

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی

مژگان مرمچی نیا^{۱*} و محمدرضا ذوقی پایدار^۲

دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۱۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۶/۰۳/۱۹؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۴/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی بود. روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و جامعه آماری دختران تحت پوشش بهزیستی همدان به تعداد ۷۳ نفر در مراکز گل‌های نسیم و ترنم محبت بود. به شکل دسترس ۳۰ نفر از نوجوانان دو مرکز انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های امیدواری اسنایدر، ۱۹۹۱ و شادکامی آکسفورد، ۲۰۰۱ و نیز برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و روز، ۲۰۰۸ بود. پرسشنامه‌ها در سه مرحله در مورد هر دو گروه و برنامه درمانی طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، یکبار در هفته در مورد گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری ($P=0/012$, $F=4/762$)، تفکر عاملی ($P=0/001$, $F=6/028$) و تفکر راهبردی ($P=0/017$, $F=4/403$) و شادکامی ($P=0/042$, $F=3/346$) اثر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. نتیجه‌گیری: از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد؛ می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای ایجاد و افزایش امیدواری و شادکامی مراجعان به ویژه نوجوانان تحت پوشش بهزیستی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: امیدواری، پذیرش، تعهد، شادکامی، شبه خانواده

*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
Email: Mozghanmarmarchinia@iauh.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

مقدمه

امیدواری مهم‌ترین انگیزه در انسان است. قرآن امیدواری را عاملی مهم در حرکت و زندگی بشر بر می‌شمرد و بیان می‌کند که امیدواری به استجاب از سوی خداوند، علت و انگیزه برای دعا و طلب از او می‌شود (بقره، آیه ۱۸۶). وابستگی قوی به مراقب‌ها برای رشد امیدواری، اساسی است و کودکان به مراقب‌هایی نیاز دارند که از شرکت در فعالیت‌های آن‌ها لذت ببرند به‌علاوه مراقب‌ها باید الگوی مثبتی برای کودک باشند و کودک برای جستجوی محیط و اکتشاف خود لازم است که دلبستگی پایداری به آن‌ها داشته باشد. ولی اگر کودک با طرد والدین/ مراقب مواجه شود و محیط، امن نباشد احساس‌های خشم، گناه، خصومت و افسردگی را تجربه می‌کند (شناپدر^۱، ۲۰۰۷، نقل از خدایاری‌فرد، فقیهی، غباری‌بناب و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۱).

یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با بهزیستی روان‌شناختی دارد امیدواری است. شادکامی، زمانی به‌دست می‌آید که فعالیت‌های زندگی افراد، بیش‌ترین هم‌گرایی یا جور بودن را با ارزش‌های عمیق و توانایی و کارآمدی او در زمینه‌های مختلف داشته باشد و آن‌ها نسبت به این ارزش‌ها و توانمندی‌ها متعهد گردند. تحت چنین شرایطی، احساس نشاط و اطمینان به‌وجود می‌آید. واترمن (۲۰۰۸)، این حالت را با عنوان جلوه/ بیانگری افرادی معرفی کرده و همبستگی بالایی بین آن و اندازه‌های خوشبختی و شادکامی به‌دست آورده است (اسماعیلی‌فر، شفیع‌آبادی و احقر، ۱۳۹۰). شادی یکی از مهم‌ترین هیجان‌های مثبت است و این هیجان از جمله هیجان‌های اصلی انسان محسوب می‌شود و جزء نخستین هیجان‌هایی است که در جریان تحول بروز می‌کند (احمدی‌فروشانی، یزدخواستی و عریضی، ۱۳۹۲).

یکی از مسائل روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش بهزیستی در زمینه رشد اجتماعی، تنهایی است. تنهایی یک پدیده بین فرهنگی است و جهانی بودن تنهایی نشانه نیاز جهانی به تعلق است. در نتیجه تنهایی به‌عنوان پاسخ شناختی-عاطفی به تهدید شدن این نیاز مطرح شده است. در همین راستا صنعت‌نگار، حسن‌آبادی و اصغری نکاح (۱۳۹۱) دریافتند قصه درمانی گروهی منجر به کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه‌خانواده می‌شود. مؤلفه شناختی تنهایی شکاف بین رابطه اجتماعی دل‌خواه و رابطه اجتماعی واقعی و مؤلفه عاطفی تنهایی هیجان‌های منفی ناشی از تنهایی مانند غم است. تنهایی اغلب با بی‌هدفی همراه است. هدف یکی از سه مؤلفه تشکیل‌دهنده امیدواری است. امیدواری چنین تعریف شده است که فرد بداند چه هدفی دارد، راه‌های مختلف رسیدن به هدف را بداند و تفکر راهیاب^۲ و تفکر عامل^۳ خود را در رسیدن به آن

-
1. Snyder
 2. strategic thinking
 3. agency thinking

هدف مؤثر بداند (اتیک و کمر، ۲۰۰۹). توانایی کم در خلق دورنما، خودمحوری، عدم پاسخ منعطفانه به رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، تجربه ناامیدی را برای نوجوانان نسبت به بزرگسالان سخت‌تر می‌کند و انجام مداخله‌های روان‌درمانی را در این زمینه ضروری می‌سازد (ویلیامز، ۲۰۰۸). معنا در زندگی با تجربه فرد از داشتن هدف در زندگی، رابطه با شخصی دیگر یا تجربه حضوری متعالی در درون فرد شکل می‌گیرد ماسخارو و روزن^۱ (۲۰۰۵؛ نقل از کرمانی، خداپناهی و حیدری ۱۳۹۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ و پژوهش‌های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود (هیز^۳، ۱۹۹۹؛ نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). مفروضه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است، که منظور، اجتناب فرد از افکار و احساسات و سایر رویدادهای شخصی است (نقل از فقیهی و کج‌باف، ۱۳۹۵). ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای است که اثربخشی تاکنون در پژوهش‌های بسیاری در زمینه مسائل و مشکلات گوناگون تایید شده است. به‌عنوان مثال از میان آن‌ها می‌توان به اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی (نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲)؛ کاهش میزان افسردگی بیماران دچار دیابت نوع دو در پایان درمان و در پیگیری‌های بعدی (آقایی و عابدی، ۱۳۹۱)؛ کاهش هراس اجتماعی دانشجویان (پورفرج، ۱۳۹۰)؛ کاهش اختلال اضطرابی (ایفرت، فورسیت، ارچ، اسپجو، کلر و لانگر، ۲۰۰۹)؛ وسواس موکنی^۴ (وود، وترنک و فلسنر، ۲۰۰۶) و جلوگیری از بستری مجدد بیماران روان‌پریش، از طریق پذیرش تجارب غیرقابل اجتناب، تمرکز بر فعالیت‌ها در جهت ارزش‌ها و جداسازی عواطف از شناخت، توجه به فکرها بدون بحث درباره درست یا غلط بودن آن‌ها (باخ و هیز، ۲۰۰۵) اشاره کرد.

با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش از یکسو، و مسائلی که دختران نوجوانانی که تحت پوشش بهزیستی قرار دارند با آن مواجه می‌شوند از سوی دیگر، انجام پژوهش حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد، لذا پژوهش حاضر اجرا شد تا تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی بررسی و فرضیه‌های زیر را آزمون کند.

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی همدان مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.

-
1. Mascaró & Rosen
 2. acceptance and commitment therapy
 3. Hayes
 4. trichotillomania

۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر عاملی و تفکر راهبردی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی مؤثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری دختران تحت پوشش بهزیستی همدان به تعداد ۷۳ نفر بود که در موسسه‌های گل‌های نسیم و ترنم محبت زندگی می‌کردند. حجم نمونه آماری ۳۰ نفر از نوجوانان آن دو موسسه بود که به‌شکل در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل عدم حضور هم‌زمان در گروه‌های درمانی یا درمان روان‌شناختی انفرادی دیگر، داوطلب بودن، نوجوان بودن، رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، حضور مرتب در جلسه‌های درمانی، انجام دادن تکالیف بود. ملاک‌های خروج شامل بیماری‌ها یا معلولیت‌های روانی و جسمی بارز بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱. این پرسشنامه توسط آرجیل و لو^۲ در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. چون آزمون بک^۳ ۱۹۶۱، یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های افسردگی بوده است، آرجیل و لو، پس از رایزنی با بک بر آن شدند تا جمله‌های مقیاس افسردگی بک را معکوس کنند. به‌دین ترتیب ۲۱ ماده تهیه و سپس ۱۱ ماده به آن افزوده شد تا سایر جنبه‌های شادکامی را دربرگیرد. بعد از آن، این سیاهه ۳۲ ماده‌ای در مورد ۸ دانشجو اجرا، و از دانشجویان خواسته شد تا گزینه‌ها را مرتب و درباره روایی پرسش‌ها نیز قضاوت کنند. این امر سبب تغییر برخی مواد آزمون و نیز حذف ۳ ماده شد؛ بنابراین فرم نهایی سیاهه ۲۹ ماده دارد (دانش، ۱۳۸۹). معیار شادکامی آکسفورد، که به‌طور گسترده در انگلستان استفاده شد، گویه‌های آن چهار گزینه‌ای است و به‌ترتیب از ۰ تا ۳ به‌شکل الف=۰، ب=۱، ج=۲، د=۳ نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمره‌های ۲۹ گانه، نمره کل را تشکیل می‌دهد. از آن‌جاکه نمره کل آزمودنی از ۰ تا ۸۷ است لذا تفسیر آن روی یک پیوستار قرار می‌گیرد که در یک‌سوی آن شادکامی بسیار بالا و در سوی دیگر عدم شادکامی قرار می‌گیرد؛ لذا هرچه نمره آزمودنی از متوسط نمره کل ۴۴ بیش‌تر باشد میزان شادکامی بالاتر و هرچه کم‌تر باشد عدم شادکامی وی را نمایش می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه از دو پژوهش

1. Oxford happiness questionnaire
2. Argyle & Lu
3. Beck

به‌دست آمده است. در پژوهش آرگیل و کروسلند^۱ ۱۹۸۹، همبستگی ۰/۴۳ و در پژوهش والیان^۲ ۱۹۹۳، همبستگی ۰/۶۴ و ۰/۴۹ گزارش شده است. برای پایایی در پژوهش آرگیل، ۲۰۰۱ ضریب آلفای ۰/۹۰، در پژوهش فرانهایم و بروینگ^۳، ۱۹۹۰ ضریب آلفای ۰/۸۷، در پژوهش فرانسیس^۴، ۱۹۹۸ آلفای ۰/۹۲ و در پژوهش گلزاری، ۱۳۸۲ ضریب آلفای ۰/۹۲۹۵ (آزمون، شهیدی، دانش، ۱۳۸۶) گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به‌دست آمد.

۲. پرسشنامه امیدواری اشنايدر^۵. این پرسشنامه ۱۲ عبارتی توسط اشنايدر، در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و شامل دو زیر مقیاس عامل و راهبرد است. ۴ عبارت ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت ۱، ۴، ۶ و ۸ برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت ۳، ۵، ۷ و ۱۱ نیز انحرافی است و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد و نمره کل امید فرد را نشان می‌دهند. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. نمره گزینه کاملاً درست = ۴، تا حدی درست = ۳، تا حدی غلط = ۲ و گزینه کاملاً غلط = ۱؛ و دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیش‌تر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (شنايدر و لوپز، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس عاملی ۰/۷۴ و راهبردی ۰/۷۸ به‌دست آمد.

۳. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. این درمان، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش می‌دهد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. درماجویان می‌آموزند، به‌شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود. در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس آموزش‌های دوره آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۹۴، تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه، در هفته یک‌بار به‌شرح زیر اجرا شد.

-
1. Crossland
 2. Valiant
 3. Fahrenhem & Browing
 4. Francis
 5. Schneider hope questionnaire

جلسه اول. ابتدا با درمان‌جویان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد. برای ایجاد رابطه درمانی از استعاره‌های^۱ دو کوه و پیله پروانه استفاده شد. درمان‌جویان به سمت ناامیدی خلاق آسوق داده شدند و با چارچوب‌های ذهنی نظیر «اگر، پس» آشنا گردیدند. در این مرحله از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا استفاده شد و برای ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، که آخرین مرحله این جلسه بود از استعاره ببر گرسنه کمک گرفته شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مساله است، نه راه‌حل. در این مرحله، این آگاهی در درمان‌جویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آن‌ها است؛ و هر چه قدر که به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود در جا بزنند بیش‌تر در دور باطل افزایش رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه، پاندول و توپ در استخر استفاده شد.

جلسه سوم. هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل^۲، جایگزینی برای کنترل بود. برای معرفی تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای، از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا و تمثیل آشفتنگی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده استفاده و سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس برای آموزش گسلش‌شناختی گفته شد؛ وقتی مراجعی با محتوای کلامی آمیخته می‌شود، آن محتوا می‌تواند غلبه کاملی بر رفتار او داشته باشد. به مراجع آموزش داده شد به‌سادگی و با فاصله آن فکر ناخوشایند را مشاهده و بارها و بارها تکرار کند تا صدایی بی‌معنی شود. به‌عنوان مثال گفته شد کلمه «شیر» را پشت سرهم تکرار کند و به معنی آن دقت کند، تا ببیند چگونه تبدیل به صدایی بی‌معنی می‌شود. یا تصور کند که فکر ناخوشایند صدای یک شخصیت کارتونی است. در این جلسه از استعاره «مسافران در اتوبوس»^۳ و استعاره «سربازان در حال رژه»^۴ استفاده شد. سپس تکلیف خانگی برای الف) تمرین دلیل‌آوری، ب) تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن آگاهی داده شد.

جلسه پنجم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به‌عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و استعاره صفحه شطرنج برای آموزش الف) خود

-
1. metaphor
 2. creative hopelessness
 3. ffit hnn frame
 4. willingness
 5. passenger in bus
 6. soldiers in parade

مفهوم‌سازی شده^۱، ب. خود به‌عنوان یک فرایند خودآگاهی پویا^۲، ج. خود مشاهده‌گر^۳ استفاده شد. برای درک مفاییم «خود» آموزش‌های لازم همراه با مثال‌هایی ارائه شد. به‌عنوان مثال برای تفهیم خود مشاهده‌گر به درمان‌جویان گفته شد، هنگامی که آن‌ها قادر به ارتباط با یک حس پایدار از خود هستند که ورای افکار و احساسات و برچسب‌ها است به آن خود مشاهده‌گر گویند.

جلسه ششم. هدف این جلسه تصریح ارزش‌ها بود. به درمان‌جویان گفته شد، ارزش‌ها عبارت از توصیف‌های هر فرد از آن‌چه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می‌خواهد به‌سمت آن حرکت کند. همچنین بیان شد ارزش‌ها با احساسات تعیین نمی‌شوند، وقتی فردی طبق ارزش‌هایش رفتار می‌کند، ممکن است انواع احساسات را تجربه کند اما آن احساسات تعیین‌کننده این نیست که آیا ارزش‌های منتخب، هنوز ارزشمندند یا نه. در این جلسه برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره «مراسم تدفین» استفاده شد و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه هفتم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خلق الگوهای بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها، استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان‌های دشوار، خاطرات و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی و شریک غیرحمایت‌کننده تشریح و سپس از درمان‌جویان خواسته شد، مثال‌هایی در زمینه‌های مذکور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند در گروه مطرح کنند. تعیین موانع عمل متعهدانه و خلق الگوهای بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه هشتم. در این جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده شد تا برای جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل‌آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها و عمل متعهدانه، این سرفصل‌ها را روی برگه‌ای بنویسد و در جلوی چشمان خود قرار دهد، و به تمرین آن‌ها بپردازد.

شیوه اجرا. نخست از مدیریت هر دو موسسه تحت پوشش بهزیستی درخواست شد از ۷۳ نفر از کودکان و نوجوانان نوجوانان تحت پوشش بهزیستی دعوت به‌عمل آورد. سپس از نوجوانان حاضر ثبت‌نام به‌عمل آمد و اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها ثبت شد و اطلاعات اولیه بیان درباره قوانین شرکت در گروه و موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آن‌ها اطمینان

-
1. conceptualized self
 2. ongoing self-awareness
 3. observing self

داده شد. بعد برگه رضایت‌نامه بین شرکت‌کنندگان در گروه توزیع و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده نتایج اولیه هر ۳۰ آزمودنی ثبت شد. چارچوب جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌صورت گروهی چهارشنبه‌ها در سالن مشاوره موسسه گل‌های نسیم برگزار شد. در جلسه آخر مجدداً آزمون‌های امیدواری و شادکامی در مورد گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پس‌آزمون و پس از سه ماه، به‌عنوان آزمون پیگیری اجرا شد. در این پژوهش، متناسب با متغیرها و نوع جمع‌آوری داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی ۳۰ آزمودنی نوجوان دختر تحت پوشش بهزیستی همدان ۱۴/۴۷ و ۱/۸۲ و در دامنه سنی ۱۸-۱۲ سال بود. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳ درصد) بی‌سرپرست، ۱۳ نفر (۸۷ درصد) بدسرپرست و در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) بی‌سرپرست، ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بدسرپرست بودند. در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۷ درصد) دارای پدر و مادر معتاد به‌مواد مخدر، ۲ نفر (۳۳ درصد) دارای پدر معتاد و مادری با ازدواج مجدد، ۱ نفر (۶ درصد) پدر و مادر هر دو فوت شده، ۵ نفر (۳۳ درصد) یکی از والدین فوت شده، ۲ نفر (۱۳ درصد) دارای پدر و مادر دچار بیماری روانی، ۱ نفر (۶ درصد) بی‌هویت بودند. در گروه گواه ۲ نفر (۳۳ درصد) دارای پدر و مادر معتاد به مواد مخدر، ۴ نفر (۲۷ درصد) دارای پدر معتاد و مادری با ازدواج مجدد، ۱ نفر (۶ درصد) یکی از والدین فوت شده، ۴ نفر (۲۷ درصد) بی‌هویت، ۱ نفر (۶ درصد) دارای پدر دچار بیماری روانی و مادر کم‌توان ذهنی، ۳ نفر (۲۰ درصد) پدر و مادر فوت شده بودند. در گروه آزمایش ۲ نفر دیپلم، ۷ نفر در متوسطه اول و ۶ نفر در متوسطه دوم و در گروه گواه ۱ نفر دیپلم، ۶ نفر در متوسطه اول و ۸ نفر در متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی	شادکامی	۴۴/۴۰	۱۶/۰۶	۵۱/۸۷	۱۴/۸۷
	تفکر عاملی	۱۲/۰۷	۲/۴۶	۱۳/۵۳	۱/۵۵
	تفکر راهبردی	۱۲/۲۰	۱/۲۶	۱۴/۲۰	۱/۳۷
کل امیدواری	کل امیدواری	۲۴/۳۳	۲/۳۰	۲۷/۶۷	۱/۸۸
	شادکامی	۳۳/۶۷	۱۴/۹۷	۳۳/۱۳	۱۴/۲۵
	تفکر عاملی	۱۱/۸۷	۱/۷۷	۱۱/۹۳	۱/۷۹
تفکر راهبردی	تفکر راهبردی	۱۳/۱۳	۱/۵۱	۱۳/۲۷	۱/۴۹
	کل امیدواری	۲۵	۲/۵۶	۲۵/۲۰	۲/۵۹
	شادکامی	۲۴/۴۰	۱/۴۹	۲۴/۶۰	۲/۵۸

جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیرهای شادکامی، امیدواری و خرده‌مقیاس‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها در سه مرحله

معناداری	مقدار آماره	آزمون	گروه
۰/۹۸۶	۰/۴۵۴	پیش‌آزمون	شادکامی
۰/۹۸۱	۰/۴۶۹	پس‌آزمون	
۰/۹۳۲	۰/۴۲۱	پیگیری	
۰/۳۷۲	۰/۹۱۵	پیش‌آزمون	امیدواری
۰/۱۵۵	۱/۱۳۰	پس‌آزمون	
۰/۷۸۹	۰/۶۷۱	پیگیری	
۰/۶۳۱	۰/۷۴۸	پیش‌آزمون	تفکر عاملی
۰/۴۶۳	۰/۸۵۲	پس‌آزمون	
۰/۳۰۱	۰/۹۷۲	پیگیری	
۰/۹۳۳	۰/۵۴۰	پیش‌آزمون	تفکر راهبردی
۰/۴۸۱	۰/۸۴۰	پس‌آزمون	
۰/۳۸۸	۰/۹۰۳	پیگیری	

اطلاعات جدول ۲ حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین و آرمون موخلی برای نمره‌های متغیرها در گروه آزمایش و گواه

آزمون	درجه		F لوین	معناداری
	آزادی ۱	آزادی ۲		
لوین	۳	۱۶۸۰۲۱	۱/۵۷۷	۰/۳۲۴
باکس	شادکامی	۳	۱۴۱۱۲۰	موخلی
				خی دو
				۱/۰۴۲
				۱/۰۴۲
				۰/۰۵۵
باکس	امیدواری	۳	۱۶۸۰۲۱	موخلی
				خی دو
				۰/۲۳۹
				۰/۹۹۱
				۰/۳۲۴
باکس	تفکر عاملی	۳	۱۲۳۲۱۱	موخلی
				خی دو
				۱/۷۷۱
				۰/۸۷۰
				۰/۳۸۶
باکس	تفکر راهبردی	۳	۱۴۵۲۱۲	موخلی
				خی دو
				۲/۷۰۰
				۰/۹۰۵
				۰/۲۹۶

* $P < ۰/۰۱$ * $P < ۰/۰۵$

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده برقراری همگنی واریانس خطار در دو گروه و نتایج آزمون ام باکس بیان‌گر همگنی ماتریس‌های واریانس/کوارینانس است. مقدار آزمون کرویت موخلی معنی‌دار نیست، بنابراین فرض مبنی بر همخوانی ماتریس کوارینانس خطای مربوط به متغیرهای

وابسته تأیید می‌شود. لذا می‌توان کرویت ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
شادکامی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳/۵۲۸*	۲ و ۲۸	۰/۲۰۱
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۵۲۲	۲ و ۲۸	-
امیدواری	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۳/۳۴۶*	۲ و ۵۶	۰/۱۰۷
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۵/۵۴۴**	۲ و ۲۸	۰/۲۸۴
تفکر عاملی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۲۴۸	۲ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۴/۷۶۲*	۲ و ۵۶	۰/۱۴۵
تفکر راهبردی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳/۲۶۷*	۲ و ۵۶	۰/۱۷۴
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۷۵۱	۲ و ۵۶	-
تفکر راهبردی	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۶/۰۲۸**	۱ و ۲۸	۰/۱۷۷
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳/۰۸۰*	۲ و ۵۶	۰/۱۱۴
تفکر راهبردی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۵۰۹	۲ و ۵۶	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۴/۴۰۳*	۱ و ۲۸	۰/۱۴۱

* $P < 0.01$ ** $P < 0.05$

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های شادکامی معنی‌دار است ($P=0.043$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0.599$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های شادکامی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P=0.042$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی همدان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر بیش از ۱۱ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های امیدواری در گروه آزمایش معنی‌دار است ($P=0.009$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0.303$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های امیدواری، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P=0.012$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی همدان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۱۵ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های تفکر عاملی در گروه آزمایش معنادار است ($P=0.045$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0.467$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های تفکر عاملی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P=0.001$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر عاملی نوجوانان

دختر تحت پوشش بهزیستی همدان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۱۸ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های تفکر راهبردی گروه آزمایش معنی‌دار است ($P=0/047$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0/287$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های تفکر راهبردی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P=0/017$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر راهبردی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی همدان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۱۴ درصد است.

جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

گروه گواه		گروه آزمایش		زمان اندازه‌گیری	متغیر
انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین		
۰/۰۹	۰/۵۴	۰/۱۲	۷/۴۷**	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	شادکامی
۰/۱۰	۰/۴۰	۰/۱۴	۸/۸۰**	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۱۸	۰/۹۴	۰/۱۱	۱/۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	
۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۹۴	۳/۳۴*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	امیدواری
۰/۲۴	۰/۴۰	۰/۹۸	۲/۴۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۲۵	۰/۶۰	۰/۹۱	۰/۹۴	پس‌آزمون-پیگیری	
۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۰۸	۱/۴۶*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	تفکر عاملی
۰/۰۹	۰/۲۷	۰/۰۹	۱/۱۳*	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۰۸	۰/۳۴	۰/۰۷	۰/۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	
۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۱۱	۲*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	تفکر راهبردی
۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۰۹	۲/۴۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۱۵	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۶۰	پس‌آزمون-پیگیری	

* $p < 0/01$ ** $p < 0/05$

جدول ۵ نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و آزمون پیگیری میانگین نمره‌های شادکامی در گروه آزمایش است ($P=0/001$)؛ اما بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری نیست ($P=0/67$) که حاکی از ماندگاری اثر درمان بر شادکامی است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنی‌دار نیست ($P=0/10$). همچنین تفاوت میانگین نمره‌های امیدواری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش معنی‌دار است ($P=0/05$)؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش معنی‌دار نیست ($P=0/72$) که حاکی از ماندگاری اثر درمان بر امیدواری است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنی‌دار نیست ($P=0/10$). همچنین نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و آزمون پیگیری میانگین

نمره‌های تفکر عاملی در گروه آزمایش معنی‌دار است ($P=0/05$)؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش معنی‌دار نیست ($P=0/66$) که حاکی از ماندگاری اثر درمان بر تفکر عاملی است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنی‌دار نیست ($P=0/10$). تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و آزمون پیگیری میانگین نمره‌های تفکر راهبردی در گروه آزمایش معنی‌داری است ($P=0/05$)؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش معنی‌دار نیست ($P=0/54$) که نشان‌دهنده ماندگاری اثر درمان بر تفکر راهبردی است. حال آن‌که در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنی‌دار نیست ($P=0/10$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی مؤثر است. همچنین نتایج مرحله پیگیری، حکایت از تداوم تأثیر این مداخله داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهشگران دیگر هم‌سو است. به‌عنوان مثال محمدی (۱۳۹۴) نشان داد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان پسر بزه‌کار تأثیرگذار است. عسگری، بیاضی و تیموری (۱۳۹۴) دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی در سالمندان با نشانگان آشپانه خالی شهرستان کاشمر مؤثر است. کنعانی، هادی و طیب نائینی (۱۳۹۳) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان دچار اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان مؤثر است. دهقانی نازوانی (۱۳۹۲)، دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی زنان دچار سرطان ائربخش است. آنونزیاتا، گرین و ماراکس (۲۰۱۶)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی و اضطراب بررسی، و نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله بسیار مناسبی برای افسردگی و اضطراب است. رجبی و ایزدخواستی (۱۳۹۳)، نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان دچار بیماری تصلب چندگانه^۱ مؤثر است. شیدایی اقدام، شمس‌الدینی لری، عباسی، یوسفی، عبدالهی و مرادی (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران دچار تصلب چندگانه بررسی کردند و دریافتند این درمان مداخله بسیار مؤثری است. همچنین حسینیایی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری (۱۳۹۲)، دریافتند آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی مؤثر است. نوریان، آقای و قربانی (۱۳۹۴)، نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق مؤثر است.

1. multiple sclerosis (MS)

ایفرت و همکاران (۲۰۰۹)، با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال اضطرابی را با هدف ایجاد روش انعطاف‌پذیرتر و ذهن‌آگاهانه‌تر درمان کردند تا افراد مضطرب بتوانند اهداف زندگی خویش را دنبال کنند. وود و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهش موردی خود دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با واژگون‌سازی عادت بر وسواس‌کنندگان موثر است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت ماهیت پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای است که نقش تعیین‌کننده‌ای در درمان بسیاری از اختلال‌ها و هم‌چنان‌که در پژوهش حاضر مشاهده شد نقش موثری در افزایش شادکامی و امیدواری دختران نوجوان دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، تکالیف یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک و آموزش تمرین دلیل‌آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن‌آگاهی که از جمله تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد است به فرد کمک می‌کند تا سلامتی روان خود را حفظ کند. از این‌رو می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است وضعیت روانی دختران را بهبود بخشد. لذا می‌توان گفت، در این درمان هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است، بپردازند. در این پژوهش مراجعان با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. درواقع هدف، افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. بر این اساس مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را هدایت می‌کند تا افکار و هیجان‌های خویش را از خود جدا ببینند که این به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالت‌های شناخت منفی را اصلاح کنند. هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطة وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی است و نهایتاً افراد را به سمت ارتقاء کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند. درواقع در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر پذیرش و سپس تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌شود. در تحلیل این یافته باید گفت مؤلفه پذیرش، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربه‌های ناخوشایند درونی را بدون تلاش به‌منظور کنترل آن‌ها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا تجربه‌های ناخوشایند کم‌تر تهدیدکننده به‌نظر برسند و تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش خواهد یافت.

در مجموع با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌ها و نظریه‌هایی که مطرح شد، می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر شادکامی و امیدواری نوجوانان دختر مؤثر باشد. در تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌توان گفت که سال‌های نوجوانی مرحله مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به‌شمار می‌رود. در این دوره عوامل و مسائل مختلفی می‌تواند نوجوان را به‌علت روحیه حساس و شکننده‌ای که دارد به انواع ناهنجاری‌های رفتاری، اجتماعی، عاطفی، روانی و شخصیتی دچار سازد، یکی از این عوامل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. همان‌گونه که صادقی موحد، نریمانی و رجبی (۱۳۸۷)، بیان می‌کنند افرادی که از سلامت روانی پایینی برخوردارند و از اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، کسانی هستند که با این اختلال‌ها آشنایی کافی ندارند و روش‌های مقابله با آن را نمی‌دانند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد با فراگیری و تمرین فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست پیدا می‌کنند. در مجموع؛ این پژوهش به چارچوب مناسبی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دست یافته است. از این رو پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن این درمان در افزایش امیدواری و شادکامی، از این روش آموزشی و درمانی در مراکز آموزشی و نگهداری بهزیستی و سایر مراکز مشاوره و درمانی نه تنها در مورد متغیرهای این پژوهش برای متغیرهای دیگری نظیر تاب‌آوری، سخت‌رویی، بخشش و نظایر آن به‌کارگرفته شود.

سپاسگزاری

لازم است از تمامی شرکت‌کنندگان، کارکنان و مدیران هر دو موسسه شبانه‌روزی دختران نوجوان تحت پوشش بهزیستی همدان به‌نام‌های گل‌های نسیم و ترنم محبت که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند تشکر و قدردانی شود. پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی است.

منابع

- آزمون، پیمان، شهیدی، شهریار، و دانش، عصمت. (۱۳۸۶). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی، انجمن روان‌شناسی ایران*، ۱۱(۱): ۶۰-۷۴.
- احمدی‌فروشانی، سید حبیب‌الله، یزدخواستی، فریبا، و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌نمایشگری با محتوای معنوی بر شادی، لذت و سلامت روان دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲ پیاپی ۲۶): ۲۳-۷.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و ...

اسماعیلی فر، ندا، شفیع آبادی، عبدالله، و احقر، قدسی. (۱۳۹۰). سهم خودکارآمدی در پیش‌بینی شادکامی. *نشریه اندیشه و رفتار*، ۵(۳) پیاپی ۱۹: ۲۷-۳۴.

ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، (۱۹۹۹).

پورفرج، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود. فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲): ۵-۱.

حر، مریم، آقایی، اصغر، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). نقش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲): ۱۲۸-۱۲۱.

حسینایی، علی، احدی، حسن، فتی، لادن، حیدری، علی‌رضا، و مظاهری، محمدمهدی. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روان‌پزشکی بالینی ایران*، ۱۹(۲): ۱۲۰-۱۰۹.

خدایاری فرد، محمد، فقیهی، علینقی، غباری‌بناب، باقر، و شکوهی‌یکتا، محسن. (۱۳۹۱). *مبانی نظری و روش‌شناسی مقیاس‌های دینداری*. چاپ اول. تهران: انتشارات آوای نور.

دانش، عصمت. (۱۳۸۹). مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر متاهل و مجرد دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۴) پیاپی ۱۶: ۷۱-۵۶.

دهقانی ناژوانی، بهاره. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد*. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.

رجبی، ساجده، و ایزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروز. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۶(۱) پیاپی ۲۱: ۴۸-۲۹.

شیدایی اقدم، شوان، شمس‌الدینی لری، سلوی، عباسی، سمیه، یوسفی، سارا، عبدالهی، صفیه، و مرادی، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های

ناکارآمد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹(۲) پیاپی ۳۴: ۶۶-۵۷.

صادقی موحد، فریبا، نریمانی، محمد، و رجبی، سوران. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۸(۳): ۲۶۹-۲۶۱.

صنعت‌نگار، سارا، حسن‌آبادی، حسین، و اصغری‌نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۱). اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه خانواده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۴) پیاپی ۲۴: ۲۵-۷.

عسگری، زهرا، بیاضی، محمدحسین، و تیموری، سعید. (۱۳۹۴). تأثیر مداخله‌های درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی. کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران. فقیهی، محمدصالح، و کج‌باف، محمدباقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰(۴) پیاپی ۴۰: ۴۷۶-۴۵۳.

کرمانی، زهرا، خداپناهی، محمدکریم، و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امیدواری اشنايدر. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۵(۳) پیاپی ۱۹: ۲۳-۷.

کنعانی، کبری، هادی، سمیرا، و طیب‌نائینی، 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، ۱۱(۲): ۳۲-۲۲.

محمدی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان پسر بزه‌کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی تربیتی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴): ۱۷۶-۱۵۴.

نوریان، لیلی، آقایی، اصغر، و قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۲۳-۱۵.

الهی قمش‌های، مهدی. (۱۳۸۶). قرآن کریم. قم. انتشارات شهاب.

Annunzia, A.J., Green, J. D., & Marx, B.P. (2016). *Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. Encyclopedia of Mental Health*. Second edition. 1-10.

Atik, G., & Kemer, G. (2009). Psychometric properties of children hope scale validity and reliability study. *Journal of Elementary Education online*, 8(2): 379-390.

Bach, P., & Hayes, S.C. (2005). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Copyright 2002 by the American Psychological Association, 70(5): 1129° 1139.

Eifert, G.H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1): 368° 385.

Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media. Inc.

- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Newyork, Sage Publication Inc.
- Williams, K. (2008). Childhood disappointment and the recession holidays. *Journal of Child Study Center*, 7(4): 154-160
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther*, 44(5): 639-656.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

- | | | | |
|-----|--|-----|--|
| ۱. | الف) من احساس خوشحالی نمی‌کنم. | ۷. | الف) از وضعی که در آن هستم احساس لذت نمی‌کنم. |
| | ب) من تا اندازه‌ای احساس خوشحالی می‌کنم. | | ب) از وضعی که در آن هستم تا حدی احساس لذت می‌کنم. |
| | ج) من خیلی خوشحالم. | | ج) از وضعی که در آن هستم لذت زیادی می‌برم. |
| | د) من فوق العاده خوشحالم. | | د) از وضعی که در آن هستم لذت می‌برم. |
| ۲. | الف) نسبت به آینده خوشبین نیستم. | ۸. | الف) هیچ‌گاه تأثیر خوبی روی وقایع ندارم. |
| | ب) احساس می‌کنم تا حدی به آینده خوشبین هستم. | | ب) گاهی اوقات تأثیر خوبی روی وقایع دارم. |
| | ج) احساس می‌کنم به آینده خوشبینم. | | ج) اغلب اوقات تأثیر خوبی روی وقایع دارم. |
| | د) احساس می‌کنم آینده سرشار از امید و خوشحالیست | | د) همیشه تأثیر خوبی روی وقایع دارم. |
| ۳. | الف) از هیچ چیز در زندگی راضی نیستم. | | الف) زندگی را تحمل می‌کنم. |
| | ب) از بعضی چیزها در زندگی‌ام راضی‌ام. | ۹. | ب) زندگی خوب است. |
| | ج) از بیشتر چیزهای زندگی‌ام راضی‌ام. | | ج) زندگی بسیار خوب است. |
| | د) در مجموع از همه چیز زندگی‌ام راضیم. | | د) من به زندگی عشق می‌ورزم. |
| ۴. | الف) احساس می‌کنم هیچ‌کنترلی بر زندگی‌ام ندارم. | | الف) علاقه‌ای به دیگران ندارم. |
| | ب) احساس می‌کنم تا حدی بر زندگی‌ام کنترل دارم. | ۱۰. | ب) تا حدی به دیگران علاقه مند. |
| | ج) احساس می‌کنم اغلب اوقات بر زندگی‌ام کنترل دارم. | | ج) علاقه زیادی به دیگران دارم. |
| | د) احساس می‌کنم کلاً بر تمام جنبه‌های زندگی‌ام کنترل دارم. | | د) به دیگران علاقه بسیار زیادی دارم. |
| ۵. | الف) احساس می‌کنم که زندگی‌ام دلگرم کننده نیست. | ۱۱. | الف) تصمیم‌گیری برایم آسان نیست. |
| | ب) احساس می‌کنم که زندگی بسیار دلگرم کننده است. | | ب) احساس می‌کنم تا حدی تصمیم‌گیری برایم آسان است. |
| | ج) احساس می‌کنم که زندگی دلگرم کننده است. | | ج) احساس می‌کنم اغلب اوقات تصمیم‌گیری برایم آسان است. |
| | د) احساس می‌کنم که زندگی سرشار از دلگرمی و تشویق است. | | د) هر نوع تصمیم‌گیری برایم آسان است. |
| ۶. | الف) شروع کارها برایم مشکل است. | | الف) احساس می‌کنم از سلامتی برخوردار نیستم. |
| | ب) شروع کارها تا حدی برایم آسان است. | ۱۲. | ب) احساس می‌کنم تا حدی از سلامتی برخوردارم. |
| | ج) احساس می‌کنم انجام کارها برایم آسان است. | | ج) احساس می‌کنم سلامتی زیادی دارم. |
| | د) احساس می‌کنم توانایی انجام هر کاری را دارم. | | د) آنقدر سلامت هستم که گویی در نقطه اوج آسمان قرار دارم. |
| ۱۳. | الف) به ندرت با احساس راحتی از خواب بیدار می‌شوم. | ۲۲. | الف) احساسات صمیمانه‌ای نسبت به دیگران ندارم. |
| | ب) گاهی با احساس راحتی از خواب بیدار می‌شوم. | | ب) تا حدی احساسات صمیمانه‌ای نسبت به دیگران دارم. |
| | ج) معمولاً با احساس راحتی از خواب بیدار می‌شوم. | | ج) احساسات صمیمانه‌ای نسبت به دیگران دارم. |
| | د) همواره با احساس راحتی از خواب بیدار می‌شوم. | | د) من هر کسی را دوست دارم. |
| ۱۴. | الف) احساس می‌کنم اصلاً انرژی ندارم. | ۲۳. | الف) من خاطرات خوشایندی از گذشته ندارم. |
| | ب) احساس می‌کنم تا حدی با انرژی هستم. | | ب) بعضی از خاطرات گذشته برایم ناخوشایند است. |
| | ج) احساس می‌کنم بسیار با انرژی هستم. | | ج) بیشتر وقایع گذشته برایم خوشایند است. |
| | د) احساس می‌کنم انرژی بی‌پایانی دارم. | | د) همه وقایع گذشته برایم خوشایند هستند. |
| ۱۵. | الف) به نظرم همه چیز زیبا نیست. | ۲۴. | الف) هیچگاه شاد نبوده‌ام و از چیزی لذت نبرده‌ام. |
| | ب) بعضی چیزها به نظرم زیبا هستند. | | ب) گاهی اوقات حالت لذت و شادی را تجربه می‌کنم. |
| | ج) به نظرم اغلب چیزها زیبا هستند. | | ج) اغلب اوقات لذت و شادی را تجربه می‌کنم. |
| | د) همه چیزها به نظرم زیباست. | | د) همیشه شادی و لذت دارم. |

۱۶. الف) احساس می‌کنم هوشیار نیستم.
 ب) احساس می‌کنم اندکی هوشیارم.
 ج) احساس می‌کنم زیاد هوشیارم.
 د) احساس می‌کنم کاملاً هوشیارم.
۱۷. الف) نمی‌توانم وقتم را به نحو مطلوب تنظیم کنم.
 ب) وقتم را خوب تنظیم می‌کنم.
 ج) اکثراً وقتم را خوب تنظیم می‌کنم.
 د) می‌توانم هر کاری را به موقع انجام دهم.
۱۸. الف) هرگز تأثیر خوبی بر دیگران ندارم.
 ب) گاهی اوقات روی دیگران تأثیر خوبی دارم.
 ج) اغلب روی دیگران تأثیر خوبی دارم.
 د) همیشه روی دیگران تأثیر خوبی دارم.
۲۵. الف) آنچه خواسته‌ام و آنچه انجام داده‌ام با هم متفاوتند.
 ب) بعضی از چیزهایی را که خواسته‌ام انجام داده‌ام.
 ج) بسیاری از چیزهایی را که خواسته‌ام انجام داده‌ام.
 د) من هر چیزی را که خواسته‌ام انجام داده‌ام.
۲۶. الف) با دیگران شوخی نمی‌کنم.
 ب) گاهی اوقات با دیگران شوخی می‌کنم.
 ج) اغلب با دیگران شوخی می‌کنم.
 د) همیشه با دیگران شوخی می‌کنم.
۲۷. الف) احساس می‌کنم زندگی‌ام معنی دار و هدفمند نیست.
 ب) احساس می‌کنم زندگی‌ام تا زحدی معنی دار و هدفمند است.
 ج) احساس می‌کنم زندگی‌ام بسیار معنی دار و هدفمند است.
 د) زندگی‌ام کاملاً معنی دار و هدفمند است.
۱۹. الف) احساس می‌کنم به چیزی متعهد و پایبند نیستم.
 ب) گاهی اوقات به بعضی چیزها متعهد و پایبند هستم.
 ج) اغلب اوقات نسبت به امور متعهد و پایبند هستم.
 د) همیشه نسبت به امور متعهد و پایبند هستم.
۲۰. الف) فکر می‌کنم دنیا جای خوبی است.
 ب) فکر می‌کنم دنیا جای نسبتاً خوبی است.
 ج) فکر می‌کنم دنیا جای بسیار خوبی است.
 د) فکر می‌کنم دنیا جای عالی است.
۲۱. الف) چیزی برایم سرگرم کننده نیست.
 ب) بعضی چیزها برایم سرگرم کننده هستند.
 ج) با خیلی چیزها سرگرم می‌شوم.
 د) با هر چیزی سرگرم می‌شوم.
۲۸. الف) به ندرت می‌خندم.
 ب) گاهی اوقات می‌خندم.
 ج) اغلب اوقات می‌خندم.
 د) همیشه می‌خندم.
۲۹. الف) فکر می‌کنم جذاب نیستم.
 ب) فکر می‌کنم تا حدی جذاب هستم.
 ج) فکر می‌کنم جذاب به نظر می‌رسم.
 د) فکر می‌کنم بسیار جذاب هستم.

پرسشنامه امیدواری‌اشنايدر

کاملاً درست	تا حدی درست	تا حدی غلط	کاملاً غلط	عبارت
۴	۳	۲	۱	۱. برای رهایی از گرفتاری به راه‌حل‌های زیادی فکر می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲. وقتی هدفی را برای خودم تعیین می‌کنم با همه وجود دنبالش می‌روم.
۴	۳	۲	۱	۳. بیش‌تر وقت‌ها احساس خستگی و بی‌حالی می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۴. برای هر مشکلی راه‌حل‌های زیادی وجود دارد.
۴	۳	۲	۱	۵. در بحث‌ها به‌آسانی کوتاه می‌آیم.
۴	۳	۲	۱	۶. برای به‌دست آوردن چیزهایی که برایم مهم هستند، به راه‌های گوناگون فکر می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۷. نگران سلامتی‌ام هستم.
۴	۳	۲	۱	۸. در جاهایی که دیگران ناامید می‌شوند من می‌توانم راه‌حل‌هایی را پیدا کنم.
۴	۳	۲	۱	۹. تجربه‌های گذشته‌ام آینده خوبی را برای من تضمین می‌کند.
۴	۳	۲	۱	۱۰. موفقیت‌های بسیار بزرگی در زندگی‌ام داشته‌ام.
۴	۳	۲	۱	۱۱. معمولاً خودم به اشتباهاتم پی می‌برم.
۴	۳	۲	۱	۱۲. هدف‌هایی را که برایم مناسب هستند، دنبال می‌کنم.
