The Effectiveness of Enriched with Compassion Acceptance and Commitment therapy(ACT) on Psychological Well-Being and Suicidal Tendency in Adolescents with Parents with Chronic Psychological Illness

Farangis Demehri*: Assistant professor, psychology department, Science and Arts university, Yazd, Iran. farangis_demehri@yahoo.com

Zohre Sardari: Master student, psychology department, Science and Arts university, Yazd, Iran. zohre.sardari73@gmail.com

Mohsen Saeidmanesh: Assistant professor, psychology department, Science and Arts university, Yazd, Iran. m.saeidmanesh@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate the effectiveness of enriched with compassion acceptance and commitment therapy(ACT) on psychological well-being and suicidal tendency in adolescents with parents with chronic psychological illness.

Methods: This is a quasi-experimental study with a pretest/post-test design using a control group. The study population consists of all adolescents who have parents with chronic psychological illnesses aged between twelve and eighteen years in Yazd, Iran. A total of thirty adolescents were selected by the available sampling technique and were randomly assigned into groups of control and intervention each containing fifteen persons. The intervention group received acceptance and commitment therapy(ACT) enriched with the compassion program during ten sessions of two hours, while the control group did not receive any intervention. Ryff's psychological well-being scale (RPWBS), and Multi-attitude suicide tendency scale (MAST), were used to collect data. Post-test was performed on both experimental and control groups. Data were analyzed by covariance analysis.

Results: The findings showed that acceptance and commitment therapy(ACT) enriched with compassion was effective on psychological well-being($f=22/67$, $p\leq0/001$) and reduce suicidal tendency($f=12/45$, $p\leq0/002$) in adolescents who have parents with chronic psychological disease.

Conclusions: We can conclude that acceptance and commitment therapy(ACT) enriched with compassion was effective on psychological well-being and suicidal tendency in adolescents who have parents with chronic psychological disease.

Keywords

Psychological Well–Being

Acceptance and Commitment Therapy

Compassion

Suicidal Tendency

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 08 Sep 2020
Accepted: 07 Mar 2022

Please cite this article as follows: Demehri F, Sardari Z, and Saeidmanesh M. The effectiveness of enriched with compassion acceptance and commitment therapy(ACT) on psychological well-being and suicidal tendency in adolescents with parents with chronic psychological illness. Quarterly Journal of Social Work. 2022; 10 (4); 37-47

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تمایل به خودکشی در نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی

فرنگیس دمهری*: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران. farangis_demehri@yahoo.com
زهره سرداری: دانشجو کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران. zohre.sardari73@gmail.com
محسن سعیدمنش: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران. m.saeidmanesh@yahoo.com

واژگان کلیدی

بهزیستی روان‌شناختی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

شفقت

گرایش به خودکشی

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تمایل به خودکشی در نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی اجرا شد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و آزمایش بود. جامعه‌آماری پژوهش حاضر شامل؛ تمامی نوجوانان دوازده تا هجده سال دارای والدین مبتلا به بیماری مزمن روان‌شناختی شهرستان یزد بود که با نمونه‌گیری در دسترس سی نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره قرارگرفتند. گروه آزمایش، برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت را در طی ده جلسه دو ساعته دریافت نمودند؛ اما برای گروه گواه، برنامه درمانی اجرا نشد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های استاندارد بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسشنامه چندنگرشی تمایل به خودکشی بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، بر بهزیستی روان‌شناختی$f=۲۲/۶۷$،$p\leq۰/۰۰۱$ و کاهش گرایش به خودکشی $f=۱۲/۴۵$،$p\leq۰/۰۰۲$ نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، می‌تواند باعث بهبود وضعیت سلامت روان و کاهش گرایش به خودکشی نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی شود.

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۶

نحوه استناد به مقاله: فرنگیس دمهری، زهره سرداری و محسن سعیدمنش. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تمایل به خودکشی در نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۴): ۴۷-۳۷

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

مقدمه

یکی از مشکلاتی که برخی از خانواده‌ها با آن مواجه می‌شوند، مشکلات روان‌شناختی مزمن یکی از اعضای خانواده است. بیماری‌های مزمن یک مشـکل سلامتی اسـت که تاثیر زیادی بر هیجانات، کارکردهای جسمانی و اجتماعی فرد دارد.[۱] بیماری‌های مزمن روان‌شناختی مانند افسردگی، سومصرف مواد و اسکیزوفرنیا ازجمله نشانه‌های بیماری که در طولانی‌مدت باقی می‌ماند و فرد را از کارکردهای عادی زندگی به مدت طولانی بیش از دو سال دور می‌کند.[۲] در این بین در صورتی که والدین در خانواده به این بیماری‌ها مبتلا باشـند، شرایط می‌تواند دشـوارتر باشد. والدین علاوه‌بر نقش تامین نیازهای مادی فرزندان، وظیفه تامین نیازهای عاطفی و روان‌شناختی کودکان را نیز بر عهده دارند؛ چراکه خانواده، به‌عنوان اولین پایگاهی که الگوهای جسـمی و روان‌شـناختی و همچنین شـخصیتی فرزندان در آن شـکل می‌گیرد، نقش مهمی را ایفا می‌کند.[۳] بررسـی‌ها نشان‌دهنده این است که وضعیت روان‌شناختی والدین نقش مهمی در وضعیت سلامت روان فرزندان آن‌ها دارد. برای کودکان دارای والدین افسـرده، حدود سه تا چهار برابر، این احتمال وجود دارد که در نوجوانی و بزرگسالی نشانه‌های افسـردگی را تجربه کنند.[٤] یکی از ابعاد زندگی فرزندان که می‌تواند تحت تاثیر بیماری روان‌شـناختی والدین قرار گیرد، بهزیسـتی روان‌شناختی است.[٥] بهزیستی روان‌شـناختی نوعی رضایتمندی و خرسـندی افراد از کیفیت زندگی است که حالتی مثبت از رفاه جسـمانی، روان‌شناختی و اجتماعی را شامل می‌شود.[٦] ریف،[۷] بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای رشد و پیـشرفت در جهـت شکوفا کردن توانایی‌های بالقـوه‌اش می‌داند و آن را شامل شش بعد می‌داند؛ خودمختاری، رشد شخصی، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و داشتن ارتباط مثبت با دیگران مولفه‌های تشکیل‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف هستند.

ریف معتقد است زمانی خودمختاری به‌وجود می‌آید که فرد خود را، دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد.[۸] رشد شخصی، یعنی این‌که افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به‌صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشـد کنند. این موضوع بیانگر آن اسـت که فرد به‌طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی‌هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی است. با این توصیف، فردی که حس تسلط بر محیط دارد، می‌تواند در جنبه‌های مختلف محیط مداخله کند و آن را تغییر دهد.[۹] پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، بهزیسـتی روان‌شناختی نوجوانان می‌تواند تحت تاثیر شرایط خانواده قرار گیرد.[۱۰] آن‌ها ترکیبی از عوامل محیطی و زیستی را در کاهش بهزیستی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان موثر می‌دانند.[۱۱] این شرایط می‌تواند مانع از درگیر شدن نوجوانان در کارها و دریافت نکردن آموزش مهارت‌های حل مساله، دریافت نکردن منابع مهرورزی، کاهش سطح ارتباطات بین والد بیمار و نوجوان و درنتیجه با سـایرین و درنتیجه ناتوانی نوجوانان در بالفعل کردن و گسترش توانایی‌هایش باشد؛ در بسیاری از موارد هم به‌دلیل بی‌معنایی و مغشوش بودن هدف در زندگی، مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی کاهش خواهد یافت.[۱۰] کاهش سـطح بهزیستی روان‌شناختی نیز می‌تواند به بروز برخی از اختلالات روان‌شناختی چون افسردگی بیانجامد.[۱۱و۱۲] ازجمله مشکلات روان‌شناختی مطرح‌شده در کودکان و نوجوانان دارای والدین با بیماری روانی مزمن؛ افسردگی، گرایش به مصرف مواد، گرایش به خودکشی، ضعف در تحصیل و رفتارهای پرخاشگرانه مطرح شده است که وضعیت سلامت روان کودکان را در مقایسه با سلامت روان کودکان گروه عادی متفاوت نشان می‌دهد.[۱۳] از عوامل درگیر در رابطه بین افسردگی و مشکلات روان‌شناختی کودکان و بیماری‌های روان‌شناختی والدین عواملی چون، ساختمان ژنتیکی، بدعملکردی سیستم عصب‌شـناختی، افکار، باورهای شناختی و رفتارهای منفی مادر، شـرایط پر استرس زندگی خانوادگی که باعث نقص‌های مشـخص رفتاری، شناختی و هیجانی کودک می‌شود، شناخته شده اسـت.[١٤] نتایج پژوهش نشان داد که کودکان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شـناختی، تنظیم هیجانی را به‌درسـتی یاد نمی‌گیرند و این یکی از عوامل ایجادکننده مشکلات روان‌شناختی در این کودکان است.[١٥]

بررسی‌ها نشان داده است، تمایل به خودکشی و انجام خودکشی در نوجوانان دارای والدین با مشکل روانی مزمن وجود دارد.[١٤] گرایش به خودکشـی به‌عنوان یکی مشـکلات اساسی در سـلامت عمومی در دنیا یاد می‌شـود. اگرچه در زمینه گرایش به خودکشـی نوجوانـان، عوامل چندبعدی چون؛ افسـردگی و اضطراب خود نوجوان،[١٦] حوادث استرسـزا،[۱۷] حمایت خانوادگی،[۱۸] سـابقه بیماری روانی در خانواده[۱۹] و کیفیت زندگی پایین[۲۰] نقش دارد؛ ویژگی‌های شـخصیتی والدین،

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

وجود یا نبود بیماری‌های جسمی و روانی به‌عنوان عامل تاثیرگذار در روابط بین والدین و فرزندان و همچنین شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها، می‌تواند با ایجاد زمینه‌های بیماری در نوجوانان، خطر گرایش به خودکشی را در نوجوانان افزایش دهد.[۲۱]

با در نظر گرفتن اهمیت موضوع بهزیستی روان‌شناختی گروه نوجوانان، اثربخشی درمان‌های مختلفی بر بهبود وضعیت سلامت روان آن‌ها بررسی شده است. اسپازیتو-اسمیتو و همکاران[۲۲] در پژوهش خود نشان داد که رفتار درمانی دیالیکتیک می‌تواند باعث بهبود وضعیت سلامت روان نوجوان دارای گرایش به خودکشی و کاهش نشانه‌های افسردگی در نوجوان شود. هنرمندزاده و سجادیان،[۲۳] اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست را بررسی کردند. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از افزایش بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. به علاوه، در مرحله پیگیری نیز این تاثیر پایداری خود را حفظ کرد. بازلی و پاکنهام،[۲٤] در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی تاثیر آموزش پیشگیری از خودکشی برای سازمان‌های مذهبی مسیحی با استفاده از رویکرد پذیرش و تعهد انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش گرایش به خودکشی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایشی همراه بوده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ازجمله درمان‌های معرفی‌شده در موج سوم درمان‌های تغییر رفتار است که در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به‌کار می‌گیرد تا به‌طور تجربی بتواند از طریق پذیرش، ناهم‌جوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند، برخلاف بسیاری از درمان‌های دیگر که بر کاهش یا کنترل علایم بیماری تاکید دارند.[۲٤] در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعین، آموزش زندگی در اینجا و اکنون داده می‌شود تا به جای تلاش برای رهایی از هیجانات، آن‌ها را بپذیرند و همچنین به جای تمرکز بر زمان گذشته و نگرانی در خصوص آینده از لحظات خود استفاده کند و همچنین این روش درمانی بر ایجاد یک آینده روشن از طریق پیشبرد سطح فعالیت بیشتر تاکید دارد[۲۵] و نیز اثربخشی آن در درمان دردهای مزمن و اختلالات اضطرابی مشخص شده است.[۲٦و۲۷]

از سوی دیگر اکثر روان‌درمانگران بر این باورند که شفقت، بخش مهمی از روان درمانی محسوب می‌شود.[۲۸] گیلبرت معتقد است شفقت به خود، شامل چندین فرایند است که عبارتند از: توجه ذهن آگاهانه نسبت به رنج و آگاهی از آن، درک شناختی و هیجانی از رنج و علل مرتبط با آن و انگیزه باقی ماندن در حالت گشودگی نسبت به رنج؛ با هدف آرزوی التیام بخشیدن به آن‌ها.[۲۹] شفقت به خود، شامل حساسیت و توجه به رنج خود، و میل به آرام کردن خود است. شفقت عبارت است از: حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران؛ همراه با تعهد به تلاش برای تسکین و جلوگیری از آن.[۳۰] درواقع، در این شیوه درمانی، نگرش حمایت و مهربانی به خود؛ جایگزین خودانتقادگری، تحقیر و احساس شرم می‌شود، لذا در جهت افزایش بهزیستی و کاهش الگوهای خودانتقادگری و شرم و درنتیجه کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌تواند موثر باشد.[۳۱] در درمان شفقت بر کسب شش ویژگی، حساسیت، همدردی، انگیزه مشفقانه، تحمل فاجعه، قضاوت نکردن و همدلی تمرکز می‌شود. با این‌که رویکرد شفقت‌محور اغلب به‌عنوان یک درمان مستقل به‌کار می‌رود، اما روش‌های آن طوری طراحی شده است که درمانگرانی با رویکردهای درمانی مختلف می‌توانند از آن استفاده کنند.[۲۸] پژوهش‌های مرتبط با رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت‌محور نشان می‌دهد که این دو روش درمانی برای درمان مشکلات روان‌شناختی مفید هستند.[۳۰]

نتایج پژوهش مختلف ازجمله پژوهش حر، آقایی، عابدی و عطایی[۳۲] نشان داد که درمان مبتنی بر پذرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای دیابت موثر است. نتایج برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته نشان داد که درمان تعهد و پذیرش و درمان شفقت می‌تواند کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر را بهبود ببخشد.[۳۳]

با توجه به استفاده رویکرد درمانی پذیرش و تعهد از فرایندهای آگاهی، تعهد و همچنین فرایندهای تغییر رفتار، این روش درمانی می‌تواند در ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش داشته باشد.[۳٤] از سوی دیگر اگرچه هدف این درمان کاهش نشانه‌های بیماری

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

نیست ولیکن با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ایجاد فرصت برای مراجعین برای دست یافتن به اهداف و پیامدهای ارزشمند و درنتیجه تغییر رفتار، نشانه‌های بیماری‌های روان‌شناختی نیز کاهش یافته و درنتیجه مولفه‌های مرتبط با سلامت روان نیز افزایش خواهد یافت.[۳۵] ذهیری، دهقانی و ایزدی[۳۶] نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کاهش نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه تاثیر مثبت داشته باشد.

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی‌شده با شفقت، بر بهبود وسواس فکری و عملی، بر کاهش احساس شرم، حقارت و خود انتقادگری و کاهش نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه بررسی و تایید شده است[۳۷] و همچنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی‌شده با درمان شفقت، هم با شناخت فرد از طریق پذیرش افکار ارتباط برقرار می‌کند نه به چالش کشیدن آن‌ها و هم مولفه‌های درمانی شفقت، پذیرش خود و مهربان بودن با خود و دیگران، احساس حمایتی را برای فرد ایجاد می‌کند. اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی نوجوان تاثیر مثبت دارد. در این پژوهش در طی هشت جلسه این درمان بر روی نوجوانان چهارده تا هجده ساله انجام شد و نتایج حاکی از اثربخش بودن این درمان در کاهش اضطراب آن‌ها بود.[۳۸] با توجه به مطالعات در دسترس، اثربخشی درمان تعهد و پذیرش تلفیق‌شده با شفقت در گروه نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی، برررسی نشده است؛ لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفت بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش تمایل به خودکشی در نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوان دوازده تا هجده سال شهرستان یزد، دارای والدین مبتلا به بیماری مزمن روان‌شناختی مثل افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنیا که بیش از دو سال در کارکرد فرد اختلال ایجاد کرده است بود. با توجه به طرح پژوهش، سی نفر از نوجوانان جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق سامانه سیب مرکز بهداشت شهرستان یزد انتخاب شدند و بعد از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج از گروه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: تمایل به خودکشی با توجه به نمره به‌دست‌آمده در پرسشنامه گرایش به خودکشی، وجود مشکل روان‌شناختی مزمن در یکی از والدین، نداشتن سومصرف مواد و نبود معلولیت جسمی یا شناختی در نوجوان.

خروج: حضور نیافتن بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اجرا شد و به شرکت‌کنندگان، اطمینان خاطر داده شد که این پرسشنامه و نتایج به‌دست‌آمده و تمام اطلاعات شخصی محرمانه خواهد ماند. برای گروه آزمایش ده جلسه برنامه درمانی تعهد و پذیرش غنی‌شده با شفقت اجرا شد و با در نظر گرفتن موارد اخلاقی، برای افراد گروه کنترل، بعد از انجام پس‌آزمون و تکمیل پژوهش، برای آن‌ها برنامه درمانی تعهد و پذیرش انجام شد و همچنین افرادی که گرایش به خودکشی داشتند، به روانپزشک مرکز نیز ارجاع داده شدند و جلسات پیگیری برای آن‌ها برگزار شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس چندنگرشی تمایل به خودکشی استفاده شد.

جدول(۱) خلاصه جلسات درمان مبتنی برپذیرش وتعهدغنی شده با شفقت

جلسه/// هدف/// شرح
اول/// آشنایی/// آشنایی و معارفه اعضا گروه با یکدیگر، یادگیری مفهوم چهارچوب‌های ارتباطی، قوانین گروه، پیش‌آزمون.
دوم/// آشنایی با فنون اکت/// معرفی درمان پذیرش و تعهد روش‌ها: حضور داشته باشید، پذیرا باشید، متعهد به انجام فعالیت‌های مهمتان (ارزش‌ها) باشید، آشنایی با درمان پذیرش و تعهد، تماس با لحظه حال، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه.
سوم/// تغییر کلامی و آموزش/// بررسی مفهوم گسلش، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه
چهارم/// آموزش ذهن‌آگاهی/// ارتباط با خود نظاره‌گر، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه، تمرین مهارت‌ضهای ذهن‌آگاهی.
پنجم/// آموزش ارزش‌ها/// تصریح ارزش‌ها و بررسی تفاوت ارزش و هدف، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه، اقدام متعهدانه، گفتگو در خصوص تجارب افراد در این زمینه ذکر مثال، بررسی تجارب اعضای گروه.
ششم/// تصریح ارزش‌ها/// بررسی موانع الگوی عمل و برنامه‌ریزی.
هفتم/// شناخت سه سیستم تنظیم /// آشنایی با مفهوم شفقت بر خود، شناسایی منابع هیجانات منفی و تأثیر آن بر رفتار و زندگی، نوشتن نامه مشفقانه به خود. شناخت سیستم تنظیم هیجان آموزش و توجه.
هشتم/// معرفی استدلال فنون مشفقانه/// انجام تمرین‌های مشفقانه. تمرین اول: با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟ تمرین دوم: فرصتی برای شفقت به خود (انجام کارها و تکرار جملات مشفقانه).
نهم/// رفتارهای مشفقانه/// رفتار مشفقانه، مهربانی با خود و دیگران، همدردی و همدلی.
دهم/// افزایش کارآمدی بین‌فردی/// دنبال کردن ارزش‌های مشخص‌شده در زندگی واقعی و جمع‌بندی از مباحث مطرح‌شده و اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

ابزارهای پژوهش

مقیاس چندنگرشی تمایل به خودکشی: مقیاس چند نگرشی تمایل به خودکشی MAST توسط اسراییل اورباخ، ایلانا میلستین، دووهار-ایون، الن آپتر، سام تیانو و آونر الیزور در سال ۱۹۸۱ ساخته شده است که از سی گویه و چهار خرده مقیاس جاذبه زندگی، نپذیرفتن زندگی، جاذبه مرگ و نپذیرفتن مرگ تشکیل شده است و به‌منظور سنجش تمایل به خودکشی در نوجوانان به‌کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت پنج نقطه‌ای است که برای گزینه‌های شدیدا مخالفم-موافق نیستم-گاهی اوقات موافقم، گاهی اوقات مخالفم-موافقم-شدیدا موافقم به‌ترتیب امتیازات یک تا پنج در نظر گرفته می‌شود. اورباخ و همکاران ۱۹۹۱ از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و در دو نمونه مستقل، روایی سازه این پرسشنامه را بررسی و راه‌حل چهارعاملی معرفی‌شده را به‌دست آوردند. علاوه‌بر این، روایی تمیزی این مقیاس نشان داده است که این پرسشنامه قادر است افراد متمایل به خودکشی را از افراد غیرمتمایل به خودکشی تمیز دهد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه‌ای بین هفتاد و شش صدم تا هشتاد و سه صدم گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه برای جاذبه زندگی، نپذیرفتن زندگی، جاذبه مرگ و نپذیرفتن مرگ به‌ترتیب هفتاد و هفت صدم، هفتاد و شش صدم، پنجاه و هفت صدم و هشتاد و هشت صدم گزارش شده است.[۳۹] در پژوهش شیخ‌دارانی، گل‌پرور و سجادیان، الفای کرونباخ این متغیرها به‌ترتیب جاذبه زندگی هفتاد و دو صدم، نپذیرفتن زندگی پنجاه و شش صدم، جاذبه مرگ هفتاد و چهار صدم و نپذیرفتن مرگ هشتاد صدم گزارش شد.[۴۰]

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسشنامه را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی آن دارای صد و بیست سوال است؛ اما در بررسی بعدی فرم کوتاه هشتاد و چهار سوالی و هجده سوالی نیز طراحی شده است. این پرسشنامه هجده سوال دارد و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) است. ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها بین هشتاد و شش صدم تا نود و سه صدم و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه هشتاد و یک صدم تا هشتاد و شش صدم توسط ریف گزارش شده است.[۴۱] در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه بررسی شده است. بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس را هشتاد و دو صدم و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب هفتاد و یک صدم، هفتاد و هفت صدم، هفتاد و هشت صدم، هفتاد صدم و هفتاد و هشت صدم گزارش شد.[۴۲]

درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد غنی‌شده با شفقت: جلسات مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر اساس تلفیقی از پروتکل درمانی کتاب الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوشته راس هریس و کتاب درمان متمرکز با شفقت، نوشته پاول گیلبرت و با اقتباس از مقاله‌های احمدی، سجادیان و جعفری[۴۳] طراحی گردید و بعد از تایید این برنامه درمانی توسط اساتید مربوطه، برای گروه آزمایش اجرا شد. این برنامه درمانی در ده جلسه دو ساعته اجرا شد که در ادامه محورهای اساسی این درمان ذکر شده است.

با در نظر گرفتن جامعه پژوهش که تمامی نوجوانان دوازده تا هجده سال شهرستان یزد دارای والدین با بیماری مزمن روان‌شناختی بود، اسامی خانواده‌های دارای بیماری مزمن روان‌شناختی از طریق سامانه سیب خانه بهداشت شهرستان یزد، بررسی شد و در صورت داشتن نوجوان دوازده تا هجده ساله در خانواده، با آن‌ها تماس گرفته شد. در زمینه اهداف پژوهش و شرایط شرکت در جلسه با آن‌ها صحبت شد. به نوجوانان داوطلب که شامل پنجاه و دو نوجوان بودند، پرسشنامه گرایش به خودکشی داده شد و آن‌هایی که نمره بالایی در این پرسشنامه داشتند و همچنین بررسی معیارهای ورود از گروه، سی نفر از آن‌ها انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار گرفتند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون توسط افراد و گروه‌ها، برنامه درمانی تعهد و پذیرش غنی‌شده با شفقت، برای افراد گروه آزمایش اجرا شد و بعد از تکمیل این برنامه درمانی در ده جلسه، افراد هر دو گروه، پرسشنامه‌های گرایش به خودکشی و بهزیستی روان‌شناختی را اجرا کردند. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار برای سنجش اطلاعات توصیفی مورد

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

استفاده قرار گرفت. در سطح آمار استنباطی از کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا استفاده شد.

یافته ها

در بخش تحلیل توصیفی، ابتدا فراوانی شاخص‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که در ادامه به تفکیک هر شاخص آمده است.

در ادامه میانگین و انحراف معیار هر کدام از متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ذکر شده است. همان‌طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌شود، میانگین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون صد و بیست و دو وچهل و سه صدم، و در پس‌آزمون صد و چهل و دو و پنج صدم؛ در گروه کنترل در پیش‌آزمون صد و بیست و پنج و شصت و پنج صدم و در پس‌آزمون صد و بیست و شش و چهل و سه صدم است. میانگین نمره گرایش به خودکشی در پیش‌آزمون شصت و نه و بیست و هفت صدم، در پس‌آزمون شصت و شش و سی و سه صدم؛ در گروه کنترل در پیش‌آزمون شصت و هشت و بیست و نه صدم و در پس‌آزمون شصت و هشت و نود و سه صدم است. با توجه به استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیرهای پژوهش، پیش‌فرض این روش بررسی شد. ابتدا توزیع نرمال متغیرها بررسی شد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تایید گردید، سپس آزمون یکسانی واریانس‌ها برای متغیرها با آزمون لوین بررسی شد که نتایج برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی $f=۰/۰۷$، $p=۰/۷۸$ و برای متغیر گرایش به خود کشی $f=۰/۱۰$، $p=۰/۷٤$ این پیش‌فرض برقرار بود. درنهایت، نتایج حاصل از بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نشان داد که برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی $f=٤/۳۲$، $p=۰/۲٦$ و برای گرایش به خودکشی $f=۳/۳۰$، $p=۰/٤٥$ نیز از نظر آماری بین پیش‌آزمون و گروه‌ها در متغیرهای پژوهش تعامل معناداری وجود نداشت؛ بنابراین این فرض نیز برقرار است. با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌ها، در ادامه، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش ذکر شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول شماره چهار، داده‌های حاصل از جدول نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر و پذیرش تعهد غنی‌شده با شفقت، اثر معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی $f=۲۲/٦۷$، $p=۰/۰۰۱$ و بر گرایش به خودکشی $f=۱۲/٤٥$، $p=۰/۰۰۲$ دارد. همچنین چهل و پنج درصد تفاوت دو گروه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و سی و یک درصد تفاوت دو گروه در گرایش به خودکشی مربوط به مداخله آزمایشی است. به‌عبارت دیگر، نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، می‌تواند باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش گرایش به خودکشی شود.

جدول(۲) اطلاعات جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

گروه	میانگین سن	مدت زمان بیماری والدین	میانگین معدل
آزمایش	۱۵/۲۵	۵/۰۶	۱۷/۴۷
گواه	۱۶/۶۵	۶/۱۳	۱۷/۱۷

جدول(۳) میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به خودکشی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	۱۲۲/۴۳	۱۰/۷۸	۱۴۲/۰۵	۱۱/۳۳	۱۲۵/۶۵	۱۱/۶۹	۱۲۶/۴۳	۱۱/۸۴
گرایش به خودکشی	۶۹/۲۷	۱۰/۴۸	۶۶/۳۳	۹/۵۰	۶۸/۲۹	۱۱/۵۱	۶۸/۹۳	۱۱/۲۰

جدول(٤) نتایج تحلیل کوواریانس در متغیر بهزیستی روانشناختی و گرایش به خودکشی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۳۵۳۰/۸۰	۱	۳۵۳۰/۸۰	۴۶۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	بین‌گروهی	۱۷۲/۳۸	۱	۱۷۲/۳۸	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	خطا	۲۰۵/۳۲	۲۷	۷/۶۰			
گرایش به خودکشی	پیش‌آزمون	۳۱۱۰/۸۷	۱	۳۱۱۰/۸۷	۱۱۲۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	بین‌گروهی	۳۴/۵۲	۱	۳۴/۵۲	۱۲/۴۵	۰/۰۰۲	۰/۳۱
	خطا	۷۴/۸۶	۲۷	۱۵/۹۰			

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی‌شده با شفقت؛ بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تمایل به خودکشی نوجوانان دارای والدین بیماری مزمن روان‌شناختی بررسی شد. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که برنامه درمانی پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان را بهبود بخشد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های، بحرینی و ثناگوی محرر[٤٤] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری نوجوانان بدون سرپرست خانوار و اسماعیلی و همکاران[۳۸] که نشان دادند درمان مبتنی بر درمان پذیرش و

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

تعهد بر افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به درد مزمن اثربخش است، همسو است. همچنین این نتیجه با نتایج پژوهش لهیکوینن و هانکن،[٤٥] مبنی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، کیدنی گیلاندرز،[٤٦] مبنی بر تاثیر آموزش درمان پذیرش و تعهد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و دیوال، برنارد-کوری و مونستی،[٤٧] مبنی بر مداخله روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مدیران، همسو است. در تبیین یافته‌های تحقیقات می‌توان این‌گونه مطرح کرد که در طی درمان، نوجوانان آموزش داده می‌شوند که چگونه با هیجانات و موقعیت‌های دشوارتر از طریق پذیرش، سازگار شوند و فضایی را برای رویدادهای پیش‌آمده در زندگی پیش‌بینی کنند. در اصل، زمانی انگیزه برای مدیریت تجربیات روان‌شناختی سخت در آن‌ها بیشتر می‌شود که پذیرش مشکلات روان‌شناختی والدین را یاد بگیرند.[٢] از آن‌جایی که نوجوانان با والدین دارای مشکلات روان‌شناختی مزمن مانند افسردگی، نمی‌توانند از سطوح اولیه ارتباط با والدین خود و تعامل با آن‌ها لذت ببرند،[١٤] در درمان تعهد و پذیرش همراه با شفقت به آن‌ها آموخته می‌شود که نسبت به خودشان و والدینشان چگونه شفقت داشته باشند و یک استدلال مهربانه به جای استدلال منطقی برای وضعیت خود داشته باشند که این می‌تواند عاملی بر بهبود این سطح تعامل با والدین باشد و وضعیت بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان را افزایش دهد. ارتباط برقرار کردن با والدین بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، نوجوان را به رفتار مهربانانه می‌رساند.[٤٥] استفاده از تکنیک فن گسلش به نوجوانان کمک کرد تا افکارشان را به‌عنوان رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه حقایق اصیل و کلامی؛ و این‌گونه از افکار پریشان‌کننده و غیر سودمند رها شوند و به جای غرق شدن در الگوهای خودکار، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط محیطی کنونی خود عمل کنند.[٤٨]

از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، بر کاهش گرایش به خودکشی تاثیر مثبتی داشت. نتایج سایر پژوهش‌ها ازجمله پژوهش بازلی و پاکنهام[٢٤] مبنی بر تاثیر رویکرد پذیرش و تعهد بر خودکشی، هایس، بوید و اسول[٤٨] مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و درمان تعهد بر افسردگی نوجوانان و ذهیری، دهقانی و ایزدی[٣٦] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مطلقه همسو است. در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که اساسا رویکرد درمانی تعهد و پذیرش، یک درمان رفتاری و شناختی است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان پذیرش و تعهد، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی به کاهش گرایش به خودکشی منجر شد. نوجوانانی که گرایش به خودکشی دارند، به‌واسطه مشکلات روان‌شناختی که دارند، ممکن است در نتیجه کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشد و افکار و رفتارهایی در جهت آسیب رساندن به خود را داشته و برای پایان دادن به زندگی خود تلاش کنند.[٤٩] در این برنامه درمانی، با استفاده از تکنیک‌های شفقت، شفقت به خود، در نوجوانان آموزش داده شد و این افزایش شفقت در مقابل اثرات منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت بالایی به خود دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، برخود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند.[٣٦]

از سوی دیگر غنی شدن درمان تعهد و پذیرش با شفقت به خود، می‌تواند بر افزایش اثربخشی درمان تعهد و پذیرش موثر باشد. حضور والدین با مشکل روان‌شناختی مزمن باعث می‌شود، سبک دلبستگی مناسبی در فرزندان شکل نگیرد و این شروعی برای نشانه‌های اختلال باشد.[٥٠] در جلسات درمانی پذیرش و تعهد همراه با شفقت، با رابطه درمانی که بین مراجع و درمانگر شکل می‌گیرد، سبک‌های دلبستگی فرد، خود را نشان می‌دهد و فرصتی برای شناخت و بهبود آن ایجاد می‌شود.[٣٧] علاوه‌بر آن، افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن‌ها و استفاده به‌جا و مناسب از آن‌ها، به فرد کمک کرد تا با خود و تجارب درونی خود و درنتیجه با موقعیت‌ها و تعاملات ارتباط مناسبی برقرار کند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند.[٢٤] از سوی دیگر، درمان تعهد و پذیرش به‌عنوان یک راهکار مناسب برای تنظیم هیجانی معرفی شده است[٢٢] و نوجوانان به‌علت

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

بحـران نوجوانـی و حضـور والدیـن دارای مشـکلات روان‌شـناختی که الگوی مناسبی برای آن‌ها نبوده‌انـد، توانایی تنظیم هیجان را نداشته که در طی جلسات درمان، با استفاده از آموزش سیسـتم‌های هیجانـی، آن‌ها بهتر توانسـتند هیجان‌های خود را بشناسـند، با آن ارتبـاط برقرار کنند و این باعث کاهش افکار خودکشی و آشفتگی آن‌ها شد.[٤٤]

محدودیت‌ها: کنترل نکردن متغیرهای مداخله‌گر، نظیر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگـی خانواده‌هـا که بر سـلامت روان فرزندان تاثیرگذار است. همچنین این پژوهش برای نوجوانان شهرسـتان یزد اجرا شده است که در تعمیم آن به جوامع دیگر پژوهش، باید احتیاط را در نظر گرفت.

پیشـنهادها: بـا توجه به تاثیـر درمـان مبتنی بر تعهـد و پذیرش غنی‌شده با شفقت بر بهبود بهزیسـتی روان‌شناختی در نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن پیشنهاد می‌گردد، این مداخله در بهبود بهزیستی روان‌شـناختی نوجوانان در مدارس مورد اسـتفاده قرار گیرد. همچنین پیشـنهاد می‌شـود، این مطالعه در گروه‌های سنی بزرگسال و با تفکیک جنسیت نیز انجام شود.

سپاسـگزاری: در پایان لازم است از پرسنل محترم مراکز بهداشت و خانواده‌های شرکت کننده در پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، تشکر نماییم.

تضاد منافع: بین نویسـندگان این مقالـه هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع

References:

1. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health. 2013; 13 (1): p.1-14.
2. Cabello M, Caballero FF, Chatterji S, Cieza A, Ayuso-Mateos JL. Risk factors for incidence and persistence of disability in chronic major depression and alcohol use disorders: Longitudinal analyses of a population-based study. Health and Quality of Life Outcomes. 2014; 12 (1): p.1-13.
3. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychological Bulletin. 2002; 128 (2): p. 330-366.
4. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. American Journal of Psychiatry. 2006; 163 (6): p. 1001-8.
5. Akhbarati F, Bashardoust S. The prediction of psychological well-being according to family function and basic psychological needs of students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016; 18 (Special Issue): p. 374-9.[Persian]
6. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies. 2008; 9 (1): p. 13-39.
7. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science. 1995; 4 (4): p. 99-104.
8. Wickramasinghe G, Wickramasinghe V, editors. Effects of employees' upward feedback in creating new opportunities to strengthen job performance. Proceedings of the 9th International Conference on Business Management, University of Sri Jayewardenepura, Sri Lanka, February; 2013.
9. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior. 2002; 43 (2): p. 207-22.
10. Seydi SM, Fahmand S, Amini M, Hosiyni S. Relationship between family communication pattern and personality traits with psychological well bing in multiple sclerosis patients. Journal of Psychological Models and Methods. 3(11); 17-27; 2013. [Persian]
11. Alotaibi T. Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counselling in Saudi Arabia. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015; 205: p. 18-29.
12. Ralph E. Depression in children and adolescents: Information for parents and educators. National Association of School Psychologists: Social/Emotional Development Nova South-Eastern University. 2004.
13. Weijers D, Van Steensel F, Bögels S. Associations between psychopathology in mothers, fathers and their children: A structural modeling approach. Journal of Child and Family Studies. 2018; 27 (6): p. 1992-2003.
14. Loechner J, Starman K, Galuschka K, Tamm J, Schulte-Körne G, Rubel J, et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Psychology Review. 2018; 60: p. 1-14.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

15. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. Journal of Youth and Adolescence. 2017; 46 (2): p. 261-76.
16. Faul LA, Jim HS, Williams C, Loftus L, Jacobsen PB. Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. Psycho-Oncology. 2010; 19 (1): p. 102-9.
17. Chen EY, Chan WS, Wong PW, Chan SS, Chan CL, Law Y, et al. Suicide in Hong Kong: A case-control psychological autopsy study. Psychological Medicine. 2006; 36 (6): p. 815-25.
18. Rutter PA, Behrendt AE. Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. Adolescence. 2004; 39 (154): p. 295-303.
19. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. The BMJ. 2002; 325 (7355): 74.
20. Khawaja NG, Bryden KJ. The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. Journal of Affective Disorders. 2006; 96 (1-2): p. 21-9.
21. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2003; 37 (3): p. 286-93.
22. Esposito-Smythers C, Wolff J, Lemmon KM, Bodzy M, Swenson RR, Spirito A. Military youth and the deployment cycle: Emotional health consequences and recommendations for intervention. Journal of Family Psychology. 2011; 25 (4): p. 497-507.
23. Honarmand Zadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive group intervention on psychological well-being, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. Positive Psychology Research. 2016; 2 (2): p. 35-50. [Persian]
24. Bazley R, Pakenham K. Suicide prevention training for Christian faith-based organizations using acceptance and commitment therapy: A pilot controlled trial of the HOLLY program. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019; 11: p. 6-14.
25. Ruiz FJ. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010; 10 (1): p. 125-62.
26. Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. Journal of pain research. 2018; 11: p. 2145-2159.
27. Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: Systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2019; 21 (1): e12530.
28. Neff K, Sands X. Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind: William Morrow New York, NY; 2011.
29. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009; 15 (3): p. 199-208.
30. Gilbert P, Irons C. Compassion focused therapy. In S. Palmer (Ed.), The beginner's guide to counselling & psychotherapy (pp. 127-139). SAGE Publications Ltd. 2015. http://dx.doi.org/10.4135/9781473918061.n11.
31. Seekis V, Bradley GL, Duffy A. The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. Body Image. 2017; 23: p. 206-13.
32. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. Journal of Research in Behavioural Sciences. 11(26);121-128. 2013. [Persian]
33. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varasteh 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. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 26(3); 158-168. 2018. [Persian]
34. Irandoost F, Neshat-Doost H, Nadi M, Safary S. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the rate of pain intensity in women with chronic low back pain. Journal of Clinical Psychology. 2014; 6 (2): p. 75-84. [Persian]
35. Aazemy Zeinal A, Ghaffari A, Oriental A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, physical health. mental health of hemodialysis patients. Third International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydarieh, Torbat Heydarieh University; 2016. [Persian]
36. Zahiri S, Dehghani A, Izady R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) enriched with compassion focus therapy (CFT) for high school male's obsession with obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychological Studies. 2018; 13 (4): p. 93-108. [Persian]
37. Tabrizi F, Ghamari M, Farahbakhsh K, Bazzazian S. The effectiveness of integrating acceptance and commitment therapy (ACT) with compassion on worry and rumination of divorced women. Journal of Psychological Studies. 2019; 15 (2): p. 41-60. [persian]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]

38. Esmaeili L, Amiri S, Reza Abedi M, Molavi H. The effect of acceptance and commitment therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls. Clinical Psychology Studies. 2018 May 22; 8 (30): p. 117-37. [Persian]
39. Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A. A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991; 3 (3): p. 398-404.
40. Sheikh Darani H, Golparvar M, Sajadian I. Effectiveness of matrix intervention program and harm reduction training on suicidal tendency in harmed female students from relation. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine, 2019; 8 (4): p. 206-217. [Persian]
41. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014; 9 (32): p. 27-36. [Persian]
42. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008 Aug 10; 14 (2): p. 146-51. [persian]
43. Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. Journal of Dermatology and Cosmetic. 2019; 10 (1): p.18-29 [Persian].
44. Bahreini Z, Sanagouye-Moharer G. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and resiliency of abandoned adolescents. Community Health (Salāmat-i ijtimāī). 2019; 6 (1): p. 70-9. [persian]
45. Lehikoinen A, Honkanen I. (Dissertation). Acceptance and commitment therapy group intervention effectiveness on glycemic control, psychological flexibility and psychological well-being of adolescents with type 1 diabetes. Jyväskylä, Finland. University of Jyväskylä. 2018.
46. Kidney G. (Dissertation) Acceptance and commitment therapy training and psychological flexibility for helping professionals. Edinburgh. University of Edinburgh. 2018.
47. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-L. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. Journal de Therapie Comportementale et Cognitive. 2017; 27 (1): p. 34-42.
48. Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. Mindfulness. 2011; 2 (2): p. 86-94.
49. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Bridge JA, Brock GN, Campo JV. A national comparison of suicide among Medicaid and non-Medicaid youth. American Journal of Preventive Medicine. 2019; 56 (3): p. 447-51.
50. Zietlow A-L, Schlüter MK, Nonnenmacher N, Müller M, Reck C. Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: The role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. Maternal and Child Health Journal. 2014; 18 (8): p. 1873-80.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-14]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.10.4.4.4]