



Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Therapy based on Acceptance and Commitment on Psychological Problems and Psychological Well-Being in Students with Behavioral Disorders

Soleiman Kabini Moghadam¹, Behrang Esmailishad²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Mehr Astan Non-Governmental Institute Higher Education, Astaneh-ye Ashrafiyeh, Iran (Corresponding Author).
2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

❖ Corresponding Author Email: kabini@mehrastan.ac.ir

Journal Info:

Volume 2, Issue 3 Autumn 2023
Pages: 1-13

Article Dates:

Receive: 2023/08/20
Accept: 2023/10/29
Published: 2023/12/21

Keywords:

Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Problems, Psychological Well-Being, Behavioral Disorder

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on psychological problems and psychological well-being in students with behavioral disorders. This research was conducted in a semi-experimental way with a pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population included all 12th grade male students of Rasht District 2 in the academic year of 2021-2022 in the number of 452 people, out of which 45 people were selected as a sample using the purposeful sampling method and randomly placed in three groups of 15 people (15 people in the cognitive behavioral therapy group, 15 people in the treatment group based on acceptance and commitment and 15 people in the control group). To collect the required data, anxiety, depression and stress questionnaires of Lavibond (1995) and psychological well-being of Keyes and Margiamo (2003) were used. The data were analyzed using statistical methods of analysis of covariance and Benferroni's post hoc test at a significance level of 0.05 and through Spss22 software. The results showed that cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment were effective in reducing psychological problems and increasing psychological well-being of students with behavioral disorders ($P < 0.001$). These results were removed in the follow-up phase. Also, there was no difference between cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment ($P < 0.001$). According to the research findings, it is concluded that cognitive-behavioral interventions and its third generation can be used to reduce psychological problems and psychological well-being of students with behavioral disorders as evidence-based interventions.

Article Cite:

Kabini Moghadam, S, Esmailishad, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Therapy based on Acceptance and Commitment on Psychological Problems and Psychological Well-Being in Students with Behavioral Disorders, *Psychological Dynamics in Mood Disorders*; 2(3): 1-13





مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان دارای اختلال رفتاری

سلیمان کابینی مقدم^{۱*}، بهرنگ اسماعیلی شاد^۲ ID

۱. استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیردولتی مهر آستان، آستانه اشرفیه، ایران (نویسنده مسئول).

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: kabini@mehrastan.ac.ir

اطلاعات نشریه:

دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

صفحات: ۱۳- ۱

تاریخ های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۷

انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

واژگان کلیدی:

درمان شناختی- رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، مشکلات روانشناختی، بهزیستی روانشناختی، اختلال رفتاری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان دارای اختلال رفتاری صورت گرفت. این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان پسر پایه دوازدهم آموزش و پرورش ناحیه ۲ رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به تعداد ۴۵۲ نفر بود که از بین آن ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر گروه گواه) جایدهی شد. برای جمع آوری داده های مورد نیاز از پرسشنامه های اضطراب، افسردگی و استرس لایبوند (۱۹۹۵) و بهزیستی روانشناختی کی یز و مارگیامو (۲۰۰۳) استفاده شد. داده ها با استفاده از روش های آماری واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ و از طریق نرم افزار SPSS22 تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان شناختی و افزایش بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری اثربخش بود ($P < 0/001$). این نتایج در مرحله پیگیری حذف شد. همچنین بین درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوتی وجود نداشت ($P > 0/001$). با توجه به یافته های پژوهش نتیجه گیری می شود که می توان از مداخلات شناختی- رفتاری و نسل سوم آن در کاهش مشکلات روان شناختی و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری به عنوان مداخلات مبتنی بر شواهد سود برد.

استناد به مقاله:

کابینی مقدم، س، اسماعیلی شاد، ب. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان دارای اختلال رفتاری. *پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی* (۳): ۱۳- ۱



مقدمه

یکی از اختلالات شایع در بین دانش‌آموزان، اختلال رفتاری است. اختلال رفتاری به عنوان مجموعه پیچیده‌ای از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری می‌باشد، که به وسیله فقدان کنترل و عدم پایبندی به اصول اخلاقی و اجتماعی و اختلال در رفتار به شیوه مطلوب جامعه شناخته می‌شوند (باغبان‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). به عبارتی اختلال رفتاری به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع فاصله دارد و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد (هاکلبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین اختلال رفتاری با یک الگوی خصمانه، منفی و رفتار نافرمانی و قانون‌شکنانه مشخص می‌شوند. وجود مشلات رفتاری در دانش‌آموزان موجب کاهش عملکرد تحصیلی می‌شود. این‌گونه دانش‌آموزان مرتباً از سوی اطرافیان بطور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می‌شوند و در مدرسه مرتب از آن‌ها گله و شکایت می‌شود و نتیجه اینکه نادیده گرفتن نتایج کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلات رفتاری دانش‌آموزان موجب درگیری متعدد آنان با معلمین مدرسه و گرایش به رفتار مخرب در آینده خواهد شد. شرایطی که در صورت عدم دریافت مداخلات آموزشی- درمانی خاص می‌تواند، آبستن رفتارهای آشفته‌تر فردی و بین فردی در آینده گردد (رای و همکاران، ۲۰۲۱).

میزان شیوع اختلال رفتاری در بین دانش‌آموزان نگران کننده است؛ به طوری که میزان شیوع آن در کودکان و نوجوانان جوامع غربی بین ۸/۳ تا ۱۵ درصد و در دانش‌آموزان ایرانی از ۵ تا ۶/۳ درصد گزارش شده است. از طرفی، اختلال رفتاری نه تنها برای دانش‌آموزان بلکه برای والدین آن‌ها نیز با پیامدهای ناخوشایندی همراه است (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهشی نشان داد افرادی که در سنین کودکی و نوجوانی علائم اختلال رفتاری را نشان می‌دهند، بیشتر از سوی همسالان خود طرد می‌شوند. طرد از سوی همسالان می‌تواند موجب بروز اختلال رفتاری جدی در دوران بعدی زندگی را فراهم آورد. همچنین اختلال رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات خلقی، اختلالات عصب روانشناختی و اختلالات شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر این دانش‌آموزان مشکلات گوناگونی از جمله عزت نفس پایین، تکانشگری، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی، دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی دارند (گیو و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از فرایندهای روانشناختی که در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری مشاهده می‌شود مشکلات روانشناختی است. در هر جامعه‌ای سامت روان افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمانی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (سلمان‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). ابتلای افراد به هر یک از مشکلات روان‌شناختی، سلامت و بهداشت آنان و جامعه را در معرض خطر قرار داده و آنها را از حالت سلامت نسبی موجود به نوعی عدم تعادل روانی، عاطفی و شناختی سوق می‌دهد. دو مفهوم که همواره برای تجسم بخشیدن به مفهوم رشد آسیب‌های روانی به کار می‌رود آسیب‌پذیری و آسیب‌ناپذیری است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۶). از دید بعضی از پژوهشگران مشکلات روانشناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. پیشگیری، تشخیص و درمان این مشکلات ضروری به نظر می‌رسد. افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود (پینیکیوارت و پیفیور، ۲۰۲۰). اضطراب به معنای یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دل‌پرسی با منشاء ناشناخته و برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌باشد. استرس پاسخ روانی فیزیولوژیک ما به فشارهای ناشی از وضعیت یا یک رویداد زندگی است که عامل استرس‌زا نامیده می‌شود (امیری و همکاران، ۱۳۹۸).

سازه دیگری که در ارتباط با دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری مورد مطالعه قرار می‌گیرد بهزیستی روانشناختی است. ریف و سینگر (۲۰۰۸) یک مدل چندبعدی را ارائه داد که بیانگر نظریه بهزیستی است. مدل ریف برای حل این مشکل به وجود آمد که پژوهش‌های قبلی در ارزیابی واقعی بهزیستی با شکست مواجه شده بودند (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). علاوه بر این با استفاده از دیدگاه روانی- اجتماعی اریکسون، کار نیوگارتن روی تغییر شخصیت در بزرگسالی و دیدگاه آلپورت در مورد رشد، شش بعد بهزیستی روانشناختی را مشخص کرد. این شش بعد شامل: احساس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصیتی، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و خویشتن پذیری می‌شوند (تمنایی فر و قیاسی، ۱۳۹۷). بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چندوجهی است که سلامت جسمی و روانی، وضعیت تحصیلی، موقعیت اقتصادی، امنیت مادی، دستیابی به استقلال و آزادی و توانایی مشارکت در زندگی شهری را در بر دارد (شارما، ۲۰۱۷). بهزیستی روانشناختی به عنوان خودارزیابی عاطفی و شناخت فردی (دینر و همکاران، ۲۰۱۲). افراد با احساس بهزیستی روانشناختی بالا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و ضمن خودارزیابی مثبت از رویدادهای پیرامون، میزان موفقیت و رضایت از زندگی بیشتری دارند.

از میان مدل‌هایی روان‌درمانی دیدگاه شناختی- رفتاری بیشترین سهم را در پژوهش و ابداع روش درمان به خود اختصاص داده‌اند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۴). از آنجا که درمان شناختی- رفتاری یک درمان کوتاه‌مدت است، معمولاً کم هزینه‌تر از سایر گزینه‌های درمانی است. مزایای این روش درمانی از نظر تجربی نیز نشان داده است که به‌طور مؤثری به بیماران در غلبه بر انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه کمک می‌کند (قاسم‌زاده، ۱۳۹۸). مبنای نظری درمان شناختی- رفتاری بر این اصل استوار است که خودکنترلی رفتاری در نتیجه افزایش مهارت‌های شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند تکانه‌های خود را کنترل کند و رفتارهای خود را جهت دهد (ماسگی و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری تمرکز بر تأثیر باورها، تفکرات و نگرش‌های فرد برای تغییر احساسات و رفتارها است. هدف از درمان شناختی رفتاری این است که به بیمار

آموزش داده شود چگونه در طول زندگی فعالانه با مشکلات یا اتفاقات مختلف مواجه شود و آن‌ها را پشت سر بگذارد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸). هر یک از روش‌های درمانی شناختی- رفتاری و آموزش‌های ذهن‌آگاهی چه از طریق شناسایی و اصلاح باورها و چه در نقطه مقابل آن، یعنی از جایگاه بدون قضاوت و همراه با روح پذیرش، به افزایش رفتارهای خودمدیریتی در بیماران می‌انجامد (صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین از جمله الگوهای درمانی که می‌تواند بر گستره وسیعی از آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در طی ۱۰-۱۵ سال گذشته تعدادی از درمان‌های جدید یا اشکال گسترش یافته درمان‌های شناختی- رفتاری در حوزه روان‌درمانی روی کار آمد (هاول و پاسمور، ۲۰۱۹). موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن‌آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (ریو و همکاران، ۲۰۱۸). درمان‌های موج سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد، مداخلاتی که بر اساس آموزش ذهن‌آگاهی هستند (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و مداخلاتی که ذهن‌آگاهی را به عنوان یک مؤلفه کلیدی به کار می‌برند (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی) (هیز و همکاران، ۲۰۱۹). درمان‌های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کارآمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (فرنچ و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند (گریگوری و همکاران، ۲۰۱۸).

بر اساس آنچه گفته شد در این پژوهش هم این سؤال مطرح بود که آیا بین تأثیر درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری تفاوت وجود دارد؟

روش شناسی

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر پایه دوازدهم آموزش و پرورش ناحیه ۲ رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به تعداد ۴۵۲ نفر بود که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر گروه گواه) جایدهی شد. ملاک ورود به پژوهش شامل، دانش‌آموزان پایه دوازدهم، جنسیت پسر، داشتن نمرات بالاتر از خط برش (۳۱/۵) در پرسشنامه مشکلات روانشناختی، و نمرات پایین از خط برش (۱۳۵) در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی، نداشتن سابقه بیماری‌های جدی روانشناختی و روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود. ملاک خروج نیز شامل: دریافت درمان شناختی رفتاری و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۲ سال قبل از ورود به پژوهش، عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۲ جلسه)، شرکت در جلسات روان‌درمانی و یا مددکاری و انصراف از ادامه آموزش و مشارکت در پژوهش بود. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به شرح زیر رعایت گردید: (۱) رضایت آگاهانه و داوطلبانه (آزمودنی‌ها، ۲) امکان خروج از مطالعه، (۳) احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها، (۴) رازداری و امانت‌داری از سوی پژوهشگر و (۵) جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و نیز مداخله درمانی از ابزارهای شرح زیر استفاده شد:

ابزار

- پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس: این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه و ۳ مؤلفه شامل: اضطراب، افسردگی و استرس در قالب طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۰) تا زیاد (۳) است که ۷ سؤال آن مربوط به استرس (۱-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱)، ۷ سؤال مربوط به اضطراب (۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰) و ۷ سؤال مربوط به افسردگی (۳-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸) می‌باشد. کسب نمرات بالا به مفهوم وجود مشکلات روانشناختی بیشتر در بین آزمودنی‌ها است. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۶۳ و خط برش آن نیز ۳۱/۵ می‌باشد. لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) پایایی مقیاس مذکور را با استفاده از ضریب آلفای برای افسردگی ۰/۹۷، اضطراب ۰/۹۲ و برای استرس ۰/۹۵ محاسبه کردند. همچنین ناظر و همکاران (۱۳۹۵) پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۴ و برای استرس ۰/۷۸ گزارش نمودند.

- پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: این پرسشنامه را کیز و ماگیار - مو در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده و دارای ۴۵ سؤال است. پرسشنامه مذکور دارای سه مؤلفه شامل: بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) است. کسب نمرات بالا به مفهوم وجود بهزیستی روانشناختی بیشتر در بین آزمودنی‌ها است. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۴۵ و ۲۲۵ و خط برش آن نیز ۱۳۵ می‌باشد. کیز و ماگیار (۲۰۰۳) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بهزیستی هیجانی ۰/۷۸، بهزیستی روانشناختی ۰/۷۰ و بهزیستی اجتماعی را ۰/۸۰ محاسبه کردند. همچنین تمنایی فر و قیاسی (۱۳۹۷) پایایی ابزار مذکور را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بهزیستی هیجانی ۰/۸۴، بهزیستی روانشناختی ۰/۷۵ و بهزیستی اجتماعی را ۰/۸۱ گزارش کردند.

- پروتکل درمان شناختی رفتاری: این پروتکل توسط هاوتون و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شده و در طول ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر پنج روز یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) برگزار می‌شود. خلاصه محتوای پروتکل مذکور به شرح جدول ۱ است:

جدول ۱. خلاصه محتوای پروتکل درمان شناختی- رفتاری هاوتون و همکاران (۱۹۸۹)

جلسات	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
اول و دوم	مصاحبه و ارزیابی شناختی- رفتاری؛ علاوه بر جستجوی علایم مختلف برای رسیدن به تشخیص به‌شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مستعدکننده و نگهداری‌کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.	مصاحبه بالینی ساختاریافته، تهیه لیستی از مشکلات بیمار که علاوه بر مشکل اصلی که تشخیص داده می‌شود وجود دارد و تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی
سوم	معرفی درمان شناختی- رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که در درمان از آن‌ها استفاده می‌گردد.	آگاهی‌بخشی نسبت به درمان شناختی- رفتاری، اصلاح سطح انتظارات بیمار از فرایند درمان، توضیح در خصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو.
چهارم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای بیمار که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شوند: انواع علایمی که بیمار تجربه می‌کند، لیست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت‌واره‌ها)، نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده و یا میزان تحصیلات بالا) و نقاط ضعف (مانند عدم دریافت حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیر شدن با بحران‌های اقتصادی) و تکنیک‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.	با استفاده از سوالات مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با بیمار، برگه‌ای از لیست مشکلات و انواع شناخت به بیمار جهت تأیید یا عدم‌تأیید ارائه می‌شود.
پنجم و ششم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری توانا نمودن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علایم بیماری است.	استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، شمارش افکار
هفتم	شناسایی افکار اتوماتیک با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A - B - C
هشتم و نهم	شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در بیمار	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، کمک به - بیمار برای شناخت خطاهای شناختی‌اش از روی افکار اتوماتیک منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط
دهم	تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	تکنیک‌های کاربرد در این حوزه شامل: (۱) شناخت خطاهای شناختی من، و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من (۲) بررسی این که چه نگرش‌های دیگری وجود دارد، و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر (۳) پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت- های ذهنی

توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار اتوماتیک با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن	تشخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)	یازدهم
استفاده از تکنیک‌های شخص سوم، پیکان نزولی، سه سوال، تکنیک سقراطی و	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد	دوازدهم

– پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل توسط از هیز و همکاران (۲۰۱۲) ساخته شده و در طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه در مجموع ۲ ماه) برگزار می‌شود. خلاصه محتوای پروتکل مذکور به شرح جدول ۲ است:

جدول ۲. خلاصه محتوای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲)

جلسات	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان، توضیح الگوی زیربنایی ACT	(۱) آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم الاجر است. (۲) تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلاق (۳) تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود (۳) استفاده از تمثیل شخص ولگرد (۴) استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) بافتار انگاشتن خویشتن (۳) تمثیل ریگ-های روان (۴) تیشه به ریشه دلیل‌یابی زدن (۵) استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلس از تهدیدهای زبانی	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) بافتار انگاشتن خویشتن (۳) تمرین رویارویی با آدم آهنی غول‌پیکر (۴) روش روکردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمرین فرونشانی افکار (۳) تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمثیل مراسم دفن (۳) تمثیل مسافران اتوبوس (۴) قطب‌نمای ارزش‌ها (۵) تعیین هدف (۶) برنامه‌ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	(۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمرین مشاهده‌گر (۳) تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری باهدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	(۱) تمرین محتوا روی کارت (۲) تکلیف مادام‌العمر زندگی نیم

در این پژوهش در بخش یافته‌های توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش یافته‌های استنباطی ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. همچنین قبل از بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس، از آزمون‌های لوین و ام‌باکس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از طریق آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 انجام شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ گردید.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را دانش‌آموزان پسر پایه دوازدهم آموزش و پرورش ناحیه ۲ رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به تعداد ۴۵ نفر تشکیل دادند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه شناختی- رفتاری $18/06 \pm 0/52$ ، گروه پذیرش و تعهد $18/24 \pm 0/23$ و گروه گواه $18/91 \pm 0/01$ بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی ابعاد مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله آزمون

متغیرها گروه شناختی- رفتاری گروه تعهد و پذیرش گروه گواه							
مؤلفه‌ها	موقعیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۱۵/۸۲	۱/۴۲	۱۶/۱۱	۱/۲۱	۱۶/۵۲	۱/۳۷
	پس آزمون	۱۱/۸۲	۱/۱۸	۱۱/۱۷	۱/۲۸	۱۵/۲۳	۱/۸۵
	پیگیری	۱۱/۳۵	۱/۳۶	۹/۵۲	۲/۲۶	۱۴/۵۸	۱/۶۶
استرس	پیش آزمون	۱۵/۱۷	۱/۴۲	۱۵/۷۰	۰/۹۸	۱۵/۰۵۸	۱/۱۹
	پس آزمون	۱۱/۶۴	۱/۶۵	۱۱/۷۶	۱/۰۳	۱۳/۶۴	۰/۹۳۱
	پیگیری	۱۱/۳۵	۱/۶۱	۱۰/۵۲	۰/۹۴	۱۲/۹۴	۱/۰۸
اضطراب	پیش آزمون	۱۵/۷۰	۱/۲۱	۱۵/۷۶	۰/۸۳	۱۵/۹۴	۱/۰۸
	پس آزمون	۱۱/۹۴	۱/۲۴	۱۲/۱۷	۱/۱۸	۱۴/۵۸	۱/۲۷
	پیگیری	۱۱/۰۵	۱/۰۸	۱۱/۰۵	۰/۸۹	۱۳/۸۲	۱/۰۱
نمره کل	پیش آزمون	۴۶/۷۰	۲/۱۴	۴۷/۵۸	۲/۳۱	۴۷/۵۲	۱/۹۴
	پس آزمون	۳۵/۴۱	۱/۹۳	۳۵/۱۱	۲/۱۴	۴۳/۴۷	۲/۴۰
	پیگیری	۳۳/۷۶	۲/۴۱	۳۱/۱۱	۲/۷۳	۴۱/۳۵	۲/۶۲
بهزیستی اجتماعی	پیش آزمون	۵۳/۷۶	۱/۳۴	۵۲/۸۸	۱/۴۰	۵۲/۸۸	۲/۰۸
	پس آزمون	۵۸/۵۸	۱/۸۷	۵۸/۵۸	۱/۹۵	۵۸/۳۵	۱/۸۶
	پیگیری	۶۰/۰۵	۱/۰۸	۵۹/۷۶	۱/۰۳	۵۵/۱۷	۱/۷۴
بهزیستی هیجانی	پیش آزمون	۲۷/۷۰	۱/۲۱	۲۸/۰۵	۱/۲۴	۲۸/۵۲	۱/۱۲
	پس آزمون	۳۱/۴۱	۱/۲۷	۳۰/۹۴	۱/۰۸	۲۹/۸۲	۰/۸۸
	پیگیری	۳۲/۷۶	۱/۳۰	۳۱/۶۴	۱/۲۷	۳۰/۹۴	۰/۸۲
بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	۱۱۳/۵۸	۱/۵۴	۱۱۳/۴۱	۱/۲۰	۱۱۳/۷۶	۱/۲۰
	پس آزمون	۱۱۷/۲۹	۱/۸۲	۱۱۸/۱۷	۰/۷۲	۱۱۴/۳۵	۱/۹۳
	پیگیری	۱۱۸/۴۱	۱/۶۶	۱۱۸/۴۷	۱/۱۷	۱۱۵/۵۸	۱/۸۳
نمره کل	پیش آزمون	۱۹۵/۰۵۸	۲/۲۲	۱۹۴/۳۵	۲/۷۶	۱۹۴/۸۶	۲/۴۹
	پس آزمون	۲۰۷/۲۹	۲/۶۴	۲۰۷/۴۷	۱/۸۴	۲۰۴/۳۹	۴/۹۱
	پیگیری	۲۱۱/۲۳	۲/۹۴	۲۰۹/۸۸	۱/۹۶	۲۰۱/۷۰	۲/۲۸

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود یافته‌های توصیفی فرضیه اول شامل میانگین و انحراف استاندارد آورده شده است. با توجه به نتایج جدول میانگین (و انحراف استاندارد) افسردگی، استرس و اضطراب گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری در پیش‌آزمون (۴۶/۷۰ و (۲/۱۴)، در پس‌آزمون (۳۵/۴۱ و (۱/۹۳) و در پیگیری (۳۳/۷۶ و (۲/۴۱) می‌باشد. میانگین (و انحراف استاندارد) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون (۴۷/۵۸ و (۲/۳۱)، در پس‌آزمون (۳۵/۱۱ و (۲/۱۴) و در پیگیری (۳۱/۱۱ و (۲/۷۳) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) گروه گواه در پیش‌آزمون (۴۷/۵۲ و (۱/۹۴)، در پس‌آزمون (۴۳/۴۷ و (۲/۴۰) و در مرحله پیگیری (۴۱/۳۵ و (۲/۶۲) می‌باشد. به عبارت دیگر گروه آزمایشی پس از دریافت درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از افسردگی، استرس و اضطراب پایین‌تری برخوردار بودند. با توجه به نتایج جدول میانگین (و انحراف استاندارد) نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری در پیش‌آزمون (۱۹۵/۰۵۸ و (۲/۲۲)، در پس‌آزمون (۲۰۷/۲۹ و (۲/۶۴) و در پیگیری (۲۱۱/۲۳ و (۲/۹۴) است. میانگین (و انحراف استاندارد) گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون (۱۹۴/۳۵ و (۲/۷۶)، در پس‌آزمون (۲۰۷/۴۷ و (۱/۸۴) و در پیگیری (۲۰۹/۸۸ و (۱/۹۶) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) گروه گواه در پیش‌آزمون (۱۹۴/۸۶ و (۲/۴۹)، در پس‌آزمون (۲۰۴/۳۹ و (۴/۹۴) و در مرحله پیگیری (۲۰۱/۷۰ و (۲/۲۸) است به عبارت دیگر گروه‌های آزمایشی پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردار بودند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در ابعاد مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
افسردگی	آزمون	۵۳۱/۵۴۲	۲	۲۶۵/۷۷۱	۱۷۳/۲۶۴	$P \leq 0.001$	۰/۷۸۳	۱
	عضویت گروهی	۲۸۲/۶۰۱	۲	۱۴۱/۳۰۱	۳۳/۳۳۷	$P \leq 0.001$	۰/۵۸۱	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۰۶/۵۳۶	۴	۲۶/۶۳۴	۱۷/۳۶۴	$P \leq 0.001$	۰/۴۲۰	۱
*استرس	آزمون	۳۹۱/۹۳۵	۱/۸۲۱	۲۱۵/۲۵۰	۴۱۴/۶۳۱	$P \leq 0.001$	۰/۸۹۶	۱
	عضویت گروهی	۴۷/۹۳۵	۲	۲۳/۹۶۷	۶/۵۵۷	$P \leq 0.003$	۰/۲۱۵	۰/۸۹۱
	آزمون × عضویت گروهی	۵۰/۰۲۶	۳/۶۴۲	۱۳/۷۳۷	۲۶/۴۶۲	$P \leq 0.001$	۰/۵۲۴	۱
اضطراب	آزمون	۴۰۶/۱۳۱	۲	۲۰۳/۰۶۵	۳۹۲/۹۶۸	$P \leq 0.001$	۰/۸۹۱	۱
	عضویت گروهی	۱۱۴/۵۲۳	۲	۵۷/۲۶۱	۲۱/۸۴۸	$P \leq 0.001$	۰/۴۷۷	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۵/۵۹۵	۴	۱۱/۳۹۹	۲۲/۰۵۸	$P \leq 0.001$	۰/۴۷۹	۱
نمره کل	آزمون	۳۹۶۸/۴۸۴	۲	۱۹۸۴/۲۴۲	۷۰۰/۳۲۱	$P \leq 0.001$	۰/۹۳۶	۱
	عضویت گروهی	۱۱۶۸/۹۵۴	۲	۵۸۴/۴۷۷	۵۶/۴۸۲	$P \leq 0.001$	۰/۷۰۲	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۵۶۲/۸۵۰	۴	۱۴۰/۷۱۲	۴۹/۶۶۳	$P \leq 0.001$	۰/۶۷۴	۱
*اجتماعی	آزمون	۷۳۵/۹۳۵	۱/۷۹۶	۴۰۹/۷۶۸	۷۴۲/۶۰۸	$P \leq 0.001$	۰/۹۳۹	۱
	عضویت گروهی	۳۴۰/۲۸۸	۲	۱۷۰/۱۱۴	۳۲/۵۹۶	$P \leq 0.001$	۰/۵۷۶	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۲۷/۱۶۳	۳/۵۹۲	۳۵/۴۰۲	۶۴/۱۵۸۸	$P \leq 0.001$	۰/۷۲۸	۱
*هیجانی	آزمون	۳۶۷/۴۲۵	۱/۳۳۰	۲۱۶/۳۴۸	۶۵۱/۷۸۰	$P \leq 0.001$	۰/۹۳۱	۱
	عضویت گروهی	۱۸/۹۹۳	۲	۹/۴۹۷	۲/۷۹۶	$P \leq 0.001$	۰/۱۰۴	۰/۵۲۵
	آزمون × عضویت گروهی	۳۸/۱۸۳	۲/۶۵۹	۱۴/۳۵۹	۳۳/۸۶۷	$P \leq 0.001$	۰/۵۸۵	۱
*روان‌شناختی	آزمون	۴۲۷/۰۷۲	۱/۶۳۲	۲۶۱/۷۱۰	۲۹۷/۱۷۸	$P \leq 0.001$	۰/۸۶۱	۱
	عضویت گروهی	۱۳۶/۳۲۷	۲	۶۸/۱۶۳	۱۲/۹۴۹	$P \leq 0.001$	۰/۳۵۰	۰/۹۹
	آزمون × عضویت گروهی	۹۳/۲۸۱	۳/۵۰۳	۲۶/۶۲۵	۳۲/۴۵۵	$P \leq 0.001$	۰/۵۷۵	۱
*بهزیستی روانشناختی	آزمون	۴۴۸۰/۹۹۳	۱/۶۶۲	۲۵۰۹/۵۲۸	۱۵۵۳/۳۱۰	$P \leq 0.005$	۰/۹۷۰	۱
	عضویت گروهی	۱۱۴۷/۶۲۱	۲	۵۷۳/۸۱۰	۳۶/۹۶۷	$P \leq 0.001$	۰/۶۰۶	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۶۷۵/۲۰۳	۳/۵۷۱	۱۸۹/۰۷۰	۱۱۷/۰۲۷	$P \leq 0.001$	۰/۸۳۰	۱

* اثرات با اصلاح اسپیلن هین-فلت ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در افسردگی، اثر آزمون، عضویت گروهی و تعامل معنادار است ($P \leq 0.001$). اندازه اثرات به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۵۸ و ۰/۴۲ است. نتایج در خصوص استرس نیز نشان می‌دهد که تفاوت‌ها بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثرات تعاملی معنادار است ($P \leq 0.001$). اندازه‌های اثر در استرس بر حسب منابع تغییر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۲۱ و ۰/۵۲ است. این ضرایب برای اضطراب به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۴۷ و ۰/۴۸ می‌باشد. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در نمره کل مشکلات روان‌شناختی، اثر آزمون، عضویت گروهی و تعامل معنادار است ($P \leq 0.001$).

اندازه اثرات به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۶۷ است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در بهزیستی اجتماعی، اثر آزمون، عضویت گروهی و تعامل معنادار است ($P \leq 0/001$). اندازه اثرات به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۵۷ و ۰/۷۲ است. نتایج در خصوص بهزیستی هیجانی نیز نشان می‌دهد که تفاوت‌ها بر حسب آزمون و اثرات تعاملی معنادار است ($P \leq 0/001$). اندازه‌های اثر بهزیستی هیجانی بر حسب منابع تغییر به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۱۰ و ۰/۵۸ است. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۳۵ و ۰/۵۷ می‌باشد. همچنین نتایج جدول مذکور نشان می‌دهد که در نمره کل بهزیستی روان‌شناختی، اثر آزمون، عضویت گروهی و تعامل معنادار است ($P \leq 0/001$). اندازه اثرات به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۶۰ و ۰/۸۳ است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در ابعاد مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی

گروه شناختی- رفتاری گروه تعهد و پذیرش گروه گواه									
متغیرها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p	تفاوت میانگین	خطای معیار	مؤلفه‌ها
افسردگی	۰/۷۲۵	۰/۴۰۸	۰/۲۴۴	-۳/۱۷۶	۰/۴۰۸	$P \leq 0/001$	-۲/۴۵۲	۰/۴۰۸	$P \leq 0/001$
استرس	۰/۰۵۹	۰/۳۷۹	۱	-۱/۲۱۶	۰/۳۷۹	$P \leq 0/001$	-۱/۱۵۷	۰/۳۷۹	۰/۰۱
اضطراب	-۰/۰۹۸	۰/۳۲۱	۱	-۱/۷۸۴	۰/۳۲۱	$P \leq 0/001$	-۱/۸۸۲	۰/۳۲۱	$P \leq 0/001$
نمره کل	۰/۶۸۶	۰/۶۳۷	۰/۸۶۰	-۶/۱۷۶	۰/۶۳۷	$P \leq 0/001$	-۵/۴۹۰	۰/۶۳۷	$P \leq 0/001$
بهزیستی اجتماعی	۰/۴۷۱	۰/۴۵۲	۰/۹۱۰	۲/۹۰۲	۰/۴۵۲	$P \leq 0/001$	۳/۳۷۳	۰/۴۵۲	$P \leq 0/001$
بهزیستی هیجانی	۰/۴۱۲	۰/۳۶۵	۰/۷۹۵	۰/۴۵۱	۰/۳۶۵	۰/۶۶۸	۰/۸۶۳	۰/۳۶۵	۰/۰۶
بهزیستی روان- شناختی	-۰/۲۵۵	۰/۴۵۴	۱	۲/۱۱۸	۰/۴۵۴	$P \leq 0/001$	۱/۸۶۳	۰/۴۵۴	$P \leq 0/001$
نمره کل	۰/۶۲۷	۰/۷۸۰	۱	۵/۴۷۱	۰/۷۸۰	$P \leq 0/001$	۶/۰۹۸	۰/۷۸۰	$P \leq 0/001$

نتایج جدول ۵ نشان داد که تفاوت‌های بین گروهی در سه مرحله آزمون در ابعاد مشکلات روان‌شناختی معنادار است. مقایسه‌های بین گروهی نیز نشان داد که تفاوت گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمامی ابعاد مشکلات روان‌شناختی معنادار نبود. به عبارت دیگر از نظر اثربخشی بین درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوتی وجود ندارد. همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد که اغلب میانگین‌ها از پس آزمون به پیگیری کاهش یا تغییر اندکی داشته‌اند. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین طی مراحل آزمون نیز نشان داد که تفاوت‌ها غیرمعنادار است ($P \geq 0/05$). بر اساس آنچه مورد بحث قرار گرفت می‌توان گفت که میان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت و بین اثربخشی این روش‌ها از پس آزمون به پیگیری تغییر معناداری وجود نداشت.

از سوی دیگر نتایج جدول ۵ نشان داد که تفاوت‌های بین گروهی در سه مرحله آزمون در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست. مقایسه‌های بین گروهی نیز نشان داد که تفاوت گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمامی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی معنادار نبود. ضمن این که نتایج جدول ۳ نشان داد که اغلب میانگین‌ها از پس آزمون به پیگیری افزایش یا تغییر اندکی داشته‌اند. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین طی مراحل آزمون نیز نشان داد که تفاوت‌ها غیرمعنادار است ($P \geq 0/05$). بر اساس آنچه مورد بحث قرار گرفت می‌توان گفت که میان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت و بین اثربخشی این روش‌ها از پس آزمون به پیگیری تغییر معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری بود. با توجه به داده‌های برآمده از پژوهش نتایج پژوهش نشان داد که درمانی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری شد. نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های منصوری و کروژده (۱۳۹۶)، اژه‌ای و همکاران (۱۳۹۷) و ماسگی و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی این آموزش در کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌توان گفت که استفاده از مؤلفه‌های درمانی شناختی- رفتاری و از جمله حل مسئله اجتماعی موجب اعتماد به نفس می‌شود و این موجب تقویت احساس شایستگی و تسلط در در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری شده که پیامد آن حمایت اجتماعی برای آن می‌باشد. استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی به دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری کمک می‌کند تا با رویدادهای تنش‌زا مقابله کنند. مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از نظام

حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، کمتر مضطرب و افسرده می‌شوند و در مقایسه با افرادی که از نظام حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند، نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر هستند. این حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس در برقراری ارتباط سبب افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری شده و این باعث می‌شود که در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری به توانمندی‌های لازم جهت رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی دست یابد و از انزوای اجتماعی و طرد از سوی سایر افراد رهایی یابند. مهارت‌های شناختی- رفتاری مؤثر با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و موجب حفظ کنترل درونی می‌شود. این موضوع به نوبه خود بر مسائل زندگی و پذیرش مسئولیت رفتارها و تلاش در جهت حل مسائل مختلف کمک می‌کند و در واقع باعث می‌شود تا دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری از روش‌های ارتباطی استفاده کنند که آنها را قادر می‌سازد حرمت نفس خود را حفظ کند، خشنودی و ارضای خواسته‌های خود را دنبال کند و از حقوق و حریم شخصی خود بدون سوءاستفاده از دیگران و یا سلطه‌جویی بر آنان، دفاع کند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز می‌توان گفت آنچه مردم را از لحاظ روانی در برابر اختلالات خلقی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کند قابلیت دسترسی آسان به افکار، خاطره‌ها و نگرش‌های منفی هنگامی که خلق پایین است و نشخوارهای فکری درباره افکار، خاطره‌ها و حس‌های بدنی منفی است (گل‌پور چمرکوهی و محمدامینی، ۱۳۹۱). دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری به طور مداوم و مکرر از افکار منفی، خودانتقادی و تحریف‌های شناختی نسبت به خود به منظور تلاش برای تغییر حالت هیجانی استفاده می‌کنند. متأسفانه فکر کردن به این شکل، یعنی سعی برای حل مشکل احساسات، فقط مشکل را بدتر می‌کند و منجر به احساس شکست و در نتیجه افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود. نشخوار افکار تأثیری ندارند، زیرا احساسات بخشی از وجود انسان هستند. افکار منفی و تحریف‌های شناختی بین‌فردی، باعث می‌شوند فرد نوعی حس منفی و تنبلی را تجربه کند. ذهن آگاهی انفعالی کمک می‌کند تا افراد ببینند که ذهن چقدر راحت به صورت ناآگاه و اتوماتیک عمل می‌کند و منجر به ایجاد چرخه‌های فکری منفی و در نتیجه تحریف‌های شناختی بیشتر می‌شود. آگاهی از این عادت‌های ذهن باعث کاهش قدرت آن‌ها است (رشیدی، ۱۳۹۳). رویکرد ذهن آگاهی انفعالی تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناراحت‌کننده را تسهیل می‌کند. در این روش به دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌ها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این واکنش پیشگیرانه در مقابل افکار و احساسات منفی به افراد کمک می‌کند بعد از تجربه هیجان‌های منفی به سرعت به حالت تعادل قبلی برسند (ای و همکاران، ۲۰۱۹). نظریه سبک‌های پاسخی نولن- هوکسما، مطرح می‌کند افرادی که برای مقابله با علایم افسردگی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به کار می‌برند با این کار موجب طولانی شدن سیر علایم افسردگی خود می‌شوند (هاول و پاسمور، ۲۰۱۹). احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش می‌دهد تا بتواند ذهن آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس از آن، گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی است که برای سازگاری زیان‌بخش است.

در خصوص عدم تفاوت بین مداخلاتی درمانی می‌توان گفت، در هر دو درمان زمانی که افراد به مدت طولانی بر اساس باورهای غیرمنطقی خود عمل می‌کنند، این باورها نسبتاً پایدار شده و به ویژه در موقعیت‌های فشارزا، به صورت اتوماتیک عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند که فرد طبق باورهای منطقی (که در فرآیند آموزش روان‌درمانی فرا گرفته‌اند) جایگزین باورهای غیرمنطقی شود. لذا چون هر دو روش درمانی در بعد فرمول‌بندی بالینی و استفاده از تکنیک‌ها برای کاهش مشکلات روان‌شناختی (افزایش فعالیت با فعال‌سازی رفتاری در هر سه رویکرد، ارزشمند زیستن و ذهن آگاهی در درمان تعهد پذیرش) نیاز به تمرین، ممارست و گذشت زمان طولانی دارد؛ تا این باورها جایگزین سبک‌های اسنادی بدبینانه، کلی و پایدار در افراد شود. لذا هر دو رویکرد با تغییر استرس، اضطراب و افسردگی موقعیتی، انزوای و کار بر روی سطوح اجتناب رفتاری شناختی و هیجانی منجر به اثربخشی به یک اندازه شده‌اند که این بیشتر به بعد اشتراک درمانی مربوط می‌شود. در تبیین دیگر این نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که با عنایت به تأثیرگذاری باورهای بنیادی و افکار خودآیند منفی بر هیجان‌های منفی شخص و نیز عنایت به این موضوع که افراد با آسیب‌پذیری روان‌شناختی چسبندگی بسیاری به این باورها دارند (چون باورها بیشتر معطوف به علائم جسمانی، شناختی و هیجانی است) لذا در برخورد و تلاش برای تغییر این باورها نیاز هست که در مرحله اول شخص این باورها را بر طبق الگوی درمانی مورد پذیرش قرار دهد و به صورت غیرمستقیم این تغییر را ایجاد کند که این موضوع به روشنی در اصول هر دو رویکرد به چشم می‌خورد.

همچنین نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های احمدی و رئیس (۱۳۹۷) و هاس و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت پژوهش‌های متعدد در حوزه روانشناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار مانند تکنیک‌های درمانگری شناختی- رفتاری در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند (هیز، ۲۰۱۹). بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از طریق فنون شناختی- رفتاری، رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی با موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کار رفته قابل تبیین است. با استفاده از راهبردهای شناختی سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده احساس تنهایی، نگرانی، اضطراب، احساس گناه، شرم و افسردگی شناسایی شوند، بیماران نسبت به نقش این افکار بینش یابند و با مشارکت سعی کنند که افکار منطقی را جایگزین آن‌ها کرده و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن آرامی می‌توان احساس تنهایی، اضطراب و پریشانی را در آن‌ها کاهش داد. در واقع یکی از دلایل این نتیجه به کاربرد روش‌های

شناختی- رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده شد و اثربخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر احساس تنهایی، خودانتقادی و افسردگی در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در تبیین دیگر، می‌توان به افزایش ارتباطات اجتماعی و در نهایت حمایت اجتماعی اشاره نمود که این افراد در نتیجه این مداخله فرا می‌گیرند و از آن بهره می‌برند؛ به دلیل خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب این افراد از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی دارند و با افزایش ارتباطات و به دنبال آن حمایت‌های اجتماعی می‌توان احساس تنهایی، افسردگی، انزوای و اضطراب را تا حد زیادی کاهش داد. لذا یکی از اهداف جلسات آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود و کنترل خشم در نظر گرفته شد تا افراد به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند. شرکت در دوره آموزش گروهی به شیوه شناختی- رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد و در نتیجه کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت که این موضوع می‌تواند موجب افزایش بهزیستی اجتماعی، روانشناختی و ذهنی در دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در افزایش بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری گروهی مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و شناختی مراجعان را افزایش می‌دهد که این امر منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی مراجعان می‌شود. بازسازی شناختی نقش مهمی در شکستن چرخه احساس گناه، خشم، افسردگی و اضطراب بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمانگر و مراجعان در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند. همچنین از اجتناب و اضطراب پیش‌بینانه مراجعین می‌کاهد و بر توانایی آن‌ها برای تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانه درباره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید. لذا این روش درمانی افراد را تشویق می‌کند که خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آن‌ها باعث کاهش علائم آسیب‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. از این رو درمان کارآمد درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد. بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود بهزیستی روانشناختی باشد (موقان و وایس، ۲۰۱۷).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت انجام تکالیف خانگی در درمان شناختی- رفتاری و ارائه نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان می‌باشد. این امر باعث می‌شود تا مراجع تا هفته آینده به نوعی در جریان موارد مطرح شده در جلسه بوده و آن را در موقعیت‌های مختلف زندگی روزانه اجراء نماید و این امر، پایداری درمان را نیز بیشتر می‌کند. مورد دوم در اثربخشی درمان شناختی- رفتاری تأکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است و در درمان شناختی- رفتاری، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت نابهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود. علاوه بر این، در درمان شناختی- رفتاری تنظیم هیجانات فرد دستخوش تغییر شده و این امر باعث بهبودی می‌شود. از آنجا که پس از بکار بردن مکرر تکنیک‌های موجود در زندگی روزمره، و تغییر در تنظیم هیجانات، اجتناب و نحوه ارتباط با افکار، این الگو آموخته می‌شود، اثر آن در دراز مدت نیز پایدار می‌ماند از اینرو اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آموزشی تلاش شد متغیرهای مزاحم و سوگیری احتمالی کاهش یابد، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش کنترل نکردن عوامل اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی بود. محدودیت دیگر این مطالعه، می‌توان تعداد اندک نمونه (۱۵ نفر) برای هر گروه باشد. بکارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای افسردگی، اضطراب توصیه شده است اما به دلیل محدودیت در کنترل اثر داروهای مصرفی این افراد، در مطالعه حاضر از نمونه افرادی که تحت دارودرمانی و یا روان‌درمانی نبودند استفاده شد. با توجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوی زیستی، روانی، هیجانی و مثبت نگر پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بیش از پیش در برنامه‌های درمانی جاری کشور در نظر گرفته شود. البته تاکنون روش‌های درمانی روان‌شناختی به استثنای درمان شناختی- رفتاری برای این دسته از افراد استفاده نشده است. لذا با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در ابعاد گسترده‌تری استفاده شود.

References

- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R. (2012). Subjective well-being: The science of happiness and lifesatisfaction. In S. J. Lopez and C. R. Snyder (Eds.). *The Oxford Handbook of Positive Psychology*.
- French, K., Golijani-Moghaddam, N., Schroder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360–374.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360–372.
- Guo, L., Shi, G., Du, X., Wang, W., Guo, Y., Lu, C. (2021). Associations of emotional and behavioral problems with Internet use among Chinese young adults: the role of academic performance. *Journal of Affective Disorders*, 287, 214-221.
- Hahs, A.D., Dixon, M.R., Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 154-159.
- Hamburg, M., Poland, G.A. (2023). The Time is Now for Committed and Comprehensive Action to Attain More Broadly Protective Coronavirus Vaccines: The Coronavirus Vaccines R&D Roadmap. *Vaccine*, Available online 21 February 2023.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1990). *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Hayes, S.C. (2019). State of the ACT evidence | association for contextual behavioral science. Retrieved http://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence. (Accessed 29 January 2020).
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. In The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Howell, A.J., Passmore, H.A. (2019). Acceptance and commitment training (ACT) as a positive psychological intervention: A systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in well-being promotion among university students. *Journal of Happiness Studies*, 20(6), 1995–2010.
- Keyes, C., Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective wellbeing. In S. J. Lopez, C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Maskey, M., Rodgers, J., Grahame, V., Glod, M., Honey, E., Kinnear, J., Labus, M., Milne, J., Minos, D., McConachie, H., Parr R.J. (2019). A Randomised Controlled Feasibility Trial of Immersive Virtual Reality Treatment with Cognitive Behaviour Therapy for Specific Phobias in Young People with Autism Spectrum Disorder (Randomized Controlled Trial). *J Autism Dev Disord*, 49(5), 1912-1927.
- Maughan, A.L., Weiss, J.A. (2017). Parental outcomes following participation in cognitive behavior therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(10), 3166-3179.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Dür, W., Karwautz, A.F.K. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *SPPE*, 53(12), 1325–1337.
- Pinquart, M., Pfeiffer, J.P. (2020). Longitudinal associations of the attainment of developmental tasks with psychological symptoms in adolescence: A metaanalysis. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 4-14.

- Ray, J.A., Choi, J.K., Jackson, A.P. (2021). Adverse childhood experiences and behavior problems among poor Black children: Nonresident father involvement and single mothers' parenting stress. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105264.
- Reeve, A., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2018). Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*, 23(3), 131-155.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2008). Psychological wellbeing meaning measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Sharma, R. (2017). Global youth wellbeing index. ISBN: 978-0-692-92138- 8. www.youthindex.org.
- Wong, D.F., Ng, T.K., Chung, M.L., Choi, J. (2018). Evaluating the Effectiveness of a Group CBT for Parents of ADHD Children. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 227-239.