Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 3

Comparing The Effectiveness Of Dialectical Behavior Therapy And Acceptance And Commitment Therapy On Distress Tolerance In Adolescent Boys With Internet Addiction

Piran Kamalzadeh[1], **Khalil Esmaeilpour**[2], **Touraj Hashemi**[3]

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Aras Campus, Tabriz, Iran.

2. (Corresponding author)* Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: This study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in adolescent boys with Internet addiction.

Methods and Materials: The present research method was quantitative and an experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study included adolescents aged 14-18 with cyberspace addiction in Karaj. The sample size in this study was 45 people who were selected through purposive sampling and by completing the Young Internet Addiction Questionnaire and were divided into two experimental groups, dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy were used. The Distress Tolerance Questionnaire of Simmons and Gaher (2005) was used to collect data. The covariance test was then used to analyze the data.

Findings: The results showed a significant improvement in distress tolerance for both treatment approaches. The dialectical behavior therapy group experienced a mean increase of 10.27 in distress tolerance ($p<0.001$), while the acceptance and commitment therapy group showed a mean increase of 6.47 ($p<0.001$). Furthermore, dialectical behavior therapy showed a significant improvement in distress tolerance compared to acceptance and commitment therapy with a mean difference of 3.80 ($p<0.05$).

Conclusions: Both dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy were effective in improving distress tolerance in adolescent boys with Internet addiction, and dialectical behavior therapy was more effective than acceptance and commitment therapy. According to the findings of the study, dialectical behavior therapy may be a more appropriate treatment approach for adolescents who struggle with Internet addiction and low distress tolerance.

Keywords: Dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, distress tolerance, Internet addiction.

Citation: Kamalzadeh P, Esmaeilpour Kh, Hashemi T. **Comparing The Effectiveness Of Dialectical Behavior Therapy And Acceptance And Commitment Therapy On Distress Tolerance In Adolescent Boys With Internet Addiction**. Res Behav Sci 2024; 23(3):545-558.

* **Khalil Esmaeilpour,**
Email: dt.khalil.esmaeilpour@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی نوجوانان پسر مبتلا به اعتیاد به اینترنت

پیران کمال زاده [۱]، خلیل اسماعیل پور [۲]، تورج هاشمی [۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، پردیس ارس، تبریز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه علمی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- استاد، گروه علمی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی نوجوانان پسر مبتلا به اعتیاد به اینترنت انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر کمی و از نوع مطالعات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله مبتلا به اعتیاد به اینترنت شهر کرج بود. حجم نمونه در این مطالعه ۴۵ نفر بوده است که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند پس از تکمیل پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد و یک گروه گواه جایگزین گردیدند، برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده گردید. در ادامه برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده بهبود قابل‌توجهی در تحمل پریشانی برای هر دو رویکرد درمانی بود. گروه رفتاردرمانی دیالکتیک میانگین افزایش ۱۰/۲۷ در تحمل پریشانی ($p<۰/۰۰۱$) را تجربه کرد، درحالی‌که گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین افزایش ۶/۴۷ ($p<۰/۰۰۱$) را نشان دادند. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیک بهبود قابل‌توجهی در تحمل پریشانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد با میانگین اختلاف ۳/۸۰ نشان داده است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: هر دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد در بهبود تحمل پریشانی در نوجوانان پسر مبتلا به اعتیاد به اینترنت مؤثر بودند و رفتاردرمانی دیالکتیک مؤثرتر از درمان پذیرش و تعهد بود. با توجه به یافته‌های پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیک ممکن است یک رویکرد درمانی مناسب‌تر برای نوجوانانی باشد که با اعتیاد به اینترنت و تحمل پریشانی کم دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، اعتیاد به اینترنت.

ارجاع: کمال زاده پیران، اسماعیل‌پور خلیل، هاشمی تورج. **مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی نوجوانان پسر مبتلا به اعتیاد به اینترنت.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۳): ۵۴۵-۵۵۸.

* **خلیل اسماعیل پور،**

رایانامه: dt.khalil.esmaeilpour@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

مقدمه

دوره دبیرستان که با نوجوانی همپوشانی دارد، یکی از مهم‌ترین مراحل رشد در انسان است که نقشی حیاتی و اساسی در زندگی ایفا می‌کند (۱). در طول این مرحله، دانش آموزان با انواع شرایط و پدیده‌های گوناگون تحصیلی و شغلی مواجه می‌شوند که می تواند بر انتخاب‌ها و تصمیمات آینده آن‌ها تأثیر بگذارد (۲). این مرحله سنی نقش بسیار ارزشمندی در شکل‌گیری سالم شخصیت و ورود به دنیای واقعی ایفا می‌کند (۳). افراد در این سنین تحت تأثیر پدیده‌های مختلف اجتماعی هستند که می‌تواند تأثیرات مثبت یا منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها داشته باشد. یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین این پدیده‌ها در جامعه امروزی، اینترنت و فضای مجازی است (۴). فضای مجازی محیط جدیدی است که بر اجتماعی شدن نوجوانان تأثیر می گذارد، ویژگی‌های اصلی آن شامل فراهم کردن فرصت‌هایی برای تعامل با دیگران، سرگرمی و کسب اطلاعات است (۵). درحالی‌که فضای مجازی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای انسان به همراه داشته باشد استفاده نادرست کمی و کیفی از آن می تواند راه را برای مشکلات متعددی هموار کند (۶). یکی از این موضوعات اعتیاد به فضای مجازی است که نوعی استفاده نادرست از این محیط تلقی می‌شود (۷). مطالعات متعددی در مورد اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی انجام‌شده است که نشان می‌دهد ۴٫۶٪ تا ۴٫۷٪ به اینترنت و فعالیت‌های مجازی مرتبط معتاد هستند و انتظار می‌رود این میزان در سال‌های آینده افزایش یابد (۸). اعتیاد به فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند بر زندگی افراد تأثیر منفی بگذارد، استرس و تنش روانی را بالا ببرد، احساس تنهایی و افسردگی را تشدید کند، تنظیم هیجانی را مختل کند، همچنین منجر به افت عملکرد و پیشرفت تحصیلی شده و تحمل پریشانی را کاهش دهد (۱۰-۹). دانش‌آموزانی که از اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی رنج می‌برند، مشکلات مختلفی را تجربه می‌کنند که در میان آنها ضعف در تحمل پریشانی شایسته توجه ویژه است.

یکی از مشکلات اساسی نوجوانان درگیر اعتیاد به فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی، نقص در تحمل پریشانی است (۱۱). تحمل پریشانی مفهومی با سابقه طولانی در تحقیقات آسیب‌شناسی روانی است که به‌عنوان ظرفیت درک شده برای تحمل چالش‌های زندگی تعریف می‌شود (۱۲). تحمل پریشانی به ظرفیت یا توانایی فرد برای تحمل مؤثر ناراحتی‌های روان‌شناختی و تجربیات بد درونی و بیرونی، مانند احساسات منفی، خاطرات آسیب‌زا و افکار مزاحم اشاره دارد و با پیامدهایی برای سلامت جسمی و روانی همراه است (۱۳). زنجانی و همکاران (۱۴) دریافتند که هر چه گرایش نوجوانان به اعتیاد به فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی بیشتر باشد، ظرفیت آنها برای تحمل پریشانی کمتر است. برعکس، افزایش تحمل پریشانی با پیامدهای مثبت بسیاری همراه است. افراد با تحمل پریشانی بالاتر استرس و اضطراب کمتری را در موقعیت‌های بین فردی و اجتماعی تجربه می‌کنند و تمایل کمتری به اعتیاد و مصرف مواد دارند (۱۵). آنها همچنین علائم کمتر افسردگی را نشان می‌دهند (۱۶)، مهارت‌های تنظیم هیجانی قوی‌تری دارند و بیشتر از استراتژی‌های تنظیم هیجان سازگارانه استفاده می کنند (۱۷). با توجه به مطالب مطرح‌شده به‌واسطه تأثیری که اعتیاد به اینترنت فضای مجازی بر کاهش تحمل پریشانی می گذارد و از سوی دیگر تأثیر مثبت ارتقا تحمل پریشانی بر ابعاد مختلف زندگی انسان به نظر می‌رسد استفاده از رویکردهای درمانی و مداخلاتی جهت کمک به دانش آموزان درگیر اعتیاد به فضای مجازی امری ضروری است.

یکی از رویکردهای درمانی و مداخلاتی که به نظر می‌رسد می‌تواند به رفع مشکلات افراد درگیر اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی کمک کند، درمان پذیرش و تعهد است (۱۸). به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی، درمان پذیرش و تعهد در دهه ۱۹۸۰ با کار استیون هیز و همکارانش ظهور کرد. این درمان فرآیندهای تجربی را هدف قرار می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانایی حضور و متعهد ماندن به مسیرهای ارزشمند زندگی را افزایش می‌دهد (۱۱۹). درمان پذیرش و تعهد به‌جای تمرکز بر کاهش علائم، از یک چارچوب فرا تشخیصی برای بهبود انعطاف‌پذیری روانی و کیفیت کلی زندگی استفاده می‌کند (۲۰). هدف آن کاهش رنج و افزایش رفاه از طریق شش فرآیند اصلی است: پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، آگاهی از لحظه حال، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است (۲۱). درمان پذیرش و تعهد نویدبخش طیف وسیعی از مسائل بهداشت روانی در نوجوانان است (۲۲). درمان پذیرش و تعهد بر دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی و نیز ارتقای پیامدها و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی تأثیر مثبت و نتیجه بخشی داشته است (۲۳). در ارتباط با متغیرهای تحمل پریشانی این مداخله درمانی سبب برانگیخته شدن مطالعاتی گردیده است. در این راستا سامانی آقا ابراهیمی و همکاران (۲۴) در پژوهش خود بیان کردند که درمان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

مبتنی بر پذیرش تعهد بر افزایش تحمل پریشانی به‌طور معناداری نتیجه‌بخش بوده است. فدهیل و همکاران (۲۵) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد نقش مؤثر و معناداری در افزایش تحمل پریشانی دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی دیگر از رویکردهای بالقوه مؤثر برای افراد معتاد به اینترنت و فضای مجازی است (۲۶). رفتاردرمانی دیالکتیک در ابتدا توسط لینهان در سال ۱۹۹۳ برای درمان زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در معرض خطر خودکشی بالا طراحی و تدوین یافت (۲۷). رفتاردرمانی دیالکتیک شکلی از مداخلات شناختی رفتاری است که در درمان مشکلات و اختلالات بالینی دشوار و مقاوم به درمان موفقیت‌آمیز واقع‌شده است (۲۸). این رویکرد درمانی یک روش بسیار التقاطی را اتخاذ می‌کند که شامل مفاهیمی از درمان‌های روان پویشی، حمایتی، شناختی و رفتاری است، جنبه برجسته این شکل از روان‌درمانی این است که ویژگی‌هایی را از فلسفه ذن شرقی به عاریت گرفته است، همچنین این مداخله از تنوع بسیار بالایی برخوردار است زیرا از تکنیک‌هایی مانند استعاره، داستان‌سرایی، رویارویی و غیره استفاده می‌کند (۲۹). در این مداخله درمانی دو مفهوم پذیرش که مبتنی بر اصول ذهن شرقی است و راهبردهای تغییر که متأثر از اصول رفتاری دیدگاه‌های غربی و همچنین ترکیب پذیرش و تغییر هسته اصلی این رویکرد درمانی را تشکیل می‌دهند که هدف آن کاهش الگوهای فکری دوقطبی شده از طریق ترکیب دو موضع یا ایده متضاد و افراطی است (۳۰). این مدل درمانی نقش بسیار مهمی در درمان اختلال شخصیت مرزی، افکار خودکشی، افسردگی، اختلالات اضطرابی و سوءمصرف مواد داشته است (۳۳-۳۱). در ارتباط با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی مطالعاتی در سال‌های اخیر صورت گرفته است رضایی و همکاران (۳۴) در پژوهشی که انجام داده بودند به این نتیجه دست یافتند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تحمل پریشانی بیماران وابسته به مواد مخدر تأثیر معناداری داشته است. نتایج پژوهش عرفانیان و همکاران (۳۵) حکایت از آن داشت که رفتاردرمانی دیالکتیک نقشی مؤثر و معنادار در افزایش تحمل پریشانی زنانی با سقط مکرر داشته است.

اعتیاد به فضای مجازی در جامعه امروزی در نوجوانان به‌طور روزافزونی در حال گسترش است و سبب به وجود آمدن مشکلات بسیاری برای این افراد گردیده است، ازاین‌رو این پدیده نیازمند بررسی دقیق و جامع دارد. یکی از مشکلات شایع در افراد درگیر اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی کاهش ظرفیت تحمل پریشانی است، کاهش ظرفیت تحمل پریشانی می‌تواند تأثیر بسیار منفی بر حیطه‌های مختلف زندگی انسان بر جای بگذارد بر این اساس استفاده از اقدامات و مداخلات درمانی جهت بهبود ظرفیت تحمل پریشانی امری ضروری و حیاتی است. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته دو رویکرد درمانی موج سوم رفتاری شامل درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک به نظر می‌رسد ظرفیت بالقوه در جهت ارتقاء ظرفیت تحمل پریشانی در افراد درگیر اعتیاد به فضای مجازی دارند. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته تاکنون مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی افراد درگیر اعتیاد به فضای مجازی صورت نگرفته است به همین دلیل انجام این مطالعه می‌تواند به افزایش دانش و آگاهی در زمینه تأثیر این دو رویکرد درمانی بر تحمل پریشانی کمک کند. از طرفی دیگر تأکید متخصصین و صاحب‌نظران و نیز افراد دریافت‌کننده خدمات روان‌درمانی بر ضرورت یافتن رویکردهای درمانی کارآمدتر که به بازده درمانی بهتری منجر می‌شود به‌شدت احساس می‌گردد، به همین دلیل انجام این مطالعه می‌تواند در یافتن مداخله مؤثر و کارآمد در خصوص بهبود تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت اطلاعات ارزشمندی را در اختیار محققین قرار دهد. به‌طورکلی هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اعتیاد به فضای مجازی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر کمی و با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه شامل دو گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله درگیر اعتیاد به فضای مجازی شهر کرج بود که در سال ۱۴۰۳ در این شهر زندگی می‌کردند. حجم نمونه در این مطالعه برابر با ۴۵ نفر انتخاب گردید و این افراد به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه گواه به‌صورت تصادفی جایگزین گردیدند و در هر گروه تعداد ۱۵ نفر قرار گرفت. نوجوانان درگیر اعتیاد به فضای مجازی در ابتدا

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

توسط پرسشنامه اعتیاد به فضای مجازی خواجه احمدی و همکاران (۳۶) غربالگری شدند و افرادی که نمره بالای ۶۹ را در این پرسش‌نامه کسب کردند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در ادامه گروه‌های آزمایش مداخلات خود را دریافت کردند اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد، تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش پرداختند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله ساکن شهرکرج و کسب نمره بالاتر از ۶۹ از پرسش‌نامه اعتیاد به فضای مجازی بودند، در ادامه معیارهای خروج شامل عدم همکاری، غیبت بیش از دو جلسه درمانی، یا دریافت همزمان درمان دارویی یا روان‌شناختی بود.

پرسش‌نامه اعتیاد به فضای مجازی: برای سنجش میزان اعتیاد به فضای مجازی از پرسشنامه اعتیاد به فضای مجازی خواجه احمدی و همکاران (۳۶) استفاده شد، این پرسشنامه در سال ۱۳۹۵ طراحی گردید. این پرسشنامه از ۲۳ سؤال تشکیل‌شده است که چهار مؤلفه عملکرد فردی مدیریت زمان خودکنترلی روابط اجتماعی را موردسنجش قرار می‌دهد. روش نمره‌گذاری در این پرسشنامه در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ برای گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ اختصاص داده می‌شود بر این اساس می‌توان گفت دامنه نمره‌ای که فرد ز این پرسشنامه کسب می‌کند بین ۲۳ تا ۱۱۵ است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده وابستگی و اعتیاد بیشتر به فضای مجازی است، در این پرسشنامه افرادی که نمره بالاتر از ۶۹ را کسب می‌کنند به‌عنوان افراد در مستعد اعتیاد و وابستگی به فضای مجازی تلقی می‌شود. شاخص‌های روان‌سنجی شامل روایی و پایایی این ابزار موردبررسی قرار گرفت نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که ۵۸ درصد از واریانس کل پرسشنامه وسط این چهار عامل سنجیده می‌شود و بارهای عاملی تمامی گویه ها نیز بالاتر از ۰/۵ بوده است از طرف دیگر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این میزان برابر با ۰/۹۲ بوده است، ازاین‌رو می‌توان گفت این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی جهت استفاده برخوردار است (۳۶). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه اعتیاد به فضای مجازی در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۲۳ به‌دست‌آمده است.

پرسشنامه تحمل پریشانی: یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز وگاهر (۳۷) ساخته‌شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است؛ که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق ۱ و کاملاً مخالف ۵ نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش سیمونز وگاهر (۳۷) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۸۲/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شد که مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خُلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (۳۷). در پژوهش عزیزی و همکاران (۳۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه تحمل پریشانی در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۸۶ به‌دست‌آمده است.

روش اجرا

جهت اجرای پژوهش ابتدا نوجوانی که وابستگی شدید به فضای مجازی و اینترنت داشتند مشخص شدند، سپس از این افراد خواسته شد که به تکمیل پرسش‌نامه اعتیاد به فضای مجازی بپردازند، پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط این افراد، نوجوانانی که نمره بالای ۶۹ را کسب کرده بودند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، از بین این نوجوانان دارای اعتیاد به فضای مجازی ۴۵ نفر انتخاب شدند و ۱۵ نفر در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین گردیدند. افراد حاضر در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان با پروتکل درمان پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۹) قرار گرفتند.

جلسه اول: برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

جلسه دوم: کشف و بررسی روش‌های درمانی مراجع، ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف

جلسه سوم: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه چهارم: توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آنها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه پنجم: معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل‌مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده‌ی خویشتن و برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهش از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جز محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک افراد شرکت‌کننده در این گروه ۸ جلسه ۷۵ دقیقه تحت پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان (۴۰) قرار گرفتند.

جلسه اول شرکت‌کنندگان به یکدیگر معرفی شدند و مهارت‌های اولیه تحمل پریشانی را تمرین کردند، بیان اهداف اصلی و فرعی و گفتگو با شرکت‌کنندگان، بیان چارچوب و قوانین، آشنایی شرکت‌کنندگان با مهارت‌های اساسی تحمل پریشانی، آگاهی و حواس‌پرتی خودآرامبخش از طریق حس شنوایی و بینایی و تمرین آنها .تکلیف: تمرکز بر رویدادهای عاطفی، ثبت وقایع و نوع مهارت‌های به کار گرفته‌شده است.

جلسه دوم: آشنایی شرکت‌کنندگان با مهارت‌های پیشرفته تحمل پریشانی، دستور کار: بحث گروهی در مورد رویدادهای عاطفی هفته گذشته، تمرین احساس لحظه با استفاده از تمرینات تمدد اعصاب، تمرکز ذهن بر زمان حال و تمرین تنفس آگاهانه.

جلسه سوم: آموزش مهارت‌های اساسی آگاهی، انجام تمرینات تمرکز برای یک دقیقه، تمرین تجربیات درونی و بیرونی، تمرین توصیف احساسات و تمرین توجه آگاهانه .تکلیف: ثبت احساسات آشفته و راهبرد مناسب برای مواجهه با آنها.

جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های پیشرفته توجه آگاهانه، تمرین قضاوت‌های منفی، ارائه سابقه‌ای از افکار برای شروع توجه آگاهانه در زندگی روزمره .تکلیف: تمرین توجه آگاهانه و ثبت نتیجه

جلسه پنجم: کاوش توجه آگاهانه، بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی همراه با شفقت، حفظ محبت نسبت به خود و دیگران، فعالیت مدیتیشن برای رسیدن به آرامش و آرامش.

جلسه ششم: مهارت‌های ضروری تنظیم هیجان، هیجان: چیست و چگونه عمل می‌کند؟ تمرین: شناخت و ثبت احساسات، شناسایی رفتارهای خود زیان‌آور، کاهش آسیب‌پذیری شناختی (استفاده از افکار مقابله‌ای و ایجاد تعادل بین افکار و احساسات). تمرین: ناسازگاری فکر و احساس و افزایش عواطف مثبت . تکلیف: ثبت احساسات تجربه‌شده در طول هفته .احساسات باید با ابعاد چندگانه (محرک رویدادها، تغییرات فیزیکی، حالات چهره و میل به عمل) ثبت شوند.

جلسه هفتم: مهارت‌های پیشرفته تنظیم هیجان، توجه آگاهانه به احساسات بدون قضاوت کردن آنها، برخورد با احساسات، اقدام در برابر امیال شدید هیجانی، برنامه‌ریزی برای مقابله و حل مسئله .تکلیف: تکمیل برگه‌ای به‌صورت هفتگی برای تنظیم هیجان.

جلسه هشتم مهارت‌های اساسی و پیشرفته برای ارتباط مؤثر، شناسایی آنچه می‌خواهید و تمرین سبک‌های ارتباطی. تمرین: تنظیم خواسته‌ها، طرح یک درخواست ساده، نوشتن پیش‌نویس‌های مدبرانه، گوش دادن مشتاق و تمرین نه گفتن.

یافته‌ها

در ابتدا داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی تجزیه‌وتحلیل شد و متعاقباً جهت بررسی مفروضات تحقیق، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده گردید، در این پژوهش ملاحظات اخلاقی اعم از رضایت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

آگاهانه برای شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات، تحلیل گروهی نتایج پژوهش و انتشار گروهی داده‌های پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات افراد شرکت‌کننده در پژوهش ارائه‌شده است.

ابتدا پیش از تحلیل داده‌ها و گزارش میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش و همچنین بیان پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس و نتایج آزمون کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی ویژگی‌های جمعیت شناختی پژوهش حاضر ارائه‌شده است. در گروه کنترل، ۴ شرکت‌کننده بین ۱۴ تا ۱۵ سال، ۶ شرکت‌کننده بین ۱۶ تا ۱۷ سال و ۵ شرکت‌کننده ۱۸ ساله بودند. در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۵ شرکت‌کننده بین ۱۴ تا ۱۵ سال، ۷ شرکت‌کننده بین ۱۶ تا ۱۷ سال و ۳ شرکت‌کننده ۱۸ سال داشتند. در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، ۳ شرکت‌کننده بین ۱۴ تا ۱۵ سال، ۸ شرکت‌کننده بین ۱۶ تا ۱۷ سال و ۴ شرکت‌کننده ۱۸ سال سن داشتند. جدول ۱ میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی را در گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه گواه	پریشانی هیجانی	۸/۲۶	۱/۶۶	۷/۹۳	۲/۰۸
	جذب	۷/۳۳	۲/۱۹	۷/۰۶	۲/۴۰
	ارزیابی	۱۲/۶۰	۳/۸۸	۱۲/۵۳	۴/۱۳
	تنظیم	۷/۶۰	۲/۶۴	۷/۸۰	۲/۷۵
	نمره کل تحمل پریشانی	۳۵/۸۰	۸/۶۹	۳۵/۳۳	۸/۹۵
گروه درمان پذیرش و تعهد	پریشانی هیجانی	۸/۴۰	۱/۸۸	۹/۴۶	۲/۶۱
	جذب	۷/۵۳	۱/۹۵	۸/۷۳	۲/۳۱
	ارزیابی	۱۱/۸۰	۲/۷۰	۱۴/۲۶	۳/۲۶
	تنظیم	۷/۱۳	۲/۲۳	۸/۴۰	۲/۶۱
	نمره کل تحمل پریشانی	۳۴/۸۶	۶/۵۴	۴۰/۸۶	۷/۲۴
گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	پریشانی هیجانی	۸/۰۰	۱/۴۱	۱۰/۲۰	۲/۰۷
	جذب	۷/۲۶	۲/۱۲	۹/۱۳	۲/۲۳
	ارزیابی	۱۲/۳۳	۳/۸۴	۱۶/۴۰	۳/۸۳
	تنظیم	۶/۷۳	۲/۵۲	۸/۴۶	۲/۵۰
	نمره کل تحمل پریشانی	۳۴/۳۳	۷/۲۹	۴۴/۲۰	۶/۶۸

چنانچه از جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت محسوسی وجود دارد. در ابتدا پیش‌فرض استقلال مشاهدات به علت اینکه فر شرکت‌کننده فقط در یک گروه قرار داشتند رعایت شده است. پیش‌فرض فاصله‌ای بودند داده‌های پژوهش به‌واسطه استفاده از ابزار پرسش‌نامه نیز تائید گردیده است. نتایج حاصل از آزمون شاپیروویلکز نشان می‌دهد توزیع داده‌ها نرمال است ($p<۰/۰۵$). برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون تائید شده است ($p<۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی واریانس کوواریانس به کمک آزمون ام باکس مورد تائید قرارگرفته است ($p<۰/۰۵$). در آزمون شیب رگرسیون مقدار آزمون برابر با ۰/۱۰۱ و سطح معناداری برابر با ۰/۷۵۲ به‌دست‌آمده است که بیانگر تائید شدن این پیش‌فرض است. همچنین در پایان نیز پیش‌فرض خطی بودن رابطه کرویت و متغیر وابسته نیز تائید گردیده است. با توجه به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

مورد تأیید قرار گرفتن مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از این آزمون برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر تحمل پریشانی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
پریشانی هیجانی	گروه	۵۱/۴۶۵	۲	۲۵/۷۳	۱۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۸	۰/۹۹۹
	خطا	۶۰/۸۸۷	۳۸	۱/۶۰۲				
جذب	گروه	۳۳/۸۳	۲	۱۶/۹۱	۱۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	۰/۹۹۸
	خطا	۴۳/۵۷	۳۸	۱/۱۴۷				
ارزیابی	گروه	۱۱۹/۶۴	۲	۵۹/۸۲	۲۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸	۱/۰۰
	خطا	۹۴/۸۸	۳۸	۲/۴۹۷				
تنظیم	گروه	۱۲/۲۴	۲	۶/۱۲	۲/۳۱	۰/۱۱۳	۰/۱۰۸	۰/۴۴۰
	خطا	۱۰۰/۶۲	۳۸	۲/۶۴				
تحمل پریشانی	گروه	۷۹۹/۰۴	۲	۳۹۹/۵۲	۳۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۱/۰۰
	خطا	۴۱۲/۱۲	۴۱	۱۰/۰۵				

همانطور از جدول فوق مشاهده می‌شود بر اساس نتایج تحلیل آزمون کواریانس (F =۳۹/۷۴ و سطح معنی داری ۰/۰۰۱ > P)، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد و بر رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر معناداری در مقایسه با گروه گواه بر متغیر تحمل پریشانی داشته است. در ادامه جهت بررسی و مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است.

جدول ۳. آزمون زوجی بونفرونی برای متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	عضویت گروهی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
پریشانی هیجانی	مقایسه گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۱/۳۹۱	۰/۴۷۰	۰/۰۱۶
	مقایسه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بر گروه گواه	۲/۶۵۷	۰/۴۶۹	۰/۰۰۱
	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد	۱/۲۶۶	۰/۴۶۹	۰/۰۳۱
جذب	مقایسه گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۱/۳۶۸	۰/۳۹۸	۰/۰۰۴
	مقایسه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بر گروه گواه	۲/۱۲۷	۰/۳۹۷	۰/۰۰۱
	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد	۰/۷۵۹	۰/۳۹۷	۰/۱۹۰
ارزیابی	مقایسه گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۲/۵۰۶	۰/۵۸۷	۰/۰۰۱
	مقایسه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بر گروه گواه	۴/۰۱۲	۰/۵۸۵	۰/۰۰۱
	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد	۱/۵۰۶	۰/۵۸۶	۰/۰۴۱
تنظیم	مقایسه گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۰/۸۱۲	۰/۶۰۵	۰/۵۶۱
	مقایسه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بر گروه گواه	۱/۲۸۲	۰/۶۰۳	۰/۱۲۰
	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد	۰/۴۶۹	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹
تحمل پریشانی	مقایسه گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه	۶/۴۱	۱/۱۵۹	۰/۰۰۱
	مقایسه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک بر گروه گواه	۱۰/۲۵	۱/۱۶۲	۰/۰۰۱
	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد	۳/۸۳	۱/۱۵۸	۰/۰۰۶

با توجه به نتایج حاصل تجزیه و تحلیل آزمون زوجی بونفرونی میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی در گروه دریافت کننده درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل ۶/۴۱ افزایش یافت (p<۰/۰۰۱). علاوه بر این، گروهی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند، افزایش قابل‌توجهی ۱۰/۲۵ در تحمل پریشانی را در مقایسه با گروه کنترل تجربه کردند (p<۰,۰۰۱). همچنین، میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک به طور قابل‌توجهی ۳/۸۳ واحد بیشتر از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

گروه درمان پذیرش و تعهد بود بر این اساس بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری بر افزایش تحمل پریشانی وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از اثربخشی معنادار هر دو مداخله در بهبود تحمل پریشانی دانش‌آموزان معتاد به اینترنت است. علاوه بر این، مقایسه دو روش درمانی نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر افزایش تحمل پریشانی در این جمعیت دارد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج مطالعات سامانی آقا ابراهیمی و همکاران (۲۴) و فدهیل و همکاران (۲۵) همسو بوده است. سامانی آقا ابراهیمی و همکاران. (۲۴) دریافتند که درمان پذیرش و تعهد به طور قابل‌توجهی تحمل پریشانی را بهبود می‌بخشد. موسوی و همکاران (۴۱) اشاره کردند که درمان پذیرش و تعهد انتظارات غیر واقعی و احساسات منفی را کاهش می‌دهد و در نتیجه تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد. درمان پذیرش و تعهد از طریق راهبردهایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش، به افراد در شناخت عوامل استرس زای زندگی کمک می‌کند، در نتیجه اختلالات روانی و عاطفی را کاهش می‌دهد، راهبردهای مقابله با عوامل استرس‌زا را تنظیم می‌کند و حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند و مهارت ها را افزایش می‌دهد، در ادامه درمان پذیرش و تعهد تلاش‌هایی برای افزایش پذیرش روان‌شناختی فرد نسبت به پدیده‌های ذهنی ایجاد می‌کند، در نتیجه کاهش تلاش‌های کنترل‌گر غیرمؤثر و افزایش تحمل پرشانی را در پی خواهد داشت (۴۳-۴۲). درمان پذیرش و تعهد رنج روانی را ناشی از تلاش برای کنترل یا اجتناب از شناخت‌ها و تجربیاتی می‌داند که باعث رنج و درد می‌شوند، بر این اساس این درمان به‌جای تلاش برای تغییر یا کنترل و یا حذف محتوای شناخت‌ها یا تجربیات شخصی و احساسات آزاردهنده با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی، گسلش، پذیرش، خود مشاهده‌گر، ارزشمندی در زندگی و عمل متعهدانه ظرفیت فرد را برای مقابله با این تجارب افزایش می‌دهد و باعث بهبود و ارتقا ظرفیت انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود و در نتیجه بهبود ظرفیت تحمل پریشانی می‌گردد (۴۵-۴۴).

نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تحمل پریشانی تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج عرفانیان و همکاران (۳۵)، باصره و همکاران (۳۳)، رضایی و همکاران (۳۴) همراستا بوده است. عرفانیان و همکاران (۳۵) بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک یک مداخله مؤثر و کارآمد برای افزایش تحمل پریشانی است ازاین‌رو این مطالعات می‌توانند حمایت تجربی مناسبی را برای یافته پژوهش حاضر ایجاد کنند. زیفمن و همکاران (۴۶) معتقدند که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث بهبود ظرفیت ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی مراجعینی می‌شود که در محیط درمانی و خارج درمان از تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک استفاده کرده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند در تنظیم هیجانات و احساسات شدید و ناکارآمد نقش مؤثری ایفا کند، گرایش فرد به سمت رفتارهای ناسازگار را کاهش می‌دهد، به کاهش و رفع ناهماهنگی شناختی کمک می‌کند، افکار غیرمنطقی و رفتارهای تکانشگرایانه را مدیریت می‌کند، این تغییرات باعث می‌شود که تحریف شناختی که مانع از توانایی مراجعین برای درگیر شدن در رفتار سازمان‌یافته و فرآیندهای تصمیم‌گیری منطقی می‌شود را رفع می‌کند، بر این اساس می‌توان گفت بهبود در حیطه‌های مختلف زندگی که به‌واسطه رفتاردرمانی دیالکتیک ایجاد می‌شود به کاهش پریشانی عاطفی مراجعین کمک می‌کند (۴۷). از سوی دیگر، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، به‌عنوان یکی از چهار روش اصلی آموزش مهارت در رفتاردرمانی دیالکتیکی، به افراد کمک می‌کند تا پاسخ‌های فیزیکی و عاطفی مثبتی نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد کنند که خلق آشفته و پریشانی روان‌شناختی آنها را بهبود می‌بخشد، بهبود در کنترل رفتاری و تنظیم هیجان که به‌واسطه فنون رفتاردرمانی دیالکتیک ایجاد می‌شود می‌تواند به پیامدهای روان‌شناختی مثبتی منجر شود، همچنین مجموعه‌ای تکنیک‌های مختلفی از جمله پذیرش، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی، اتحاد درمانی سبب توسعه و تقویت مهارت‌های روانی–اجتماعی و انگیزشی را که به ترویج رفتارهای سازگارانه و عملکردی کمک می‌کند، ایجاد می‌کند که این تغییرات شرایط لازم را برای ارتقا تحمل پریشانی افزایش می‌دهد (۴۹-۴۸).

نتایج به دست آمده از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که رفتاردرمانی نقش مؤثرتری در افزایش تحمل پریشانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد ایفا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعه امیرخانلو و همکاران (۵۰) متناقض است. امیرخانلو و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

همکاران (۵۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش بیشتر میانگین نمره تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک شده است، با این حال، در مطالعه حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر مؤثرتری بر افزایش میانگین سطح تحمل پریشانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش تعهد نشان داده است. با توجه به تناقض بین یافته‌های دو مطالعه، یک توضیح احتمالی ممکن است تفاوت در شرکت‌کنندگان در دو مطالعه باشد. در مطالعه انجام شده توسط امیرخانلو و همکاران. (۵۰)، شرکت‌کنندگان زنانی بودند که خیانت زناشویی را تجربه کرده بودند، درحالی‌که در مطالعه حاضر، شرکت‌کنندگان افراد دارای اعتیاد به اینترنت بودند؛ بنابراین می‌توان گفت که تفاوت در نوع شرکت‌کنندگان و نیز ماهیت و محتوای مشکلاتی که با آن‌ها مواجه بودند، بر فرآیندهای درون روانی افراد تأثیر گذاشته است. این فرآیندها شامل افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی مختلف است که ممکن است منجر به ناسازگاری مشاهده‌شده در مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک در دو مطالعه شده باشد. در خصوص تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مؤثرتر رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد در افزایش میانگین تحمل پریشانی می‌توان گفت یکی از مهارت‌های اساسی رفتاردرمانی دیالکتیک که توسط تمرینات و تکنیک‌های این روش درمانی تقویت می‌شود، تحمل پریشانی است به‌نحوی‌که استفاده از تمرینات و تکنیک‌های موجود در این رویکرد درمانی می‌تواند بستر لازم را برای افزایش تحمل پریشانی ایجاد کند (۵۱). زیفمن و همکاران (۴۶) در مطالعه به ارزیابی این جنبه در رفتاردرمانی دیالکتیک پرداخت که آیا بهبود در ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌طور غیرمستقیم بر رابطه بین آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک و نتایج بالینی تأثیر می‌گذارد یا خیر، یافته‌های آن‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیرات خود را از طریق بهبود ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی بر نتایج درمان و تغییرات مثبت در مراجعین اعمال می‌کند. هوگلند و هاگتوت (۵۲) معتقدند در رفتاردرمانی دیالکتیک آن بخشی که می‌تواند باعث افزایش تحمل پریشانی شود، آگاهی هیجانی است و آگاهی هیجانی که منجر به افزایش تحمل پریشانی می‌شود به‌عنوان مکانیسم تغییر در این رویکرد درمان موردتوجه قرار گرفته است. آگاهی هیجانی به مراجع این امکان را می‌دهد که به‌طور مؤثرتری احساسات دشوار را در مقابل اجتناب از آنها بپذیرند و به آنها نزدیک شوند، پذیرش و نزدیک شدن به احساسات به مراجع این امکان را می‌دهد تا روش‌های جدید رفتار و تجربه احساسات را در شرایط مشکل‌ساز قبلی به کار ببرند، به‌نحوی‌که این تغییرات باعث افزایش ظرفیت تحمل پریشانی می‌شود (۵۳).

به‌طورکلی از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور قابل‌توجهی تحمل پریشانی را در نوجوانان مبتلا به اعتیاد به فضای مجازی افزایش می‌دهند. این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر بهبود تحمل پریشانی دارد که نشان‌دهنده اهمیت تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم عاطفی و اثربخشی بین فردی است. درحالی‌که هر دو روش درمانی به‌خودی‌خود مؤثر هستند، به نظر می‌رسد تأکید رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌ویژه برای نوجوانانی که با اعتیاد به اینترنت دست‌وپنجه نرم می‌کنند مفید باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات متناسب با هدف قرار دادن تحمل پریشانی می‌تواند به کاهش اثرات منفی اعتیاد به اینترنت و بهبود سازگاری روانی کمک کند. پژوهش حاضر همانند بسیاری از مطالعات دارای محدودیت‌هایی ازجمله انجام پژوهش بر روی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر کرج و عدم استفاده از مرحله پیگیری بوده است لذا پیشنهاد می‌شود که محققین در مطالعات آتی خود نوجوانان دیگر گروه سنی را نیز موردبررسی قرار دهند و به‌منظور سنجش تداوم اثربخشی رویکردهای درمانی مرحله پیگیری را نیز در مطالعه خود بگنجاند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع اعلام نمی‌کنند.

حمایت مالی

این مطالعه فاقد حمایت مالی بوده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر دارای تأییدیه اخلاقی از دانشگاه تبریز به شماره IR.TZBRIZU.REC.1404.063 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20250724066614N1 می‌باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/23.3.545]

مشارکت نویسندگان

مطالعه طراحی، داده‌ها گردآوری و تحلیل شده و مقاله نگارش یافته است. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را خوانده و تأیید کرده‌اند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش مـا را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Madasu S, Malhotra S, Kant S, Sagar R, Mishra AK, Misra P, Ahamed F. Anxiety disorders among adolescents in a rural area of northern India using Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders tool: A Community-based Study. Indian Journal of Community Medicine. 2019;44(4):317-21.
2. Shen Q. The importance of integrating career planning education into high school curriculum. In2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences. 2021: 2115-2120
3. Milenkova V, Nakova A. Personality development and behavior in adolescence: characteristics and dimensions. Societies. 2023;13(6):148.
4. Boichuk O, Lyebyedyeva Y, Stadnyk M, Mishchuk A, Shcherbin L. Effectiveness of virtual space in the socialization process of teenagers (under martial law). Amazonia Investiga. 2023;12(63):266-76.
5. Gómez-Ortiz O, Romera EM, Ortega-Ruiz R, Del Rey R. Parenting practices as risk or preventive factors for adolescent involvement in cyberbullying: Contribution of children and parent gender. International journal of environmental research and public health. 2018;15(12):2664.
6. Leal WE, Boccio CM, Jackson DB. The interplay between virtual socializing, unstructured socializing, and delinquency. Crime & Delinquency. 2023;69(10):1894-918.
7. Barreda-Ángeles M, Hartmann T. Hooked on the metaverse? Exploring the prevalence of addiction to virtual reality applications. Frontiers in virtual reality. 2022;3:1031697.
8. Young KS, Yue XD, Ying L. Prevalence estimates and etiologic models of Internet addiction. Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment. 2007;20:1-7.
9. Sternlicht L, Sternlicht A. A new age of digital addiction–what the metaverse means for mental health and digital addiction. Int. J. Ment. Health Addict. 2022; 17 (4): 880–890.
10. Asghari BA. Relationship between internet addiction and dependency virtual social networks with loneliness in adolescents. Journal of Research and Health. 2018;8(5):442-50.
11. Gu M. Understanding the relationship between distress intolerance and problematic Internet use: The mediating role of coping motives and the moderating role of need frustration. Journal of adolescence. 2022;94(4):497-512.
12. Probert-Lindström S, Perrin S. An examination of distress tolerance, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in adults in routine psychiatric care. Acta Psychologica. 2023;235:1-9
13. 1Larrazabal MA, Naragon-Gainey K, Conway CC. Distress tolerance and stress-induced emotion regulation behavior. Journal of Research in Personality. 2022;99:104243.
14. Zanjani Z, Moghbeli Hanzaii M, Mohsenabadi H. The relationship of depression, distress tolerance and difficulty in emotional regulation with addiction to cell-phone use in students of Kashan University. Feyz Medical Sciences Journal. 2018;22(4):411-20.
15. Morris PE, Vargo LA, Buckner JD. Social Anxiety and Cannabis-Related Problems: The Serial Roles of Distress Tolerance and Cannabis Use Motives. Substance use & misuse. 2024;59(7):1133-40.
16. Li Y, Zhang Y, Zhao J, Du X, Shi C, Lai L, Liu X, Cai Z, Chen A, Ren Z. The Association Between Distress Tolerance and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Three-level Meta-analysis. Adolescent Research Review. 2025;10(3):433-53.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

17. Erol Y, Inozu M. An investigation of the mediating roles of emotion regulation difficulties, distress tolerance, self-compassion, and self-disgust in the association between childhood trauma and nonsuicidal self-injury. Archives of suicide research. 2024;28(3):815-29.

18. Ahmad SF, Nurwianti F. Using acceptance and commitment therapy (ACT) in a group setting to increase quality of life in university students with social media addictions. In3rd International Conference on Intervention and Applied Psychology and the 4th Universitas Indonesia Psychology Symposium for Undergraduate Research. 2020; 180-188

19. Vasiliou VS, Karademas EC, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. European Journal of Pain. 2022;26(1):167-80.

20. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. World psychiatry. 2019;18(2):226.

21. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. Clinical psychology review. 2024;110:102432.

22. Petersen JM, Ona PZ, Twohig MP. A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: developmental and contextual considerations. Cognitive and Behavioral Practice. 2024;31(1):72-89.

23. Ranjbar Noushari F, Rasoolzadeh B, Baradaran M, Sedaghat N, Makvandi L. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital Promotion in Bullied Students. Preventive Counseling. 2023;4(4): 1-13

24. Samani FA, Ghalehshahi PJ. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Distress Tolerance, Flourishing, and Purpose in Life of Infertile Women. Modern Care Journal.2024;21(4): 1-8’

25. Fadhil AM, Abow FH, Razak TA, Abulkassim R, Adnan M, Rahi A. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Hope Therapy on Pain Anxiety and Self-Acceptance in Patients with Leukemia. International Journal of Body, Mind & Culture. 2023;10(1): 99-108

26. Siste K, Hanafi E, Sen LT, Alison P, Beatrice E. Online dialectical behavioral therapy for adults with internet addiction: A quasi-experimental trial during the COVID-19 pandemic. Psychiatry Research. 2022; 315: 114698.

27. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine. 2021;51(7):1057-67.

28. Hughes AJ, Botanov Y, Beier M. Dialectical behavior therapy skills training for individuals with multiple sclerosis and their support partners: A pilot randomized controlled trial. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2022;59:103481.

29. Vijayapriya CV, Tamarana R. Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome. 2023;26(2):1-16

30. Fruzzetti AE. Dialectical thinking. Cognitive and Behavioral Practice. 2022;29(3):567-70.

31. Villalongo Andino M, Garcia KM, Richey JA. Can dialectical behavior therapy skills group treat social anxiety disorder? A brief integrative review. Frontiers in Psychology. 2024;14:1-6

32. Guillén V, Marco H, Fonseca-Baeza S, Fernández I, Jorquera M, Cebolla A, Baños R. Mindfulness Component in a Dialectical Behavioural Therapy Group Intervention for Family Members of Borderline Personality Disorder Patients. Psicothema. 2022;34(3):392-401.

33. Basereh S, Safarzadeh S, Hooman F. The effectiveness of group dialectical behavior therapy and structured matrix treatment on quit addiction self-efficacy, distress tolerance, and mindfulness in individuals with stimulant drug abuse. J Health Rep Technol. 2022;8(4):1-7

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

34. Rezaie Z, Afshari B, Balagabri Z. Effects of dialectical behavior therapy on emotion regulation, distress tolerance, craving, and depression in patients with opioid dependence disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2025;55(2):163-72.
35. Erfaniyan M, Kesharavzi Arshadi F, Golshani F, Hassani F, & Dolatshahee B.The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training on Distress Tolerance, Cognitive Emotion Regulation, and Marital Quality of Life in Women with Recurrent Miscarriages. Applied Family Therapy Journal. 2024; 5(4): 156-166.
36. Khajeahmadi M, Pooladi S, Bahreini M. Design and assessment of psychometric properties of the addiction to mobile questionnaire based on social networks. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017;4(4):43-51.
37. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005;29(2):83-102.
38. Azizi AR, Mirzai A, & Shams J. The relationship between distress tolerances, emotion regulation of student's dependence on cigarettes. Hakim Research Journal. 2010; 13(1): 11-18.
39. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. 1999. New York: Guilford. 2005.
40. Linehan MM. DBT Skills Training Handouts and Worksheets. The Guilford Press, New York second ed. 2015
41. Mousavi MS, Bakhshipour A, Mahdian H. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy enriched with Compassion on social adjustment of women with depression and marital conflict. Journal of fundamentals of mental health. 2021;23(4): 1-14
42. Kalateh SN, Rajaei A, Farhangi H, Bayazi MH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on identity crisis and distress tolerance in mothers of children with cancer. Journal of Education and Health Promotion. 2024;13(1):1-6
43. Aro T, Eklund K, Eloranta AK, Ahonen T, Rescorla L. Learning disabilities elevate children's risk for behavioral-emotional problems: Differences between LD types, genders, and contexts. Journal of learning disabilities. 2022 Nov;55(6):465-81.
44. Hämäläinen T, Lappalainen P, Langrial SU, Lappalainen R, Kiuru N. Mechanisms of change in an online acceptance and commitment therapy intervention for insomnia. Scientific Reports. 2025 Jan 22;15(1):2868.
45. Saldaña KS, McGowan SK, Martin JL. Acceptance and commitment therapy as an adjunct or alternative treatment to cognitive behavioral therapy for insomnia. Sleep medicine clinics. 2023;18(1):73-83.
46. Zeifman RJ, Boritz T, Barnhart R, Labrish C, McMain SF. The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2020;11(3):181.
47. Shafeie Z, Ghamari M, Saadati Shamir A. Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Mothers of Children with Learning Disabilities. Iranian Journal of Educational Research. 2024;3(1):180-94.
48. Hernandez-Bustamante M, Cjuno J, Hernández RM, Ponce-Meza JC. Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. Iranian Journal of Psychiatry. 2024;19(1):119.
49. Mehlum L. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. Current opinion in psychology. 2021;37:89-93.
50. Amirkhanloo A, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on interpersonal forgiveness and distress tolerance in Female victims of domestic violence. Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ). 2021;10(4):1-2.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]

51. Deussing CG. Advanced Dialectical Behavior Therapy (DBT) mechanisms of change: The experience and understanding of advanced DBT therapists (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania).2023

52. Høglend P, Hagtvet K. Change mechanisms in psychotherapy: Both improved insight and improved affective awareness are necessary. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2019;87(4):332.

53. Lin TJ, Ko HC, Wu JY, Oei TP, Lane HY, Chen CH. The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. Archives of Suicide Research. 2019;23(1):82-99.

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/.23.3.545]