مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) و درمان مبتنی بر شفقت(CFT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر

سپیده برغندان[1*]، بهمن اکبری[1]، جواد خلعتبری[2]، علیرضا وارسته[3]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
۳) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱۴ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۴**

چکیده

مقدمه: عوامل زیادی در بروز رفتارهای پر خطر دانش آموزان نقش دارد که از آن جمله می توان به فقدان مهارت های لازم نام برد. از این رو، هدف از انجام این تحقیق مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) و درمان مبتنی بر شفقت(CFT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر می باشد.

مواد و روش ها: طرح پژوهش آزمایشی گسترش یافته است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر نوجوان پایه دهم رشته علوم انسانی سال تحصیلی ۹۶-۹۵ شهر رشت است که ۴۵ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای تک مرحله ای انتخاب شده و به شکل تصادفی در سه گروه ۱۵نفره یعنی دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند و از آنان پیش آزمون گرفته شد. برای گروه آزمایشی اول، درمان(ACT) و گروه آزمایشی دوم، درمان(CFT)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله صورت گرفت. سپس از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد. ابزارها شامل مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی و کیفیت زندگی بود. داده ها از طریق تحلیل کواریانس چند متغیره و تعدیل بونفرونی به وسیله SPSS vol.16 تحلیل شد.

یافته های پژوهش: یافته ها نشان می دهند که هر دو درمان بر کیفیت زندگی کل($P<0.01$) اثربخش می باشند و بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری می باشد. میانگین کیفیت زندگی قبل از درمان ACT در گروه آزمایش اول ۳۳/۸۷ و بعد از درمان ۵۲/۳ و میانگین کیفیت زندگی قبل از درمان CFT در گروه آزمایش دوم ۳۳/۵ و بعد از درمان، ۴۴/۵۶ ($P<0.01$) می باشد. در حالی که در گروه کنترل، میانگین کیفیت زندگی افزایشی نیافته است. مقایسه میانگین ها نشانگر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در بعد سلامت روانی در گروه آزمایشی اول و اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت(CFT) در بعد سلامت جسمانی در گروه آزمایشی دوم در مقایسه با گروه کنترل می باشد($P<0.01$).

بحث و نتیجه گیری: از این رو به کار بردن هر دو درمان می توانند تاثیر مهمی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر داشته باشد و منجر به بهبود زندگی آنان شوند.

واژه های کلیدی: شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوجوان، رفتار پر خطر

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

Email: Barghandan.s@gmail.com

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

مقدمه

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT خوانده می شود به عنوان یکی از درمان های رفتاری موج سوم است که می تواند بر بهزیستی روانی، سازگاری و کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر افکار و احساسات را به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آن ها می پذیرد. ACT شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شود. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود مشاهده گر یا خود بافتاری، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه می باشد(۱). اصول زیربنایی این درمان شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن ها ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است. روش های زبانی و فرآیندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی های غیرکلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است. هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود(۲).

در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی(افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید(این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها)، به طور کامل پذیرفت. به عبارتی دیگر، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونیشان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است(۳). در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد(جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند(روشن سازی ارزش ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث(ترومـا)، هراس ها و ... باشند(۴). پژوهش ها نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر کیفیت زندگی افراد موثر باشد. به طور مثال سعیدی و خلعتبری(۵) در تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین اثربخش می باشد.

در تحقیقی دیگر، نریمانی و همکاران(۵) به مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مولفه های کیفیت زندگی بیماران وسواسی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان تعهد و پذیرش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس را بیشتر افزایش داده است.

از طرفی دیگر، درمان جدیدی به نام درمان مبتنی بر شفقت یا(CFT) توسط پل گیلبرت(۷) بنا نهاده شده است. در سال های اخیر درباره شفقت مطالعه بسیاری شده و به عنوان بخشی صاحب شواهد تجربی از روان درمانی بیشتر از قبل مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

استفاده قرار گرفته است. این پدیده چندان تعجب برانگیز نیست چون در ۲۶۰۰ سال گذشته تمرین شفقت مرکز شفای هیجانی در سنت های خردمندی جهانی قرار داشته است. همدلی و تایید هیجانی نیز از دهه ها پیش تاکنون به عنوان بخشی از مهم ترین مولفه های اثربخشی روان درمانی شناسایی شده است. با این حال شفقت به عنوان یک فرآیند در این چند سال گذشته بوده که به عنوان نقطه تمرکز اصلی در کار روان درمانی مورد توجه قرار گرفته است. حجم در حال رشدی از پژوهش ها دارد به طور مدام نشان می دهد که چطور کسب ذهن مشفق می تواند به ما کمک کند تا از دسته ای از مشکلات روان شناختی نظیر اضطراب و شرم پیشگیری کرده و آن ها را رفع کنیم(۸). فعال سازی عمدی سامانه شفقت می تواند شجاعت و انعطاف پذیری روان شناختی لازم برای رو در رو شدن با چالش های زندگی را فراهم کرده و قدمی به سوی زندگی معنادار و با نشاط باشد.

گیلبرت(۷) بر اساس روان شناسی تحولی، علم عصب پایه عاطفی، فلسفه عملی بودیستی و نظریه تکاملی شکلی جامع از رفتاردرمانی تجربی را تدوین کرده است که به نام درمان متمرکز بر شفقت(CFT) شناخته می شود. گیلبرت شفقت را به عنوان فرآیندی چندوجهی توصیف می کند که از ذهنیت مراقبت کننده تکامل یافته که در مراقبت والدینی و پرورش کودک یافت می شود. شفقت دارای تعدادی عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی نیز هست که در توانایی ایجاد فرصت هایی برای رشد و تغییر همراه با ملایمت و مراقبت نقش دارند.

گیلبرت، گوهر و ماهیت شفقت را مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن می داند. این تعریف شامل دو بعد اساسی شفقت است. اولی به نام روان شناسی مشغولیت شناخته می شود و شامل آگاهی از حضور رنج و دلایل آن و حساسیت به آن است. بعد دوم به نام روان شناسی تسکین شناخته می شود و شامل انگیزش و تعهد جهت برداشتن گام های عینی برای رفع و تسکین رنجی است که با آن مواجه می شویم(۹). با توجه به این که پژوهش های اندکی به طور مستقیم به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت پرداخته اند به برخی از مقالات مرتبط اشاره می شود. به طور مثال اثباتی(۱۰) در رساله دکترای خود از این نوع درمان به عنوان درمانی موثر و کاربردی نام برده است. در مطالعه ای دیگر، نوربالا و همکاران(۱۱) به بررسی اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در درمان مبتنی بر شفقت پرداختند. یافته های پژوهش آن ها نشان داد که اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مطالعه پیگیری کاهش معناداری یافته اند.

از طرفی توجه به کیفیت زندگی از جمله مسائل مهم دوران نوجوانی است که می تواند تاثیر به سزایی در زندگی فردی و اجتماعی آنان داشته باشد. کیفیت زندگی درک شخصی از موقعیت فرد در زندگی در فرهنگ و نظام ارزشی است که فرد در آن زندگی می کند و با اهداف، آرزوها، ارزش هایی که افراد دارند، در ارتباط است. در کیفیت زندگی عواملی چون سلامت جسمی، وضعیت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، عقاید شخصی و رابطه این عوامل با جنبه های محیطی که افراد در آن زندگی می کنند مطرح می شود. کیفیت زندگی به ارزیابی درونی افراد که در غالب فرهنگ اجتماعی و محیطی بر می گردد(۱۲). کیفیت زندگی، همانند خود زندگی مفهومی پیچیده و چند بعدی است. سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی از مولفه های سازنده کیفیت زندگی به شمار می آید(۱۳). کیفیت زندگی را در سه حوزه عاطفی، روانی و اجتماعی می توان بررسی کرد. بعد عاطفی به احساس خوشبختی و رضایت از زندگی اشاره دارد. بعد روانی به معنای دارا بودن یک زندگی غنی است که از توانایی های فردی به دست آمده باشد و بعد اجتماعی به احساس ارزشمندی اشاره دارد که بر اساس جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند، ارزشمند شناخته شده باشد(۱۴). از این رو هدف از انجام این تحقیق مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) و درمان مبتنی بر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

شفقت(CFT) بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای رفتار پرخطر می باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش آزمایشی، از نوع تجربی گسترش یافته با پیش آزمون و پس آزمون سه گروهی می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر نوجوان پایه دهم، مقطع متوسطه دوم، رشته علوم انسانی که در تراز سنی ۱۶-۱۵ سال قرار دارند و در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در ناحیه دو شهر رشت مشغول به تحصیل هستند را تشکیل می دهند که برای انتخاب نمونه مورد مطالعه، از شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای استفاده شده است. بدین صورت که ابتدا بعد از گرفتن مجوزهای لازم از اداه آموزش و پرورش ناحیه دو رشت، از میان مدارس دولتی ناحیه دو رشت دارای رشته علوم انسانی به صورت تصادفی ساده دو مدرسه دخترانه از مقطع متوسطه دوم رشته علوم انسانی(پایه دهم) انتخاب شد. سپس برای غربالگری و جمع آوری دانش آموزان دارای رفتار پر خطر چهار کلاس از هر مدرسه(جمعاً ۲۴۸ نفر) انتخاب شده و با استفاده از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی(IARS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از آن، تعداد ۴۵ دانش آموز نوجوان دارای رفتار پرخطر که در مقیاس ذکر شده نمره بالای ۶۳ گرفته بودند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل(۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفت و از همه آن ها به وسیله پرسش نامه کیفیت زندگی(SF-۳۶)، پیش آزمون گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه مطالعه حاضر، بر اساس روش تحقیق دلاور(۱۵) که برای تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر به ازای هر گروه را پیشنهاد می دهد، با وجود دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. سپس برای گروه آزمایشی اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه۹۰ دقیقه ای و برای گروه آزمایشی دوم نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر شفقت صورت گرفت اما گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت. سپس بعد از پایان جلسات از هر سه گروه به وسیله پرسش نامه کیفیت زندگی(SF-۳۶)، پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از نمودار، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره با استفاده از تعدیل بونفرونی جهت بررسی اثربخشی مداخلات و بررسی معنادار بودن تفاوت قبل و بعد از اعمال مداخله و مقایسه اثر دو مداخله، به کار گرفته شد. داده های به دست آمده از طریق نرم افزار SPSS vol.16 مورد ارزیابی قرار گرفته اند.

منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطالب تهیه شده از دو کتاب اکت به زبان ساده(الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نوشته راس هریس(۱۶) و منظور از درمان مبتنی بر شفقت مطالب تهیه شده از دو کتاب درمان متمرکز بر شفقت نوشته پل گیلبرت(۷) و کتاب درمان مبتنی بر شفقت به زبان ساده راسل کولتس(۱۷) می باشد.

شرایط ورود به مطالعه نیز عبارتند از: اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بوده است. دارا بودن ملاک های رفتار پرخطر، عدم دارا بودن اختلالات بالینی به تشخیص روان پزشک؛ عدم دریافت آموزش ها و درمان های روان شناختی قبل از ورود به پژوهش؛ داشتن حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۱۶ سال؛ مشغول به تحصیلات بودن در مقطع متوسطه دوم رشته علوم انسانی؛ موافقت دانش آموزان برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت نامه کتبی ار دیگر موارد شرایط ورود بودند. شرایط خروج از مطالعه عبارتند از: داشتن علایم سایکوتیک؛ دارا بودن ملاک های کامل سایر اختلالات روان شناختی بر اساس DSM_5؛ مصرف داروهای روان درمانی؛ شرکت نکردن در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول؛ همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده به وسیله درمانگر. برای جمع آوری داده ها از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی(۱۶)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

برای غربالگری و از پرسش نامه کیفیت زندگی(۳۶-SF) به عنوان پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد.

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی: این مقیاس شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری نوجوانان توسط زاده محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر از قبیل خشونت، سیگارکشیدن مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه ها در یک مقیاس ۵ گزینه ای از کاملاً موافقم(۵) تا کاملاً مخالفم(۱) بیان می کنند. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی(IARS) به روش همسازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و اعتبار سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مولفه های اصلی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از آن است که میزان اعتبار IARS و خرده مقیاس های آن برای مقیاس کلی ۰/۹۴۱، رانندگی خطرناک ۰/۷۴۶، خشونت ۰/۷۸۴، سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۱، مصرف الکل ۰/۹۰۹، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷۶ و دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳۵ است(۱۸). نمره برش این مقیاس برای این تحقیق ۶۲/۹۳ است که ۶۳ در نظر گرفته شده است یعنی، افرادی که نمره ای بالاتر از ۶۳ به دست آورند، دارای رفتار پر خطر می باشند.

پرسش نامه کیفیت زندگی(۳۶-SF): این پرسش نامه که توسط ویر و شربون در سال ۱۹۹۲ ساخته شد ه است(۱۹) شامل ۳۶ سوال با پاسخ های چند گزینه ای است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتش می سنجد(۲۰). ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش نامه استاندارد SF-36 توسط منتظری، گشتاسبی، وحدانی نیا در سال ۱۳۸۴، در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر انجام گرفته است. مطالعات ایشان از کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد. مقیاس SF-36 دارای ابعاد هشت گانه عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. بررسی های روان سنجی دیگر از قبیل روایی یابی نیز توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا(۲۱) صورت گرفته است، که حکایت از مناسب بودن این ابزار دارد. مقیاس های گونه فارسی F-36 به جز مقیاس نشاط(۰/۶۵)، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس های پرسش نامه را توجیه می نمود. این پرسش نامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است. جهت تجزیه و تحلیل پرسش نامه به هر عبارت از صفر تا ۱۰۰ نمره داده می شود که ۱۰۰ بیانگر بالاترین سطح عملکرد ممکن است. سرانجام، درصد به دست آمده و میانگین درصدها در هر بعد محاسبه می شود. در انتها نمرات خام به نمرات استاندارد شده تبدیل می شود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT)

جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با دانش آموزان، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی و اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، گرفتن رضایت نامه شرکت در پژوهش، اجرای پرسش نامه های پیش آزمون، آشنایی با رویکرد ACT، فرمول بندی مورد
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، معرفی و بررسی اجتناب تجربه ای و آگاهی از پیامدهای اجتناب تجربه ای، بررسی و ایجاد درماندگی خلاقانه و ارائه استعاره انسان در چاه، بررسی انتظارات دانش آموزان از درمان ACT و شرح اهداف انسان زنده، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی آن ها با ارائه استعاره عاشق شدن، تمثیل دروغ سنج و دونات ژله ای؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم تسلیم شدن، شکست، یاس، انکار، مقاومت، ارایه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم همجوشی شناختی و بررسی آمیختگی به خود مفهوم پردازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و تمرین لیمو لیمو؛ ارایه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل و تمرین بیشتر گسلش، معرفی تکنیک های ذهن آگاهی و بودن در زمان حال، تفهیم کامل تر این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل با ارائه استعاره اسکیت، ارایه تکلیف خانگی
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش ها و مقایسه آن ها با اهداف؛ شناسایی ارزش های افراد با استفاده از قطب نمای زندگی و حلقه هدف و استعاره مستند هفت روزه و عصای جادویی، ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و ارایه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل، ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و اسکن نور، بررسی مجدد ارزش ها، اهداف و اعمال متعهدانه ، ارایه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش آموزان، مرور تکلیف جلسه قبل، مرور ماهیت تمایل و تعهد(آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها مرور تکالیف و جمع بندی جلسات، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده و نشده، تشکر از دانش آموزان برای شرکت در گروه و آماده سازی دانش آموزان برای پایان جلسات و اجرای پس آزمون و اتمام جلسه

محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت CFT

جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با دانش آموزان، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی و اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، گرفتن رضایتنامه شرکت در پژوهش، آشنایی با مفاهیم سفر شخصی و ذهن چندگانه ، اجرای پرسش نامه های پیش آزمون، آشنایی با رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و ماهیت شفقت، فرمول بندی مورد، ارایه تکلیف خانگی
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خود سرزنشگری، تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر، ارایه تکلیف خانگی
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، مقایسه مسئولیت پذیری در مقابل تقصیر جویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین دهنده، ارایه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی، معرفی تصویر سازی مشفقانه
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خودشفقت ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به خود، شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران
جلسه هفتم	شناسایی راهبردهای ایمنی بخش و رفتارهای سلطه پذیرانه و رابطه آن با خودانتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارایه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد، تشکر از دانش آموزان برای شرکت در گروه و آماده سازی دانش آموزان برای پایان جلسات و اجرای پس آزمون و اتمام جلسه

یافته‌های پژوهش

برای بررسی اهداف تحقیق، جهت مقایسه دو شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس چند متغیری(مانکوا) استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های این آزمون بررسی شد. در ابتدا مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار است($M_{box}=8.714$, $F_{6,\ 43964.308}=8.714$, $P=0.230$). سپس با استفاده از آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز اثربخشی درمان به صورت ترکیبی بررسی می شود و نتایج این آزمون نشان می دهد که درمان های ارائه شده بر کیفیت زندگی کل و هریک از ابعاد کیفیت زندگی اثربخش می باشد(جدول شماره ۱).

سپس با استفاده از آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز اثربخشی درمان به صورت ترکیبی بررسی شد. نتایج این آزمون نشان می دهد که درمان های ارائه شده بر کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد کیفیت زندگی(جسمانی و روانی) اثربخش می باشد.

جدول (۱): مشخصه های آماری مؤلفه ای متغیر وابسته کیفیت زندگی ابعاد سلامت جسمی و روانی(۴۵=تعداد)

مولفه ها	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT)				گروه درمان مبتنی بر شفقت (CFT)				سطح معناداری
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		
	میانگین	انحراف استاندار	میانگین	انحراف استاندار	میانگین	انحراف استاندار	میانگین	انحراف استاندار	
کیفیت زندگی کل	۳۳/۸۷	۴/۱۶	۵۲/۳	۶/۹۹	۳۳/۵	۳/۰۸	۴۴/۵۶	۲/۷۳	۰/۰۰۱
سلامت جسمی	۳۴/۴۷	۳/۹۹	۴۳/۲۷	۴/۲۶	۳۳	۳/۴۴	۴۵/۲۰	۲/۶۷	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۳۳/۲۷	۴/۳۳	۶۱/۳۳	۹/۷۲	۳۴	۲/۷۲	۴۳/۹۳	۲/۷۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

با توجه به جدول شماره ۱ بین میانگین گروه کنترل و میانگین دو گروه آزمایش در متغیرهای وابسته کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی، در پس آزمون تفاوت وجود دارد. این تفاوت ها در هر بعد، به سود دو گروه آزمایشی است.

جدول شماره ۲. تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۲۲	۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۶

با توجه به داده های جدول شماره ۲ میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. برای بررسی دقیق تر، نتایج تحلیل کواریانس در تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی در جدول زیر ارائه گردیده است. با توجه به میزان سطح معنی داری(sig=0.0001) که از سطح آلفا ۰/۰۱ کوچک تر است، با احتمال ۰/۹۹ می توانیم بیان کنیم که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) و درمان مبتنی بر شفقت(CFT) بر کیفیت زندگی کل و ابعاد کیفیت زندگی(جسمی و روانی) دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر موثر است و میزان اندازه اثر(η^2=0.966) حاکی از اثربخشی بالای این شیوه های درمانی است($F=0.966, \eta^2=0.001,$ Lambda=0.0001, P<0.001).

برای بررسی فرضیه اصلی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر متفاوت از درمان مبتنی بر شفق(CFT) است، جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس برای متغیرهای کیفیت زندگی(سلامت جسمی و سلامت روانی) در مقایسه پس آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت جسمی	۶۵/۴۸۵	۱	۶۵/۴۸۵	۶/۸۸۰	۰/۰۰۰
خطا	۳۴۲/۶۴۷	۳۶	۹/۵۱۸		
سلامت روانی	۲۰۱۱/۷۰۰	۱	۲۰۱۱/۷۰۰	۹۷/۱۸۰	۰/۰۰۰
خطا	۷۴۵/۲۲۹	۳۶	۲۰/۷۰۱		

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در میزان سلامت جسمی و سلامت روانی تفاوت معنادار وجود دارد($F(1,36)=6.88), P<0.01,$ $F(1,36)=97.180, P<0.01$). با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت نشان داده شده است افرادی که تحت تاثیر مداخه درمان مبتنی بر شفقت(CFT) قرار گرفتند سلامت جسمی بیشتری نسبت به مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) دارند و افرادی که تحت تاثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) قرار گرفتند، نسبت به کسانی که تحت مداخله درمان مبتنی بر شفقت (CFT) قرار گرفتند، سلامت روانی بیشتری دارند.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که یافته ها نشان داد که بین هر دو شیوه مداخله یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) و درمان مبتنی بر شفقت(CFT) و گروه کنترلی که درمانی دریافت نکرده است در کیفیت زندگی کل و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. این نتایج حاکی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

از اثربخشی دو شیوه درمانی بر ابعاد مورد بررسی است. مقایسه اثربخشی دو شیوه درمانی با یکدیگر نیز نشان داد که بین دو شیوه درمانی در ابعاد جسمی و روانی تفاوت معنی داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان مبتنی بر شفقت در بعد سلامت روانی کیفیت زندگی و اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی می باشد. به دلیل جدید بودن درمان مبتنی بر شفقت و عدم وجود پژوهش هایی که مستقیماً به مقایسه اثربخشی این دو درمان(اکت و درمان مبتنی بر شفقت) در خصوص موضوع مورد بحث پرداخته باشد، پیشینه ای جهت مقایسه همسویی یا عدم همسویی نتایج، ارائه نشده است.

اما در خصوص اثربخش تر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت در بعد سلامت روانی کیفیت زندگی می تواند به این دلیل باشد که اصول زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می باشد. به عبارتی دیگر، این اصول شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن ها و ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است و چون روش های زبانی و فرآیندهای شناختی در تعامل با دیگر وابستگی های غیرکلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم می شود موثر می باشد، این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است. همان طور که ذکر شد، هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی(افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها)، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد(جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته اســـت. پنـــجم، کمک به فرد تا این که ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند(روشن سازی ارزش ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تـــجارب ذهـــنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث(تروما)، هراس ها و... باشند که منجر به بهبود کیفیت زندگی و بعد سلامت روانی در افراد شود.

برای تبیین اثربخش تر بودن درمان مبتنی بر شفقت در بعد سلامت جسمانی نیز می توان به نتایج اخیر پژوهش های علوم اعصاب و تصویربرداری مغزی اشاره کرد که نشانگر این مسئله است که تمرین تصویرسازی شفقت برای دیگران و خود، منجر به تغییراتی در قشر پیشانی، دستگاه ایمنی بدن و بهزیستی عمومی بدن می شود(۲۲). از آن جا که استرس و اضطراب با راه اندازی سیستم تهدید و حفاظت از خود در مغز باعث می شوند که بدن در حالت دفاعی قرار گرفته و با فعال شدن آمیگدالا و محور هیپوتالاموس–هیپوفیز– آدرنال، واکنش های دفاعی مثل جنگ یا گریز فعال شود، انتظار می رود که درمان مبتنی بر شفقت با تـــمریناتی از قبیل:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

شفقت ورزی، ریتم تنفس تسکین دهنده، تصویرسازی مشفقانه، تمرین صندلی مشفق و به کار بردن خود خردمند و خود قدرتمند و خود ملایم، به تعویض سیستم فعال در مغز فرد بپردازد. بدین صورت که از سیستم تهدید و حفاظت از خود که منبع احساسات دشوار و دردناکی نظیر اضطراب، خشم و بیزاری است به سیستم تسکین دهندگی، رضایت و امید که ما را قادر می سازد تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم و آرامش درونی را تجربه کنیم، برگردیم. بدین صورت، با تمرین تکنیک های ذکر شده بدن از حالت واکنش های دفاعی رها شده و از میزان ترشح کورتیزول کاسته خواهد شد که این تغییرات صورت گرفته می تواند منجربه بهبود وضعیت بدنی و سلامت جسمی در افراد شود.

بنا بر این با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دارای رفتار پرخطر، پیشنهاد می شود که به این نوع درمان ها توجه بیشتری شده و از آن جا که دهه های اخیر شیوع رفتارهای پرخطر، به خصوص در بین نوجوانان و جوانان به یکی از مهم ترین نگرانی های جوامع بشری تبدیل شده است، درمان های این چنین موثر اعمال شود تا دانش آموزان دارای رفتار پرخطر بتوانند در شرایط مختلف و پیچیده زندگی بهتر تصمیم گیری کرده و با ذهن آگاهی بیشتر و خردمندانه تر به راه حل های متفاوتی که در پیش روی خود دارند، بیندیشند و در نتیجه، بهترین راه را که می تواند منجر به برقراری روابط موثر و زندگی با کیفیت بالاتر در جهت زندگی معنادار باشد را انتخاب کنند. از این رو توجه به دوره حساس نوجوانی و بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اولیه درمان در رابطه با دانش آموزان درای رفتار پرخطر محسوب می شود. بنا بر این ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانان و توجه به وضعیت روان شناختی آنان برای بسیاری از درمانگران، روان شناسان، اولیای مدرسه و آموزش و پرورش از اهمیت به سزایی برخوردار است چرا که می تواند با اعمال این نوع درمان ها تاثیر مهمی بر زندگی نوجوانان به ویژه نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر داشته باشد.

پیشنهادات: از جمله محدودیت های این تحقیق، کمبود پیشینه تحقیقاتی در زمینه مقایسه دو درمان مبتنی بر پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت می باشد .به علاوه، یافته های این پژوهش در خصوص نوجوانان بوده است. لذا تعمیم یافته ها به سایر نمونه ها و جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد لذا پیشنهاد می شود که در تحقیقات آتی، افراد سنین مختلف را نیز مورد مطالعه قرار گیرند. از طرفی دیگر، با توجه به این که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری دانش آموزان مربوط به کمبود توانایی ها و مهارت لازم می باشد، لذا پیشنهاد می شود درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی که بر تکنیک های موثر ذهن آگاهی تاکید می کنند، به عنوان بخش اصلی برنامه درمانگران پذیرفته شده و از افراد دارای صلاحیت حرفه ای برای ارائه درمان های یادشده بهره گرفته شود. چرا که ارائه درمان های موثر می تواند تصورات قالبی و رفتار افراد جامعه را در راستای بهزیستی و همزیستی مسالمت آمیز تغییر دهد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه دکترا از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال تحصیلی ۹۷-۹۶، رشته روان شناسی، دانشکده علوم انسانی با کد ۱۱۷۲۰۷۰۵۹۵۱۰۰۱ می باشد. در این رابطه از تمامی اساتید و همکاران به خصوص مدیریت و معاونین مدارسی که در توزیع پرسش نامه ها و گردآوری دانش آموزان و برقراری جلسات درمانی نهایت همکاری را داشته اند تشکر می شود. چرا که بدون همکاری این عزیزان هرگز انجام چنین پژوهشی امکان پذیر نبود.

References

1.Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Therap2006;44:1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

2.Alonsofernandez M, Lopezlopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. Pain Med2016; 17:264-77. doi: 10.1111/pme.12885

3.Arjmandghujur K, Eghbali A. [A comparing of two schema therapy and acceptance and commitment therapy attitudes effectiveness on early maladaptive schema in Methamphetamine addicts]. Rooyeshe Ravanshenasi 2018; 7: 151-78. (Persian)

4.Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy acceptance based therapies chapter to appear in cognitive behavior therapy applying empirically supported treatments in your practice. 2th ed. Hoboken NJ Wiley Publication. 2008;P.226-63.

5. Saeedi M, Khalatbari J . the effectiveness of adequacy and commitment therapy on adequacy and quality of life of disabled people under coverage of welfare. Quart J Edu Psychol Islam Azad Uni Tonekabon Branch 2016; 1:53-62. (Persian)

6. Narimani M, Malekipirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. A comparison of the effectiveness of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy in reducing the obsessions and compulsions of patients. J Clin Psychol2016; 8: 25-36. doi: 10.22075/JCP.2017.2224

7.Gilbert P. Compassion focused therapy special issue. Int J Cogn Therap 2010; 3: 197-201.

8. Tirch D, Gilbert P. Compassion focused therapy an introduction to experiential interventions for cultivating compassion. 2th ed. New York Guilford Publication.2014;P.132-6.

9.Gilbert P, Choden K. Mindful compassion using the power of mindfulness and compassion to transform our lives. London Constable Robinson Publication. 3th ed. 2013;P.265.

10. Esbaty M. Study of the pathology and the effectiveness of treatment based on compassion trans diagnostic approach to anxiety and depression. PhD Thesis Al Zahra Uni Facult Edu Psychol Tehran 2013.

11.Rajabi G, Gashtil K, Amanallahi A. The Relationship between self-compassion and depression with mediatings thought rumination and worry in female Nurses. Iran J Nurs2016; 29:10-21. doi: 10.29252/ijn.29.99.100.10

12.Hagerty M. Quality of life indexes for national policy review and ayenda for research. Soc Ind Res 2001; 55: 1- 96.

13.Lehto S. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Ann Oncol 2005; 16: 805-16. doi: 10.1093/annonc/mdi146

14.Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. Int J Clin Health Psychol 2018; 18:60-8. doi:10.1016/j.ijchp.2017.09.002

15.Delaware A . Research method in psychology and educational sciences. 2th ed. Samt Tehran Publication.2007.

16.Harris B. RACT in plain language alphabet based on acceptance and commitment. 1 th ed. Honored Tehran Publications. 2016; P.81-5.

17.Kolts A. RCFT Made simple a clinician's guide to practicing compassion focused therapy. 1th ed. New Harbinger Made Simple Series Publication. 2016.

18.Samadypoor R, Kordtamini B. The role of personality pattern behaviors in risk behaviors of high school students. Int J High Risk Behav Add 2016; 5:36313. doi: 10.5812/ijhrba.36313.

19.Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey SF-36. Med Care 1992. 30: 473-83.

20.Nejat S. [Quality of life and measurement]. Iranian J Epidemiol 2008; 4: 624-57.(Persian)

21.Montazeri A, Goshbasbi A, Wohadninia M. Translation determination of reliability and validity of the persian species of the SF-36 questionnaire. J Monit 2005; 5: 49- 56.

22.Lutz A, Brefczynski J, Johnstone T, Davidson Rj. Regulation Of The Neural Circuitry Of Emotion By Compassion Meditation Effects Of Meditative Expertise. Plos One2008;3:1897.Doi: 10.1371/Journal.Pone.0001897

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors

Barghandan S[1], AkbariB[2], Khalatbari J[3], Varaste A.R[4]

(Received: November 5, 2017 Accepted: June 25, 2018)

Abstract

Introduction: Many factors, such as the lack of necessary skills, contribute to the emergence of high-risk behaviors in students. The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion focused therapy (CFT) on the quality of life among adolescents with high-risk behaviors.

Materials and Methods: The present extended experimental study was conducted on 45 female students studying humanities at the 10th grade of high school in the academic year of 2016-2017 using a pretest-posttest control group design.The study population was selected by single-stage cluster sampling technique, and then randomly assigned into three groups of ACT (n=15), CFT (n=15), and control (n=15). The two intervention groups were subjected to eight 90-minute interventional sessions. Data collection tools included the Adolescent Risk-Taking Questionnaire and Quality of Life Questionnaire SF-36. The three groups filled out the research instruments before the implementation of the intervention and after the end of the eight interventional sessions in forms of pretest and posttest, respectively. Data analysis was performed in SPSS software (version 16) using multivariate analysis of covariance, independent t-test, and modified Bonferroni test.

Results: The results indicated that both treatments were equally effective in the quality of life (P<0.01). The ACT group had the mean life of quality of 33.87 and 52.3 before and after the implementation of ACT, respectively. Furthermore, regarding the CFT group, the mean quality of life was obtained as 33.5 and 44.56 prior to and following the CFT intervention, respectively. However, no significant increase was observed in the control group in terms of this variable. The results also indicted the higher efficacy of ACT and CFT in the mental and physical health dimensions of the quality of life as compared to the control group (P<0.01).

Conclusion: Based on the findings of the present study, the combined application of ACT and CFT can have a significant impact on the quality of life among the female adolescents with high-risk behaviors and improve their well-being.

Keywords: Compassion, Acceptance and commitment therapy, Adolescent, High-risk behavior

1. Phd in Psychology, Department Of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran (Corresponding Author)
2. PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
3. PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran
4. Psychiatrist, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Lahijant Branch, Lahijan, Iran
Email: Barghandan.s@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.158]