



Research Article

Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Integrated Approach on Integrative Self –Knowledge among People with Suicide Attempts

Mahin Hamidi¹ , Farah Lotifi Kashani^{2*} , Qasem Ahi³ , Seyed Kaveh Hojjat^{4,5} 

¹ Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Associated Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychiatry, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

⁵ Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

* **Corresponding author:** Farah Lotifi Kashani, Department of psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: Lotfi.kashani@gmail.com

DOI: [10.52547/nkums.14.2.75](https://doi.org/10.52547/nkums.14.2.75)

How to Cite this Article:

Hamidi M, Lotifi kashani F, Ahi Q, Hojjat SK. Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Integrated Approach on Integrative Self –Knowledge among People with Suicide Attempts. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(2):75-85. DOI: [10.52547/nkums.14.2.75](https://doi.org/10.52547/nkums.14.2.75)

Received: 21 Sep 2021

Accepted: 14 Nov 2021

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
Integrated Approach
Integrative Self- knowledge
Suicide Attempts

Abstract

Introduction: Considering the suicide is one of the most important public health issues, the present study investigates the comparison between comparison of the effectiveness of two therapeutic approaches Integrative and Acceptance and Commitment Therapy ACT on integrative self- knowledge among people with suicide attempts.

Method: The current research is a quasi-experimental with pre-experimental-post-experimental study with a follow up design. The statistical population of the present study included all people with suicide attempts in North Khorasan who were hospitalized in 2020. The sample of the study included 24 subjects who selected through random sampling as well as inclusion criteria and assigned randomly into two experimental groups (12 people in each group). ACT package and integrated treatment protocol accomplished in eight 90-minutes sessions individually every week. The research tool was Integrative self- knowledge scale Ghorbani et al. (2008). Data were collected in four stages before the intervention, fourth session, at the end of the intervention and after two months. Data were analyzed using of mixed multivariate variance and by SPSS-26 software.

Results: The results showed that both treatments effect on integrative self- knowledge ($F = 120.346$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.860$). In Experiential self- awareness and to integrate there isn't significant difference between the two treatments but in Reflective self- knowledge integrated treatment was more effective.

Conclusion: In order to increase the level of integrative self-knowledge in people with suicide attempts, more attention should be paid to the use of integrated approach treatment and acceptance and commitment therapy.



مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد با رویکرد یکپارچه نگر بر خودشناسی انسجامی افراد اقدام‌کننده به خودکشی

مهین حمیدی^۱ ID، فرح لطفی کاشانی^{۲*} ID، قاسم آهی^۳ ID، سید کاوه حجت^۴ ID

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۵ مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

* نویسنده مسئول: فرح لطفی کاشانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده بیرجند، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
ایمیل: Lotfi.kashani@gmail.com

DOI: 10.52547/nkums.14.2.75

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰
مقدمه: با توجه به اینکه خودکشی یکی از مسائل مهم در حوزه‌ی بهداشت عمومی می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی یکپارچه نگر و روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودشناسی انسجامی افراد اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۳
روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان‌های استان خراسان شمالی بستری بودند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفری) قرار گرفتند. سپس یک گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر روان‌درمانی یکپارچه نگر را به مدت ۸ جلسه دریافت کردند. ابزار پژوهش مقیاس خودشناسی قربانی و همکاران (۲۰۰۸) بود. داده‌های این پژوهش در چهار مرحله؛ قبل از مداخله، جلسه چهارم مداخله، در پایان مداخله و دو ماه بعد از اتمام مداخله جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته چند متغیری و از طریق نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.	واژگان کلیدی: روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش رویکرد یکپارچه نگر خودشناسی انسجامی اقدام به خودکشی
یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مداخلات هر دو روش درمانی، یکپارچه نگر و تعهد و پذیرش بر خودشناسی انسجامی و ابعاد آن مؤثر بوده است و هر دو روش درمانی باعث افزایش نمرات خودشناسی انسجامی شده است ($F=120.346, P<0.001, \eta^2=0.860$). البته رویکرد یکپارچه نگر در افزایش خودشناسی انسجامی مؤثرتر بوده است.	
نتیجه‌گیری: جهت افزایش سطح خودشناسی انسجامی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به کاربرد درمان‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر و روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش توجه بیشتری شود.	

مقدمه

گریبان‌گیر تمامی جوامع، اعم از توسعه‌یافته، عقب‌افتاده و یا در حال توسعه می‌باشد و در هر جامعه‌ای منطبق با خصوصیات و ویژگی‌های آن جامعه ظهور و تجلی می‌نماید [۴]. در ایران اقدام به خودکشی به‌عنوان دهمین عامل مرگ‌ومیر شناخته شده است و از نظر اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی به‌عنوان یک معضل مهم جامعه می‌باشد. شیوع اقدام به خودکشی در ایران تحت تأثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای از ۱۶/۸ درصد هزار نفر در جنوب کشور تا ۱۱۷/۸ درصد هزار نفر در شمال کشور در نوسان می‌باشد [۵]. این معضل باعث مرگ و میر در همه گروه‌های سنی است. نکته قابل توجه این است که اکثر افرادی که

در طول سال‌های اخیر الگوریتم بیماری‌ها و معضلات در حال تغییر و نوسان بوده است. بطوری که مشکلات و مسائل روحی و روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی شده و در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ و میرهای زودرس قرار می‌گیرد [۱]. یکی از این معضلات خودکشی است که به‌عنوان بخشی از انحرافات روانی-اجتماعی شناخته شده و در سال‌های اخیر و بویژه در دوره‌ی شیوع ویروس کرونا در حال افزایش است [۲].
تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کند ۲۵ برابر تعداد افرادی است که هر ساله با خودکشی می‌میرند [۳]. خودکشی معضلی است که

عدم انسجام خانوادگی و تعارض‌ها پیش‌بینی کننده رفتار خودکشی می‌باشند [۱۹]. در نتیجه، در فرایند درمان افراد اقدام کننده به خودکشی، افزایش سطح خودشناسی انسجامی یک هدف مهم است، درحالی که در پژوهش‌های معدودی به این مهم پرداخته‌اند و این نکته استفاده از مداخلات روانشناختی را ضرورت می‌بخشد. این مداخلات عوامل مشترکی را در خود دارند که به‌عنوان عناصر بنیادی درمان توسط درمانگران به کار بسته می‌شوند و اثربخشی جریان درمان را تعیین می‌کنند [۲۰، ۲۱].

امروزه درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلند مدت دارند و درمانگران‌شان نیاز به آموزش کمی داشته و در نتیجه هزینه‌های مالی کمتری را برای درمان جویان به دنبال دارند، نسبت به درمان‌هایی که بر اساس موارد فوق هزینه‌های زیادی را هم به سیستم بهداشتی و هم درمان جویان تحمیل می‌کنند، در اولویت قرار می‌گیرند [۲۲، ۲۳].

از جمله درمان‌های دارای مزایای فوق روان‌درمانی پذیرش و تعهد می‌باشد که با اهداف اجتناب تجربه (تأمیل به اجتناب از هیجانات و افکار ناخواسته) که در مرکز اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد، مورد توجه بسیاری از درمانگران است. افرادی که خودکشی می‌کنند افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته‌ای از خودکشی را گزارش می‌دهند که سعی می‌کنند آن‌ها را سرکوب کنند در صورتی که این سرکوب، شدت و تعداد این افکار را افزایش می‌دهند [۲۴]. در درمان پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی خود را آزردهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آن‌ها تلاش می‌کنند. این تلاش برای کنترل هیجانات بی‌تأثیر است و به‌طور متناقضی احساسات، هیجانات و افکار را تشدید می‌کند که فرد در ابتدا سعی داشته از آن‌ها اجتناب کند [۲۵]. هدف این درمان، آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها زندگی پربار و معناداری بسازد [۲۶]. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است [۲۷] و تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند به‌جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار و افکار و احساسات خود را تجربه کنند [۲۸]. نتایج تحقیق سیافی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود خودتنظیم‌گری هیجانی افراد می‌شود [۲۹].

رویکرد یکپارچه نگر فرصتی جهت گسترش مجموعه مداخلات درمانی برای افراد در معرض خطر خودکشی را فراهم می‌کند [۳۰، ۳۱]. در حال حاضر سه جهت‌گیری در حیطه رویکرد یکپارچه نگر وجود دارد که در این پژوهش رویکرد یکپارچه نگر مبتنی بر عوامل مشترک مد نظر است و شامل چهار عامل مشترک رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار می‌باشد. در چارچوب این رویکرد طی برقراری یک رابطه درمانی با مراجع، امکان بازگویی افکار و فهم رفتار مراجع امکان‌پذیر شده و به او کمک می‌شود تا از جنبه‌هایی از احساسات و رفتار که قبلاً متوجه آن نبود، آگاه شود، با آگاهی از وضع موجود و اقدامات ممکن، انتظار و امید به درمان در او افزایش یافته و با یادگیری شیوه‌های نظم‌بخشی عملکرد در مسیر بهبودی قرار گیرد، با

اقدام به خودکشی کرده‌اند جوانان در سن فعالیت هستند [۶]. یعنی کسانی که می‌توانند خدمات ارزنده‌ای به جامعه ارائه دهند؛ اما درعین حال چیزی که بیشتر نگران‌کننده است سیر نزولی سن این معضل خانمان سوز است، به‌طوری‌که سن خودکشی به مرز ۱۵ سال رسیده است [۷]؛ بنابراین، بررسی و شناسایی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی و مداخلات مؤثر در حذف این عوامل از ضرورت بالایی برخوردار است.

یکی از متغیرهایی که با احتمال اقدام به خودکشی رابطه دارد خودشناسی است. فرایندهای خودشناختی که از کارکردهای مثبت روانشناختی بشمار می‌آیند در خود نظم‌دهی نقش محوری دارند [۸]. بدن انسان سیستمی است که تأمیل به حفظ تعادل و رشد دارد، لذا در صورت به هم خوردن تعادل یا انحراف از مسیر رشد، این سیستم با فرایند خودشناسی انسجامی برای برگشت به استانداردهای خود در حوزه فکری، احساسی و رفتاری تلاش می‌کند [۹]. خودشناسی انسجامی، مفهومی است که به عنوان ظرفیت فهم فرایندها و تجربه‌های درونی به شکلی سازمان‌یافته، به‌منظور نظم‌بخشیدن به خود، تعریف می‌شود و به فرد این امکان را می‌دهد که مناسب‌ترین فعالیت‌ها را برای رسیدن به نتایج مطلوب شناسایی و انتخاب کند [۱۰]. خودشناسی انسجامی شامل خودشناسی تجربه‌ای و خودشناسی تأملی می‌باشد. خودشناسی تجربه‌ای نوعی آگاهی به حالات روان‌شناختی جاری است که فرد را در محتوای تجارب کنونی توانمند می‌سازد [۱۱]. خودشناسی تأملی بهره‌گیری از تجارب شخصی در زمان گذشته و در جهت درک بیشتر از خویش‌تن تعریف شده است. در فرایند خودشناسی تأملی، فرد از طریق کنش‌های شناختی عالی‌تر و پیچیده‌تر به تحلیل تجربه‌های خویش می‌پردازد و به این شیوه به روان‌سازه‌های پیچیده‌تر دست می‌یابد [۱۲]. خودشناسی تجربه‌ای و تأملی با بسیاری از متغیرها به روشی مشابه واکنش نشان می‌دهند به‌طوری‌که خودشناسی تجربه‌ای در مواجهه با شرایط دشوار و چالش‌برانگیز که نیازمند توجه دقیق به خود و بودن در لحظه حال است، غلبه دارد. در این‌گونه وضعیت‌ها متکی شدن به خودشناسی تأملی می‌تواند موجب پاسخ‌دهی عادت‌گونه که ارتباط اندکی را با واقعیات دارد موجب شود، برعکس، خودشناسی تجربه‌ای بدون بهره‌گیری از خودشناسی تأملی به ناکامی در بهره‌گیری از بینش‌ها و تجارب گذشته در جهت تحلیل و شناخت شرایط کنونی خواهد انجامید. بدین سبب این دو نوع خودشناسی، ارتباط تنگاتنگ دارند و درهم‌تنیده هستند [۱۳].

به طور کلی، خودشناسی انسجامی با حس خود ارزشمندی بالاتر، سرزندگی، بهزیستی، تفکر سازنده و خود تعیین‌گری ارتباط مثبت و برعکس با افسردگی، اضطراب، استرس، وسواس فکری، اضطراب اجتماعی، نشخوار ذهنی و رفتارهای ناسازگارانه رابطه منفی دارد (۱۰). مطالعات پیشین نشان دادند خودشناسی با افزایش سلامت [۱۴، ۱۵]، افزایش خودمهارگری و کاهش اضطراب و افسردگی [۱۶] و افزایش سلامت روان همبستگی همراه است [۱۴، ۱۷]. از سوی دیگر، خودشناسی ناهنجار که به قضاوت‌های نادرست درباره خود اشاره دارد یکی از علائم اصلی افسردگی است، افراد افسرده شناخت منفی از خود دارند [۱۸]. به عبارتی افسردگی، فقدان تفکر حل‌مساله، استرس،

اختلال شخصیت ضداجتماعی توسط مجری طرح اجرا شد و افرادی که اختلال داشتند به دلیل مقاومت نسبت به درمان تفکیک شدند [۳۵]. قابل ذکر است از تعداد ۴۶ مورد مصاحبه انجام شده تعداد ۲۴ نفر فاقد علائم اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند و در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۲ نفر رویکرد یکپارچه نگر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس هدفمند بود و به‌صورت تصادفی در گروه‌ها گمارش شدند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی و توضیح اهداف مطالعه، پیش‌آزمون اجرا شد. آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش به‌صورت فردی و توسط یک روانشناس بالینی (یکسان‌سازی روش اجرا)، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار تحت مداخله قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در این مطالعه چهار بار پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که شامل پیش‌آزمون، بعد از جلسه چهارم، پس‌آزمون، پیگیری (بعد از ۲ ماه) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس آمیخته چند متغیری استفاده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

مقیاس خودشناسی انسجامی

مقیاس خودشناسی انسجامی را قربانی، واتسون و هارگیس که در سال ۲۰۰۸ طراحی کرده‌اند. این مقیاس شامل ۱۲ ماده است و پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (عمدتاً نادرست تا عمدتاً درست) به آن پاسخ دهند. این مقیاس دارای سه مؤلفه خودشناسی تأملی، خودشناسی تجربی و خودشناسی انسجامی می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس با ارزیابی ویژگی‌های رفتاری وابسته به خودشناسی در دگر سنجی‌ها در هر دو فرهنگ ایران و امریکا همراه بوده است [۱۰]. پایایی این مقیاس در یک گروه ۲۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران به‌قرار زیر بود: ضریب آلفای کرون باخ برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۹۰ و برای خودشناسی تأملی ۰/۸۴ همبستگی میان دو وجه برابر با ۰/۷۴ بود [۳۶]. در این پژوهش پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

در ادامه، خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد [۳۷] و رویکرد یکپارچه نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک [۳۳، ۳۴] به شرح زیر است:

استفاده از این سبک یکپارچه، بین سه بعد اساسی افکار، هیجان و رفتار تعادل برقرار می‌شود. آموزش مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر باعث بالا بردن سطح آگاهی و پذیرش شرایط غیرقابل کنترل و احساس توانمندی بیشتر جهت مقابله با موارد غیرقابل کنترل می‌شود [۳۲]. یافته‌های تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه نگر باعث کاهش گرایش به خودکشی در افراد شده است [۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴].

در جستجوی ادبیات پژوهشی مربوطه هیچ مطالعه‌ای که در آن به اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد با رویکرد یکپارچه نگر (رویکرد چهار عاملی) و مقایسه‌ی این دو رویکرد مستقیماً بر خودشناسی انسجامی افراد اقدام کننده به خودکشی که از جمله فراوان‌ترین اقدامات نسل جوان و نوجوان می‌باشد، یافت نشد. با توجه به موارد مطرح شده و اهمیت بالای توانمند سازی افراد جامعه بویژه نوجوانان و جوانان که نیروی فعال و مولد جامعه می‌باشند و همچنین احیای زندگی دوباره افراد دارای مشکلات روانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد با رویکرد یکپارچه نگر (رویکرد چهار عاملی) بر خودشناسی انسجامی افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شد. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است کدام‌یک از دو روش درمانی، رویکرد یکپارچه نگر (چهار عامل مشترک) و روان‌درمانی پذیرش و تعهد بر خودشناسی انسجامی افراد اقدام کننده به خودکشی مؤثرتر است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان‌های استان خراسان شمالی بستری بودند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر بود و برای غربالگری آزمودنی‌ها از ملاک‌های ورود و عدم ورود به پژوهش استفاده گردید. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: عدم اعتیاد به مواد مخدر، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، دامنه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال، فقدان اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی و اقدام به خودکشی بود و معیارهای خروج شامل: عدم شرکت در بیشتر از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و اقدام مجدد به خودکشی بود. مصاحبه ساختاریافته اختلالات شخصیت برای تشخیص عدم اختلال شخصیت مرزی و

جدول ۱. پروتکل جلسات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هریس ۲۰۱۲

جلسه	محتوای جلسات
اول	جلسه آشنایی با مراجع و برقراری رابطه مناسب و اعتمادسازی، اجرای پیش‌آزمون. مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان، ارائه توضیح خلاصه‌ای از شش فرایند ACT
دوم	همجوشی شناختی، آگاهی از عملکرد نامطلوب افکار به‌جای تلاش برای تغییر دادن افکار، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، تمرینات همجوشی، استعاره‌های مربوط به همجوشی
سوم	آموزش نوامیدی خلاقانه، آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلات که مراجع برای رهایی از آن تلاش می‌کند، هدف پذیرش افکار به‌جای مبارزه علیه آن‌ها، استقبال فعالانه و ایجاد فضای برای رویدادهای ذهنی (پذیرش نقطه مقابل اجتناب تجربه‌ای است). تمایل به اجتناب از افکار یا احساسات ناخواسته. تمرینات: نام‌گذاری احساسات، مشاهده احساسات به‌عنوان یک کنجکاوی علمی، مشاهده رویدادهای روان‌شناختی ناراحت‌کننده، استعاره صفحه شطرنج، استعاره آسمان و هوا
چهارم	جلسه چهارم ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب، استعاره قطب‌نما و مرور جلسات پیشین و تکالیف
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها و مرور جلسات پیشین و تکالیف
هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با عمل متعهدانه و مرور جلسات پیشین و تکالیف
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. پروتکل رویکرد یکپارچه نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک

جلسه	محتوای جلسات
اول	جلسه آشنایی با مراجع، ایجاد رابطه درمانی، انجام مصاحبه تشخیصی و ساختاریافته، برگزاری پیش‌آزمون، آگاهی‌افزایی، ارائه شواهد علمی مبتنی بر تأثیرات روان‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی آن
دوم	بیان تجربیات درونی (آگاهی‌افزایی) همدلی و انعکاس احساسات توسط درمانگر، دور‌نمایی از مشکل موجود فراهم کردن و کشف موضع بیمار نسبت به مشکلش، مقابله با فاجعه‌سازی (ایجاد امید) جمع‌بندی جلسه و ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف، ایجاد امید و انتظار درمان، لایه‌برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند بیمار، پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار و رفتار، به دست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روان‌شناختی (ایجاد امید و انتظار درمان). جمع‌بندی و ارائه تکلیف.
چهارم	بررسی تجربه و برداشت بیمار از روند مداخله و تأثیرات آن بر احساسات و رفتار. روشن‌سازی گریز از آگاهی که مانع یادگیری است. ترغیب به فکر کردن در مورد جایگاه کنونی، آینده و بررسی رفتار فعلی و کسب اهداف. مقابله با موانع موجود و رسیدن به احساسات لذت، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف و گرفتن بازخورد، آموزش جراتمندی جهت بروزریزی صحیح عواطف و بهبود روابط بین فردی نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار. آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی زندگی روزمره، جمع‌بندی جلسه و ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق افراد. کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و به دست آوردن آرامش، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی‌افزایی، نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار)
هفتم	بررسی تکلیف، تجربه کامل احساسات. روشن کردن و خنثی‌سازی واکنش‌های دفاعی، تقویت بخشیدن به آگاهی سالم، آموزش نظم‌بخشی افکار، احساس، عملکرد
هشتم	بررسی تکلیف، تعیین اهداف ارزش‌های بیماری، روشن‌سازی ارزش‌ها؛ و نظم‌بخشی به رفتار، گرفتن پس‌آزمون

یافته‌ها

دانشجو به بالا بودند. وضعیت تأهل، ۱۲/۵ درصد مطلقه، ۳۷/۵ متأهل و ۵۰/۰ درصد مجرد بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال ۲۹/۲ درصد محصل، ۴۱/۶ درصد بیکار و ۲۹/۲ درصد شاغل هستند. علت اقدام به خودکشی ۸/۳ درصد خیانت همسر، ۴۱/۷ درصد شکست عاطفی و ۵۰ درصد به دلیل تعارضات و مشاجره با خانواده بود.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۳/۵۶ سال (انحراف معیار=۴/۰۷۳) بود. از لحاظ تحصیلات ۱۶/۸ درصد در مقطع راهنمایی؛ ۴/۲ درصد در مقطع دبیرستان، ۲۹/۲ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۵۰/۰ درصد

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و ویژگی‌های توزیع نمرات گروه‌ها در ابعاد خودشناسی

گروه / متغیر / آزمون	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
تعهد و پذیرش				
خودشناسی تأملی				
پیش‌آزمون	۷/۰۰	۳/۲۴۷	۱/۰۵۱	-۰/۳۶۳
جلسه چهارم	۱۱/۲۵	۲/۰۵۰	۱/۱۱۱	-۰/۵۷۹
پس‌آزمون	۱۳/۱۷	۲/۴۰۶	۲/۳۵۱	۶/۵۰۹
پیگیری	۱۱/۷۵	۲/۳۷۹	۲/۹۸۱	۹/۶۶۲
تجربی				
پیش‌آزمون	۶/۸۳	۱/۹۹۲	۰/۶۸۸	-۰/۱۴۶
جلسه چهارم	۱۱/۸۳	۱/۹۴۶	-۰/۱۶۴	-۰/۰۹۲
پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۰/۷۶۴
پیگیری	۱۴/۹۲	۱/۵۰۵	-۰/۰۲۴	۱/۴۸۶
یکپارچه‌کردن				
پیش‌آزمون	۷/۹۲	۲/۱۹۳	۰/۲۹۲	-۰/۰۶۴
جلسه چهارم	۱۶/۵۸	۲/۶۱۰	۰/۳۱۱	۰/۳۲۱
پس‌آزمون	۲۱/۱۷	۲/۱۲۵	۰/۲۹۴	۲/۲۸۱
پیگیری	۱۹/۰۸	۲/۷۱۲	-۰/۴۷۷	-۰/۷۳۱
یکپارچه نگر				
خودشناسی تأملی				
پیش‌آزمون	۵/۵۸	۲/۹۳۷	۱/۲۹۳	-۰/۷۵۵
جلسه چهارم	۱۱/۰۰	۱/۹۵۴	-۱/۶۶۷	۳/۲۹۵
پس‌آزمون	۱۳/۰۸	۱/۴۴۳	-۱/۶۰۷	-۰/۴۵۵
پیگیری	۱۲/۰۰	۱/۶۵۱	۰/۲۹۱	-۰/۸۵۶
تجربی				
پیش‌آزمون	۵/۹۲	۱/۳۷۹	-۰/۳۲۳	۰/۲۹۱۵
جلسه چهارم	۱۲/۸۳	۳/۰۹۹	۰/۹۵۶	-۰/۳۸۸
پس‌آزمون	۱۷/۵۰	۲/۰۳۳	-۰/۵۹۳	-۱/۲۳۰
پیگیری	۱۵/۸۳	۲/۰۲۸	-۰/۰۴۰	-۱/۶۰۷
یکپارچه‌کردن				
پیش‌آزمون	۷/۹۲	۲/۳۱۴	۰/۸۶۰	-۲/۴۸
جلسه چهارم	۱۶/۷۵	۴/۳۹۳	۰/۳۱۷	۱/۸۵۸
پس‌آزمون	۲۲/۲۵	۲/۰۹۴	-۱/۶۰۸	۲/۷۳۳
پیگیری	۲۰/۰۸	۲/۱۰۹	-۱/۱۷۸	۲/۲۵۱

آماره لیون در ابعاد خودشناسی معنی دار نیست (یکسانی واریانس‌ها اتفاق افتاده است). مقدار آزمون باکس نیز معنی دار نیست (یکسانی کواریانس بین متغیرهای وابسته تشکیل دهنده گروه‌های متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد)، اما مقدار آزمون کرویت ماخلی معنی دار است، لذا مقدار اصلاح شده گرینهاوس-گایسر مورد اسناد قرار می‌گیرد. نمرات پرت تک متغیری و چند متغیری شناسائی و به طور موردی از تحلیل کنار گذاشته شدند. نتایج آزمون چند متغیری حاکی از این هست که ترکیب متغیرهای مستقل و زمان آزمون در ابعاد خودشناسی انسجامی معنی دار ($F_{(8,11)} = 129/592, P < 0/001, \eta^2 = 994$) اما در تعامل گروه با زمان ($F_{(8,11)} = 0/228, P < 0/987, \eta^2 = 0/238$) معنی دار نیستند.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی و نمرات گروه‌ها در ابعاد خودشناسی انسجامی را نشان می‌دهد. در داخل دو گروه میانگین‌ها افزایش چشمگیری نشان می‌دهند؛ اما در بین گروه‌ها تفاوت‌هایی وجود دارد. میزان کجی و کشیدگی نمرات در هر دو گروه در ابعاد خودشناسی انسجامی خارج از دو دامنه انحراف معیار است. نمرات پرت و دورافتاده پیش از آزمون فرضیه، به طور موردی از تحلیل کنار گذاشته شدند. همان طور که **جدول ۴** نشان می‌دهد توزیع نمرات پیش آزمون و پیگیری گروه تعهد و پذیرش در مؤلفه خودتاملی نمرات گروه یکپارچه‌نگر در نمرات پیش آزمون، جلسه چهارم و درمؤلفه یکپارچه کردن در پس آزمون، در آزمون شاپیرو - ویلک در هر دو گروه معنی دار نیست. در سایر موارد، توزیع تک متغیری نمرات نرمال است. مقدار

جدول ۴. پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته در ابعاد خودشناسی انسجامی

گروه / متغیر / آزمون	شاپیرو	لیون	معنی داری	باکس	معنی داری	ماخلی	معنی داری
تعهد و پذیرش							
خودتاملی							
پیش آزمون	0/861	1/056	0/050	103/291	0/321	0/001	0/001
جلسه چهارم	0/878	0/183	0/084	0/675	0/126		
پس آزمون	0/714	1/167	0/001	0/298			
پیگیری	0/576	2/895	0/001	0/111			
تجربی							
پیش آزمون	0/929	2/356	0/368	0/147			
جلسه چهارم	0/955	2/479	0/704	0/138			
پس آزمون	0/906	3/395	0/187	0/087			
پیگیری	0/906	3/904	0/190	0/068			
یکپارچه کردن							
پیش آزمون	0/974	0/137	0/951	0/717			
جلسه چهارم	0/934	3/065	0/420	0/102			
پس آزمون	0/890	1/570	0/119	0/231			
پیگیری	0/925	1/014	0/334	0/908			
یکپارچه کردن							
خودتاملی							
پیش آزمون	0/829		0/020				
جلسه چهارم	0/822		0/022				
پس آزمون	0/929		0/370				
پیگیری	0/927		0/350				
تجربی							
پیش آزمون	0/910		0/213				
جلسه چهارم	0/902		0/170				
پس آزمون	0/867		0/059				
پیگیری	0/939		0/481				
یکپارچه کردن							
پیش آزمون	0/881		0/091				
جلسه چهارم	0/958		0/200				
پس آزمون	0/816		0/014				
پیگیری	0/908		0/201				

جدول ۵. تحلیل واریانس چندمتغیری اثر زمان آزمون بر تعامل زمان و گروه در ابعاد خودشناسی

منابع تغییرات	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	معنی داری	اندازه اثر
زمان	اثر هاتلینگ	0/006	129/592	8	11	0/001	0/994
گروه*زمان	اثر هاتلینگ	0/313	0/228	8	11	0/987	0/238

جدول ۶. تحلیل واریانس اثرات درون گروهی زمان و تعامل زمان و گروه در ابعاد خودشناسی

منابع تغییرات	آزمون	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	اندازه اثر
زمان	گرینهاوس-گایسر	۵۵۶۹/۳۲۷	۴/۰۰۴	۱۳۹۰/۷۹۱	۱۲۹/۳۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
گروه*زمان	گرینهاوس-گایسر	۱۲/۸۲۷	۴/۰۰۴	۳/۲۰۳	۰/۲۹۸	۰/۸۷۹	۰/۰۱۶
خطا	گرینهاوس-گایسر	۷۷۴/۹۱۱	۷۲/۰۸	۱۰/۷۵۱			

جدول ۷. مقایسه‌های درون گروهی اثربخشی درمانها برنمرات ابعاد خودشناسی به تفکیک گروه و زمان

گروه (I) زمان	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	معنی داری
تعهد و پذیرش			
خودتاملی ۱			
خودتاملی ۲	-۴/۵۵۶	۱/۰۷۹	۰/۰۳۴
خودتاملی ۳	-۶/۳۳۳	۱/۰۹۶	۰/۰۰۱
خودتاملی ۴	-۴/۶۶۷	۱/۰۴۱	۰/۰۱۹
خودتاملی ۲			
خودتاملی ۳	-۱/۷۷۸	۰/۶۹۲	۱/۰۰۰
خودتاملی ۴	-۱/۱۱۱	۰/۷۳۹	۱/۰۰۰
خودتاملی ۳			
خودتاملی ۴	۱/۶۶۷	۰/۳۳۰	۰/۰۰۵
تجربی ۱			
تجربی ۲	-۵/۴۴۴	۰/۹۱۲	۰/۰۰۱
تجربی ۳	۹/۸۸۹	۰/۶۸۱	۰/۰۰۱
تجربی ۴	-۸/۵۵۶	۰/۶۵۳	۰/۰۰۱
تجربی ۲			
تجربی ۳	-۴/۴۴۴	۱/۰۴۰	۰/۰۳۰
تجربی ۴	-۳/۱۱۱	۱/۰۱۴	۰/۴۴۷
تجربی ۳			
تجربی ۴	۱/۳۳۳	۰/۴۴۶	۰/۵۱۷
یکپارچه کردن ۱			
یکپارچه کردن ۲	-۸/۶۶۷	۰/۷۰۵	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۳	-۱۴/۰۰۰	۱/۰۲۰	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۴	-۱۲/۰۰۰	۱/۰۲۱	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۲			
یکپارچه کردن ۳	-۵/۳۳۳	۱/۳۵۶	۰/۰۶۴
یکپارچه کردن ۴	-۳/۳۳۳	۱/۲۹۱	۱/۰۰۰
یکپارچه کردن ۳			
یکپارچه کردن ۴	۲/۰۰۰	۰/۴۴۶	۰/۰۱۹
یک پارچه نگر			
خودتاملی ۱			
خودتاملی ۲	-۵/۳۶۴	۰/۹۷۶	۰/۰۰۲
خودتاملی ۳	-۷/۳۶۴	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱
خودتاملی ۴	-۶/۱۸۲	۰/۹۴۲	۰/۰۰۱
خودتاملی ۲			
خودتاملی ۳	-۲/۰۰۰	۰/۶۲۶	۰/۳۳۱
خودتاملی ۴	-۸/۱۸۱	۰/۶۶۹	۱/۰۰۰
خودتاملی ۳			
خودتاملی ۴	۱/۱۸۲	۰/۲۹۸	۰/۰۶۱
تجربی ۱			
تجربی ۲	-۶/۳۶۴	۰/۸۲۵	۰/۰۰۱
تجربی ۳	-۱۱/۲۷۳	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱
تجربی ۴	-۹/۵۴۵	۰/۵۸۱	۰/۰۰۱
تجربی ۲			
تجربی ۳	-۴/۹۰۹	۰/۹۴۰	۰/۰۰۴
تجربی ۴	-۳/۱۸۲	۰/۹۱۷	۰/۱۸۱
تجربی ۳			
تجربی ۴	۱/۷۲۷	۰/۴۰۳	۰/۰۲۹
یکپارچه کردن ۱			
یکپارچه کردن ۲	-۸/۳۶۴	۰/۶۳۸	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۳	-۱۴/۳۶۴	۰/۹۲۳	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۴	-۱۲/۰۹۱	۰/۹۲۴	۰/۰۰۱
یکپارچه کردن ۲			
یکپارچه کردن ۳	-۶/۰۰۰	۱/۲۲۷	۰/۰۰۸
یکپارچه کردن ۴	-۳/۷۲۷	۱/۱۶۸	۰/۳۳۴
یکپارچه کردن ۳			
یکپارچه کردن ۴	۲/۲۷۳	۰/۴۰۳	۰/۰۰۲

جدول ۸. مقایسه‌های درون گروهی اثربخشی رویکردها برنمرات کل خودشناسی به تفکیک گروه و زمان

معنی‌داری	خطای معیار	تفاوت میانگین (I-J)	زمان (I) زمان (J)	تعهد و پذیرش
				پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱/۹۵۲	-۱۸/۴۰۰	جلسه چهارم	
۰/۰۰۱	۲/۰۴۶	-۲۹/۷۰۰	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۲/۰۱۳	-۲۴/۸۰۰	پیگیری	
				جلسه چهارم
۰/۰۰۱	۲/۵۲۲	-۱۱/۳۰۰	پس‌آزمون	
۰/۰۷۷	۲/۳۴۲	-۶/۴۰۰	پیگیری	
				پس‌آزمون
۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۴/۹۰۰	پیگیری	
				یک پارچه نگر
				پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱/۷۸۲	-۲۱/۱۶۷	جلسه چهارم	
۰/۰۰۱	۱/۸۶۸	-۳۳/۴۱۷	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۸۳۸	-۲۸/۵۰۰	پیگیری	
				جلسه چهارم
۰/۰۰۱	۲/۳۰۲	-۱۲/۲۵۰	پس‌آزمون	
۰/۰۱۶	۲/۱۳۸	-۷/۳۳۳	پیگیری	
				پس‌آزمون
۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	۴/۹۱۷	پیگیری	

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و رویکرد یکپارچه نگر بر خودشناسی انسجامی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد هر دو مداخله درمانی بر خودشناسی انسجامی و ابعاد آن در افراد اقدام‌کننده به خودکشی اثر معناداری داشته است اما رویکرد یکپارچه نگر باعث افزایش بیشتر نمرات خودشناسی انسجامی شده است به عبارتی رویکرد یکپارچه نگر در مقایسه با روان‌درمانی تعهد و پذیرش تأثیر گذار تر بوده است.

نگاه دقیق‌تر به نتایج این پژوهش نشان داد که رویکرد یکپارچه نگر بر تمام ابعاد خودشناسی انسجامی، خودشناسی تجربی، خودشناسی انسجامی و خودشناسی تأملی مؤثر بوده است. در جستجوی ادبیات پژوهشی مربوطه تا آن‌جا که برای پژوهشگر مقدور بود، هیچ مطالعه‌ای که در آن اثربخشی رویکرد یکپارچه نگر بر خودشناسی انسجامی و ابعاد آن بررسی شده باشد نه در منابع انگلیسی و نه در منابع فارسی مشاهده نشد. این یافته را می‌توان با پیشینه‌ی نظری موجود و بخش‌هایی از یافته‌های مطالعه گلدستون [۳۰] ویتال [۳۱] اکبری [۳۸] همسو دانست. در تبیین این یافته می‌توان اظهار نمود که هرگونه اشکال و نقص در انسجام خود و خودنظم دهی می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب پذیر سازد [۸]. افسردگی و ناامیدی از جمله علایم مهم در کار با افراد اقدام‌کننده به خودکشی به شمار می‌روند. این افراد با تجارب منفی درونی از قبیل، افکار و احساسات ناکارآمد، گرفتاری زندگی‌شان را غیرقابل تحمل می‌دانند و اعتقاد دارند که امید به نظم بخشی و انسجام آن نیست؛ بنابراین، منفی‌گرایی و ناامیدی درباره آینده به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره خود، دنیا و دیگران عامل مهمی است که موجب رفتارهای مربوط به خودکشی آن‌ها می‌گردد. در خودشناسی انسجامی فرد از طریق

نتایج تحلیل واریانس آمیخته با شاخص اصلاح گرینهاوس-گایسر حاکی از این است که بین گروه‌ها در زمان آزمون با نمرات ابعاد خودشناسی انسجامی تفاوت معنی‌دار ($\eta^2 = 0.994$, $P < 0.001$, $F_{(8,111)} = 129.592$) اما در تعامل گروه با زمان ($\eta^2 = 0.016$, $P < 0.879$, $F_{(8,111)} = 0.016$) معنی‌دار نیستند؛ به عبارت دیگر، چنین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو رویکرد در افزایش میزان خودشناسی انسجامی اثر معنی‌داری دارند، اما بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهند که در گروه تعهد و پذیرش، میزان مؤلفه خودتأملی از زمان شروع درمان (۶/۳۳) تا پیگیری (۱۱/۰۰)، مؤلفه خودشناسی تجربی از شروع (۶/۳۳) تا پیگیری (۱۴/۸۹) و مؤلفه یکپارچه‌کردن از ابتدا (۷/۴۴) تا پیگیری (۱۹/۴۴) به طور معنی‌داری افزایش یافته است. همچنین در گروه یکپارچه نگر، نمرات مؤلفه خودتأملی از زمان شروع درمان (۵/۷۳) تا پیگیری (۱۱/۹۱)، از شروع مؤلفه خودشناسی تجربی (۶/۰۰) تا پیگیری (۱۵/۵۵) و از شروع مؤلفه یکپارچه‌کردن (۷/۷۳) تا پیگیری (۱۹/۸۲) به طور معنی‌داری افزایش یافته است. به طور کلی، هر دو درمان مؤثر هستند، اما میانگین افزایش نمرات در گروه یکپارچه‌نگر قدری بیشتر از گروه درمان تعهد و پذیرش است.

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهند که در گروه تعهد و پذیرش، نمره کل خودشناسی انسجامی از زمان شروع درمان (۲۱/۰۰) تا پیگیری (۴۵/۸۰) به طور معنی‌داری افزایش یافته است. همچنین در گروه رویکرد یکپارچه‌نگر نیز از زمان پیش‌آزمون (۱۹/۴۲) تا پیگیری (۴۷/۹۲) میزان خودشناسی انسجامی به طور معنی‌داری افزایش یافته است. به طور کلی، هر دو درمان مؤثر هستند، اما میانگین افزایش نمرات در گروه یکپارچه‌نگر در قدری بیشتر از گروه درمان تعهد و پذیرش است.

گرفتن اینجا و اکنون است. با آموزش این تکنیک‌ها و راهبردها اقدام کنندگان به خودکشی یاد می‌گیرند با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند و در راستای آن گام بردارند. این درمان مبتنی بر هوشیاری فراگیر یا ذهن آگاهی است. در این درمان افراد بدون سعی و تلاش جهت کنترل افکار و احساسات خود به آن‌ها اجازه می‌دهند که در ذهن رفت و آمد کنند و این راهبرد می‌تواند موجب افزایش تحمل وقایع و احساسات منفی شود. در واقع این نوع مداخله به اقدام کنندگان به خودکشی آموزش می‌دهد که چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده ی یاس و خودکشی رهایی یابند و رویدادهای دورنی را به جای کنترل بپذیرند و اهداف و ارزش‌هایشان را روشن کنند و به آنها بپردازند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم وجود گروه کنترل (زیرا اقدام به خودکشی از موارد اورژانس روانپزشکی می‌باشد که اقدامات روان درمانی فوری ضروری می‌باشد. در این راستا بخش اعصاب و روان بیمارستان‌ها دارای کادر روانشناسان بالینی می‌باشند که بلافاصله پس از بستری بیماران خودکشی گرا مداخلات روان درمانی را شروع می‌نمایند و با توجه به اینکه گروه کنترل نباید هیچ مداخله‌ای دریافت کنند لذا طبق اصول پژوهشی و اخلاق حرفه‌ای اخذ گروه کنترل ممکن نبود)، محدود بودن جامعه آماری به افراد اقدام کننده به خودکشی بیمارستان‌های استان خراسان شمالی، اشاره نمود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی با تمرکز بر مرتفع نمودن محدودیت‌های تحقیق حاضر و شناسایی سایر عوامل روانشناختی مؤثر بر خودکشی افراد اقدام کننده به خودکشی انجام بپذیرد.

نتیجه گیری

در مجموع، یافته‌های مطالعه حاضر به خوبی نشان می‌دهد که با اجرای دو رویکرد درمانی نظیر روان‌درمانی پذیرش و تعهد و رویکرد یکپارچه نگر می‌توان خودشناسی انسجامی و مؤلفه‌های آن را در افراد اقدام کننده به خودکشی تا حد زیادی بهبود بخشید. این درمان‌ها افراد را قادر می‌سازد که در روند خودشناسی و خودنظم دهی نقش فعالی داشته باشند که این ویژگی علاوه بر اینکه تأثیرات بسیار مفیدی بر روند درمان افسردگی، خودکشی‌گرایی و در نتیجه افزایش سلامت روان آنها دارد، هزینه‌های درمانی را نیز کاهش می‌دهد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر مقاله استخراج شده از پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد بیرجند می‌باشد که با رعایت کلیه اصول اخلاق پژوهش و با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد اخلاق IR.USWR.REC.1399.244 و با همکاری و مشارکت کارکنان محترم آموزش، اورژانس و بخش اعصاب و روان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و امام حسن (ع) انجام گرفت که پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی اشخاص حقیقی و حقوقی و شرکت کنندگان در پژوهش که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند اعلام می‌دارند.

References

- Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F. Prevalence of Psychiatric disorders in children and

فرایندهای شناختی به تجزیه و تحلیل تجربه‌های شخصی پرداخته و به دنبال آن، طرح‌های ذهنی پیچیده‌تری در او شکل می‌گیرد که دستیابی به سلامت روان را تسهیل می‌کند [۳۹]. براساس مطالعه اکبری و همکاران [۳۸] بین خودشناسی انسجامی و خودکشی رابطه منفی و معناداری وجود دارد به عبارتی هرچه فرد خودآگاهی انسجامی بیشتری داشته باشد احتمال اقدام به خودکشی در او کمتر می‌شود. در این زمینه، رویکرد یکپارچه نگر با آموزش رابطه درمانی، امید و انتظار درمانی، افزایش آگاهی و نظم‌بخشی رفتار باعث یکپارچه شدن تجربه‌ی حال و گذشته و افزایش خودشناسی انسجامی می‌شود که در نتیجه، با افزایش ظرفیت فهم تجربه‌های منفی درونی به شکلی سازمان یافته و منسجم، به منظور نظم‌بخشیدن به خود این امکان فراهم می‌کند که افراد خودکشی گرا مناسب‌ترین افکار، هیجانات و رفتارها را برای رسیدن به نتایج مطلوب در زندگی‌شان شناسایی و انتخاب کنند. با استفاده از رویکرد یکپارچه، بین سه بعد اساسی افکار، هیجان و رفتار تعادل برقرار می‌شود. در این راستا می‌توان گفت خودشناسی می‌تواند نقش موثری در سلامت روان و توانمندسازی بیماران خودکشی گرا داشته باشد. خودشناسی بر پایه دیدگاه خود نظم دهی، کنش‌وری بی‌همتایی در بقا دارد، زیرا در بین شناخت‌های ذخیره شده ما، تنها موضوع شناختی است که فرد برای بقا خود باید به نظم دهی مداوم آن بپردازد، از این رو هر اندازه خودشناسی بیشتر باشد، سازش یافتگی روانی بیشتر است و آسیب‌های روان شناختی همراه با آن کاهش می‌یابد [۴۰].

افزون براین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد روان‌درمانی پذیرش و تعهد تأثیر معناداری در افزایش نمرات خودشناسی انسجامی و ابعاد آن داشته است. در جستجوی ادبیات پژوهشی مربوطه تا آن‌جا که برای پژوهشگر مقدور بود، هیچ مطالعه‌ای که در آن اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد بر ابعاد خودشناسی انسجامی خودشناسی تجربی، خودشناسی انسجامی و خودشناسی تأملی بررسی شده باشد نه در منابع انگلیسی و نه در منابع فارسی یافت نشد. این یافته را می‌توان با پیشینه‌ی نظری موجود و بخش‌هایی از یافته‌های مطالعات پیشین سیافی و همکاران [۲۹] همسو دانست. درخصوص اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد بر افزایش خودشناسی انسجامی باید گفت خودنظم دهی عامل مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی افراد دارد. خودشناسی انسجامی متغیری است که در سطح درون فردی نقشی هماهنگ کننده ایفا کرده و با پردازش اطلاعات مختلف مرتبط با خود فرد موجب انسجام در سطح سیستم روان شناختی می‌شود. در این راستا، در روان‌درمانی تعهد و پذیرش هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است هرچه توانایی ما برای هوشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل مبتنی بر ارزش‌هایمان بالاتر باشد کیفیت زندگی ما هم بالاتر خواهد بود چراکه می‌توانیم با مشکلات و چالش‌هایی که به‌ناچار زندگی با خود دارد، بهتر پاسخ دهیم همچنین از طریق درگیر شدن کامل با زندگی و اجازه دادن به اینکه ارزش‌هایمان ما را هدایت کنند می‌توانیم حس معنا داشتن و هدفمندی را در خودمان بیشتر کنیم و حس سرزندگی را تجربه کنیم [۴۱، ۴۲]. سرزندگی حسی از کاملاً زنده‌بودن و در آغوش

- adolescents of North Khorasan province, Iran. (Persian). *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2018;10(1):117-127.

2. Pordelan N, Hosseinian S, Heydari H, Khalijian S, Khorrami M. Consequences of teleworking using the internet among married working women: Educational careers investigation. *Educ Inf Technol (Dordr)*. 2022;**27**(3):4277-4299. **DOI:** [10.1007/s10639-021-10788-6](https://doi.org/10.1007/s10639-021-10788-6) **PMID:** [34720658](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34720658/)
3. Vadlamani LN, Gowda M. Practical implications of Mental Healthcare Act 2017: Suicide and suicide attempt. *Indian J Psychiatry*. 2019;**61**(Suppl 4):S750-S755. **DOI:** [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_116_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_116_19) **PMID:** [31040468](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31040468/)
4. World Health Organization. Preventing Suicide: a Global Imperative. World Health Organization: Geneva, Switzerland 2014. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10.1016/j.comppsy.2018.11.003>
5. Khadem Rezaian M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati S, Okhravi N. Epidemiology of Suicide Attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015. *Iran J Epidemiol*. 2017;**13**(2):128-135.
6. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>.
7. Zeifman RJ, Ip J, Antony MM, Kuo JR. On loving thyself: Exploring the association between self-compassion, self-reported suicidal behaviors, and implicit suicidality among college students. *J Am Coll Health*. 2021;**69**(4):396-403. **DOI:** [10.1080/07448481.2019.1679154](https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1679154) **PMID:** [31662050](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31662050/)
8. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Analyzing the Path between Positive Psychological Functions among Mothers of Children Cerebral Palsy. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2019;**10**(4):28-39.
9. Abbasi M, Ghorbani N, Imani AH, Tahbaz Hoseinzadeh S. Exploring the mediating role of integrative self-knowledge in the relationship between mindfulness and well-being in the context of a mindfulness-based stress reduction program. *Int J Psychol*. 2021;**56**(2):249-256. **DOI:** [10.1002/ijop.12705](https://doi.org/10.1002/ijop.12705) **PMID:** [32975848](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975848/)
10. Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative Self-Knowledge Scale: correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *J Psychol*. 2008;**142**(4):395-412. **DOI:** [10.3200/JRPL.142.4.395-412](https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412) **PMID:** [18792651](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18792651/)
11. Keyhan J, Ahangari Andariyan N. Causal relationship between integrative self-knowledge, identity styles and academic achievement among students. *Appl Psychol Res Quarter*. 2018;**8**(4):109-125. **DOI:** [10.22059/japr.2018.65668](https://doi.org/10.22059/japr.2018.65668)
12. Ghorbani N, Watson PJ. Two facets of Self-Knowledge, the Five-Factor model, and promotions among Iranian managers. *Soc Behav Personal*. 2004;**2**(8):769-776. **DOI:** [10.2224/sbp.2004.32.8.769](https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.8.769)
13. Besharat M, Bazzazian S, Ghorbani N, Asghari M. Predicting Children's Integrative Self-Knowledge in Terms of Parenting Characteristics of Parents. *J Famil Res*. 2014;**10**(1):65-78.
14. Hajifathali F, Ghorbani N, Rostami R. The Relationship Between Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self-Control, and Mental Health Parameters. *Proposit Represent*. 2021;**9**(SPE3):1277. **DOI:** [10.20511/pyr2021.v9nSPE3.1277](https://doi.org/10.20511/pyr2021.v9nSPE3.1277)
15. Behjati Z, Saeedi Z, Noorbala F, Enjedani E, Aghaie Meybodi F. Integrative Self-Knowledge and Mental Health. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;**30**:705-708. **DOI:** [10.1016/j.sbspro.2011.10.137](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.137)
16. Salehmirhassani V, Ghorbani N, Alipour A, Farzad V. The mediating role self-knowledge process (integrative self-knowledge and mindfulness) and self control in regulating of relationship between perceived and objective stress and anxiety, depression, and physical symptoms. *RPH*. 2016;**10**(3):1-15.
17. Sadri Damirchi E, Mansoori B, Khodayi Kheyavi S. Comparison of e Coherence Self-knowledge and Alexithymia in Normal and Divorce Male Students. *J Psychol Stud*. 2018;**13**(4):77-92. **DOI:** [10.22051/psy.2018.14433.1361](https://doi.org/10.22051/psy.2018.14433.1361)
18. Lou Y, Lei Y, Mei Y, Leppanen PHT, Li H. Review of Abnormal Self-Knowledge in Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry*. 2019;**10**:130. **DOI:** [10.3389/fpsy.2019.00130](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00130) **PMID:** [30984035](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30984035/)
19. Park CHK, Lee JW, Lee SY, Moon JJ, Jeon DW, Shim SH, et al. The Korean Cohort for the Model Predicting a Suicide and Suicide-related Behavior: Study rationale, methodology, and baseline sample characteristics of a long-term, large-scale, multi-center, prospective, naturalistic, observational cohort study. *Compr Psychiatry*. 2019;**88**:29-38. **DOI:** [10.1016/j.comppsy.2018.11.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.003) **PMID:** [30468986](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30468986/)
20. Ghahremanlou H, Khorrami M, Seedy shokhmzar S, Ashrafi S. [Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Attachment Styles and Coping Strategies among Mothers of Children with Mental Retardation and Motor Disability]. *J Clin Psychol*. 2021;**13**(3).
21. Mafakheri A, Ashrafi S, Khorrami M. A Structural Model of the Relationship between Body Image Concern and Obsessive Beliefs with Body Management in People Seeking Cosmetic Surgery. *Quarter J Health Psychol*. 2021;**10**(38):121-140. **DOI:** [10.30473/hpj.2021.55499.4964](https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55499.4964)
22. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2020;**12**(1):63-72.
23. Namvar M, Khorrami M, Noorollahi A, pournemat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS), Bojnurd, Iran. *Psychol Except Individ*. 2020;**10**(39):179-200. **DOI:** [10.22054/jpe.2021.45321.2037](https://doi.org/10.22054/jpe.2021.45321.2037)
24. Franz PJ, Kleiman EM, Nock MK. Reappraisal and suppression each moderate the association between stress and suicidal ideation: preliminary evidence from a daily diary study. *Cognit Therap Res*. 2021:1-8. **DOI:** [10.1007/s10608-021-10214-8](https://doi.org/10.1007/s10608-021-10214-8)
25. Burian H, Boge K, Burian R, Burns A, Nguyen MH, Ohse L, et al. Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *J Psychosom Res*. 2021;**143**:110374. **DOI:** [10.1016/j.jpsychores.2021.110374](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374) **PMID:** [33571859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33571859/)
26. Golestanifar S, DashtBozorgi Z. The Effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Aging Psychol*. 2020;**6**(3):191-203. **DOI:** [10.22126/jap.2020.5748.1470](https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470)
27. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varaste A. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *Sci J Ilam Univ Med Sci*. 2018;**26**(3):158-168. **DOI:** [10.29252/sjimu.26.3.158](https://doi.org/10.29252/sjimu.26.3.158)
28. Montazernia B, Kooshki S, Oraki M, Mirzaian B. Comparing The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy Skills Training (DBT-ST) on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Type II Diabetes. *Iran J Health Psychol*. 2021;**4**(1):33-48. **DOI:** [10.30473/ijohp.2021.53981.1102](https://doi.org/10.30473/ijohp.2021.53981.1102)
29. Sayafi S, Sotodh asl N, Ebrahimi Varkiyani M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Care to Coronary Artery Disease Patients. *J Psychol Stud*. 2020;**16**(3):135-150. **DOI:** [10.22051/psy.2020.31600.2248](https://doi.org/10.22051/psy.2020.31600.2248)
30. Goldston DB, Curry JF, Wells KC, Kaminer Y, Daniel SS, Esposito-Smythers C, et al. Feasibility of an Integrated Treatment Approach for Youth with Depression, Suicide Attempts, and Substance Use Problems. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2021;**6**(2):155-172. **DOI:** [10.1080/23794925.2021.1888664](https://doi.org/10.1080/23794925.2021.1888664) **PMID:** [35692895](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35692895/)
31. Vitale A, Byma L, Sun S, Podolak E, Wang Z, Alter S, et al. Effectiveness of Complementary and Integrative Approaches in Promoting Engagement and Overall Wellness Toward Suicide Prevention in Veterans. *J Altern Complement Med*. 2021;**27**(S1):S14-S27. **DOI:** [10.1089/acm.2020.0245](https://doi.org/10.1089/acm.2020.0245) **PMID:** [33788604](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788604/)

32. Lyons R, Panza KE, Helm J, Angkaw AC, Straus E, Norman SB. Psychosocial functioning in integrated treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. *J Psychiatr Res.* 2021;**142**:40-47. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.036 PMID: 34314993
33. Vaziri S, Lotfi Kashani F. The four factor approach in psychotherapy: Foundations and Achievements. *Thought Behav Clinic Psychol.* 2015;**10**(35):77-87.
34. Soleimannejad H, Poursharifi H, Mohammadzadeh J, Sayemiri K. Effectiveness of an Integrative Protocol in Reducing the Negative Attitude Towards Problem Solving as a Determinant of Suicidality Among Teenagers and Youth 15-24 Years Old in Ilam, Iran. *SJSPH.* 2019;**17**(1):15-28.
35. Scheeff J, Jusyte A, Schonenberg M. Investigating social-contextual determinants of cooperation in incarcerated violent offenders. *Sci Rep.* 2018;**8**(1):17204. DOI: 10.1038/s41598-018-35450-z PMID: 30464182
36. Tahbaz Hoseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi M. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people: Contemporary Psychology. 2011;**6**(2):35-44.
37. Harris R, Penet C, Milleville L. Passez à l'ACT: pratique de la thérapie, d'acceptation et d'engagement. Brussels, de boeck2012.
38. Akbari A, Tizdast T. The Relationship between integrative Self-knowledge, Mindfulness, Defense Mechanism with the Possibility of Suicide among Students. *J Appl Psychol Behav Sci.* 2017;**2**(4):196-202.
39. Rostami M, Ghzelsefo M, Mohamad H, Ghorbani M. The Role of Self-Compassion, and Self-Identity in Mental Health. *J Excellence Counsel Psychotherap.* 2015;**4**(15):30-44.
40. Esmaeili M, Ahmadi Z. Study of mental health model, integrative self-knowledge and personality traits moderating self-compassion in university students. *Achiev Clinic Psychol.* 2018;**3**(4):341-360. DOI: 10.22055/jacp.2021.35479.1167
41. Harris R. ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger2009.
42. Ghorbani N, Watson PJ, Farhadi M, Chen Z. A multi-process model of self-regulation: influences of mindfulness, integrative self-knowledge and self-control in Iran. *Int J Psychol.* 2014;**49**(2):115-122. DOI: 10.1002/ijop.12033 PMID: 24811882