

**Effectiveness of acceptance and
commitment therapy on depression,
rumination and self – efficacy of depressed
female high school students****اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
بر افسردگی، نشخوار فکری و خودکارآمدی
دانش آموزان دختر افسرده دوره متوسطه دوم**

مرضیه ابوترابیان

Marzieh Abootorabian, M.APsychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan)
Branch, Isfahan, Iran.**Inaz Sajjadian, Ph.D**Associate Professor, Department of Clinical Psychology,
Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan)
Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه
آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
ایلناز سجادیان*دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد
اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران**چکیده****Abstract**

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on rumination, depression and self-efficacy of high school girls in Isfahan. The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with control group. Thirty female students were randomly selected from a group of female high school students in Khomeini Shahr by screening method and were randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). Subjects in each group answered adolescent depression questionnaires (Kutcher, 2002), rumination answers (Yousefi, 2009) and self-efficacy (Sherrer, 2002) before, after and three months after the intervention. Experimental group 10 sessions, treatment based on acceptance and commitment (Hayes & Strosahl, 2010) but no intervention was performed in the control group. The results of multivariate analysis of covariance showed that the mean scores of depression and rumination of students after treatment decreased in the post-test and follow-up phase and their self-efficacy increased. According to the results of this study, acceptance and commitment-based therapy significantly reduced rumination and depression in the experimental group compared to the control group ($P < 0.001$) and increased the self-efficacy of the experimental group compared to the control group ($P < 0.001$).

Keywords: depression, self-efficacy, rumination, female high school students, acceptance and commitment therapy.

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان دختر متوسطه شهر اصفهان انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ دانش‌آموز دختر به شیوه تصادفی خوشه‌ای از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهرستان خمینی‌شهر با روش غربالگری انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها در هر گروه، قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های افسردگی نوجوانان (Kutcher, 2002)، پاسخ‌های نشخواری (Yousefi, 2009) و خودکارآمدی (Sherrer, 2002) پاسخ دادند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس بسته درمانی (Hayes & Strosahl, 2010) دریافت نمودند اما بر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و نشخوار فکری دانش‌آموزان بعد از درمان، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته و خودکارآمدی آنان افزایش یافته است. بنا بر نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری و افسردگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش داده ($P < 0/001$) و باعث افزایش خودکارآمدی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ($P < 0/001$).

واژه‌های کلیدی: افسردگی، خودکارآمدی، نشخوارهای فکری، دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

مقدمه

می‌تواند به عنوان عامل ایجادکننده افسردگی باشد و به طولانی‌تر شدن یا حفظ آن می‌انجامد (Hasegawa, Kunisato, Morimoto, Nishimure & Matsuda, 2018). نشخوار فکری یک سبک پاسخ‌دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل و پیامدهای ممکن مشخص می‌شود. نشخوار فکری، آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی افزایش می‌دهد. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد (Cohen, Daches, Mor, & Henik, 2014). به طور کلی، نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه است که جنبه تکراری دارد، مانع حل سازگارانۀ مسأله شده و به افزایش احساس منفی می‌انجامد. از ویژگی‌های مرتبط با نشخوار فکری، می‌توان به احساس منفی و علائم افسردگی، تفکر جهت‌دار منفی، حل ضعیف مسأله، انگیزش آسیب دیده، بازداری رفتارهای مثبت، تمرکز آسیب دیده و افزایش استرس اشاره کرد (Alderman, Olson, Bates, Selby, Buckman, & et al, 2015). طبق رویکرد فراشناخت، خلق افسرده بر دامنه وسیعی از فعالیت‌های شناختی فرد تأثیر می‌گذارد و اینجاست که نشخوار فکری در یک مدل سه سطحی با نام "الگوی عملکرد اجرایی خودنظمی" ایجاد می‌گردد. در این مدل نشخوار فکری با خودنظمی و ناکارآمدی عاطفی در یک ساختار سه سطحی مرتبط می‌شود. واقع نشخوار فکری، نوعی سبک مقابله با خلق افسرده محسوب می‌شود. طبق این مدل باورهای فراشناخت حمایت‌کننده از نشخوار فکری در شروع و دوام این سبک مؤثرند (Khayer, Ostowar & Kakroudi, 2015). از سوی دیگر، تقریباً همه بیماران افسرده از کم شدن انرژی، احساس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و خودکارآمدی پایین، رنج می‌برند. خودکارآمدی (Self-Efficacy)، احساسی پایدار و روشن از لیاقت و قابلیت فرد برای کناره‌آوردن مؤثر با بسیاری از موقعیت‌های تنش‌زاست (Fadaee, 2011). خودکارآمدی، باور شخص به توانایی برای درک و اجرای دوره‌های عملی است که برای دستیابی به یک هدف لازم است (Bandura, 2006). ادراک فرد به کارآمدی خویش، تأثیرات ضمنی مهمی بر واکنش‌های هیجانی و ایجاد انگیزش در انجام رفتارهای مختلف دارد.

متخصصان علوم بهداشت روانی-رفتاری اتفاق نظر دارند که افسردگی (Depressin) شایع‌ترین و اساسی‌ترین بیماری روانی به‌خصوص در میان نوجوانان در دو دهه اخیر بوده است (Huang, Liu, Tsai, Sun, & et al, 2017) که بعد از فویبا و سوء مصرف مواد، سومین اختلال روان‌شناختی شایع است (Asgari & Abedi, 2014 Izadi, Neshat Doost,) بیش از نیمی از جمعیت کشور ایران را افراد زیر ۱۸ سال تشکیل می‌دهند که تخمین زده می‌شود که افسردگی در بیشتر از ۱۵ درصد از نوجوانان و جوانان شایع باشد (uqarrab, Shayesteh Rudi, Rezaei, Mili Rudi, Hajinejad, & et al, 2018) طبق تحقیقات صورت گرفته حدود ۲۰ درصد دانش‌آموزان ایرانی افسرده‌اند (Madmoli, Madmoli, Rakesh, & Bosak, 2016) پژوهش (Kumar & Mayank, 2015) نشان داد که نوجوانان دختر به طور معناداری در مقایسه با نوجوانان پسر افسردگی بیشتری دارند. در نتایج پژوهش آنها افسردگی در سنین اوایل نوجوانی، به طور معناداری بیش از اواسط نوجوانی بود (Zargham, Mirzahasani & Movaghar, 2020). بر مبنای گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, 2008) اختلال‌های روانی، چهارمین مسأله اصلی در جهان بوده و بزرگترین ناتوانی در جهان به افسردگی مربوط می‌شود. از سویی دیگر طبق گزارشات همین سازمان، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۰، دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی-عروقی خواهد بود که حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (Ahmadian, Rostami, Afshar, Karimi & Ardalan, 2019). افسردگی با کاهش انرژی و اشتیاق، احساس گناه، فقدان تمرکز، اشتها کم و افکار مربوط به مرگ و خودکشی مرتبط است و همراه با تغییرات در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، صحبت کردن، خواب و توازن‌های بیولوژیک دیگر است (Parinet, 2017). رابطه افسردگی با نشخوار فکری، نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم نشخوار فکری است (Ahmadian, Rostami, Afshar Karimi & Ardalan, 2019). این اعتقاد وجود دارد که نشخوار فکری (Ramination)

تغییر کارکرد این رویدادها و رابطه فرد با آنها از طریق راهبردهایی مثل ذهن‌آگاهی، پذیرش یا گسلش شناختی‌اند (Abyar, Makvandi, Bakhtyarpour, Naderi & Hafezi, 2020). همچنین بر شکل یا فراوانی شناختارهای مزاحم و مسأله‌ساز تأکید نمی‌شود و به جای آن تمرکز بر زمینه شناختی و راهبردهای مقابله‌ای مربوط به این شناختارهاست (Zargar, Farid, Atef-). از بین درمان‌های روانشناختی موجود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) یک درمان رفتاری است که از مهارت ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند (Farahani & Heidari, 2018). این درمان مداخله روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های مبتنی بر بافت و زمینه است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد؛ این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود (Hayes & Lillis, 2012). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های نوظهور نسل سوم، به نظری‌رسد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی، برای بیماران ایرانی مناسب‌تر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (Izadi, Neshat, Doost, Asgari & Abedi, 2014). اگرچه سیر رو به رشدی از پژوهش‌ها با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر صورت گرفته است؛ از اثربخشی این مداخله در مورد نوجوانان افسرده و کاربرد آن موارد اندکی یافته شده است. در یک کارآزمایی بالینی نتایج نشان داد که کاهش معناداری در میزان افسردگی نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به واسطه ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش علائم روان‌پریشی، واکنش آگاهانه به آن و ارزش‌گذاری بر اهداف بر روی جوانان با نشانه‌های اختلال عادت (Trichotillomania) ایجاد شده است (Crosby, Dehlin, Mitchell, Twohig, 2012). مطالعه‌ای دیگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر را نشان داده است (Demehri, Saeedmanesh & et al, 2014).

ناکارآمدی ادراک شده، نقش اصلی را در افسردگی بازی می‌کند (Wang, Zhang, Hui, Bai, Terry & et al, 2014). افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد و افرادی که نمره خودکارآمدی بیشتری دارند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (Javaheri, & Bahiraei, 2005, Kaviani); بنابراین ایجاد راه‌هایی که باعث افزایش خودکارآمدی در دانش‌آموزان شود، می‌تواند از ابتلای آن‌ها به اختلالات روانی تا حدی جلوگیری کند و قدرت سازگاری آن‌ها را با محیط افزایش دهد (Khoshnevisan & Afrouz, 2011). در پژوهشی که با هدف تعیین رابطه افسردگی با خودکارآمدی عمومی و توجه متمرکز بر خود، با سوگیری قضاوت بر دانش‌آموز دبیرستانی نشان داد که افسردگی همبستگی معناداری با خودکارآمدی و توجه متمرکز بر خود دارد (Khayer, Ostowar, & Kakroudi, 2015). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بهبود خودکارآمدی در نوجوانان باید به عنوان موضوعی پایه و بنیادی در زمینه روان‌درمانگری مد نظر قرار گیرد (Zadehmohammadi & Abedi, 2008); زیرا موفقیت آنان در چالش‌های بی‌شماری که در این دوره وجود دارد، با تقویت خودکارآمدی افزایش می‌یابد (Mirghaforv and Tavananezhad, Mohmmad Alizadeh Charanabi & Karkhaneh, 2014). برای درمان اختلالات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب همبود، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی گوناگونی نیز در طول سال‌های متوالی ایجاد شده است. موج اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی، بر پایه دیدگاه‌های شرطی‌سازی کلاسیک در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. موج دوم این درمان‌ها با عنوان درمان رفتاری-شناختی تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید اصلی بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد و تداوم اختلالات روانی بود. موج سوم رفتاردرمانی نسبت به موج دوم، به طور خاصی به زمینه و کارکردهای پدیده روانشناختی حساس است؛ نه فقط به شکل محتوای آنها؛ بنابراین علاوه بر راهبردهای مستقیم و آموزشی‌تر، بر راهبردهای تغییر زمینه‌ای و تجربه‌ای نیز تأکید دارد (Ruggiero, Spada, Caselli & Sassaroli, 2018). این مداخلات به جای تمرکز مستقیم بر تغییر رویدادهای روان‌شناختی، به دنبال

Ahmadian, Rostami , Afshar , Karimi & Ardalan,)
 مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش اضطراب، افسردگی و
 ترس اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان جسمی گروه آزمایش در
 مقایسه با گروه کنترل شده است (Ostadian, Fadi)
 & Moghadam, 2017). نتایج پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی
 بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی
 در بیماران مبتلا به بیماری مالیتیل اسکروز در گروه آزمون شده
 است (Seyfollahi, Monfaredi & Mohtashami, 2016). نتایج
 مطالعه‌ای بر روی دختران نوجوان ورزشکار، حاکی از آن بود که
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش نشخوار فکری در
 مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تأثیری معنادار داشته
 است (Hamidi, Shahmoradi, Javaheri Mohammadi &
 Rohbanfard, 2020). روش پذیرش و تعهددرمانی، در کاهش
 توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی در
 دانشجویان نیز مؤثر بوده است (Mehrdost, Neshat Doost &
 Abedi, 2011).

از آنجا که دوره نوجوانی از لحاظ تغییرات فیزیولوژیکی
 و روانشناختی یکی از دوره‌های مهم زندگی است، این
 تغییرات موجب بروز تحولات عمیق‌تر در این دوره سنی
 می‌گردد (Khodapnahi, 2014). با توجه به اهمیت این دوره،
 همچنین شیوع افسردگی در آنها، که با نشخوار فکری و
 ناکارآمدی همراه می‌گردد و با در نظر گرفتن اینکه اکثر
 مطالعات انجام گرفته در این زمینه بر نمونه‌های غیربالینی بوده
 است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به فرضیه‌های
 پژوهشی زیر بر روی دانش‌آموزان افسرده انجام شد:

۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی
 دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون و
 پیگیری مؤثر است.

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوارهای فکری
 دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون و
 پیگیری مؤثر است.

۳- در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود کارآمدی
 دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون و
 پیگیری مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: این
 پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه
 کنترل بود. برای غربالگری و انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به
 افسردگی، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. جامعه
 آماری شامل ۲۴ دبیرستان و هنرستان دخترانه خمینی‌شهر در

& Jala, 2018). نتایج حاصل از مطالعه‌ای نشان داد که درمان
 مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش اضطراب، افسردگی و
 ترس اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان جسمی گروه آزمایش در
 مقایسه با گروه کنترل شده است (Ostadian, Fadi)
 & Moghadam, 2017). نتایج پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی
 بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی
 در بیماران مبتلا به بیماری مالیتیل اسکروز در گروه آزمون شده
 است (Seyfollahi, Monfaredi & Mohtashami, 2016). نتایج
 مطالعه‌ای بر روی دختران نوجوان ورزشکار، حاکی از آن بود که
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش نشخوار فکری در
 مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تأثیری معنادار داشته
 است (Hamidi, Shahmoradi, Javaheri Mohammadi &
 Rohbanfard, 2020). روش پذیرش و تعهددرمانی، در کاهش
 توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی در
 دانشجویان نیز مؤثر بوده است (Mehrdost, Neshat Doost &
 Abedi, 2011).

در مطالعه‌ای بر روی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی،
 نتایج بیانگر آن بود که درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش
 و تعهد در بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی مؤثر بوده
 است؛ ولی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی-
 رفتاری در افزایش تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در پس‌آزمون
 و پیگیری برتری داشته است (Doroudian, 2019). همچنین
 در پژوهشی که بر روی افسردگی و اضطراب مادران دارای
 فرزند با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی صورت گرفت،
 درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب این
 مادران مؤثر بوده است (Zemestani, Gholizadeh & Alaei,
 2018) در مطالعه‌ای نشان داده شد که آموزش درمان مبتنی بر
 پذیرش و تعهد، بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار
 فکری در بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه که دچار
 ناتوانی‌های جسمی شده‌اند، مؤثر و نتایج درمان پایدار بود
 (Heidari, Asgari & Heidari, 2018). در مطالعه‌ای دیگر
 اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار
 فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
 نشان داده شد (Tanha Doust, Zahiri Mojdehi, Zamani,
 2020) نتایج پژوهش (Zabihi Oskuee & Amani, 2020)

دریافت کردند، آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسات مداخله تمایل داشتند. همچنین ملاک ورود به پژوهش برای مادران عبارت بود از: مبتلا نبودن به اختلالات حاد روان‌پزشکی همزمان، سن کمتر از ۵۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل و تمایل آگاهانه به شرکت در جلسات. ملاک‌های خروج از این پژوهش نیز عبارت بود از: تمایل نداشتن به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه. گروه آزمایش در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته درمان Hayes, (2010) را دریافت کردند (۴ جلسه مخصوص مادران و ۶ جلسه مخصوص دانش‌آموزان به صورت گروهی برگزار شد)، گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری، تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. آزمودنی‌ها قبل از مداخله و ۳ ماه بعد، در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از بسته آماری برای علوم اجتماعی از نسخه ۲۱ و در سطح توصیفی از میانگین و انحراف و در سطح استنباطی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. اطلاعات کافی در مورد اهداف پژوهش و اهمیت آن، حفظ بی‌نامی و داوطلبانه بودن مشارکت و محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده از آنان به شرکت‌کنندگان داده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده، از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و نرم افزار spss نسخه ۲۱ استفاده شد. جدول شماره ۱ شرح جلسات درمانی مادران و دانش‌آموزان را نشان می‌دهد:

دوره دوم متوسطه (۵۲۶۷ نفر) بود؛ بدین منظور با استفاده از جدول (Cohen, 2001) در سطح خطای ($P < 0/05$)، ۲۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در مرحله اول پژوهش برای غربالگری افراد مورد پژوهش توسط پرسشنامه افسردگی نوجوانان (Kutcher, 2002) مورد پرسش قرار گرفتند. سپس ۵۳ نفر که نمره‌ای بیشتر از نقطه برش (نمره ۱۱) در پرسشنامه افسردگی کوتچر (Kutcher) کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۱ استفاده شد.

روش اجرا و سنجش داده‌ها

پس از اجرای پرسشنامه افسردگی نوجوانان (Kutcher, 2002) بر ۲۶۰ نفر از دانش‌آموزان دختر، ۵۳ نفر که در تست افسردگی نمره بیش از نقطه برش (۱۱) کوتچر کسب کرده و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه و مصاحبه بالینی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص افسردگی دریافت نمودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به این پژوهش برای دانش‌آموزان عبارت بود از: دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم که در پرسشنامه افسردگی نوجوانان (Kutcher, 2002) نمره بیش از نقطه برش دریافت نمودند و با مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی را

جدول شماره ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران و دانش‌آموزان

مادران

جلسه اول: هدف: ذهن‌آگاهی، درماندگی خلاق

مقدمه، بحث درباره رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی ذهن‌آگاهی، درماندگی خلاق، تکلیف خانگی.

جلسه دوم: هدف: معرفی کنترل به عنوان مسأله

مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، ادامه ذهن‌آگاهی (استفاده از استعاره تالار)، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، تکلیف خانگی

جلسه سوم: هدف: معرفی تمایل و پذیرش

مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، ادامه کنترل به عنوان یک مسأله، معرفی تمایل و پذیرش، تکلیف خانگی

جلسه چهارم: هدف: معرفی ارزش‌ها و افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری

مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، معرفی ارزش‌ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، تکلیف دائمی و خداحافظی.

دانش‌آموزان

جلسه اول: هدف: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با روند درمانی، ذهن‌آگاهی و درماندگی خلاق
مقدم، بحث در مورد حدود رازداری، رابطه بین افسردگی و نشخوارهای فکری، توضیح پیرامون افکار خودکارآمد، استفاده از استعاره
وزنه‌ها.

جلسه دوم: هدف: معرفی درماندگی خلاق
مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، درماندگی خلاق، استفاده از استعاره مزرعه، تکلیف خانگی.

جلسه سوم: هدف: معرفی کنترل به عنوان مسأله
مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، استفاده از استعاره طناب‌کشی با هیولا، تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: هدف: معرفی تمایل و پذیرش
مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، معرفی تمایل و پذیرش، استفاده از استعاره جشن تولد، معرفی احساسات پاک و ناپاک
خوش‌آمدگویی.

جلسه پنجم: هدف: معرفی خود به عنوان زمینه، گسلش و معرفی ارزش‌ها
مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، استفاده از استعاره اتوبوس معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش، معرفی ارزش‌ها و درجه‌بندی
ارزش‌ها با استفاده از استعاره پیتزا.

جلسه ششم: هدف: بررسی ارزش‌ها و عمل متعهدانه در راستای رسیدن به آن‌ها
مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، بررسی ارزش‌ها با پیتزاهای قاچ شده، تعهد رفتاری، تمرین تعهد رفتاری، تکلیف دائمی و
خداحافظی.

ابزارهای سنجش

دیگر که از پرسشنامه ۱۱ سؤالی کوتچر استفاده شد آلفای
کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و روایی سازه پرسشنامه ۰/۸۷
گزارش شده است (Gesinde & Sanu, 2014). در پژوهش‌های
داخلی (Habibi, Hamediniya, Asgarinejad & Kholghi, 2015)
پایایی این پرسشنامه ۰/۸۸ و روایی محتوایی را برای
عامل خودکشی ۰/۸۸ و افسردگی ۰/۷۹ گزارش شده است. در
پژوهش حاضر، ضریب پایایی این پرسشنامه مجدداً با آلفای
کرونباخ بررسی شد که برابر با ۰/۷۱ بود. دو نمونه از سؤالات
عبارت بود از (۱) نمی‌توانم آسایش داشته باشم، خلقم تنگ
است، اندوهگین و دلتنگ و تحریک‌پذیرم، و (۲) به راحتی
عصبانی می‌شوم، احساس خشم و شکست می‌کنم.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر (Generalized Self
Efficacy scale (GSE): برای سنجش خودکارآمدی
دانش‌آموزان از مقیاس خودکارآمدی (Sherer, 1982) استفاده
شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال
بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً
موافقم (۵) تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه به این

پرسشنامه افسردگی کوتچر (Kutcher Adolescent
Depression Scale -11-Item (KADS-II) توسط
(Kutcher, 2002) برای سنجش افسردگی نوجوانان تهیه شد.
پرسشنامه از نوع خودگزارشی و شامل ۱۱ عبارت است.
پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرتی چهار درجه‌ای (به ندرت
(۰) بعضی اوقات (۱) بیشتر اوقات (۲) همیشه (۳) طراحی
شده است. نمره هر آزمودنی برابر با مجموع نمرات وی در
تمام عبارت و حداکثر نمره ۳۳ و حداقل صفر است.
نمره‌گذاری به صورت مستقیم است همچنین پرسشنامه دارای
دو خرده مقیاس افسردگی اساسی (سؤالات ۱ تا ۹) و عامل
خودکشی (سؤالات ۱۱ و ۱۲) است (Bravo, Mayoral, 2014).
تحلیل آماری مشخص کرد، (Laorden & Moreno, 2014).
آزمون کوتچر بیشترین قدرت تشخیص را دارد (Brooks,
2004). همچنین (Brooks, Krulewicz) & Kutcher, 2003)
در تحقیقات خود نشان دادند که فرم ۱۱ سؤالی کوتچر،
عملکرد بهتری نسبت به دو مقیاس دیگر دارد. در پژوهش

مقیاس را ۰/۸۸ و روایی محتوایی برابر با ۰/۶۸ محاسبه شده است (Yook, Kim, Young Suh & Lee, 2010). در پژوهشی که به بررسی ساختار و استانداردسازی پرسشنامه نشخوار فکری پرداخته شد، روایی سازه‌ای آن ۰/۹۳ و پایایی ۰/۷۸ محاسبه شده است (Abedi, Bahrami & Mehrabi, Yousefi, 2009) در این پژوهش، ضریب پایایی این پرسشنامه مجدداً با آلفای کرونباخ بررسی شد که برابر با ۰/۸۰ بود. این پرسشنامه حاوی سؤالاتی مانند ۱) در دو هفته گذشته فکرهاى مربوط به آن اتفاق را زیاد در ذهنم مرور کرده‌ام و ۲) در دو هفته گذشته بسیاری از افکارم مربوط به این بوده است که دیگران چه کارهایی کردند که این مشکل برایم به وجود آمد.

یافته‌ها

نتایج تحلیل میانگین و انحراف استاندارد سن، به ترتیب ۱۶/۵ و ۰/۶۷ برای گروه آزمایش و ۱۶/۵ و ۱/۰۹ برای گروه کنترل به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد تحصیلات به ترتیب ۱۰/۶۷ و ۰/۴۹ برای گروه آزمایش و ۱۰/۶۴ و ۰/۴۸ برای گروه کنترل به دست آمد است. نتایج همبستگی نمرات متغیرهای پژوهش با ویژگی‌های جمعیت شناختی سن و پایه تحصیلی نشان داد که با توجه به اینکه همه سطوح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر بود هیچ یک از این متغیرها رابطه معناداری با متغیرهای پژوهش نداشته‌اند؛ بدین ترتیب در بررسی فرضیات تنها پیش‌آزمون کنترل شده و نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت‌شناختی نیست.

نتایج تحلیل میانگین و انحراف معیار نمره‌های نشخوار فکری، افسردگی و خودکارآمدی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. نمره حداکثر ۸۵ و حداقل ۱۷ است. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بیشتر، بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات کمتر، بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر است (Sherer & Maddux, 1982). همچنین (Sherer & Maddux, 1982) پایایی محاسبه شده با آلفای کرونباخ را برابر ۰/۷۶ و روایی سازه آن را ۰/۸۲ ذکر نمودند. این مقیاس توسط (Brati, 1996) ترجمه و اعتباریابی و ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر با ۰/۹۴ و با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ و روایی سازه آن ۰/۶۱ گزارش شده است (Khayar, Ostowar & Kakroudi, 2015). در این پژوهش ضریب پایایی این پرسشنامه مجدداً با آلفای کرونباخ بررسی شد و برابر با ۰/۷۰ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه شامل: ۱) وقتی طرحی می‌ریزم، مطمئنم می‌توانم آن را انجام دهم و ۲) یکی از مشکلات من این است که وقتی باید کاری را انجام دهم، نمی‌توانم از عهده آن برآیم.

پرسشنامه سبک پاسخ‌های نشخواری Ruminatation

(Response Scale (RRS) برای سنجش نشخوار- فکری ساخته شد. پرسشنامه (RRS) زیرمقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ (Nolen-Hoeksema, 1991) است. پرسشنامه سبک‌های پاسخ ((Response Styles Questionnaire(RSQ) از دو پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری (RRS) و پرسشنامه منحرف‌کننده حواس (Distractioning Response Scale(DRS) تشکیل شده است. پاسخ‌های نشخواری فرم ۲۲ ماده‌ای که ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ گزینه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری و حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه برابر با ۲۲ و ۸۸ است. ضریب آلفای این

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار افسردگی، نشخوار فکری و خودکارآمدی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

افسردگی	میانگین	متغیر		آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		۱۹/۹۲	۱۴/۰۸	۱۲/۹۱	۱۹/۰۷	۱۹/۳۳	۱۹/۵۳
انحراف استاندارد		۴/۳۲	۳/۵	۳/۸	۴/۰۶	۴/۵۶	۳/۶

۳۰/۷۳	۳۱/۳۷	۳۰/۳۳	۳۲/۵۸	۲۷/۵۸	۳۸/۲۵	میانگین	نشخوار فکری
۱۳/۸۵	۱۵/۰۳	۱۵/۲۷	۱۲/۳۶	۱۰/۹۶	۱۲/۵۲	انحراف استاندارد	
۴۹/۸	۵۱/۸۷	۵۲/۸	۵۵/۵۰	۵۵/۵۸	۴۷/۶۷	میانگین	خودکارآمدی
۵/۵	۶/۲۲	۵/۹۷	۴/۶۶	۴/۹۶	۸/۲۹	انحراف استاندارد	

استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره برای آزمون فرضیه‌های این پژوهش، حاکی از آن بود که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش بجز در متغیرهای افسردگی در گروه کنترل باقی است یعنی توزیع نمرات نمونه، نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ($p < 0/05$).

جدول شماره ۳: نتایج مقایسه دو گروه در نمرات افسردگی، نشخوار فکری و خودکارآمدی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون افسردگی	۰/۳۳۹	۲۲/۴۱۹	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۱/۰۰۰
گروه	۰/۳۹۷	۱۷/۵۰۲	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹
پیش‌آزمون نشخوارهای فکری	۰/۱۱۵	۸۸/۷۸۴	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵	۱/۰۰۰
گروه	۰/۴۸۴	۱۲/۲۶۷	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۹۹۵
پیش‌آزمون خودکارآمدی	۰/۴۸۴	۱۲/۲۴۵	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۹۹۵
گروه	۰/۵۳۳	۱۰/۰۶	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷	۰/۹۸۰

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P=0/001$). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد. میانگین نمرات نشخوارهای فکری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P=0/001$); به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش نشخوارهای فکری در گروه آزمایش شده؛ پس فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌گردد. میانگین نمرات خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P=0/001$); به عبارت دیگر درمان مبتنی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، نشخوار فکری و خودکارآمدی نوجوانان دختر مقطع متوسطه دوم پرداخته است نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش داده و فرضیه اول پژوهش تأیید شد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های به دست آمده در پژوهش (Izadi, Neshat Doost, Asgari & Abedi, 2014) در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

منجر به رفتارهای مطلوب گردیده همچنین باعث کاهش باورپذیری افراد افسرده می‌شود. همچنین در درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی، میانجی بهبود مشکلات روانشناختی مانند افسردگی است (Zettle, 2003). با توجه به یافته‌های پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوارهای فکری در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش داده و فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (Demehri, Heidari, Asgari, 2018)، (Saeedmanesh & Jala, 2018)، (Heidarian, Zaharakar & Heidari, 2018)، (Mohsenzade, 2016)، (Tanha Doust, Zahiri Mojdehi, 2016)، (Zamani, Zabihi Oskuee & Amani, 2020) همسوست. این پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشخوار فکری مؤثر است. در تبیین نتایج این فرضیه، می‌توان گفت دانش‌آموزان وقتی نتوانند مشکلی را از طریق حل مسئله مؤثر حل نمایند شروع به نشخوار فکری و پردازش منفی می‌کنند که مقدمه افسردگی است (Madmoli, Qashqaei nezhad, 2016). به هر حال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که فرد آنچه را خارج از کنترل است بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باشد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (Izadi, Neshat Doost, Asgari & Abedi, 2014). استعاره‌ها و تمرینهای این درمان برای در هم آمیختگی فرایندهای روانی برای تمرکز بر انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان یک کل استفاده می‌شود. در مورد کاهش نشخوار فکری می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که متضمن حل مسأله شناختی-رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل است، باعث می‌شود افراد مهارت‌های مورد نیاز را برای حل مشکلات در خود تقویت نمایند.

از آنجا که نوجوانان افسرده دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعددند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد روی خود، ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه

بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (Seyfollahi, Monfaredi & Mohtashami, 2016)، (Mitchell & Twohig, 2012 Crosby, Dehlin, 2016)، (Ahmadian, 2017)، (Ostadiankhani & Moghadam, 2017)، (Rostami, Afshar, Karimi & Ardalan, 2019) و (Zemestani, Gholizadeh & Alaei, 2018) در بافتی کلی‌تر همسوست. این پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی مؤثر است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش افسردگی چندین تبیین وجود دارد از جمله اینکه مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر در الگوهای اجتنابی را مورد هدف قرار می‌دهد و در طول مداخلات، کاهش اجتناب‌های تجربی به عنوان میانجی تغییر در نشانه‌های افسردگی است. اجتناب، به عنوان تلاش برای فرار از افکار و خاطره‌های افسرده کننده تعریف می‌شود که از طریق این درمان فرد به افسردگی خودآگاه می‌گردد (Ahmadian, Rostami, Afshar, Karimi, & Ardalan, 2019). در این درمان تمرین‌های پذیرش و بحث پیرامون ارزشها و اهداف فرد همگی باعث کاهش افسردگی نوجوانان شد، این درمان به افراد یاد داد چگونه عقاید اجتنابی خود را رها کنند و به جای تلاش برای کنترل، آنها را بپذیرند. اگرچه اجتناب تجربه‌ای، در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود (Abedi, Oreyzi, 2010). در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را براساس اینکه آیا راهبردهایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است؛ ارزیابی کنند. راهبردهای موفقیت‌آمیز معمولاً راهبردهایی‌اند که به افراد کمک می‌کند بر اساس ارزشهایشان عمل کنند؛ به علاوه، یکی از علت‌های افسردگی، شناخت‌های منفی نسبت به توانایی‌های خویش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعان را به این سمت هدایت می‌کند تا خود را جدا از افکار و هیجانات خویش ببینند؛ این باعث اصلاح شناخت‌های منفی می‌شود. ایجاد انعطاف‌پذیری از طریق تمرکز بر روی زمینه مرتبط با افکار و احساسات،

پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی مؤثر است. همان طور که (Crosby, 2012) عنوان می‌کند که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهای مختلف دارند، ممکن است در مرحله پیش تأملی یا ناآگاهی گیر کنند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد از مرحله پیش تأملی به مرحله اقدام و ابقا برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. خودکارآمدی، نحوه پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه (Wang, Zhang, Hui, Bai, Terry & et al, 2014). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزشها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش دهد. این درمان با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزشها و بحث بر این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است، می‌تواند در افزایش خودکارآمدی نوجوانان افسرده مؤثر باشد (Safran, Eubanks, Gorman & Muran, 2016). در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، پردازند. پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها، همگی منجر به افزایش خودکارآمدی در نوجوانان افسرده شده است.

با توجه به نتایج کلی پژوهش و تحلیل آنها می‌توان گفت در شکل‌گیری و تداوم افسردگی، افکار و باورهای فراشناختی مثبت و منفی نقش اساسی و اصلی را برعهده دارند (Hasanvandi, Valizadeh & Mehrbizadeh, 2013). هرگونه تلاش درمانی در ابتدا باید با تعدیل و عدم کنترل این افکار و باورها، گسلش شناختی از افکار، ارزشیابی‌ها،

کاهش خلق و احساس غم می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز روی تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسأله که در آموزش پذیرش و تعهد، گسلش شناختی نام دارد، با تأثیر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر افکار ناکارآمد و نشخوار فکری افراد تأثیر بگذارد (Tanha Doust, Zahiri Oskuee & Amani, 2020). در همین راستا، (Juncos, Heinrichs, Towle, Duffy, Grand & et, 2017) عنوان نمودند که به کارگیری این آموزش به دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی می‌تواند علائم نشخوار فکری در افراد را کاهش دهد؛ به عبارت دیگر، این آموزش بر کاهش تدریجی نشخوار فکری و تلاش برای جایگزین کردن الگوهای تفکر ناسازگارانه تلاش می‌کند. همچنین می‌توان گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی به دلیل اینکه به افراد کمک نموده تا در ابتدا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعالیتشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، پردازند و بر افکار و احساسات ناخواسته تسلط یابند. این آموزش با ارائه تمرین‌های مناسب ذهنی، سبب شد کنترل بر نظام فکری بیشتر گردد و دانش آموزان پاسخ‌های نشخوارگری، افسردگی و افکاری که بیشتر جنبه تکراری داشته باشند را کمتر نشان دهند. با توجه به یافته‌ها، نمرات خودکارآمدی پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری یافته است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده و فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش (Seyfollahi, Monfaredi & Mohtashami, 2016)، (Mehrdost, Neshat Doost & Abedi, 2011)، (Doroudian, Ebrahim Maddahi & Golmohammadian, Rashidi, Khal'atbary, 2019) و (Harandi & Froozandeh, 2016) همسویی دارد. این

- Ardalan, A. (2019). The study of acceptance and commitment therapy (ACT) on the depression in housewives. *Journal of Jizoft University of Medical Sciences*, 6 (2), 23-25. (Persian)
- Alderman, B. L., Olson, R. L., Bates, M. E., Selby, E. A., Buckman, J. F., Brush, C. J., & Shors, T. J. (2015). Rumination in major depressive disorder is associated with impaired neural activation during conflict monitoring. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(6), 26-29.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agnatic perspective and Self-efficacy beliefs of Adolescent. *Greenwich: Information age publishing*, 5(3), 143-146.
- Brooks, S. (2004). The kutcher adolescent depression scale (KADS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 9(5), 4-6.
- Brooks, S. J., Krulewicz, S. P., & Kutcher, S. (2003). The kutcher adolescent depression scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(3), 337-349.
- Bravo, M., Mayoral, M., Laorden, A. T., & Moreno, C. (2014). Assessment of pediatric depression. In G. Alexopoulos, S., Kasper, H.-J. Moller & C. Moreno (Eds.), *Guide to assessment scales in major depressive disorder* (pp. 35-42). Adis: Cham.
- Cohen, N., Daches, S., Mor, N., & Henik, A. (2014). Inhibition of negative content—a shared process in rumination and reappraisal. *Frontiers in Psychology*, 5(3), 622.
- Crosby, J. M., Dehlin, J. P., Mitchell, P. R., & Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy and habit reversal training for the treatment of trichotillomania. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 595-605.
- Demehri, F., Saedmanesh, M., & Jala, N. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. *Scientific Journal of Drehabilitation Medicalne*, 8(3), 25-25. [persian]
- Doroudian, N., Ebrahim maddahi, M., khal'atbary, J. احساسات و متمایل شدن به آن، دریافت خود به عنوان زمینه، تصریح ارزش‌ها و حرکت متعهدانه به سوی آن‌ها صورت گیرد (Izadi, Neshat Doost, Asgari & Abedi, 2014)، در غیر این صورت درمانجو انگیزه کافی و لازم را برای درمان نداشته و روند درمانی موفق نخواهد بود.
- این پژوهش بر دختران دانش‌آموز دوره متوسطه دوم شهرستان خمینی شهر انجام گرفت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش روی گروه‌های دیگر و از جمله پسران و دیگر مقاطع تحصیلی صورت پذیرد. علاوه بر آن کم بودن تعداد جلسات آموزشی دانش‌آموزان به علت محدودیت زمانی، از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود؛ پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی آتی با تعداد جلسات بیشتر، برای درک بهتر و آمادگی بیشتر نوجوانان برگزار گردد. همچنین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، استفاده نکردن از سایر مداخله‌های روانشناختی مانند مداخلات رفتاری-شناختی برای مقایسه است؛ در این راستا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مقایسه‌ای با دیگر مداخلات روانشناختی بر افسردگی، نشخوارهای فکری و باورهای خودکارآمدی انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در محیط‌های مختلف آموزشی و درمانی مانند مراکز مشاوره آموزش و پرورش، مراکز مشاوره دانشگاه و غیره برای بهبود افسردگی، افزایش خودکارآمدی و کاهش نشخوار فکری اجرا شود.

منابع

- Abyar, Z., Makvandi, B., Bakhtyarpour, S., Naderi, F., & Hafezi, F. (2020). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy, mindfulness training, and combined method (mindfulness-based and acceptance and commitment) on depression. *Journal Child Mental Health*, 5(4), 27-38. (Persian)
- Abedi, A., Oreyzi, H., & Lali, M. (2010). Comparison of effectiveness of Stress inoculation training method and acceptance and commitment therapy method in reductioning mathematics anxiety among second grade high school students of isfahan. *Counseling Reserch and Development*, 3(5), 125-143. (Persian)
- Ahmadian, H., Rostami, C., Afshar, A., Karimi, A., &

- & Rohbanfard, H. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on ruminating in adolescent female athletes with athletic injury. *Journal of Applied Psychological Research*, 1(2), 165-180. [persian]
- Harandi, A. G., & Froozandeh, F. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment Therapy on self-efficacy and quality of life in derelict and bad guardian adolescents in Isfahan city. *Modern Approach Humanities*. [persian]
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy. Relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(۴), 639-665.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy The Process and Practice of Mindful Change. *New Books in Mental Health*. Second Edition.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (2010). A Practical guide to acceptance and commitment therapy. *New York: Springer Science and Business Media Inc.*
- Heidarian, A. Zaharakar, K., Mohsenzade, F. (2016). The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer. *Quarterly journal of Breast Diseases*, 9 (2), 52-59. [persian]
- Heidari, F., Asgari, P., Heidari, A., Pasha, R., Makvandi, B. (2018). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8(6), 46-46. [persian]
- Huang, Y. H., Liu, H. C., Tsai, F. J., Sun, F. J., Huang, K. Y., Chiu, Y. C., Liu, S. I. (2017). Correlation of impulsivity with self-harm and suicidal attempt: a community study of adolescents in Taiwan. *British Medical Journal open*, 7(12), 13-15.
- Izadi, R., Neshat Doost, H., Asgari, K., & Abedi M. (2014). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(1), 19-33. [persian]
- (2019). A comparison of the impact of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the emotional regulation and self-efficacy of women with social anxiety. *Scientific Journal of Women and Family Cultural and Educational*, 13 (44), 89-108. [persian]
- Fadaee, Z. (2011). Path analysis of locus of control, symptoms of depression and suicidal ideation on academic achievement: The role of gender as moderator. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(50), 59-148. [persian]
- Farahani, M., & Heidari, H. (2018). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on resilience of people with MS. *Journal of Psychological Development*, 7(27), 149-162. [persian]
- Gesinde, A. M., & Sanu, O. J. (2014). Prevalence and gender difference in self-reported depressive symptomatology among Nigerian university students: Implication for depression counselling. *Journal of the Counsellor*, 33(2), 129-140.
- Golmohammadian, M., Rashidi, A., & Parvaneh, A. (2018). Effectiveness of training based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and beliefs efficacy in the Female students, *Quarterly of Educational Psychology Allameh Tabataba'i University*, 13(14), 1-23. [persian]
- Habibi, M., Hamediniya, F., Asgarinejad, F., & Kholghi, H. (2015). Psychometric properties of kutcher adolescent's depression scale. *Journal of Applied Research in Educational Psychology*, 2(2), 15-28. [persian]
- Hasanvandi, S., Valizadeh, M., & Mehrbizadeh, M. (2013). Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 15(5), 71-81. [persian]
- Hasegawa, A., Kunisato, Y., Morimoto, H., Nishimura, H., & Matsuda Y. (2018). How do rumination and social problem solving Intensify depression? A longitudinal study. *Rationl - Emotive Cogn -Behav Ther*, 36(1), 28-46.
- Hamidi, M., Shahmoradi, S., Javaheri Mohammadi, A.

- demographic predictors. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 12(2), 153-165. [persian]
- Molavi, P., Michael, N., Rahimi, N., & Mehri, S. (2014). The effect of acceptance and commitment therapy on reducing anxiety and depression in students with social fear. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 14(4), 423-412. [persian]
- Muqarrab, M., Shayesteh Rudi, A., Rezaei, Z., Mili Rudi, S., Hajinejad, M., & Salarkhani, K. (2010). Evaluation of depression in Birjand girls' high school students. *New Care Scientific-Research Quarterly of Birjand School of Nursing and Midwifery*, 7 (3), 61-55. [persian]
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(4), 384-397.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Ostadian Khani, Z., & Fadie Moghadam, M. (2017). Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons. *Scinentific Information Database*, 18(1), 63-72. [persian]
- Pariante, C. M. (2017). Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *European Neuro Psychopharmacology*, 27(6), 554-559.
- Ruggiero, G. M., Spada, M. M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (2018). A historical and theoretical review of cognitive behavioral therapies: from structural self-knowledge to functional processes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(4), 378-403.
- Seyfollahi, M., Monfaredi, A., & Mohtashami, J. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing anxiety, depression and increasing the quality of life and self-efficacy in patients with multiple sclerosis
- Juncos, D. G., Heinrichs, G. A., Towle, P., Duffy, K., Grand, S. M., Morgan, M. C., Kalkus, E. (2017). Acceptance and commitment therapy for the treatment of music performance anxiety: a pilot study with student vocalists. *Frontiers in Psychology*, 8(3), 986.
- Kashfi, S. M., KhaniJeihooni, A., Farhadi, S. (2011). The Relationship between social and demographic factors and prevalence of depression among over 60 years old individuals, Shiraz, Iran. *Hormozgan Medical Journal*, 14(4), 319-325. [persian]
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiraei, H. (2005). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing Negative self-reported thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: 60-day follow-up. *Cognitive Science News*, 7 (1), 59-49. [persian]
- Khayer, M., Ostowar, S., & Kakroudi, G. A. (2015). The relation between depression and bias judgment general self-efficacy and self-focused attention. *Journal of Psychology*, 19(3), 252-269. [persian]
- Khodapnahi, M. (2014). *Physiological psychology*. Twelfth edition. Tehran: Samat Publications. [persian]
- Khoshnevisan, Z., & Afrouz, G. (2011). Relationship between self efficacy and depression, anxiety and stress. *Journal of Clinical Psychology Andishe Va Raftar*, 5(20), 73-80. [persian]
- Madmoli, Y., Madmoli, M., Qashqaei nezhad, N. & Bosak, S. (2016). Prevalence of depression and associated factors in adolescents of masjed-soleyman. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2(4), 22-27. [persian]
- Mehrdost, Z., Neshat Doost, H., & Abedi, A. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reducing self-centered attention, improving social self-efficacy beliefs, and reducing the symptoms of social anxiety disorder. *Master Thesis. University of Isfahan: Faculty of Psychology and Educational Sciences*. [persian]
- Mirghaforvand, M., Tavananezhad, N., Mohmmad Alizadeh Charanabi, S., & Karkhaneh, M. (2014). Self-efficacy in adolescents and its socio

- Zadehmohammadi, A., & Abedi, A. (2008). Improving The self-Esteem and self-efficacy among juveniles. *Quarterly Developmental Psychology*, 4(15), 245 – 252. [persian]
- Zargar, F., Farid, A., Atef-Vahid, M. K., Afshar, H., & Omidi, A. (2013). Comparing the effectiveness of acceptance-based behavior therapy and applied relaxation on acceptance of internal experiences, engagement in valued actions and quality of life in generalized anxiety disorder. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 18(2), 118-122. [persian]
- Zargham, M., Mirzahasani, H., & Movaghar, M. (2020). Predicting depression based on social support and cognitive factors in orphaned children. *Social Welfare Quarterly*, 19(75), 52-55. [persian]
- Zemestani, M., Gholizadeh, Z., Alaei, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and anxiety in mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychology of Exceptional People*, 8 (29), 61-84. [persian]
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Journal of Psychological*, 15(3), 85-97.
- (MS). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(6), 596-605. [persian]
- Sherer, M., & Maddux, J. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(9), 663-671.
- Tanha Doust, K., Zahiri Mojdehi, A., Zamani, M., Zabihi Oskuee, F., & Amani, O. (2020) Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on rumination and emotional processing in women with gneralized anxiety disorder *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(16), 23-27. [persian]
- Trapnell, P.D., & Campbell, J.D. (199). Private self consciousness and the fivefactor model ofpersonality: distinguishing rumination from reflection. *Journal Person Psychological*, 76(2), 284-304.
- Yook, K., Kim, K., Young Suh, S., & Lee, K. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623-628.
- Yousefi, Z., Abedi, M.R., Bahrani, F., & Mehrabi, A. (2009). Construction and standardization of depressive rumination. *Psychology*, 13 (1), 54-68. [persian]
- Wang, X., Zhang, Y., Hui, Z., Bai, W., Terry, P. D., Ma, M., Li, Y., & Cheng, L. (2014). The Regulatory emotional self-efficacy scale: issues of reliability and validity within a turkish sample group. *Psychological Thought*, 7(2), 144–155.