

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران

در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل

نرگس زاهدیان^۱، فرشته روشن^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد آیت اله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد جیرفت، دانشگاه آزاد اسلامی، جیرفت، ایران (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره سی، تابستان ۱۴۰۵، صفحات ۶۲-۵۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل بود. پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از نظر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل در سال ۱۴۰۵ بودند که از این تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱)، پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران (۲۰۱۱) را تکمیل نموده‌اند. سپس این دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه در لیست انتظار هر کدام ۱۵ نفرگمارده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس، مانکوا و آنکوا با استفاده از برنامه نرم‌افزاری آماری (SPSS-26) استفاده شد. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل مؤثر بود ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای، اورژانس اجتماعی.

مقدمه

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، به‌ویژه نوجوانان و دختران در معرض آسیب، بیش‌ازپیش افزایش یافته است (خیاطیان و گل پرور، ۱۴۰۳)؛ زیرا این گروه به دلیل شرایط خانوادگی، اجتماعی، هیجانی و رشدی خاص خود، در معرض انواع تهدیدهای روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارند و اغلب با پیامدهایی همچون اضطراب، افسردگی، کاهش عزت‌نفس، ناامیدی، مشکلات بین‌فردی و رفتارهای پرخطر مواجه می‌شوند (جمالی و محمدی‌پناه، ۱۴۰۴).

دختران در معرض آسیب که به مراکز اورژانس اجتماعی مراجعه می‌کنند، معمولاً تجربه‌هایی مانند تعارض‌های شدید خانوادگی، خشونت، غفلت، فرار از منزل، سوءاستفاده، طردشدگی، بحران‌های عاطفی و فشارهای شدید محیطی را از سر گذرانده‌اند؛ تجربه‌هایی که نه‌تنها سلامت روان آنان را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای ناسازگارانه در پردازش شناختی و تنظیم هیجان شود. در چنین شرایطی، بررسی سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر تداوم پریشانی این افراد، از جمله نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای و نیز ارزیابی مداخلات درمانی مؤثر برای کاهش این مشکلات، از اهمیت اساسی برخوردار است (گرا و زیلیگمن، ۲۰۱۷).

نشخوار فکری یکی از متغیرهای مهمی است که در تبیین تداوم ناراحتی‌های روان‌شناختی، به‌ویژه در نوجوانان آسیب‌دیده، نقش برجسته‌ای دارد (حدادپور و همکاران، ۱۴۰۰). نشخوار فکری به معنای اشتغال ذهنی مکرر، تکراری و غیر سازنده به افکار، احساسات و پیامدهای منفی است (وئوچنکزاک و همکاران، ۲۰۲۵)؛ فرآیندی که فرد را در چرخه‌ای از مرور مداوم مشکلات، شکست‌ها، ناکامی‌ها و احساسات ناخوشایند گرفتار می‌کند (چانگ و همکاران، ۲۰۲۱). این سبک تفکر، به جای کمک به حل مسئله، معمولاً موجب تشدید خلق منفی، افزایش درماندگی، کاهش تمرکز، ضعف در تصمیم‌گیری و تداوم علائم اضطراب و افسردگی می‌شود (نیکولای و همکاران، ۲۰۲۰).

در دختران در معرض آسیب، نشخوار فکری می‌تواند به‌ویژه به دلیل تجربه شکست‌های عاطفی، تعارض‌های خانوادگی و احساس بی‌پناهی تشدید شود و مانع از آن گردد که فرد بتواند به‌طور انعطاف‌پذیر با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو شود. ازاین‌رو، کاهش نشخوار فکری می‌تواند یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی برای این گروه باشد (اثومار و فاروگ، ۲۰۲۵).

در کنار نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای نیز به‌عنوان یکی از سازوکارهای بنیادین در تداوم مشکلات روانی شناخته می‌شود. اجتناب تجربه‌ای به تلاش فرد برای دوری از افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و موقعیت‌های درونی ناخوشایند اشاره دارد؛ تلاشی که هرچند در کوتاه‌مدت ممکن است موجب کاهش موقتی ناراحتی شود، اما در بلندمدت اغلب به تشدید مشکلات روانی، محدود شدن رفتارهای سازگارانه، کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و گسترش الگوهای ناکارآمد منجر می‌شود (ویتیرنیک و همکاران، ۲۰۲۲).

در واقع، زمانی که فرد به‌جای پذیرش تجربه‌های درونی دردناک، تلاش می‌کند آن‌ها را سرکوب، انکار یا از آن‌ها فرار کند، نه‌تنها از مواجهه مؤثر با مسائل اصلی بازمی‌ماند، بلکه احتمال بروز رفتارهای اجتنابی، انزوا، وابستگی هیجانی و ناتوانی در حل مسئله نیز افزایش می‌یابد. در دختران در معرض آسیب، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به‌عنوان واکنشی دفاعی در برابر دردهای روانی شکل بگیرد، اما همین راهبرد دفاعی در طول زمان به مانعی جدی برای رشد سالم و بازسازی روان‌شناختی تبدیل می‌شود (الدا و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به نقش برجسته این دو متغیر، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب که بتواند هم نشخوار فکری و هم اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهد، بسیار ضروری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در حوزه روان‌درمانی است که بر پایه نظریه چارچوب رابطه‌ای و مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شکل گرفته است (ابثو و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش برای حذف یا کنترل مستقیم افکار و احساسات ناخوشایند، به فرد می‌آموزد چگونه با تجربه‌های درونی خود رابطه‌ای متفاوت برقرار کند، آن‌ها را بپذیرد، از درهم تنیدگی با افکار فاصله بگیرد، به لحظه حال آگاه باشد و در جهت ارزش‌های شخصی خود دست به اقدام مؤثر بزند (دالاس و همکاران، ۲۰۲۵). این درمان از شش مؤلفه اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه تشکیل شده است که همگی در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش الگوهای ناسازگارانه عمل می‌کنند (هان و همکاران، ۲۰۲۲).

اهمیت استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دختران در معرض آسیب در این است که این رویکرد به‌جای تمرکز بر حذف مستقیم افکار منفی یا کنترل تجربه‌های هیجانی، بر پذیرش واقع‌بینانه دردهای درونی و افزایش توانایی فرد برای زندگی معنادار در حضور این دردها تأکید دارد. چنین رویکردی می‌تواند به کاهش نشخوار فکری کمک کند، زیرا فرد می‌آموزد به جای گیر افتادن در محتوای افکار منفی، آن‌ها را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند (نثوریان و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهد، زیرا فرد را تشویق می‌کند که به‌جای فرار از احساسات و افکار ناخوشایند، آن‌ها را بپذیرد و درعین حال رفتارهای ارزش‌محور و سازگارانه را دنبال کند (پورسید و مرادی، ۲۰۲۳).

در نتیجه، این درمان می‌تواند ظرفیت روانی دختران آسیب‌دیده را برای مواجهه با دشواری‌ها افزایش دهد و آنان را در مسیر بهبود و بازسازی روان‌شناختی یاری کند. از سوی دیگر، اورژانس اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی، نقش بسیار مهمی در شناسایی، حمایت و ارجاع دختران در معرض آسیب دارد. این مراکز معمولاً نخستین نقطه تماس بسیاری از نوجوانان آسیب‌دیده با خدمات تخصصی سلامت روان هستند و بنابراین ارائه مداخلات مؤثر و کوتاه‌مدت در این بستر، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (رئوتسچمن و همکاران، ۲۰۲۴).

اگر بتوان در چنین محیطی از رویکردی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد، می‌توان نه‌تنها به کاهش علائم روان‌شناختی کمک کرد، بلکه از گسترش آسیب‌ها و مزمن‌شدن مشکلات نیز پیشگیری نمود. در مجموع، با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در دختران در معرض آسیب، نقش مهم نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در تداوم این مشکلات و ظرفیت بالای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، انجام این پژوهش از اهمیت نظری و کاربردی بالایی برخوردار است.

نتایج این مطالعه می‌تواند به غنای ادبیات علمی در زمینه مداخلات مبتنی بر پذیرش کمک کند و همچنین راهنمایی عملی برای مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان و درمانگران فعال در اورژانس اجتماعی فراهم آورد تا از طریق مداخلات هدفمندتر، به بهبود سلامت روان دختران در معرض آسیب کمک کنند. با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود؛ زیرا هدف آن بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به مرکز اورژانس اجتماعی ۱۲۳ آمل در سال ۱۴۰۵ در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بود که تعداد آن‌ها ۷۸۵ نفر گزارش شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج انجام شد؛ به‌طوری‌که تنها افرادی که دارای شرایط سنی مناسب، تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا بودند، در نمونه وارد شدند. پس از انتخاب اولیه، افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، حجم نمونه نهایی ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند تا امکان بررسی اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش فراهم شود.

ابزار

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد زیر استفاده شد:

مقیاس پاسخ‌های نشخواری: نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. RRS ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (تیرنر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). نمره کلی مقیاس با جمع امتیازات هر آیم به دست می‌آید. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). ضریب آلفای این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۷ گزارش شد.

پرسشنامه اجتناب تجربی: پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران (۲۰۱۱) شامل ۶۲ عبارت است که ۶ خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری با شماره سوال‌های (۱، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۹)، پریشانی ناسازگار با شماره سوال‌های (۲، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۴، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۴، ۴۸، ۶۱) تعویق با شماره سوال‌های (۵، ۱۱، ۱۷، ۳۶، ۴۲، ۴۷) حواس‌پرتی/فرونشانی با شماره سوال‌های (۳، ۹، ۱۵، ۲۲، ۲۷، ۳۳، ۴۰) انکار/سرکوبی با شماره سوال‌های (۴، ۱۰، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۸، ۳۵، ۴۱، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۶، ۶۰) تحمل پریشانی با شماره سوال‌های (۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۲۹، ۳۷، ۴۳، ۴۸، ۵۳، ۵۷، ۶۲) را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از شدیداً موافقم = ۵ تا شدیداً مخالفم = ۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سوال‌های ۲۳ و ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل ($I=0/74$) به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. ضریب آلفای این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹ گزارش شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: خلاصه‌ای از گام‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مک کی، لیف اسکین، ۲۰۱۶) که در قالب ۱۰ جلسه به صورت جلسات یک بار در هفته ۹۰ دقیقه هر هفته یک جلسه به آزمودنی‌ها ارائه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مک کی، لیف اسکین، ۲۰۱۶)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنا کردن رهبر و اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری)، آغاز جلسه با تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرحواره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره (تمثیل هیولا در مهمانی) و ارزیابی پیش از درمان.
جلسه دوم	بررسی کلی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، درک ناامیدی سازنده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای سازنده و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش براساس تمرین هیولا در اتوبوس.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به آن.
جلسه ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای.
جلسه هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل.
جلسه نهم	بالابردن پیچیدگی از موضوعات و مهارت‌های جلسه پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید و آموزش مهارت‌های جهت کاهش نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای.
جلسه دهم	آغاز جلسه با یک تمرین ذهن آگاهی گسترده، تمرین پاسخ‌های جایگزین مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به منظور دنبال اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان.

یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده است که برای این منظور از دو بخش آمار استنباطی و توصیفی استفاده شده است که در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردیده است.

جدول ۲. مشخصه‌های آماری متغیر نشخوار فکری

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				مؤلفه‌ها
پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۳/۰۶	۵۲/۰۷	۲/۴۷	۵۹/۸۷	نشخوار فکری

 جدول ۳. مشخصه‌های آماری متغیر نشخوار فکری ($n=30$)

گروه کنترل				مؤلفه‌ها
پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲/۳۷	۵۹/۲۰	۲/۲۸	۶۰/۰۷	نشخوار فکری

 جدول ۴. مشخصه‌های آماری متغیر وابسته نشخوار فکری در شرایط میانگین تعدیل شده ($n=30$)

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		مؤلفه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۳۶۳	۵۳/۸۸	نشخوار فکری

 جدول ۵. مشخصه‌های آماری متغیر وابسته نشخوار فکری در شرایط میانگین تعدیل شده ($n=30$)

گروه کنترل		مؤلفه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۳۶۵	۵۸/۸۲	نشخوار فکری

 جدول ۶. مشخصه‌های آماری مؤلفه‌های متغیر وابسته اجتناب تجربه‌ای بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل ($n=30$)

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				مؤلفه‌ها
پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱/۹۶	۲۹/۸۷	۲/۱۱	۲۴/۲۰	اجتناب رفتاری
۲/۱۷	۲۸/۱۳	۲/۴۰	۲۲/۲۰	پیشانی ناسازگار
۱/۷۰	۱۴/۲۰	۱/۵۰	۹/۱۳	تعویق
۱/۷۶	۱۷/۳۳	۲/۰۰۷	۱۱/۲۰	حواس‌پرتی / فرونشانی
۱/۶۷	۳۵/۲۷	۱/۸۴	۲۸/۴۰	انکار / سرکوبی
۱/۵۴	۲۶/۳۳	۱/۸۳	۲۱/۰۷	تحمل پریشانی

جدول ۷. مشخصه‌های آماری مؤلفه‌های متغیر وابسته اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی، تحمل پریشانی گروه کنترل، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل ($n=30$))

مؤلفه‌ها	گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب رفتاری	۲۴/۳۳	۱/۹۹	۲۵/۳۳	۱/۹۹
پریشانی ناسازگار	۲۳/۷۳	۲/۳۱	۲۴/۷۳	۲/۳۱
تعویق	۹/۰۷	۱/۴۹	۱۰/۲۰	۱/۴۲
حواس‌پرتی / فرونشانی	۱۰/۶۰	۱/۷۶	۱۱/۶۰	۱/۷۶
انکار / سرکوبی	۲۹	۱/۴۱	۳۰/۴۷	۱/۲۴
تحمل پریشانی	۲۱/۱۳	۱/۶۰	۲۲/۱۳	۱/۶۰

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می‌شود که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های متغیر وابسته اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی، تحمل پریشانی به سود گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتایج میانگین تعدیل‌یافته برای متغیر وابسته مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی، تحمل پریشانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در جدول (۷) ارائه گردید است.

جدول ۸. نتایج میانگین تعدیل‌یافته برای مؤلفه‌های متغیر اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی، تحمل پریشانی) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب رفتاری	۲۹/۹۶	۰/۳۰۱
پریشانی ناسازگار	۲۸/۵۶	۰/۳۱۶
تعویق	۱۴/۳۷	۰/۱۹۸
حواس‌پرتی / فرونشانی	۱۷/۱۳	۰/۳۱۶
انکار / سرکوبی	۳۵/۸۶	۰/۲۰۰
تحمل پریشانی	۲۶/۵۳	۰/۲۲۳

جدول ۹. نتایج میانگین تعدیل‌یافته برای مؤلفه‌های متغیر اجتناب تجربه‌ای (اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی، تحمل پریشانی گروه کنترل، گروه درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مؤلفه‌ها	گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب رفتاری	۲۵/۳۰	۰/۲۹۵
پریشانی ناسازگار	۲۴/۰۶	۰/۳۰۸
تعویق	۱۰/۲۰	۰/۱۹۴
حواس‌پرتی / فرونشانی	۱۱/۸۰	۰/۳۱۰
انکار / سرکوبی	۳۰/۵۶	۰/۱۹۶
تحمل پریشانی	۲۲/۱۶۰	۰/۲۱۸

نتایج جدول (۹) نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفتند. حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر نشخوار فکری با یکدیگر در پیگیری تفاوت معناداری دارند. به عبارتی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری ثابت یا پایدار است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده ملاحظه می‌گردد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی مؤثر است، تأیید می‌شود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده ملاحظه می‌گردد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل در مرحله پیگیری ثابت می‌ماند، تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با پژوهش لیهیم و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مهم‌ترین مشکل دختران در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی وجود مشکلات روان‌شناختی در گذشته است. آن‌ها بارها خاطرات گذشته را در ذهن خود نشخوار می‌کنند. اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که چنانچه فرد با شرایط اجتناب‌ناپذیری مواجه است که خارج از حیطه‌ی کنترل او است، جدال ذهنی مداوم با آن شرایط تنها به فرسوده‌تر شدن و احساس درماندگی‌اش دامن می‌زند. درحالی‌که کمک به پذیرش شرایط و کنار آمدن با آن، می‌تواند باعث آرامش ذهنی و کاهش هیجانات ناخوشایند مانند اضطراب و افسردگی شود. طبق این رویکرد، پرسش اصلی این نیست که «چگونه می‌توانیم آنچه را که در مورد خودمان دوست نداریم، تغییر بدهیم؟» پرسش اصلی این است که «چطور می‌توانیم رابطه‌مان را با آنچه در مورد خودمان دوست نداریم، تغییر دهیم؟» (پارمار و همکاران، ۲۰۲۱). درواقع، پذیرش آسیب‌دیدگی باعث می‌شود فرد از کلنجار رفتن با خودش دست بردارد و همین کار باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود. فرآیند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به افراد می‌آموزد، چگونه از بازداری فکر دست‌بردارند و چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند؛ مسئله‌ای که باعث می‌شود فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (تاتا و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین در این رویکرد درمانی، توجه آگاهانه ذهن به لحظه حاضر و توانایی کنترل و توجه بیشتر، برای جلوگیری از نشخوار افکار بسیار تأثیرگذار است. فرض ACT بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی خود را آزاددهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آن‌ها تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل هیجانات بی‌تأثیر است و به‌طور متناقضی احساسات، هیجانات و افکاری را تشدید می‌کند که فرد سعی دارد از آن‌ها اجتناب کند (کیشیتا و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، این شیوه اجتناب را مشکل اصلی بیماران می‌داند. به نظر می‌رسد، زمانی که دختران مشکلات و ناکامی‌ها را بخش جدایی‌ناپذیر زندگی می‌بیند و یاد می‌گیرد آنچه را که نمی‌تواند تغییر دهد بپذیرد، علاوه بر کاهش هیجانات ناخوشایند، بهتر می‌تواند با زمان حال و ارزش‌هایش ارتباط برقرار کند و این کار باعث کاهش نشخوار فکری فرد می‌شود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. کابات زین^۱ (۱۹۹۴). تیزل^۲ (۱۹۹۷)، عقیده داشت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. به این صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را متوجه افکار پریشان خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن هشیارانه یا صداهای محیطی، بودن در زمان حال معطوف می‌سازد و از این طریق موجب کاهش نشخوار فکری می‌گردد. آگاهی ارتقا یافته، نسبت به لحظه حاضر از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که در برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری را تسهیل می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد پاسخ‌های سازگارانه‌تری به موقعیت‌ها بدهد و کمتر از پاسخ‌های عادی یا تکانشی استفاده کند (لی و همکاران،

^۱. Kabat-Zin

^۲. Teasdale

(۲۰۲۴). در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد آسیب‌شناسی روانی معلول درگیری با تجارب درونی همچون محتوای افکار است که به تلاش دختران برای کنترل، تغییر شکل و اجتناب و بازداری افکار می‌انجامد. این اجتناب‌ها غالباً اثرات متناقض و آسیب‌زای را در بیماران بر جای گذاشته و موجب افزایش نشخوار فکری می‌گردد (ماسری و راگی، ۲۰۲۴). درمان پذیرش و تعهد به‌صورتی آشکار بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد پرداخته و بودن در نظر داشتن محتوای تجربیات روان‌شناختی، به افزایش فعالیت‌های معنابخش سازگارانه و انعطاف‌پذیر تأکید دارد. در این درمان بدون تمرکز بر تفکر واقع‌نگر، منطقی و مؤثر، به کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی منفی پرداخته و هدف آگاهی از این تجربیات در زمان حال می‌باشد. یکی از محدودیت‌های پژوهش استفاده از ابزار خودگزارش دهی می‌باشد. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گسترده‌ای بهره‌گیرند.

تعارض منافع

بنا بر اظهارنظر نویسندگان، این پژوهش تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌های علوم انسانی از اصل رضایت آگاهانه‌ی شرکت‌کنندگان پیروی شده و با توجه به نوع پژوهش صرفاً افرادی در پژوهش شرکت داده‌شده‌اند که مراجعین در معرض آسیب مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان آمل بود. همچنین پژوهشگر مسئول رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن است و نتایج به‌دست‌آمده فقط به‌صورت کلی و بدون ذکر نام در پژوهش حاضر قیدشده و در اختیار هیچ شخص یا نهادی قرار داده نشده است. شرکت‌کنندگان هر زمان که دیگر تمایلی به ادامه همکاری با پژوهش نداشتند، حق خروج آزادانه از تحقیق دارند. همچنین پژوهشگر ملزم بود پس از حصول یافته‌ها و نتایج حاصل آن‌ها را در اختیار دانشجویان قرار دهد. به این منظور، خلاصه یافته‌ها به زبان ساده در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت.

منابع

- پورسید، سید رضا؛ مرادی، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر تبعیت از درمان و امید به زندگی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید: مطالعه تک‌موردی، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال نوزدهم شماره ۱، ۳۲-۴۴.
- خیاطان، فلور، هادیان، صفورا، گل پرور، محسن. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی، شفقت‌درمانی بخشش‌محور و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه عاطفی و ابعاد آن در زنان قربانی خشونت خانگی. طلوع بهداشت، ۲۳ (۶)، ۹۲-۱۰۸.
- جمالی، ندا؛ محمدپناه اردکانی، زهرا (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی برآشفستگی و دلزدگی زناشویی افراد متأهل ناسازگار. طلوع بهداشت، ۲۴ (۱)، ۶۴-۸۳.
- حدادپور، ح.، مهری‌نژاد، س.، ا.، روشن چسلی، ر.، و ستوده اصل، ن. (۱۴۰۰). علاقه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در نوجوانان: نقش واسطه‌ای باورهای انگیزشی. مجله مطالعات روان‌شناختی نوجوانان و جوانان، (۱) ۲، ۱۳۸.
- Abow, F. H., Razak, T. A., Abulkassim, R., Adnan, M., Rahi, A., & Fadhil, A. M. (2023). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Hope Therapy on Pain Anxiety and Self-Acceptance in Patients with Leukemia. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802), 10(1).
- Alda, M., Puebla-Guedea, M., Rodero, B., Demarzo, M., Montero-Marin, J., Roca, M., & Garcia-Campayo, J. (2016). Zen meditation, length of telomeres, and the role of experiential avoidance and compassion. *Mindfulness*, 7(3), 651-659.

- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2020). Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 361-372.
- Chang EC, Sanna LJ, Hirsch JK, Jeglic EL. (2021). They examined the relationship between loneliness and rumination with risky driving. *J of Clin Psychol*. 66(12):1242-1253.
- Dallas, J. C., Vatanasin, D., Detchaiyot, P., & Wonginjun, S. (2025). The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Resilience among Youths with Substance Abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 38(2), e70022.
- Han, J., Zhang, L., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, Y., Tang, R., & Bi, L. (2022). Effect of a group based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of nursing management*, 30(7)3012.
- Kishita, N., Gould, R. L., Farquhar, M., Contreras, M., Van Hout, E., Losada, A., & McCracken, L. M. (2022). Internet-delivered guided self-help acceptance and commitment therapy for family carers of people with dementia (iACT4CARERS): a feasibility study. *Aging & Mental Health*, 26(10), 1933-1941.
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chong, Y. Y., & Ng, M. S. N. (2024). Effects of acceptance and commitment therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: A randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100758.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcome. *J Child fam Stud*. 24: 1016-1030.
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 102432.
- Nicolai, K. A., Wielgus, M. D., & Mezulis, A. (2020). Identifying risk for selfharm: Rumination and negative affectivity in the prospective prediction of nonsuicidal selfinjury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 223-233.
- Nourian, L., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Effectiveness Distinctions of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Flourishing and Psychological Flexibility of Depressed Women.
- Parmar, A., Esser, K., Barreira, L., Miller, D., Morinis, L., Chong, Y. Y., & Orkin, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for children with special health care needs and their parents: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8205.
- Poorseyed, S. R., & Moradi, Z. (2023). The Effectiveness of Integrated Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy and Positivity on Adherence to Treatment and Life Expectancy of Women with Rheumatoid Arthritis: Single Subject Study. *HSR*, 19(1), 32-41.
- Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718.
- Tatta, J., Willgens, A. M., & Palombaro, K. M. (2022). The ACT trained physical therapist: Psychologically flexible, resilient, and armed with evidence-based tools. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 253-260.
- Umar, A., & Farooq, A. (2025). Anger on the Road: Moderating Role of Trait Emotional Intelligence in the Relationship between Anger Rumination and Dangerous Driving Behaviors among Young Motorbike Users. *Research Journal for Social Affairs*, 3(3), 125-134.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Andrew T Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Wetterneck, C. T., Burgess, A. J., Short, M. B., Smith, A. H., & Cervantes, M. E. (2022). The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in internet pornography use. *The Psychological Record*, 62(1), 3-18.
- Wojtczak, M., Karasiewicz, K., & Kucharska, K. (2025). A moderated mediation model in assessing links between rumination, emotional reactivity, and suicidal risk in alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1479827.