Journal of Psychological Science
Print ISSN: 1735-7462 Online ISSN: 2676-6639
Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotional Adjustment in Parents of Patients With Schizophrenia

Bahareh Abdollahzadeh[1], Shahnam Abolghasemi[2]✉, Khadijeh Hatamipour[3]

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: b.abdollahzadeh@iau.ac.ir.
2. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac.ir.
3. Department of Nursing, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: kh.hatamipour@iau.ac.ir.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 21 January 2026
Received in revised form 16 March 2026
Accepted 04 April 2026
Published Online 22 June 2026

Keywords:
acceptance and commitment therapy,
cognitive behavioral therapy,
emotional adjustment,
parents of patients with schizophrenia

ABSTRACT

Background: Parents of patients with schizophrenia are continuously exposed to chronic symptoms of the disorder, substantial caregiving burdens, and persistent negative emotions, which often lead to significant difficulties in emotional adjustment. Although Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have been recognized as effective interventions for improving emotional adjustment and reducing psychological distress, empirical evidence comparing the effectiveness of these two approaches among parents of individuals with schizophrenia remains limited.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the emotional adjustment of parents of patients with schizophrenia.

Methods: This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a three-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of all parents of patients diagnosed with schizophrenia residing in Tehran in 2025 who had active case files at the Welfare Organization. A total of 60 caregiving parents (33 mothers and 27 fathers) were selected using purposive sampling and randomly assigned to three groups (n = 20 per group): Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and a control group. Participants were assessed at three time points: pretest, posttest, and follow-up. The research instrument was the Emotional Adjustment Measure developed by Rubio et al. (2007). The ACT group received a 9-session intervention based on Hayes (2004), and the CBT group received a 9-session intervention based on Beck et al. (1991). The control group received no intervention and was placed on a waiting list. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS version 26, with the significance level set at 0.05.

Results: The findings indicated that both Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy resulted in significant improvements in emotional adjustment compared to the control group ($p < 0.05$). However, Bonferroni post hoc tests revealed that Acceptance and Commitment Therapy produced significantly greater improvements in emotional adjustment and demonstrated superior maintenance of treatment effects at the follow-up stage compared to Cognitive Behavioral Therapy ($p < 0.01$).

Conclusion: Given the greater depth and durability of the effects associated with Acceptance and Commitment Therapy, the use of this approach as a preferred intervention for enhancing psychological well-being and emotional adjustment among parents of patients with schizophrenia in counseling centers and psychological services is recommended.

Citation: Abdollahzadeh, B., Abolghasemi, Sh., & Hatamipour, Kh. (2026). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy on emotional adjustment in parents of patients with schizophrenia. *Journal of Psychological Science*, 25(160), 1-20. 10.66224/jps.25.160.20

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 160, 2026
© The Author(s). **DOI**: 10.66224/jps.25.160.20

✉ **Corresponding Author:** Shahnam Abolghasemi. Associated Professor, Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac.ir, Tel: (+98)9113913907

Extended Abstract

Introduction

A substantial proportion of individuals diagnosed with schizophrenia worldwide, particularly in Asian countries, are cared for by their families and rely heavily on parental support (Ferentinos et al., 2024; Plessis et al., 2024). In Asian cultural contexts, including Iran, strong family cohesion, cultural norms, and religious beliefs place the primary responsibility of caregiving on family members, leading parents to experience high levels of caregiving burden (Hathy et al., 2020; Rahmani et al., 2019). Consequently, parents are exposed to chronic stress, depression, anxiety, social stigma, and social isolation, all of which significantly undermine their psychological well-being and quality of life (Nieto & Furness, 2019; Boström & Strand, 2021; De la Serna et al., 2021). Importantly, caregivers' psychological functioning not only affects their own health but also influences the course and outcomes of the patient's illness (Hathy et al., 2020).

Emotional adjustment plays a crucial role in parents of individuals with schizophrenia, as they continuously face intense emotional challenges such as stress, hopelessness, guilt, and persistent psychological distress related to their child's condition (Valero-Moreno et al., 2021; Zhang et al., 2023). Enhancing emotional adjustment through strengthening psychological flexibility, resilience, and emotion regulation skills enables parents to cope more effectively with caregiving-related stressors (Li et al., 2023). Empirical evidence suggests that psychological interventions, particularly Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), are effective in improving emotional adjustment and reducing psychological distress among caregivers (Paul, 2023; Kopf-Beck et al., 2020). ACT emphasizes acceptance of internal experiences, reduction of experiential avoidance, and commitment to personal values, thereby enhancing psychological flexibility (Hayes et al., 2022; Tunç et al., 2025), whereas CBT focuses on cognitive restructuring and the development of adaptive coping strategies to alleviate maladaptive thoughts and caregiving-related stress (Rakitzi & Georgila, 2015; Simon et al., 2023).

Despite evidence supporting the effectiveness of both ACT and CBT, most existing studies have examined these approaches independently, and direct comparative research on their effectiveness in improving emotional adjustment among parents of patients with schizophrenia remains scarce (Morris et al., 2024). This gap is particularly significant given the complex psychological demands placed on these parents and their critical role in patient care and recovery (Karambelas et al., 2022). Comparative investigations can provide valuable insights into selecting the most appropriate interventions tailored to caregivers' emotional needs. Accordingly, the present study aimed to determine whether there is a significant difference between the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in enhancing emotional adjustment among parents of individuals with schizophrenia.

Method

The present study was an applied, quasi-experimental investigation employing a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The study included two experimental groups—Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT)—and one control group. The statistical population consisted of all parents of patients diagnosed with schizophrenia residing in Tehran in 2025 who had active case files at the Welfare Organization. Using purposive sampling, 60 caregiving parents (33 mothers and 27 fathers) were selected from active records in Welfare Organization districts 2 and 3 and were then randomly assigned to three equal groups of 20 participants each. All groups were assessed at pretest, posttest, and three-month follow-up. The experimental groups participated in nine group-based intervention sessions corresponding to their respective therapeutic approaches, whereas the control group received no intervention. Inclusion criteria comprised low levels of emotional adjustment, a minimum educational level of a high school diploma, absence of psychiatric disorders and chronic physical illnesses, and no use of psychotropic

medications; absence from more than two treatment sessions constituted an exclusion criterion. Descriptive statistics were used to summarize sample characteristics, and repeated-measures analysis of variance was conducted to examine intervention effects. All statistical analyses were performed using SPSS version 26. Data were collected using the Emotional Adjustment Measure (EAM) developed by Rubio et al. (2007), which consists of 28 items and two subscales: lack of regulation of emotional and physiological arousal and hopelessness/wishful thinking. The instrument has demonstrated satisfactory psychometric properties in both the original and Persian versions, and in the present study, internal consistency reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87.

Results

Descriptive findings indicated that the age, gender, and educational level distributions were relatively balanced across the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and control groups, with the highest frequency of participants falling within the 31–50-year age range and a slightly higher or equal proportion of women compared to men across groups. Descriptive statistics of emotional adjustment and its components revealed that both treatment groups exhibited significant reductions in mean scores from pretest to posttest, with these improvements largely maintained at the follow-up assessment, whereas no meaningful changes were observed in the control group. The greatest reduction in emotional adjustment scores was observed in the ACT group, indicating a stronger effect of this intervention compared to CBT. Examination of statistical assumptions confirmed normal data distribution, absence of influential outliers, and satisfaction of linearity, homogeneity of variances, homogeneity of variance–covariance matrices, and sphericity assumptions. Results of the repeated-measures analysis of variance demonstrated a significant main effect of time and a significant time × group interaction on emotional adjustment, with medium to very large effect sizes, indicating that patterns of change over time differed significantly across groups and that the implemented interventions were more effective than the control condition.

Table1. Repeated-Measures Analysis of Variance for Emotional Adjustment Scores Using the Greenhouse–Geisser Correction

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value	Partial η^2
Time	1218.904	2	609.452	331.276	<0.001	0.544
Group	318.640	2	159.320	48.720	0.005	0.258
Time × Group	701.941	4	175.485	95.416	<0.001	0.520

The results of the repeated-measures analysis of variance with Greenhouse–Geisser correction indicated that the main effect of time on emotional adjustment was statistically significant ($p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.544$), suggesting a significant change in emotional adjustment scores across measurement occasions. The main effect of group was also significant ($p = 0.005$, partial $\eta^2 = 0.258$), indicating significant differences in overall emotional adjustment scores among the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and control groups, regardless of time. Moreover, the time × group interaction effect was statistically significant ($p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.520$), demonstrating that the pattern of changes in emotional adjustment over time differed significantly across groups and that the therapeutic interventions produced differential effects compared with the control group. The medium to large effect sizes obtained underscore the practical and clinical significance of these findings and confirm the effectiveness of the psychotherapeutic interventions in improving emotional adjustment.

Table2. Bonferroni Post Hoc Test Results for Between-Group Differences in Emotional Adjustment

Comparison Group	Reference Group	Mean Difference	Standard Error	p-value
ACT	CBT	−2.67*	0.340	<0.001
ACT	Control	−7.87*	0.340	<0.001
CBT	ACT	2.67*	0.340	<0.001
CBT	Control	−5.20*	0.340	<0.001

Bonferroni post hoc comparisons revealed statistically significant differences in emotional adjustment scores between the ACT and CBT groups, as well as between each treatment group and the control group. Specifically, significant differences were observed between pretest and posttest scores, pretest and follow-up scores, and posttest and follow-up scores in both treatment groups, indicating sustained treatment effects over time. Furthermore, significant differences were found across the three assessment points (pretest, posttest, and follow-up), with mean emotional adjustment scores differing significantly between the ACT and CBT groups. These results indicate that Acceptance and Commitment Therapy demonstrated greater effectiveness and superior durability compared to Cognitive Behavioral Therapy in improving emotional adjustment—particularly in reducing the lack of regulation of emotional arousal—among participants ($p < 0.01$).

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on the emotional adjustment of parents of patients with schizophrenia and to examine the durability of these effects during the follow-up period. Given the chronic, disabling, and unpredictable nature of schizophrenia and the substantial caregiving burden imposed on parents, emotional adjustment in this population is particularly vulnerable to erosion (Mitendorfer-Rutz et al., 2019; Karambelas et al., 2022). The findings demonstrated that both ACT and CBT significantly improved emotional adjustment compared to the control group; however, the pattern and magnitude of change differed between the two treatment groups. These results are consistent with previous studies reporting the effectiveness of structured psychological interventions in reducing distress and enhancing emotional functioning and adjustment among caregivers of individuals with schizophrenia (Moghadam Esfahani & Haghayegh, 2019; Radley et al., 2022; Li et al., 2023).

The shared effectiveness of ACT and CBT can be explained within the framework of common therapeutic factors and the role of structured, goal-oriented interventions in facilitating emotion regulation and emotional adjustment (Karambelas et al., 2022). Both approaches enhance active coping skills, emotional awareness, and response inhibition; however, they differ fundamentally in their mechanisms of change. CBT primarily targets the modification of cognitive content and the direct reduction of emotional intensity, whereas ACT emphasizes changing individuals' relationships with their internal experiences through acceptance, mindfulness, and psychological flexibility (Hayes, 2004; King, 2020). Post hoc analyses revealed that ACT produced significantly greater and deeper improvements in emotional adjustment compared to CBT, a finding consistent with several previous studies (Smith et al., 2020; Levin et al., 2024; Morris et al., 2024; Li et al., 2023). Inconsistencies reported in some studies may be attributable to differences in measurement tools that emphasize cognitive control and restructuring rather than acceptance-based processes (Kopf-Beck et al., 2020).

One of the most compelling findings of the present study was the superior durability of ACT effects during the follow-up period compared to CBT. This sustained effectiveness can be attributed to the process-based and metacognitive nature of ACT skills, such as acceptance and cognitive defusion, which gradually become integrated into individuals' habitual coping styles and are less dependent on ongoing therapist support (Hayes et al., 2022). In contrast, cognitive changes achieved through CBT require continuous effort and reinforcement and may diminish under chronic stress conditions. Despite these strengths, the study was limited by its geographically restricted sample, reliance on self-

report measures, and inability to fully control concurrent treatments received by patients. Future research should employ larger, multicenter samples, longer follow-up periods, and multimethod assessment strategies. From an applied perspective, the findings support the integration of ACT into family-centered intervention programs for parents of individuals with schizophrenia and suggest that combined or staged ACT–CBT interventions may better address the diverse emotional needs of this population.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in General Psychology conducted at the Islamic Azad University, Tonekabon Branch. Participation in the study was entirely voluntary. After receiving comprehensive information regarding the study objectives and procedures, all participants provided written informed consent prior to enrollment. In accordance with ethical research principles, data collection was initiated only after informed consent had been obtained. Participants were assured that their personal information would be kept strictly confidential and that research findings would be reported in aggregate form without disclosure of names or identifying information. It was also emphasized that participation was completely voluntary and that participants were free to withdraw from the study at any stage without any consequences. Throughout all stages of the research, confidentiality and the protection of participants' privacy were fully maintained.

Funding: This study was conducted as part of a doctoral dissertation and received no external financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the first author's doctoral dissertation and was completed under the supervision and consultation of the academic advisors.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the results of this study.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere gratitude to the parents who participated in this study.

مجله علوم روانشناختی

شاپا چاپی: ۷۴۶۲-۱۷۳۵ شاپا الکترونیکی: ۶۶۳۹-۲۶۷۶

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر سازگاری هیجانی در والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی

بهاره عبداله‌زاده[۱]، شهنام ابوالقاسمی[۲]✉، خدیجه حاتمی‌پور[۳]

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: b.abdollahzadeh@iau.ac.ir

۲. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: sh.abolghasemi@iau.ac.ir.

۳. گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: kh.hatamipour@iau.ac.ir.

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۱
بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
درمان شناختی-رفتاری،
سازگاری هیجانی،
والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی.

چکیده

زمینه: والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی به دلیل مواجهه مداوم با علائم مزمن بیماری، فشارهای مراقبتی و هیجانات منفی پایدار، اغلب دچار مشکلات قابل‌توجهی در سازگاری هیجانی می‌شوند. اگرچه درمان شناختی–رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخلات مؤثر در بهبود سازگاری هیجانی و کاهش پریشانی روان‌شناختی شناخته شده‌اند، شواهد پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی محدود است.

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی ساکن تهران در سال ۱۴۰۴ بودند که نزد سازمان بهزیستی پرونده فعال داشتند؛ که از بین آن‌ها ۶۰ نفر از والدینِ مراقب (۳۳ زن و ۲۷ مرد) بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و گواه) جایگزین شدند و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه¬های شناختی سازگاری هیجانی (رابیو و همکاران، ۲۰۰۷) بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) و گروه درمان شناختی – رفتاری (بک و همکاران، ۱۹۹۱)، هر یک به مدت ۹ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. در مقابل، گروه گواه جایگذاری شدند که هیچ درمان مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه گواه، منجر به بهبود معنادار سازگاری هیجانی شدند (P<۰/۰۵). بااین‌حال، نتایج آزمون بونفرونی حاکی از برتری معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی-رفتاری در افزایش نمرات سازگاری هیجانی و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به پایداری و عمق بیشتر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهره‌گیری از این رویکرد به‌عنوان یک مداخله ترجیحی جهت ارتقای سلامت روان و انطباق‌پذیری والدین در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توصیه می‌شود.

استناد: عبداله زاده، بهاره؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و حاتمی پور، خدیجه (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر سازگاری هیجانی در والدین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۰، ۱ -۲۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۰، ۱۴۰۵. **DOI**: 10.66224/jps.25.160.20

© نویسندگان.

✉**نویسنده مسئول:** شهنام ابوالقاسمی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: sh.abolghasemi@iau.ac.ir.

تلفن: ۰۹۱۱۳۹۱۳۹۰۷

مقدمه

امروزه بخش بزرگی از افراد مبتلابه اختلال اسکیزوفرنی[1] در جامعه توسط خانواده‌هایشان مورد مراقبت قرار می‌گیرند (فیرینتینوس و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند در کشورهای غربی، حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد، اما در کشورهای آسیایی حدود ۷۰ درصد از بیماران مبتلابه اختلال اسکیزوفرنی با خانواده‌شان زندگی می‌کنند و برای تأمین مراقبتشان به آن‌ها وابسته هستند (پلیسیس و همکاران، ۲۰۲۴). مراقبت و حمایت خانواده از بیماران به‌طور قابل‌توجهی در بافت آسیایی بیشتر مورد تأیید قرار گرفته است، جایی که قوانین فرهنگی، ساختار اجتماعی و اعتقادات مذهبی به‌شدت با انسجام خانواده ارتباط پیدا کرده است (هاتی و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران نیز شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مراقبت از بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی عمدتاً بر عهده اعضای خانواده است و مراقبین خانوادگی سطوح بالایی از بار مراقبتی را تجربه می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که میانگین نمره بار مراقبتی در یک مطالعه ایرانی بالاتر از حد متوسط گزارش شده است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به ماهیت مزمن بیماری اسکیزوفرنی، تجربه تشخیص و مراقبت می‌تواند احساسات ناخوشایندی از قبیل افسردگی، غم و فقدان ایجاد کند و باعث اختلال در روابط خانوادگی شود (هوریگان و همکاران، ۲۰۲۰). مراقبین به‌ندرت به دنبال تأمین نیازهای شخصی خود هستند، ازاین‌رو به دلیل مسئولیت‌های مراقبتی‌شان، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها در معرض آسیب قرار می‌گیرد (یئو و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل استرس‌زا در مراقبین بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا متفاوت و بیشتر از سایر مراقبین بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن است (رادلی و همکاران، ۲۰۲۲). این مسئله نشان‌دهنده انگ زیاد در جامعه نسبت به این بیماری است. کناره‌گیری از محیط اجتماعی به کمبود دریافت حمایت اجتماعی و درنتیجه تشدید فشار وارده بر مراقبین منجر می‌شود (بویتروم و استراند، ۲۰۲۱).

بسیاری از مراقبان از ناراحتی مداوم رنج می‌برند، اما متخصصان سعی دارند بار خانواده را کمرنگ جلوه بدهند. بار عاطفی از میان همه بارها، فراگیرترین پیامد منفی مراقبت است (میتیندورفر و همکاران، ۲۰۱۹). مراقبان بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی سطح بالایی از پریشانی روانی مانند استرس، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند، به‌طوری که شیوع پریشانی روانی در میان این مراقبان نزدیک به ۸۰ درصد گزارش شده است (نیتو و فئورنیس، ۲۰۱۹). در مطالعه‌ای، والدین مراقب بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی در مقایسه با مراقبین بیماران مبتلابه افسردگی، انواع بار (اعم از ذهنی و عینی) بالاتری را گزارش کرده بودند (زارعی و همکاران، ۲۰۲۱). این مراقبین علاوه بر تجربه غم و اندوه، با انگ اجتماعی و انزوا نیز روبه‌رو می‌شوند که احساس شرم یا گناه را در پی دارد و سلامت جسمی و روانی آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (دی لا سیرنا و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین علاوه بر تأثیرات بیماری بر سلامت روانی مراقب، وضعیت روان‌شناختی مراقب نیز بر پیشرفت و بهبود بیماری تأثیرگذار خواهد بود (هاتی و همکاران، ۲۰۲۰). ازاین‌رو بررسی مشکلات روان‌شناختی والدین می‌تواند در بهبود شرایط کمک کننده باشد.

سازگاری هیجانی[2] در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این افراد به‌طور مداوم با چالش‌های روانی و عاطفی ناشی از شرایط بیماری فرزند خود روبرو هستند (والیرو و همکاران، ۲۰۲۱). اسکیزوفرنی به دلیل ماهیت پیچیده و مزمن خود، نه‌تنها بیمار بلکه خانواده و به‌ویژه والدین را تحت‌فشارهای شدید روان‌شناختی قرار می‌دهد. این والدین اغلب با احساساتی چون استرس، نگرانی، ناامیدی و حتی گاهی احساس گناه روبرو می‌شوند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). توانایی آن‌ها در مدیریت و سازگاری با این هیجانات می‌تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی و سلامت روانی‌شان داشته باشد. ازاین‌رو، توسعه مهارت‌های سازگاری هیجانی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با شرایط دشوار زندگی کنار بیایند و به فرزندشان حمایت بهتری ارائه دهند (اسچوپی و همکاران، ۲۰۲۳). افزایش سازگاری هیجانی به والدین کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بهتر مدیریت کرده و بتوانند بر احساسات خودکنترل بیشتری داشته باشند. این سازگاری، با تقویت توانایی‌های روان‌شناختی مانند انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری، به آن‌ها اجازه می‌دهد تا نسبت به تغییرات پیش‌بینی‌نشده و تنش‌های مرتبط با مراقبت از بیمار واکنش‌های سازنده‌ای داشته باشند (لی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری می‌توانند به والدین کمک کنند تا با شناسایی و تغییر الگوهای ذهنی ناسازگار، به بهبود سازگاری هیجانی دست یابند و درنتیجه، نه‌تنها بر

[1]. schizophrenia

[2]. emotional adjustment

سلامت روانی خود بلکه بر کیفیت زندگی فرزند مبتلا به اسکیزوفرنی نیز تأثیر مثبتی بگذارند (پائول، ۲۰۲۳).

به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری[1] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز می‌توانند در بهبود سازگاری هیجانی این والدین مؤثر باشند، زیرا با تقویت مهارت‌های خود مراقبتی و افزایش توانایی آن‌ها در مدیریت افکار و احساسات منفی، زمینه‌ساز یک زندگی سالم‌تر و پرمعناتر برای خود و فرزندشان می‌شوند (کوپف و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علت‌های اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را چنین می‌بیند: آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل یابی و راهبردهای سالم جایگزین این‌ها (لوین و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارت است از: پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال، گزینش یک مسیر ارزشمند، اقدام در جهت طی این مسیر. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عموماً از شش‌اصل بنیادین زیر برای کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین استفاده می‌شود: گسلش شناختی و یادگیری روش‌هایی که برای کاهش تمایل به‌عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات به کار می‌رود (هایز و همکاران، ۲۰۲۲). اصل بعدی پذیرش و اجازه دادن به آمد-ورفت افکار بدون این‌که با آن‌ها مبارزه شود. تماس با لحظه اکنون و آگاهی ازاینجا و اکنون؛ و تجربه آن با گشودگی و علاقه‌مندی، شهامت مشاهده خود و دستیابی به حسی تعالی یافته از خود، کشف ارزش‌ها و اکتشاف این‌که چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است و درنهایت اقدام متعهدانه و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود؛ متغیری که نقش محوری در سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ایفا می‌کند. افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به والدین کمک می‌کند تا هیجانات منفی و تجارب ناخوشایند مرتبط با مراقبت از بیمار را به شیوه‌ای سازگارانه‌تر بپذیرند و در مواجهه با فشارهای روانی ناشی از مراقبت، پاسخ‌های مؤثرتری نشان دهند. افزون بر این، یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به کاهش خودانگ‌زنی در اعضای خانواده منجر شوند که این امر با بهبود نگرش نسبت به بیماری روانی و ارتقای سلامت روان همراه است (تونچ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین نتایج یک مرور نظام‌مند نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری استرس، اضطراب و نشانه‌های افسردگی را در والدین کودکان دارای نیازهای ویژه سلامت کاهش می‌دهد؛ یافته‌ای که بیانگر ظرفیت بالای این رویکرد برای بهبود سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است (لی و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد تجربی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود معنا در زندگی، تاب‌آوری و عملکرد خانوادگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود (مقبل اصفهانی و حقایق، ۱۳۹۸).

درمان شناختی–رفتاری به‌عنوان یکی از رویکردهای اثربخش در مدیریت نشانه‌های اسکیزوفرنی شناخته می‌شود و از طریق کاهش شدت علائم بیماران، می‌تواند به‌طور غیرمستقیم بار هیجانی مراقبت را برای والدین کاهش دهد. این رویکرد با فراهم‌سازی یک چارچوب ساختاریافته و هدفمند، به والدین کمک می‌کند تا افکار ناکارآمد خود را شناسایی کرده و راهبردهای مقابله‌ای مؤثری برای مدیریت استرس و فشارهای روانی مرتبط با مراقبت از بیمار فراگیرند؛ فرآیندی که درنهایت به بهبود سازگاری هیجانی آنان منجر می‌شود (راکیتزی و جورجیلا، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل درآوردن بینش‌هایی است که به‌تازگی کسب شده‌اند و تکالیفی که به درمان‌جویان داده می‌شود آن‌ها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرآیند شرطی شدن مجدد به آن‌ها کمک می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان شناختی – رفتاری، بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرینات مواجهه ساختگی (شبیه‌سازی نمادین) صورت می‌گیرد (هایز و همکاران، ۲۰۲۲). بازسازی شناختی، نقش مهمی در شکستن چرخه اضطراب بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمانگر و مراجعین در طی جلسات به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند (هئویی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین از اجتناب و اضطراب پیش‌بینانه مراجعین می‌کاهد و به توانایی آن‌ها برای دریافت تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانه درباره تجربیات خودشان

[1]. cognitive-behavioral therapy

(به‌جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید. هدف اصلی درمان شناختی از بین بردن خطاها و تحریف‌ها و سوگیری‌ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند (سیمون و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی-رفتاری که بر اساس شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و رفتارهای ناسازگارانه عمل می‌کند، با ارائه راهکارهایی برای مدیریت افکار منفی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب والدین کمک کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۲). این روش با تغییر باورهای ناسازگار و ارائه تکنیک‌هایی برای مقابله با نشخوارهای ذهنی و افکار منفی، باعث بهبود سازگاری هیجانی می‌شود.

درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو رویکرد درمانی شناخته‌شده در حوزه سلامت روان هستند که هر یک با تمرکز بر جنبه‌های متفاوتی از تجربه انسانی، به بهبود عملکرد روان‌شناختی و ارتقای سلامت ذهنی افراد کمک می‌کنند. مقایسه این دو درمان درزمینهٔ سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا این والدین به دلیل مواجهه مداوم با مشکلات مرتبط با بیماری فرزندشان، سطح بالایی از استرس، فرسودگی هیجانی و مشکلات سازگاری را تجربه می‌کنند. مقایسه این دو درمان در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به دلیل رویکردهای متفاوت اما مکمل آن‌ها در مدیریت استرس و هیجانات، می‌تواند به شناسایی راهکارهای مؤثرتری برای حمایت روان‌شناختی این والدین منجر شود. درمان شناختی-رفتاری بر اصلاح ساختارهای شناختی معیوب و تغییر رفتارهای ناسازگارانه تمرکز دارد، درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ایجاد پذیرش و تعهد به ارزش‌ها تأکید می‌کند. بررسی تأثیر هر یک از این رویکردها می‌تواند به متخصصان کمک کند تا بر اساس نیازهای فردی والدین، مناسب‌ترین مداخله را انتخاب کنند و به بهبود سلامت روان آن‌ها کمک نمایند (لوباتو و همکاران، ۲۰۲۲). درزمینهٔ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری هیجانی در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، خلأهای پژوهشی قابل توجهی وجود دارد. بیشتر پژوهش‌های موجود به‌طورکلی بر کارآیی این دو رویکرد در بهبود سلامت روانی و کاهش استرس و اضطراب در افراد متمرکز بوده‌اند؛ بااین‌حال، مطالعه‌ای جامع و مستقیم که به مقایسه این دو روش در والدین بیماران اسکیزوفرنی بپردازد، همچنان نادر است (موریس و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از دلایل اهمیت این خلأ پژوهشی، شرایط منحصربه‌فرد و پیچیده والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. این والدین با بارهای روانی شدید و چالش‌های هیجانی بسیاری روبرو هستند که ممکن است باعث آسیب‌پذیری عاطفی، فرسودگی روانی و حتی کاهش بهزیستی ذهنی شود (کارامبلاس و همکاران، ۲۰۲۲). باوجوداین، اغلب مداخلات موجود در حوزه سلامت روان، بر بهبود وضعیت بیماران تمرکز داشته و به‌سلامت روان و نیازهای والدین آن‌ها کمتر توجه شده است. این در حالی است که والدین، به‌عنوان مراقبان اصلی این بیماران، نقش مهمی درروند درمان و مدیریت بیماری ایفا می‌کنند و وضعیت روان‌شناختی آن‌ها می‌تواند بر کیفیت مراقبت و بهزیستی بیماران نیز تأثیر بگذارد.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تمرکز بر پذیرش هیجانات منفی و تعهد به ارزش‌های فردی، می‌تواند به والدین کمک کند تا علیرغم شرایط دشوار، بهزیستی ذهنی خود را حفظ کنند. بااین‌حال، همچنان مشخص نیست که کدام‌یک از این رویکردها تأثیر بیشتری بر بهبود سازگاری هیجانی این والدین دارد. این خلأ پژوهشی فرصتی است تا با انجام مطالعات مقایسه‌ای و استفاده از روش‌های ارزیابی روان‌شناختی، تأثیرات متغیرهای مرتبط با سازگاری هیجانی را به‌طور عمیق بررسی کرده و روش‌های کارآمدتر را برای کاهش بار روانی و بهبود سلامت روانی والدین بیماران اسکیزوفرنیک شناسایی کنیم؛ بنابراین با توجه به آنچه گفته شده این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری هیجانی در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری است، این طرح شامل گروه‌های تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و یک گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ساکن تهران در سال ۱۴۰۴ بودند که نزد سازمان بهزیستی پرونده فعال داشتند. از بین جامعه آماری این پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از پرونده‌های فعال مرتبط با بیماران اسکیزوفرنی در

سازمان بهزیستی مناطق دو و سه تهران ۶۰ نفر از والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ۳۳ زن (مادر مراقب) و ۲۷ مرد (پدر مراقب) به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد با استفاده از تخصیص تصادفی ساده، این افراد در سه گروه مساوی هر گروه ۲۰ نفر جایگزین شدند. ابتدا هر سه گروه به پرسشنامه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون پاسخ داده و در ادامه دو گروه پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی-رفتاری وارد پروسه گروه درمانی‌های مرتبط با گروه خود شدند؛ اما گروه گواه، آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات افراد هر سه گروه مجدداً پرسشنامه پژوهش را در مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند. اندازه‌گیری مجدد تمامی متغیرهای وابسته در یک بازه زمانی مشخص پس از پس‌آزمون (۳ ماه بعد) برای بررسی پایداری اثرات مداخله انجام شد. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین‌ها معادل ۲۰ نفر در هر گروه برآورد شد:

$$N = \frac{\left(Z1-\frac{\alpha}{2}+Z1-\beta\right)^2 (S1^2+S2^2)}{(\overline{X1}-\overline{X2})^2}$$

همچنین با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام‌شده قبلی، احتمال ریزش نمونه در مطالعه فوق ۵ نفر در هر گروه پیش بینی شده و بر این اساس تعداد کلی افراد نمونه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود عبارت‌اند از: تشخیص پایین بودن سطح سازگاری هیجانی بر اساس پرسشنامه سازگاری هیجانی رابیو و همکاران (۲۰۰۷)، دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، تشخیص عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در شرکت‌کنندگان توسط پزشک متخصص روان‌پزشکی و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و بررسی پرونده پزشکی انجام شد. همچنین، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن جسمی ازجمله صرع، بیماری‌های اسکلتی، نارسایی‌های تنفسی و سایر اختلالاتی که می‌توانند در تحمل جلسات درمانی اختلال ایجاد کنند، از طریق شرح‌حال پزشکی، خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان و تأیید پرونده سلامت موجود بررسی و احراز شد. عدم مصرف داروهای روان‌گردان بر اساس اظهار شرکت‌کنندگان و بررسی سوابق دارویی ثبت‌شده مورد ارزیابی قرار گرفت. علاوه بر این، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی به‌عنوان یکی از معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شد.

ابزار

مقیاس سازگاری هیجانی[1] **(EAM):** مقیاس سازگاری هیجانی توسط رابیو و همکاران در سال ۲۰۰۷ باهدف سنجش سازگاری هیجانی و تمایل افراد به دستیابی به تعادل، تنظیم و ثبات هیجانی در مواجهه با بی‌ثباتی‌های عاطفی طراحی شد. این ابزار شامل ۲۸ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۶) نمره‌گذاری می‌شود؛ به‌گونه‌ای که دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۸ تا ۱۶۸ قرار دارد. در این مقیاس، گویه‌های (۲۱، ۲۵، ۲۸) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس سازگاری هیجانی دارای دو زیرمقیاس است: ۱) فقدان نظم‌بخشی انگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک شامل گویه‌های (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۲۱) و ۲) ناامیدی و تفکر آرزومندانه شامل گویه‌های (۶، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸). در نسخه اصلی ابزار، رابیو و همکاران (۲۰۰۷) روایی همگرای این مقیاس را از طریق همبستگی با سیاهه شخصیت آیزنک و خرده‌مقیاس سازگاری هیجانی پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش کردند و پایایی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ به دست آوردند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط شکری و همکاران (۱۳۹۵) در نمونه‌ای از دانشجویان بررسی شد که نتایج آن نشان‌دهنده ضرایب همسانی درونی مطلوب برای عامل کلی و زیرمقیاس‌های EAM در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ بود. به‌منظور بررسی روایی سازه، شکری و همکاران (۱۳۹۵) از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند و همچنین همبستگی معناداری بین ابعاد سازگاری هیجانی با زیرمقیاس‌های واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت گزارش شد که مؤید روایی سازه این ابزار است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد ساختار دوعاملی EAM شامل «فقدان نظم‌بخشی انگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیک» و «ناامیدی و تفکر آرزومندانه» در نمونه ایرانی از برازش مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس سازگاری هیجانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

[1]. emotional adjustment measure

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن نمونه پژوهش برای آغاز مطالعه حاضر به اداره بهزیستی منطقه دو و سه تهران مراجعه شد و از میان والدین افرادی که به دلیل بیماری اسکیزوفرنی در این مرکز پرونده فعال داشتند، ۶۰ نفر (۳۳ زن و ۲۷ مرد) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در ادامه، دو گروه پذیرش و تعهد و گروه رفتاردرمانی شناختی، وارد فرآیند گروه‌درمانی‌های مرتبط با خود شدند، درحالی‌که گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. در این پژوهش، جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری متنوعی بهره‌گیری شده است. در حوزه آمار توصیفی، شاخص‌هایی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای تبیین ویژگی‌های نمونه مورداستفاده قرار گرفته است. همچنین، در مرحله تحلیل استنباطی، از مدل‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد تا اثرات متغیرهای مستقل و تعاملات آن‌ها را بر روی متغیرهای وابسته ارزیابی شود. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام‌شده است. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴)

جلسات	هدف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن، بر اساس نتایج پرسشنامه و یا هر روش دیگری	معارفه تک‌تک اعضای تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه؛ تعیین اهداف زیر بنایی؛ تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب؛ توصیف افکار و نشانه‌ها؛ استعاره ببر گرسنه؛ معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین؛ یادآوری این که کنترل خود مشکل‌ساز است.	تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟
دوم	کنترل به عنوان یک مشکل/کنترل رویدادهای شخصی	ارائه استعاره (مرد در گودال)؛ استعاره کیک شکلاتی؛ توجه به اشتیاق مراجع.	تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
سوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که (کنترل خود معضل است)	استعاره طناب‌کشی با غول؛ استعاره دروغ‌سنج؛ تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی.	تکلیف خانگی: برگه‌ی «عملکرد نگرانی چیست»؟
چهارم	ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی به‌عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلش	استعاره پلی‌گراف؛ تمرین استعاره شیر، شیر، شیر؛ اشتیاق به‌عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس؛ دستورالعمل مربوط به اشتیاق؛ هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم؛ معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به‌طور ذهن آگاه.	تکلیف خانگی: ادامه‌ی تمرین ذهن آگاهی
پنجم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به‌منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص.	معرفی ارزش‌ها؛ بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها؛ انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها /تصمیم‌ها؛ شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته.	تکالیف خانگی: ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل باارزش.
ششم	تداوم ایجاد یک‌جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش	شناسایی ارزش‌ها: استفاده از استعاره «سنگ قبر»؛ دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی؛ تمرین افزایش ذهن آگاهی.	تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
هفتم	توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم	دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات؛ دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی؛ اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ)؛ هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم؛	تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی. شناسایی یک عمل باارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
هشتم	معرفی تمایز بین خودهای مشاهده‌گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم‌سازی‌های خود و اضطراب و نگرانی	استعاره صفحه شطرنج؛ بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی؛ تمرین خود مشاهده‌گر؛ شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته.	تکالیف خانگی: انجام عمل باارزش مشخص

جلسات	هدف	محتوای جلسات	تکلیف
نهم	جلسه ارائه ایده تعهد به‌عنوان ابزاری برای حرکت به‌سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف	تعهد به‌عنوان یک فرآیند؛ شناسایی گام‌های عملیاتی (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر)؛ ارائه استعاره باغداری؛ موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آن‌ها (استعاره حباب در جاده)؛ استعاره مسافران در اتوبوس؛ استعاره صعود به قله؛ شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته؛	تکلیف خانگی: انجام یک عمل باارزش مشخص

خلاصه پروتکل درمان شناختی – رفتاری بک و همکاران (۱۹۹۱) در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ محتوای جلسات درمان شناختی – رفتاری بک و همکاران.(1991)

جلسات	هدف	محتوای جلسات	تکلیف
جلسه اول: آشنایی و ارزیابی اولیه	ایجاد رابطه درمانی، آشنایی با مراجع، تعیین اهداف درمان	معرفی درمانگر و مراجع، اجرای پیش‌آزمون، تبیین اهداف درمان، بیان قوانین جلسات و چارچوب درمان، ایجاد اتحاد درمانی	ثبت انتظارات از درمان و همکاری فعال در جلسات
جلسه دوم: معرفی CBT و آرام‌سازی	آشنایی با اصول درمان شناختی–رفتاری، کاهش تنش اولیه	بازخورد جلسه قبل، مرور یادداشت‌ها، معرفی درمان شناختی–رفتاری، آموزش فن آرام‌سازی	تمرین روزانه آرام‌سازی و ثبت تجربه
جلسه سوم: شناسایی افکار ناکارآمد	افزایش آگاهی نسبت به افکار منفی خودکار	بازخورد جلسه قبل، آموزش ثبت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، تمرین فن آرام‌سازی	تکمیل فرم ثبت افکار منفی
جلسه چهارم: شناسایی باورهای مرکزی	دستیابی به باورهای زیربنایی و طرح‌واره‌ها	بازخورد جلسه قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی باورهای مرکزی و طرح‌واره‌ها، تمرین آرام‌سازی	ادامه ثبت باورهای شناسایی‌شده
جلسه پنجم: فهرست باورهای اصلی	سازمان‌دهی باورهای ناکارآمد	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست باورهای اصلی، تمرین فن آرام‌سازی	تکمیل فهرست باورهای ناکارآمد
جلسه ششم: آزمون باورها	افزایش واقع‌نگری شناختی	بازخورد جلسه قبل، آزمون باورها از طریق تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، تمرین آرام‌سازی	ارزیابی شواهد موافق و مخالف باورها
جلسه هفتم: بازسازی شناختی	اصلاح باورهای ناکارآمد	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی، تشویق به ارزیابی مجدد باورها، تمرین آرام‌سازی	تمرین بازسازی شناختی در موقعیت‌های روزمره
جلسه هشتم: مقابله با افکار خودکار	افزایش مهارت مقابله شناختی	بازخورد جلسه قبل، آموزش مخالفت‌ورزی با افکار خودکار، تمرین آرام‌سازی	ثبت و اصلاح افکار خودکار
جلسه نهم: حل مسئله و جمع‌بندی	تثبیت آموخته‌ها و ارزیابی اثربخشی درمان	بازخورد جلسه قبل، تأکید بر شناخت احساسات، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار، تمرین آرام‌سازی، اجرای پس‌آزمون و اختتامیه	به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره

یافته‌ها

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین فراوانی سنی مربوط به بازه ۴۱–۵۰ سال با ۷ نفر (۳۵٪) و کمترین فراوانی مربوط به بازه ۳۱–۴۰ سال با ۳ نفر (۱۵٪) بود. در گروه درمان شناختی–رفتاری، بیشترین فراوانی سنی در بازه ۳۱–۴۰ سال با ۶ نفر (۳۰٪) و کمترین فراوانی در بازه ۴۱–۵۰ سال با ۴ نفر (۲۰٪) مشاهده شد. در گروه گواه، بیشترین فراوانی سنی مربوط به بازه ۲۰–۳۰ سال با ۶ نفر (۳۰٪) و کمترین فراوانی مربوط به بازه ۳۱–۴۰ سال با ۴ نفر (۲۰٪) بود. ازنظر جنسیت، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان ۱۲ نفر (۶۰٪) و مردان ۸ نفر (۴۰٪) بودند. در گروه درمان شناختی–رفتاری، زنان ۱۱ نفر (۵۵٪) و مردان ۹ نفر (۴۵٪) را تشکیل دادند. در گروه گواه، توزیع جنسیتی برابر بود (زنان ۱۰ نفر (۵۰٪) و مردان ۱۰ نفر (۵۰٪). ازنظر سطح تحصیلات، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد دارای تحصیلات دیپلم ۷ نفر (۳۵٪) بیشترین و افراد با تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر ۲ نفر (۱۰٪) کمترین فراوانی را داشتند. در گروه درمان شناختی–رفتاری نیز بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم ۷ نفر (۳۵٪) و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات فوق‌لیسانس و

بالاتر ۳ نفر (۱۵٪) بود. در گروه گواه، بیشترین فراوانی به افراد با تحصیلات فوق‌دیپلم ۷ نفر (۳۵٪) و کمترین فراوانی به افراد با تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر ۳ نفر (۱۵٪) اختصاص داشت. در جدول ۳ آماره توصیفی متغیر سازگاری هیجانی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

جدول۳. مشخصه‌های آماری مؤلفه‌های متغیر سازگاری هیجانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۶۰)

متغیر	گروه	مراحل	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
فقدان نظم‌بخشی انگیختگی هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۴۴/۶۵	۱/۸۹۹	-۰/۰۷۳	۰/۴۲۳
		پس‌آزمون	۳۲/۸۵	۱/۸۷۲	۰/۴۹۴	۰/۲۶۱
		پیگیری	۳۰/۶۰	۱/۶۰۳	۱/۲۶	۰/۳۲۶
	درمان شناختی-رفتاری	پیش‌آزمون	۴۴/۸۰	۱/۵۰۸	۰/۸۲۲	۱/۱۰
		پس‌آزمون	۳۶/۶۵	۱/۶۳۱	۰/۹۷۷	۰/۴۰۴
		پیگیری	۳۶/۶۵	۱/۶۳۲	-۰/۷۹۴	-۰/۱۱۷
	گواه	پیش‌آزمون	۴۴/۸۱	۱/۵۰۹	۰/۷۸۴	-۰/۶۹۱
		پس‌آزمون	۴۳/۸۰	۱/۵۰۸	۰/۳۵۸	۰/۳۷۷
		پیگیری	۴۳/۱۰	۱/۶۱۹	-۰/۸۷۱	۰/۰۹۰
فیزیولوژیک و عامل ناامیدی و تفکر آرزومندانه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۵۰/۲۰	۱/۶۴۲	-۰/۴۸۴	۰/۰۶۲
		پس‌آزمون	۴۰/۱۰	۱/۹۷۱	-۰/۲۹۶	-۰/۴۰۳
		پیگیری	۳۸/۰۵	۱/۸۷۷	-۰/۱۴۲	۰/۵۰۰
	درمان شناختی-رفتاری	پیش‌آزمون	۵۰/۲۵	۱/۷۷۳	۰/۳۰۲	۰/۹۵۴
		پس‌آزمون	۴۴/۸۵	۱/۳۸۷	۰/۵۴۳	-۰/۰۰۶
		پیگیری	۴۲/۸۵	۱/۳۸۷	۰/۸۱۳	۰/۲۲۸
	گواه	پیش‌آزمون	۵۱/۱۵	۱/۴۲۴	۲/۰۲	-۰/۹۴۲
		پس‌آزمون	۵۰/۱۵	۱/۴۲۶	۰/۱۹۶	-۰/۴۰۶
		پیگیری	۴۹/۴۰	۱/۳۹۲	-۰/۴۳۲	-۰/۴۱۹
نمره کل سازگاری هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۹۵/۰۵	۲/۵۱	-۰/۱۱۹	-۰/۱۷۷
		پس‌آزمون	۵۰/۸۱	۲/۷۲	۰/۱۵۲	-۰/۲۹۰
		پیگیری	۵۰/۷۹	۲/۴۷	۰/۵۸۶	-۰/۱۷۳
	درمان شناختی-رفتاری	پیش‌آزمون	۹۴/۸۵	۲/۳۳	-۰/۱۸۸	-۱/۱۴
		پس‌آزمون	۷۲/۹۵	۲/۱۴	۰/۰۱۶	-۰/۵۸۴
		پیگیری	۶۸/۶۵	۲/۲۴	۱/۶۱	۰/۷۷۴
	گواه	پیش‌آزمون	۹۵/۹۶	۲/۰۸	-۰/۴۳۰	-۰/۳۲۷
		پس‌آزمون	۹۳/۹۵	۲/۶۷	۰/۱۱۸	-۰/۷۵۷
		پیگیری	۹۲/۵۰	۲/۱۴	۰/۰۶۷	-۱/۲۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو مؤلفه سازگاری هیجانی و نمره کل آن، گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش میانگین نمرات را تجربه کرده‌اند و این روند در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است، درحالی‌که در گروه گواه تغییر معناداری در میانگین‌ها مشاهده نمی‌شود. بیشترین کاهش نمرات در هر دو مؤلفه و نمره کل مربوط به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که حاکی از بهبود بیشتر سازگاری هیجانی در این گروه نسبت به درمان شناختی–رفتاری است. همچنین مقادیر کجی و

کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه قابل قبول (۲±) قرار دارند که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها و مناسب بودن استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک در تحلیل‌های بعدی است. پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش‌فرض‌های آماری موردنیاز بررسی شد. یافته‌های حاصل از آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات مربوط به سازگاری هیجانی از الگوی نرمال تبعیت می‌کند (p>۰/۰۵). بررسی داده‌های پرت از طریق شاخص‌های توصیفی، دامنه تغییرات و نمودارهای جعبه‌ای نشان داد که هیچ مقدار پرت شدید یا اثرگذار در داده‌های پژوهش مشاهده نشد. افزون بر این، مفروضه خطی بودن تغییرات نمرات در طول زمان با بررسی روند تغییر میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید گردید. به‌منظور آزمون همگنی واریانس‌های خطا، آزمون لون اجرا شد و نتایج آن نشان داد که تفاوت معناداری میان واریانس گروه‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری وجود ندارد (p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون Box's M حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس نقض نشده است (Box's M=۵/۴۵، F=۰/۲۱۳، p=۰/۷۷۸). در ادامه، مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد که این مفروضه برای نمره کل سازگاری هیجانی (W=۰/۵۶۸، χ^2=۲/۸۹، p=۰/۵۵۴) برقرار است. پس از اطمینان از رعایت مفروضه‌های آماری، داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج تحلیل چندمتغیری مربوط به مقایسه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی–رفتاری و گروه گواه بر سازگاری هیجانی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول٤. تحلیل حاصل از تحلیل واریانس آمیخته سازگاری هیجانی

نام آزمون	مقدار	آزمون f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان پیلایی	۰/۹۷۳	۱۰۲۳/۹۸۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۳
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۷	۱۰۲۳/۹۸۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۳
اثرهلتینگ	۳۶/۵۷۱	۱۰۲۳/۹۸۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰۳۶/۵۷۱	۱۰۲۳/۹۸۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۳
تعامل زمان و گروه پیلایی	۰/۹۷۲	۲۶/۹۲۸	۴	۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۶
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۸	۶۶/۴۵۱	۴	۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰۴
اثرهلتینگ	۹/۷۰۲	۱۳۳/۳۹۶	۴	۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۹
بزرگترین ریشه روی	۹/۶۳۱	۲۷۴/۴۸۹	۲	۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰۶

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان‌بر سازگاری هیجانی معنادار است؛ به‌گونه‌ای که تمامی آزمون‌های چندمتغیری شامل پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نتایج معناداری را گزارش کردند (p<۰/۰۵) و اندازه اثر بسیار بزرگ به دست آمد که بیانگر تغییر معنادار نمرات سازگاری هیجانی در طول زمان، فارغ از گروه، است. افزون بر این، نتایج مربوط به تعامل زمان و گروه نیز در تمامی آزمون‌ها معنادار بود (p<۰/۰۵) و اندازه اثرهای متوسط تا بسیار بزرگ نشان داد که الگوی تغییرات سازگاری هیجانی در طول زمان بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی–رفتاری و گروه گواه به‌طور معناداری متفاوت است. این یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات درمانی اجراشده نه‌تنها موجب تغییر سازگاری هیجانی درگذر زمان شده‌اند، بلکه تأثیر آن‌ها بسته به نوع گروه‌درمانی متفاوت بوده و نسبت به گروه گواه اثربخشی بیشتری داشته‌اند. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات متغیر وابسته نشان داده شده است.

جدول۵. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات متغیر وابسته سازگاری هیجانی با معیار گرین هاوس گیزر

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۱۲۱۸/۹۰۴	۲	۶۰۹/۴۵۲	۳۳۱/۲۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۴
گروه	۳۱۸/۶۴	۲	۱۵۹/۳۲	۴۸/۷۲	۰/۰۰۵	۰/۲۵۸
تعامل زمان *گروه	۷۰۱/۹۴۱	۴	۱۷۵/۴۸۵	۹۵/۴۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با اصلاح گرین‌هاوس–گیزر نشان داد که اثر اصلی زمان‌بر سازگاری هیجانی معنادار است (η^2= ۰/۵۴۴،p<۰/۰۰۱) که بیانگر تغییر معنادار نمرات سازگاری هیجانی در طول مراحل اندازه‌گیری است. همچنین اثر اصلی گروه نیز معنادار گزارش شد (η^2= ۰/۲۵۸،p=۰/۰۰۵) که نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی–رفتاری و گروه گواه در نمرات کلی سازگاری هیجانی، مستقل از زمان است. افزون بر این، تعامل زمان و گروه معنادار بود (η^2= ۰/۵۲۰،p<۰/۰۰۱) که حاکی از آن است که الگوی تغییرات سازگاری هیجانی در طول زمان در گروه‌های مختلف متفاوت بوده و مداخلات درمانی تأثیرات متمایزی نسبت به گروه گواه داشته‌اند. اندازه اثرهای متوسط تا بزرگ به‌دست‌آمده، بیانگر اهمیت عملی و بالینی این تفاوت‌ها و اثربخشی معنادار مداخلات روان‌درمانی در بهبود سازگاری هیجانی است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داده شده است.

جدول٦. تحلیل حاصل ازآزمون تعقیبی بنفرونی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های متغیر وابسته در سه گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری) و گروه گواه.

	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
سازگاری هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناختی-رفتاری گواه	-۲/۶۷*	۰/۳۴۰	۰/۰۰۰۵
			-۷/۸۷*	۰/۳۴۰	۰/۰۰۰۵
سازگاری هیجانی	درمان شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گواه	۲/۶۷*	۰/۳۴۰	۰/۰۰۰۵
			۵/۲۰*	۰/۳۴۰	۰/۰۰۰۵

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی–رفتاری از گروه کنترل محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات متغیر وابسته سازگاری هیجانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر وابسته سازگاری هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد، به‌طوری‌که نمرات متغیر وابسته سازگاری هیجانی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار داشته است. در میانگین متغیر وابسته سازگاری هیجانی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. که میانگین در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی–رفتاری) متفاوت است که نشانه تأثیرگذاری و ماندگاری اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه درمان شناختی–رفتاری بر بهبود سازگاری هیجانی (فقدان نظم‌بخشی انگیختگی هیجانی) بیشتر است (p<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری بر سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و نیز بررسی پایداری اثرات این دو مداخله در دوره پیگیری بود. با توجه به ماهیت مزمن، ناتوان‌کننده و پیش‌بینی‌ناپذیر اسکیزوفرنی و بار مراقبتی سنگینی که بر والدین تحمیل می‌شود، سازگاری هیجانی این گروه به‌طور معناداری در معرض فرسایش قرار دارد (میتندورفر–روتز و

همکاران، ۲۰۱۹؛ کارامبلس و همکاران، ۲۰۲۲). ازاین‌رو، شناسایی مداخلات مؤثر و پایدار در ارتقای سازگاری هیجانی والدین، از اهمیت نظری و کاربردی بالایی برخوردار است. یافته‌های پژوهش نشان داد که سازگاری هیجانی والدین در طول دوره مطالعه دستخوش تغییرات معناداری شده و الگو و میزان این تغییرات در گروه‌های درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری در مقایسه با گروه گواه، تمایز آشکاری داشته است. این نتایج دلالت بر آن دارد که هر دو مداخله به‌طور مؤثری در بهبود سازگاری هیجانی والدین نقش داشته‌اند، اما روند و شدت این تأثیرات در دو گروه آزمایش نسبت به یکدیگر متفاوت گزارش شده است. این یافته با مطالعاتی همسو است که اثربخشی مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته را در کاهش پریشانی، بهبود عملکرد هیجانی و افزایش سازگاری مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش کرده‌اند (مقبل اصفهانی و حقایق، ۱۳۹۸؛ رادلی و همکاران، ۲۰۲۲؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). اثربخشی مشترک مشاهده‌شده در هر دو درمان را می‌توان تأییدی قوی بر اصل عوامل مشترک درمانی و کارآمدی ذاتی مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته در مدیریت پریشانی و بار مراقبتی مزمن دانست. سازگاری هیجانی والدین، به دلیل مواجهه مداوم با استرس، عدم قطعیت و واقعیت‌های غیرقابل تغییر بیماری فرزند، به‌تدریج دچار فرسایش می‌شود. هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری با فراهم‌سازی یک چارچوب منظم، قابل پیش‌بینی و هدفمند، به والدین کمک می‌کنند تا احساس کنترل شناختی و محیطی بیشتری تجربه کنند؛ عاملی که در نظریه‌های تنظیم هیجان، نقش بنیادینی در بهبود سازگاری هیجانی دارد (کارامبلس و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری هر دو از طریق مسیرهای متفاوت، بر تقویت مهارت‌های مقابله‌ای فعال تمرکز دارند؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر عمل متعهدانه و درمان شناختی–رفتاری از طریق فعال‌سازی رفتاری و آموزش مهارت‌های حل مسئله، والدین را تشویق می‌کنند تا از الگوهای اجتنابی و انفعالی فاصله گرفته و به سمت رفتارهای هدفمند حرکت کنند. همچنین هر دو مدل، چه از طریق بازسازی شناختی در درمان شناختی–رفتاری و چه از طریق ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ظرفیت افزایش آگاهی و بازداری پاسخ را در والدین تقویت می‌کنند. این توانایی، یکی از مؤلفه‌های کلیدی تنظیم هیجان است که به فرد اجازه می‌دهد پیش از واکنش‌های خودکار هیجانی، مکث کرده و پاسخ‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تری انتخاب کند (کینگ، ۲۰۲۰).

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌صراحت نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی–رفتاری، بهبود معنادارتر و عمیق‌تری در نمرات سازگاری هیجانی ایجاد کرده است. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش بازداری هیجانی، تغییر راهبردهای تنظیم هیجان و اصلاح رابطه فرد با هیجانات ناخواسته، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی–رفتاری دارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰؛ لوین و همکاران، ۲۰۲۴؛ موریس و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، برخی پژوهش‌ها نتایج ناهمسویی گزارش کرده‌اند؛ ازجمله مطالعه‌ای که نشان داد درمان شناختی–رفتاری در کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل کرده است یا تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشده است. این ناهمسویی می‌تواند ناشی از ماهیت ابزارهای سنجش تنظیم هیجان باشد که در برخی مطالعات بیشتر بر مؤلفه‌های کنترل شناختی و بازسازی شناختی (همسو با درمان شناختی–رفتاری) تأکید داشته‌اند و کمتر به مؤلفه‌هایی مانند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توجه کرده‌اند (کوف–بک و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). این تفاوت در اثربخشی را می‌توان ناشی از تمایز بنیادی دو رویکرد در نحوه هدف‌گیری مکانیسم‌های هیجانی در شرایط استرس مزمن و غیرقابل‌حذف دانست. درمان شناختی–رفتاری عمدتاً بر تغییر محتوای شناختی و کاهش مستقیم شدت هیجان تمرکز دارد، درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه فرد با هیجان‌ها و پذیرش تجربه هیجانی تأکید می‌کند (هیز، ۲۰۰۴). در شرایط مزمن، تلاش مستمر برای تغییر یا سرکوب هیجان‌ها، مستلزم مصرف مداوم منابع شناختی است که می‌تواند در بلندمدت به استهلاک این منابع و تضعیف سازگاری هیجانی منجر شود. این فرایند نه‌تنها پریشانی اولیه را کاهش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند به شکل‌گیری پریشانی ثانویه (مانند احساس گناه یا ناامیدی بابت داشتن هیجانات منفی) منجر شود. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تکنیک محوری پذیرش هیجانی، والدین را به مشاهده بدون قضاوت هیجان‌ها ترغیب کرده و مستقیماً اجتناب تجربه محور را کاهش می‌دهد.

پذیرش، به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، به‌ویژه در جمعیت‌های تحت استرس مزمن، نسبت به راهبردهای مبتنی بر تغییر شناختی، اثربخش‌تر و پایدارتر عمل می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۳).

قوی‌ترین دلیل بر ارجحیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأیید ماندگاری معنادار اثربخشی آن در مرحله پیگیری نسبت به درمان شناختی رفتاری بود. این یافته نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برابر فرسایش زمان و ظهور استرس‌های جدید، مقاوم‌تر بوده‌اند. ماندگاری اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در ماهیت فرآیندی و فراشناختی مهارت‌هایی دارد که در این رویکرد آموزش داده می‌شوند؛ مهارت‌هایی نظیر پذیرش و گسلش شناختی که به‌تدریج به بخشی از سبک مواجهه فرد بازندگی تبدیل می‌شوند و وابسته به حضور درمانگر نیستند (هیز و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل، تغییرات شناختی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری نیازمند تلاش فعال، هوشیارانه و تقویت مستمر هستند و در شرایط استرس مزمن، در صورت عدم‌حمایت درمانگر، ممکن است دچار استهلاک شوند. این پایداری متفاوت، مؤید ارجحیت تغییر فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر محتوا درمان شناختی رفتاری در ارتقای سازگاری هیجانی والدین بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن است و اثربخشی بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در این جمعیت تحت فشار به‌خوبی تأیید می‌کند.

انتخاب نمونه از یک بافت جغرافیایی مشخص، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بااحتیاط همراه می‌سازد. اتکای پژوهش بر ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی، تمایل به مطلوبیت اجتماعی و وضعیت هیجانی لحظه‌ای والدین قرار گرفته باشد. تفاوت‌های فردی والدین در میزان بار مراقبتی، شدت و نوسانات علائم بیمار و سطح حمایت اجتماعی، ازجمله عوامل خارج از کنترل پژوهشگر بوده‌اند که می‌توانند بر سازگاری هیجانی اثرگذار باشند. همچنین امکان کنترل کامل درمان‌های هم‌زمان دارویی یا روان‌شناختی بیماران در طول دوره مطالعه وجود نداشت. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی، دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر و بهره‌گیری از روش‌های چندمنبعی ارزیابی (ترکیب ابزارهای خودگزارشی، مصاحبه بالینی و ارزیابی‌های مشاهده‌ای) انجام شوند. ازنظر کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر بر ضرورت ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های مداخله‌ای خانواده‌محور برای والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأکید دارد و پیشنهاد می‌شود این رویکرد به‌عنوان بخشی از خدمات حمایتی نظام سلامت روان، به‌ویژه برای والدینی که با استرس مزمن و غیرقابل‌حذف مواجه‌اند، مورد استفاده قرار گیرد؛ همچنین طراحی مداخلات ترکیبی یا مرحله‌ای مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری می‌تواند به تطبیق بهتر درمان با نیازهای هیجانی متنوع والدین کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. شرکت‌کنندگان این پژوهش به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند و پس از دریافت توضیحات لازم درباره اهداف و مراحل اجرا، رضایت آگاهانه خود را برای مشارکت اعلام کردند. در راستای رعایت اصول اخلاق پژوهش، فرایند گردآوری داده‌ها تنها پس از اخذ رضایت شرکت‌کنندگان انجام گرفت. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنان به‌طور محرمانه نگهداری می‌شود و نتایج پژوهش به‌صورت کلی و بدون ذکر نام یا مشخصات هویتی گزارش خواهد شد. همچنین تأکید شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و شرکت‌کنندگان می‌توانند در هر مرحله از پژوهش، بدون هیچ پیامدی، از ادامه همکاری انصراف دهند. در تمامی مراحل پژوهش، اصل محرمانگی و حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان به‌طور کامل رعایت شد.

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

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی و مشاوره اساتید راهنما و مشاور استخراج شده است.

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

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از والدینی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

شکری، امید؛ سنایی پور، محمدحسین؛ رویایی، زهرا و قره تپه ای، زهرا (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری هیجانی در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۳)، ۷۷-۹۷. https://doi.org/10.22054/jem.2016.5737

مقبل اصفهانی سمیه، حقایق سید عباس.(۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی مراقبین

References

Boström, P. K., & Strand, J. (2021). Children and parents with psychosis—Balancing between relational attunement and protection from parental illness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *34*(1), 68-76. DOI: 10.1111/jcap.12302

De la Serna, E., Ilzarbe, D., Sugranyes, G., Baeza, I., Moreno, D., Rodríguez-Toscano, E., ... & Castro-Fornieles, J. (2021). Lifetime psychopathology in child and adolescent offspring of parents diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a 2-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(1), 117-129. DOI: 10.1007/s00787-020-01500-z

Ferentinos, P., Douki, S., Yotsidi, V., Kourkouni, E., Dragoumi, D., Smyrnis, N., & Douzenis, A. (2024, February). Family in crisis: Do halfway houses perform better than families with expressed emotion toward patients with schizophrenia? A direct adjusted comparison. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 3, p. 375). MDPI. https://doi.org/10.3390/healthcare12030375

Hathy, E., Szabó, E., Varga, N., Erdei, Z., Tordai, C., Czehlár, B., ... & Réthelyi, J. M. (2020). Investigation of de novo mutations in a schizophrenia case-parent trio by induced pluripotent stem cell-based in vitro disease modeling: convergence of schizophrenia-and autism-related cellular phenotypes. *Stem cell research & therapy*, *11*(1), 504.DOI: 10.1186/s13287-020-01980-5

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

Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour research and therapy*, *156*, 104155. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104155

Howrigan, D. P., Rose, S. A., Samocha, K. E., Fromer, M., Cerrato, F., Chen, W. J., ... & Neale, B. M. (2020). Exome sequencing in schizophrenia-affected parent–offspring trios reveals risk conferred by protein-coding de novo mutations. *Nature neuroscience*, *23*(2), 185-193. DOI: 10.1038/s41593-019-0564-3

Karambelas, G. J., Filia, K., Byrne, L. K., Allott, K. A., Jayasinghe, A., & Cotton, S. M. (2022). A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders. *BMC psychiatry*, *22*(1), 422. DOI: 10.1186/s12888-022-04069-w

Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., ... & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, *20*(1), 506. DOI: 10.1186/s12888-020-02880-x

Lee, S., Oh, J. W., Park, K. M., Lee, S., & Lee, E. (2023). Digital cognitive behavioral therapy for insomnia on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *NPJ digital medicine*, *6*(1), 52. DOI: 10.1038/s41746-023-00800-3

Lee, Y., Kim, K., Zeng, S., & Douglass, A. (2023). Mother-father relationships and child social-emotional adjustment: Mediation through maternal and paternal parenting. *Early Childhood Research Quarterly*, *63*, 15-23. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2022.11.001

Li, S., Chen, Z., Yong, Y., Xie, J., & Li, Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care

خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *طب داخلی روز*؛ ۲۵ (۴):۲۹۸-۳۱۱. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3054-fa.html

needs: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive psychiatry*, *127*, 152426. doi:10.1016/j.comppsych.2023.152426

Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics*, *47*(2), 419-431. DOI: 10.1016/j.psc.2024.02.007

Lobato, D., Montesinos, F., Polín, E., & Cáliz, S. (2022). Acceptance and commitment training focused on psychological flexibility for family members of children with intellectual disabilities. *International journal of environmental research and public health*, *19*(21), 13943.DOI: 10.3390/ijerph192113943

Mittendorfer-Rutz, E., Rahman, S., Tanskanen, A., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., ... & Tiihonen, J. (2019). Burden for parents of patients with schizophrenia—a nationwide comparative study of parents of offspring with rheumatoid arthritis, multiple sclerosis, epilepsy, and healthy controls. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(4), 794-803.DOI: 10.1093/schbul/sby130

Moghbel Esfahani S, Haghayegh S A. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Meaning in Life, and Family Function in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Intern Med Today*; 25 (4):298-311 http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3054-fa.html (in persian).

Morris, E. M., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *97*(1), 41-58.DOI: 10.1111/papt.12479

Nieto-Rucian, V., & Furness, P. J. (2019). The experience of growing up with a parent with schizophrenia—A qualitative study. *Qualitative Psychology*, *6*(3), 254.DOI: 10.1037/qup0000112

Paul, O. (2023). Social and emotional adjustment, post-traumatic stress disorder, and representations of family relationships: The effects of intimate partner violence on very young children. *European review of applied psychology*, *73*(5), 100904. https://doi.org/10.1016/j.erap.2023.100904

Plessis, L., Rexhaj, S., Golay, P., & Wilquin, H. (2024). Coping profiles of family caregivers of people with schizophrenia: differentiations between parent and sibling caregivers. *Journal of Mental Health*, *33*(2), 244-252.DOI: 10.1080/09638237.2022.2156986

Radley, J., Sivarajah, N., Moltrecht, B., Klampe, M. L., Hudson, F., Delahay, R., ... & Johns, L. C. (2022). A scoping review of interventions designed to support parents with mental illness that would be appropriate for parents with psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 787166.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.787166

Rahmani, F., Ranjbar, F., Hosseinzadeh, M., Razavi, S. S., Dickens, G. L., & Vahidi, M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *International journal of nursing sciences*, *6*(2), 148-153. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.03.006.

Rakitzi, S., & Georgila, P. (2015). Acceptance and commitment therapy as a part of a multimodal rehabilitation for patients with schizophrenia. *J Psychol Clin Psychiatry*, *3*(5), 00148. doi:10.15406/JPCPY.2015.03.00148

Rubio, V. J., Aguado, D., Hontangas, P. M., & Hernández, J. (2007). Psychometric properties of an emotional adjustment measure: An application of the graded response model. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 39–46.DOI: 10.1027/1015-5759.23.1.39

Schoppe-Sullivan, S. J., Wang, J., Yang, J., Kim, M., Zhang, Y., & Yoon, S. H. (2023). Patterns of coparenting and young children's social–emotional adjustment in low-income families. *Child development*, *94*(4), 874-888.DOI: 10.1111/cdev.13904

Shokri, O., Sanaei, P. M. H., Royaee, Z., & Ghareh Tapeei, Z. (2016). Psychometric properties of the Emotional

Adjustment Measure among Iranian students. *Journal of Psychological Studies*, 12(3), 77–97.https://doi.org/10.22054/jem.2016.5737 (in persian).

Simon, L., Steinmetz, L., Feige, B., Benz, F., Spiegelhalder, K., & Baumeister, H. (2023). Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *Scientific Reports*, *13*(1), 1929.DOI: 10.1038/s41598-023-28853-0

Smith, B. M., Smith, G. S., & Dymond, S. (2020). Relapse of anxiety-related fear and avoidance: Conceptual analysis of treatment with acceptance and commitment therapy. *Journal of the experimental analysis of behavior*, *113*(1), 87-104. DOI: 10.1002/jeab.573

Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior therapy*, *52*(2), 492-507. DOI: 10.1016/j.beth.2020.07.002

Tunç, E., Orak, O. S., & Avci, İ. A. (2025). Acceptance and Commitment Therapy–Based Counseling Among Family Members of Individuals with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *63*(8), 24-32. doi:10.3928/02793695-20250314-02

Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Tamarit, A., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2021). Psycho-emotional adjustment in parents of adolescents: A cross-sectional and longitudinal analysis of the impact of the COVID pandemic. *Journal of pediatric nursing*, *59*, e44-e51.DOI: 10.1016/j.pedn.2021.01.028

Yu, Y., Li, T. X., Li, Y. L., Qiu, D., Xi, S. J., Xiao, S. Y., & Tebes, J. K. (2020). A cross-sectional study on spouse and parent differences in caregiving experiences of people living with schizophrenia in rural China. *BMC psychiatry*, *20*(1), 226. DOI: 10.1186/s12888-020-02633-w

Zarei, S., Zeighami, R., & Seyyed, J. A. (2021). Needs of children of parents with schizophrenia. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*,11(3), 32-39. doi:10.52547/pcnm.11.3.32

Zhang, J., Dong, C., Jiang, Y., Zhang, Q., Li, H., & Li, Y. (2023). Parental phubbing and child social-emotional adjustment: A meta-analysis of studies conducted in China. *Psychology research and behavior management*, 4267-4285. DOI: 10.2147/PRBM.S417718