

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر روان نژندی و درونگرایی دانشجویان

محمد رضا فیضی لقمجانی<sup>۱</sup>، ولی اله فرزاد<sup>۲\*</sup>، علی دلور<sup>۳</sup>، آناهیتا خدابخشی کولایی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به اینکه کاربرد موفقیت آمیز مشاوره با دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه مستلزم شناخت ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار شخصیت آنان است، هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعهد و پذیرش و شناخت درمانی بک بر روان رنجوری و درون گرایی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر بود.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویانی هستند که در بازه زمانی فروردین ماه ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر مراجعه نمودند. حجم نمونه به تعداد ۴۵ نفر دانشجو بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه آماری انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر)، آزمایش شناخت درمانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. هر دو گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض آموزش قرار گرفتند و برای گروه کنترل (گروه سوم) هیچ گونه مداخله‌ای انجام نگرفت. محتوای مداخلات در گروه‌های آزمایشی ACT و CT در ۱۰ جلسه براساس بسته آموزشی ارائه شده است. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا ۲- فرم باز سازی شده بود. در این پژوهش از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیرهای، «روان نژندی» و «درون‌گرایی» مؤثر می‌باشد (۰/۰۰۱)؛

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود روان نژندی و درون گرایی دانشجویان مؤثر واقع شود.

**کلید واژه‌ها:** تعهد و پذیرش، شناخت درمانی بک، روان نژندی، درون‌گرایی، دانشجویان

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
ORCID:0000000288308987

<sup>۲</sup> - دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، رایانامه نویسنده مسئول:

Email: [vfarzad@yahoo.com](mailto:vfarzad@yahoo.com)

ORCID:0000000159223119

<sup>۳</sup> - استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران،

ORCID:0000000194663103

<sup>۴</sup> - استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران،

**استناد:** فیضی لقمجانی م، فرزاد و، دلاور ع، خدابخشی کولای ا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر روان نژندی و درونگرایی دانشجویان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۴): ۷۳-۵۷

## مقدمه:

سلامتی و رفاه در گسترده ترین معنی آن، پدیده ای است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان ها، گروه های اجتماعی و جوامع بشری می باشد. سلامتی در گفتمان های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان ها به طور اجتماعی ساخت یافته اند. گرچه مفاهیم سلامتی، ذهن، و بدن طی مکان ها و زمان های مختلف متفاوت بوده اند، اما برای تمامی فرهنگ ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان ها بازی کرده اند. با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر دغدغه دست اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه شناسان و روان شناسان به بررسی آن علاقه مند می گردند. بعد سلامت روانی در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه کشورهای جهان سوم، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت های بهداشتی، از جمله بیماری های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است (۱).

جوانان از جمله دانشجویان در هر جامعه ای از سرمایه های فکری و معنوی آن جامعه به شمار می روند و سازنده ی فردای آن جامعه هستند، بنابراین این افراد کسانی هستند که در آینده باید پذیرای مسئولیت های آن جامعه باشند. بررسی مسائل خاص جوانان، تحصیل موفق و تأمین سلامت جسمی و روانی آنها، از مهمترین اهداف برنامه ریزان آموزشی دولت ها می باشد (۲).

دانشجویان از جمله گروه های اجتماعی مؤثر، مهم و آینده ساز هر جامعه ای می باشند که رشد شخصیت و ارتقاء دانش و مهارت آنها در گرو شناخت فاکتورهای مؤثر بر "شرایط و نحوه زندگی" آنها می باشد که در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی مطرح و مورد ارزیابی قرار می گیرد (۳).

یکی از متغیرهایی که در میان دانشجویان از اهمیت خاصی برخوردار است، روان نژندی است. روان نژندی نوعی بیماری روانی یا رفتاری است که اساسی عضوی ندارد. در این بیماری اضطراب روانی با حفظ سلامت توان عقلی در شخص پدید می آید (۴). دومین متغیر وابسته این پژوهش، که محقق در پی مطالعه آن است، درون گرایی است. درون گرایی باید به منزله ی فقدان برون گرایی در نظر گرفته شود تا به عنوان ضد برون گرایی. از این رو افراد درون گرا خوددارترند تا غیر دوستانه، مستقلند تا پیرو، یکنواخت و متعادلند تا تنبل. یکی از ویژگی های برجسته ی این افراد کنجکاو است (۵).

متغیرهای فوق الذکر، هر دو تحت عنوان ویژگی های شخصیتی محسوب می شوند. ویژگی های شخصیتی در دانشجویان یکی از عواملی است که در صورت مدیریت نشدن و چاره اندیشی و درمان به موقع آن باعث به مخاطره افتادن کیفیت زندگی و اختلال در کارکردهای روزانه دانشجویان می شود، بر سلامت جسمانی و روانی آن ها تأثیرات مخربی می گذارد و باعث افت عملکرد تحصیلی آن ها می شود. بر این اساس، بررسی و شناسایی عوامل مؤثر و دخیل در آسیب پذیری دانشجویان در برابر این ویژگی های شخصیتی حائز اهمیت فراوان دارد (۶).

دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره به طور حتم دارای آسیب ها و مشکلات ویژه ای هستند که باید بطور موثر شناخته، مشاوره و درمان شوند. در مراکز مشاوره از روش های مشاوره و روان درمانی متعددی برای رفع آسیب ها و مشکلات ویژه دانشجویان استفاده می شود. بهره گیری از درمان های جدید در حوزه روان درمانی و مشاوره نظیر درمان تعهد و پذیرش در کنار سایر عوامل روانشناختی و فرهنگی - اجتماعی، می تواند در بهبود وضعیت روانی دانشجویان مبتلا به اختلال های روانشناختی اثرگذار باشد(۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردی فرایند مدار است که به عنوان یکی از روان درمانی های موج سوم شناخته می شود. ACT تنها مداخله روانی- تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار برده می شود تا انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش دهد (۸). تمرکز ACT افزایش دادن پاسخ انعطاف پذیر نسبت به محیط و سازگاری ارزش های شخصی با محیط به منظور کاهش اضطراب در فرد است(۹). ACT هسته مشکلات را هدف قرار می دهد و هدف کلی آن افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و همچنین توانایی تماس هر چه کامل تر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش ها می باشد، (۱۰). انعطاف پذیری روان شناختی از طریق ۶ هسته ساخته و تثبیت می شود. هر کدام از این هسته ها یک مهارت روانشناختی محسوب می گردند. دیدگاه انعطاف پذیری روانشناختی در درمان ACT می تواند منجر به کاهش خشم، خصومت و تجاوز شود(۱۱). همچنین نتایج پژوهش های اخیر صورت گرفته نشان می دهد که ویژگی مهم انعطاف پذیری در درمان ACT می تواند منجر به کاهش پرخاشگری و خصومت شود (۱۲، ۱۳ و ۱۴). علاوه بر این اثربخشی درمان ACT در بسیاری از مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب (۱۵)، افسردگی (۱۶)، کاهش احساسات و تفکرات منفی (۱۷) تایید شده است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی در این زمینه می توان به شناخت درمانی اشاره نمود. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خلاف شناخت درمانی سنتی (بک)، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی گیرد، در عوض به فرایند های شکل گیری آسیب شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می شود. (۱۸). مهمترین اصل شناخت درمانی این است که حال انسان نتیجه شناخت ها و تفکرات اوست. همه چیز بستگی به نتیجه نگرش شما دارد؛ و بستگی به این دارد که حوادث را چگونه تفسیر می کنید و از سایرین و از اشیاء چه توجیهی دارید در اثر افکار منفی است که بی روحیه و سنگین می شوید و احساس شکست و ناکامی را تجربه می کنید (۱۹). در شناخت درمانی لازم است روش های ناهنجار مسلط در پردازش اطلاعات به سمت روش های هنجار حرکت کنند و افراد از پردازش اطلاعات خود آگاهی بیشتری پیدا کنند و در صورت لزوم به جای ایجاد تغییر در داده ها و منطبق ساختن آنها با طرحواره های موجود سعی کنند طرحواره های خود را با داده ها منطبق سازند (۲۰). به عقیده بک باورهای نادرست معمولاً در دوران کودکی شکل می گیرند و به صورت نهفته و نافع به عنوان یک طرحواره شناختی در حافظه ی دراز مدت باقی می ماند و تغییر در این طرحواره مستلزم تغییر شناخت است (۲۱). پژوهش هایی که به شناخت درمانی پرداخته باشد، اندک است. از جمله آن ها می توان به این موارد اشاره نمود: گاوودیانو، نولن، براون، اسپنین لوبو و میلر در پژوهشی بر روی ۱۴ نفر مبتلا به افسردگی اساسی را مورد درمان قرار داده و به این نتیجه رسیدند که نه تنها شناخت درمانی برای درمان افراد مبتلا به افسردگی اساسی کاربرد بسیار خوبی دارد؛ بلکه باعث افزایش عملکرد روانی اجتماعی این افراد نیز می گردد. نتایج بسیاری از پژوهش ها نشان می دهد شناخت درمانی برای کاهش علائم آسیب شناسی روانی موثر است (۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴). همچنین، خانه زر در پژوهشی نشان دادند که می توان شناخت درمانی را به عنوان یک روش مؤثر در بهبود

افسردگی و پذیرش خود بیماران مبتلا به ام‌اس پیشنهاد داد. عزیزی نیز در پژوهش "اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه"، به درمان شناخت درمانی بر افسردگی و اضطراب پرداخت. نتایج نشان داد که شناخت درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان زنان سالمند موثر است.

در مورد دلایل مقایسه این دو رویکرد درمانی در پژوهش حاضر می‌توان گفت که هارلی (۲۰۱۵)، در مقاله‌ای تحت عنوان "پل زدن شکاف بین شناخت درمانی و ACT" می‌نویسد: "اصطلاح‌های نسل "اول"، "نسل دوم" و "نسل سوم" یا موج سوم اغلب برای توصیف گسترش درمان شناختی و رفتاری و بهبود اختلالات عاطفی به کار می‌رود." نسل اول "در اشاره به درمان رفتاری که در دهه ۱۹۵۰ برتری داشت مطرح شد. دیدگاهی که به وسیله استفاده از نظریه و روشهای یادگیری باتمركز بر تغییر رفتار شناخته شد." نسل دوم به "انقلاب شناختی" دهه ۱۹۷۰ و رویکردهایی که فنون شناختی و رفتاری را با هم ترکیب می‌کنند اما بر نقش شناخت‌ها و ایجاد تغییرات درون این حیطه تمرکز دارند اشاره دارد. شناخت درمانی بک بیشتر این موارد را مورد آزمون و استفاده قرار داد. شناخت درمانی بک به عنوان شناخت درمانی استاندارد یا سنتی، "جریان عمده" ایجاد شده متمایز از سایر رویکردهای شناختی - رفتاری است که اخیراً پدید آمده اند. هیز (۲۰۰۴) اصطلاح "موج سوم" یا "نسل سوم" را در اشاره به رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری نظیر شناخت درمانی بر اساس ذهن آگاهی (۲۵) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۶) معرفی می‌کند که در سال‌های اخیر پدیدار شدند؛ درحالی که این رویکردها یا در بخش شناختی یا بخش رفتاری CBT ریشه دارند، همه آنها بجای اینکه این فرض را مطرح کنند که ضروری است که شناخت‌ها تغییر کنند یا بر این حقیقت که احساس "بهتر" هدف مرجع در درمان است، تأکید کنند. در عوض بر ترویج و ارتقاء پذیرش و "اجازه دادن" به تجربه استفاده از فنون سکولار (دنیوی) ذهن آگاهی سرچشمه گرفته از اندیشه بودایی و کار کوبات زین (۱۹۹۱). تأکید می‌کنند. در حال حاضر از بسیاری از رویکردهای موج سوم حمایت عملی می‌شود و بحث در مورد نقش ذهن آگاهی سکولار در علوم روانشناسی، سلامت، تربیتی غرب گسترش یافته است.

پژوهش اندکی سعی کردند تا درمان ACT را با شناخت درمانی بک مقایسه نمایند، از جمله بیات (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی دو رویکرد شناخت درمانی ACT و بک بر بهبود باورهای خاص ناسازگار اهداکنندگان کلیه پرداخت. نتایج نشان داد که درمان ACT نسبت به درمان بک، تأثیرگذاری بیشتر بر باورهای خاص ناسازگار اهداکنندگان کلیه دارد. همچنین، بصائری (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود نشان داد که فراشناخت درمانی ولز در درمان افسرده خویی موثرتر از شناخت درمانی بک است.

کاربرد موفقیت آمیز مشاوره با دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه مستلزم شناخت ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار شخصیت آنان است. (۲۸) هنگامی که مشاوران و روان‌درمانگران در فرایند سنجش روانشناختی با رویکرد تشخیصی - درمانی به شناسایی دقیق آسیب شناسی روانی آزمودنی می‌پردازند، میزان و شدت عوارض روانشناختی را قبل از اعمال فرآیندهای درمانی تعیین می‌کنند. به هر میزان که شدت عوارض روانشناختی آزمودنی کاهش و شدت آسیب روانی وی التیام یابد، به همان میزان نیز می‌توان اثربخشی درمان را مشاهده نمود (۲۹).

پژوهش حاضر از این نظر که اثربخشی دو مدل درمانی و مشاوره را بر روان رنجوری و درون گرایی دانشجویان مورد بررسی و مقایسه قرار می‌دهد، می‌توان جدید و نوآورانه در نظر گرفت، زیرا باتوجه به پیشینه پژوهش ملاحظه می‌شود که پژوهش‌های قبلی در مورد موضوع تحقیق، یا یکی از این مدل‌ها را بررسی کرده‌اند و یا در زمینه ویژگی‌هایی از دانشجویان تحقیق نموده‌اند که غیر از ویژگی‌های شخصیتی مورد نظر در این پژوهش است.

با توجه به اینکه برخی از پژوهشگران در حوزه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش - که در پژوهش ها و مطالب فوق الذکر مواردی از آنها ارایه شد- بر این باورند که این درمان نسبت به درمان های نسل اول اثربخش تر است، لذا این پژوهش قصد دارد این ادعا را در بوته آزمایش مورد آزمون قرار دهد، در نتیجه محقق به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا بین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر روان رنجوری و درون گرایی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش های شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی ها در گروه های آزمایش و کنترل است. جامعه آماری این پژوهش دانشجویانی هستند که در بازه زمانی فروردین تا شهریور ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر مراجعه نمودند. که تعداد آن ها حدود ۴۷۳ نفر بودند که از این تعداد ۲۵۱ نفر دختر و ۲۲۲ نفر هم پسر هستند. حجم نمونه به تعداد ۴۵ نفر دانشجو می باشد که به روش نمونه گیری هدفمند از جامعه آماری انتخاب شدند. بدین ترتیب که به دانشجویانی که به خاطر داشتن مشکلی به مرکز مشاوره مراجعه کرده اند، پرسشنامه داده شد و سپس از میان آن ها، ۴۵ نفر که نمره بالا در مقیاس های روان نژندی و درون گرایی پرسشنامه MMPI-2RF کسب کردند با اعلام آمادگی خود در طرح پژوهش شرکت نمودند. در مرحله بعد پس از همتاسازی از نظر سن، جنس و...؛ ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر در گروه آزمایش شناخت درمانی بک و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند.

**پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا:** در این پژوهش از میان خرده مقیاس های پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، نسخه پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا ۲- فرم باز سازی شده انتخاب شد. این نسخه دارای ۳۳۸ سؤال است که شامل ۸ مقیاس روانی و ۴۲ مقیاس اصلی می باشد (۲۹).

روش پژوهش مورد استفاده در این پژوهش، روش شبه آزمایشی و میدانی است که در آن اثربخشی دو متغیر مستقل (درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک) بر متغیرهای وابسته (روان رنجوری و درون گرایی) مورد بررسی قرار گرفت. بر همین اساس، سه گروه از دانشجویان انتخاب شدند. ابتدا از آن ها پیش آزمون گرفته شد. سپس، دانشجویان برگزیده به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. به دنبال آن، متغیر مستقل درمان پذیرش و تعهد روی گروه آزمایش ۱ و شناخت درمانی بک روی گروه آزمایش ۲ اعمال گردید و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. بعد از آن تغییرات متغیر وابسته مورد اندازه گیری قرار گرفت و یک مرحله ی پیگیری (یک هفته بعد از اتمام پس آزمون) نیز از دو گروه در معرض متغیر مستقل انجام شد. هر دو گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در ساعات ۱۰ الی ۱۲ روز و در مرکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در معرض آموزش قرار گرفتند و برای گروه کنترل (گروه سوم) هیچ گونه مداخله ای انجام نگرفت. محتوای مداخلات در گروه های آزمایشی ACT و CT در ۱۰ جلسه براساس بسته آموزشی ارایه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی ACT

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
دوم	سنجش کلی و بررسی افکار و احساسات پریشان کننده در اعضای گروه سنجش شیوه های کنترل این افکار و احساسات تهیه فهرستی از مزایا و معایب شیوه های کنترل مشکلات بازخورد جلسه دوم
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل تصریح نا کارآمدی کنترل روادیده های منفی با استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان ACT
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل آموزش این که افراد گروه بدون بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساس خود، آن ها را بپذیرند هیجانات و تفاوت آن ها با افکار و احساسات تاکید بر اصل پذیرش، بازخورد و ارائه تکلیف این که چقدر خود و احساسات دیگران را می پذیریم.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل بررسی ارزش های هر یک از افراد، تصریح ارزش ها، اهداف، اعمال و موانع درونی و بیرونی و تعمیق این مفاهیم بازخورد و ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش ها بررسی تکالیف جلسه قبل
ششم	تفهم آمیختگی و گسلس با استفاده از استعاره ها و تمثیل ها انجام تمرین های تجربی برای تفهم مفهوم گسلس: در این جلسه تمرین «با ذهن خود قدم بزنید» . بازخورد و ارائه تکلیف تکنیک های ذهن آگاهی همراه با پذیرش.
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل معرفی انواع آمیختگی، خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن، استفاده از توصیف ها به جای ارزیابی در میان جملات اشاره ای به ارزش ها و بررسی نمره انطباق. بازخورد و ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از انواع آمیختگی در افراد گروه.
هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل ارتباط با زمان حال، تصریح مفهوم خود مشاهده گر (صفحه شطرنج) بازخورد، ارائه تکلیف: ثبت مواردی که افراد قادر به نظاره ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی بوده اند.
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل

جست وجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه با شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها.

بازخورد، ارائه تکلیف: گزارشی از گام های پیگیری ارزش و اندیشیدن در پیرامون دستاوردهای جلسات.

مروری بر مطالب ارائه شده، جمع بندی مکانیسم بررسی شده در طی جلسات، بازخورد و پس آزمون

دهم

## جدول ۲. محتوای جلسات شناخت درمانی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
دوم	مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت هایی که فکرها را آزردهنده به سراغشان می آید و چگونگی مدارا کردن هر یک از آن ها با موقعیت، بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل توضیح باورهای خاص شناختی و انواع آن بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل آموزش رابطه محرک-فکر-احساس-رفتار بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل شناسایی افکار و آموزش واقعه پیشامد، رفتار هدف و پیامد، بحث راجع به برانگیزاننده های پنهان و آشکار. توجه به عواقب هر عملکرد بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل صحبت راجع به خودگویی ها و افکار، افکار غیرمنعطف و منعطف. بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل آموزش و تمرین آرمیدگی، بررسی بازی نقش با تمرکز به خودگویی و افکار غیرمنعطف و منعطف. بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
هشتم	مرور خلاصه های جلسات قبل و تمرین آرمیدگی و بازخورد دادن
نهم	تمرین حل مسئله و تمرین آرمیدگی، آموزش جرأت مندی با توضیح راجع به احساس اولیه و احساس ثانویه بازخورد مثبت

قبل از اجرای پرسشنامه و در آغاز فرایند پژوهش، کلیه دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش، با فرایند شرکت در این پژوهش آشنا شده و رضایت نامه با فرم کتبی ارائه دادند. همه دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش، اطمینان کامل داده شد که اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه ها و مصاحبه ها و مراحل پژوهش کاملاً محرمانه تلقی می شود و در انجام امور پژوهشی و علمی مورد استفاده قرار می گیرد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش بدین صورت است که ابتدا میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در گروه های آزمایش ACT و CT شناخت درمانی بک و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری محاسبه و سپس به منظور تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS و مدل آماری اندازه گیری مکرر ترکیبی<sup>5</sup> استفاده شده است.

#### یافته ها:

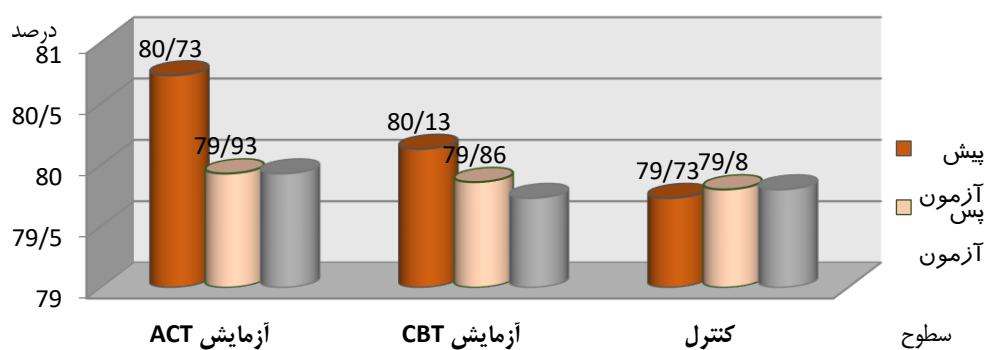
جدول ۳. شاخص های آماری مقیاس «روان نژندی» در دانشجویان دانشگاه اسلامشهر

متغیر		سطوح				
		میانگین	انحراف معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی	نمره حداکثر
آزمایش (ACT)	پیش آزمون	80/73	3/65	-0/21	-1/46	85
	پس آزمون	79/93	3/73	-0/23	-1/37	85
	پیگیری	79/73	3/71	-0/15	-1/35	85
آزمایش (CT)	پیش آزمون	80/13	4/67	0/17	-1/64	87
	پس آزمون	79/86	4/80	0/15	-1/58	87
	پیگیری	79/73	4/93	0/13	-1/58	87
کنترل	پیش آزمون	79/73	4/25	0/49	-1/21	87
	پس آزمون	79/80	4/32	0/51	-1/46	86
	پیگیری	79/80	4/34	0/54	-1/35	87

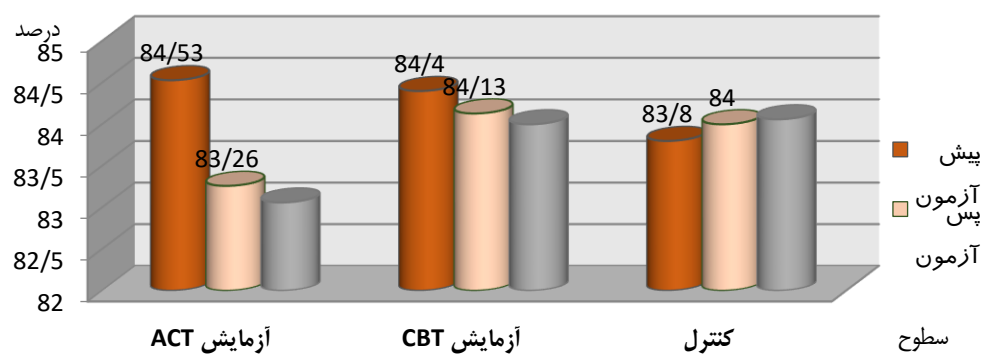


جدول ۴. شاخص‌های آماری مقیاس «درونگرایی» در دانشجویان دانشگاه اسلامشهر

متغیر		سطوح				
میانگین	انحراف	ضریب	ضریب	نمره	نمره	
معیار	کجی	کشیدگی	حداقل	حداکثر		
84/53	2/87	-2/82	9/70	75	87	آزمایش پیش آزمون
83/26	3/08	-2/92	9/90	73	86	آزمایش پس آزمون (ACT)
83/06	3/01	-2/93	10/12	73	86	پیگیری
84/40	2/99	0/78	2/21	79	92	آزمایش پیش آزمون
84/13	3/24	0/52	1/74	78	92	آزمایش پس آزمون (CT)
84	3/07	0/30	1/20	78	91	پیگیری
83/80	3/36	-0/76	-0/79	78	88	کنترل پیش آزمون
84	3/33	-0/65	-0/81	78	88	کنترل پس آزمون
84/06	3/53	-0/66	-0/28	77	89	کنترل پیگیری



نمودار ۱. متغیر «روان نژندی»



نمودار ۲. متغیر «درونگرایی»

جدول ۵. مقایسه تأثیر درمان گروهی «مبتنی بر پذیرش و تعهد» با «شناخت درمانی بک» بر «روان نژندی» دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

اثر	آزمون‌های چندمتغیری	میزان	میزان F	سطح معنی‌داری
اثربخشی درمان	اثر فیلائی	341/0	588/10	001/0
	لامبدای ویلکس	659/0	588/10	001/0
	اثر هاتلینگ	516/0	588/10	001/0
	بزرگترین ریشه روی	516/0	588/10	001/0

با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (ردیابی فیلائی، لامبدای ویلکس، ردیابی هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی)، ارتباط معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین سطوح اندازه‌گیری متغیر وابسته «روان نژندی» در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با تأکید بر اثربخشی درمان وجود دارد. بنابراین، میتوان به صحت و سقم داده‌های پژوهش تأکید نمود و رابطه مثبتی بین نمرات هر آزمودنی در سه مرحله وجود داشته و معرف ارتباط داده‌های تجربی درون آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با تأکید بر متغیر وابسته «روان نژندی» است.

جدول ۶. آزمون کرویت موشلی جهت تعیین نرمال بودن متغیر وابسته «روان نژندی» در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

آزمون موشلی	مجدورخی تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرین هاوس گیزر	هون فلدت	حد پایین
642/0	167/18	2	001/0	736/0793/0	500/0	

با توجه به آزمون موشلی از کرویت، می‌توان عنوان نمود که میزان  $W$  موشلی، (۰/۶۴۲) بوده و با رجوع به پایه لگاریتم مجدورخی توزیع نظری تقریبی که رقم (۱۸/۱۶۷) است، می‌توان عنوان کرد که در سطح  $\alpha=0/01$ ، آزمون موشلی معنی‌دار بوده و توزیع نرمال چندمتغیری مشاهده شده است و مفروضه استفاده از مدل آماری اندازگیری مکرر ترکیبی مشاهده می‌شود و می‌توان از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آورد.

جدول ۷. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی مبتنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، درمان شناختی بک (CT) بر «روان نژندی»

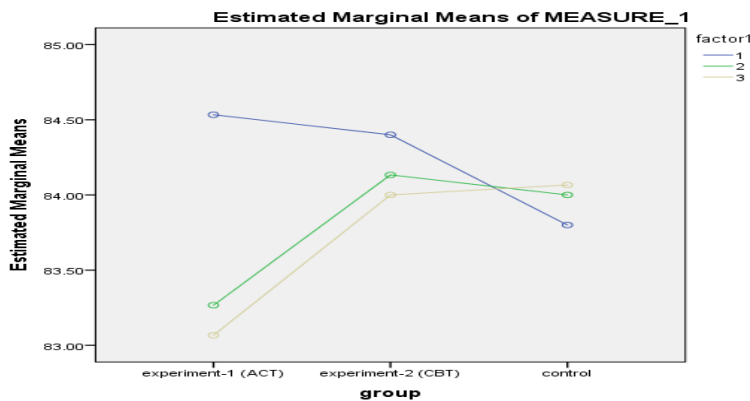
منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	میزان	سطح
	مجدورات	آزادی	مجدورات	<b>F</b>	معنی داری
اثربخشی درمان	348/7	2	674/3	652/16	001/0
خطا	533/18	84	221/0		

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان  $F$  بدست آمده از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی بک (CT) بر «روان نژندی» با تأکید بر سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، تفاوت معنی داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین سه گروه مذکور وجود دارد. بنابراین، از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی دو گروه استفاده می شود.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بنفرونی مرتبط با مقایسه «روان نژندی» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)

میزان تفاوت	تعهد و پذیرش	شناختی بک	کنترل
سطح معنی داری			
تعهد و پذیرش	555/0	333/1	
شناختی بک	---	222/1	
کنترل	05/0	05/0	

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر به دست آمده بین تفاوت میانگین‌های «روان نژندی» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، میتوان مطرح نمود که تفاوت معنی داری در سطح  $\alpha=0/05$  بین دو گروه تعهد و پذیرش با کنترل و شناختی بک با کنترل وجود دارد. بنابراین، اثربخشی درمان برکاهش «روان نژندی» به دست آمده است. با تأکید بر مقایسه اثربخشی دو گروه، عنوان گردید که هرچند میزان اثربخشی درمان تعهد و پذیرش از شناختی بک بالاتر است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نیست.



نمودار ۳. مقایسه تأثیر درمان گروهی «مبتنی بر پذیرش و تعهد» با «شناخت درمانی بک» بر «روان نژندی» دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

جدول ۹. مقایسه تأثیر درمان «گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» با «شناخت درمانی بک» بر «درونگرایی» دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

اثر	آزمون‌های چندمتغیری	میزان	میزان F	سطح معنی‌داری
اثربخشی درمان	اثر فیلائی	278/0	883/7	001/0
	لامبدای ویلکس	722/0	883/7	001/0
	اثر هاتلینگ	385/0	883/7	001/0
	بزرگترین ریشه روی	385/0	883/7	001/0

با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (ردیابی فیلائی، لامبدای ویلکس، ردیابی هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی)، ارتباط معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین سطوح اندازه‌گیری متغیر وابسته «درونگرایی» در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با تأکید بر اثربخشی درمان وجود دارد. بنابراین، میتوان به صحت و سقم داده‌های پژوهش تأکید نمود و رابطه مثبتی بین نمرات هر آزمودنی در سه مرحله وجود داشته و معرف ارتباط داده‌های تجربی درون‌آزمودنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با تأکید بر متغیر وابسته «درونگرایی» است.

جدول ۱۰. آزمون کرویت موشلی جهت تعیین نرمالبودن متغیر وابسته «درونگرایی» در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

درون آزمودنی	آزمون موشلی	مجدورخی تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرین هاوس گیر	هوپین فلدت	حد پایین
درون آزمودنی	558/0	946/23	2	001/0	693/0	744/0	500/0

با توجه به آزمون موشلی از کرویت، می‌توان عنوان نمود که میزان  $w$  موشلی، (۰/۵۵۸) بوده و با رجوع به پایه لگاریتم مجذورخی توزیع نظری تقریبی که رقم (۲۳/۹۴۶) است، می‌توان عنوان کرد که در سطح  $\alpha=0/01$ ، آزمون موشلی معنی‌دار بوده و توزیع نرمال چندمتغیری مشاهده شده است و مفروضه استفاده از مدل آماری انداره گیری مکرر ترکیبی مشاهده می‌شود و می‌توان از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آورد.

جدول ۱۱. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی مبتنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، درمان شناختی بک (CT) بر «درونگرایی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری
اثربخشی درمان	815/4	2	407/2	044/11	001/0
خطا	311/18	84	218/0		

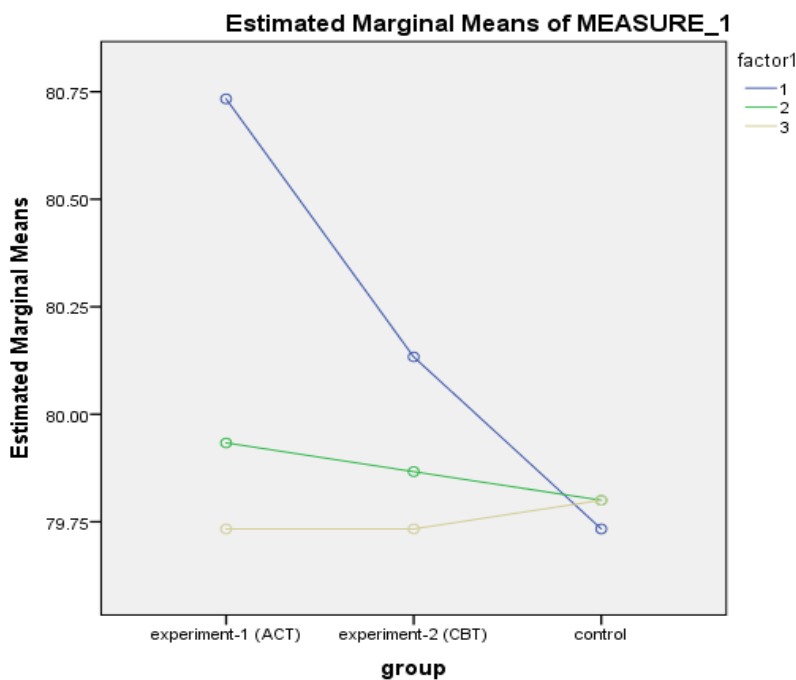
با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان F بدست آمده از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی بک (CT) بر «درونگرایی» با تأکید بر سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین سه گروه مذکور وجود دارد. بنابراین، از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی دو گروه استفاده می‌شود.

جدول ۱۲. آزمون تعقیبی بنفرونی مرتبط با مقایسه «درونگرایی» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)

میزان تفاوت سطح معنی‌داری	تعهد و پذیرش	شناختی بک	کنترل
تعهد و پذیرش		222/0	355/1
شناختی بک	---		133/1
کنترل	05/0	05/0	

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر به دست آمده بین تفاوت میانگین‌های «درونگرایی» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، میتوان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/05$  بین دو گروه تعهد و پذیرش با کنترل و شناختی بک با کنترل وجود دارد. بنابراین، اثربخشی درمان بر کاهش

«درونگرایی» به دست آمده است. با تاکید بر مقایسه اثربخشی دو گروه، عنوان گردید که هرچند میزان اثربخشی درمان تعهد و پذیرش از شناختی بک بالاتر است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نیست.



نمودار ۴. مقایسه تأثیر «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» با «شناخت درمانی بک» بر «درونگرایی» دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

### بحث و نتیجه گیری:

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعهد و پذیرش و شناخت درمانی بک بر روان رنجوری و درون گرایی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر بود. نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «روان نژندی» موثر می باشد (۰/۰۰۱). همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری نیز ثابت بوده و نتایج آن نزدیک به نتایج مرحله پس آزمون می باشد. در این راستا تا آنجا که پژوهشگر بررسی کرد، پژوهش های مشابهی برای مقایسه این دو روش درمان یافت نشد. اما این یافته که «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «روان نژندی» موثر است، با نتایج پژوهش های ابراهیمی مقدم، امان الهی، زارع و رجبی (۱۳۹۶)، نعیمی و مظاهری (۱۳۹۶)، و سرل و همکاران (۲۰۱۱)، هایس و همکاران (۲۰۱۳)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴)، یاداوایاپ، هیز و ویلدرگا (۲۰۱۴)، دویسون و همکاران (۲۰۱۶)، دوناهو و همکاران (۲۰۱۷)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۸)، بای و همکاران (۲۰۲۰) تا حدودی همخوانی دارد. در تبیین یافته فوق می توان گفت: رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. در درمان ACT، انعطاف پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده شان باشد (۳۰). در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به کاهش شدت

روان رنجوری در دانشجویان شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آن ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع، هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی-داری در افسردگی و اضطراب این بیماران شد. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آن ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. در نتیجه میزان روان نژندی آن ها کاهش پیدا می کند.

همچنین نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «درون گرایی» موثر می باشد (۰/۰۰۱). همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری نیز ثابت بوده و نتایج آن نزدیک به نتایج مرحله پس آزمون می باشد. در این راستا تا آنجا که پژوهشگر بررسی کرد، پژوهش های مشابهی برای مقایسه این دو روش درمان یافت نشد. اما این یافته که «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «درون گرایی» موثر است، با نتایج پژوهش های نعیمی و مظاهری (۱۳۹۶)، یاسائی، شفیع آبادی و فرزاد (۱۳۹۶)، شریفی پور (۱۳۹۷)، مشتاقی (۱۳۹۷)، شهرزادانیا (۱۳۹۷)، عزیزی، رسول زاده طباطبایی و جان بزرگی (۱۳۹۸)، بوهلمجیر و همکاران (۲۰۱۱)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴)، یاداوایپ، هیز و ویلدرآگا (۲۰۱۴)، ایزنیک، شیتز و زکرز (۲۰۱۷)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۸)، بای و همکاران (۲۰۲۰) تا حدودی همخوانی دارد. در تبیین یافته فوق می توان گفت: هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به حداکثر رساندن پتانسیل فرد برای یک غنا و معنا بخشیدن به زندگی است. نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که آن چه خارج از کنترل شخصی ات است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می سازد، متعهد باش. هدف این درمان کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است؛ در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد. استعاره ها و تمرین های این درمان، به منظور درهم آمیختگی فرایندهای روانی در جهت تمرکز بر انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان یک کل استفاده می شوند. انعطاف پذیری روانشناختی می توان به صورت ارتباط با لحظه حاضر به عنوان انسانی آگاه، به طور کامل و بدون دفاع، همان طوری که هست و نه چیزی که فرد اظهار می کند هست و تداوم یا تغییر در رفتار، در خدمت ارزش های انتخاب شده تعریف می شود (۳۱).

این هدف اصلی مدل درمانی پذیرش و تعهد است و همه شش فرایند فوق با یکدیگر به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی همکاری می کنند. به طور کلی، محقق با استفاده از این درمان، مراجعان را تشویق نمود تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند. در

مجموع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مراجع می آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت هایی که او را به اهداف انتخاب زندگی (ارزش ها) نزدیک تر می کند، کنترل خود را اعمال کند. درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همان گونه که هستند، مهارت کسب کنند. بدین ترتیب، میزان درون گرایی کاهش پیدا خواهد کرد (۳۲).

پژوهش حاضر با وجود نتایج به دست آمده با محدودیت هایی روبرو بوده است که می توان به محدودیت در روش نمونه گیری (هدفمند) اشاره کرد که با شیوه مطالعه این پژوهش روش تصادفی امکان پذیر نبود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود.

### نتیجه گیری

نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیرهای «روان نژندی» و «درونگرایی» موثر می باشد؛

### تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم تشکر و قدردانی می شود.

### بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایتنامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران مصوب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. از شرکت کننده های تحقیق حاضر دست نوشت های شامل بیانیه ای درباره تأیید شرکت در مداخله و رضایت اخلاقی دریافت شد و به آن ها درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش اطمینان داده شد و همچنین درباره روند مداخله و چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به آن ها توضیح داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

### تزاخم منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

### منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

### مشارکت نویسندگان



در انجام این پژوهش نویسنده اول به عنوان مجری، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم به عنوان اساتید مشاور مشارکت داشتند.

## References:

1. Costa P., McCrae R.R.. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO five factors Inventory (NEOFFI) professional Manual. Odessa, FL Psychological Assessment Resources. 1992.
2. Abdolahi H., Kamali M., Mobaraki H.. Relationship between personality extraversion-introversion with job satisfaction in disabled employees, *Organizational Culture Management*, 2017; 14(42): 1025-1042.
3. Hosseini A., Zaharakar K., Davarnia R., Shakarami M.. Prediction of Vulnerability to Stress Based on Social Support, Resiliency, Coping Strategies and Personality Traits among University Students, *Researches of Cognitive and Behavioral Science*, 2017; 6(2): 27-42.
4. Parvin Hemmat Afza, ferozeh sepehrian, Esmaeil Soleymaniyan, The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on social adjustment, mental turmoil and self-rupturing among people with transgender sexual disorder, *Ethical Research*, 2018; 9(1): 269.
5. Hayes S. C., Levin M. E., Plumb-Vicarage J., Villatte J. L. and Pistorello J.. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therap*, 2013; 44: 180-196.
6. Berkout O.V., Tinsley D., Flynn M.K.. A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *J Contextual Behavioral Science*, 2019; 11: 34-43.
7. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillism J.. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 2006; 44 (1): 1-25.
8. Hayes S.C., Levin M.E., Plumb-Vicarage J., Villatte J.L. Pistorello J.. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 2013; 44: 180-196.
9. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th Ed.)*. Washington, 2013. DC: Author.
- 10- Beck A.T.. *Cognitive therapy for depression: theoretical reflection and personal thinkings. Psychology & society (Psihologija i društvo)*, 2019; 1: 83-89.
11. Coatworth J.M.. The relationship between social class and childrearing behaviors: Parents' perspective taking and value orientations. *Journal of Marriage and Family*, 2007; 59: 33-40.
12. Davison T.E., Eppingstall B., Runci S., O'Connor D.W., A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 2016; 21 (7): 766-773.

13. Muratori P., Levantini V., Manfredi A., Ruglioni L., Lambruschi F.. Parent training interventions for children and adolescents with aggressive behavioral problems. *Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources*, 2018: 101-113.
14. Shulman B., Dueck R., Ryan D., Breau G., Sadowski I., Misri S.. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 2018; 235: 61-67.
15. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M., Makarova I.A., Yaltonskaya A.V.. Cognitive therapy of depressive ruminations. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 2020; 50 (1): 51-56.
16. Yadavaia J. E., Hayes S. C., Vilardaga R.. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J Contextual Behavioral Science*, 2014; 3 (4): 248-257.
17. Wetherell J.L., Liu L., Patterson T.L., Afari N., Ayers C.R., Thorp S. R., Petkus A. J.. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 2011; 42 (1): 127-134.
18. Hopwood C.J., Malone J.C., Ansell E. B., Sanislow C.A., Grilo C.M., McGlashan T.H., et al. Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord*, 2011; 25 (3): 305-320.
19. Herbert D., Forman E. M. New directions in cognitive behaviortherapy: Acceptance based therapies, chapter to appear in W.O'donohue, Je. Fisher, (Eds), *cognitive behavior therapy: Applyingempirically supported treatments in your practice*. Hoboken.NJ: Wiley, 2013
20. Naeimi E., Mazaheri Z.. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Career Adaptability, *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 2017; 7(27): 159-178.
21. Azizi S., Rasool Zade Tabatabaie K., Janbozorgi M.. Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Depression Taking into Account the Level of Psycho-Spiritual Development (Case Study), *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 2019; 9(35): 147-172.
22. Rahmani F., Malmir T.. investigate the effectiveness of group training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression and anxiety in patients with panic, *Quarterly J Psychological Studies*, 2018; 13(4): 141-156.
23. A.Amanollahi, M., Zare Gh., Rajabi.. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on acceptance and growth after break up in female students with break-up experience, *Counseling Research & Developments*, 2018; 16(64): 4-29.
24. Agha Yousefi A., Alipour A., Sharif N.. Estimating Reliability and Validity of Index Personal well-being Scale - Cognitive Disability, *J Exceptional Children*, 2009; 9(2): 145.

25. Kimiaye A., Shafi Abadi A., Delavar A., Sahebi A.. The comparison of effectiveness of Beck and Teasedale cognitive therapy and yoga exercise in the treatment of major depression, *Studies in Education and Psychology*, 2007; 7(2): 87.
26. S. Rezaee Farahabadi M. A. Mazaheri S. Amiri H.. Talebi, The Effectiveness of Attachment-Based Intervention in Reducing Aggressive and Law-Breaking Behavior among Adolescent Girls, *Journal of Family and Research*, 2014; 11(3): 97.
27. Yasaie Sokeh M., Abdollah Shafiabadi, Farzad V.. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment group therapy (ACT) with mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on hemodialysis patients in terms of anxiety and depression, *J Fundamentals of Mental Health*, 2017; 19(78): 220-230.
28. Sadatlarjani Z., Mohammadkhani P., Hasani F., Sepahmansour M., Mahmoodi GH.. A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students, *Quarterly J Psychological Studies*, 2014; 10(2): 27-50.
29. Kahrizi SH., Taghavi M., Ghasemi R., Goodarzi M.A.. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on Depression, Anxiety and Somatic Symptoms in Asthma patients, *Razi Journal of Medical Sciences*, 2017; 24(154): 27-36.
30. Yabandeh M.R., Bagholi H., Sarvghad S., Kouroshnia M.. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Social Anxiety Disorder Symptoms, *J Psychological Models and Methods*, 2019; 10(36): 177-196.
31. Ghadampour E., Marmazipour Z., Ranjbordar M., Arman Aj, Pireinoldin S.. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on g reduce Cognitive Conflicts and Negative Self-coming Thoughts, *Iranian J Nursing Research*, 2019; 14(59): 67-76.
32. Izadi R., Neshatdust H., Asgari K., Abedi M.. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder, *J Research in Behavioural Sciences*, 2014; 12(1): 19-33.