Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 6/ No. 1/ 2019
Page: 75-86

Comparative examine of effectiveness of training behavioral activation and education based on acceptance and commitment on increasing psychological well-being among high school boy students of Grade nine in Kerman

Mehdi Alijanzadeh Tonkaboni[1], Masood Bagheri[2]

1- MSc student of clinical psychology, Psycology department, zaran brunch of islamic azad university, Kerman, Iran. ORCID:
2-Assistant professor, Psycology department, Kerman shahid bahonar university, Kerman, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0001-6566-2708 E-mail: mb.bagheri196@gmail.com

Received: 08/09/2018 **Accepted:** 22/01/2019

Abstract

Introduction: The psychological well-being refers to the ability of active participation in work and recreation; create meaningful relationship with others, develop independence sense and goal life and also experience positive emotions that include all necessary activities for human-being vision.

Aim: This study is designed to investigate the effectiveness of training behavioral activation and education based on acceptance and commitment on psychological well-being among high school students of grade nine in Kerman.

Method: The method of this study is semi-experimental based on pre-test and post-test and control group. 45 students were chosen among whole schools in district 1 and 2 of kerman by multistage accidental sampling in three groups (two experimental group and one control group) each group include 15 student.

Results: The findings show that acceptance and commitment had more effectiveness than behavioral activation on increasing psychological well-being.

Conclusion: The results show that there is a difference on the level of 0.5, between the training behavioral activation and education based on acceptance and commitment on psychological well-being.

Keyword: Behavioral activation, Acceptance and commitment, Psychological well-being, students

How to cite this article : Alijanzadeh Tonkaboni M, Bagheri M. Comparative examine of effectiveness of training behavioral activation and education based on acceptance and commitment on increasing psychological well-being among high school boy students of Grade nine in Kerman. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (1): 75-86 .URL :http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-587-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال ششم، شماره ۱، ۱۳۹۸
صفحات: ۸۶-۷۵

بررسی تطبیقی اثربخشی آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان پسر پایه نهم دبیرستان‌های شهر کرمان

مهدی علیجان زاده تنکابنی[1]، مسعود باقری[2]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرند، کرمان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران (مولف مسئول). ایمیل: mb.bagheri196@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

چکیده

مقدمه: بهزیستی روان‌شناختی به معنی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و هدف زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت است و شامل همه فعالیت‌هایی است که برای نگرش انسان موردنیاز است.

هدف: هدف این پژوهش بررسی تطبیقی اثربخشی آموزش فعال سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان شناختی دانش آموزان پسر پایه نهم دبیرستان های شهر کرمان است.

روش: روش پژوهش به‌صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل است .جامعه آماری این پژوهش تمامی مدارس ناحیه ۱ و ۲ شهر کرمان است که تعداد ۴۵ دانش‌آموز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به فعال‌سازی رفتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دارد($P<۰/۰۱$)

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان در سطح ۰/۵ تفاوت وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: فعال‌سازی رفتاری، پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، دانش آموزان

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

مقدمه

نوجوانی یک دوره حیاتی رشد است و نوجوانان به‌طور مداوم به لحاظ ذهنی، جسمی و روانی تغییر می‌کنند (سانتراک، ۲۰۰۴) .درواقع، این دوره به وسیله تغییرات مهمی که شامل رفتار نوجوانان، ادراکات آن‌ها از خودشان و ارتباطشان با والدین است مشخص می‌شود (رنک وایت، ۲۰۱۲) و توجه به سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها بسیار مهم است .احساس بهزیستی روان‌شناختی به معنای ارزیابی کلی فرد از زندگی است که بر اساس اهداف شخصی و میزان دسترسی به آن ها شکل می‌گیرد (ریف، ۱۹۹۵). بهزیستی روان‌شناختی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و هدف زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت تعریف می‌شود (گورل، ۲۰۰۹). بهزیستی روان شناختی فقط به شادکامی و رضایتمندی محدود نمی‌شود، بلکه شامل همه فعالیت‌هایی می‌باشد که برای نگرش انسان مورد نیاز است (ریف، ۲۰۱۴) .درواقع، بهزیستی روان‌شناختی تجربه عواطف خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت از زندگی بالا را در برمی‌گیرد

(گوسون و کلارک، ۲۰۰۹) و ارتقاء سطح آن یکی از اهداف روان‌شناسی در قرن حاضر است (لارسون و آید، ۲۰۰۸) و ارتباط نیرومندی با خود ارزشمندی، اطمینان به نفس، عزت نفس و خودکارآمدی دارد (دیسلن، ۲۰۱۰) .ریف مدلی چند بعدی از بهزیستی روان‌شناختی را به عنوان تلاش برای شکوفا کردن قابلیت‌های وجودی انسان گسترش داد .این مدل، بهزیستی روان‌شناختی را فرایند رشد همه جانبه ای می داند که در طول عمر گسترده است و شش بعد استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را اندازه گیری می‌کند .جوانان با بهزیستی روان‌شناختی پایین تر سطوح شادکامی، رضایت و عزت نفس پایین تر و سطوح بالاتر پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (آماتو، ۱۹۹۴) .به همین ترتیب، نوجوانانی که دارای بهزیستی روان شناختی پایین‌تری هستند یا پریشانی روان‌شناختی دارند، ویژگی‌هایی مانند سطوح شادکامی و خودکارآمدی پایین همراه با سطوح بالای افسردگی را نشان می‌دهند (فلوری و همکاران، ۲۰۰۶) .علاوه بر این، این نوجوانان ممکن است مشکلات اجتماعی را جدی تر از دیگر نوجوانان ببینند (ویکنسون و همکاران، ۲۰۰۴).

درمان فعال‌سازی رفتاری، یک مداخله کوتاه مدت و راه‌حل محور است که بر مبنای این نظریه که افراد افسرده اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می‌کنند، تدوین‌شده است (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۸). این شیوه درمانی یکی از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتاری است (مشیر و همکاران، ۲۰۱۷) و فرایند درمانی ساختاریافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (پروونچر و چارتر، ۲۰۱۳) .در واقع، این شیوه درمانی علت اختلال‌ها را در بیرون فرد (در زندگی فرد) نه در درون آن (مک لاندو، ۲۰۱۶) .با هدف نهایی بهبود خلق افراد به وسیله افزایش فعال سازی و شرکت در فعالیت های پاداش بخش (لیجوز و همکاران، ۲۰۱۱) .جست و جو می‌کند .مازوک چلی، کن و ریس اظهار می دارند که مطابق با استانداردهای کارگروه بخش ۱۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا در زمینه ارتقاء و گسترش روش‌های روان شناختی، درمان فعال سازی رفتاری به عنوان یک» درمان خوب پایه‌گذاری شده و از لحاظ تجربی تائید شده «در نظر گرفته می‌شود (مزوچیلی و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

همکاران، ۲۰۱۰) که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند و منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود .محققان در پژوهشی نشان دادند که فعال‌سازی رفتاری یک مداخله جذاب برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی است (مزوچیلی و همکاران، ۲۰۱۰).

اهداف فعال‌سازی رفتاری در تعامل با تقویت‌کننده‌های احتمالی محیط نوجوانان است و ممکن است یک استراتژی برای بهبود نتایج باشد . تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری با توانایی‌ها و نیازهای رشدی نوجوانان سازگار است .برخلاف درمان‌های موجود که قصدشان پیچیده کردن و افزایش مفاهیم شناختی است، درمان فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد رفتاری است که منحصر به فرد است در تمرکز روی ۱ -فعال‌سازی احتمال افزایش مواجهه شدن افراد جوان به منظور قرار گرفتن در معرض تجارب پاداش بخش طبیعی، ۲ -شناسایی و کاهش موانع فعال‌سازی و ۳ -شناخت الگوهای اجتنابی همراه با ایجاد استراتژی‌های مقابله‌ای جایگزین که به‌طور بالقوه تجربه پاداش را برای نوجوانان فراهم می‌کند (مکسیولی و همکاران، ۲۰۰۶). درواقع، فعال‌سازی رفتاری مداخله‌ای است که شامل تشویق بیماران برای شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار در مواجهه با بی‌لذتی افسرده کننده است .درواقع، اگزیستانسیالیزه کردن رفتار توانایی بالقوه‌ای برای افزایش آگاهی چندگانگی درونی، تقویت کارکرد ایگو، کمک به ایجاد یک محیط نگه‌دارنده، تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق و ارائه احساس تعالی است (گورین و شهر، ۲۰۱۷).

در میان انواع رویکردهای درمان روان‌شناختی، در بین نسل سوم روان‌درمانی‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) توجه زیادی را به خود جلب نموده است (شیپرد و همکاران، ۲۰۱۰) .درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در دهه ۸۰ توسط هیز مطرح و شناخته شد، یک شکل از درمان‌های شناختی -رفتاری مبتنی بر زمینه گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چارچوب رابطه ذهنی نامیده می‌شود (هیس، ۱۹۸۷) . درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض استوار است که افراد بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند . این تلاش‌ها برای کنترل بی‌اثر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن‌ها را داشته است .درواقع، فرض زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای کلامی، مجموعه محدودی از پاسخ‌ها را در برخورد با موقعیت ایجاد می‌کند (تیلور-وولتزکی و همکاران، ۲۰۱۲) و محدودیت‌های شدید خزانه رفتاری، اصل آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه این درمان است (لیلس و هیس، ۲۰۱۲) فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطلوب را بیشتر تحمل کنند (لیلس و هیس، ۲۰۱۲) درواقع، اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی و نیز گاهی به طور کامل به وسیله تغییرات در فرایندهای روانی واسطه حاصل می‌شود (هیس و همکاران، ۲۰۱۳) و هدف آن کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات است (اسموندسون و هافمن، ۲۰۰۸).

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

رویکرد این درمان را نسبت به مداخلات روانی می‌توان برحسب شش فرایند روانی تعریف کرد که عبارت‌اند از پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، تماس با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه .مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیس و همکاران، ۲۰۰۶). این رویکرد درمانی به دنبال درمان طیف وسیعی از مشکلات روانی است . هماهنگ با این تصور، کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیش از ۱۰۰ آزمایش تصادفی کنترل‌شده مورد تائید قرار گرفته است (لیرسون و هوپر، ۲۰۱۵) . در یک مقاله مروری نیز نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران و افراد جامعه کاربرد دارد (بروونت و همکاران، ۲۰۱۶).

در پژوهشی نشان داده شد که دو رویکرد درمانی فعال‌سازی رفتاری و آموزش کمک به خود در کاهش علائم افسردگی تأثیرگذار بودند و تفاوت معناداری در اثربخشی آن‌ها در مقایسه با هم دیده نشد (جهوورا و همکاران، ۲۰۱۷) .نتایج پژوهشی دیگر (رد، ۲۰۱۶) نیز نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری با افزایش بهزیستی روان‌شناختی منجر به پیشگیری از افسردگی می‌شود .تبریزی و نجات محمد نامقی در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان شناختی را در مادران دارای کودکان ناشنوا تحت تأثیر قرار می‌دهد (نامقی و تبریزی، ۲۰۱۷) .عطایی مقانلو، عطایی مقانلو و موززی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، بهزیستی روان شناختی و احساس گناه در کودکان ۱۵-۷ ساله مبتلا به دیابت پرداختند .نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و احساس گناه و افزایش بهزیستی روان شناختی مؤثر است (مغانلو و همکاران، ۲۰۱۵).

در مجموع با توجه به این که نوجوانان امروز، صاحبان آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آن ها در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل‌توجه خواهد داشت؛ بنابراین، لازم است به سلامت و بهداشت روانی این قشر عظیم بیشتر توجه شود و گام‌های اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی و رفتاری آن‌ها برداشته شود .لذا، هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی اثربخشی آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان پسر پایه نهم دبیرستان‌های شهر کرمان است.

روش

این پژوهش به‌صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود .جامعه آماری این پژوهش تمامی مدارس ناحیه ۱ و ۲ شهر کرمان بود .شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی چندمرحله‌ای بود .بدین‌صورت که پس از هماهنگی‌های لازم تعداد ۵ مدرسه انتخاب و از بین مدارس مذکور تعداد ۸ کلاس و سپس تعداد ۱۵۰ دانش‌آموز که معیارهای های ورود به پژوهش (پسر بودن، پایه نهم دبیرستان بودن) را که دارا بودند، انتخاب و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی بر روی آن‌ها اجرا گردید همچنین معیارهای خروج شامل مواردی چون غیبت، بیماری خاص و ... است. بر اساس نمرات به‌دست‌آمده از اجرای آزمون در مرحله اول، ۴۵ دانش‌آموز از دانش‌آموزانی که نمره آن‌ها در آزمون بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تر از سایرین بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در مرحله بعد

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

این دانش‌آموزان با گمارش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ و ۲ (فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) (هرکدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند .سپس جلسات آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و هرکدام در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شکل هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد .پس از پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از دو ماه نیز به جهت بررسی اثر پایداری آموزش، آزمون پیگیری برای هردو گروه انجام شد.

ابزار

در این تحقیق از پرسشنامه زیر استفاده شد:

نسخه‌ی کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: نسخه‌ی کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است .این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است (ریف، ۱۹۸۹) .سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال؛ سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط؛ سؤال‌های ۱۵، ۷ و ۱۷ عامل رشد شخصی؛ سؤال‌های ۱۱، ۳ و ۱۳ عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سؤال‌های ۱۴، ۵ و ۱۶ عامل هدفمندی در زندگی و سؤال‌های ۸، ۲ و ۱۰ عامل پذیرش خود را می‌سنجد .مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود .این آزمون نوعی ابزار خود سنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از (۶=کاملاً موافقم) تا (۱=کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است .از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود . به‌منظور بررسی ساختار عاملی، مقیاس ۱۸ سؤالی ریف روی تعدادی از افراد بزرگ‌سال اجرا شد و نشان داده شد که الگوی شش عاملی بیشترین برازش را با داده‌ها دارد (کلارک، ۲۰۰۱) .همسانی درونی مقیاس حاضر در پژوهشی در داخل کشور نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد (خجانی و همکاران، ۲۰۱۵) .در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۹/۰ به دست آمد.

یافته‌ها

ساختار و محتوای جلسات آموزشی فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱ محتوای آموزش فعال‌سازی رفتاری

جلسه	محتوا
اول	آموزش قراردادهای رفتاری و سعی در برقراری یک رابطه درمانی خوب با افراد .قراردادهای رفتاری به شکل نوشته و یا توافق کلامی بین مشاور و افراد مطرح می‌شود .قراردادها، ساده، روشن و جزئی هستند و درمانگر به افراد در این خصوص پیشنهاد می‌دهد و در رابطه با رسیدن به این اهداف با آن‌ها صحبت خواهد کرد.
دوم	آموزش فعال‌سازی رفتار .تمرکز فعال‌سازی رفتار بر تعامل بین فرد و محیط است .فعال‌سازی رفتاری نیازمند تغییر در رفتارهای آشکار است تا اثرات مثبت بیشتری به وجود آورد .راهبردهای فعال‌سازی رفتار بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی خواهد بود .همچنین تکلیف خانگی و برگه ثبت فعالیت‌های روزانه نیز ارائه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

	می‌شود.
سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع توصیه‌هایی در زمینه کلی رفتار، انتخاب روش درمانی مناسب وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و آموزش در خصوص تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربیات دیگران.
چهارم	جلسه تمرکز بر جنبه های مختلف استرس‌های بین فردی در افراد و استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امیدبخش بر پیشرفته‌ای کوچک بیمار تمرکز خواهد شد.
پنجم	توضیح در مورد استرس ور های شخصی و چگونگی راه‌اندازی پرخاشگری توسط آن‌ها و استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی . بحث در مورد راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و فعال افراد در مقابله با استرس، در این روش فرآیندهایی چون تصمیم برای شروع درمان، حالت خلقی افراد، بهبود سلسله مراتبی در دستور کار قرار می‌گیرد.
ششم	ثبت موقعیت‌های استرس‌زا در طول هفته و نحوه به کار بستن مهارت‌های خود مراقبتی.
هفتم	آموزش بیماران در خصوص اجزای روانی -اجتماعی پرخاشگری، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت به منظور توانایی افزایش تقاضا کردن یا نه گفتن، تقاضای داشتن یک رابطه بهتر و حفظ اعتماد به نفس، جلوگیری از عود و نیز آموزش بازسازی شناختی و بحث در مورد اهمیت حمایت اجتماعی در مقابله با پرخاشگری.
هشتم	مرور تکنیک‌ها و تمرین‌های ارائه شده در طول جلسات و جمع‌بندی نهایی، خلاصه‌سازی درمان و ارائه پیشنهادها و انتقادات و دریافت بازخورد از اعضای گروه و ارائه راهکارهای پیگیرانه انجام خواهد گرفت.

جدول ۲ محتوای آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها
دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT ؛ کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
سوم	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح اهداف‌ها؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش.
ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
هفتم	ذهن آگاهی و تأکید بر در زمان حال بودن.
هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

برای تجزیه‌وتحلیل آماری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته استفاده شد .همچنین تجزیه‌وتحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری spss ۲۱ صورت گرفت.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته گزارش‌شده است.

جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیر بهزیستی روان‌شناختی

متغیر		گروه	میانگین (انحراف معیار)
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش ۱	پیش‌آزمون	۶/۴ (۴۴/۶۶)
		پس‌آزمون	۵/۲۹ (۶۲)
		پیگیری	۴/۵ (۶۲/۳۳)
	آزمایش ۲	پیش‌آزمون	۴/۲۷ (۴۳/۶۶)
		پس‌آزمون	۶/۹۷ (۶۹/۴)
		پیگیری	۷/۰۳ (۶۹/۷۳)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

کنترل	پیش‌آزمون	۳/۲۲ (۴۲/۵۳)
	پس‌آزمون	۳/۲۶ (۴۲/۴)
	پیگیری	۳/۱۹ (۴۲/۳۳)

بر اساس نتایج جدول ۳، میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش ۱ (فعال‌سازی رفتاری)، در پیش‌آزمون ۶۶/۴۴ و در پس‌آزمون ۶۲ بود .همچنین میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش ۲ (پذیرش و تعهد)، در پیش‌آزمون ۶۶/۴۳ و در پس‌آزمون ۴/۶۹ بود.

نتایج جدول ۳ نشان داد میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه کنترل، در پیش‌آزمون ۵۳/۴۲ و در پس‌آزمون ۴/۴۲ بود.

به‌منظور بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که با توجه به شاخص آماری (۹/۰) و سطح معناداری (۴۷/۰) آزمون شاپیرو ویلکز معنادار نیست .در نتیجه فرض نرمال بودن متغیر برقرار است.

همچنین به‌منظور بررسی تساوی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن F=۰/۷۵ و۰/۴۷ =Pنشان داد آزمون لوین معنادار نیست .در نتیجه فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است.

به‌منظور بررسی فرضیه تحقیق از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تطبیقی اثربخشی آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی

		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
	پیش آزمون	۱۱/۳۸۲۵۰۸	۱	۱۱/۳۸۲۵۰۸	۰۰۸/۶۴۳۷	۰/۰۱	۰/۹۹	۱
بهزیستی روان‌شناختی	گروه	۱/۸۳۶۰	۲	۰۵/۴۱۸۰	۳۴/۷۰	۰/۰۱	۰/۷۷	۱
	خطا	۷۷/۲۴۹۵	۴۲	۴۲/۵۹				

جدول ۵ نتایج آزمون توکی به منظور بررسی سه گروه

مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
گروه ۱ و ۳	۱۳/۹۱	۱/۶۲	۰/۰۱
گروه ۲ و ۳	۱۸/۵۱	۱/۶۲	۰/۰۱
گروه ۱ و ۲	-۴/۶	۱/۶۲	۰/۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

براساس نتایج جدول ۴، بین نمرات بهزیستی روان شناختی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش ۱ (فعال سازی رفتاری) و گروه آزمایش ۲ (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱) همچنین بین نمرات گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ و کنترل در پس آزمون بهزیستی روان شناختی نیز تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱) .به منظور بررسی تفاوت بین سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل از آزمون توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، بین دو گروه آزمایش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود دارد(P<۰/۰۱) به‌طوری‌که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر بهزیستی روان‌شناختی دارد .در نتیجه فرضیه تحقیق تائید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان در سطح ۰/۵ تفاوت وجود دارد .آموزش فعال‌سازی رفتاری فرآیند آموزشی ساختار یافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۸)، در حالی که در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها تأکید می‌شود . ارزش‌ها حوزه‌هایی از زندگی‌اند که برای فرد مهم‌اند و متفاوت از هدف‌اند .ارزش‌ها هرگز به دست نمی‌آیند درحالی‌که اهداف می‌توانند کسب شوند (هیس، ۲۰۱۱) .در حقیقت ارزش‌ها مفاهیمی کلی و انتزاعی‌اند که جهت‌های مهم فرد در زندگی را نشان می‌دهند.

در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعین را مورد چالش قرار می‌دهد تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است، مثل شغل، تحصیلات، روابط اجتماعی، ازدواج، مذهب و معنویت توجه کنند .گرچه آموزش مراجع در خصوص پذیرش، گسلش و ارتباط بازمان حال مهم است، اما آموزش پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند چگونه حرکت کند و یک زندگی هدفمندتر و غنی‌تر بسازد (استروسهل و هیس، ۲۰۱۰).

کار روی ارزش‌ها، انگیزه مراجع برای مشارکت در آموزش را افزایش می‌دهد .ارزش‌ها با فرایندهایی که قبلاً اشاره شد، بسیار ارتباط دارند .برای مثال ارزش‌ها بخش مهمی از کار پذیرش هستند، به این صورت که انگیزه‌ای برای پذیرش فراهم می‌کنند . پذیرش می‌تواند تجربه‌ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش‌ها این رنج و کار سخت را تسهیل می‌کند (هیس، ۲۰۰۵).

در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجع را تشویق می‌کند تا به تغییرات در رفتارش متعهد باشد .مطرح کردن تعهدات در آموزش پذیرش و تعهد عبارت است از تعریف اهداف در حوزه‌های خاصی که برای فرد ارزشمند است، سپس عمل کردن طبق این اهداف در عین شناسایی و پذیرش موانع روان شناخت (استروسهل و هیس، ۲۰۱۰) تعهد، به ارزش‌ها و اهداف بزرگ‌تر پیوند می‌خورد و فقط برای زمان درمان و کاهش اضطراب انجام نمی‌شود (هیس و همکاران، ۲۰۰۵).

فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می‌کنند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و زمانی که نیاز است، خودش را وفق دهد؛

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بین راهبردهایی که بر تغییر دادن متمرکز می‌شوند (رفتارهای آشکار) و راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی در حوزه‌های که تغییر غیرممکن است یا مفید نیست تعادل برقرار می‌کند .با توجه به تأثیر بیشتر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی پیشنهاد می‌گردد این آموزش برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان در مدارس برگزار گردد .گروه نمونه این پژوهش که شامل دانش آموزان بوده است، تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه و گروه‌ها بایستی با احتیاط صورت گیرد .همچنین یافته های به دست آمده از این تحقیق فقط در حوزه جغرافیایی شهر کرمان قابل تعمیم است و در مورد سایر شهرها باید با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد.

Refrences

Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. Journal of Marriage and Family, 56, 1031–1042.

Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R, & Moazezi M. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7 - 15 years old diabetic children. Iranian Journal of Pediatrics, 25(4).

Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research, 18(8).

Chartier, J. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. Journal of Affective Disorder, 145(3), 292-9.

Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effect of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. Journal of Personality and Individual Diffrences, 46, 4- 460.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Wheaton, B. (2001). Measuring Psychological well-Being in the Canadian study of health and aging, International Psychogeriatric, 13, 79-90.

Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & HermanDunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders, 4th ed. A step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press, 328–364.

Dişlen, G. (2010). Students' and teachers' perception on the relationship between learner autonomy and The psychological well-being the elt context. Master's Thesis Çukurova University, Institute Oof Social Sciences, Adana.

Eid, M., & Larsen, R. (2008). The science of subjective wellbeing, The Guilford press, New York Londan.

Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement and mother involvement in adolescents' psychological well-being, British Journal of Social Work, 33, 399–406.

Gurel, N. A. (2009). Effects of thinking styles and genderon psychological well-being, [Dissertation]. The graduate school of social sciences of Middle East Technical University, 1-70.

Hayes S C, Levin M, Plumb J, Boulanger J, Pistorello J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitivetherapy. Behavior Therapy, 44, 180–198.

Hayes SC (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives (pp.327–387). New York: Guilford, 451pp.

Hayes SC (2005). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory,and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Journal Behavior Therapy,35(4): 639–665.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

Hayes SC, Strosahl KD.)2010(. A practical Guide to Acceptance and commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc, 395p.

Hayes SC. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory,and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Journal Behavior Therapy, 35(4): 639.

Hayes, S. C., & Lillis, C. (2012). Acceptance and commitment therapy (theory psychotherapy). Amer Psychological Assn.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy, 44(2), 180–198.

Hoffman S G, Asmundson G j. (2008). Acceptance and Mindfullness-based therapy: New Wave or old hot? Clinical psychology review, 28, 1-16.

Hooper, N. & Larsson, A. (2015). The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT). London: Palgrave Macmillan.

Jahoda, A., Hastings, A., Hatton, C., Cooper, S. A., Dagnan, D., Zhang, R., McConnachie, A., and et al. (2017). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: A randomised controlled trial. Lancet Psychiatry, 4(12), 909-919.

Khajani M, Shahidi Sh, Fathabadi J. Mazaheri M.A, & Shokri O. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Journal of Behavior & thought, 32: 27-37.

Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. The Journal of Positive Psychology, 5(2), 105–121.

McCauley, E., Schloredt, K. A., Gudmundsen, G. R., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2016). Behavioral Activation with Adolescents: A Clinician's Guide.

Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2017). Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training, Journal of Affective Disorder, 210, 265-8.

Read, A., Mazzucchelli, T. G., & Kane, R. T. (2016). A preliminary evaluation of a single session behavioural activation intervention to improve well-being and prevent depression in carers. Clinical Psychology, 20(1), 36-45.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing, Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. Current direction in psychological Science, 4, 99-104.

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics, 83(1), 10-28.

Santrock, J. W. (2004). Life-span development. (9th ed.). New York: McGraw-Hill.

Shahar, G., & Govrin, A. (2017). Psychodynamizing and existentializing cognitive–behavioral interventions: The case of behavioral activation (BA). Psychotherapy, 54(3), 267-272.

Sheppard, S. C., forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. M. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychological problems associated with multiple sclerosis: Result from a half-day workshop intervention. International Journal of MS Care, 12, 200-206.

Tabrizi, F., & Nezhadmohammad Nameghi, A. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and anger reduction among mothers with deaf children in Tehran. Auditory and Vestibular Research, 26(3), 151-156.

Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment (pp. 101-130). New York: Kluwer/Springer-Verlag.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]

White, R., & Renk, K. (2012). Externalizing behavior problems during adolescence: An ecological perspective. Journal of Child and Family Studies, 21, 158–171.

Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 33, 479–493.

Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and nonspecific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Advance online publication.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.1.8.8]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.1.75]