رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنهان سازی نوجوانان دارای سابقه خودجرحی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان

The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on Self-Concealment of Adolescents with a History of Self-Injury admitted to the Psychiatric ward of the Hospital

سپیده کریم پور نطنزی
دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
دکتر شکوفه رادفر (نویسنده مسئول)
دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)، تهران، ایران.
دکتر محبوبه طاهر
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
دکتر عصمت داودی منفرد
گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنهان سازی نوجوانان دارای سابقه خودجرحی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان انجام شد. روش پژوهشی مورد منفرد (A-B-A) همراه با خط پایه چندگانه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله اعظم شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. از جامعه آماری ۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودنهان‌سازی (SCS, 1990) و سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان (ISAS, 2009) استفاده شد. پس از طی خط پایه چندگانه برای هر نوجوان، برنامه مداخله‌ای به صورت انفرادی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. داده‌ها به روش تحلیل پایا و به کمک رسم نمودار تحلیل شدند. نتایج نشان داد پس از دریافت آموزش نمرات شرکت‌کنندگان در خودنهان‌سازی و خودجرحی برای هر شرکت‌کننده کاهش یافته است. بر اساس نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خودنهان‌سازی و خودجرحی نوجوانان بستری در بیمارستان اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودجرحی، خودنهان‌سازی.*

Sepideh Karimpour Natanzi
PhD student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Dr. Shokofeh Radfar*
Associate Professor, Baghiyatallah Al-Azam University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
shokofehradfar@gmail.com
Dr. Mahboobe Taher
Associate Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Dr. Esmat Davoudi Monfared
Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

This research was conducted to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-concealment of adolescents with a history of self-injury admitted to the psychiatric ward of the hospital. The research method was a single case (A-B-A) with multiple baselines and a one-month follow-up period. The statistical population of the research was adolescents aged 14 to 19 years admitted to the psychiatric department of Baqiyatullah Azam Hospital in Tehran in 2021-2022. 4 people were selected from the statistical population by purposive sampling method. A Self-concealment questionnaire (SCS, 1990) and a list of self-injurious behaviors (ISAS, 2009) were used to collect data. After multiple baselines for each adolescent, an individualized intervention program was presented in 8 90-minute sessions. The data were analyzed using a reliable analysis method and with the help of graphs. The results showed that after receiving training, the participants' scores in self-concealment and self-injury decreased for each participant. Based on the results, treatment based on acceptance and commitment is effective in reducing self-concealment and self-injury in hospitalized adolescents.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Self-Injury, Self-Concealment.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت : مهر ۱۴۰۳** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

مقدمه

دوره نوجوانی، مرحله مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود و روانشناسان آن را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و دوران فشار و طوفان نامیده‌اند (حیدریان و همکاران، ۱۴۰۲). چنانچه در این دوران خصوصیات دوره نوجوانی نادیده گرفته شوند، با خطر احتمالی رخداد بسیاری از رفتارهای ناسالم همراه خواهد بود (مک‌مین[۱] و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از این رفتارهای ناسالم خطرزا، رفتارهای خودجرحی[۲] است که در دوران نوجوانی بیشتر از سایر دوره‌های زندگی شایع است (بابااحمدی میلانی و همکاران، ۱۴۰۲). رفتارهای خودجرحی مجموعه رفتارهایی است که در آن فرد بدون اینکه هدف خودکشی داشته باشد، به خودش آسیب می‌رساند. این آسیب عمدا صورت می‌گیرد و فرد از انجام آن آگاه است (سان[۳] و همکاران، ۲۰۲۴). این رفتارها می‌توانند به روش‌هایی مانند بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، کتک‌زدن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، چنگ کشیدن، زخمی کردن بدن و یا جلوگیری از بهبود زخم‌های بدن انجام شوند (سون[۴] و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد متعدد وجود دارد که نشان می‌دهد خودجرحی با گستره‌ای از مشکلات روانی همچون افسردگی و اضطراب همراه است و می‌تواند بر روابط خانوادگی تاثیر منفی داشته باشد (فو[۵] و همکاران، ۲۰۲۰). اقدام به خودکشی با فراوانی کمی اتفاق می‌افتد، اما خودجرحی غیرخودکشی‌گرا به صورت مزمن و با فراوانی زیادی روی می‌دهد (زینچاک[۶] و همکاران، ۲۰۲۳).

در بروز رفتار خودجرحی عوامل متعددی از قبیل: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بیکاری، موارد مربوط به اختلالات شخصیتی، سوء مصرف مواد، تنظیم هیجانات ناسازگار (کیکنز[۷] و همکاران، ۲۰۲۰)، سابقه قرار گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا در زندگی، اختلال در عملکرد خانواده را ذکر کرده‌اند، یکی از مهم‌ترین این عوامل خود نهان‌سازی[۸] است (داگتا و هولدن[۹]، ۲۰۱۸). خود نهان‌سازی به تمایل روانی افراد به پنهان کردن فعال اطلاعات شخصی که از نظر وی دردناک یا منفی است، اشاره دارد که این اطلاعات شامل تجربیات ناراحت کننده شخصی (خودآزاری غیرخودکشی)، مشکلات رابطه، افکار منفی و غیره است (ژو[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۱). خود نهان‌سازی به حفظ تصویر مثبت از خود و جلوگیری از برانگیختن خشم در دیگران کمک می‌کند. با این حال، خود نهان‌سازی کارکردی منفی دارد و هر چه تمایل به پنهان‌کاری بیشتر باشد، فاصله بین‌فردی بیشتر می‌شود (بورکه[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۰). خود نهان‌سازی به عنوان یک سبک مقابله‌ای[۱۲] متمرکز بر هیجان در نظر گرفته می‌شود که ماهیت اجتنابی دارد (چن[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۳) و شامل سرکوب عمدی اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده است که می‌تواند موجب بازداری از اتخاذ نگرش مثبت شود. این اجتناب از مقابله متمرکز بر هیجان مانع استفاده از راهبردهای حل مسئله می‌شود. خود نهان‌سازی افراد را به سمت پذیرش راهبردهای مقابله درونی به جای رویکردهای بیرونی سوق می‌دهد (سفی[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۱). نوجوانان با خود نهان‌سازی بالا تمایل کمتری به اتخاذ مکانیسم‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و کمک‌طلبی و گرایش بیشتر به استفاده از خیال‌پردازی و خوجرحی بدون قصد خودکشی دارند (یویسال[۱۵]، ۲۰۲۰). مطالعات فیض اللهی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان‌مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش خود نهان‌سازی و افکار خودکشی دارد.

یکی از مداخلات روانشناختی که اخیرا توجه زیادی را به خود جلب کرده و در زمینه خودجرحی نیز کاربرد دارد، درمان‌مبتنی بر پذیرش و تعهد[۱۶] است (تایگی[۱۷] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش،

1. McMain
2. Self-injurious behaviors
3. Sun
4. Son
5. Fu
6. Zinchuk
7. Kiekens
8. Self-concealment
9. D'Agata, and Holden
10 . Zhou
11 . Burke
12 . Coping strategy
13 . Chen
14 . Sefi
15 . Uysal
16. Acceptance and Commitment therapy
17. Tighe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (لوک[1] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع هدف این درمان تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (پترسون[2] و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان‌مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اندیشه‌پردازی خودکشی تاثیر معنادار دارد (آبیار و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین پژوهش دوکاس[3] و همکاران (۲۰۱۸) به نقش درمان‌مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی در پیگیری‌های یک ساله اشاره دارند. آتجک[4] و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش پنهان‌سازی هیجانی می‌شود.

به طور کلی، خودجرحی به عنوان یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی در نوجوانان شناسایی شده است. از آنجا که این پدیده برای نظام بهداشتی کشور پرهزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست، بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تعدادی از پژوهش‌ها بیانگر ارتباط خودنهان‌سازی نوجوانان با رفتارهای خودجرحی بود به طوری که این افراد با پنهان کردن مشکلات خود و ارتباط کم اجتماعی، سعی در مقابله با ناراحتی‌هایشان دارند، می‌باشد. به دلیل ناکافی بودن پژوهش‌ها در سطح جهان و عدم وجود پژوهش در ایران در ارتباط با تعیین اثربخشی درمان‌مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودجرحی و خود نهان‌سازی در نوجوانان، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنهان سازی نوجوانان دارای سابقه خودجرحی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان انجام شد.

روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نوع تک آزمودنی با طرح A-B-A همراه با خط پایه چندگانه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه‌آماری پژوهش نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله اعظم شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. از جامعه آماری ۴ نوجوان که به علت خودجرحی در بخش روانپزشکی بستری شده بودند، به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۴ تا ۱۹ سال، سابقه حداقل یک بار رفتار خودجرحی غیرخودکشی‌گرا در ماه گذشته، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، عدم شرکت در جلسات درمانی‌فردی یا گروهی، بستری بودن در بیمارستان. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه متوالی، عدم تمایل به ادامه جلسات بود. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی ذیل رعایت شد، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند پژوهش خارج شوند، اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آنها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نخواهد گرفت. این پژوهش با کد اخلاق (IR.IAU.SHAHROOD.REC.1401.49) به ثبت رسیده است. پس از اخذ مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، با مراجعه به بیمارستان بقیه الله اعظم شهر تهران، اعضای نمونه با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و در مرحله اول (A) خط پایه و مرحله دوم (B) آزمایش و مرحله سوم (A) پیگیری قرار گرفتند. جلسات شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که توسط پژوهشگر (متخصص در دوره‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در اتاق مشاوره بیمارستان اجرا شد و بعد از اتمام درمان پیگیری درمان در طی یک دوره یک ساله صورت گرفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ ره روش تحلیل تک آزمودنی چند خط پایه به کمک رسم نمودار انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس خودنهان‌سازی (SCS)[5]: مقیاس خودنهان‌سازی یک ابزار تجربی ۱۰ سوالی است که در سال ۱۹۹۰ توسط لارسون و چاستین [6] برای ارزیابی میزان تمایل فرد به پنهان کردن اطلاعات شخصی ناراحت‌کننده و منفی خود از دیگران طراحی گردید. آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از «۱-کاملا مخالفم تا ۵- کاملا موافقم» به سوالات پرسشنامه پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در طی هشت هفته، ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر

1. Luck
2. Petersen
3. Ducasse
4. Atjak
5. Self-disclosure scale
6. Larson & Chastain

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

با ۰/۸۳ به دست آمد (لارسون و چاستین، ۱۹۹۰). همچنین اعتبار افتراقی از طریق سنجش میزان همبستگی مقیاس خودنهان‌سازی با مقیاس‌های افسردگی، از قبیل پرسشنامه افسردگی بک[1] (۱۹۷۸) با همبستگی ۰/۶۲- و مقیاس درجه‌بندی افسردگی زونگ[2] (۱۹۶۵) با همبستگی ۰/۵۳- تایید شده است (کرامر و باری[3]، ۱۹۹۹). در پژوهش تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی سه ماهه برابر ۰/۸۳۲ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی و پایایی مطلوب این مقیاس در جامعه ایرانی است. همچنین روایی آزمون با استفاده از روش روایی ملاکی محاسبه شد و ضریب همبستگی بین مقیاس خودنهان‌سازی و پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۷ گزارش شده است که حاکی از تایید روایی ملاکی این مقیاس درس سطح P=۰/۰۰۱ بود (تقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

سیاهه رفتارهای خودآسیب‌رسان (ISAS)[4]: این پرسشنامه توسط کلونسکی و گلین[5] (۲۰۰۹) ساخته شده است. مقیاس رفتارها و کارکردهای خودجرحی، یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی NSSI را ارزیابی می کند. این سیاهه از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودجرحی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه به قصد خودکشی انجام می‌شوند را غربالگری می‌کند. بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان غیرخودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند. گزینه‌ها به صورت لیکرت سه گزینه‌ای تدوین شده است که از ۰ (کاملا غیر مرتبط)، ۱ (تا حدی مرتبط) و ۲ (کاملا مرتبط) درجه‌بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای r=۰/۸۵ به دست آمد. همچنین همسانی درونی بین سوال‌های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (کلونسکی، ۲۰۰۸). در پژوهش روان‌سنجی این مقیاس بر روی ۲۳۵ دانشجو که دست کم یک بار سابقه خودجرحی بدون خودکشی داشتند، ساختار دو عاملی (عوامل درون‌فردی و عوامل بین‌فردی) برای آن استخراج شد. آلفای کرونباخ برای عوامل درون‌فردی و بین‌فردی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ به دست آمد و نشان داده شده است نمره شرکت‌کنندگان در این مقیاس با مقیاس‌های بالینی سنجش نشانه‌های شخصیت مرزی، خودکشی، افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (کلونسکی و اولینو[6]، ۲۰۰۸). در پژوهش خانی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) روایی سازه این پرسشنامه مطلوب و به میزان ۰/۹۴ محاسبه شد و ضریب پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر با استفاده از برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز[7] و همکاران (۲۰۱۲) اقتباس شده است که پس از تایید روایی آن توسط چند تن از متخصصان روانشناسی توسط نویسنده اول مقاله حاضر به عنوان مسئول اجرای مداخله که دوره‌های درمان را سپری کرده است، برای نوجوانان گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (به صورت هفتگی) ارائه شد. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می باشد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف و محتوای جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی. تکلیف: ثبت مشکلات و تأثیر آنها در زندگی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه. تکلیف: ثبت روش‌ها و راهکارهای مورد استفاده تاکنون
سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر، درگیرشدن با اعمال هدفمند. تکلیف: ثبت راه‌حل‌های ناکارآمد استفاده شده تاکنون و اثرات آن
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف. تکلیف: تمرین توجه آگاهانه و استعاره لنگر انداختن

1. Beck
2. Zoung
3. Cramer & Barry
4. List of self-injurious behaviors
5. Klonsky & Glenn
6. Olino
7. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار. تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی و تکمیل کاربرگ بسط‌آگاهی
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان فرایند. تکلیف: تمرین خود مشاهده‌گر و خود خوب و خود بد و بررسی تأثیر آن بر زندگی شخصی و اجتماعی
هفتم	معرفی ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی. تکلیف: مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها. تکلیف: به کارگیری آموخته‌ها

یافته ها

ویژگی‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش به این شرح است: نوجوان اول پسر ۱۴ ساله، با تحصیلات مقطع هشتم و سابقه یک بار بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بود. نوجوان دوم پسر ۱۳ ساله، با تحصیلات مقطع هفتم و سابقه یک بار بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بود. نوجوان سوم دختر ۱۵ ساله، با تحصیلات مقطع نهم و سابقه یک بار بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بود. نوجوان چهارم دختر ۱۴ ساله، با تحصیلات مقطع هشتم و سابقه دو بار بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بود.

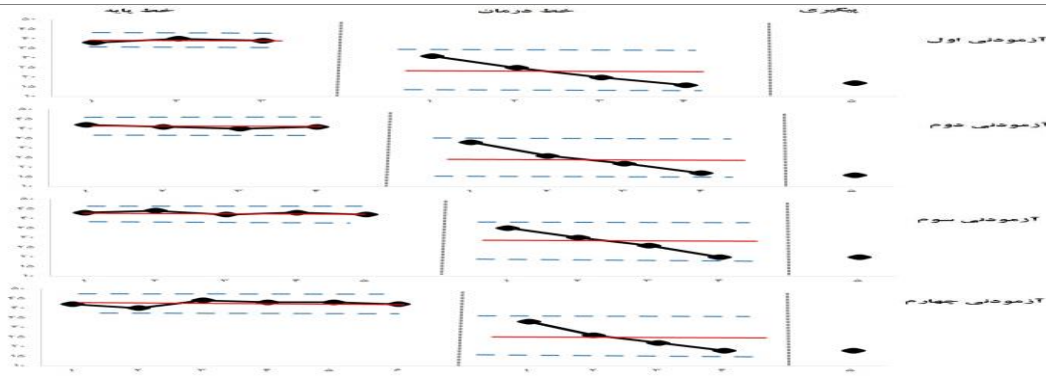
جدول ۲ و نمودار ۱ نمره‌های شرکت‌کنندگان را در متغیر خودنهان‌سازی و رفتارهای خودجرحی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر خودنهان‌سازی و رفتارهای خودجرحی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد							
	خودنهان‌سازی				رفتارهای خودجرحی		
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه								
B1-خط پایه اول	۴۱	۴۰	۴۳	۴۰	۵۵	۵۴	۵۲	۵۲
B2-خط پایه دوم	۴۰	۳۹	۴۳	۳۹	۵۴	۵۴	۵۲	۵۱
B3-خط پایه سوم	۴۰	۳۸	۴۲	۳۹	۵۴	۵۳	۵۱	۵۱
B4-خط پایه چهارم	۳۹	۳۸	۴۱	۳۸	۵۳	۵۲	۵۰	۵۰
میانگین مرحله خط پایه	۴۰/۳۲	۳۸	۴۲/۲۸	۳۹/۵۱	۵۴/۶۹	۵۲/۳۷	۵۱/۶۳	۵۱/۴۲
جلسات								
T1-جلسه اول	۳۸	۳۷	۴۱	۳۷	۵۲	۵۱	۴۹	۵۰
T2-جلسه دوم	۳۳	۳۰	۳۵	۳۲	۴۶	۴۲	۴۰	۴۱
T3-جلسه سوم	۳۰	۲۹	۳۱	۳۰	۳۹	۳۸	۳۹	۳۷
T4-جلسه چهارم	۲۸	۲۷	۲۹	۲۷	۳۵	۳۵	۳۷	۳۴
میانگین مراحل جلسات	۲۹/۵	۲۹/۷	۳۱/۹	۲۹/۴	۳۵/۵	۳۶/۲۲	۳۷/۵۴	۳۶/۵۷
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۱۷	۳/۰۸	۲/۹۵	۳/۲۰	۲/۲۱	۲/۱۲	۲/۶۹	۲/۵۸
درصد بهبودی پس از درمان	۴۲/۰۱	۲۱/۸۳	۲۱/۷۸	۲۴/۰۵	۲۵	۲۴/۲۵	۴۲/۵۴	۲۵/۵۷
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۲۷/۴۱				۲۴/۳۴			
پیگیری								
پیگیری (۱ ماه)	۲۵	۲۴	۲۶	۲۴	۳۲	۳۳	۳۴	۳۱
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۰۲	۳/۴۲	۲/۱۷	۳/۲۹	۲/۴۲	۲/۶۱	۲/۸۴	۳/۲۸
درصد بهبودی پس از پیگیری	٪۴۵	٪۴۶	٪۴۵	٪۵۵	٪۵۳	٪۵۴	٪۵۲	٪۵۵

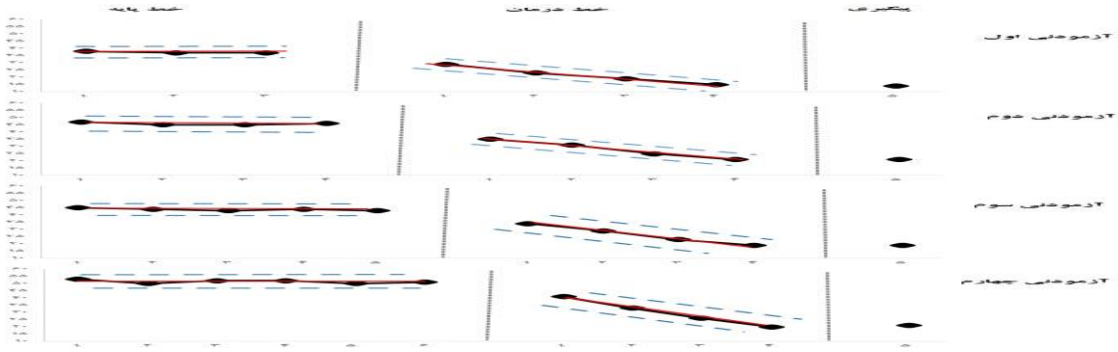
[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۳۲/۴۷	۲۹/۶۱



نمودار ۱. نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌های دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر خودنهان‌سازی

همان‌طور که نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های خودنهان‌سازی هر چهار شرکت‌کننده در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. بر اساس درصد بهبودی کلی این شرکت‌کنندگان در مرحله درمان (۲۷/۴۱) و پیگیری (۳۲/۴۷) می‌توان گفت که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کلی حاکی از موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خودنهان‌سازی نوجوانان بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان است.



نمودار۲. نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌های دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان

همان‌طور که نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان هر چهار شرکت‌کننده در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. بر اساس درصد بهبودی کلی این شرکت‌کنندگان در مرحله درمان (۲۶/۳۴) و پیگیری (۲۹/۶۱) می‌توان گفت که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کلی حاکی از موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنهان سازی نوجوانان دارای سابقه خودجرحی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خودنهان‌سازی نوجوانان بستری در بیمارستان شده است. این یافته با نتایج مطالعات فیض‌اللهی و همکاران (۱۴۰۰)، آتجک و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان فرد با رفتارهای خودجرحی لازم است ابتدا آگاهی لازم را به دست بیاورد که رنج روانی همیشگی نیست

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

و سپس به او کمک شود به جای قضاوت منفی به این رنج‌ها، تنها نظاره‌گر آن باشد (همانطور که یکی از هدف‌های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است) و آن را همان‌گونه که هست بپذیرد، می‌توان به او کمک کرد تا دوره رفتارهای خودجرحی را بدون خطر پشت سر گذارد. بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های درمانی خود، زمینه کاهش پنهان کردن ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور شخصی را فراهم می‌کند به این صورت که بر روی استعاره‌ها، ارزش‌ها، معنا در زندگی، رنج دیدن و در دل رنج پرورش یافتن تاکید می‌کند (فیض‌اللهی و همکاران، ۱۴۰۰). از دیگر سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی ناموثر به افراد می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آنها بپذیرند (سفی و همکاران، ۲۰۲۱). وجود چنین تاکیدهایی موجب می‌شود که فرد از افکار مربوط به ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور شخصی (خودنهان‌سازی) رهایی یابد. از سویی درمانگر، بیمار را همانگونه که هست می‌پذیرد و برای افکار، هیجان‌ها و رفتارهایش اعتبار قائل می‌شود و نیاز برای تغییر را تصدیق می‌کند و شرایط یادگیری مهارت‌های جدید برای مقابله با مشکلات و رسیدن به اهداف شخصی را فراهم می‌آورد که در آن احساسات منفی نظیر احساس گناه با گشاده‌رویی پذیرفته می‌شوند و در تضاد با بزرگ کردن احساسات منفی و درگیرشدن با آنها است و بدین صورت خودنهان سازی کاهش می‌یابد (اتاجک و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خودجرحی نوجوانان بستری در بیمارستان شده است. این یافته با نتایج پژوهش آبیار و همکاران (۱۳۹۷)، فو و همکاران (۲۰۲۰)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سبب افزایش تلاش‌های فرد که متمرکز بر رشد شخصی است، معنای مثبت در ذهن می‌آفریند و تلاش‌های فرد را برکسب حمایت‌های اطلاعاتی، حمایت‌های ملموس، و عاطفی افزایش می‌دهد. در واقع در این درمان، تصریح ارزش‌ها و انجام عمل مورد تعهد، مشوقی است که رسیدن به آن باعث بهبود نشاط ذهنی می‌شود و با توجه به این که موجب آگاهی فرد به ناکارآمدی راهکارهای همیشگی‌اش می‌شود و به جهت ایجاد درماندگی خلاق در او، وی را نسبت به ادامه روش‌های پیشین مأیوس می‌کند، لذا زمینه گسستن این چرخه‌های معیوب را فراهم کرده و به او کمک می‌کند با رهایی از دام اجتناب‌های تجربی، به انجام رفتارهای جدید که در راستای ارزش‌های او هستند مبادرت ورزند (فو و همکاران، ۲۰۲۰). هنگامی که افراد تحت مداخلات درمانی مانند پذیرش روانی، افزایش آگاهی به خود، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی خود از افکار و احساسات منفی قرار می‌گیرند، به نگرشی دست می‌یابند که این امر موجب می‌شود ارزش‌های شخصی و اصلی خود را بهتر شناخته و ارتباط بهتری با این ارزش‌ها برقرار کنند. این مهم به مرور زمان موجب می‌شود که بهزیستی روانشناختی آنها افزایش یافته و از میزان بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان آنها کاسته شود (آبیار و همکاران، ۱۳۹۷). آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی با دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها، باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند لذا رفتارهای خودجرحی در آنان کاهش می یابد (دوکاس و همکاران، ۲۰۱۸).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خودنهان‌سازی و خودجرحی نوجوانان بستری در بیمارستان موثر است. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعدیل شناخت‌ها، انعطاف‌پذیری روانی و مسئله‌گشایی به نوجوان کمک می‌کند تا نحوه توصیف افکار و پیامدهای رفتار را با هشیاری بیشتری مشاهده کنند و در نهایت منجر به کاهش خودنهان‌سازی و خودجرحی آنان شده است.

یافته‌های این پژوهش با توجه روش پژوهش، ملاحظات بالینی و فرهنگی محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم دارد. از آنجایی که این پژوهش بر روی نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله اعظم شهر تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد، پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر نمونه‌های بزرگتر، روش نمونه‌گیری تصادفی و با انواع دیگر اختلالات و متغیرهای مرتبط فردی و بین‌فردی دیگر اجرا شود و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد از این مداخلات به منظور کاهش رفتارهای خودجرحی و خودزنی استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود، همزمان با اجرای این برنامه به صورت گروهی، جلساتی برای مشاوره و آموزش والدین نوجوانان با رفتارهای خودجرحی نیز برگزار گردد تا علاوه بر افزایش اطلاعات خانواده، زمینهٔ همکاری آنها نیز فراهم گردد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله و سایر افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

آبیار، ذ.، مکوندی، ب.، بختیارپور، س.، نادری، ف. و حافظی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد و ذهن آگاهی براندیشه پردازی خودکشی زنان افسرده. *پژوهش‌نامه زنان*، ۹(۲۳)، ۲۳-۱. https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_3149.html

باباحمدی میلانی، ف.، مومنی، ک.، دهقانی آرانی، ف.، بیرم وند، ی.، ستوده مرام، ش. و صفاری فرد، ر. (۱۴۰۲). بررسی نقش واسطه ای نشخوار فکری در رابطه بین نشانگان اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای خودجرحی در دانش آموزان دوره متوسطه. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۴(۱)، ۸۵-۹۸. doi: 10.22059/japr.2023.341515.644234

تقی‌زاده، ا.، شریفی، ح. و فرخزاد، س. (۱۳۹۲). هنجاریابی پرسشنامه خودپنهان کاری در بین دانش آموزان مقطع متوسطه و راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه تخصصی روانسنجی*، ۱(۴)، ۱۰۱-۸۹. https://www.noormags.ir

حیدریان، س.، مهرابی زاده هنرمند، م.، داودی، ا. و امیدیان, م. (۱۴۰۲). رابطهٔ علی شرم بیرونی، خودانتقادی و ترس از شفقت به خود با خودجرحی در میان دانشجویان: نقش میانجی‌گر افسردگی و درگیری عاطفی خانواده. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۴(۴)، ۱۳۱-۱۱۳. doi: 10.22059/japr.2023.335304.644119

خانی پور، ح.، برجعلی، ا. و فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۵). خودجرحی بدون‌خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۱)، ۷۹-۵۹. https://doi.org/10.22054/jpe.2016.5281

فیض الهی، س.، نریمانی، م. و موسی زاده، ت. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهان سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۲)، ۶۹-۸۰. URL: http://frooyesh.ir/article-1-2524-fa.html

Atjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36. DOI: 10.1159/000365764

Burke, T. A., Ammerman, B. A., Hamilton, J. L., Stange, J. P., & Piccirillo, M. (2020). Nonsuicidal self-injury scar concealment from the self and others. *Journal of psychiatric research*, 130(1), 313–320. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.040

Chen, X., Ma, Q., Peng, X., Yang, H., Ye, Z., Yang, C., & He, C. (2023). Mediating effect of self-concealment between non-suicidal self-injury and internet addiction in college students: a cross-sectional study. *BMC psychology*, 11(1), 406. doi.org/10.1186/s40359-023-01393-y

Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the self-concealment scale. *Personality and Individual Differences*, 27(4), 629-637. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00222-0

D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2018). Self-concealment and perfectionistic self-presentation in concealment of psychache and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 125(1), 56-61. DOI: 10.1016/j.paid.2017.12.034

Ducasse D., Jaussent I., Arpon-Brand V., Vienot M., Laglaoui C., Beziat S., Calati R., Carriere I., Guillaume S., Courtet, P. & Olie, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(4), 43-52. DOI: 10.1159/000488715

Fu, X., Yang, J., Liao, X., Lin, J., Peng, Y., Shen, Y., & Chen, R. (2020). Parents' attitudes toward and experience of non-suicidal self-injury in adolescents: a qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, 11(1), 651-659. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00651

Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. Doi.org/10.1177/0011000012460

Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Kirtley, O., Bruffaerts, R., & Claes, L. (2020). Fluctuations in affective states and self-efficacy to resist non-suicidal self-injury as real-time predictors of non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors. *Frontiers in psychiatry*, 11(1), 214-225. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00214

Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). dentifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 22-31. . https://doi.org /10.1037/0022-006X.76.1.22

Klonsky, E. D. (2008). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology Review*. 27(1), 226-239. h tt p s : / / d o i . o rg / PMid:17014942.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219. doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z

Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement,and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4), 439–455. DOI: 10.1521/jscp.1990.9.4.439

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

Luck, S., Golijani-Moghaddam, N., & Dawson, D. (2024). A Systematic Quality Review of Single-Case Experimental Designs Using Acceptance and Commitment Therapy in Adult Clinical Populations. *Behavior Therapy*, 55(4): 856-871. doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.008

McMain, S., Chapman, A., & Kuo, J. (2024). The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 180(1), 104-115. https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104594

Petersen, J., Ona, P., & Twohig, M. (2024). A Review of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents: Developmental and Contextual Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 72-89. doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002

Sease, T., Perkins, D., Sandoz, E., & Sudduth, H. (2021). Automatic thoughts: Understanding the precursors of self-concealment within the psychological flexibility framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22(12), 68-73. DOI: 10.1016/j.jcbs.2021.09.008

Sun, F., Long, A., Lin, P., Wu, N., & Yao, Y. (2024). Exploring nursing students' experiences of contemplating self-injury during their clinical practicums: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 80(10), 413-420. doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104137

Son, Y., Kim, S., & Lee, J. (2021). Self-Injurious Behavior in Community Youth. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 1955-1961. doi: 10.3390/ijerph18041955

Sefi, S., Shoval, G., Lubbad, N., Goldzweig, G., & Hasson-Ohayon, I. (2021). Coping With Information Style, Self-Concealment, Internalized Stigma, and Family Burden Among Parents of Children With Psychiatric Disorders. *Family process*, *60*(4), 1523–1538. doi.org/10.1111/famp.12637

Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2021). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR mental health*, *5*(2), 107-114. doi.org/10.2196/10732

Uysal, A. (2020). Motivational differences and similarities between concealment and disclosure processes. *Current opinion in psychology*, 31(1), 122–126. doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.08.011

Zhou, G., Wang, E. (2021). Effects of self-concealment and self-esteem on internet addiction in college students. *Soc Behav Personal*, 49(7), 1-9. doi.org/10.2224/sbp.10370

Zinchuk, M., Kustov, G., Pashnin, E., Rider, F., Sviatskaya, E., Popova, S., Voinova, N., Yakovlev, A., & Guekht, A. (2023). Self-injurious thoughts and behaviors in Russian patients with epilepsy: A prospective observational study. *Seizure*, 107(1), 28–34. doi.org/10.1016/j.seizure.2023.03.010.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-17]