مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان۱۴۰۴

مقایسه اثربخشی درمان سوگ بیمارگون با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشارخون و نشانه‌های سوگ پیچیده

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

الیاس سلیمانی[۱]، غلامرضا ابراهیمی نژاد[۲]*،حمید ملایی زرندی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه ازاد اسلامی زرند، کرمان، ایران ۲. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرند، کرمان، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: سوگ بیمارگون ویژگی‌های متمایزی از سوگ طبیعی را شامل می‌گردد و سلامت جسم و روان فرد داغدار را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین، ضروری است به وسیله روان درمانی‌های متعدد این عوارض درمانی تعدیل و درمان شود. لذا هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان سوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشارخون و نشانه‌های سوگ پیچیده در بازماندگان خودکشی بود.

روش کار: به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری شامل بازماندگان خودکشی با نشانه‌های سوگ پیچیده در شهر کرمان بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بودند که در سه گروه ۱۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. یک گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر تحت درمان سوگ بیمارگون قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از دو ماه، مرحله پیگیری انجام شد.از نرم‌افزار spss23 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در دو گروه آزمایش، فشارخون دیاستولیک اکثر افراد کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه بود، درحالی‌که در گروه کنترل، فشارخون دیاستولیک اکثر افراد بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه بود. همچنین، میانگین نمرات سوگ پیچیده در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشت. میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر نشانه‌های سوگ ۷۸٪ ($p<۰/۰۰۱$) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷۲٪ بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش فشارخون و نشانه‌های سوگ پیچیده بازماندگان خودکشی مؤثر بوده‌اند و درمان سوگ بیمارگون اثربخشی بیشتری داشته است

کلیدواژه‌ها: درمان سوگ بیمارگون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشانه‌های سوگ پیچیده، فشارخون، بازماندگان خودکشی

* **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه راونپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ،کرمان،ایران

ایمیل: ebrahimig@kmu.ac.ir **تلفن:** ۰۹۱۳۱۴۲۳۵۰۹ **نمابر: -**

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]

[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

مقدمه

مرگ یک دوست، یکی از اعضای خانواده یا کسی که دوستش داریم از دردناک‌ترین تجارب زندگی است و اگر این مرگ بر اثر خودکشی باشد پیامدهای آن مخرب‌تر است. بازماندگان غالباً درگیر احساساتی چون تنهایی، انزوا، فرسودگی و رهاشدگی می‌شوند و با سؤالات بی‌جواب بسیاری در ذهن خود دست‌وپنجه نرم می‌کنند. در بیشتر موارد، افراد اگرچه مستعد عوارضی همچون پریشانی عاطفی و عدم کاهش نشانه‌های سوگ هستند، اما یاد می‌گیرند این واکنش را به مرور مدیریت کنند (۱). شکل‌های مختلف سوگ اختلال محسوب نمی‌شوند و اغلب نشانه‌های سوگ ۶ ماه بعد از فقدان کاهش می‌یابند (۲). اما در برخی موارد علائم خطر در این فرایند یعنی عدم کاهش نشانه‌های سوگ و پریشانی عاطفی در طول دوره به‌شدت قابل مشاهده است (۳). فرد در پذیرش مرگ و از سرگیری زندگی مشکل دارد و چیزی مانع روند غم می‌شود و به فرد اجازه نمی‌دهد به‌خوبی با از دست دادن سازگار شود. برخی افراد داغدار که غم و اندوه پیچیده‌ای را تجربه می‌کنند، نمی‌دانند رفتار و علائمشان به فقدان قبلی مربوط است (۴). برآوردهای شیوع غم و اندوه پیچیده متفاوت است. برآوردی در سال ۲۰۱۱ نشان می‌دهد ۷٪ از سوگواران در عموم مردم، غم و اندوه پیچیده‌ای را تجربه می‌کنند (۵).

افراد زیادی به صورت مستقیم و غیرمستقیم برای هر مرگ ناشی از خودکشی تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند. از میان این افراد که عمیقاً متأثر شده و سوگوار شده‌اند، ممکن است اعضای خانواده، بستگان، دوستان، هم‌کلاسی‌ها یا همکاران باشند (۶). عواملی مثل فرهنگ، ویژگی‌های شخصیتی فرد سوگوار، ناگهانی بودن مرگ و دیگر عوامل بر شدت، مدت و حیطه مشکلات سوگواری تأثیر دارد (۶). در سوگ پیچیده علائم و تظاهرات شناختی، رفتاری، معنوی، هیجانی، جسمانی و بین‌فردی ناسازگاری وجود دارد که بر بهزیستی و سلامت روان فرد داغدیده تأثیر زیادی می‌گذارد (۴).

متغیرهای فردی که تحت تأثیر سوگ پیچیده قرار می‌گیرند عبارت‌اند از دشواری در پذیرش سوگ، احساس تنهایی شدید، افکار مزاحم درباره فرد فوت شده و شرایط مرگ، اختلال طولانی در عملکرد شغلی یا خانوادگی، تشدید علائم بیماری‌های قلبی و جسمی، تجربه اضطراب و افسردگی به‌صورت عمیق‌تر از داغدیدگی طبیعی است (۷). تحقیقات همه‌گیرشناسی و متاآنالیزها نشان داده‌اند که عوارض روانی و فیزیولوژیک سوگ باعث افزایش خطر مرگ‌ومیر به دلایلی از جمله افزایش خطر بیماری‌های قلبی می‌شود (۸، ۹). علاوه بر نرخ بالای حوادث قلبی در افراد داغدیده، نشانگرهای زیستی خطر عروقی مانند فشارخون بالا هم مستند شده است. احساسات غم، عصبانیت، اضطراب و اشتیاق می‌تواند باعث تحریک عصبی، هورمونی و سمپاتیک شود (۱۰) که افزایش فشارخون در پاسخ به استرس‌های هیجانی به‌خوبی مستند شده است (۱۱). مدیریت فشارخون شامل درمان دارویی یا غیردارویی است، هر چند شواهد نشان می‌دهد داروهای ضد فشارخون در کنترل فشارخون بالا و کاهش بروز سکته مفیدند (۱۲). در مطالعه‌ای تغییرات فشار سیستولیک و دیاستولیک در پاسخ یادآوری سوگ و ارتباط شدت سوگ با تغییرات فشارخون بررسی شد و نشان داد فشارخون سیستول و دیاستول در شرکت‌کنندگان سوگوار پس از یادآوری سوگ و افزایش اضطراب بالا می‌رود و همچنین ارتباط شدت سوگ پایه با افزایش فشارخون را نشان می‌دهد (۱۳). بازماندگان سوگ‌دیده نسبت به افراد عادی در طول روز فشارخون سیستولیک بالاتری داشتند (۱۴).

رویکردهای زیادی در زمینه درمان سوگ پیچیده وجود دارد. از روش‌های پیشنهاد شده جدید برای درمان سوگ پیچیده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان یک مداخله رفتاری مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی است که ممکن است برای بهبود مشکلات روانی مرتبط با مسئله سوگ مناسب باشد. به طور خاص، از یک طرف درمان اکت[1]به افراد کمک می‌کند تا به عنوان یک ناظر افکار و احساسات را مشاهده کند و از سوی دیگر با این فرض اگر افراد در زمان حال زندگی کنند ممکن است انتخاب‌های هدفمند با آگاهی از رفتار خود داشته باشند (۱۵).

درمان سوگ بیمارگون یک مدل درمانی نسبتاً جدیدی برای کاهش نشانه‌های سوگ است. این درمان برگرفته از نظریه دلبستگی، روان‌درمانی میان‌فردی و درمان شناختی رفتاری است (۱۶). شواهدی وجود دارند که درمان سوگ بیمارگون را مداخله کارامدی در درمان سوگ معرفی می‌کنند (۱۷، ۱۸، ۱۹).

لذا با توجه به مؤلفه‌های درمانی رویکرد سوگ پیچیده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کار با افراد داغدیده، مسئله پژوهش حاضر این است که آیا درمان سوگ پیچیده و درمان

[1]- Acceptance and commitment therapy

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم سوگ پیچیده و کاهش فشارخون در افراد دارای نشانه‌های سوگ پیچیده در بازماندگان فوت شده بر اثر خودکشی اثربخش می‌باشد؟

روش کار

این پژوهش یک طرح مداخله‌ای از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان سوگ بیمارگون) با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بازماندگان افراد فوت شده بر اثر خودکشی با نشانگان سوگ پیچیده در شهر کرمان در سال‌های ۱۴۰۰، ۱۴۰۱ و شش ماهه اول ۱۴۰۲بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری از نوع سرشماری و از میان افراد داوطلب مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت مرکز بهداشت شهرستان کرمان بود. بدلیل عدم انتخاب تصادفی نمونه اولیه (حجم غیر کافی جامعه آماری) پژوهش حاضر نیمه آزمایشی در نظر گرفته شد. جامعه آماری ۷۵ نفر از بازماندگان از خودکشی بودند که ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی در سه گروه قرار داده شدند (سه گروه ۱۰ نفره). گروه آزمایش تحت مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش براساس پروتکل درمان اکت[2]ده جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، برای درمان سوگ طراحی توسط استیون سی هیز و گروه دیگر آزمایش تحت مداخله درمان سوگ بیمارگون براساس کتاب راهنمای درمان برای بالینگران سوگ بیمارگون شیپر (۲۰۱۲). برای یک دوره ۱۲ جلسه‌ای، و هر جلسه ۹۰ دقیقه، تحت مداخله قرارگرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت دو ماه پیگیری انجام شد. معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علایم و نشانه‌های بالینی اختلال سوگ پیچیده بر مبنای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3] داشتن حداقل تحصیلات سیکل، داشتن حداقل ۱۸ سال، عدم شرکت در دوره درمانی موازی و داشتن فشارخون بالای ۹۰/۱۴۰ بود.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه سوگ بیمارگون: این پرسشنامه توسط پریگرسون و ماسیچواسکی (۱۹۵۵) برای تمیز سوگ پیچیده از معمول تهیه شده است. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال می‌باشد که به بررسی علایم سوگ پاتولوژیک مانند خشم و توهم می‌پردازد. علایم اندازه‌گیری شده توسط این سیاهه شامل علایم مربوط به اضطراب جدایی (خاطرات دردناک، آرزو و تمنا نسبت به متوفی، تنهایی مفرط)، علائم شناختی، هیجانی، رفتاری (مشکل در پذیرش واقعیت فقدان، احساس تهی و پوچ بودن زندگی، ناباوری، بهت، دشواری در اعتمادکردن به دیگران، اجتناب از یادآورهای فقدان، تلخ‌کامی و رنجش) و نقصان در عملکرد (فلجی در فعالیت‌های روزانه، عدم توانایی در مراقبت از دیگران) می‌باشد. نمره گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلا، گاهی، نسبتا زیاد، زیاد، همیشه) از صفر تا چهار انجام می‌گیرد. نمره‌ی فرد در پرسشنامه‌ی سوگ پیچیده از ۱ تا ۷۶ متغیر می‌باشد. همچنین نمره‌ی برش در این پرسشنامه ۲۵ می‌باشد. به این معنی که اگر نمره‌ی فرد در آزمون بیشتر از ۲۵ باشد به معنای داشتن علائم سوگ پیچیده در او می‌باشد. سیمون (۲۰۱۳) ثبات درونی پرسشنامه سوگ پیچیده را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه کرد و ضریب اعتبار پرسشنامه را ۸۰٪ گزارش نمود. در پژوهش اصلانی و همکاران (۱۳۹۸) روایی محتوایی پرسشنامه سوگ پیچیده را ۰/۸۷ و پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد.

شیوه اجرا

جهت گردآوری داده‌های تحقیق ابتدا ضمن انجام مکاتبات لازم با واحد پژوهشی دانشکده علوم پزشکی کرمان، مجوز انجام تحقیق در بازماندگان از خودکشی با علایم سوگ پیچیده گرفته شد، سپس با هماهنگی معاونت بهداشتی و مراجعه به مراکز خدمات جامع شهری و روستائیو پایگاه‌های سلامت تحت پوشش آن معاونت، از طریق سامانه‌های سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) و پورتال (سامانه ثبت اطلاعات موارد خودکشی) تعداد افراد گروه هدف را در هر مرکز مشخص و شناسائی می‌کنیم و لیست کاملی از این افراد را بعنوان جامعه هدف بدست می‌آوریم. سپس با هماهنگی مسئول مراکز خدمات جامع برای افراد تحت پوشش هر مرکز جداگانه فراخوان داده و از کلیه آنان آزمون‌های سوگ را بعمل آمد و در نهایت افرادی که با معیارهای ورودی همخوانی داشتند با کمک دستگاه فشارخون فشار آنها گرفته شد و کسانی که فشارخون آنها بالاتر از ۱۴۰/۹۰ بودند بعنوان جامعه نمونه انتخاب شدند و در ادامه با مراجعه و صحبت با افراد منتخب در خصوص موضوع پژوهشی (در صورت تمایل به شرکت در پژوهش) از آنها خواسته شد

[2] -Acceptance and commitment therapy

[3]Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

چنانچه تمایل به شرکت در مداخله گروهی داشتند شماره تلفن خود را به منظور تماس و هماهنگی جلسات مداخله‌ای بالای پرسشنامه یادداشت نمایند و بعد از پرکردن پرسشنامه (پیش آزمون) براساس نمره آنها، ۳۰ نفر از کسانی که نمره برش در پرسشنامه‌های پژوهش را دریافت کردند انتخاب (براساس نظریه کاپلان و سادوک) شدند و به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش (دو گروه آزمایش) و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) تقسیم شدند. و در نهایت گروه‌های آزمایش تحت درمان CGT (۱۲ جلسه) و درمانACT (۱۰ جلسه) ۶۰ دقیقه‌ای تحت مطالعه قرار گرفتند و سپس پرسشنامه‌ها در هر ۳ گروه مجدد تکمیل شد. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف بکار گرفته شده در پژوهش حاضر در درمان سوگ پیچیده در ۱۲ جلسه یک ساعتی، بر اساس کتاب راهنمای درمانگران بالینی سوگ بیمارگون (شیبر ۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمان ACT برای درمان سوگ، طراحی شده توسط استیونسی هیز (۲۰۰۶) بود در پایان از گروه‌های شرکت کننده پس ازمون به عمل آمد و بعد از جمع‌آوری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی واستنباطی و از نرم‌افزار۲۳- SPSS استفاده شد.

نتایج

بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان سوگ بیمارگون، میزان نمرات فشارخون دیاستولیک نیز به حد نرمال رسیده است؛ لذا با توجه به نتایج، تأثیر مداخله درمان سوگ بیمارگون در به حد نرمال رسیدن نمره فشارخون دیاستولیک، ۸۲٪ بوده و تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در به حد نرمال رسیدن نمره فشارخون دیاستولیک، ۷۳٪ بوده است (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه نمرات فشارخون دیاستولیک دو گروه بعد از مداخله درمانی

فشارخون دیاستولیک	قبل آزمون (درمان سوگ بیمارگون)	بعد آزمون (درمان سوگ بیمارگون)	قبل آزمون (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	بعد آزمون (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
نمره کمتر از ۹	–	۹(۹۰)	–	۷(۷۰)
نمره ۹	۴(۴۰)	۱(۱۰)	۶(۶۰)	۳(۳۰)
نمره بیشتر از ۹	۶(۶۰)	–	۴(۴۰)	–
کل	۱۰(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)
نتیجه آزمون (بعد از مداخله)		۱۳/۳۸۰ =۲ X (P-Value=۰/۰۰۱) (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۱۶/۷۲۶ =۲ X (P-Value=۰/۰۰۰۱) (درمان سوگ بیمارگون)		
اندازه اثر		۷۳٪ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۸۲٪ (درمان سوگ بیمارگون)		

بعد از مداخله درمان سوگ بیمارگون و مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان نمرات فشارخون سیستولیک، بهبود پیدا کرده است، به طوری‌که سطح معنی‌داری آزمون آماری کای دو در گروه درمان سوگ بیمارگون کمتر از ۰/۰۵ است (p<۰/۰۵) و همچنین در گروهی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده‌اند سطح معنی‌داری آزمون آماری کای دو نیز کمتر از ۰/۰۵ است (p<۰/۰۵). بنابراین مداخله درمانی درمان سوگ بیمارگون در به حد نرمال رسیدن نمره فشارخون سیتولیک، مقدار ۴۴٪ بوده است و مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در به حد نرمال رسیدن نمره فشارخون سیستولیک، مقدار ۶۳٪ بوده است (جدول ۲).

با توجه به نتایج بدست آمده، تفاوت اثربخشی درمان سوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر فشارخون سیستولیک در بازماندگان افراد فوت شده بر اثر خودکشی، تأیید می‌گردد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

جدول ۲. مقایسه نمرات فشارخون سیستولیک در دوگروه قبل و بعد از مداخله

فشارخون سیستولیک	قبل آزمون (درمان سوگ بیمارگون)	بعدآزمون (درمان سوگ بیمارگون)	قبل آزمون (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	بعدآزمون (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی (درصد)
نمره کمتر از ۱۴	-	۵ (۵۰)	–	۵ (۵۰)
نمره ۱۴	۲(۲۰)	۴ (۴۰)	۳ (۳۰)	۱ (۱۰)
نمره بیشتر از ۱۴	۸(۸۰)	۱ (۱۰)	۷ (۷۰)	۴ (۴۰)
کل	۱۰(۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)
نتیجه آزمون (بعد از مداخله)	۸/۶۵۳ =۲ X (P-Value=۰/۰۱۳) مقدار احتمال (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۴/۰۷۹ =۲ X (P-Value=۰/۱۳۰) مقدار احتمال(درمان سوگ بیمارگون)			
اندازه اثر	۶۳٪ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۴۴٪ (درمان سوگ بیمارگون)			

جدول۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون اثرات درون گروهی در سوگ پیچیده

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
اثر زمان	۳۰۸۳/۰۳۳	۲	۱۵۴۱/۵۱۷	۷۶/۴۳۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹
اثر گروه (درمان سوگ بیمارگون و کنترل)*زمان	۲۶۲۶/۹۰۰	۲	۱۳۱۳/۴۵۰	۶۵/۱۲۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۳
خطا	۷۲۶/۰۶۷	۳۶	۲۰/۱۶۹			

میانگین نمرات سوگ پیچیده گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل،کاهش یافته است که نشان از اثر درمان سوگ بیمارگون بر سوگ پیچیده دارد (p<۰/۰۵).

میزان اندازه اثر نشان دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر سوگ پیچیده، ۷۸٪ بوده است (جدول ۳).

میانگین نمرات سوگ پیچیده گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است که نشان از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیچیده دارد. میزان اندازه اثر نشان دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیچیده، ۷۲٪ بوده است (جدول ۴).

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نظر فشارخون، بعد از مداخله درمانی، در دو گروه آزمایش (درمان سوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، اکثریت افراد شرکت کننده در پژوهش، فشارخون سیستولیک آنها کمتر از ۱۴ بوده است، این در حالی است که اکثریت افراد گروه کنترل، فشارخون ۱۴ را داشته‌اند. فشارخون دیاستولیک اکثریت افراد شرکت‌کننده در پژوهش، بعد از مداخله، در دو گروه آزمایش (درمان سوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، کمتر از ۹ بوده است، اما در گروه کنترل، فشارخون دیاستولیک اکثریت افراد، بیشتر از ۹ می‌باشد. یافته‌ها برای این فرضیه نشان داد که اثربخشی درمان سوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر فشارخون دیاستولیک و سیستولیک در بازماندگان افراد فوت شده بر اثر خودکشی، تایید می‌گردد.

این نتایج با بسیاری از مطالعات پیشین همسو است، بعنوان مثال، در مطالعه شییر و همکاران نشان دادند که درمان سوگ بیمارگون با کاهش علائم استرس و تنش‌های روانی همراه است که می‌تواند به کاهش شاخص‌های فیزیولوژیکی مانند فشارخون منجر شود (۱۷). همچنین به طور مشابه، زتلی و همکاران در پژوهشی دریافتند که ACT با افزایش پذیرش هیجانی و کاهش اجتناب ذهنی، سطح برانگیختگی فیزیولوژیکی مانند فشار خون را کاهش می‌دهد (۲۰). در مطالعه

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

دیگری که زرگر و همکارانش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشارخون بالا انجام دادند گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فشارخون در بیماران مبتلا به فشارخون مؤثر است (۲۱) اما در عین حال برخی مطالعات دیگر نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. برای مثال، در مطالعه‌ای که توسط پاپا و همکاران انجام شد، کاهش فشار خون در گروه دریافت‌کننده درمان سوگ بیمارگون معنادار نبود. این تفاوت می‌تواند ناشی از مدت زمان درمان، شدت سوگ، یا تفاوت در جمعیت نمونه باشد؛ چرا که شدت علائم جسمانی در سوگ شدیدتر، تأثیر بیشتری بر شاخص‌های فیزیولوژیک دارد (۲۲). همچنین، هایس در مطالعه‌ای روی ACT گزارش کردند که در افراد بدون مشکلات جسمانی جدی، کاهش فشارخون چشمگیر مشاهده نمی‌شود زیرا اثر ACT بیشتر بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اضطراب متمرکز است (۲۳). در حالی‌که هر دو رویکرد بر کاهش سوگ پیچیده و بهبود وضعیت روانی و جسمانی بازماندگان تأثیر دارند، تفاوت‌های اساسی در مکانیسم‌های عمل آن‌ها وجود دارد. CGT به طور اختصاصی بر پردازش فقدان و بازسازی ارتباط با فرد متوفی متمرکز است، درحالی‌که ACT بیشتر بر پذیرش و تطبیق با واقعیت فقدان از طریق تغییر نگرش‌ها و تعهد به ارزش‌ها تأکید دارد. این تفاوت در تمرکز، ممکن است منجر به تفاوت‌هایی در تأثیرگذاری بر فشارخون سیستولیک شود. درمان سوگ پیچیده به دلیل تمرکز مستقیم بر کاهش تنش‌های عاطفی مرتبط با سوگ، ممکن است سریع‌تر به کاهش استرس و در نتیجه فشارخون کمک کند. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت مهارت‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، تأثیر پایدارتری بر تنظیم فشارخون از طریق کاهش استرس مزمن و بهبود سبک زندگی ایجاد می‌کند.. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بازماندگان کمک می‌کند تا با پذیرش احساسات ناخوشایند مرتبط با سوگ و فقدان روبه‌رو شوند و از طریق تغییر نگرش‌های روانی و تعهد به ارزش‌ها، به کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی بپردازند. ACT با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش، می‌تواند به‌ویژه در مدیریت استرس مزمن مؤثر باشد و به تبع آن، فشارخون دیاستولیک را کاهش دهد. از آنجایی که ACT بر پذیرش بی‌قید و شرط احساسات و کاهش رفتارهای اجتنابی تأکید دارد، این رویکرد ممکن است به‌طور ویژه برای افرادی که با سوگ پیچیده روبه‌رو هستند مفید باشد. این درمان می‌تواند با کمک به افراد برای مدیریت بهتر استرس و کاهش تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، به تنظیم فشارخون دیاستولیک منجر شود (۲۴).

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد روند تغییرات نمره سوگ پیچیده در طول زمان (قبل از مداخله تا بعد از مداخله و مرحله پیگیری) و همچنین روند تغییرات نمره سوگ پیچیده در طول زمان بین دو گروه درمان سوگ بیمارگون و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود. میانگین نمرات سوگ پیچیده گروه آزمایش (درمان سوگ بیمارگون) در مراحل پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است که نشان از اثر درمان سوگ بیمارگون بر سوگ پیچیده دارد. میزان اندازه اثر نشان دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر سوگ پیچیده، ۷۸٪ بوده است. همچنین روند تغییرات نمره سوگ پیچیده در طول زمان بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود. میانگین نمرات سوگ پیچیده گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مراحل پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است که نشان از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوگ پیچیده دارد. میزان اندازه اثر نشان دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر سوگ پیچیده، ۷۲٪ بوده است.

گرچه پژوهش‌هایی که اثربخشی این دو درمان را با هم مقایسه کنند اندک می‌باشند اما پژوهش‌هایی وجود دارند که حکایت از اثربخشی هر کدام از این دو درمان و تأثیر مثبت آنها به تنهایی بر کاهش نشانه‌های سوگ است. نتایج مطالعه الکسیرو همکاران در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش غم و اندوه پیچیده در بازماندگان متوفی ناشی از کووید ۱۹ نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۴). در مطالعه‌ای که زیساک انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان سوگ پیچیده[1]می‌تواند یک درمان امیدوار کننده و قابل برای سوگ پیچیده به‌ویژه سوگ‌های ناشی از خودکشی باشد (۲۵). همچنین یافته‌های حاصل از مطالعه‌ای که موسوی و همکارانش در خصوص اثربخشی درمان سوگ بیمارگون در کاهش نشانه‌های سوگ افراد مبتلا به اختلال سوگ بیمارگون انجام دادند، نشان داد که درمان سوگ بیمارگون بر کاهش نشانه‌های سوگ اثر بخش می‌باشد(۲۶).

[1]- Complicated Grief Therapy

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

در تبیین اثربخشی در درمان سوگ بیمارگون برکاهش نشانه‌های سوگ می‌توان گفت از آنجایی که درمان سوگ بیمارگون تکنیک‌های شناختی رفتاری و درمان میان فردی را در بر می‌گیرد می‌تواند عواملی که سوگ بیمارگون را پیچیده، بیمارگون و طولانی مدت می‌کند مدنظر قرار دهد (۲۶). تکنیک‌های شناختی رفتاری شامل بازگویی مکرر داستان مرگ و کار بر روی رویارویی با موقعیت‌هایی که اجتناب شده است و همچنین تکنیک‌های شناختی شامل گفتگوی خیالی با فرد متوفی و کار بر روی خاطرات است و تکنیک‌های روان درمانی میان فردی شامل ایجاد ارتباط به کمک به بازیابی عملکرد موثر بین فردی و خاتمه هدایت شده در درمان است (۲۹). همچنین درمان سوگ بیمارگون به شناسایی پیچیدگی‌ها و موضوعاتی که با سوگ شفابخش مداخله می‌کنند می‌پردازد (۱۷). به همین خاطر درمان موثری در درمان سوگ بیمارگون است.

از سوی دیگر در تبیین یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های سوگ می‌توان گفت این درمان به افراد داغدار کمک می‌کند به کمک ناهماهنگی شناختی و خود به عنوان پس زمینه نگاهی بی-طرفانه به افکار و احساسات خود داشته باشند و در نتیجه از آمیختگی آنها با افکار منفی و تشدید افکار در الگوی نشخوار فکری جلوگیری می‌کند و تمرکززدایی از افکار و احساسات افراد را تسهیل می‌کند تا با سوگ کمتری مواجه شوند. از طرفی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سازگاری شناختی را افزایش می‌دهد که باعث می‌شود افراد دست از انکار بردارند و از رفتارهای اجتنابی دوری کنند و با کمک مولفه پذیرش که یکی از عناصر مهم درمان اکت است مرگ متوفی و فرآیند سوگواری را بپذیرند. همچنین تمرین‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با پرورش آگاهی در طول تمرین‌ها، افراد داغدار را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های نشخوار منفی را در ذهن خود فعال کنند، آنها را واضح‌تر ببینند و ذهن خود را از الگوهای فکری آزاد کنند. علاوه بر این از افراد خواسته می‌شود که از قضاوت اجتناب کنند، بنابراین استراتژی‌های ناسازگار در سوگ پیچیده، مانند سرزنش خود و دیگران و احساس گناه کنار گذاشته می‌شود که عامل محرک در افراد آسیب دیده است و آنها را به سمت زندگی سوق می‌دهد (۳۰).

در این پژوهش مانند سایر پژوهش‌های حوزه روانشناسی محدودیت‌هایی وجود داشت، عواملی مانند حمایت اجتماعی، نوع رابطه با فرد فوت‌شده، یا ویژگی‌های شخصیتی شرکت‌کنندگان، که می‌توانند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند و همچنین به دلیل روش نمونه‌گیری معیار محور، بسیاری از نمونه‌ها یا معیار ورود نداشتند و یا به دلیل معیارهای خروج از مطالعه حذف شدند. بنابراین حجم زیادی از بیماران مبتلا به سوگ پیچیده و بویژه افراد بی‌سواد یا سالخورده روان درمانی نمی‌شوند

نتیجه‌گیری

دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان سوگ بیمارگون در مقایسه با گروه کنترل توانستند بر کاهش فشارخون و نشانه‌های سوگ پیچیده بازماندگان خودکشی مؤثر باشند ولی درمان سوگ بیمارگون اثربخشی بیشتری داشته است .با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود در کنار سایر مداخلات روانشناختی و دارویی از این دو روش به منظور کاهش نشانه-های سوگ بیمارگون و کاهش فشارخون به عنوان مداخله بالینی استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و و همچنین از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که بدون همکاری آنها این مطالعه غیر ممکن بود سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.Kerman.Rec.1403.205 توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی کرمان ثبت شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله در همه بخش های طراحی، اجرا، نگارش و آنالیز آماری این تحقیق مشارکت داشتند

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]

[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

References

1. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds III CF, Simon N, Lebowitz B, Zisook SJD, et al. Complicated grief therapy for clinicians: An Evidence- Based Protocol for Mental Health Practice. 2020;37(1):90-8.
2. Rosner R, Pfoh G, Kotoucova M, et al. Treatment of complicated grief. Europen Journal of Psychotraumatalogy.2011;2,1-10
3. Rubin SS. Malkinson R. Witztum E. Stroebe, M. Hansson, R. Clinicalaspects of a DSM complicated grief diagnosis: Challenges, dilemmas andopportunities,. Handbook of bereavementresearch and practice: Advances in theoryand intervention. 2019;187-206
4. Worden, J. W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. Springer Publishing Company.2018.
5. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. Focus (American Journal of Psychiatry). 2021;19(2):161-72. doi: 10.1176/appi.focus.20200052.
6. McDonnell, S., Flynn, S., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & Hunt, I. M. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2022; 52(5), 887-97.
7. Ito, Y., Tsubaki, M., & Kobayashi, M. Families' experiences of grief and bereavement in the emergency department: A scoping review. Japan Journal of Nursing Science, 2022; 19(1), e12451.
8. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2012.14(2):129-39. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2 /tbuckley.
9. Roman Palitsky, Da'Mere T. Wilson MA, Sydney E. Friedman BA, John M. Ruiz, The relationship of prolonged grief disorder symptoms With hemodynamic response to grief recall among bereaved adults. Biopsychosocial Science and Medicine 2023;6(85):1-10
10. Norcliffe-Kaufmann L, Kaufmann H, Martinez J, Katz SD, Tully L, Reynolds HR. Autonomic findings in Takotsubo cardiomyopathy. The American Journal of Cardiology. 2016;117:206–13.
11. Chida Y, Steptoe A. Greater cardiovascular responses to laboratory mental stressare associated with poor subsequent cardiovascular risk status: a meta-analysis of prospective evidence. Hypertension 2010;55:1026–32.
12. Chobanian A V., Bakris G. L., Black H R., Cushman W. C., Green L. A., Izzo Jr, National high blood pressure education program coordinating committee. seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension, 2003; 42(6), 1206-52.
13. Palitsky R, Da'Mere TW, Friedman SE, Ruiz JM, Sullivan D, O'Connor MF, Biopsychosocial science and medicine, journals.lww.com, 2023
14. Buckley T. Mihailidou A. Bartrop R. et al. Haemodynamic changes during early bereavement: potential contribution to increased cardiovascular risk. Heart Lung Circulation. 2011. 20(11).209-19
15. Rezaie Z, Afshari B, Balagabri Z. Effects of dialectical behavior therapy on emotion regulation, distress tolerance, craving, and depression in patients with opioid dependence disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2021;1 10.0-15
16. Wetherell J. L. Complicated grief therapy as a new treatment approach. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2012; 14, 159-66.
17. Shear K., Frank E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. Treatment ofcomplicated grief: A randomized controlled trial. American Medical Association2005; 293 (21), 2601-8.
18. Shear M, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, & Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 2014; 71 (11), 1287-95.
19. Supiano K. P., & Luptak M. Complicated grief in older adults: arandomized controlled trial of complicated grief group therapy. Gerontologist, 2014;54 (5), 840-56.
20. Zettle R D., Rains J C., & Hayes S C. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior Modification, 2011: 35(3), 265–83.
21. Zargar Y, Hakimzadeh Gh., Davodi I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hypertension and emotion cognitive regulation in people with hypertension: A semi-experiential study. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 2019; 8(2):e79347.
22. Papa A., Sewell M T., Garrison-Diehn C, & Rummel C A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. Behavior Therapy, 2013: 44(4), 639–50.
23. Hayes S C., Luoma J B., Bond F W., Masuda A, & Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 2006: 44(1), 1–25.

24. Alkasir E; Masjedi-Arani A; Bakhtiyari M; Isfeedvajani M S.1. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing the symptoms of complicated grief, corona disease anxiety, and improving the quality of life in the survivors of the deceased due to COVID-19. Journal of Education and Health Promotion 2024; 13(1):406. doi: 10.4103/jehp.jehp_1372_23
25. Zisook S., et al. The role of complicated grief treatment in the management of bereavement. American Journal of Psychiatry, 2020; 177(10), 883-90.
26. Mousavi S; Anami A; Zargar Y. The effectiveness of treatment for pathological grief on anxious attachment, self-compassion and symptoms of grief in women with pathological grief in Ahvaz. Scientific Journal of Counseling Research, 2016:58(15).
27. Aghili M; Malek F. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on spiritual health and blood pressure in hemodialysis patients in Gorgan. Journal of Psychology and Psychiatry of Cognition, 2021: 8(5).
28. Lawlor DA, Smith GD. Early life determinants of adult blood pressure. Current Opinion in Nephrology and Hypertension. 2005;14(3):259–64. doi: 10.1097/01.mnh.0000165893.13620.2b.
29. Katherine Sh, Ellen F, Patricia R H. Treatment of complicated grief a randomized controlled trial. Published online 2005.293;(21):2601-8
30. Aslani K, Hajihaidary M, Rajabi G, Amanelahi A. Mindfulness-based cognitive therapy on symptom of complicated grief on people with symptoms of complicated grief. Middle East J Disabil Stud 2019;9:42. (in Persien)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]

Comparison of the Effectiveness of Complicated Grief Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Blood Pressure and Symptoms of Complicated Grief

Received: 15 Mar 2025 Accepted: 22 Jul 2025

Elyas Soleimani[1], Gholamreza Ebrahiminejad[*2], Hamid Mollaei Zarandi[3]
1. PhD Student in Psychology, Zarand Islamic Azad University, Kerman, Iran 2. Associate Professor, Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Islamic Azad University, Kerman, Iran

Abstract

Introduction: Complicated grief (CG) exhibits distinct characteristics compared to natural grief, adversely affecting the physical and mental health of bereaved individuals. Therefore, it is essential to mitigate and treat these complications through various psychotherapeutic interventions. This study aimed to compare the effectiveness of Complicated Grief Therapy (CGT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on blood pressure and complex grief symptoms among suicide survivors.

Methods: A quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group was conducted in 2024. The statistical population included suicide survivors with complex grief symptoms in Kerman, Iran, selected via census sampling. The sample comprised 30 participants divided into three groups (two experimental groups and one control group, each with 10 individuals). One experimental group received ACT, while the other underwent CGT; the control group received no intervention. A follow-up phase was conducted after two months. Data were analyzed using SPSS version 23.

Results: In both experimental groups, most participants exhibited diastolic blood pressure below 90 mmHg and systolic blood pressure below 140 mmHg. In contrast, the control group predominantly showed diastolic blood pressure above 90 mmHg and systolic blood pressure exceeding 140 mmHg. Additionally, the mean scores of complex grief symptoms significantly decreased in the experimental groups compared to the control group. The effect size of CGT on grief symptoms was 78% ($p<0.001$), while ACT showed a 72% ($p<0.05$).

Conclusion: The findings indicate that both therapeutic approaches effectively reduced blood pressure and complex grief symptoms in suicide survivors, with Complicated Grief Therapy demonstrating superior efficacy.

Keywords: Complicated grief treatment, Acceptance therapy, Symptoms of complicated grief, Blood pressure, Survivors of suicide

***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
Email: ebrahimig@kmu.ac.ir **Tel:** +989131423509 **Fax:** +98-

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.2.1]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1877]