اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر

معصومه خزائی پول[1]، دکتر کامیان خزائی[2]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد چالوس، چالوس، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد چالوس، چالوس، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۱۴۴-۱۳۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۹/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۵

چکیده

هدف این پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر بود. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر در سال ۱۳۹۷ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۴۰ نفر از آنان در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند؛ در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار گروه‌درمانی قرار داشتند. از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌کاررفته در این پژوهش می‌تواند آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر را بهبود بخشد. بر اساس نتایج، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آسیب‌پذیری روان‌شناختی، نوجوان.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای با شروع و طول مدت متغیر، بین کودکی و بزرگ‌سالی است که ازجمله مشکلات آن‌ها می‌توان به مشکلات جنسی (اگبی، اوگوستینا، ایتیتا و پارتریک[1]، ۲۰۲۰)، ناتوانی در تنظیم هیجانات (اسچویزر، گوتلیب و بالکمور[2]، ۲۰۲۰)، ناامیدی (بریس، الکساندر، فراسر و فابس[3]، ۲۰۲۰)، ناتوانی در دوست‌یابی (بنر، هائو و جکسون[4]، ۲۰۲۰)، رفتارهای پرخطر و مصرف مواد مخدر (میوتون[5] و همکاران، ۲۰۲۰) اشاره کرد. افزون بر چنین مشکلاتی، یکی دیگر از مشکلات نوجوانان در این سنین بالا بودن آسیب-پذیری‌های روان‌شناختی ازجمله علائم اضطرابی و افسردگی در نوجوانان است (گوندر، نایدو و تیلور[6]، ۲۰۲۰). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[7] سلامتی صرفاً به معنای نداشتن بیماری نیست. بلکه سلامتی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف‌شده است. به‌عبارتی‌دیگر سلامت روانی به‌عنوان نداشتن افسردگی و نبود اختلال اضطراب در افراد و دارا بودن بهزیستی تعریف‌شده است (استانیسزوسکا[8] و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب یکی از هیجانات اساسی انسان است که در واکنش به بخشی از هیجانات و حالات فیزیولوژیکی انسان به وجود می‌آید و مسئول آگاه کردن ارگانسیم برای وجود یک خطر قریب‌الوقوع است (دورادو[9] و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم[10] (DSM-5) افسردگی اساسی به‌عنوان خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکردها، ناشی نبودن آن از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمی و توجیه نشدن آن با اختلالات روان‌پریشی دیگر بهتر تعریف و توصیف‌شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[11]، ۲۰۱۳). یکی از درمان‌های موج سوم که کارآمدی خود را مشکلات روان‌شناختی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان ازجمله اضطراب آنان را نشان داده است، درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد است (اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان شناختی موج سوم[12] که توسط هیز[13] توسعه داده‌شده است که اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند. در این درمان، ذهن‌آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد. پذیرش به انجام

1. Egbe, Augustina, Itita, Patrick & Bassey
2. Schweizer, Gotlib & Blakemore
3. Bryce, Alexander, Fraser & Fabes
4. Benner, Hou & Jackson
5. Mewton
6. Govender, Naidoo & Taylor
7. World Health Organization
8. Staniszewska
9. Dourado
10. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
11. American Psychiatric Association
12. third-wave cognitive therapy
13. Hayes

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل[1]) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار[2] و هیجانات[3]) بدون تغییر[4]، اجتناب[5] یا کنترل[6] آن‌ها اشاره دارد. درنهایت اصول رفتاری برای شفاف‌سازی ارزش‌های شخصی‌مان و انجام اقدامات منتهی به دستیابی به هدف استفاده می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از پولاکاناهو[7] و همکاران، ۲۰۱۹)..

درمان مبتنی پذیرش و تعهد رویکردی فرایندمدار است که به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود که در کاهش استرس و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای نیز به کار گرفته‌شده است (پولاکاناهو و همکاران، ۲۰۱۹). در این رویکرد برخلاف شناخت درمانی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس[8]، ۲۰۰۶). ازآنجایی‌که در پژوهش‌های پیشین مداخله‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی نوجوانان را موردبررسی قرار نداده است، انجام این پژوهش می‌تواند یافته‌های جدیدی در زمینه روان‌درمانی برای نوجوانان ارائه دهد و نتایج کاربردی برای درمانگران حوزه نوجوان داشته باشد. لذا با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به بررسی این سوال پرداخته‌شده است که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر مؤثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر در سال ۱۳۹۷ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۴۰ نفر از آنان در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند؛ در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار گروه‌درمانی قرار داشتند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و حداکثر نمره در پرسشنامه آسیب‌پذیری روان‌شناختی از ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، استفاده همزمان از دیگر درمان‌های روان‌شناختی یا آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه‌درمانی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. سپس داده‌های گردآوری‌شده با آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) با رعایت مفروضه‌های آن استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۴ بود.

1. willingness exercises
2. thoughts
3. emotions
4. changing
5. avoiding
6. controlling
7. Puolakanaho
8. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روانی[1] (GHQ) گلدبرگ و هیلر[2] (۱۹۷۹): این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد که چهار مؤلفه نشانه‌های جسمانی[3] با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷؛ اضطراب و بی‌خوابی[4] با سؤالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴؛ اختلال در کارکرد اجتماعی[5] با سؤالات ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱؛ علائم افسردگی[6] با سؤالات ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷ و ۲۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که اصلاً ۰ نمره، در حد معمول ۱ نمره، بیش‌ازحد معمول ۲ نمره و به‌مراتب بیشتر از حد معمول ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نقطه برش این پرسشنامه برای هر مؤلفه نمره ۵ و بالاتر از آن در نظر گرفته‌شده است (سربنیکی و ولانسزیک[7]، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری به‌گونه‌ای است که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت روان بهتر آزمودنی است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد از مشکلات روانی بیشتر رنج می‌برد (قربانی وناجمی، اژه‌ای و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۸). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۰، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۷، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۶۸، افسردگی حاد ۰/۸۹ و کل سؤالات ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است (کوچانی اصفهانی و محمودیان، ۱۳۹۷). همچنین ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی ۰/۹۳، دونیمه‌سازی ۰/۷۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با نمره کل مطلوب و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بوده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است (حسینیان، نوری، مقدسین و اصالت منش، ۱۳۹۷). در خارج کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۲ محاسبه‌شده است (کازی، هاسلام، دونکان، کلمس و توماسی[8]، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از پترسون، ای فرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹)

ردیف	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۱	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از افرا آزمودنی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش‌آزمون.
۲	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی، ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن‌آگاهی و ارائه تکلیف
۳	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	تعریف پذیرش، شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن، پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آن‌ها ذهن‌آگاهی و ارائه تکلیف

1. General Health Questionnaire (GHQ)
2. Goldberg, & Hillier
3. somatic complaints
4. anxiety/insomnia
5. disorders of functioning
6. symptoms of depression
7. Srebnicki & Wolańczyk
8. Kazi, Haslam, Duncan, Clemes & Twumasi

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

۴	تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات
۵	همجوشی شناختی	تشریح توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
۶	مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به‌تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
۷	انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
۸	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرگ اقدام متعهد در خانه و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل (تعداد هر گروه ۲۰ نفر)

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
علائم جسمانی	میانگین	۱۶/۵۰	۱۲/۴۵	۱۶/۶۵	۱۶/۲۰
	انحراف معیار	۵/۱۳۵	۴/۳۷۱	۴/۲۰۹	۴/۲۳۸
علائم اضطرابی و اختلال خواب	میانگین	۱۷/۱۰	۱۲/۹۵	۱۶/۸۰	۱۶/۳۵
	انحراف معیار	۵/۰۲۵	۵/۲۱۶	۴/۰۹۹	۴/۲۳۴
اختلال در عملکرد اجتماعی	میانگین	۱۶/۷۰	۱۳/۴۵	۱۶/۹۵	۱۶/۶۰
	انحراف معیار	۵/۱۲۱	۵/۲۰۶	۴/۳۵۹	۴/۲۱۰
علائم افسردگی	میانگین	۱۶/۹۰	۱۵/۶۵	۱۷/۲۵	۱۶/۱۰
	انحراف معیار	۵/۱۸۰	۴/۸۹۱	۴/۱۷۹	۴/۲۷۸

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در این پژوهش پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها[1] با آزمون لوین بررسی شد و مورد تائید قرار گرفت (P>۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس ازلحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰۵) و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس بود. در ادامه به بررسی این فرضیه که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر مؤثر است از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز پس‌آزمون آسیب‌پذیری روان‌شناختی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۷۰۰	۲/۸۹۹	۰/۰۴۱	۰/۷۰۰	۰/۹۹۹

[1]. homogeneity of variance

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز (Sig=۰/۰۴۱ و F=۲/۸۹۹) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل ازلحاظ پس‌آزمون آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجادشده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۰/۰ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلهٔ آزمایشی است. بعدازاین، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه‌شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی نمرات پس‌آزمون آسیب‌پذیری روان‌شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر
علائم جسمانی	۱۱۰/۸۰۴	۱	۱۵۷/۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲
علائم اضطرابی اختلال خواب	۱۲۲/۹۷۴	۱	۱۱۴/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹۴/۹۱۲	۱	۱۱۶/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴
علائم افسردگی	۰/۱۰۰	۱	۰/۲۵۸	۰/۶۱۴	۰/۰۰۸

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم جسمانی (Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۵۷/۱۶۲)، علائم اضطرابی و اختلال خواب (Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۱۴/۸۰۵) و اختلال در عملکرد اجتماعی (Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۱۶/۵۷۵) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد و این درمان بر علائم افسردگی (Sig=۰/۶۱۴ و F=۰/۲۵۸) تأثیر معنادار نداشت؛ بنابراین فرضیه پژوهش تنها در سطح ابعاد علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال در عملکرد اجتماعی تائید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌کاررفته در این پژوهش می‌تواند آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر را بهبود بخشد. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات کنعانی، هادی و طیبی نائینی (۱۳۹۳)، اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی (۱۳۹۷) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نوجوانان را نشان داده‌اند همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان می‌توان گفت درمان مبتنی پذیرش و تعهد رویکردی فرایندمدار است که به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود که در زمینه کاهش استرس و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای نیز به کار گرفته‌شده است (پولاکاناهو و همکاران، ۲۰۱۹). در این رویکرد برخلاف شناخت درمانی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس[1]، ۲۰۰۶). هدف

[1]. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

این درمان، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه بازمان حال باوجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد است (یراقی، جمهری، صیرفی، کراسکیان موجمباری و محمدی فارسانی، ۱۳۹۸).

همچنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر این فرض استوار است که انسان‌ها بسیاری از احساسات هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن‌ها داشته است (صمدی و دوستکام، ۱۳۹۶). هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد (بستامی، گودرزی، دوران و تقوا، ۱۳۹۵). در این دیدگاه، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد که به‌وسیله همجوشی شناختی و اجتناب از تجارب ایجادشده و آنچه آسیب‌زا تلقی می‌شود، تمایل به جذب تجارب و جنگ با آن‌ها از طریق اجتناب کردن از تجارب است. هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی به‌اجبار برای او ایجادشده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد کند. در این رویکرد به‌محض اینکه افکار، احساسات و خاطرات برچسب علائم و نشانه‌ها می‌خورند، بدون درنگ نزاع و کشمکشی با آنان شروع می‌شود؛ زیرا این علائم به‌عنوان یک موضوع آسیب‌زا معنی می‌شوند. پذیرش و تعهد، ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک نکرده و حتی یاد بگیرند آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند (تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی، ۱۳۹۸). لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر مؤثر باشد.

ازآنجایی‌که این پژوهش بر روی نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان نوشهر صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. این پژوهش می‌توانست هم به‌صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. اطلاعات و داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از طریق خودگزارش‌دهی نوجوانان و با پرسشنامه جمع‌آوری شد که این شیوه تحت تأثیر عوامل تأثیرگذار مثل گرایش نوجوانان به ارائه پاسخ‌های جامعه پسند می‌باشد. انجام این پژوهش در مرحله پس‌آزمون به پایان رسید، می‌توانست با در نظر گرفتن یک دوره پیگیری دستاوردهای درمانی را در طول زمان نیز بررسی کرد؛ اما به دلیل محدودیت زمانی و مکانی این امر امکان‌پذیر نبود. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی نوجوانان سایر شهرها نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها باهم قابل‌مقایسه باشد. پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سایر مشکلات نوجوانان مانند احساس تنهایی، فقدان مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی، تنظیم هیجان، استرس، افسردگی و اضطراب اجتماعی آنان صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

تعهد با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی، مدیریت خود، شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان در پی داشته باشد. به محققان علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود به‌منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. با توجه به استقبال این درمان از سوی نوجوانان به سازمان‌های بهزیستی در کشور پیشنهاد می‌شود از این جلسات درمانی با استفاده از یک روانشناس و مشاور مسلط به درمان موردنظر به‌عنوان یک فعالیت فوق‌برنامه‌ای در این سازمان‌ها برای بهبود مشکلات نوجوانان تحت پوشش سازمان بهزیستی استفاده کنند.

منابع

- اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا؛ و مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، *۸*(۳۰)، ۱۳۷-۱۱۷.
- تقوایی، داوود؛ جهانگیری، محمدمهدی؛ و زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، *۷*(۲)، ۱۴۳-۱۵۳.
- حسینیان، معصومه؛ نوری، ربابه؛ مقدسین، مریم؛ و اصالت منش، سوفیا. (۱۳۹۷). بررسی نقش میانجی گر سلامت روان و انگیزه‌های مصرف در رابطه میان سازگاری با دانشگاه و مصرف سیگار و قلیان توسط دانشجویان. *دوماهنامه علمی و پژوهشی فیض*، ۲۲(۲)، ۱۹۲-۲۰۵.
- صمدی، حمید؛ و دوستکام، محسن. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، *۱۱* (۴۳)، ۶-۶۷.
- قربانی وناجمی، میلاد؛ اژه‌ای، جواد؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۸). اثربخشی بازآموزی اسنادی بر سلامت روان فرزندان طلاق پسر مقطع متوسطه اول. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰ (۱)، ۳۴-۲۶.
- کنعانی، کبری؛ هادی، سمیرا؛ و طیبی نائینی، پریناز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، *۱*(۲)، ۳۲-۲۲.
- کوچانی اصفهانی، مسعود؛ و محمودیان، حسین. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر سرمایهٔ فرهنگی بر سلامت روانی در محل کار با میانجی‌گری سبک زندگی سلامت‌محور (مطالعهٔ موردی: دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر شیراز). *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۹ (۲)، ۱۶-۱.
- یراقچی، آزاده؛ جمهری، فرهاد؛ صیرفی، محمدرضا؛ کراسکیان موجمباری، آدیس؛ و محمدی فارسانی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، *۷*(۲)، ۲۰۱-۱۹۲.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
- Benner, A. D., Hou, Y., & Jackson, K. M. (2020). The Consequences of Friend-Related Stress Across Early Adolescence. The Journal of Early Adolescence, 40(2), 249-272.
- Bryce, C. I., Alexander, B. L., Fraser, A. M., & Fabes, R. A. (2020). Dimensions of hope in adolescence: Relations to academic functioning and well-being. Psychology in the Schools, 57(2), 171-190.
- Dourado, D. M., Rolim, J. A., Machado, N., de Souza Ahnerth, N. M. G., & Batista, E. C. (2020). Anxiety and Depression in the Caregiver of the Family Member with Mental Disorder1. *Anxiety*, *3*(1).
- Egbe, I. B., Augustina, O. O., Itita, E. V., Patrick, A. E., & Bassey, O. U. (2020). Sexual Behaviour and Domestic Violence among Teenage Girls in Yakurr Local Government Area, Cross River State, Nigeria. Academic Journal of Interdisciplinary Studies, 9(2), 101-115.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, *9*(1), 139-145.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). Antenatal and Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors among Adolescents' in KwaZulu-Natal, South Africa. *Depression research and treatment*, *2020*.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44* (1), 1-25.
- Kazi, A., Haslam, C., Duncan, M., Clemes, S., & Twumasi, R. (2019). Sedentary behaviour and health at work: an investigation of industrial sector, job role, gender and geographical differences. *Ergonomics*, *62*(1), 21-30.
- Mewton, L., Shaw, B., Slade, T., Birrell, L., Newton, N. C., Chapman, C., & Teesson, M. (2020). The comorbidity between alcohol use and internalising psychopathology in early adolescence. Mental Health & Prevention, 17(1), 1-10.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*. *16*(4), 430–442.
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M., & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of youth and adolescence*, *48*(2), 287-305.
- Schweizer, S., Gotlib, I. H., & Blakemore, S. J. (2020). The role of affective control in emotion regulation during adolescence. Emotion, 20(1), 80-90.
- Srebnicki, T., & Wolańczyk, T. (2019). General health, sense of coherence and coping styles in parents participating in Workshops for Parents of Hyperactive Children. *Psychiatr. Pol*, *53*(2), 419-432.
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(6), 329-338.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]