1931
- Raeisi, H., & Rasouli, M. (2021). Comparison of the effect of group therapy based on of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on resilience of divorce woman under the auspices of the imam Khomeini relief committee and behzisti organization. *Journal of psychological science*, 20(102), 849-860. (In Persian). DOI: 10.52547/jps.20.106.1733
- Raeisi, H., Rasouli, M., & Kasaei, A. (2021). Behavioral therapy on self-efficacy of divorced women under the auspices of the imam Khomeini relief committee and behzisti organization. *Psychological Science*, 20(106), 1733-1747. DOI: 10.52547/JPS.20.106.1733
- Saricali, M., Satici, S. A., Satici, B., Gocet-Tekin, E., & Griffiths, M. D. (2020). Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: a multiple mediation analysis. *International journal of mental health and addiction*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>
- Shakil, Z., & Yousaf, T. (2015). Gender differences in death obsession. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 185, 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.414>
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.009
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Widha, L., Rahmat, H. K., & Basri, A. S. H. (2021). A review of mindfulness therapy to improve psychological well-being during the COVID-19 pandemic. In *Proceeding International Conference on Science and engineering* (Vol. 4, pp. 383-386). <http://sunankalijaga.org/prosiding/index.php/icse/article/view/693>
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2358490>
- Yaryura-Tobias, J. A., Grunes, M. S., Todaro, J., McKay, D., Neziroglu, F. A., & Stockman, R. (2000). Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 19-30. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00027-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00027-4)
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personality and Individual Differences*, 168, 110347. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110347>