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 Subjective Well-being 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 14 April 2026
Received in revised form 14 September 2026
Accepted 02 October 2026
Published Online 23 October 2026

Keywords:
acceptance and commitment therapy,
cognitive behavioral therapy,
subjective well-being,
parents of patients with schizophrenia.

ABSTRACT

Background: Schizophrenia, as a chronic and disabling disorder, profoundly affects not only the life of the patient but also the entire family system. Parents of individuals with schizophrenia often experience a heavy caregiving burden, ongoing stress, and considerable emotional challenges, all of which may negatively influence their subjective well-being and overall quality of life. Given these conditions, identifying and implementing effective psychological interventions aimed at enhancing the mental health of these parents is of particular importance.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on the subjective well-being of parents of patients with schizophrenia.

Methods: This study employed a pretest–posttest design with a three-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of all parents of patients with schizophrenia residing in Tehran in 2025 who had an active file with the Welfare Organization. From this population, 60 caregiving parents (33 women and 27 men) were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 20 participants: ACT, CBT, and control. Assessments were conducted at three stages: pretest, posttest, and follow-up. The research instrument included the Cognitive Subjective Well-Being Questionnaire (Keyes & Magyar-Moe, 2003). The ACT group (Hayes, 2004) and the CBT group (Beck et al., 1991) each received nine intervention sessions, whereas the control group remained on a waiting list and received no therapeutic intervention. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA in SPSS version 26, with the significance level set at 0.05.

Results: The findings indicated that both therapeutic approaches—ACT and CBT—led to a significant improvement in subjective well-being compared to the control group ($P < 0.05$). However, Bonferroni post hoc comparisons revealed that ACT demonstrated greater effectiveness than CBT in enhancing subjective well-being and maintaining these improvements at the follow-up stage ($P < 0.01$).

Conclusion: Based on the results, ACT produced greater improvement in subjective well-being than CBT and successfully maintained these gains over the follow-up period. These findings suggest that acceptance- and commitment-based interventions may serve as a more effective option in psychological support programs for parents of individuals with schizophrenia.

Citation: Abdollahzadeh, B., Abolghasemi, Sh., & Hatamipour, Kh. (2026). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy on subjective well-being in parents of patients with schizophrenia. *Journal of Psychological Science*, 25(164), 1-19. 10.66224/jps.25.164.18

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 164, 2026
© The Author(s). **DOI**: 10.66224/jps.25.164.18

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

Extended Abstract

Introduction

Schizophrenia is one of the most severe psychiatric disorders, disrupting cognitive, emotional, and behavioral functioning and imposing broad consequences on both the individual and the family system (Insarit & Tadpoor, 2025). Parents, as primary caregivers, are responsible for managing symptoms, providing emotional support, and supervising treatment, which exposes them to substantial caregiving burden, stress, and reduced quality of life (Glessia & Lee, 2024; Kim & Park, 2023). Research indicates that caregivers of individuals with schizophrenia experience considerably higher levels of psychological distress—including depression, anxiety, and stress—compared to caregivers of other psychiatric populations (Neito & Feornis, 2019; Zarei et al., 2021). Declines in their subjective well-being further impair their ability to provide effective care (Greundstrom et al., 2024).

Subjective well-being, as a key protective factor, plays an essential role in caregivers' psychological adjustment and includes components such as life satisfaction and positive affect (Booker et al., 2023). Parents of individuals with schizophrenia often report lower levels of subjective well-being due to the extensive caregiving burden (Brillsford et al., 2024). Psychological interventions such as cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) have been recognized as effective approaches for reducing stress and enhancing mental health (Rosas-Santiago et al., 2023). CBT emphasizes the modification of dysfunctional thoughts and the strengthening of coping skills, whereas ACT enhances psychological flexibility through processes such as acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, and value-based action (Hayes et al., 2022; Thompson et al., 2021).

Although substantial evidence supports the effectiveness of both therapeutic approaches in improving caregivers' mental health, few studies have directly compared ACT and CBT among parents of individuals with schizophrenia (Morris et al., 2024). Given the theoretical differences in their mechanisms of change, such comparison may clarify the specific factors contributing to enhanced subjective well-being in this population (Schubert et al., 2022; Aslan & Turk, 2022). Accordingly, the present study aims to compare the effectiveness of ACT and CBT on the subjective well-being of parents of individuals with schizophrenia, seeking to determine whether one approach yields greater improvement than the other.

Method

The present study employed an applied, quasi-experimental design using a pretest–posttest structure with a control group and a three-month follow-up. A total of 60 parents of individuals with schizophrenia living in Tehran in 2025 were selected through purposive sampling from among those with active records in the Welfare Organization of districts 2 and 3 and were randomly assigned to three groups of 20 participants: acceptance and commitment therapy (ACT), cognitive-behavioral therapy (CBT), and control. Inclusion criteria comprised at least a high-school diploma, absence of psychiatric disorders and disabling physical illnesses, and no use of psychoactive medications—verified through DSM-5 clinical interviews, medical records, and health documentation. The primary instrument was the Subjective Well-Being Questionnaire developed by Keyes and Magyar-Moe (2003), assessing emotional, psychological, and social well-being, which demonstrated acceptable reliability in this study. Following the pretest, the two intervention groups participated in nine therapy sessions corresponding to their treatment modality, while the control group received no intervention. Posttest and three-month follow-up assessments were subsequently conducted. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures ANOVA via SPSS version 26.

Results

Demographic analyses indicated that the distribution of age, gender, and educational level across the ACT, CBT, and control groups was relatively balanced, with no unusual patterns observed. Descriptive findings for the components of subjective well-being across the pretest, posttest, and follow-up phases showed that both ACT and CBT produced significant

improvements in emotional, psychological, and social well-being among parents of individuals with schizophrenia, with ACT demonstrating a more pronounced upward trend. In contrast, the control group exhibited only minimal and non-significant fluctuations. Normality assumptions were supported by acceptable skewness and kurtosis values, non-significant Shapiro–Wilk results, and the absence of influential outliers. Furthermore, Levene's test and Box's M confirmed the homogeneity of variances and variance–covariance matrices, and Mauchly's test—adjusted using the Greenhouse–Geisser correction—indicated that the sphericity assumption was adequately met. The mixed ANOVA revealed a significant main effect of time, with a large effect size indicating the substantial contribution of temporal changes to score variations. Additionally, the significant interaction between time and group demonstrated that ACT and CBT generated distinct and more effective improvement trajectories compared to the control condition, confirming the critical role of intervention type in explaining enhancements in subjective well-being among the participating parents.

Table1. Repeated-Measures Analysis of Variance for Subjective Well-being Scores Using the Greenhouse–Geisser Correction

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value	Partial η²
Time	1085/194	2	574/647	987/098	<0.001	0.645
Group	289/566	2	144/783	30/38	<0.001	0.261
Time × Group	458/754	4	89/698	153/874	<0.001	0.564

The results of the repeated-measures analysis of variance with the Greenhouse–Geisser correction indicated that the main effect of time on subjective well-being was significant ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.654$), demonstrating a significant change in subjective well-being scores across the measurement stages. The main effect of group was also found to be significant ($p = 0.001$, $\eta^2 = 0.261$), indicating the presence of significant differences among the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), and control groups in overall subjective well-being scores, independent of time. Furthermore, the interaction between time and group was significant ($p < 0.005$, $\eta^2 = 0.564$), suggesting that the pattern of change in subjective well-being over time differed across the groups and that the therapeutic interventions produced distinct effects compared with the control condition. The medium to large effect sizes obtained highlight the practical and clinical importance of these differences and demonstrate the meaningful effectiveness of the psychotherapeutic interventions in improving subjective well-being. The results of the Bonferroni post hoc test are presented in Table 2.

Table2. Bonferroni Post Hoc Test Results for Between-Group Differences in Subjective Well-being

Comparison Group	Reference Group	Mean Difference	Standard Error	p-value
ACT	CBT	−3.20*	0.435	<0.001
ACT	Control	−7.45*	0.435	<0.001
CBT	ACT	3.20*	0.435	<0.001
CBT	Control	−4.25*	0.435	<0.001

The results of the Bonferroni post hoc test, conducted to examine pairwise differences in mean scores across the stages (for the Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy groups compared with the control group), indicated that there were significant differences in subjective well-being scores between the pretest and posttest, as well as between the pretest and follow-up stages. In addition, a significant difference was observed between the posttest and follow-up stages, such that subjective well-being scores changed significantly from the posttest to the follow-up assessment. Overall, the mean scores of subjective well-being differed significantly across the three stages of pretest, posttest, and follow-up. The pattern of mean changes in these three stages varied between the ACT and

CBT groups, demonstrating the effectiveness and sustained impact of the Acceptance and Commitment Therapy intervention in comparison with the Cognitive-Behavioral Therapy group in improving subjective well-being ($p < 0.01$).

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on the subjective well-being of parents of individuals with schizophrenia, as well as to examine the durability of treatment effects during follow-up. The findings indicated that both interventions significantly improved subjective well-being at posttest, a result consistent with previous studies such as Akbarinasab Hosseinabad Aliya et al. (2025), Kabini-Moghadam and Esmaeili-Shad (2023), Aghavirdinejad et al. (2022), and Khosrovani-Shayan et al. (2020). Nevertheless, ACT demonstrated significantly greater effectiveness than CBT, a pattern that aligns with some prior research but contradicts others that reported no difference between the two approaches.

The superiority of ACT appears to stem from the fundamental distinctions between the two therapeutic models. ACT directly enhances positive psychological components of subjective well-being—such as purposefulness and personal growth—through its emphasis on values, committed action, and meaning-making (Schubert et al., 2022; Rosas-Santiago et al., 2023). This approach helps parents experience life as meaningful despite ongoing stressors and encourages continued value-based actions (Hayes et al., 2022). By contrast, CBT primarily focuses on restructuring maladaptive cognitions and reducing emotional symptoms, making its impact on well-being largely indirect and secondary (Lorenzo-Luaces et al., 2024; Levin et al., 2024). Consequently, ACT produces deeper and more comprehensive improvements by activating growth-enhancing mechanisms.

The study further showed that the advantages of ACT were successfully maintained at follow-up, whereas CBT appeared more susceptible to gradual decline in well-being over time. This sustained effectiveness reflects the self-reinforcing nature of value-driven behavior in ACT, which continues beyond the treatment phase. Several limitations were noted, including restricted geographical sampling, reliance on self-report instruments, and the inability to fully control concurrent pharmacological or psychological treatments. Future research should therefore employ larger, multi-site samples and multi-informant assessment methods. Practically, the findings highlight the importance of integrating ACT into family-centered mental health services and suggest that combined or staged ACT–CBT interventions may better address the complex needs of parents.

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 بهزیستی ذهنی در والدین بیماران مبتلا به 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: ۱۴۰۵/۰۱/۲۵
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۲۳
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۰
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
درمان شناختی - رفتاری،
بهزیستی ذهنی،
والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی.

چکیده

زمینه: اسکیزوفرنی به‌عنوان یک اختلال مزمن و ناتوان‌کننده، نه‌تنها زندگی فرد مبتلا بلکه نظام خانواده را نیز به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. والدین این بیماران معمولاً با بار مراقبتی سنگین، استرس‌های مداوم و چالش‌های هیجانی قابل‌توجهی مواجه‌اند که می‌تواند بر بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی آنان اثر منفی بگذارد. در این میان، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ارتقای سلامت روان والدین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی ذهنی والدین بیماران مبتلا به 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 مبتلا به 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 مبتلا به 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 پرسش‌نامه‌های شناختی بهزیستی ذهنی (کییز و ماگیارمو ، ۲۰۰۳) 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: نتایج پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمانی ــ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری ــ در مقایسه با گروه گواه به بهبود معنادار بهزیستی ذهنی والدین منجر شدند($P<۰/۰۱$). بااین‌حال، تحلیل مقایسه‌های پس‌آزمون با استفاده از آزمون بونفرونی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای نمرات بهزیستی ذهنی و همچنین حفظ و پایداری این بهبودها در مرحله پیگیری، عملکرد قوی‌تری نسبت به درمان شناختی‌رفتاری داشته است ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی‌رفتاری بهبود بیشتری در بهزیستی ذهنی ایجاد کرد و توانست پایداری این تغییرات را در دوره پیگیری نیز حفظ کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که استفاده از رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان گزینه‌ای کارآمدتر در برنامه‌های حمایت روان‌شناختی والدین این بیماران مورد توجه قرار گیرد.

استناد: عبداله‌زاده، بهاره؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و حاتمی‌پور، خدیجه (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی ذهنی در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱ -۱۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.164.18

© نویسندگان.

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

تلفن: ۰۹۱۱۳۹۱۳۹۰۷

مقدمه

اسکیزوفرنی[1] یکی از شدیدترین و مزمن‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که با اختلال در فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری همراه بوده و پیامدهای گسترده‌ای در کارکرد فردی و اجتماعی افراد مبتلا ایجاد می‌کند (اینثاریت و تادپور، ۲۰۲۵). این اختلال نه‌تنها زندگی فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه ساختار و کارکرد خانواده را نیز دستخوش تغییرات قابل توجهی می‌سازد. خانواده‌ها، به‌ویژه والدین، اغلب به‌عنوان مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نقش مهمی در مدیریت بیماری، حمایت عاطفی و نظارت بر روند درمان ایفا می‌کنند (گلسیا و لی، ۲۰۲۴). این مسئولیت طولانی‌مدت و پرتنش می‌تواند فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی را بر اعضای خانواده وارد کند (کیم و پارک، ۲۰۲۳). در بسیاری از موارد، مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها از جمله کمک در انجام فعالیت‌های روزمره، مدیریت علائم بیماری، تأمین حمایت مالی و ارائه پشتیبانی عاطفی است؛ مسئولیت‌هایی که می‌توانند بار مراقبتی قابل توجهی ایجاد کرده و سلامت روان مراقبان را تهدید کنند (چاو و همکاران، ۲۰۲۴؛ گلسیا و لی، ۲۰۲۴). در نتیجه، والدین و سایر مراقبان این بیماران اغلب با سطوح بالایی از استرس، فرسودگی روانی و کاهش کیفیت زندگی مواجه می‌شوند (کومار و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در کنار خانواده خود زندگی می‌کنند و بخش عمده‌ای از مراقبت‌های روزمره آنان توسط اعضای خانواده، به‌ویژه والدین، ارائه می‌شود. به طور کلی برآورد شده است که حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران در کشورهای غربی و نزدیک به ۷۰ درصد از بیماران در کشورهای آسیایی با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند و به حمایت آنان وابسته هستند (پلیسیس و همکاران، ۲۰۲۴). در چنین شرایطی، وضعیت روان‌شناختی مراقبان نقش مهمی در مدیریت علائم بیمار، کاهش احتمال عود بیماری و افزایش استفاده مؤثر از خدمات درمانی دارد (گلسیا و لی، ۲۰۲۴). با این حال، تجربه مراقبت طولانی‌مدت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی می‌تواند برای خانواده‌ها با احساساتی نظیر غم، ناامیدی، نگرانی و حتی احساس گناه همراه باشد و در برخی موارد منجر به بروز تعارضات خانوادگی و کاهش عملکرد اجتماعی شود (هوریگان و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، انگ اجتماعی مرتبط با بیماری‌های روانی نیز می‌تواند موجب انزوای اجتماعی خانواده‌ها و کاهش دریافت حمایت اجتماعی گردد که این امر فشار روانی مراقبان را تشدید می‌کند (بویتروم و استراند، ۲۰۲۱؛ رادلی و همکاران، ۲۰۲۲).

در چنین شرایطی، بسیاری از مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با مشکلات قابل توجهی در حوزه سلامت روان مواجه می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که میزان پریشانی روانی، شامل اضطراب، افسردگی و استرس، در میان این مراقبان بسیار بالا است؛ به‌طوری‌که شیوع پریشانی روانی در برخی مطالعات تا حدود ۸۰ درصد گزارش شده است (نیتو و فئورنیس، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با مراقبان سایر بیماران روان‌پزشکی، بار ذهنی و عینی بیشتری را تجربه می‌کنند (زارعی و همکاران، ۲۰۲۱). این فشارهای روانی مداوم می‌تواند سلامت جسمی و روانی مراقبان را تحت تأثیر قرار داده و توانایی آن‌ها در ارائه مراقبت مؤثر از بیمار را کاهش دهد (دی لا سیرنا و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی دیگر، وضعیت روان‌شناختی والدین نه تنها بر سلامت خود آنان بلکه بر روند درمان و بهبود بیمار نیز تأثیرگذار است؛ به گونه‌ای که سلامت روان مراقبان می‌تواند بر شدت علائم بیمار، میزان عود بیماری و کیفیت مراقبت ارائه شده اثر بگذارد (هاتهی و همکاران، ۲۰۲۰).

در این میان، یکی از مؤلفه‌های مهمی که می‌تواند در کاهش فشارهای روانی مراقبان نقش داشته باشد، بهزیستی ذهنی[2] است. بهزیستی ذهنی به ارزیابی‌های شناختی و عاطفی افراد از زندگی خود اشاره دارد و شامل مؤلفه‌هایی نظیر رضایت از زندگی، تجربه هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی است (بوکر و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که از سطح بالاتری از بهزیستی ذهنی برخوردارند، معمولاً توانایی بیشتری در مقابله با استرس‌ها داشته و رویدادهای زندگی را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند (البرتینی و پیسیتو، ۲۰۲۳). در مقابل، کاهش بهزیستی ذهنی با افزایش اضطراب، افسردگی و نارضایتی از زندگی همراه است (چان، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل فشارهای روانی و مسئولیت‌های

[1]. Schizophrenia

[2]. Subjective Well-being

مراقبتی گسترده، در معرض کاهش قابل توجه بهزیستی ذهنی قرار دارند (بریلسفورد و همکاران، ۲۰۲۴؛ جامیل و همکاران، ۲۰۲۴). کاهش بهزیستی ذهنی در این والدین می‌تواند توانایی آن‌ها را برای ارائه حمایت عاطفی و مراقبت مؤثر از بیمار کاهش دهد و در نهایت بر روند درمان بیمار نیز تأثیر منفی بگذارد (گرئوندستروم و همکاران، ۲۰۲۴).

باتوجه‌به چالش‌های روان‌شناختی گسترده‌ای که والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تجربه می‌کنند، استفاده از مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ارتقای سلامت روان آنان اهمیت زیادی دارد (شو و ژانگ، ۲۰۲۳). در این میان، دو رویکرد درمانی مهم شامل درمان شناختی – رفتاری[1] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[2] به‌عنوان مداخلات مؤثر در بهبود سلامت روان و کاهش استرس شناخته شده‌اند (روزاس – سانتیاگو و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی – رفتاری بر شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و تغییر رفتارهای ناسازگارانه تمرکز دارد و به افراد کمک می‌کند تا با بازسازی شناختی، افکار منفی و تحریف‌های شناختی را اصلاح کرده و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری را توسعه دهند (ناکائو و همکاران، ۲۰۲۱؛ سیمون و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد در بهبود علائم روان‌شناختی، افزایش عملکرد اجتماعی و ارتقای بهزیستی روانی در بیماران و مراقبان آنان اثربخشی قابل توجهی نشان داده است (شو و ژانگ، ۲۰۲۳).

در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی – رفتاری محسوب می‌شود، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا به جای تلاش برای حذف یا کنترل افکار و هیجانات منفی، آن‌ها را بپذیرند و درعین‌حال رفتارهای خود را در راستای ارزش‌های شخصی هدایت کنند (هایز و همکاران، ۲۰۲۲؛ ونستین، ۲۰۲۵). در این درمان از فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند در کاهش استرس، افزایش پذیرش هیجانات و ارتقای کیفیت زندگی در افراد و مراقبان بیماران مزمن مؤثر باشد (لوین و همکاران، ۲۰۲۴). مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و کاهش مشکلات روان‌شناختی اثربخش بوده‌اند (اکبری‌نسب حسین‌آباد علیا و همکاران، ۱۴۰۴؛ کابینی‌مقدم و اسماعیلی‌شاد، ۱۴۰۲؛ آقاویردی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱؛ خسروانی شایان و همکاران، ۱۳۹۹).

با وجود شواهدی که اثربخشی هر یک از این دو رویکرد درمانی را در بهبود سلامت روان نشان می‌دهند، پژوهش‌های اندکی به مقایسه مستقیم این دو درمان در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته‌اند. بیشتر مطالعات موجود بر درمان خود بیماران تمرکز داشته و توجه کمتری به سلامت روان مراقبان آنان شده است (موریس و همکاران، ۲۰۲۴؛ کارامبلاس و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، تفاوت در مکانیسم‌های نظری این دو رویکرد درمانی ممکن است پیامدهای متفاوتی برای بهزیستی ذهنی داشته باشد. به‌عنوان مثال، درمان شناختی – رفتاری بیشتر بر اصلاح شناخت‌ها و تغییر الگوهای فکری تمرکز دارد، درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش تجربه‌های درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌کند (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ اصلان و ترک، ۲۰۲۲).

باتوجه‌به آنچه بیان شد، اسکیزوفرنی به‌عنوان یک اختلال مزمن و ناتوان‌کننده نه‌تنها زندگی فرد مبتلا، بلکه سلامت روان و کارکرد روان‌شناختی خانواده، به‌ویژه والدین مراقب را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد. فشارهای ناشی از مراقبت طولانی‌مدت، مسئولیت‌های عاطفی و اجتماعی و نیز انگ اجتماعی مرتبط با این اختلال می‌تواند به کاهش بهزیستی ذهنی والدین و افزایش پریشانی روان‌شناختی آنان منجر شود؛ درحالی‌که وضعیت روانی مراقبان نقش مهمی در کیفیت مراقبت از بیمار و حتی روند بهبود و کنترل علائم او دارد. از این رو، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ارتقای بهزیستی ذهنی این گروه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هرچند پژوهش‌های پیشین اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود شاخص‌های سلامت روان نشان داده‌اند، با این حال مطالعات اندکی به مقایسه مستقیم این دو رویکرد درمانی در والدین بیماران مبتلا به

[1]. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

[2]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

اسکیزوفرنی پرداخته‌اند و در نتیجه خلأ پژوهشی قابل توجهی در این زمینه وجود دارد. بررسی مقایسه‌ای این دو مداخله می‌تواند به روشن‌تر شدن کارآمدترین رویکرد درمانی برای ارتقای بهزیستی ذهنی والدین این بیماران کمک کرده و شواهد علمی مفیدی برای متخصصان سلامت روان، روان‌شناسان و مراکز درمانی در طراحی برنامه‌های حمایتی و مداخلات روان‌شناختی هدفمند فراهم آورد. بر این اساس پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که آیا بین اثربخشی این دو رویکرد درمانی در بهبود متغیرهای مذکور تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی با طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ساکن تهران در سال ۱۴۰۴ بود که دارای پرونده فعال در سازمان بهزیستی بودند. از میان این جامعه، ۶۰ نفر از والدین (۳۳ مادر و ۲۷ پدر) به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس پرونده‌های مرتبط با بیماران اسکیزوفرنی در بهزیستی مناطق ۲ و ۳ انتخاب و سپس با تخصیص تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفره شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی – رفتاری و گروه گواه تقسیم شدند. در ابتدا هر سه گروه مرحله پیش‌آزمون را تکمیل کردند و سپس دو گروه آزمایشی در جلسات درمانی مرتبط با رویکرد خود شرکت نمودند، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان دوره درمان، همه شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون مجدداً ارزیابی شدند و به‌منظور سنجش پایداری اثرات، متغیر وابسته سه ماه بعد در مرحله پیگیری دوباره مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین ها معادل ۲۰ نفر در هر گروه برآورد شد:

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

همچنین با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام شده 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 به مطالعه شامل برخورداری از حداقل مدرک دیپلم و نداشتن هرگونه اختلال روان‌پزشکی بودند. وضعیت روان‌پزشکی افراد از طریق ارزیابی متخصص روان‌پزشکی و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر ملاک‌های DSM-5 و نیز بررسی پرونده پزشکی موجود تعیین شد. همچنین، برای اطمینان از توانایی شرکت‌کنندگان در حضور مؤثر در جلسات درمانی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن جسمی مانند صرع، مشکلات اسکلتی، نارسایی‌های تنفسی و سایر اختلالاتی که احتمالاً مانع مشارکت در جلسات می‌شوند، با استفاده از شرح حال پزشکی، گزارش فردی و اطلاعات پرونده سلامت بررسی شد. عدم مصرف داروهای روان‌گردان نیز از طریق اظهارات شرکت‌کنندگان و مرور سوابق دارویی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این، غیبت بیش از دو جلسه طی فرایند درمان به‌عنوان معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ب)ابزار

مقیاس بهزیستی ذهنی[1] **(SWBQ):** این پرسشنامه توسط کییز و ماگیارمو در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل سه بعد بهباشی هیجانی (۱۲ سوال)، بهباشی روانشناختی (۱۸ سوال) و بهباشی اجتماعی (۱۵ سوال) می باشد. مولفه بهزیستی هیجانی، هیجانات مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می کند و نمره‌ای است که فرد در مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی به دست می‌آورد. آنها احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تمام مدت) تا ۵ (هیچ وقت) رتبه بندی می‌کنند. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است. مولفه بهزیستی روانشناختی شامل ۶ مولفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. پاسخگویان ارزیابی روانشناختی کلی از خود را در مقیاس ۷ درجه اس لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه بندی می کنند (کییز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). مولفه بهزیستی اجتماعی نیز از نمره‌ای که فرد در این مقیاس فرعی به دست می‌آورد، شامل ۵ مولفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخگویان ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه

[1]. Subjective Well-Being Questionnaire

بندی می‌کنند (کییز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در مطالعه اصلی کییز و ماگیارمو (۲۰۰۳)، نتایج تحلیل پایایی نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف این مقیاس در سطح قابل قبولی قرار دارد؛ به‌طوری‌که برای بهزیستی هیجانی حدود ۰/۸۹، برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۳ و برای بهزیستی اجتماعی ۰/۷۴ گزارش شده است که بیانگر همسانی درونی مناسب گویه‌هاست. همچنین به منظور بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی تأییدی انجام شد که ساختار سه‌بعدی مقیاس شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی را تأیید کرد. افزون بر این، نتایج پژوهش نشان داد که این مقیاس از روایی همگرا و واگرا مطلوبی برخوردار است و همبستگی معناداری با شاخص‌های مرتبط با سلامت روان و رضایت از زندگی دارد. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

ج)روش اجرا

پس از دریافت مجوزهای لازم و تعیین نمونه نهایی، پژوهشگر با مراجعه به اداره بهزیستی مناطق ۲ و ۳ تهران از میان والدینی که به دلیل ابتلای فرزندشان به اسکیزوفرنی دارای پرونده فعال بودند، تعداد ۶۰ نفر شامل ۳۳ زن و ۲۷ مرد را با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب کرد. سپس دو گروه آزمایشی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی – رفتاری در جلسات گروه‌درمانی متناسب با رویکرد خود شرکت نمودند، درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله آموزشی یا درمانی دریافت نکرد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار جهت تشریح ویژگی‌های جمعیت نمونه استفاده شد. در بخش استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی تأثیر متغیرهای مستقل و تعاملات آن‌ها بر متغیرهای وابسته بهره گرفته شد. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل 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 به‌عنوان 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 طناب کشی با غول؛ استعاره دروغ‌سنج؛ تاکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی.	تکلیف خانگی: برگه ی "عملکرد نگرانی چیست"؟
چهارم	ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارتهای ذهن آگاهی به‌عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلش	استعاره پلی گراف؛ 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 به طور ذهن آگاه.	تکلیف خانگی: ادامه‌ی تمرین ذهن آگاهی
پنجم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص.	معرفی ارزش‌ها؛ بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها؛ انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها /تصمیم‌ها؛ شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته.	تکالیف خانگی: ارائه برگه شناسایی ارزشها، انجام یک عمل با ارزش.
ششم	تداوم ایجاد یک جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه های 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 با ارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)

جلسات	هدف	محتوای جلسات	تکلیف
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 با ارزش (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 مشاهده-گر؛ شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته.	تکالیف خانگی: انجام عمل با ارزش مشخص
نهم	جلسه ارائه ایده تعهد به‌عنوان ابزاری برای حرکت به سوی 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 با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته؛	تکلیف خانگی : انجام یک عمل با ارزش مشخص

خلاصه پروتکل درمان شناختی - رفتاری بک و همکاران (۱۹۹۱) در جدول۲ ارائه شده است.

جدول۲. محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری بک و همکاران (۱۹۹۱)

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

یافته¬ها

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. از نظر 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٪). از نظر 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 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 متغیرسازگاری هیجانی و مولفه های آن ارائه شده است.

جدول۳. مشخصه‌های آماری مولفه‌های متغیر بهزیستی ذهنی 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
بهباشی هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۲۸/۱۵	۱/۶۶	-۰/۳۷۶	۰/۹۱۸
		پس‌آزمون	۳۷/۱۵	۱/۳۸	۰/۰۹۳	-۰/۴۰۴
		پیگیری	۳۹/۳۵	۱/۴۲	۱/۱۱	-۰/۷۷۳
	درمان شناختی – رفتاری	پیش‌آزمون	۲۸/۲۵	۱/۴۸	-۰/۲۱۲	۰/۰۵۴
		پس‌آزمون	۳۴/۰۵	۰/۸۸۷	۰/۳۶۹	۰/۰۶۸
		پیگیری	۳۶/۰۵	۰/۸۸۷	-۰/۴۴۳	۰/۵۱۶
	گواه	پیش‌آزمون	۲۸/۵۵	۱/۴۳	-۰/۰۹۹	۰/۴۱۵
		پس‌آزمون	۲۹/۵۵	۱/۴۳	۰/۵۵۷	-۰/۳۱۲
		پیگیری	۳۰/۲۵	۱/۳۷	-۰/۱۷۹	۰/۸۵۵
بهباشی روانشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۴۲/۰۰	۱/۶۶	-۰/۴۳۲	۰/۰۸۷
		پس‌آزمون	۵۱/۷۰	۱/۷۸	۰/۰۷۷	-۰/۷۲۵
		پیگیری	۵۳/۹۰	۱/۸۳	۰/۲۰۴	۰/۵۵۶
	درمان شناختی – رفتاری	پیش‌آزمون	۴۳/۲۰	۲/۰۴	۰/۵۲۴	-۰/۲۳۳
		پس‌آزمون	۵۰/۲۰	۱/۲۲	-۰/۳۱۵	۰/۰۰۸
		پیگیری	۵۰/۲۰	۱/۳۲	-۰/۳۱۴	۰/۴۴۴
	گواه	پیش‌آزمون	۴۲/۹۰	۱/۹۱	۰/۸۰۹	۰/۰۴۵
		پس‌آزمون	۴۳/۸۰	۱/۸۸	۰/۱۱۸	۰/۰۵۶
		پیگیری	۴۴/۴۵	۱/۶۳	۰/۰۷۸	-۰/۹۷۶
بهباشی اجتماعی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۴/۴۰	۲/۹۴	۰/۰۱۱	-۰/۷۳۴
		پس‌آزمون	۴۵/۹۰	۲/۱۹	۰/۲۲۳	۰/۰۷۹
		پیگیری	۴۷/۹۵	۲/۴۸	۰/۵۲۰	-۰/۲۲۵
	درمان شناختی – رفتاری	پیش‌آزمون	۳۷/۲۵	۲/۲۲	۰/۰۸۱	۰/۴۶۹
		پس‌آزمون	۴۴/۰۵	۱/۵۰	۰/۰۴۲	-۰/۹۱۲
		پیگیری	۴۶/۰۵	۱/۵۰	۱/۰۴	۰/۸۸۶
	گواه	پیش‌آزمون	۳۶/۹۰	۱/۵۵	۰/۹۰۵	-۰/۴۱۵
		پس‌آزمون	۳۷/۹۰	۱/۵۴	۰/۸۵۳	-۰/۵۷۹
		پیگیری	۳۸/۷۵	۱/۵۸	۰/۰۵۵	-۱/۰۱
نمره کل بهزیستی ذهنی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۶۱/۶۸	۳/۰۴	۰/۰۴۵	-۰/۳۱۵
		پس‌آزمون	۷۲/۹۷	۴/۴۹	۰/۶۱۴	۰/۷۷۸
		پیگیری	۷۳/۲۴	۴/۲۹	۱/۱۴	-۰/۵۱۶

متغیر	گروه	مراحل	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
		پیش‌آزمون	۶۵/۷۳	۴/۶۶	۰/۳۱۳	-۰/۹۱۷
	درمان شناختی رفتاری	پس‌آزمون	۷۸/۳۰	۵/۰۹	۰/۰۴۲	۰/۶۱۰
		پیگیری	۷۵/۳۰	۵/۱۴	۱/۴۵	۰/۳۱۷
		پیش‌آزمون	۶۴/۸۵	۴/۴۵	۰/۰۵۶	۰/۶۷۰
	گواه	پس‌آزمون	۶۵/۲۵	۵/۱۹	۰/۲۱۴	۱/۰۹
		پیگیری	۶۳/۴۵	۵/۱۲	۰/۰۹۸	-۰/۰۰۷

بررسی شاخص‌های توصیفی در جدول ۳ مربوط به مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی اثرات قابل‌توجهی بر بهبود وضعیت هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی داشته‌اند. به‌طور مشخص، میانگین مؤلفه‌های بهباشی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی در گروه ACT از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و نیز در مرحله پیگیری افزایش معناداری نشان می‌دهد و این روند افزایشی در گروه CBT نیز مشاهده می‌شود، هرچند میزان رشد در گروه ACT چشمگیرتر است. در مقابل، گروه گواه در سه مرحله تغییرات اندکی را تجربه کرده است که بیشتر در حد نوسانات طبیعی مقادیر روان‌شناختی قرار می‌گیرد. الگوی کجی و کشیدگی نیز در تمام زیرمقیاس‌ها در محدوده قابل قبول قرار دارد و نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید می‌کند. افزون بر این، مقایسه نمره کل بهزیستی ذهنی در هر سه گروه نشان می‌دهد که والدین شرکت‌کننده در مداخله ACT بیشترین بهبود را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری داشته‌اند و پس از آن گروه CBT قرار می‌گیرد، درحالی‌که میانگین‌های گروه گواه تقریباً ثابت باقی مانده است. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های لازم برای انجام این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو – ویلک نشان داد که توزیع نمرات سازگاری هیجانی از نرمال بودن انحراف معناداری ندارد ($p>۰/۰۵$).

همچنین مرور شاخص‌های توصیفی، دامنه نمرات و نمودارهای جعبه‌ای بیانگر آن بود که داده‌ها فاقد موارد پرت شدید یا تأثیرگذار هستند. علاوه بر این، با ارزیابی روند تغییرات میانگین در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مفروضه خطی بودن الگوی تغییرات مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی یکسانی واریانس خطا در گروه‌ها نیز آزمون لون به‌کار گرفته شد و نتایج نشان داد که تفاوت معناداری میان واریانس‌های مراحل مختلف 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=۵/۱۲، F=۲/۶۴، $p=۰/۰۷۱$). در ادامه، مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد که این مفروضه برای نمره کل بهزیستی ذهنی (W=۰/۲۲۵، χ^2=۲/۶۵، $p=۰/۰۰۱$) برقرار نیست، براین اساس از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید. مقدار گرین هاوس گیزر (۰/۵۷۳) بدست آمد که نشان دهنده این است فرض کرویت برقرار است ($p<۰/۰۵$). 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 بهزیستی ذهنی

نام آزمون	مقدار	آزمون f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان پیلایی	۰/۹۶۸	۸۵۴/۷۸۵	۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۲	۸۵۴/۷۸۵	۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
اثرهلتینگ	۳۰/۵۲۸	۸۵۴/۷۸۵	۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
بزرگترین ریشه روی	۳۰/۵۲۸	۸۵۴/۷۸۵	۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
تعامل زمان و گروه پیلایی	۱/۱۲۴	۳۶/۵۶۴	۴	۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۰	۵۲/۸۸۳	۴	۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
اثرهلتینگ	۵/۳۱۰	۷۳/۰۱۵	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
بزرگترین ریشه روی	۴/۸۹۵	۱۳۹/۴۹۴	۴	۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که تأثیر عامل زمان بر بهزیستی ذهنی معنادار است؛ به‌گونه‌ای که تمامی شاخص‌های چندمولفه‌ای شامل پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، مقدار F بسیار بالا و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ را نشان می‌دهند. این امر بیانگر آن است که نمرات بهزیستی ذهنی شرکت‌کنندگان در طول سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تغییرات چشمگیری داشته است. اندازه اثر بالا (۰/۷۶۸) نیز دلالت بر سهم قابل توجه زمان در تغییرات نمرات دارد. افزون بر این، تعامل زمان و گروه نیز به‌طور معناداری تأیید شد؛ به این معنا که الگوی تغییر بهزیستی ذهنی در طول زمان بسته به نوع گروه (ACT، CBT و گواه) متفاوت بوده است. مقادیر بسیار بالای F و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ در تمام آزمون‌های چندمتغیره، همراه با اندازه اثرهای بالا (بازه ۰/۵۶۲ تا ۰/۸۳۱)، نشان می‌دهد که نوع مداخله نقشی مهم در تبیین تغییرات بهزیستی ذهنی دارد. بنابراین، یافته‌ها حاکی از آن‌اند که مداخلات درمانی، به‌ویژه درمان‌های ACT و CBT، توانسته‌اند تغییرات معنادار و متمایزی در بهزیستی ذهنی والدین ایجاد کنند که این تغییرات در گروه گواه مشاهده نشده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکررنمرات متغیر وابسته نشان داده شده است.

جدول۵. آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نمرات متغیر وابسته بهزیستی ذهنی با معیار گرین هاوس گیزر

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۱۰۸۵/۱۹۴	۲	۵۷۴/۶۴۷	۹۸۷/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
گروه	۲۸۹/۵۶۶	۲	۱۴۴/۷۸۳	۳۰/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱
تعامل زمان *گروه	۴۵۸/۷۵۴	۴	۸۹/۶۹۸	۱۵۳/۸۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با اصلاح گرین‌هاوس - گیزر نشان داد که اثر اصلی زمان بر بهزیستی ذهنی معنادار است (η^2= ۰/۶۵۴،p<۰/۰۰۱)، که بیانگر تغییر معنادار نمرات بهزیستی ذهنی در طول مراحل اندازه‌گیری می‌باشد. همچنین اثر اصلی گروه نیز معنادار گزارش شد (η^2= ۰/۲۶۱،p=۰/۰۰۱) که نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه در نمرات کلی بهزیستی ذهنی، مستقل از زمان است. افزون بر این، تعامل زمان و گروه معنادار بود (η^2= ۰/۵۶۴،p<۰/۰۰۱)، که حاکی از آن است که الگوی تغییرات بهزیستی ذهنی 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 بهزیستی ذهنی است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داده شده است.

جدول٦. تحلیل حاصل ازآزمون تعقیبی بنفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها متغیر وابسته گروه درمان شناختی – رفتاری در سه گروه (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی – رفتاری) وگروه گواه.

	گروه	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی ذهنی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی – رفتاریگواه	-۳/۲۰*	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱
			-۷/۴۵*	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱
بهزیستی ذهنی	درمان شناختی – رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد گواه	۳/۲۰*	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱
			-۴/۲۵*	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی – رفتاری) ازگروه گواه محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات متغیر وابسته بهزیستی ذهنی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر وابسته بهزیستی ذهنی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بطوری که نمرات متغیر وابسته بهزی بهزیستی ذهنی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار داشته است. در میانگین متغیر وابسته بهزیستی ذهنی 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 تاثیرگذاری و ماندگاری اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه درمان شناختی – رفتاری بر بهبود بهزیستی ذهنی 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 بهزیستی ذهنی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و نیز بررسی پایداری اثرات این دو مداخله در دوره پیگیری بود. این یافته با نتایج مطالعات اکبری‌نسب حسین‌آباد علیا و همکاران (۱۴۰۴)، کابینی‌مقدم و اسماعیلی‌شاد (۱۴۰۲)، آقاویردی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، و خسروانی‌شایان و همکاران (۱۳۹۹) هم‌راستا است؛ مطالعاتی که در آن‌ها بررسی همزمان تأثیر درمان‌های شناختی – رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دادند که هر دو نوع درمان در ارتقاء بهزیستی ذهنی نقش دارند.

همانطور که ذکر شد، هر دو گروه درمانی ACT و CBT، به طور معناداری در بهبود بهزیستی ذهنی والدین در مرحله پس‌آزمون موفق عمل کرده‌اند. این اثربخشی مشترک که اعتبار مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد را تأیید می‌کند، از طریق مکانیسم‌های درمانی بنیادین و مشترکی محقق شده است (خسروانی شایان و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از مهم‌ترین این مکانیسم‌ها، ایجاد یک چارچوب درمانی ساختاریافته و منظم است که به والدین کمک می‌کند تا با بی‌نظمی و آشفتگی ناشی از بار هیجانی مزمن بیماری فرزندشان مقابله کنند؛ این ساختاردهی، زمینه‌ساز کاهش اضطراب و آشفتگی ذهنی می‌شود که خود پیش‌نیاز بهبود نسبی سلامت روان است (آقاویردی نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین، اثربخشی مشترک عمدتاً از کاهش نشانه‌های پریشانی و افزایش حس خودکارآمدی والدین در مدیریت مشکلات نشأت می‌گیرد (کابینی مقدم و اسماعیلی شاد، ۱۴۰۲)؛ هر دو درمان با تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و تشویق به اقدامات فعال از طریق فعال‌سازی رفتاری در CBT (سانا، ۲۰۲۲) یا عمل متعهدانه در ACT، به والدین کمک می‌کنند تا از انفعال اجتنابی دوری کنند. در نتیجه، کاهش تنش مزمن و موفقیت در انجام تمرینات درمانی، به تقویت حس خودباوری و خودکارآمدی والدین در مدیریت پریشانی هیجانی منجر شده است، که این عامل، نیروی قدرتمندی در ارتقاء ابعاد مثبت روان‌شناختی بهزیستی ذهنی محسوب می‌شود (لی ، ۲۰۲۵).

نتایج پژوهش حاضر به طور قاطع نشان داد که درمان ACT در ارتقای بهزیستی ذهنی، برتری معناداری نسبت به CBT داشته است. این یافته با نتایج مطالعات خسروانی شایان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که نشان دادند مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با درمان شناختی – رفتاری، اثربخشی بیشتری در افزایش بهزیستی روانی دارد. با این حال، یافته‌های مذکور با نتایج پژوهش اکبری‌نسب حسین‌آباد علیا و همکاران (۱۴۰۴)

مغایر بوده و همچنین با یافته‌های کابینی‌مقدم و اسماعیلی‌شاد (۱۴۰۲) و آقاویردی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) که تفاوتی میان این دو رویکرد مشاهده نکردند، همخوانی ندارد. این عدم همراستایی می‌تواند ناشی از تفاوت در ویژگی‌های بافتاری جامعه مورد مطالعه و یا میزان تمرکز بر مؤلفه‌های اختصاصی ACT همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مقابل بازسازی شناختی باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که این برتری صرفاً نتیجه‌ی کاهش علائم نیست، بلکه ریشه در تفاوت‌های بنیادین دو رویکرد در تعریف و دستیابی به سلامت روان دارد. بهزیستی ذهنی، فراتر از صرفاً نبود نشانه‌های اختلال، نیازمند پرورش فعال منابع روانی مثبت، حس هدفمندی و رضایت عمیق از زندگی است که در مدل ACT با تمرکز مستقیم بر فرآیند ارزش‌ها و عمل متعهدانه حاصل می‌شود (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲).ACT به طور ساختاری، بر خلاف CBT که عمدتاً بر کاهش رنج تمرکز دارد (اصلان و ترک، ۲۰۲۲)، بر افزایش کیفیت زندگی و معنای آن تمرکز می‌کند. ACT با سوق دادن والدین به سمت تعیین و تعریف مجدد آنچه برای آن‌ها عمیقاً مهم و معنادار است، یک نقشه راه انگیزشی فراهم می‌آورد تا آن‌ها علی‌رغم دشواری‌های مزمن ناشی از بیماری فرزندشان، فعالیت‌های معنادار و همسو با این ارزش‌ها (مانند حفظ استقلال فردی، توسعه‌ی روابط یا مراقبت از خود) را آغاز کنند. این عمل متعهدانه، که مستلزم رفتار هدفمند حتی در حضور احساسات دشوار است، مستقیماً با ارتقاء ابعاد روان‌شناختی بهزیستی ذهنی، همچون حس هدفمندی در زندگی و رشد فردی ارتباط دارد و این مکانیسم ساختاری ACT، برتری آن را در پس‌آزمون توجیه می‌کند. ACT به والدین کمک می‌کند تا علی‌رغم دشواری‌های موجود، زندگی را به‌عنوان یک کل معنادار ببینند و نه صرفاً مجموعه‌ای از مشکلات که باید حل شوند (روزاس - سانتیاگو و همکاران، ۲۰۲۳). این چارچوب تجربه‌ی زندگی ارزشمند در حضور رنج، به جای صرفاً تمرکز بر حذف رنج، توانسته است رضایت از زندگی والدین را از طریق اقدام مؤثر در جهت آنچه برایشان مهم است، بازتعریف و تقویت کند.

در مقابل،CBT عمدتاً بر ارزیابی، چالش کشیدن و اصلاح شناخت‌های ناکارآمد که مانع شادی می‌شوند، متمرکز است؛ درحالی‌که CBT می‌تواند به طور مؤثر شدت افسردگی یا اضطراب را کاهش دهد و از این طریق به طور ثانویه بر بهزیستی تأثیر گذارد، اما به صورت مستقیم به بحران معنا، خلاء وجودی، یا فقدان هدفمندی ناشی از مواجهه با شرایط مزمن نمی‌پردازد (لورنزو - لوآس و همکاران، ۲۰۲۴). برای والدینی که اغلب احساس می‌کنند زندگی‌شان تحت‌الشعاع بیماری قرار گرفته و هدف اصلی را از دست داده‌اند، صرفاً کاهش افکار منفی برای بازگرداندن حس رضایت و هدفمندی کفایت نمی‌کند. بنابراین، تأثیر CBT بر ارتقاء بهزیستی ذهنی عمدتاً ثانویه و غیرمستقیم است و به دلیل تمرکز بر محتوای شناختی (لوین و همکاران، ۲۰۲۴)، فاقد مکانیسم‌های فعال و مستقیم ACT برای پرورش ابعاد مثبت روان‌شناختی است. تفاوت در هدف‌گذاری (تمرکز ACT بر فعال‌سازی عوامل ارتقاء و شکوفایی به جای صرفاً کاهش علائم)، منجر به تأثیر عمیق‌تر، گسترده‌تر و پایدارتر ACT بر کیفیت کلی زندگی و بهزیستی ذهنی والدین شده و فرضیه دوم را قویاً تأیید می‌کند. بر این اساس برتری ACT در این حوزه، دلالت بر این واقعیت دارد که در درمان پریشانی‌های مزمن، مداخلاتی که مستقیماً فرآیندهای مرتبط با معنا و ارزش‌ها را هدف قرار می‌دهند، اثربخشی بالاتر و پایدارتری در ارتقاء سلامت روان مثبت (بهزیستی ذهنی) دارند.

نتایج همچنین نشان داد که برتری ACT در ارتقاء بهزیستی ذهنی، در مرحله‌ی پیگیری نیز با موفقیت حفظ شده است. این ماندگاری چشمگیر، بر ماهیت دگرگون کننده‌ی ACT در ایجاد یک ساختار پایدار برای تعریف موفقیت و رضایت از زندگی تأکید می‌کند. مکانیسم کلیدی این پایداری، نیروی محرکه‌ی رفتارهای مبتنی بر ارزش است. ارزش‌ها در ACT، معیارهایی هستند که مستقل از تغییر شرایط بیرونی، مانند تشدید یا تخفیف علائم بیماری فرزند، جهت‌گیری رفتاری فرد را مشخص می‌کنند (هیز و همکاران، ۲۰۲۲). در مرحله‌ی پیگیری، والدین گروه ACT همچنان بر اساس ارزش‌های اکتسابی خود (مانند پرورش روابط، استقامت در مراقبت، یا توسعه‌ی فردی) عمل می‌کنند. این عمل مستمر و متعهدانه، یک چرخه‌ی تقویت‌کننده مثبت را ایجاد می‌کند که حس معناداری و هدفمندی را بازتولید کرده و به صورت خودتقویت کننده، نمرات بالای بهزیستی ذهنی را در بلندمدت تضمین می‌کند. مقابل، پس از اتمام درمان CBT، فعالیت‌هایی که صرفاً برای مقابله با پریشانی یا کاهش علائم انجام می‌شدند، ممکن است متوقف شوند و در غیاب چارچوب جدیدی برای معنای زندگی (مستقل از بیماری)، نمرات بهزیستی ذهنی به تدریج دچار استهلاک و بازگشت به سطح پیشین می‌گردند. بنابراین ACT با تمرکز بر

فعال سازی عوامل ارتقاء و شکوفایی به جای صرفاً کاهش علائم، به تأثیر عمیق‌تر، گسترده‌تر و پایدارتر بر کیفیت کلی زندگی والدین دست می‌یابد. انتخاب نمونه از یک منطقه جغرافیایی محدود، قابلیت تعمیم نتایج این پژوهش را به والدین سایر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با محدودیت مواجه می‌سازد. علاوه بر این، اتکای مطالعه بر ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های مرتبط با مطلوبیت اجتماعی، دقت پاسخ‌دهی یا وضعیت هیجانی لحظه‌ای والدین قرار گیرد. کنترل کامل درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی همزمان بیماران نیز در طول پژوهش امکان‌پذیر نبود. باتوجه‌به این ملاحظات، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر طراحی شوند و از شیوه‌های چندمنبعی ارزیابی شامل خودگزارش‌دهی، مصاحبه بالینی و مشاهده‌های نظام‌مند بهره گرفته شود. از منظر عملی، یافته‌های این پژوهش ضرورت به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های خانواده‌محور را برای حمایت از والدین بیماران اسکیزوفرنیک برجسته می‌کند و پیشنهاد می‌شود از این رویکرد به‌عنوان بخشی از خدمات منظم سلامت روان، به‌ویژه برای والدینی که با استرس‌های مزمن و پایدار مواجه‌اند، استفاده شود. همچنین توسعه مداخلات مرحله‌ای یا ترکیبی مبتنی بر ACT و CBT می‌تواند به تطابق بهتر برنامه‌های درمانی با نیازهای 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 می‌باشد.

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

آقاویردی نژاد شبنم، اکبری بهمن، صادقی عباس.(۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی – رفتاری و پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲؛ ۲۴۶-۲۳۶

اکبری نسب حسین آباد علیا فاطمه، خسروپور فرشید، ملایی زرندی حمید. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی – رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی در پرستاران زن. مجله علوم پزشکی رازی، ۳۲ (۱) :۱-۱۲.

خسروانی شایان، مریم؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ عارفی، مختار و امیری، حسن (۱۳۹۹). مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰ (۴۰)، ۱-۲۱.

کابینی مقدم، سلیمان و اسماعیلی شاد، بهرنگ (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری. *مجله پویایی روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۲ (۳)، ۱-۱۳.

References

Aghavirdinejad, Sh., Akbari, B., & Sadeghi, A. (2022).A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on psychological problems and subjective well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Disability Studies*, 12, 236–246. (in persian).

Albertini, M., & Piccitto, G. (2023). Linked generations: child's transition into unemployment and parents' mental well-being. *European Sociological Review*,39(4), 515-501.

Akbari-Nasab Hosseinabad Aliya, F., Khosropour, F., & Molaei-Zarandi, H. (2025). A comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and group acceptance and commitment therapy on psychological well-being and quality of life in female nurses. *Razi Journal of Medical Sciences*, 32(1), 1–12. (in persian).

Aslan, Ş., & Türk, F. (2022). Comparison of concepts of cognitive flexibility and psychological flexibility. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *14*(1), 119-130.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1991). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

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

Brelsford, G. M., Doheny, K. K., & Stoner, J. (2024). A Systematic Review of Psycho-Spiritual Interventions in the NICU: Supporting Parents' Mental Health and Psychological Well-Being. *Advances in Neonatal Care*,24(2), 150-141.

Buecker, S., Luhmann, M., Haehner, P., Bühler, J. L., Dapp, L. C., Luciano, E. C., & Orth, U. (2023). The development of subjective well-being across the life span: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, *149*(7-8), 418.

Chan, R. C. (2022). Dyadic associations between COVID-۱۹-related stress and mental well-being among parents and children in Hong Kong: An actor–partner interdependence model approach. *Family process*, 61(4), 1748-1730.

Chow, J. Y. A., Yeo, Y. T. T., & Goh, Y. S. (2024). Effects of Psychoeducation on Caregivers of Individuals Experiencing Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1962-1987.

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

Glecia, A., & Li, H. (2024). Mental health and wellbeing in family caregivers of patients with schizophrenia disorder: a literature review. *Current Psychology*, *43*(12), 10914-10941.

Grundström, J., Kiviruusu, O., Konttinen, H., & Berg, N. (2024). Reciprocal associations between parenthood and mental well-being–a prospective analysis from age 16 to 52 years. *Current Psychology*, 43(3), 2252-2238.

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

Intharit, J., & Tudpor, K. (2025). Stress-Monitoring Device Identifies Psychological Stress Reduction Through Psychoeducation in Informal Caregivers of Schizophrenia Patients. *Studies in health technology and informatics*, *323*, 478-482.

Jameel, A., Ma, Z., Li, M., Hussain, A., Asif, M., & Wang, Y. (2024). The effects of social support and parental autonomy support on the mental well-being of university students: the mediating role of a parent–child relationship. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1). 8-1.

Kabini-Moghadam, S., & Esmaeili-Shad, B. (2023). A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on psychological problems and psychological well-being among adolescents with behavioral disorders. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 2(3), 1–13. (in persian).

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

Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L.. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.) , Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (pp. 411–425). American Psychological Association.

Khosravani-Shayan, M., Shafiabadi, A., Arefi, M., & Amiri, H. (2020). A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of patients with thalassemia in Kermanshah. *Exceptional Individuals Psychology*, 10(40), 1–21. (in persian).

Kim, S. H., & Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 32(6), 1598-1615.

Kumar, S., Arya, V., Dixit, V., Sharma, C., Chaudhury, S., & Sharma, P. (2022). Role of coping and psychological well-being in mediating burden of care among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal International Medical Sciences Academy*, *35*, 286-294.

Le, T. (2025). *Resilience, Self-Efficacy, and the Lived Experiences of Caregiving for Family Members with Schizophrenia* (Doctoral dissertation, Franklin University).

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

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

Nakao, M., Shirotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, *15*(1), 16.

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

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

Rosas-Santiago, F. J., Jiménez Genchi, J., Sotelo Heredia, I., & Ramírez Zamora, V. E. (2023). Psychoeducation and group acceptance and commitment therapy as psychological support strategies for informal caregivers of patients with a first psychotic episode: an experimental study. *Psychosis*, *15*(3), 292-305.

Schubert, C., Hilbert, S., Favreau, M., Wolstein, J., & Voderholzer, U. (2022). Psychological flexibility as a potential change factor in cognitive behavioural therapy of OCD. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *50*(4), 381-391.

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

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

Weinstein, B. (2025). Integrating self-compassion into acceptance and commitment therapy and other third-wave cognitive-behavioral therapies. *Grounding psychotherapy in self-compassion*, 297.

Xu, F., & Zhang, H. (2023). The application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: A review. *Medicine*, *102*(32), e34827.

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