

Research Paper

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Depression in Students

Atefeh Rezaeian^{*1}, Liah Agha Akbari², Fatemeh Amirzadeh³, Naghmeh Malek Mohammadi⁴

1. M.A. Student in Family Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

2. M.A. Student in Clinical psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran

3. M.A. Student in General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. M.A. Student in Clinical Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Citation: Rezaeian A, Agha Akbari L, Amirzadeh3 F, alek Mohammadi N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and depression in students. J Child Ment Health. 2021; 8 (4):94-107.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1068-en.html>



CrossMark



[10.52547/jcmh.8.4.8](https://doi.org/10.52547/jcmh.8.4.8)
 [20.1001.1.24233552.1400.8.4.13.8](https://doi.org/20.1001.1.24233552.1400.8.4.13.8)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Acceptance and commitment, distress tolerance, depression, students

Background and Purpose: One of the most frequent and disabling problems of students in different age periods is depression that researchers have examined different components in the perception of depression, including distress tolerance. In this way, the purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and depression in students.

Method: This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest control group design. The statistical population included all 7th grade female students in Qayen in the academic year of 2019-20, of which 30 students were selected by available sampling method and were randomly assigned to the experimental (n=15) and control (n=15) groups. The instruments used in the study included the Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, GK Brown, 1996) and the Distress Tolerance Scale (Simons, Gaher, 2005). The experimental group received 8 one – hour sessions, while the control group underwent no intervention. Data were analyzed by the multivariate analysis of covariance using the SPSS statistics version 24 program.

Results: The results showed that there is a significant difference between the mean scores of distress and depression in the experimental and control group, in the way that ACT reduced depression and improved distress tolerance in students (P <0.01)

Conclusion: In through mindful exercises, the acceptance of thoughts, beliefs, emotions, and sensory and physical receipts are facilitated. As a result, the infrastructure mechanisms of this treatment reduced depression and improved distress tolerance in students in this study.

Received: 8 Sep 2020

Accepted: 19 Dec 2020

Available: 5 Mar 2022

* **Corresponding author:** Atefeh Rezaeian, M.A. Student in Family Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

E-mail: Rezaeian.rezaeian72@gmail.com

Tel: (+98) 5138805000

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

The school age is one of the most important time periods that shapes one's personality (1). One of the most common and debilitating issues of students during adolescence and youth is depression (2). In the fifth edition of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), depression is defined as: grief, the feeling of being empty, or irritable mood with cognitive and physical changes that effectively affect the functional capacity of the individual (4). A systematic research in Iran showed that the prevalence of depression in different age groups was between 69.5 and 73% (10). One of the abilities associated with mental health is the ability to tolerate distress, which is defined as a meta-emotional construct and as a person's ability to analyze and resist negative emotional states (11). The results of several studies also indicate that this structure is one of the factors involved in psychological vulnerability (15 and 14). Also, a number of studies have shown that low distress tolerance is associated with a wide range of mental health problems (17 and 16).

One of the therapeutic interventions that has become popular in recent years is acceptance and commitment therapy (ACT) in which instead of changing a person's cognitions, it is attempted to increase the cognitive communication of the individual with his thoughts and feelings (19). The effectiveness of ACT has been proven on various variables such as: depression and test anxiety in students with thalassemia (22) decreasing depression of high school male students with attention deficit / hyperactivity disorder (23), decreasing depression of female students with special learning disorder (24) depression and compromise of blind girls (25), reducing the anxiety and depression of students with social phobia (26), anxiety and depression (27), increasing the distress tolerance in students with social anxiety disorder (28) Increasing ambiguity tolerance of students with obsessive-compulsive disorder (29), increasing distress tolerance in people with substance abuse (30), increasing tolerance of

women with substance dependence (31). Students are of particular importance as the future intellectual community. Considering that depression is a major contributor to the progress and academic performance of students that impose huge costs on societies (33), the present study aims to determine the effectiveness of ACT on distress tolerance and depression in students.

Method

This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest control group design. The statistical population included all 7th grade female students in Qayen¹ in the academic year of 2019-20, of which 30 students with low scores in distress tolerance and high scores in depression were selected by available sampling method and were randomly assigned to the experimental (n=15) and control (n=15) groups. Inclusion criteria included: having a high score in depression and low score in distress tolerance based on the evaluations, not having a history of psychological disorders based on school counseling records, undergoing no psychological treatment or other effective methods, informed concern of participants in the research. Exclusion criteria included: absence in more than two sessions and lack of cooperation in the interventions. The instruments used in the study included the Beck Depression Inventory (35 and 36) and the Distress Tolerance Scale (13 and 37). The experimental group received 8 one – hour sessions, while the control group underwent no intervention. Data were analyzed by the multivariate analysis of covariance using the SPSS statistics - 24 program.

Results

The mean and standard deviation of pre-test and post-test scores of distress tolerance and depression in the experimental and control groups are presented in Table 1. The results indicate the increase in distress tolerance scores and the decrease in depression scores in the experimental group in the post-test phase.

Table 1 : Descriptive indicators of pre-test and post-test resilience scores of participants in experimental and control groups

Variables	Phase	Group	Mean	SD	SH-W	P
tolerance	pretest	Experiment	8.70	2.712	0.572	0.899
		Control	9.10	3.352	0.703	0.706
	posttest	Experiment	11.21	2.736	0.783	0.582
		Control	9.76	3.132	0.680	0.744
absorbtion	pretest	Experiment	7.50	2.434	0.905	0.386
		Control	8.17	1.933	0.769	0.569
	posttest	Experiment	10.67	2.235	0.766	0.600
		Control	8.64	2.120	0.778	0.558
evaluation	pretest	Experiment	16.36	4.448	0.701	0.710
		Control	15.23	4.490	0.633	0.818
	posttest	Experiment	18.63	4.405	0.774	0.587
		Control	17.16	4.431	0.611	0.849
regulation	pretest	Experiment	7.48	2.624	0.745	0.635
		Control	7.15	2.264	0.524	0.947

1. Qayen is a city in and the capital of Qaen County, in South Khorasan Province, Iran.

depression	posttest	Experiment	10.30	2.267	0.727	0.666
		Control	7.75	2.987	0.511	0.957
	pretest	Experiment	25.72	9.326	0.490	0.970
		Control	24.85	10.190	0.369	0.999
	posttest	Experiment	22.83	9.334	0.553	0.920
		Control	24.25	10.285	0.637	0.812

In order to investigate the significance of the effectiveness of ACT on students' distress tolerance, multivariate analysis of covariance was used. The results showed that F - statistics is significant for tolerance ($F_{1,24}=23.921$, $P<0.01$), Absorption ($F_{1,24}=16.009$, $P<0.01$), evaluation ($F_{1,24}=22.122$, $P<0.01$), and regulation ($F_{1,24}=10.451$, $P<0.01$). These findings indicate that there is a significant difference between groups in these variables. The results of the mean of the experimental group in tolerance (523.11), absorption (1025.10), evaluation (882.18) and regulation (105.10) showed that the mean of the experimental group is more than the mean of the control group with the means: (951.9), (777.8), (911.16) and (743.7), respectively in these variables. According to these findings, it can be said that ACT is effective and increases the distress tolerance of students. Also, the effect size showed that group membership explains 49.9% of tolerance's variance, 40% of absorption's variance, 48% of the evaluation's variance, and 30.3% of regulation's variance.

Univariate analysis of covariance was used to investigate the effectiveness of ACT on students depression. The results showed that F - statistics were significant for depression variable ($F_{1,24}=43.687$, $P<0.01$). These findings indicate that there is a significant difference between groups in this variable. The results also showed that the mean of experimental group in depression (398.29) is less than the mean of the control group (687.24) in this variable. In conclusion, ACT was effective and reduced the depression of students. Additionally, the size of the effect showed that group membership explains 61.8% of depression's variance.

Conclusion

The purpose of this study was to determine the effectiveness of ACT on distress tolerance and depression in students. The first finding of the research showed that ACT was effective and reduced the depression of students. The result is in line with previous studies in this field (25 and 22). In this way, people can be encouraged to evaluate their behavior based on whether their strategies are successful. Depressed students usually seek to provide various reasons for depression, which leads to an increase in rumination and criticizing their experiences. In ACT through mindful exercises, self-observation, and awareness of

the functioning of one's own limbs, one can connect with his thoughts and be able to accept his thoughts, beliefs, emotions, and sensory and physical receipts (27); Therefore, people view their depressing thoughts and will be able to stop ruminating thoughts that lead to depression.

Another finding showed that ACT increased the distress tolerance and its components (tolerance, absorption, evaluation and regulation) in students. The result is in line with previous studies in this field (28 – 31). One of the processes that is emphasized in ACT is work commitment. Encouraging individuals to clarify values, determine the goals, predict obstacles and ultimately, commit to achieving goals will increase their life satisfaction. As a result, a person is released from the circles of negative thoughts and emotions (anxiety, hopelessness, depression) (31).

The implementation of this study only on female students and lack of follow-up results in the long run are the limitations of this study. Considering the effect of ACT in reducing depression and increasing the distress tolerance in students, school counselors and psychologists are suggested to use ACT in group and individual counseling sessions. Future studies can also compare the impact of this educational intervention to other therapeutic approaches such as cognitive analytical psychotherapy and cognitive behavioral therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study has been implemented independently and its implementation license has been issued by education department of the city of Qaem with code 45789/10 dated 31/3/1399.

Funding: The present study was conducted without any sponsoring from a specific organization.

Authors' contribution: This article was written by the first author, analyzed by the second author, and edited by the third author. the data was collected by the fourth author.

Conflict of interest: There is no conflict of interest for the authors in this study.

Acknowledgments: The authors of the article consider it necessary to appreciate all the participants in the research

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و افسردگی دانش آموزان

عاطفه رضایان*^۱، لیاہ آقا علی اکبری^۲، فاطمه امیرزاده^۳، نغمه ملک محمدی^۴

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات دانش‌آموزان در دوره‌های مختلف سنی، افسردگی است که پژوهشگران در سبب‌شناسی افسردگی مؤلفه‌های مختلفی از جمله تحمل پریشانی را بررسی کرده‌اند. بدین ترتیب هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تحمل پریشانی و افسردگی دانش‌آموزان بود.

روش: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه هفتم شهر قائن در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند که ۳۰ نفر از آنها به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه تجدیدنظر شده افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تنها بر روی گروه آزمایش انجام شد و گروه گواه در آموزش شرکت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات تحمل پریشانی و افسردگی در گروه آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد، به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و بهبود تحمل پریشانی دانش‌آموزان شده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تسهیل می‌شود. در نتیجه مجموعه مکانیسم‌های زیربنایی این شیوه درمان باعث کاهش افسردگی و بهبود تحمل پریشانی در دانش‌آموزان در این مطالعه شده است.

کلیدواژه‌ها:

پذیرش و تعهد،

تحمل پریشانی،

افسردگی، دانش‌آموزان

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۶/۱۸

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۰۹/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

* نویسنده مسئول: عاطفه رضایان، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

رایانامه: Rezaiyan.rezaiyan72@gmail.com

تلفن: ۰۵۱-۳۸۸۰۵۰۰۰

مقدمه

دوران دانش آموزی یکی از حساس ترین دوران زندگی است که اساس شخصیت آینده افراد را می سازد (۱). یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات دانش آموزان در دوران نوجوانی و جوانی، افسردگی^۱ است (۲). این اختلال یکی از پدیده های هیجانی قرن کنونی است که بر اساس برآورد سازمان سلامت جهانی در سال ۲۰۱۲، پس از بیماری های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدید کننده سلامت و حیات انسان، دومین اختلال هزینه بر در جهان و دومین علت معلولیت تا سال ۲۰۲۵ ذکر شده است (۳). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افسردگی عبارت از وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه با تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می گذارد (۴).

افسردگی شامل غمگینی و هیجانات خود منعکس کننده همچون شرمساری است و غالباً با در نظر گرفتن پنج دسته ویژگی تعریف می شود که شامل غمگینی و خلق بی عاطفه، خودپنداشت منفی شامل سرزنش گری و خودشرمنده سازی، تمایل به اجتناب از دیگران، کاهش خواب و اشتها به همراه کاهش وزن، کاهش تمایل جنسی، و تغییر در میزان فعالیت همراه با خواب آلودگی و گاه آشفتگی است (۵). علائم این اختلال مانند غم و اندوه، احساس بی ارزشی، عدم تمرکز و توانایی اندیشیدن، احساس گناه، بی خوابی، احساس شکست، خودکشی، و بسیاری از نشانه های خطرناک دیگر در انسان های افسرده قابل مشاهده است (۶). پژوهش ها نشان می دهند حدود ۲۰ درصد از افرادی که در طی زندگی شان دچار افسردگی هستند، اولین بار در ۱۲ تا ۱۹ سالگی این اختلال را تجربه کرده اند (۷ و ۸). شیوع افسردگی در دختران دو برابر پسران است (۹). پژوهشی نظام مند در ایران نشان داد شیوع افسردگی در گروه های مختلف سنی بین ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد بود و میزان افسردگی در زنان و دختران حدود ۱/۵ برابر بیشتر از مردان؛ و در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک نسبت به شهرهای بزرگ، بیشتر بود (۱۰).

از سویی یکی از توانایی هایی که در دوره نوجوانی بسیار مورد توجه قرار گرفته است، توانایی تحمل پریشانی^۲ است که به صورت سازه ای

فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجزیه و مقاومت در برابر موقعیت های روان شناختی و یا حالت های هیجانی منفی تعریف شده است (۱۱). این سازه حالتی از رنج هیجانی است که با نشانه های افسردگی و اضطراب تعریف می شود و با علائم فیزیولوژیکی بی خوابی، سردرد، و انرژی پایین همراه است که بر عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره تأثیر منفی می گذارد (۱۲). در مجموع تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و شامل ابعاد متعددی از جمله: ۱. توانایی تحمل، ۲. ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت هیجانی، ۳. شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و ۴. مقدار جلب توجه به وسیله هیجان های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می شود (۱۳). نتایج پژوهش های متعدد نیز حاکی از آن است که این سازه یکی از عوامل دخیل در آسیب پذیری روانی است (۱۴ و ۱۵). همچنین برخی از پژوهش ها نشان داده اند که تحمل پریشانی پایین با دامنه گسترده ای از نگرانی های سلامت روانی و اختلال های روانی همراه است (۱۶ و ۱۷).

با وجود پیشرفت های قابل توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به افسردگی انجام شده است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره ها و مزمن شدن اختلال افسردگی مواجه هستیم (۱۸). دسته ای از مداخلات روان شناختی که در سال های اخیر علاقه رو به افزایشی را سبب شده اند، درمان های مبتنی بر پذیرش^۳ هستند که به عنوان درمان های شناختی رفتاری موج سوم شناخته می شوند. در این نوع درمان تلاش می شود به جای تغییر شناخت ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری شناختی و در نهایت زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر منجر می شوند. این شش فرایند عبارت اند از: پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها، و عمل متعهد (۲۰). در این درمان پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش می یابد و هرگونه عملی که موجب اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته می شود بی اثر یا اثر آن، به طور کامل حذف می شود (۲۱).

3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Depression
2. Distress tolerance

سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند (۱۵۰۰ نفر)؛ و با توجه به اینکه حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نمونه کفایت می‌کند (۳۴)، تعداد ۳۰ دانش‌آموزی که در مقیاس تحمل پریشانی و افسردگی نمره‌شان از نمره برش فاصله داشت با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان در این پژوهش عبارت بود: دارا بودن نمره بالا در افسردگی و نمره پایین در تحمل پریشانی بر اساس ارزیابی‌های به عمل آمده، نداشتن سابقه اختلال روان‌شناختی بر اساس پرونده مشاوره در مدرسه، قرار نداشتن تحت درمان روان‌شناختی یا روش‌های اثربخش دیگر، تمایل و رغبت برای شرکت در پژوهش (رضایت دانش‌آموزان و والدین). ملاک‌های خروج نمونه نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جریان مداخله آموزشی بود.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی بک^۱: برای سنجش افسردگی از دومین نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک با ۲۱ گویه استفاده شد. روش نمره‌گذاری گویه‌ها ۰ تا ۳ و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. در این مقیاس نمرات ۰ تا ۹ نشان دهنده بهنجار بودن، ۱۰ تا ۱۹ میزان افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۹ سطح افسردگی متوسط، و نمره ۳۰ به بالا نشان دهنده افسردگی شدید است (۳۵). بک، استیر و برون اعتبار^۲ این آزمون را ۰/۹۶، ثبات درونی را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶، و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۵). در ایران دابسون و محمدخانی ضریب آلفای ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی^۳ پرسشنامه افسردگی بک-۲ حکایت از شاخص‌های روان‌سنجی مناسب این ابزار دارد (۳۶).

۲. مقیاس تحمل پریشانی^۴: مقیاس تحمل پریشانی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ گویه‌ای است که به‌وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است و چهار مؤلفه تحمل (گویه‌های ۱-۳ و ۵)، جذب

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر کاهش تنیدگی، افسردگی، و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مبتلابه تالاسمی (۲۲)، کاهش افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (۲۳)، کاهش افسردگی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال یادگیری ویژه (۲۴)، کاهش افسردگی و افزایش سازش‌یافتگی دختران نابینا (۲۵)، کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی (۲۶)، کاهش اضطراب و افسردگی (۲۷)، افزایش تحمل پریشانی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی (۲۸)، افزایش تحمل ابهام دانش‌آموزان با اختلال وسواس-بی‌اختیاری (۲۹)، افزایش تحمل پریشانی افراد سوء‌مصرف مواد (۳۰)، افزایش تحمل زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد (۳۱) تأیید شده است؛ بنابراین مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که اثربخشی درمان تعهد و پذیرش در افسردگی و تحمل پریشانی، کمتر روی گروه‌های دانش‌آموزان بهنجار انجام شده است، بنابراین ضرورت انجام مطالعه درباره استفاده از این نوع درمان در دانش‌آموزان گروه‌های سنی مختلف فاقد اختلالات روان‌شناختی، احساس می‌شود.

دانش‌آموزان به‌عنوان قشر فکری آینده جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و بررسی مشکلات آنها و طرح‌ریزی اقدامات پیشگیرانه، انعکاس بسیار مثبتی بر کارکرد جامعه خواهد گذاشت (۳۲). همچنین با توجه به اینکه افسردگی به‌عنوان یک عامل عمده بازدارنده در پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان است که هزینه‌های هنگفتی را بر جوامع تحمیل می‌کند (۳۳)، و از سویی با توجه به خلأ پژوهشی درباره استفاده از این شیوه در گروه‌های دانش‌آموزی بهنجار، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تحمل پریشانی و افسردگی دانش‌آموزان دختر پایه هفتم انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه هفتم شهر قائن در

3. Validity
4. Disturbance Tolerance Scale

1. Beck Depression Inventory—Second Edition
2. Reliability

منفی، و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۲۳۴، ۰/۵۴۳-، ۰/۶۵۳- به دست آمده است. این پژوهشگران همچنین اعتبار این پرسش‌نامه از نوع پایایی^۱ را به روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۷).

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: جلسات درمانی پذیرش و تعهد مبتنی بر جلسات درمانی هیز، لوین، پلامب- ویلاردج، ویلاتی و پیسترولو (۳۸) بود که اعتبار آن در مطالعه ترخان تأیید شده است (۳۹) و توسط پژوهشگر طی ۸ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای و در هفته یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

(گویه‌های ۲-۴-۱۵)، ارزیابی (گویه‌های ۶-۷-۹-۱۰-۱۱ و ۱۲) و تنظیم (گویه‌های ۸-۱۳ و ۱۴) را بر روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً موافق) تا پنج (کاملاً مخالف) می‌سنجد. دامنه نمرات این ابزار بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالاتر در این مقیاس، تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد (۱۳). سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب، و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند و گزارش کردند که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی مطلوبی است و ضریب روایی آن را ۰/۶۱ به دست آوردند (۱۳). شمس، عزیزی و میرزایی (۳۷) همبستگی مقیاس تحمل پریشانی را با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور، کمتر مؤثر، و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷، ۰/۱۹۶- به دست آوردند. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان هر جلسه	شرح مختصر جلسه	تکنیک	تمرین
۱	آشنایی و ایجاد اعتماد	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه و ایجاد اعتماد، اجرای پیش‌آزمون، معرفی درمانگر	-	-
۲	معرفی درمان پذیرش و تعهد	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان،	-	ارائه کاربرگ راه‌حل‌های به کار گرفته‌شده و تأثیرات آنها در بلندمدت
۳	بررسی انتظارات افراد از درمان پذیرش و تعهد	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از افراد، بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر بررسی انتظارات بیماران از درمان پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی	استعاره مردی در گودال، طناب‌کشی با هیولا	ثبت مواردی که مراجعان موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد مهارگری شده‌اند.
۳	اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از افراد؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد مهارگری و پی بردن به بیهودگی آنها، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است؛ توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب؛ کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی	استعاره صندلی بد	ثبت مواردی که مراجعان موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند
۴	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مقاوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از افراد، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مقاوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف، استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی	مراقبه برگ‌های رودخانه	ارائه فایل صوتی مراقبه
۵	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار مشاهده‌شده به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود در این تمرینات. در این مورد شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (مانند تنفس، پیاده‌روی و ...) تمرکز	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از افراد، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار مشاهده‌شده به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود در این تمرینات. در این مورد شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (مانند تنفس، پیاده‌روی و ...) تمرکز	استعاره باغبانی	مراجعات چه زمانی بر اساس ارزش‌هایشان عمل می‌کنند و تفاوت‌ها را حس کنند.

		<p>کنند و در هر لحظه از احوال خود، آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس ها و شناخت ها پردازش می شوند بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. یعنی می آموزند به افکار و احساسات خودشان توجه کنند ولی به محتوای آن نجسند.</p> <p>استراحت و پذیرایی، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه، و بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی</p>	
<p>در فاصله بین جلسات در صورت تمایل به محض تشخیص کشمکش با احساسات خود، تمرین را آغاز کرده و مراحل را یادداشت کنند.</p>	<p>استعاره معروف قطب نمای زندگی</p>	<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از افراد، شناسایی ارزش های زندگی افراد و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، استراحت و پذیرایی، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>۶ شناسایی ارزش های زندگی افراد و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آنها</p>
<p>گزارش از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات</p>	<p>استعاره های (استعاره شطرنج، آسمان و آب و هوا)</p>	<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از افراد؛ بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش ها، اهداف، و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش ها؛ بحث درباره موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش های افراد.</p> <p>اعضا مهم ترین ارزش های خود و موانع احتمالی در پیگیری آنها را فهرست کرده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش ها و ویژگی های اهداف اختصاصی قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم ترین ارزش های خود را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش ها دنبال کنند، تعیین کردند و در پایان رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج</p>	<p>۷ تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات و موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها</p>
<p>ارائه فایل صوتی مراقبه</p>	<p>تمرین تنفس توجه آگاهانه، مراقبه دست ها</p>	<p>درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل): شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با نکاتی که بیان شد، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود، و در پایان اجرای پس آزمون و تشکر و قدردانی از اعضای شرکت کننده.</p>	<p>۸ مرور و جمع بندی</p>

اطلاعات و نام افراد در پژوهش کاملاً رعایت شد. جهت تحلیل داده ها از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در سطح معنای داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای تحمل پریشانی و افسردگی دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها گزارش شده است. با توجه به این جدول نتایج این آزمون برای تمامی متغیرها معنی دار نیست، بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

(د) روش اجرا: در مرحله اجرا پس از کسب اجازه از آموزش و پرورش و مجوزهای لازم به مدرسه هدف مراجعه شد و هماهنگی لازم با مدیر آموزشگاه و معلمان انجام شد و درباره اهداف پژوهش نکات لازم گفته شد. پس از تعیین و تخصیص تصادفی افراد به گروه های مطالعه، همه شرکت کنندگان به مقیاس افسردگی و تحمل پریشانی (پیش آزمون) پاسخ داده و سپس پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۸) توسط پژوهشگر طی ۸ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه ای و در هفته یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، اما گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. سپس از افراد هر دو گروه پس آزمون اجرا شد. همچنین در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات درمان، تکمیل کردن پرسش نامه ها با میل و رغبت توسط شرکت کنندگان، برنامه ریزی مناسب برای اجرای جلسات مشاوره به طوری که مزاحم تدریس معلمان و برنامه های مدرسه نشود، محرمانه ماندن

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو- ویلکز	p
تحمل	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۷۰	۲/۷۱۲	۰/۵۷۲	۰/۸۹۹
	پیش‌آزمون	گواه	۹/۱۰	۳/۳۵۲	۰/۷۰۳	۰/۷۰۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۲۱	۲/۷۳۶	۰/۷۸۳	۰/۵۷۲
	پس‌آزمون	گواه	۹/۷۶	۳/۱۳۲	۰/۶۸۰	۰/۷۴۴
جذب	پیش‌آزمون	آزمایش	۷/۵۰	۲/۴۳۴	۰/۹۰۵	۰/۳۸۶
	پیش‌آزمون	گواه	۸/۱۷	۱/۹۹۳	۰/۷۶۹	۰/۵۹۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۶۷	۲/۲۳۵	۰/۷۶۶	۰/۶۰۰
	پس‌آزمون	گواه	۸/۶۴	۲/۱۲۰	۰/۷۷۸	۰/۵۸۰
ارزیابی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۲۳	۴/۴۹۰	۰/۶۳۳	۰/۸۱۸
	پیش‌آزمون	گواه	۱۶/۳۶	۴/۴۳۸	۰/۷۰۱	۰/۷۱۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۶۳	۴/۴۰۵	۰/۷۷۴	۰/۵۸۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۱۶	۴/۴۳۱	۰/۶۱۱	۰/۸۴۹
تنظیم	پیش‌آزمون	آزمایش	۷/۴۸	۲/۶۲۴	۰/۷۴۵	۰/۶۳۵
	پیش‌آزمون	گواه	۷/۱۵	۲/۲۶۴	۰/۵۲۴	۰/۹۴۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۳۰	۲/۲۶۷	۰/۷۲۷	۰/۶۶۶
	پس‌آزمون	گواه	۷/۷۵	۲/۹۸۷	۰/۵۱۱	۰/۹۵۷
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵/۷۲	۹/۳۲۶	۰/۴۹۰	۰/۹۷۰
	پیش‌آزمون	گواه	۲۴/۸۵	۱۰/۱۹۰	۰/۳۶۹	۰/۹۹۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۸۳	۹/۳۳۴	۰/۵۵۳	۰/۹۲۰
	پس‌آزمون	گواه	۲۴/۲۵	۱۰/۲۸۵	۰/۶۳۷	۰/۸۱۲

تنظیم ($F_{1,28}=0/201, p>0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=1/679, p>0/05$) Box M . نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنادار است ($p<0/01$).

$$(\chi^2 = 17/370, df=9)$$

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تحمل پریشانی دانش آموزان، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{8,38}=2/130, p>0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های تحمل ($F_{1,28}=0/865, p>0/05$)، جذب ($F_{1,28}=0/020, p>0/05$)، ارزیابی ($F_{1,28}=0/004, p>0/05$) و

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه تحمل پریشانی در گروه آزمایش و گواه

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر بیلابی	۰/۶۸	۱۱/۳۹۶	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۵	۱۱/۳۹۶	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	اثر هیلینگ	۲/۱۷۱	۱۱/۳۹۶	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۷۱	۱۱/۳۹۶	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵

آزمایش و گواه، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معناداری هر چهار آماره چندمتغیری یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است ($p < 0/01$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین تحمل پریشانی دو گروه

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های تحمل پریشانی

متغیر	منبع	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
تحمل	آزمایش	۱۱/۵۲۳	۲/۰۷۲	۰/۳۰۴	۲۳/۹۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹
	گواه	۹/۴۵۱					
جذب	آزمایش	۱۰/۵۲۵	۱/۷۴۸	۰/۳۷۱	۱۶/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	گواه	۸/۷۷۷					
ارزیابی	آزمایش	۱۸/۸۸۲	۱/۹۷۱	۰/۳۰۱	۲۲/۱۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰
	گواه	۱۶/۹۱۱					
تنظیم	آزمایش	۱۰/۳۰۵	۲/۵۶۲	۰/۵۰۱	۱۰/۴۵۱	۰/۰۰۴	۰/۳۰۳
	گواه	۷/۷۴۳					

شده است. همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۴۹/۹ درصد از تغییرات تحمل، ۴۰ درصد از تغییرات جذب، ۴۸ درصد از تغییرات ارزیابی، و ۳۰/۳ درصد از تغییرات تنظیم را تبیین می‌کند. به منظور بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی دانش آموزان، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,26} = 0/047, p > 0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیر افسردگی ($F_{1,28} = 0/373, p > 0/05$) در گروه‌ها برابر است.

با توجه به جدول ۴. آماره F برای مؤلفه‌های تحمل ($p < 0/01$)، $F_{1,24} = 23/921$ جذب ($F_{1,24} = 16/009, p < 0/01$)، ارزیابی ($F_{1,24} = 10/451, p < 0/01$) و تنظیم ($F_{1,24} = 22/122, p < 0/01$) معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در تحمل (۱۱/۵۲۳)، جذب (۱۰/۵۲۵)، ارزیابی (۱۸/۸۸۲) و تنظیم (۱۰/۳۰۵) بیشتر از میانگین گروه گواه در این متغیرها به ترتیب با میانگین (۹/۴۵۱)، (۸/۷۷۷)، (۱۶/۹۱۱) و (۷/۷۴۳) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب افزایش تحمل پریشانی دانش آموزان

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در افسردگی

متغیر	منبع	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
افسردگی	آزمایش	۲۲/۳۹۸	۲/۲۸۹	۰/۲۴۵	۴۳/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	گواه	۲۴/۶۸۷					

ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در افسردگی (۲۲/۳۹۸) کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیر با میانگین (۲۴/۶۸۷) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و

با توجه به جدول ۵ آماره F برای متغیر افسردگی ($p < 0/01$)، معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین

تعهد مؤثر بوده و موجب کاهش افسردگی دانش آموزان می‌شود. همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۶۱/۸ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تحمل پریشانی و افسردگی دانش آموزان بود. نخستین یافته پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه در نمرات مربوط به افسردگی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نتیجه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب کاهش افسردگی دانش آموزان شد. نتیجه به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه همسو است. برای مثال یافته‌های پژوهش اوکاتی، شیرازی و ثناگوی محرر نشان داد که آموزش روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنیدگی و افسردگی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مبتلا به تالاسمی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است (۲۲). در مطالعه‌ای پیری، حسینی نسب و لیوارجانی بر روی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دریافتند که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان مؤثر بوده است (۲۳). نتایج پژوهش عنایتی شبکلابی نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی و بهبود افسردگی در دانش‌آموزان دختر با اختلال یادگیری شد (۲۴). در مطالعه‌ای دیگر پژوهش بر روی دختران نابینا نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی و افزایش سازش‌یافتگی دختران نابینا شد (۲۵) که نتایج همه این مطالعات به نوعی با نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر در یک راستا هستند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از مشکلات افراد با اختلال افسردگی، بازگشت مداوم به گذشته و اتفاقات مربوط به آن است. زندگی در زمان حال به مراجع کمک می‌کند خود را از برج‌ماندگی گذشته نجات دهد و زمان حال را دریابد و به آن ارزش‌گذاری کند. از دیگر مشکلات این افراد، چسبیدن به خود و افکار و احساسات موجود در آن است. روش پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش،

خود به‌عنوان زمینه، و زندگی در زمان حال، به افراد آموزش می‌دهد که محتویات ذهن خود را بپذیرند و برای تغییر آنها حرکت نکنند و همچنین حرکت آنها به سمت ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود باشد (۲۶).

از سویی دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله رفتاری به فرد کمک می‌شود تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کنند و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز کند. فرد با این باور که بسیاری از مشکلات او غیرقابل‌مهار هستند وارد مرحله درمانی می‌شود، اما در درمان این انتظارات در فرد به وجود می‌آید که می‌تواند مشکلات خود را به نحوی مؤثر مهار کند و سپس مهارت‌هایی به افراد آموزش داده می‌شود تا به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می‌آیند، روبرو شده و پاسخ دهند (۲۲).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت در درمان پذیرش و تعهد، افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا راهبردهایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است؛ ارزیابی کنند. راهبردهای موفقیت‌آمیز معمولاً آنهایی هستند که به افراد کمک می‌کند بر اساس ارزش‌های خود عمل کنند. دانش‌آموزان با علائم افسردگی به طور معمول به دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این موضوع به افزایش نشخوار فکری منجر می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی قرار می‌دهند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، تقویت می‌شود که در نتیجه پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی فرد تسهیل می‌شود (۲۷). نتیجه اینکه افراد، افکار افسرده‌وار خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوارهای فکری منتج از افسردگی، جدا می‌کنند.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه، در نمرات مربوط به تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم)، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب افزایش تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم) در دانش‌آموزان شد. نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های پیشین در

تجربه‌های درونی با استفاده از استعاره و آموزش‌های ارائه شده در جلسه درمان، میزان تحمل پریشانی روان‌شناختی افراد نمونه را افزایش داده است.

این مطالعه فقط بر روی دانش‌آموزان دختر انجام شد. همچنین به علت مشکلات اجرایی، پیگیری نتایج در بلند میسر نشد که این دو محدودیت در تعمیم‌دهی نتایج به دست آمده باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به تأثیر درمان تعهد و پذیرش در کاهش افسردگی و افزایش تحمل پریشانی دانش‌آموزان، به روان‌شناسان مدارس پیشنهاد می‌شود ضمن تسلط یافتن کامل بر شیوه درمان تعهد و پذیرش، از تمرینات آن در جلسات مشاوره دانش‌آموزی استفاده کنند. همچنین مطالعات آینده تأثیر این مداخله آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌ها و رویکردهای درمانی همچون روان‌درمانی شناختی تحلیلی و رفتاردرمانی شناختی، مورد بررسی قرار دهند تا اثربخشی و اندازه اثر هر کدام مشخص شود. همچنین جهت کمک به تعمیم بیشتر نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در محیط‌های غیر تحصیلی و بر روی سایر گروه‌های سنی با اختلالات مختلف، انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن توسط آموزش و پرورش شهر قائن با شماره مجوز ۱۰/۴۵۷۸۹ در تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۳۱ صادر شد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله در نگارش مقاله و نویسندگان دوم، سوم، و چهارم به ترتیب در تحلیل آماری، ویراستاری علمی، و جمع‌آوری داده‌ها نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

این زمینه همسو است. برای مثال نتایج یک مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش شفقت به خود، افزایش تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأثیر داشته است (۲۸). در مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان با اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معناداری داشته است (۲۹). در پژوهشی دیگر (۳۰) روان‌درمانی گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد تأثیر قابل توجهی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی افراد سوء مصرف مواد به دنبال داشته است و در نهایت در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که این شیوه درمان باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد شده است (۳۱). نتایج مطالعات ذکر شده به طور مستقیم و غیرمستقیم با یافته‌های این مطالعه همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از فرایندهایی که در درمان پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود، فرایند عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، باعث می‌شود که تا ضمن تحقق اهداف و شادزیستی ناشی از آن بر رضایت از زندگی فرد افزوده شود و از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (اضطراب، یاس، افسردگی) که باعث کاهش تحمل پریشانی می‌شوند، رهایی یابد. نتیجه اینکه این شیوه موجبات افزایش تحمل پریشانی و سلامت را در فرد فراهم می‌کند (۳۱). همچنین می‌توان اذعان داشت که در درمان پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده خودشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم بوده و در راستای ارزش‌های آنها است، به تدریج بپردازند (۳۰). نتیجه اینکه این شیوه درمان با تمرکز بر استعاره‌های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب

Reference

- Badeleh A, Toomaj A. Structural equations of relationships between learning disorder, emotional intelligence and depression in primary school students. *J Child Ment Health*. 2018; 4(4):59-70. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Rostamzadeh Z, khalilzadeh K. Prevalence and severity of depression in high school girls in Urmia. *Nurs Midwifery J*. 2007; 5(2):12-8. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Amini-Javid L, Zandipoor T, Karami J. The effectiveness of spiritual intelligence training on female students' depression and happiness. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2015; 6(22):141-68. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Goran Arbanas M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). *Alcoholism and Psychiatry Research*. 2015; 51(1):61-64. [\[Link\]](#)
- Salehi Omran E, Abedini baltork M, Azizi Shomami M, Keshavarz K. Relationship between Internet Addiction and depression among secondary school students in kordkuy, iran, with an emphasis on the type of virtual network. *J Educ Community Health*. 2018; 5(1):13-8. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Mowery D, Smith H, Cheney T, Stoddard G, Coppersmith G, Bryan C, et al. Understanding depressive symptoms and psychosocial stressors on Twitter: a corpus-based study. *JMIR*. 2017; 19(2): 48-66. [\[Link\]](#)
- Casement MD, Guyer AE, Hipwell AE, McAloon RL, Hoffmann AM, Keenan KE, et al. Girls' challenging social experiences in early adolescence predict neural response to rewards and depressive symptoms. *Developmental cognitive neuroscience*. 2014; 8(4):18-27. [\[Link\]](#)
- Chauhan S, Lal P, Nayak H. Prevalence of depression among school children aged 15 years and above in a public school in Noida, Uttar Pradesh. *JAIR*. 2014; 3(6):269-273. [\[Link\]](#)
- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2015; 40(4):219-221. [\[Link\]](#)
- Montazeri A, Mousavi S, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh*. 2013; 12(6):567-94. [Persian]. [\[Link\]](#)
- O' Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior therapy*. 2007; 38(3):314-323. [\[Link\]](#)
- Reitzel LR, Smith NG, Obasi EM, Forney M, Leventhal AM. Perceived distress tolerance accounts for the covariance between discrimination experiences and anxiety symptoms among sexual minority adults. *Journal of anxiety disorders*. 2017; 48(5):22-27. [\[Link\]](#)
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005; 29(2):83-102. [\[Link\]](#)
- McHugh RK, Kertz SJ, Weiss RB, Baskin-Sommers AR, Hearon BA, Björgvinsson T. Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior therapy*. 2014; 45(2):232-240. [\[Link\]](#)
- Forouzanfar A. Distress tolerance: Theory, Mechanism and Relation to Psychopathology. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2017; 6(2):239-262. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010; 136(4):576-600. [\[Link\]](#)
- Gaher RM, Hofman NL, Simons JS, Hunsaker R. Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *COTR*. 2013; 37(3):466-475. [\[Link\]](#)
- Madahi ME, Madah L. Effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing depression and suicide thoughts in girl students. *Journal of School Psychology*. 2014; 3(3):74-85. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Habibollahi A, Soltanizadeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016; 2(4):1-10. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Juncos DG, Heinrichs GA, Towle P, Duffy K, Grand SM, Morgan MC, et al. Acceptance and commitment therapy for the treatment of music performance anxiety: a pilot study with student vocalists. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8(7):986-990. [\[Link\]](#)
- Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran. *IJPCP*. 2019; 25(1):2-13. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Okati M, Shirazi M, Sanagouye Moharar G. Acceptance and commitment therapy on stress, depression, and Test anxiety in students with Thalassemia. *MEJDS*. 2020; 10(0):97-97. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Piri s, Hoseininasab D, Livarjani S. The effectiveness of Acceptance and commitment therapy on academic procrastination, resilience and depression in students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2020; Accepted online publishing. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Enayati-Shabkolaei M, Dousti Y, Mirzaian B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Depression among Female High School Students with Specific Learning Disorder in Sari in Northern in Iran. *Community Health*. 2019; 6(3):244-252. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Tajvar Rostami S, Rahimi Khorasgani F, Sadat Kazemi M. The Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) on Depression and Adjustment of Blind Girls. *Achievements of Clinical Psychology*. 2016; 2(2):49-66. [Persian]. [\[Link\]](#)
- Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia. *J*

- Ardabil Univ Med Sci. 2014; 14(4):412-23. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*. 2013; 33(8):965-78. [\[Link\]](#)
 28. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(3):173-87. [Persian]. [\[Link\]](#)
 29. Asli azad m, Manshaee gr, Ghamarani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020; 9(36):33-53. [Persian]. [\[Link\]](#)
 30. Amirian K, Mami S, Ahmadi V, Mohamadzadeh J. Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy on Difficulties Emotion Regulation and Distress Tolerance in Substance Abusers. *J Educ Community Health*. 2018; 5(2):53-61. [Persian]. [\[Link\]](#)
 31. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, Shoa kazemi M. The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity among Female Substance Abusers. *Research on Addiction*. 2018; 11(44):135-54. [Persian]. [\[Link\]](#)
 32. Yarollahi NA, Rahimi M, Khabaz Shirazi A. Investigation the relationship of type D personality and it's sub-scales with depression in female students at Shahin shahr. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5(1):18-28. [Persian]. [\[Link\]](#)
 33. Sheykholeslami A, Seyedesmaili ghomi N. Comparing the effect of mindfulness-based stress reduction program and study skills training on the test anxiety in students. *Journal of School Psychology*. 2014; 3(2):104-21. [Persian]. [\[Link\]](#)
 34. Gall MD, Borg WR, Gall JP. *Educational research: An introduction*, Boston: Longman Publishing; 1996. [\[Link\]](#)
 35. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory-II*. San Antonio. 1996; 78(2):490-8. [\[Link\]](#).
 36. Dabson K Mohammadkhani P. Psychometric Co-ordinates of Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder during Relapse. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 8(1):80-6. [Persian]. [\[Link\]](#)
 37. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim Health Systems research journal*. 2010; 13(1):11-8. [Persian]. [\[Link\]](#)
 38. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, 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(2):180-98. [\[Link\]](#)
 39. Tarkhan M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Life Meaning of Depressed Women. *Journal of Psychological Studies*. 2017; 13(3):147-164. [Persian]. [\[Link\]](#)