www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Education on Psychological Components (Stress, Anxiety, Depression) and Problem Solving Styles in First Secondary School Students in Sanandaj

Fahimeh Yravaisi[1], Zainab Mihandoost[2*], Shahram Mami[3]

[1] *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ilam, Iran.*
[2] *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ilam, Iran.*
[3] *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ilam, Iran.*

**Corresponding author: Zainab Mahnoost, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ilam, Iran, Email: xozns2006@yahoo.com*

Article Info

Keywords: Acceptance, Education Psychological components, Problem-solving Styles, Student.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of admission and commitment-based Education on psychological components (stress, anxiety, Depression) and problem-solving styles in the first grade students of Sanandaj city, Iran.

Methods: The method of this quasi-experimental study was to use a pre-test post-test follow-up design with control group. The statistical population of the study included all female high school students in Sanandaj city in the academic year of 2018. Based on the statistical population and the purpose of the study, 60 students of the first-year high school students were selected after the screening stage. A multistage cluster sampling method was used to select the sample. In this research, the fieldwork method (Education on treatment groups) was used for collecting data. Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Depression Scale, Anxiety and Stress Questionnaire and Problem Solving Style Questionnaire the following self-checking tools will be used. The data were analyzed using covariance analysis.

Results: The findings of this study showed that education based on acceptance and commitment on psychological components (stress, anxiety, depression) and problem-solving styles had a significant effect ($p < 0.001$).

Conclusion: The present observation confirmed the effectiveness of teaching-based therapy based on commitment and acceptance in changing the level of psychological components (stress, anxiety, depression) and problem-solving styles in the first grade students of Sanandaj city.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۴، شماره ۱، ۱۴۰۰
صفحات: ۲۲-۱۲

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج

فهیمه یارویسی[۱]، زینب میهن دوست[۲*]، شهرام مامی[۳]

[۱] گروه روانشناسی،واحد ایلام ، دانشگاه آزاد اسلامی،ایلام، ایران
[۲] گروه روانشناسی،واحد ایلام ، دانشگاه آزاد اسلامی،ایلام، ایران
[۳] گروه روانشناسی،واحد ایلام ، دانشگاه آزاد اسلامی،ایلام، ایران

*نویسنده مسوول: زینب میهن دوست واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. ایمیل: xozns2006@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج انجام گرفت.

روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر سنندج در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. براساس جامعه آماری و هدف پژوهش با توجه به مقایسه-ای بودن آن، تعداد ۴۰ نفر از دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول، پس از انجام مرحله غربالگری انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله‌ای استفاده شد. در پژوهش حاضر برای اجرای پژوهش از روش میدانی(انجام آموزش بر روی گروه‌های درمانی) و برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سیاههٔ افسردگی بک، سیاههٔ اضطراب بک، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه سبک‌های حل مسئله ابزارهای خودگزارشی استفاده شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله تاثیر معنی‌داری داشته است($p<۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مشاهدات حاضر مؤید اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در تغییر سطح مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج بود.

واژگان کلیدی: آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش، مؤلفه‌های روانشناختی، سبک‌های حل مسئله، دانش‌آموز

مقدمه

دوره نوجوانی به دلیل تغییرات روانی، اجتماعی و زیستی یکی از بحرانی‌ترین دوران زندگی هر فرد به شمار می‌رود که می‌تواند عملکرد تحصیلی و شغلی را تحت تاثیر قرار دهد. درحقیقت عدم سلامت روانی از پیشرفت دانش‌آموز و همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده دارد جلوگیری نموده و خود می‌تواند سلامت جامعه را مختل و منجر به عواقب نامطلوب بعدی شود [۱]. استرس، اضطراب و افسردگی از شایعترین اختلالات در این دوران بوده که این سه اختلال با یکدیگر مرتبط می‌باشند [۲]. هنگامی که فرد در محیط زندگی با شرایطی روبه‌رو می‌شود که این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود که با آن استرس می‌گویند [۳]. استرس زمانی ایجاد می‌شود که بین خواسته‌های موجود و توانایی انجام آن ناهماهنگی ایجاد شود. توازن بین چگونگی دیدگاه ما نسبت به خواسته‌ها و چگونگی دیدگاه ما برای انجام آن خواسته‌ها است که باعث می‌شود حالت‌هایی مثل نبود استرس، استرس خوشایند و استرس ناخوشایند را تجربه کنیم [۴]. استرس مداوم برای سلامت جسم و روان مضر بوده و باعث ایجاد عوارضی چون بی‌تفاوتی، خواب منقطع، غیبت‌های مکرر از کار، استفاده از مواد مخدر، احساس بی کفایتی، مشکلات جسمی و تغذیه‌ای، افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش رضایت شغلی می‌شود [۵].

افسردگی نیز اختلالی است که سبب از دست دادن علاقه به زندگی می‌شود. غم و اندوه، کاهش انرژی، مختل شدن تمرکز، اختلال در خواب و اشتها، دردهای فیزیکی، سردرد و مشکلات گوارشی از علایم افسردگی هستند. عملکرد فرد افسرده در مجموع از نظر فردی و اجتماعی دچار اختلال می‌شود [۶]. افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند [۷].

همچنین سازمان جهانی بهداشت، اضطراب را در رأس اختلالات روانی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان تخمین می‌زند، بنابراین در میان اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی احتمالاً شایعترین اختلال می‌باشند [۸]. منظور از اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با این کلمات توصیفش می‌کنیم: نگرانی، تشویش، تنش و ترس، احساساتی که همگی ما هرازگاهی با شدت‌های مختلف تجربه می‌کنیم [۹]. اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویق، فکرهای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است و موجب تضعیف عملکرد فرد می‌شود [۱۰]، همچنین نظریه‌های مهم درباره اضطراب، روی خصوصیات روانی و شناختی افرادی که نگرانی بالینی دارند، تمرکز کرده‌اند [۱۱]. شارپ (۲۰۱۲) در پژوهش خود با عنوان «بررسی درمان پذیرش و تعهد با اختلالات اضطرابی» به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد، برای مفهوم‌سازی و درمان اختلالات اضطرابی مناسب است [۱۲]. وثرل، آفری، آیرس، استودارد، رابرگ و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی به بررسی «درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب: یک گزارش اولیه» پرداختند که نتایج پژوهش آنان حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به نسبت درمان شناختی- رفتاری در بهبود اضطراب و نگرانی این سالمندان اثرگذارتر بوده است. اضطراب این سالمندان براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رو به بهبودی چشمگیر بوده است[۱۳]. پژوهش های متعددی نیز نشان داده‌اند که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی افراد تأثیر معناداری دارد [۱۴و ۱۵].

همچنین سبک‌های حل مسأله به عنوان یک متغیر در حوزه روانشناسی به دلیل مرتبط بودن با روان و رفتار افراد از اهمیت روزافزونی برخوردار است. سبک‌های حل مسئله، اشاره به سبک‌های ترجیحی آنان هنگام برنامه‌ریزی کردن، ایده‌پردازی، آمادگی آنان برای عمل به هنگام مواجهه با مشکلات و همچنین مدیریت تغییر اشاره دارد [۱۶]. در حقیقت هنگامی که فرد با موقعیتی روبه‌رو می‌شود که از طریق اطلاعات و مهارت‌هایی که دارد نمی‌تواند سریع به آن موقعیت پاسخ مناسبی دهد، با یک مسأله روبه‌رو است [۱۷]. بنابراین، هر فرد بنا به ویژگی‌های روانشناختی و جامعه‌شناختی خود، سبکی را برای حل مسأله‌هایی که با آن‌ها روبرو می‌شود در پیش می‌گیرد که برخی از این سبک‌ها سازنده بوده و به پیشرفت فرد کمک می‌کند و برخی نیز هیجانی و غیرسازنده بوده و فرد را از پیشرفت باز می‌دارد [۱۸]. از جمله سبک‌های مطرح در حل مسأله، که در این پژوهش نیز، از آن بهره گرفته شده است، سبک‌های حل مسأله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) می‌باشد. کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) شش سبک را برای حل مسأله در نظر می‌گیرند که عبارتند از: درماندگی یا بی‌یاوری، مهارگری در حل مسأله، اعتماد به توانایی در حل مسأله، سبک اجتناب، سبک گرایش و سبک خلاقیت. درماندگی در حل مسأله یا جهت‌یابی بیانگر بی‌باوری فرد در موقعیت‌های مسأله‌زا است. مهارگری حل مسأله یا کنترل در حل مسأله به بعد کنترل بیرونی- درونی در موقعیت های مسأله‌زا اشاره دارد. اعتماد در حل مسأله نیز بیانگر اعتماد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. همچنین سبک اجتناب نشان دهنده‌ی تمایل به رد شدن از کنار مشکلات به جای مقابله با آن‌ها می‌باشد. سبک گرایش یا تقرب و روی آورد نیز به معنای نگرش مثبت به مشکلات و تمایل مقابله رودر رو با آن‌هاست. درنهایت نیز سبک حل مسأله خلاقیت حاکی از

برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه‌حل‌های متنوع برحسب موقعیت مسأله‌زا است [۱۹].

نوجوان‌ها و دانش‌آموزان راهنمایی در معرض رویدادهای مختلفی در محیط خانه و مدرسه و در روابط با دوستان و همسالان خود قرار دارند. مسایلی چون نگرانی‌هایی درباره تحصیل، آینده شغلی، ازدواج، رضایت والدین، ایفای نقش خود در جامعه و از همه مهم‌تر تغییرات جسمی و جنسی ناشی از دوره بلوغ برای آن‌ها اشتغال ذهنی به وجود می‌آورد در نتیجه ناخواسته دچاراختلالات روانی از قبیل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند. نوجوانی که دچار اضطراب حاد است احساس ترس ناگهانی بر او چیره می‌شود، گویی قرار است برایش حادثه بدی رخ دهد. ممکن است بی‌قرار و ناآرام شود و علایم جسمانی مثل تهوع، سردرد، سرگیجه و استفراغ در او ظاهر شود. فراخنای توجه و حواسش منحرف می‌شود. از آنجایی که اضطراب و یا استرس و همچنین افسردگی، سبب کاهش تمرکز و حافظه می‌شود در پیشرفت و روند تحصیلی تأثیر گذاشته موجب افت تحصیلی و یا شکست تحصیلی می‌شوند، در نتیجه باید درمان‌ها و مداخلاتی صورت گیرد که از اینگونه اختلالات جلوگیری و یا اینکه در میزان آنها کاهش ایجاد کرد. از جمله مداخلات، میتوان به مداخلات موج سوم اشاره کرد.

مداخلات موج سوم در جمعیت های غیربالینی با شدت و تناوب پایینتر عاطفه‌ی منفی [۲۰ و ۲۱]، کاهش اضطراب و افسردگی [۲۲] و ارتقای بهزیستی عمومی [۲۳] همراه بوده است. از جمله این مداخلات می توان به درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد اشاره کرد. هدف نهایی در مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روانشناختی جزء بهنجار تجربه انسان است [۲۴].

در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این‌گونه فرض می‌شود که رنج انسان عمدتاً از فرآیندهای روان شناختی بهنجار در برگیرندۀ زبان سرچشمه می‌گیرد. در صورت پذیرش اینکه زبان منشأ درد و رنج انسانهاست باید این را نیز پذیرفت که همه انسانها به گونه‌ای دست کم بعضی وقت‌ها گرفتار ناشادمانی، رنج و نگرانی‌هایی می‌شوند که در حوزه آسیب‌شناسی روانی به آنها برچسب بیماری‌زده می‌شود. در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چیزی به اسم بیماری روانی به معنی متداول آن پذیرفته نشده است. در این رویکرد نه تنها از بیماری روانی و تغییر آن به سلامت روانی صحبت به میان نمی‌آید حتی اینگونه فرض می‌شود که هدف زندگی سالم ربطی به احساس خوب یا بد داشته، ندارد [۲۴].

پژوهشگران متعددی به بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی همچون استرس، اضطراب و افسردگی پرداخته اند. از جمله نتایج پژوهش محمودی و قادری (۱۳۹۶) باعنوان «اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معتادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز» نشان داده است که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش میزان استرس و اضطراب مددجویان موثر بوده، ولی بر میزان افسردگی آن‌ها تأثیری نداشته است [۲۵]. پژوهش‌های دیگری مبتنی بر کارآمدی و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی، نشان داده‌اند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است [۲۶، ۲۷ و ۲۸]. غلامیان شورک، گرامی و فلاح یخدانی (۱۳۹۵) و خوش لهجه صدق، مداحی و بیرشک (۱۳۹۵) در پژوهش‌های خود که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس پرداخته بودند نیز نشان دادند که درمان تعهد و پذیرش در کاهش استرس به طور معناداری موثر بوده است[۲۹ و ۳۰].

صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵) نیز به بررسی «اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن» پرداختند که نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم شدت درد، افسردگی و استرس وجود دارد. همچنین در اثرات پذیرش درد نیز این تفاوت معنادار بوده است [۳۱].

درخصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک-های حل مسأله نیز می‌توان به پژوهش مرادزاده و پیرخائفی (۱۳۹۶) با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متاهل اداره بهزیستی» اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کارکردهای شناختی از جمله حل مسئله را ارتقا می‌دهد [۳۲].

با توجه به مطالب گفته شد، می‌توان گفت کشور ما جزء کشورهای جوان و در حال توسعه محسوب می‌شود که تعداد متنابهی از جمعیت آن را دانش‌آموزان، بویژه دانش‌آموزان دوره متوسطه اول که دوره حساس نوجوانی را سپری می‌کنند، تشکیل می‌دهند. در این مقطع، دانش‌آموزان به دلایل مختلفی از جمله تکامل جسمی و جنسی، جستجوی هویت، ترس از مسئولیت‌پذیری، شور و احساسات افراطی و برخی مسائل دیگر، در معرض فشارها و آسیب‌های روان قرار می‌گیرند که پژوهشگر بر آن شد که در این پژوهش اثربخشی مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روانشناختی دانش‌آموزان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس؛ و سبک‌های حل مسأله در شهر سنندج مورد بررسی قرار دهد. براین اساس در این مطالعه در پی پاسخی برای این سوال هستیم که آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روانشناختی

دانش‌آموزان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس؛ و سبک‌های حل مسأله اثرگذار است

روش ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل درصدد بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس، اضطراب، افسردگی و سبک های حل مسئله در دانش آموزان دوره متوسطه اول شهر سنندج بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر سنندج در سال تحصیلی ۹۷–۹۶ تشکیل می‌دادند که نمونه مورد مطاله نیز از این جامعه انتخاب شد. براساس جامعه آماری و هدف پژوهش با توجه به مقایسه‌ای بودن آن، تعداد ۴۰ نفر از دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول، پس از انجام مرحله غربالگری انتخاب گردیدند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای استفاده خواهد شد. در این روش ابتدا از بین دبیرستانهای دخترانه متوسطه اول شهر سنندج چهار دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب خواهند شد. سپس از هر دبیرستان دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک بر روی دانش آموزان این ۸ کلاس اجرا و با توجه به خط برش آنها (نمره کل بالاتر از ۱۴ برای پرسشنامه افسردگی بک و نمره کل بالاتر از ۸ برای پرسشنامه اضطراب بک) و ملاکهای ورود و خروج پژوهش، ۴۰ دانش آموز با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند که این ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه درمان ACT (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند.

ملاک های ورود دانش آموزان به پژوهش عبارت بودند از ۱– دختر بودن ۲– دانش آموز مقطع متوسطه اول ۳– نمره کل افسردگی بالاتر از ۱۴ ۴– نمره کل اضطراب بالاتر از ۸؛ همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ۱– مصرف هر گونه داروی روانپزشکی ۲– داشتن پرونده روانپزشکی و تشخیص یک اختلال خاص (مانند رفتارهای خودآسیب رسان و خودزنی، وسواس، اختلالات یادگیری و...) ۳– داشتن مشکل جسمانی خاص ۴– جدایی والدین ۵– داشتن سابقه مصرف مواد یا داروهای روانگردان بود.

جهت گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد: پرسشنامه های مورد استفاده به شرح زیر می باشد:

۱– سیاههٔ افسردگی بک (ویرایش دوم، BDI–II): این سیاهه بیست و یک گویه را دربرمی‌گیرد که علائم روانی و جسمانی افسردگی را به‌صورت خودگزارشی ارزیابی می‌کند. ۷ گویه از این سیاهه علائم انگیزشی – عاطفی، ۷ گویه علائم شناختی و ۷ گویه علائم نباتی افسردگی را می‌سنجد. آزمودنی باید جمله‌های هر گروه از گویه‌ها را با دقت مطالعه و جمله‌ای را انتخاب کند که به بهترین نحو وضع کنونی او را توصیف می‌کند. دامنهٔ نمرات برای هر گویه از صفر تا سه است (نمرهٔ صفر، بیانگر نبود علائم افسردگی و نمرهٔ سه نشانگر شدت افسردگی است). نمرهٔ کل فرد پس از جمع کردن نمرات بیست و یک گویه محاسبه می‌شود. پس از جمع زدن نمرات حاصل از ۲۱ گویه، نمره کل فرد محاسبه می‌شود که نمرات ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده فقدان افسردگی، نمرات ۱۹–۱۴ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمرات ۲۸–۲۰ نشان‌دهنده افسردگی متوسط تا شدید و نمرات ۶۳–۲۹ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۹۶)، پایایی بازآزمایی این سیاهه را پس از یک هفته بازآزمون، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین، ضریب همبستگی BDI–II با مقیاس افسردگی همیلتون ۰/۷۱ گزارش شده است. به‌طور کلی، BDI–II به‌عنوان یک ابزار معتبر و پایا برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در سراسر دنیا شناخته شده است و در پژوهش‌های بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است [۳۳]. روایی و پایایی این سیاهه در چندین پژوهش در جامعهٔ ایرانی بررسی شده است. برای مثال، دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) در پژوهشی بر سی‌صد و پنجاه و سه مبتلا به افسردگی اساسی، ضرایب همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ و روایی مطلوبی برای این سیاهه گزارش کرده‌اند [۳۴].

۲– سیاههٔ اضطراب بک (BIA): این سیاهه توسط بک، اپستین، براون و اسریر در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است، یک ابزار خودگزارشی بیست و یک گویه‌ای برای سنجش شدت کلی اضطراب است. آزمودنی‌ها باید با توجه به هر یک از گویه‌ها و بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهار درجه‌ای، شدت علائم اضطرابی خود را درجه‌بندی کنند. نمرات بیش‌تر نشانگر اضطراب شدیدتر هستند. پس از جمع زدن نمرات حاصل از ۲۱ گویه، نمره کل فرد محاسبه می‌شود که نمرات ۰ تا ۷ نشان‌دهنده فقدان اضطراب، نمرات ۱۵–۸ نشان‌دهنده اضطراب خفیف تا متوسط، نمرات ۲۵–۱۶ نشان‌دهنده اضطراب متوسط تا شدید و نمرات ۲۶–۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۸۸)، ضریب همسانی درونی این سیاهه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ به‌دست آوردند. هم‌چنین این پژوهشگران، روایی همزمان و افتراقی این سیاهه را در حد مطلوبی گزارش کرده‌اند [۳۵]. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) در پژوهشی، پایایی بازآزمایی، ثبات درونی و روایی این آزمون را در جامعه ایرانی به ترتیب، ۰/۸۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۲گزارش کرده‌اند و نسخهٔ فارسی این سیاهه را ابزاری مناسب برای ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی در جمعیت ایرانی دانسته‌اند [۳۶].

۳– مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لوویبوند و لوویبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. این مقیاس از ۴۲ عبارت

مرتبط با علائم منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است و هر خرده مقیاس ۱۴ پرسش را در بر دارد. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و توانمندی را می سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می کوشد تا بیش انگیختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بیقراری را در بر می‌گیرد. مقیاس کوتاه شده دارای ۲۱ آیتم است که در این پژوهش جهت سنجش متغیر استرس در پژوهش حاضر، مورد استفاده قرار گرفت. لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵) در پژوهش خود جهت سنجش روایی مقیاس، با همبسته نمودن خرده مقیاس اضطراب و افسردگی با مقیاس اضطراب و افسردگی بک، ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بدست آوردند. همچنین، در پژوهش بر روی یک نمونه ۷۱۷ نفری ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و۰/۸۹ به دست آوردند [۳۷]. در ایران، اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی برای بررسی روایی DASS، ۴۲۰ نمونه غیربالینی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش بین این سه مقیاس، مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه ۴ سامانه ای اضطراب از طریق ضرایب همبستگی پیرسون در سطح ۰/۰۰۱ رابطه ی معنی داری بدست آمد. همچنین، این پژوهشگران ضرایب بازآزمایی در فاصله ۳ هفته ای برای سه خرده مقیاس را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بدست آوردند [۳۸].

۴- پرسشنامه سبک‌های حل مسئله (PSS): این مقیاس ۲۴ ماده ای را کسیدی و لانگ در سال ۱۹۹۶ ساخته اند که ۶ عامل را می‌سنجد. این عوامل عبارتند از درماندگی در حل مسئله، کنترل در حل مسئله، سبک حل مسئله خلاقانه اعتماد در حل مسئله، سبک اجتناب و سبک گرایش. کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) در پژوهش خود آلفای کرونباخ عوامل این پرسشنامه را در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۱ به دست آوردند (۱۹). در ایران، محمدی (۱۳۸۳) در پژوهش خود نشان داد که ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ابعاد این پرسشنامه در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ قرار دارد. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که بین عوامل این پرسشنامه همبستگی معناداری وجود دارد که نشان از روایی همگرای این پرسشنامه است [۳۹].

پروتکل مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): جلسه اول: بحث راجع به تفاوت‌های بین افکار کارآمد و ناکارآمد؛ جلسه دوم: ارائه تصویری از خود، موقعیت مکانی افکار و اعمال؛ جلسه سوم: معرفی پذیرش ـ تمرین تله انگشتی؛ جلسه چهارم: پذیرش ـ استعاره مسافران اتوبوس؛ جلسه پنجم: استعاره دو مقیاس، تمرین آوردن افکار بر روی کاغذ؛ جلسه ششم: پذیرش ـ استعاره مهمان ناخوانده؛ جلسه هفتم: خود به‌عنوان زمینه ـ استعاره‌های دستگاه تلویزیون و صفحه شطرنج؛ جلسه هشتم: مرور همه فرایندها با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس.

محقق پس از انجام غربالگری و شناسایی دانش آموزان مناسب با پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه ای چند مرحله ای، گروه نمونه را انتخاب نمود. در این روش ابتدا از بین دبیرستان‌های دخترانه متوسطه اول شهر سنندج چهار دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از هر دبیرستان دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک بر روی دانش آموزان این ۸ کلاس اجرا شد و با توجه به خط برش آنها (نمره کل بالاتر از ۱۴ برای پرسشنامه افسردگی بک و نمره کل بالاتر از ۸ برای پرسشنامه اضطراب بک) و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۴۰ دانش آموز با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب که این ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه درمان ACT، گروه درمان DBT و گروه کنترل گزینش شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد. داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. در بخش توصیفی، کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین، انحراف استاندارد و برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از ضرایب کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش بررسی شد. در بخش استنباطی از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی سوالات و فرضیات پژوهش استفاده می شود.

نتایج

در جدول ۱ میانگین متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای استرس، افسردگی، اضطراب، خلاقیت، اعتماد، گرایش، مهارگری، درماندگی و اجتناب تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای مورد مطالعه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد که نتایج هر کدام از پیش‌فرض‌ها به تفکیک، در زیرگزارش گردیده است: برای بررسی نرمالیته توزیع خرده مقیاس‌های مؤلفه‌های روانشناختی(افسردگی، اضطراب، استرس) و سبک- های حل مساله(خلاقیت، اعتماد، گرایش، مهارگری، درماندگی،

اجتناب)، آزمون کلموگروف–اسمیرنف، بکار برده شدکه نتایج آن در قالب جداول ۲ نشان داده شده است.

آنالیزهای آماری

همانطوری که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقادیر به دست آمده برای آماره‌هایz محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۵=α، معنی‌دار نیستند(sig>۰/۰۵)، لذا فرض H_0 تایید و فرضH_1 رد می‌گردد. بنابراین چنین استنباط می‌شود که متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پس از توزیع نرمال برخوردارند. برای بررسی همگنی(همسانی) واریانس‌ها نمرات آزمودنی‌ها در بین گروهای مورد مطالعه، از آزمون لوین استفاده شده که نتایج آن در قالب جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

شاخص	وضعیت گروهی	پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	کنترل	۴۰/۶۰	۲/۶۶	۴۰/۲۶	۲/۹۸
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۰/۲۶	۳/۳۹	۳۴/۶۰	۳/۱۱
اضطراب	کنترل	۲۹/۷۳	۲/۲۸	۲۸/۲۱	۳/۳۹
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۶۰	۲/۵۰	۲۰/۴۶	۲/۴۱
استرس	کنترل	۲۴/۱۲	۲/۹۱	۲۵/۱۵	۳/۳۶
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۵/۴۱	۲/۳۲	۱۸/۶۳	۲/۰۱
خلاقیت	کنترل	۱/۰۶	۰/۳۹	۱/۱۷	۰/۲۸
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۳۳	۰/۶۵	۳/۵۳	۰/۸۱
اعتماد	کنترل	۲/۸۶	۰/۲۱	۲/۸۷	۰/۲۲
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۷۳	۰/۱۴	۵/۶۰	۰/۸۹
گرایش	کنترل	۱/۴۶	۰/۱۵	۱/۳۳	۰/۲۷
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۴۸	۰/۶۳	۳/۲۲	۰/۱۴
مهارگری	کنترل	۱/۷۲	۰/۱۸	۱/۹۱	۰/۷۸
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۷۹	۰/۴۲	۳/۴۸	۰/۹۶
درماندگی	کنترل	۳/۱۳	۰/۹۸	۳/۶۹	۰/۸۴
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۷۵	۰/۸۶	۱/۴۲	۱/۰۹
اجتناب	کنترل	۳/۴۲	۰/۹۲	۳/۴۹	۰/۸۹
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۹۱	۰/۸۶	۱/۸۲	۰/۹۲

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف– اسمیرنف جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	مولفه ها	آماره Z آزمون کلموگروف–اسمیرنف		
		گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل
مؤلفه‌های روانشناختی	افسردگی	۰/۷۰۷	۰/۵۷۷	۰/۷۵۷	۰/۷۷۰
	اضطراب	۰/۷۳۷	۰/۴۹۷	۰/۷۴۷	۰/۹۷۵
	استرس	۰/۹۷۷	۰/۷۳۷	۰/۲۹۵	۰/۷۱۳
سبک‌های حل مساله	خلاقیت	۱/۴۲	۰/۹۵۲	۰/۰۳۵	۰/۳۲۵
	اعتماد	۱/۴۷	۱/۲۷	۰/۰۲۷	۰/۷۰۳
	گرایش	۱/۰۲	۰/۹۴۱	۰/۲۴۴	۰/۳۳۹
	مهارگری	۰/۷۰۴	۰/۷۷۲	۰/۵۳۷	۰/۷۰۷
	درمانگری	۰/۹۰۹	۰/۵۴۰	۰/۳۷۱	۰/۹۳۲
	اجتناب	۰/۷۲۷	۰/۷۲۲	۰/۷۷۴	۰/۷۷۴

جدول ۳. نتایج آزمون لوین مربوط به بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	مولفه‌ها	آماره آزمون لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری
مؤلفه‌های روانشناختی	افسردگی	۰/۰۵۱	۲	۲۷	۰/۷۰۱
	اضطراب	۱/۱۷	۲	۲۷	۰/۳۱۷
	استرس	۱/۷۷	۲	۲۷	۰/۱۹۷
سبک‌های حل مساله	خلاقیت	۲/۲۹	۲	۲۷	۰/۰۷۰

اعتماد	۲/۹۰	۲	۲۷	۰/۰۷۵
گرایش	۱/۰۴	۲	۲۷	۰/۳۷۲
مهارگری	۰/۷۲	۲	۲۷	۰/۴۴۴
درمانگری	۱/۷۵	۲	۲۷	۰/۱۷۰
اجتناب	۱/۷۳	۲	۲۷	۰/۱۷۲

طبق اطلاعات جدول ۳، مقادیر به دست آمده برای آماره‌هایF آزمون لوین محاسبه شده در سطح α=۰/۰۵، معنی‌دار نیستند(sig>۰/۰۵)، لذا فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود، یعنی فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی همگنی(همسانی) شیب رگرسیون، خطی بودن رابطه بین نمرات متغیرهای مورد مطالعه و متغیر همپراش(کمکی) مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در قالب جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، مقادیر به دست آمده برای آماره‌های آزمونFمحاسبه شده در سطح α=۰/۰۵، معنی‌دار نیستند(sig>۰/۰۵)، لذا فرض همگنی شیب رگرسیون و رابطه بین نمرات متغیرهای مورد مطالعه و متغیر همپراش تایید می‌شود، بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق و بعد از کنترل نمره پیش‌آزمون، نمره F برای مؤلفه‌های روانشناختی در مرحله پس آزمون در سطح α=۰/۰۵ معنادار بوده است(P<۰/۰۵، F=۳/۲۸۹).

همانطور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آمارهF آزمون بزرگترین ریشه روی در سطح α=۰/۰۳، معنی‌دار است(sig<۰/۰۳، F= ۵/۵۵۳)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین نمرات حداقل یکی از خرده مؤلفه‌های روانشناختی در بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه برای بررسی بیشتر از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید که نتایج آن در قالب جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون

متغیرها	مولفه‌ها	آمارهF	سطح معنی‌داری
مؤلفه‌های روانشناختی	افسردگی	۲/۱۰	۰/۰۷۲
	اضطراب	۱/۰۷	۰/۰۷۹
	استرس	۰/۵۴۱	۰/۷۵۷
سبک‌های حل مساله	خلاقیت	۱/۹۵	۰/۱۳۷
	اعتماد	۲/۳۴	۰/۰۷۷
	گرایش	۲/۱۷	۰/۱۰۷
	مهارگری	۲/۷۷	۰/۰۵۹
	درمانگری	۲/۷۱	۰/۰۵۷
	اجتناب	۲/۳۷	۰/۰۷۷

جدول ۵. آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه نمرات مؤلفه‌های روانشناختی در مرحله پس‌آزمون

نوع آزمون	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مرحله پس آزمون	بین گروهی	۴۴۵/۵۲	۴	۲۲۲/۷۴	۳/۲۸	۰/۰۴	۰/۱۳۸	۰/۵۲۹
	درون گروهی	۲۷۷۴/۸۹	۲۲	۴۷/۷۲				

جدول ۶. آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره مربوط به مقایسه نمرات خرده مولفه‌های روانشناختی در مرحله پس‌آزمون

نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۵۷۳	۳/۷۸۳	۵	۳۳	۰/۰۰۸	۰/۳۷
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۸	۳/۸۳۶	۵	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۵۳
اثر هتلینگ	۰/۷۳۸	۳/۰۵۳	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۶۵
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۳۷	۵/۵۵۳	۵	۳۳	۰/۰۰۳	۰/۳۸۳

جدول ۷. آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه نمرات خرده مؤلفه‌های روانشناختی در مرحله پس‌آزمون

خرده مؤلفه‌های روانشناختی	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (η^3)

افسردگی	بین‌گروهی	۳۳۳/۵۷	۳	۵۶/۳	۵/۷۳۵	۰/۰۳۵	۰/۸۸
	درون‌گروهی	۵۵۳/۵۵۵	۳۸	۳۳/۸۰۶			
اضطراب	بین‌گروهی	۳۳۳/۷۷۳	۳	۳۵۵/۸۸۶	۳۰/۷۶۳	۰/۰۰۳	۰/۳۶۳
	درون‌گروهی	۵۵۰/۵۰۳	۳۸	۳۵/۵۸۵			
استرس	بین‌گروهی	۳۸۳/۶۳۳	۳	۸۵/۸۳۳	۶/۵۷	۰/۰۰۵	۰/۵۷
	درون‌گروهی	۵۸۳/۸۳۳	۳۸	۳۵/۳۳۸			

همان‌طور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آماره F مربوط به خرده مؤلفه‌های افسردگی در سطح α=۰/۰۵، (sig<۰/۰۵، F= ۵/۷۳۵)، اضطراب در سطح α=۰/۰۳ (sig<۰/۰۳، F= ۳۰/۷۶۳) واسترس، در سطح α=۰/۰۳، (sig<۰/۰۳، F= ۶/۳۵۷) معنی‌دار است، بنابراین چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین نمرات خرده مؤلفه‌های روانشناختی افسردگی، اضطراب و استرس دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۸ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق و بعد از کنترل نمره پیش‌آزمون، نمره F برای سبک‌های حل مساله در مرحله پس آزمون در سطح α=۰/۰۱ معنادار بوده است(F=۷/۸۵۱، P<۰/۰۱).

همانطور که نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آماره F آزمون بزرگترین ریشه روی در سطح α=۰/۰۲، معنی‌دار است(sig<۰/۰۲، F= ۴/۳۷۸)، بنابراین چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین نمرات حداقل یکی از خرده مؤلفه‌های سبک‌های حل مساله در بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۸. آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه نمرات سبک‌های حل مساله در مرحله پس‌آزمون

نوع آزمون	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مرحله پس آزمون	بین گروهی	۱۵۱۷/۴۵	۲	۷۵۸/۲۲	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۸۶۳
	درون گروهی	۳۸۲۶/۷۱	۴۱	۸۵/۵۵				

جدول ۹. آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه نمرات خرده مؤلفه‌های سبک‌های حل مساله در مرحله پس‌آزمون

نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۵۱۲	۲/۹۱۲	۵	۳۳	۰/۰۰۶	۰/۳۲۸
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۱	۲/۶۴۸	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۴۱۷
اثر هتلینگ	۰/۶۰۵	۲/۱۲۰	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۵۹۴
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۹۷	۴/۳۷۸	۵	۳۳	۰/۰۰۲	۰/۳۵۱

بحث

هـدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج انجام شده اسـت. یافته‌های پـژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تغییر سطح میزان مؤلفه‌های روانشناختی(استرس، اضطراب، افسردگی) و سبک‌های حل مسئله می‌شود.

براین اساس می‌توان گفت آموزش مبتنی برپذیرش و تعهد باعث می‌شود که استرس، اضطراب و افسردگی در بین دانش‌آموزان کاهش یابد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات محمودی و قادری (۱۳۹۶)، فیضی و همکاران (۱۳۹۶)، حاج صادقی و همکاران (۱۳۹۶)، غلامیان شورک و همکاران (۱۳۹۵)، خوش لهجه صدق و همکاران (۱۳۹۵)، رضایی میرقائد و همکاران (۱۳۹۵)، صبوروکاکابرایی (۱۳۹۵)، مولوی و همکاران (۱۳۹۳)، هافمن و همکاران (۲۰۱۷)، شارپ (۲۰۱۲)، وثرل و همکاران (۲۰۱۱) و بوهل میجر وهمکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی، استفاده می‌شود. بنابراین افرادی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن‌ها ارائه شده است نسبت به نگرانی‌ها، ناامیدی‌ها و افکارشان آگاهی کامل پیدا کرده و پس از کسب آگاهی نسبت به رفع آن اقدام می‌کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم ارزیابی‌های شناختی هیجانی آن‌ها کاهش و هم راستا با آن میزان علائم روانشناختی استرس، اضطراب و افسردگی نیز کاهش پیدا کند. همانگونه که شارپ (۲۰۱۲) نشان داده است که درمان پذیرش و تعهد، برای مفهوم‌سازی و درمان اختلالات اضطرابی مناسب است؛ در پژوهش حاضر نیز این نوع درمان، برکاهش اختلال اضطراب نیز موثر واقع شده است. از دلایل دیگر برای تبیین این است که می‌توان گفت که اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم روانشناختی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر و تبیین کرد که یکی از عوامل مهم در عدم شکل‌گیری تنظیم هیجانی مناسب و بهینه، باورهای منفی است. با توجه به این که در درمان فوق روی ایجاد نگرش مثبت و کاهش باورهای فکری منفی از طریق ذهن‌آگاهی تأکید

می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تنظیم هیجانی و کاهش علائم روانشناختی مؤثر واقع شود. در روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن تاکید بر اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی باعث ایجاد یک آگاهی شناختی و هیجانی در فرد می‌شود که به تدریج به یک تنظیم هیجانی مثبت دست پیدا می‌کردند و علائم روانشناختی آن ها کاهش پیدا می‌کرد. در این شیوه آموزش ، تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی دارد تا به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا دانش آموزان موردنظر توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این دانش آموزان بود. همانگونه که نتایج آماری پژوهش نیزنشان داد که فرایند آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنی‌داری دراسترس، اضطراب و افسردگی دانش آموزان مذکور شد.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های حل مسأله دانش آموزان تأثیرگذار است. مرادزاده و پیرخائفی (۱۳۹۶) نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کارکردهای شناختی از جمله حل مسئله را ارتقا می‌دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فنون نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی برای تعدیل بی‌تفاوتی نسبت به خود و نیازهای روحی و فکری استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود که با قسمت‌هایی از زندگی خود و حتی بدن خود که نسبت آنها بی‌تفاوت بوده است، مواجه شوند و به مرور ارزش و اهمیت بیشتری را برای خود قائل شود و از این طریق تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و کم کم از سبک‌های حل مساله بهینه برای کاهش علائم روانشناختی خود استفاده کنند. این یافته را نیز می‌توان اینگونه تبیین کرد که درمانگر در روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جز محتوای ذهنی هستند، باعث ایجاد و بهره‌گیری بهتر و در واقع ارتقای سطح سبک‌های حل مساله می‌شود.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و انجام مطالعه روی دانش‌آموزان شهر سنندج روبه رو بود. بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

نتیجه گیری

نظر به نتایج پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان علائم روانشناختی و خرده مولفه‌های سبک‌های حل مساله در دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود درمان‌های روان شناختی مبنی بر پذیرش و تعهد در فرایند درمان این افراد مد نظر قرار گیرند. همچنین با توجه به تأثیر متقابل بیماری های مزمن و مشکلات روان شناختی از جمله استرس، افسردگی و اضطراب پیشنهاد می‌شود، بروشورهایی در زمینه آگاه‌سازی از این مسئله و نحوه مدیریت آنها تهیه و در اختیار گروه‌های هدف قرار گیرد و یا از طریق برنامه ها و کلاس های روانشناسی و مشاوره به صورت مدون به آنها کمک نمود. همچنین پیشنهاد می‌گردد از ابزارهای دیگر گردآوری داده ها همچون مصاحبه که امکان درک، کشف و دریافت پاسخ‌های مناسب به محقق برای دستیابی به حقیقت و کشف مجهول را می‌نماید، نیز استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای خانم فهیمه یارویسی با کد مصوب ۲۰۱۲۰۷۰۵۹۷۲۰۰۴ بوده، و خانم دکتر زینب میهن دوست استاد راهنما و آقای دکتر شهرام مامی به عنوان استاد مشاور در این رساله شرکت داشتند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارضی در منافع بین نویسندگان و مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان مطالعه حاضر از کلیه دانش آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و کادر آموزشی آنها کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. Ghamari F, Mohammadbeigi E, Mohammadsalehi N. [The Association between Mental Health and Demographic Factors with Educational Success in the Students of Arak Universities]. JBUMS. 2010; 12(5): 118-124.

2. De Rooij SR, Schene AH, Phillips DI, Roseboom TJ. Depression and anxiety: Associations with biological and perceived stress reactivity to a psychological stress protocol in a middle-aged population. Psychoneuroendocrinology. 2010; 35(6): 866-877.

3. Sarafino, E. P., & Smith, T. W. Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons. 2014.
4. Loker, T., Gregson, O. Managing *Stress*.Translation: Fatemeh Ordibeheshti, Tehran: Arjomand Book in collaboration with Arjmand Publications. 2015.
5. Khodadadi, Mi; Daolatyar Bastani, R. [Job stress (prevention and coping)]. Tehran: Mobber Publications. 2017.
6. Vafaie M, Safavi M, Salehi S. [Studying correlation between anxiety, stress, and depression with body mass index (BMI) among nursing students]. MEDICAL SCIENCES. 2013; 23(2): 154-159.
7. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. [To Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities]. J Arak Uni Med Sci. 2015; 18 (1) :32-42
8. Sadock, B. J., Sadock, V. A., R, P. [Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Mehdi Ganji (translator)]. Tehran: Arasbaran. 2015.
9. Alizadeh, A. [The Relationship between Dimensions of Perfectionism and Competitive Anxiety with Physiologic Responses of Swordsmans]. Master's Thesis, Physical Education and Sports College, Tehran University. 2015.
10. Beheshti zad, R., & Beheshti zad, M. [Stress (methods of reducing and controlling it)]. Tehran: Katibeh. 2016.
11. Davey, G. Psychopathology (Research, Measurement and Therapy in Clinical Psychology). Translation: Mehdi Ganji, Tehran: Savalan. 2010.
12. Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. Rev Int Psicol Ter Psicol 2012; 12(3): 359-372.
13. Wetherell JL, Afari N, Ayers CR, Stoddard JA, Ruberg J, Sorrell JT, Liu L, Petkus AJ, Thorp SR, Kraft A, Patterson TL, et al. Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. Behav Ther. 2011; 42(1): 127–134.
14. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2011; 49(1): 62–7
15. Rezaei Mirghaed M, Karimi R, Rahravi M, Mosaddegh K, Abipour J. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reducing co-morbid depression in drug-dependent individuals]. MEJDS. 2016; 6: 265-269.
16. Isaksen, S. G., Dorval, K. B., & Treffinger, D. J. (2010). Creative approaches to problem solving: A framework for innovation and change. Sage Publications.
17. Saif, A. A. [Modern Psychology: Psychology of Learning and Education], Tehran: The Period. 2017.
18. Aghayousefi, A., & Sharif, N. [Relationship between problem solving styles and personal well-being in students]. Journal of Clinical Psycology Thoughts and Behavior. 2011; 6(22): 79-88.
19. Cassidy, T., & Long, C. Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. British Journal of clinical psychology, 1996; 35(2), 265-277.
20. Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical psychology review, 2009; 29(6), 560-572.
21. Brown, K. W., & Ryan, R. M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 2003; 84(4), 822.
22. Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. Psychiatric Clinics. 2017; 40(4), 739-749.
23. Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. Effectiveness of Mindfulness Intervention in Reducing Stress and Burnout for Mental Health Professionals in Singapore. Explore: The Journal of Science and Healing. 2017; 13(5), 319-326.
24. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K .G. Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press. 2012.
25. Mahmoudi, H., & Ghaderi, S. [The effectiveness of group therapy based on admission and commitment on depression, stress and anxiety of addicts left Tabriz Central prison]. Quarterly Journal of Addiction Research on Substance Abuse, 2018; 11(43): 210-195.
26. Feyzi, Zh., Moradi, A., Khaje Dalouee, M. & Khadem, N. [The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Depression in Infertile Women who Undergoing In Virto Fertilization (IVF)]. Clinical Psychology Studise. 2017; 7(27): 1-21.
27. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among women with breast Cancer]. PSJ. 2017; 15(4): 42-49.
28. Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia]. J Ardabil Univ Med Sci. 2014; 14 (4) :412-423.
29. GholamianShurk, Z., Gerami, M. H., & FallahYakhdani, M. H. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on Stress Reduction in School Girl Students in Meybod]. Second International Conference on Innovation in Science and Technology. 2017.
30. Khosh Lahjeh Sedgh, A., Madahi, M. E. & Birashk, B. [Effectiveness of commitment and acceptance therapy on self-efficacy, quality of life and perceived stress in women with breast cancer, 9th International Congress of Psychotherapy (Asian Summit on Cultural Values)]. Tehran, Secretariat of the International Congress on Psychotherapy, 2016.
31. Sabour S, Kakabraee K. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain]. IJRN. 2016; 2(4): 1-9.
32. Moradzadeh, F., & Pirkhavaefi, A. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction and Cognitive Flexibility of the Married Employees of the Welfare Office]. Psycho-Nursing, 2018; 5(6): 1-7.
33. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
34. Dobson, K., Stefan & MohammadKhani, P. Psychometric Co-ordinates of the Beck Depression Inventory in a large sample of people with major depressive disorder. Enrichment. 2018. 29, 80-86.
35. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Sreer, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988; 56, 893-897.
36. Kaviani, H., & Mousavi, AA. [Psychometric properties of Beck anxiety inventory in Iranian age and sex]. Tehran Medical Sciences, 2008; 66(2), 140-136.
37. Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of Depression

Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Thearpy. 1995; 33, 335-343.
38. Asghari Moghadam, M. A., Sa'ed, F., Dibajnia, P., & Zanganeh, J. [Preliminary Evaluation of Reliability and Reliability of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical samples]. Journal of Daneshvar Behavior. 2008; 15(31): 38-23.
39. Mohammadi, N. [The relationship between problem solving styles and general health]. Psychology. 2005; 32, 336-322.