

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی

زهرا سلگی*

دریافت مقاله: ۹۶/۰۷/۰۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۶/۱۲/۰۸؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۲/۰۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و جامعه آماری ۹۴ نوجوان دختر و پسر دارای سابقه اقدام به خودکشی بود که در سال ۱۳۹۵ به اورژانس مرکز درمانی امام‌خمینی واقع در منطقه یک و مرکز درمانی طالقانی واقع در منطقه ۸ کرمانشاه مراجعه کرده بودند. به‌شکل در دسترس، ۳۰ نوجوان انتخاب و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های سبک‌های دل‌بستگی هازان و شیور ۱۹۸۷، ترس از صمیمیت دسکانتز و ثلن (۱۹۹۱)، اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی خواجه احمدی، پولادی و بحرینی (۱۳۹۵) و برنامه درمان پذیرش و تعهد هیز و روز، ۲۰۰۸ بود که طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، یک‌بار در هفته در مورد گروه آزمایش اجرا شد. هر دو گروه در سه مرحله به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن ($F=26/10, P=0/001$)، ترس از صمیمیت ($F=18/19, P=0/001$) و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی ($F=26/83, P=0/001$) اثر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** از آن‌جا که درمان پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمال معنادار مبتنی بر ارزش‌های انسانی می‌شود؛ می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای درمان مسائل روان‌شناختی منجمله پیگیری از اقدام به خودکشی نوجوانان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، پذیرش، تعهد، خودکشی، دل‌بستگی نایمن، شبکه‌های اجتماعی

*۱. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

خودکشی^۱ و اقدام به آن در اجلاس سازمان بهداشت جهانی^۲ در سال ۱۹۹۶ مسأله مهم بهداشت عمومی و نیز رفتاری ضداجتماعی اعلام شد (میرزایی و شمس‌علی‌زاده، ۱۳۹۲). این پدیده افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی، زیان اجتماعی نیز شمرده می‌شود. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به‌طور آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحور، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط‌های اجتماعی انجام می‌شود (جیوپونی، ایناموراتی، بالدسارینی، دی لئو، جیووانلی و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) «اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی مثل خودآسیب‌زنی یا خوردن ماده‌ای بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تغییرات مورد انتظار خود او است.» خودکشی در بین همه طبقات جمعیتی رخ می‌دهد، ولی باید توجه داشت نوجوانان به دلیل تغییرات جسمانی، عاطفی و روان‌شناختی که هم‌زمان با دوران بلوغ روی می‌دهد، مستعد انجام چنین رفتار نابهنجاری می‌شوند (کیخاونی، چتری‌پور و صیدخانی نهال، ۱۳۹۲). نوجوانی دوره‌ای است که فرد با موانع و مشکلاتی از قبیل رشد هویت، استقلال از خانواده توأم با ادامه ارتباط و قرار گرفتن در گروه‌های هم‌سال‌ها و انتقال از کودکی به بزرگسالی که واجد ویژگی‌هایی چون تغییرات جسمانی در بدن و تحول‌های شناختی است، مواجه می‌شود. این مواجهه آغاز شروع بحران خواهد بود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد (مهدی‌یار، نجاتی و گودرزی، ۱۳۹۵). نوع دلبستگی^۳ افراد، یکی از متغیرهایی است که تأثیر مثبت یا منفی آن و تبعات منفی آن مانند خودکشی می‌تواند در دوران نوجوانی پدیدار شود. دلبستگی به ارتباط عمیق و پایداری گفته می‌شود که بین کودک و مراقبش، خصوصاً مادر در سال‌های اول زندگی برقرار می‌شود و نحوه اعتماد و ارتباط فرد را در سراسر زندگی مشخص می‌کند (خدابخشی کولایی و هاشمی‌اصل، ۱۳۹۵). نوجوانان فاقد الگوی درست ارتباط دلبستگی، اغلب عصبی، ستیزه‌جو و ضداجتماعی هستند و قادر به برقراری رابطه درست و محکمی با اطرافیان خود نیستند. به‌نظر بالبی (۱۹۸۰)، نقل از موناکیس، دی‌پالو، گریفیتز و سیناترا، ۲۰۱۷) رابطه نایمن موجب بی‌اعتمادی، مشکل در هماهنگی و حساس بودن و نارضایتی هیجانی در روابط می‌شود. همچنین به‌نظر وی دلبستگی ایمن، توانایی به عقب برگشتن و واکنش به رفتار و وضعیت روانی دیگری را افزایش می‌دهد. به‌نظر می‌رسد هم‌زمانی دلبستگی نایمن^۴ در نوجوانان در سنین بلوغ، شرایطی بسیار بحرانی را به‌وجود می‌آورد که ممکن

-
1. suicide
 2. World Health Organization (WHO)
 3. attachment
 4. insecure attachment

است اقدام به خودکشی را در آن‌ها افزایش دهد (لی، گالینکر، برینگز، دافی، فرجت-هاگان و همکاران، ۲۰۱۷).

از دیگر متغیرهای روان‌شناختی قابل بررسی در نوجوانان دارای دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت^۱ در روابط است که با زمینه‌ساز شدن گوشه‌گیری و انزوا، شرایطی را برای سوق یافتن نوجوانان به سمت آسیب‌رساندن به خود فراهم می‌آورد (عیسی‌زادگان، سپهریان‌آذر و مطلبی، ۱۳۹۵؛ پناهی، کاظمی‌جمارانی، عنایت‌پور و رستمی، ۱۳۹۶). دسکانتر و ثلن^۲ (۱۹۹۱)، به‌نقل از سولیوان، کامیک و براون، ۲۰۱۵) ترس از صمیمیت را به‌منزله ظرفیت محدود فرد برای به‌اشتراک گذاشتن افکار و احساسات شخصی با فردی مهم و نزدیک مثل پدر، مادر، معلم، دوست و جز آن معرفی می‌کنند. ترس از صمیمیت که بر ابعاد مختلف عاطفی، شناختی و رفتاری صمیمیت تأثیرگذار است، می‌تواند روابط بین‌فردی و سلامت افراد را به‌شدت مختل کند و باعث شود فرد از اجتماع فاصله بگیرد و افسردگی‌اش افزایش یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند رابطه بین افسردگی بالا و سلامت روانی پایین با اقدام به خودکشی در افراد مثبت است. ترس از صمیمیت همچنین با کاهش برقراری و تداوم ارتباطات، می‌تواند ابراز احساسات و عواطف را با مشکل مواجه سازد، رضایت از زندگی را در افراد کاهش دهد و ممکن است نوجوان را به‌سمت پایان دادن به زندگی خویش ترغیب کند (پورحسین، فرهودی، امیری، جان‌بزرگی، رضایی و همکاران، ۱۳۹۳؛ فیلیپس، ویلموت، وال، پترسون، بوکلی و فیلیپس، ۲۰۱۳).

از سوی دیگر رسانه‌های امروزی با تمام جذابیت و قابلیت‌های زیاد تأثیرهای منفی مخربی مانند از هم‌پاشیدگی کانون گرم خانواده‌ها، طلاق، افت تحصیلی نوجوانان و انواع بیماری‌های جسمی و روانی را به بار می‌آورد. یکی از مهم‌ترین تأثیرهای منفی و مخرب رسانه‌های امروزی، اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی^۳ به‌ویژه در نوجوانان است (تانگ و ووئن کوه، ۲۰۱۷). اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نوعی اعتیاد رفتاری است که مانند اعتیاد به مواد، علائم کلاسیک اعتیاد را دارا است (فرزانه و فلاح‌شهاب‌الدینی، ۱۳۹۴). یانگ^۴ (۱۹۹۸)، نقل از برات‌دستجردی و صیادی، ۱۳۹۱) داشتن چهار علامت از علائم زیر را برای داشتن اعتیاد به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی ضروری می‌داند که شامل احساس مشغولیت ذهنی با اینترنت، احساس نیاز به افزایش زمان استفاده جهت کسب رضایت، ناتوانایی در مهار خود در استفاده از اینترنت، احساس ناآرامی و تحریک‌پذیری در هنگام قطع یا توقف استفاده از نت، راهی برای فرار از مشکلات و جز آن می‌شود.

-
1. fear of intimacy
 2. Descutner & Thelen
 3. social networks
 4. Young

به نظر می‌رسد بخشی از علائم فوق نظیر تحریک‌پذیری، کاستن از ارتباطات واقعی و اشتغال ذهنی با شبکه‌های اجتماعی و از دست دادن شبکه‌های ارتباطی دوستان می‌تواند با تأثیر بر مکانیسم تصمیم‌گیری نوجوانان در مواقع بحرانی، او را مستعد اقدام به خودکشی کند. با توجه به این موارد و مشکلات مرتبط با نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی، نیاز به ارائه مداخله‌های درمانی جهت بهبود وضعیت رفتاری و روان‌شناختی این قشر بیش از پیش احساس می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ است. یعنی ایجاد توانایی در فرد برای انتخاب عملی که معنادار و مبتنی بر ارزش‌ها و در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد، نه این‌که صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شود یا در حقیقت به فرد تحمیل گردد (نظری، فلاح‌زاده و نظرلوند، ۱۳۹۶؛ عطایی‌مغانلو، عطایی‌مغانلو و معززی، ۲۰۱۵). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر مسائل روانی و اختلال‌های مختلف، رو به افزایش است. به‌عنوان مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلال‌هایی مانند افسردگی، روان‌پریشی‌ها^۳، سوءمصرف و وابستگی به مواد، فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص شده است (فلکسمن، بلکلدج و باند، ۲۰۱۱؛ حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲).

با توجه به نوجوانی که دوره‌ای حساس از رشد است و مسائل روان‌شناختی نوجوانان نیاز به توجه ویژه دارد؛ همچنین با توجه به این‌که خودکشی در سال‌های اخیر به‌ویژه در قشر نوجوان و جوان روبه افزایش بوده است (کیخاونی و همکاران، ۱۳۹۲)، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کمک به نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی برای ایجاد یک زندگی کامل، غنی و معنادار است. به‌گونه‌ای که فرد مهار مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی را به‌دست گیرد که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است. هیز، پیستورلو و لوین (۲۰۱۲) نشان دادند که این رویکرد در گستره وسیعی از مسائل کاربردی و حیطه‌های رشدی، تغییر مثبتی را به‌همراه داشته است. با لحاظ قراردادن پیشینه پژوهش‌های گذشته مبنی بر اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مسائل روان‌شناختی که نوجوانان دختر و پسر با آن مواجه می‌شوند، انجام پژوهش‌هایی از این دست ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر اجرا فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار می‌ماند.

۲. درمان پذیرش و تعهد بر ترس از صمیمیت در نوجوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار می‌ماند.

1. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
2. psychological flexibility
3. psychosis

۳. درمان پذیرش و تعهد بر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری نوجوانان دختر و پسر مراجعه‌کننده به اورژانس مرکز درمانی امام خمینی واقع در منطقه یک و مرکز درمانی طالقانی واقع در منطقه هشت کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۹۴ نفر بر اساس آمار اخذ شده از قسمت پذیرش اورژانس‌ها بود که سابقه اقدام به خودکشی داشتند. حجم نمونه آماری ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به شکل در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل یک بار سابقه اقدام به خودکشی، داوطلب بودن، رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، حضور مرتب در جلسه‌های درمانی و انجام دادن تکالیف بود. ملاک‌های خروج شامل بیماری‌ها یا معلولیت‌های روانی و جسمی بارز، حضور هم‌زمان در گروه‌های درمانی یا درمان روان‌شناختی افرادی دیگر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سبک‌های دلبستگی^۱: این پرسشنامه ۱۵ سؤالی توسط هازن و شیور در سال ۱۹۸۷ ساخته شد و سه سبک ایمن، نایمن دوسوگرا و نایمن اجتنابی را در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی کم= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳، زیاد= ۴ و خیلی زیاد= ۵ می‌سنجد (بشارت، ۲۰۱۲). سؤال‌های ۱ تا ۵ مربوط به سبک اجتنابی، سؤال‌های ۶ تا ۱۰ مربوط به سبک ایمن و سؤال‌های ۱۱ تا ۱۵ مربوط به سبک دوسوگرا است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در خرده‌مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. در پژوهش بشارت (۲۰۱۲)، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد نمونه ۱۴۸۰ نفری شامل ۸۶۰ زن و ۶۲۰ مرد برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی خوب این پرسشنامه است. ضرایب همبستگی پرسشنامه دلبستگی برای سنجش پایایی از طریق بازآمایی بین نمره‌های ۳۰۰ آزمودنی در دو نوبت با فاصله چهار هفته در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ به دست آمد که نشانه پایایی بازآمایی رضایت‌بخش مقیاس است (بشارت، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر نیز روایی توسط تعدادی از اساتید

1. Attachment Style Questionnaire (ASQ)

تأیید شد. همچنین آلفای کرونباخ در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه ترس از صمیمیت^۱. این پرسشنامه خودگزارشی ۳۵ ماده‌ای توسط دسکانتر و ثلن (۱۹۹۱) به منظور سنجش اضطراب‌های مربوط به روابط نزدیک تهیه شده است. سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از اصلاً این‌طور نیستم = ۱ تا کاملاً این‌طور هستم = ۵ در دامنه‌ای از نمره ۳۵ تا ۱۷۵ درجه‌بندی می‌شود. در اعتباریابی مقدماتی آلفای کرونباخ نسخه فارسی این مقیاس در مورد دانشجویان متأهل ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت در فاصله چهار هفته ۰/۸۷ بود که نشانه پایایی بازآزمایی بالای نسخه فارسی است (بشارت، نقشینه، گنجی و تولاتیان، ۲۰۱۴). روایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز توسط تعدادی از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران تأیید و نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی^۲. این پرسشنامه ۲۳ سؤالی توسط خواجه‌احمدی، پولادی و بحرینی (۱۳۹۵) ساخته شد و چند عامل را می‌سنجد. عامل اول با ۹ سؤال تحت عنوان عملکرد فردی، عامل دوم با ۶ سؤال تحت عنوان مدیریت زمان، عامل سوم با ۴ سؤال تحت عنوان خودکنترلی، عامل چهارم با ۴ سؤال تحت عنوان روابط اجتماعی نام‌گذاری شدند (خواجه‌احمدی، پولادی و بحرینی، ۱۳۹۵). برای نمره‌گذاری پرسشنامه، مخالف = ۱، تا اندازه‌ای مخالف = ۲، بی‌نظر = ۳، تا اندازه‌ای موافق = ۴ و کاملاً موافق = ۵ داده می‌شود. حداقل امتیاز پرسشنامه ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ خواهد بود. نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده وضعیت بدتر خواهد بود. ضریب آلفای به‌دست آمده در پژوهش خواجه‌احمدی و همکاران (۱۳۹۵) برای عملکرد فردی ۰/۹۱، مدیریت زمان ۰/۸۱، خودکنترلی ۰/۷۲، روابط اجتماعی ۰/۶۸ و نمره کل ۰/۸۳ به‌دست آمد. روایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز توسط تعدادی از اساتید گروه روان‌شناسی تأیید شد. همچنین آلفای کرونباخ برای عملکرد فردی ۰/۹۰، مدیریت زمان ۰/۸۳، خودکنترلی ۰/۷۸، روابط اجتماعی ۰/۷۱ و نمره کل ۰/۸۶ محاسبه شد.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳. این درمان، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن-آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی^۴ را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش می‌دهد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای

1. Fear of Intimacy Questionnaire (FIQ)
2. Social Network Addiction Questionnaire
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
4. cognitive defusion

ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان پذیر است. درمان‌جویان می‌آموزند به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود. در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس آموزش‌های دوره آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۹۴، تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه در هفته یک بار به‌شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. ابتدا با درمان‌جویان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد. برای ایجاد رابطه درمانی از استعاره‌های^۱ دوکوه و پیله پروانه استفاده شد که نشان دهد رابطه بین درمان‌گر و درمان‌جو، معلم شاگردی یا دکتر و بیمار نیست. بلکه دو نفرند که با هم و در کنار هم از دو کوه بالا می‌روند. هر کدام نقاط ضعف مسیر دیگری را بهتر می‌بینند. درمان‌جویان به سمت ناامیدی خلاق سوق داده شدند و با چارچوب‌های ذهنی نظیر «اگر، پس» آشنا گردیدند. در این مرحله از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا استفاده شد و برای ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، که آخرین مرحله این جلسه بود از استعاره ببر گرسنه کمک گرفته شد. یادداشت تجربه روزانه و تمرین تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسأله است، نه راه‌حل. در این مرحله این آگاهی در درمان‌جویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آن‌ها است؛ و هر چه قدر که به‌مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود در جا بزنند بیش‌تر در دور باطل رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی و ۲) سوئیچ مبارزه استفاده شد. استعاره‌های فوق را به‌ترتیب زیر به‌کار گرفته شد. ۱) آن فیلم‌های قدیمی را به‌خاطر بیاورید که آدم بد داستان گرفتار یک باتلاق شنی می‌شد و هرچه بیشتر تقلا می‌کرد بیشتر در آن فرو می‌رفت و این بدترین کار ممکن بود که نتیجه بالعکسی داشت. تنها راه نجات این بود که دست از تقلا کردن بردارد، دستانش را باز کند و روی سطح شناور باقی بماند. آدمی بنا بر غریزه خود برای نجات خود دست و پا می‌زند و تقلا می‌کند اما این کار فقط غرق شدن را به‌دنبال دارد. ۲) درباره احساسات دردناک هم اصل مشابهی برقرار است؛ هرچه قدر بیشتر با آن‌ها مبارزه کنیم، بیشتر بر ما مسلط می‌شوند. تصور کنید که در پشت ذهن‌مان یک کلید مبارزه وجود دارد. وقتی این کلید در حالت روشن است معنی‌اش این است که ما می‌خواهیم تا با هر درد جسمانی و هیجانی که به سراغمان می‌آید مبارزه کنیم، هرچه قدر هم که اذیت بشویم تمام

تلاش مان را می‌کنیم تا از دست آن‌ها خلاص بشویم یا از آن‌ها اجتناب کنیم. یادداشت تجربه روزانه، یادداشت خاطرات دردناک گذشته و احساسات دردناک فعلی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد. جلسه سوم، هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای بود. برای آموزش آن، استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا به این صورت برای نوجوانان توضیح داده شد که تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقه طناب‌کشی دارید و در بین شما یک چاه جهنمی وجود دارد، در این طناب‌کشی کدام‌یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شما را به سمت خودش بکشد یا به درون چاه جهنمی می‌افتد یا شما را می‌خورد و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شما را می‌خورد. پس چگونه می‌توانید بر او غلبه کنید و پیروز شوید؟ نوجوانان آموختند که کارشان رها کردن طناب است. سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی/احساسات پاک و ناپاک به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم، ابتدا تکلیف خانگی جلسه قبل بررسی و سپس برای آموزش گسلس شناختی گفته شد؛ وقتی احساسات کسی با محتوای کلامی آمیخته می‌شود، آن محتوا می‌تواند غلبه کاملی بر رفتار او داشته باشد. در این جلسه از استعاره «اتوبوس» استفاده شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که خود را راننده اتوبوسی فرض کنند که بین اصفهان و تهران مسافر جابه‌جا می‌کنند. در یک سفر، یک جایزه بزرگ در تهران برنده شده‌اند که باید تا آخر وقت اداری فردا، خود را به آن جا برسانند. ولی در بین راه تعدادی ارادل سر راه اتوبوس را می‌گیرند و از راننده می‌خواهند که آن‌ها را جایی غیر از تهران ببرد. جایزه، همان ارزش‌ها و ارادل، افکار و احساسات مزاحم، و مسیر همان اعمال درستی است که فرد را در مسیر ارزش‌ها پیش می‌برد. از نوجوانان خواسته شد سعی کنند طی هفته آینده مسیر ارزش‌های خود را دنبال و آن‌ها را یادداشت کنند.

جلسه پنجم، ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به‌عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و استعاره صفحه شطرنج برای آموزش الف) خود مفهوم‌سازی شده^۱، ب) خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا^۲ و ج) خود مشاهده‌گر^۳ استفاده شد. برای درک مفاهیم «خود» آموزش‌های لازم همراه با مثال‌هایی ارائه شد. به‌عنوان مثال برای تفهیم خود مشاهده‌گر به درمان‌جویان گفته شد، هنگامی که آن‌ها قادر به ارتباط با حس پایداری از خود هستند که ورای افکار و احساسات و برچسب‌ها است به آن خود مشاهده‌گر گویند. تمرین استعاره صفحه شطرنج به‌عنوان روشی که فرد بتواند تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود داشته باشد، تکلیف خانگی این جلسه بود.

1. self-conceptualized
2. self as a process of dynamic self-consciousness
3. self-observer

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

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

جلسه هشتم. در این جلسه ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی و آموخته‌های جلسات پیشین جمع‌بندی شد و سؤال‌های نوجوانان مورد بحث قرار گرفت. سپس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده شد تا برای جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل‌آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها و عمل متعهدانه، این سرفصل‌ها را روی برگه‌ای بنویسند و در جلوی چشمان خود قرار دهد و به تمرین آن‌ها بپردازند. در انتها بر تمرین آموخته‌ها تاکید و از آن‌ها قدردانی شد.

شیوه اجرا. نخست از طریق یکی از کارمندان بخش پذیرش اورژانس مراکز درمانی هدف، از ۹۴ نفر از نوجوانان دختر و پسر دارای سابقه اقدام به خودکشی دعوت به‌عمل آمد و اسامی و اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها ثبت شد. سپس اطلاعات اولیه درباره قوانین شرکت در گروه بیان و در مورد موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آن‌ها اطمینان داده شد و برگه رضایت‌نامه بین شرکت‌کنندگان دو گروه توزیع و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در پرونده‌ای نتایج اولیه هر ۳۰ آزمودنی ثبت و جلسه‌های درمان گروهی پذیرش و تعهد چهارشنبه‌ها در سالن آموزشی فرهنگ‌سرای گل نرگس شهر کرمانشاه برگزار شد. در جلسه آخر مجدداً آزمون‌ها در مورد گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پس‌آزمون و پس از سه ماه به‌عنوان آزمون پیگیری اجرا و متناسب با متغیرها و نوع جمع‌آوری داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با

اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پس از اتمام کلیه مراحل پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل فشرده در دو جلسه به گروه گواه ارائه شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان دختر و پسر گروه آزمایش ۱۴/۸۰ و ۲/۱۴ و گروه گواه ۱۴/۵۳ و ۱/۹۹ و در دامنه سنی ۱۱-۱۸ سال بود. در گروه آزمایش ۹ پسر (۶۰ درصد) و ۶ دختر (۴۰ درصد) و در گروه گواه ۸ پسر (۵۳/۳ درصد) و ۷ دختر (۴۶/۷ درصد) بود. در گروه آزمایش ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) متوسطه اول و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) متوسطه دوم و در گروه گواه ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) متوسطه اول و ۹ نفر (۶۰ درصد) متوسطه دوم بودند. در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) وضعیت اقتصادی پایین، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) متوسط و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) وضعیت خوب داشتند. در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) وضعیت اقتصادی پایین، ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) متوسط و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) وضعیت خوب داشتند. علت خودکشی در گروه آزمایش اختلاف با والدین (۴۶/۶ درصد) و مشکلات روان‌شناختی (۳۳/۳ درصد) و سایر علل شامل اختلاف با دوستان و جز آن (۲۰ درصد)، و در گروه گواه اختلاف با والدین (۵۳/۳ درصد) و مشکلات روان‌شناختی (۳۳/۳ درصد) و سایر علل شامل اختلاف با دوستان و جز آن (۱۳/۳ درصد) بود. بیش از ۷۰ درصد افراد در هر دو گروه حداقل یک‌بار سابقه خودکشی داشتند.

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

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آزمایش	دل بستگی نایمن	۱۵	۱/۸۱	۱۲/۸۷	۲/۲۰	۲/۱۰
	ترس از صمیمیت	۹۷/۲۰	۶/۴۹	۹۳/۵۳	۴/۹۹	۴/۹۷
	اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۶۱/۹۳	۴/۹۶	۵۸/۸۷	۵/۱۱	۴/۸۴
گواه	دل بستگی نایمن	۱۴/۷۳	۲/۴۰	۱۴/۷۴	۲/۱۲	۱/۹۲
	ترس از صمیمیت	۹۹/۲	۶/۶۵	۹۹/۰۷	۶/۲۲	۶/۰۲
	اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۶۱/۸	۵/۰۲	۶۱/۹۳	۴/۹۲	۴/۷۷

جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیرهای دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

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

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
دل‌بستگی نایمن	۰/۹۸	۰/۶۵۲	۰/۸۲۷
ترس از صمیمیت	۰/۴۴۹	۰/۴۲۸	۰/۴۴۳
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۰/۴۷۸	۰/۶۷۷	۰/۷۷۲

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

نتایج جدول ۲ بیانگر برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها متغیرهای پژوهش در سه مرحله است.

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

آزمون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F لوین	معناداری
لوین	۶	۵۶۸۰	۰/۱۵۷	۰/۹۸
باکس	۱	۲۸	ام. باکس	موخلی
دل‌بستگی نایمن	۱	۲۸	۰/۰۲۸	۰/۹۸۶
ترس از صمیمیت	۱	۲۸	۰/۲۹۲	۰/۵۹۳
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	۱	۲۸	۰/۰۰۲	۰/۹۶۷

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

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری همگنی واریانس خطا در دو گروه، نتایج آزمون ام. باکس بیانگر همگنی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف و معنی‌دار نبودن مقدار کرویت موخلی نیز بیانگر هم‌خوانی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته است. لذا می‌توان کرویت ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد.

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

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
دل‌بستگی نایمن	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳۹/۱۳**	۱ و ۲۸	۰/۵۸
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۲/۲۳	۱ و ۲۸	
ترس از صمیمیت	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۲۶/۱۰**	۲ و ۵۶	۰/۴۸
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۲۲/۵۹**	۱ و ۲۸	۰/۴۴۶
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۴/۱۳۹	۱ و ۲۸	
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۸/۱۹**	۲ و ۵۶	۰/۳۹۴
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳۴/۹۹**	۱ و ۲۸	۰/۵۵۵
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۵۳۷	۱ و ۲۸	
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۲۶/۸۳**	۲ و ۵۶	۰/۴۸۹

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

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش تفاوت میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمره‌های دل‌بستگی نایمن معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0/142$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های دل‌بستگی نایمن، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی اثر داشته و باتوجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۴۸ درصد است. تفاوت میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در نمره‌های ترس از صمیمیت معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0/062$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های ترس از صمیمیت، بین گروه‌ها معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد ترس از صمیمیت نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی را کاهش داده و باتوجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر بیش از ۳۹ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در نمره‌های اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P=0/225$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، بین گروه‌ها معنی‌دار است ($P=0/001$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی را کاهش داده است و با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر بیش از ۴۸ درصد بوده است.

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

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
دل‌بستگی نایمن	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۳**	۰/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۱۴**	۰/۲۳۱	۰/۱۳۳	۰/۲۱۴
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۲۰۸
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۶۷**	۰/۶۶۷	۰/۱۳۳	۰/۴۱۳
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۸۰**	۰/۵۸۷	۰/۳۳۳	۰/۴۳۳
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۲۹۱	۰/۲۰	۰/۳۴۱
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۰۷**	۰/۳۷۱	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۶
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۹۳**	۰/۵۶۵	۰/۱۳۳	۰/۳۰۷
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۴۷۷	۰/۲۶۷	۰/۳۰

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

جدول ۵ تفاوت معنی‌دار میانگین نمره‌های دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی گروه آزمایش را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان

می دهد ($P=0/001$)؛ اما بین پس آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معنی دار نیست ($P=0/10$)، که حاکی از ماندگاری اثر درمان بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتماد به شبکه های اجتماعی است. در گروه گواه هیچ یک از مقایسه های جفتی معنی دار نیست ($P=0/10$).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتماد به شبکه های اجتماعی در اقدام کنندگان نوجوان به خودکشی مؤثر است. همچنین نتایج مرحله پیگیری، حکایت از تداوم تأثیر این مداخله داشت. این نتایج با یافته های پژوهشگران دیگر همسو است. به عنوان مثال عزیزی بروجنی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات های استفاده از اینترنت در دانش آموزان دبیرستانی دارای اعتماد به اینترنت مؤثر است. همچنین دوستی، غلامی و ترابیان (۱۳۹۵) با پژوهش در مورد ۳۰ دانش آموز دچار اعتماد اینترنتی نشان دادند، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ابعاد مختلف پرخاشگری مؤثر است. در پژوهش دیگری نتایج حاکی از اثربخشی مشاوره شناختی-رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارامدی زن های وابسته به سوء مصرف مواد بود (خدایاری فرد، حجازی و حسینی نژاد، ۱۳۹۴). در پژوهش کراسبی و تاوهیگ (۲۰۱۶) نتایج به کارگیری مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد ۲۸ مرد بالغ در استفاده از هرزه نگاری^۱ اینترنتی نشان داد که درمان مذکور در پس آزمون و دوره پیگیری سه ماهه سبب کاهش کامل و یا ۷۰ درصدی مشاهده تصاویر و فیلم های مستهجن در فضای مجازی شده است. پژوهش اسمالوود، پوتر و رابین (۲۰۱۶) مبین این نکته بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در کاهش پیامدهای بیماران دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی همراه با درد مزمن مثرتر باشد. در پژوهشی که تورستون، هال، تیمرمن و امریک (۲۰۱۷) انجام دادند، نتایج درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در مورد ۴۱ نوجوان و جوان دچار سوء مصرف مواد، نشان از اثربخشی مداخله و رضایت مندی درمان گران و آزمودنی ها داشت. بررسی نظام مند پژوهش های انجام یافته پیشین توسط هالیبورتون و کوپر (۲۰۱۵) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می تواند مشکلات روان شناختی نوجوانان را کاهش دهد. پژوهش مرمچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) نیز که در مورد ۳۰ نوجوان تحت پوشش بهزیستی انجام گرفت، مشخص ساخت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر افزایش امیدواری و شادکامی نوجوانان مذکور داشته است. با توجه به پژوهش های انجام شده می توان گفت که ماهیت پذیرش و تعهد به گونه ای است که نقش تعیین کننده ای در درمان بسیاری

1. pornography

از اختلال‌ها و همچنان که در پژوهش حاضر مشاهده شد نقش مؤثری در کاهش دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش همان‌گونه که کراسبی و تاوهیگ (۲۰۱۶) عنوان کردند، می‌توان بیان داشت که سبک دل‌بستگی نایمن، ناشی از وجود نگرش‌های منفی و نامطمئن و وجود روان-بنه‌های ناسازگار اولیه نسبت به چهره‌های دل‌بستگی به خاطر نحوه رفتار با وی در کودکی است. فرد نایمن، دائم در مورد طرد و رهاشدن از چهره دل‌بستگی، نگران است. در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموخته می‌شود که به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای ناشی از نبود چهره دل‌بستگی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع، به افراد دیگر دارند و نیز با اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آن‌ها با دل‌بستگی نایمن خود مقابله کنند. در واقع یافته فوق را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب تجربه‌ای، تغییر نگاه نسبت به خود و نسبت به داستانی که در آن فرد به‌خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، نیز بازنگری در ارزش‌ها و اهداف در روابط از طریق برقراری روابط ایمن و بدون نگرانی با دیگران و در نهایت تعهد به اهداف مبتنی بر اجتماعی‌شدن را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. در واقع در این پژوهش فرایندهای مرکزی درمان مذکور، به آزمودنی‌ها آموزش داد که چگونه عقیده بازداری فکر در رابطه با پذیرش دیگران را در روابط و یافتن چهره‌های جدید رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند و رویدادهای درونی را به‌جای مهار خود بپذیرند.

نتایج این پژوهش بیانگر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ترس از صمیمیت در نوجوان دارای دل‌بستگی نایمن البته با سابقه خودکشی بود. در تبیین این یافته باید توجه داشت که دل‌بستگی نایمن در نوجوانان سبب می‌شود افراد تمایل کمتری به ایجاد روابط نزدیک در ارتباطات بین‌فردی داشته باشند، در نتیجه از میزان صمیمیت در روابط و به‌تبع آن از مهارت‌ها و سازگاری ارتباطی آن‌ها کاسته می‌شود. ترس از صمیمیت مانع از بیان کامل احساسات و خودافشایی در نوجوانان می‌شود. در این پژوهش هدف اصلی از درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نوجوان دارای دل‌بستگی نایمن با سابقه خودکشی بود. بر این اساس مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را هدایت می‌کند تا افکار و هیجان‌های خویش را از خود جدا ببینند که این به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالت‌های شناخت منفی آن‌ها را اصلاح کنند. هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و

دریافت‌های حسی و بدنی می‌شود و نهایتاً افراد را به سمت ارتقاء کیفیت روابط صمیمانه با دیگران هدایت می‌کند. در واقع در این رویکرد درمانی، بر پذیرش دیگران و سپس تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکار خود و روابط با دیگران تمرکز می‌شود.

همچنین در این پژوهش نتایج بیانگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر میزان اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی بود. اعتیاد به اینترنت و به‌صورت اخص اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی شامل اعتیاد به اتاق‌های گفتگو^۱، هرزه‌نگاری، قمار اینترنتی و گفتگوهای بدون هدف در شبکه‌های اجتماعی به‌ویژه شبکه‌های تلفن همراه است که می‌تواند زمینه تخریب سلامت و احساسات را فراهم کند. در تبیین یافته فوق همان‌گونه که عزیزی بروجنی (۱۳۹۵) عنوان کردند، می‌توان گفت که رویکرد پذیرش و تعهد، به‌جای آن‌که بر رفع و حذف عوامل آسیب‌زا در برخورد با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی تمرکز کند، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های مهارشده خود را بپذیرند و خود را از سلطه قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان شده است، رها کنند. بنابراین می‌توان گفت که این رویکرد به مراجعان اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با هیجان‌ها و شناخت‌های مهارشده دست بردارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً فرایندمحور است و آشکارا بر ویژگی‌ای که در رویکرد شناختی و رفتاری حضور ندارد؛ یعنی بر ارتقای پذیرش تجربه‌های روان-شناختی و نیز تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربه‌های روان‌شناختی تأکید می‌کند؛ ثانیاً هدف فنون درمانی و استعاره‌هایی که درمانگر در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد به‌کار می‌گیرد، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست، بلکه اهداف این فنون درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربه‌های روان‌شناختی و بر افزایش آگاهی از آن‌ها به‌ویژه بر تمرکز در لحظه حال بدون پیشی گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه استوار است.

در مجموع این پژوهش به چارچوب مناسبی برای درمان نوجوان دارای دلبستگی ناایمن با سابقه خودکشی با استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دست یافته است. از این‌رو پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن این درمان در کاهش دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، از این روش آموزشی در مراکز آموزشی و درمانی و مدارس متوسطه نه تنها در مورد متغیرهای این پژوهش، بلکه برای متغیرهای دیگر نظیر تاب‌آوری، افزایش معنا و نظایر آن به‌ویژه برای نوجوانان که در دوره حساس رشد و هویت‌یابی قرار دارند استفاده شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی نویسنده مقاله است که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است. لازم است از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و کارمندان مراکز درمانی امام خمینی و طالقانی شهر کرمانشاه که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند تشکر و قدردانی شود.

منابع

- برات دستجردی، نگین، و صیادی، سمیه. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر اعتیاد به اینترنت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور شهر اصفهان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۱): ۳۳۲-۳۴۱.
- پناهی، مریم، کاظمی جمارانی، شبنم، عنایت پور، مهدیه، و رستمی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر کاهش دل‌زدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوج‌ها، *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳): ۳۷۳-۳۹۲.
- پورحسین، رضا، فرهودی، فرزاد، امیری، محسن، جان‌بزرگی، محمود، رضایی بیداخویدی، اکرم، و نوراللهی، فاطمه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲): ۴۰-۲۱.
- حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد، و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲): ۱۲۸-۱۲۱.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا، و هاشمی اصل، زهره. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های دلبستگی با ترس از صمیمیت در زن‌های سالمند مطلقه. *پیشگیری و سلامت*، ۱۱(۱): ۳۲-۲۵.
- خداپاری‌فرد، محمد، حجازی، الهه، و حسینی‌نژاد، ناهید. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی-رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۲): ۶۱-۷۵.
- خواجeh احمدی، معصومه، پولادی، شهناز، و بحرینی، مسعود. (۱۳۹۵). طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر موبایل. *روان‌پرستاری*، ۴(۴): ۵۰-۴۲.
- دوستی، پیمان، غلامی، سحر، و ترابیان، سحرالسادات. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۱(۱): ۷۲-۶۴.

عزیزی بروجنی، مهشید. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات‌های استفاده از اینترنت در دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان دارای اعتیاد به اینترنت شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز. عیسی‌زادگان، علی، سپهریان آذر، فیروزه، و مطلبی، مهرداد. (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های دل‌بستگی و ترس از صمیمیت در افراد مبتلا و غیرمبتلا به سرطان. *مطالعات ناتوانی*، ۶(۱): ۲۱۰-۲۰۵.

فرزانه، سیفالله، و فلاحتی‌شهاب‌الدینی، راضیه. (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش به شبکه‌های اجتماعی مجازی. *دوفصلنامه مشارکت و توسعه اجتماعی*، ۱(۱۱): ۲۲-۱.

کیخاونی، ستار، چتری‌پور، فاطمه، و صیدخانی نهال، علی. (۱۳۹۲). مقایسه افکار خودکشی و افسردگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و سالم در استان ایلام در سال ۹۱-۱۳۹۰. *مجله علمی علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۱): ۵۳-۴۷.

مرمرچی‌نیا، مژگان، و ذوقی‌پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۲): ۱۷۴-۱۵۷.

مهدی‌یار، منصوره، نجاتی، سیده فرشته، و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تاب‌آوری در برابر خودکشی بر اساس نابسامانی هیجان و سبک‌های فرزندپروری. *دوفصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۲(۱): ۲۵-۱۵.

میرزائی، سیده نگار، و شمس‌علی‌زاده، نرگس. (۱۳۹۲). شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۸(۱): ۲۶-۱۸.

نظری، امین، فلاح‌زاده، هاجر، و نظربلند، ندا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و کیفیت زناشویی زن‌ها. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳): ۴۵۳-۴۳۳.

Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R., & Moazezi, M. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(4): 24-36.

Besharat, M. A. (2012). The moderating role of defense mechanisms on the relationship between attachment styles and Alexithymia. *Journal of Applied Psychology*, 6(1): 7-22.

Besharat, M. A., Naghshineh, N., Ganji, P., & Tavalaeayan, F. (2014). The moderating role of attachment styles on the relationship of alexithymia and fear of intimacy with marital satisfaction. *International Journal of Psychological Studies*, 6(3): 106-117.

- Crosby, J., & Twohig, M. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3): 355-366.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of-intimacy scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2): 218-225.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. New York.
- Giupponi, G., Innamorati, M., Baldessarini, R., De Leo, D., Giovannelli, F., Pycha, R., Conca, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Factors associated with suicide: Case-control study in South Tyrol. *Comprehensive Psychiatry*, 80(1): 150-154.
- Halliburton, A., & Cooper, L. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1): 1-11.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 90(7): 976-1002.
- Li, Sh., Galynger, I., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Kim, H., Cohen, L., & Yaseen, Z. (2017). Attachment style and suicide behaviors in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. *Psychiatry Research*, 76(1): 309-314.
- Monacis, L., Depalo, V., Griffiths, M., & Sinatra, M. (2017). Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2): 178-186.
- Phillips, T. M., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R., & Phillips, L. E. (2013). Recollected parental care and fear of intimacy in emerging adults. *The Family Journal*, 21(3): 335-341.
- Smallwood, R., Potter, J., & Robin, D. (2016). Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 250(1): 12-14.
- Sullivan, L., Camic, P. M., & Brown, J. S. (2015). Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *British Journal of Health Psychology*, 20(1): 194-211.
- Tang, C., & Woen Koh, Y. (2017). Online social networking addiction among college students in Singapore: Comorbidity with behavioral addiction and affective disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 25(3): 175-178.
- Thurstone, Ch., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, Ch. (2017). Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4): 375-379.

Word Health Organization. (2014). *Multisite intervention on suicidal behaviors: Supremes: Protocol of sup remiss*. Geneva: WHO.

پرسشنامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی

مخالف		ناخودری مخالف		ناخودری موافق		کاملاً موافق		گویه‌ها	
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸		
								۱. اطرافیان (اعضای خانواده، دوستان) به خاطر زیاد آنلاین بودن من در شبکه‌های اجتماعی شاکمی هستند.	عملکرد فردی
								۲. هنگام استفاده از شبکه‌های اجتماعی در صورتی که اطرافیانم مزاحم من شوند خشمگین شده یا می‌رنجم.	
								۳. زمانی که از شبکه‌های اجتماعی استفاده کرده‌ام نسبت به محیط اطراف و اطرافیان بی تفاوت شده‌ام.	
								۴. از زمانی که از شبکه‌های اجتماعی موبایل استفاده می‌کنم منزوی‌تر شده‌ام.	
								۵. وقتی دیگران از من می‌پرسند چه کارهای آنلاینی در شبکه‌های اجتماعی انجام می‌دهم پنهان کاری می‌کنم.	
								۶. من استفاده زیاد از شبکه‌های اجتماعی را از دیگران مخفی می‌کنم.	
								۷. به دلیل استفاده از شبکه‌های اجتماعی موبایل دچار افت تحصیلی شده‌ام.	
								۸. استفاده از شبکه‌های اجتماعی باعث شده است در انجام کارهای روزمره خود (برنامه نظافت و برنامه غذایی) غفلت کنم.	
								۹. به خاطر استفاده بیش از اندازه از شبکه‌های اجتماعی ارتباطم با اعضای خانواده و دوستانم محدود شده است.	
								۱۰. بیشتر از زمانی که انتظار دارم وقتم را در شبکه‌های اجتماعی می‌گذرانم.	مدیریت زندگی
								۱۱. به دلیل این که تا دیروقت از شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنم دچار کمبود خواب شده‌ام.	
								۱۲. مدت استفاده‌ام از شبکه‌های اجتماعی روزبه‌روز در حال افزایش است.	
								۱۳. مواقعی که در شبکه‌های اجتماعی هستم به خودم می‌گویم: "فقط چند دقیقه دیگر روی خط خواهم ماند".	
								۱۴. قبل از انجام هر کاری به فکر بازدید از شبکه‌های اجتماعی می‌باشم.	
								۱۵. وقتی خارج از شبکه‌های اجتماعی هستم حواس‌پرتی دارم در صورتی که در حالت آنلاین بودن بهتر می‌شوم.	
								۱۶. بیرون از فضای شبکه‌های اجتماعی احساس اضطراب و ناآرامی دارم که به محض وارد شدن به فضای مجازی این احساس از بین می‌رود.	روابط اجتماعی
								۱۷. با این جمله موافقم: "زندگی بدون شبکه‌های اجتماعی بی‌ارزش و بی‌لذت است".	
								۱۸. وقت قطع اینترنت و یا عدم اتصال به شبکه‌های اجتماعی موبایل ناراحت و عصبی می‌شوم.	
								۱۹. مسائل ناراحت‌کننده را با افکار آرام‌بخش در شبکه‌های اجتماعی موبایل خنثی می‌کنم.	
								۲۰. شبکه‌های اجتماعی مجازی را بیشتر از رسانه‌های دیگر (تلفن، ایمیل، نامه) برای ابراز علائق خود به دیگران استفاده می‌کنم.	
								۲۱. از عضویت در گروه‌های مورد علاقه‌ام در شبکه‌های اجتماعی احساس لذت می‌کنم.	
								۲۲. نسبت به کاربران صفحه‌های مورد علاقه‌ام در شبکه‌ها احساس همدلی و صمیمیت دارم.	
								۲۳. موضوع‌هایی که در دنیای واقعی علاقه‌ای به ابراز آن ندارم را از طریق شبکه‌های اجتماعی به‌اشتراک می‌گذارم.	

پرسشنامه ترس از صمیمیت دسکانتر و تلتن

عبارت‌ها	اصلاً این طور نیستم	کمی این طور هستم	در حد متوسط این طور هستم	ناخدا زیادی این طور هستم	کاملاً این طور هستم
۱ نمی توانم به راحتی چیزهایی را که در گذشته داشته‌ام و از آن‌ها خجالت می‌کشم به "....." بگویم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲ نمی توانم به راحتی چیزهایی را که مرا عمیقاً آزرده کرده‌اند با "....." در میان بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳ در ابراز احساسات واقعی خود به "....." راحت خواهم بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۴ وقتی "....." ناراحت باشد، می‌ترسم از او دل جویی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵ می‌ترسم که احساسات درونی‌ام را با "....." در میان بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶ به راحتی به "....." خواهم گفتم که چقدر برایم مهم است.	۱	۲	۳	۴	۵
۷ با بودن در کنار "....."، احساس همبستگی کامل به من دست خواهد داد.	۱	۲	۳	۴	۵
۸ به راحتی در مورد مسائل مهم با "....." به بحث خواهم پرداخت.	۱	۲	۳	۴	۵
۹ تا حدی از این که تعهد دراز مدت نسبت به "....." داشته باشم، نگران خواهم بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰ تجربه‌های تلخ و شیرینم را به راحتی با "....." در میان خواهم گذاشت.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱ فکر می‌کنم در ابراز احساسات عمیق عاطفی خودم به "....." دست پاچه شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲ بیان نظر شخصی به "....." برایم دشوار خواهد بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳ در ابراز احساسات عمیق عاطفی خودم به "....." دست پاچه می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴ از این که ویژگی‌های نامطلوبم را با "....." در میان بگذارم نگران نخواهم شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵ اگر روابط خود را با "....." نزدیک کنم، می‌ترسم صدمه ببینم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶ به راحتی می‌توانم مسائل بسیار شخصی و خصوصی‌ام را توی دلم نگه دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷ از این که بدون آمادگی قبلی با "....." روبه‌رو شوم، دست پاچه و مضطرب نخواهم شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸ به راحتی چیزهایی را که برای دیگران بازگو نمی‌کنم، به "....." خواهم گفتم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹ عمیق‌ترین افکار و احساساتم را راحت با "....." در میان خواهم گذاشت.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰ اگر "....." بخواهد در مورد مسائل بسیار خصوصی بامن صحبت کند، فکر می‌کنم خیلی راحت نباشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱ معایب و نقاط ضعف خودم را به راحتی با "....." در میان خواهم گذاشت.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲ از این که بیوند عاطفی نزدیک بین ما برقرار شود احساس خوبی خواهم داشت.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳ می‌ترسم افکار خصوصی‌ام را با "....." در میان بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴ نگرانم که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با "....." همیشگی نباشد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵ به راحتی خواسته‌هایم را با "....." در میان خواهم گذاشت.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶ نگرانم که نکند "....." بیش از من روی رابطه دوستی‌مان سرمایه‌گذاری کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷ در داشتن ارتباطی صادقانه و آزاد با "....."، راحت خواهم بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸ گاهی وقت‌ها حوصله شنیدن مشکلات شخصی "....." را ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹ از این که در کنار "....." کاملاً خودم باشم، راحت خواهم بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰ از این که باهم باشیم و درباره اهدافمان صحبت کنیم، احساس خوبی خواهم داشت.	۱	۲	۳	۴	۵
به عبارت‌های زیر بر حسب روابط گذشته‌تان پاسخ دهید					
۳۱ از فرصت‌ها برای برقراری روابط صمیمی اجتناب کرده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲ در روابطی که داشته‌ام، احساسات خودم را پنهان کرده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳ بعضی‌ها فکر می‌کنند که من از نزدیک شدن به آن‌ها نگرانم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۴ بعضی‌ها فکر می‌کنند کسی نمی‌تواند به راحتی مرا بشناسد.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۵ در روابط گذشته، کارهایی کرده‌ام که مانع از نزدیک شدن من به دیگران شوند.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی هازن و شیور

عبارت					
بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	
۱	۲	۳	۴	۵	۲۴. به‌سختی قادرم به‌دیگران دل‌بسته شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۵. به‌سختی قادرم به‌دیگران اعتماد کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۶. از نزدیک شدن به‌دیگران ناراحت می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۷. نزدیک شدن زیاد دیگران به‌من، ناراحتم می‌کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۸. وقتی به‌تعامل با دیگران نیاز دارم آن‌ها قابل دسترس نیستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۹. از دل‌بسته شدن به‌دیگران خوشحال می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۰. وقتی به‌تعامل با دیگران نیاز دارم، آن‌ها در دسترس هستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۱. از طرد شدن توسط دیگران نگران نیستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۲. به‌آسانی با دیگران صمیمی می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۳. از این‌که دیگران به‌من دل‌بسته باشند خوشحال می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۴. از این‌که بتوانم به دیگران دل‌بسته شوم مطمئن نیستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۵. از این‌که نزدیکان و دیگران مرا دوست ندارند نگران هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۶. من رابطه صمیمی با دیگران را دوست دارم، ولی دیگران به این رابطه تمایلی ندارند.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۷. از این‌که نزدیکان و دیگران تمایلی ندارند با من باشند نگران هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۸. تمایل دارم با افراد دیگری ارتباط داشته باشم.
