



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خواب و حل مشکل در دختران ۱۴ تا ۱۶ ساله

دانشجوی دکترای روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران

زهرا رضائی روزبھانی ^{ID}

آزیتا چھری* ^{ID}

گلاویز محمودی ^{ID}

azitachehri@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

۱۴۰۱/۰۹/۲۱

پذیرش:

۱۴۰۰/۱۲/۲۲

دریافت:

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۱۸-۳۲
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(رضائی روزبھانی، چھری و محمودی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

رضائی روزبھانی، زهرا، چھری، آزیتا، و محمودی، گلاویز. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خواب و حل مسئله در دختران ۱۴ تا ۱۶ ساله. خانواده درمانی کاربردی، ۳(۴): ۱۸-۳۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات خواب و حل مسئله انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ دختر نوجوان انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی (قرعه‌کشی) به دو گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه حل مسئله (هینر و پترسون، ۱۹۸۸) و پرسشنامه سنجش خواب (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش‌های آمار توصیفی، پیش‌فرض‌های آماری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بن‌فرونی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری بر بهبود مهارت حل مسئله و ابعاد آن در افراد گروه آزمایش اثربخش بوده است. همچنین، نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر مهارت حل مسئله افراد گروه آزمایش تأثیر مثبتی داشته است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از فنونی همانند کاربرد تکنیک‌های ذهنی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش مشکلات خواب و بهبود شیوه‌های حل مسئله در دختران نوجوان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، مشکلات خواب، حل مسئله، نوجوان

مقدمه

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (اوگان‌دیل، ۲۰۱۸).

براساس مطالعات انجام شده حداقل ۲۲ درصد کودکان و نوجوانان در سنین مدرسه، مشکلات جدی و مستمر هیجانی یا رفتاری دارند که درصد قابل توجهی از این مشکلات ممکن است تا سال‌های بعد هم ادامه یابد (گوپتا، مونیگا و گارگ، ۲۰۱۷). در اغلب موارد، معلمان و هم‌تایان، آن‌ها را طرد کرده و در نتیجه فرصت‌های آموزشی مناسب را از دست می‌دهند. علاوه بر این، انزوای اجتماعی این کودکان باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در آن‌ها می‌شود و بنابراین، مجموعه این عوامل، آن‌ها را در معرض خطر بروز رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد (لین مولوی، باسویل و چنگ، ۲۰۱۷).

اختلالات خواب^۱ در کودکان بسیار شایع هستند و نرخ شیوع آن در مطالعات متعدد، بیش از ۳۰ الی ۵۰ درصد گزارش گردیده است (اسمیت، مک کار، چانگ، مارتین و هارود، ۲۰۱۸). در واقع، یکی از رفتارهای تأثیرگذار و مرتبط با سلامتی که یک سوم زندگی هر انسانی را به خود اختصاص می‌دهد، خواب می‌باشد (کولب و ویشاو، ۲۰۱۶ ترجمه علی‌پور و چلبیانو، ۱۳۹۸). خواب از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر بوده و یک حالت منظم تکرار شونده و به آسانی برگشت‌پذیر آرگانیسم است که با بی‌حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک‌های بیرونی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می‌شود (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۸). الگوهای خواب ناکافی و اختلالات خواب در دوران کودکی در فرهنگ‌های مختلف، تظاهرات گوناگونی دارد و معمولاً به دلیل همپوشانی بالا با دیگر اختلالات درونی‌سازی^۲ و برونی‌سازی شده^۳، به درستی از سوی متخصصین تشخیص داده نمی‌شود (سده، اسیلبرگ، لوگ، هایس و ولف، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های زیادی رابطهٔ نیرومند بین اختلالات خواب و بروز مشکلات روانی و جسمانی متعدد برای کودکان و نوجوانان را نشان داده‌اند (هان، جوکنر، روتل، اسهابوس، هایب و گروبر، ۲۰۱۹). از دیگر سو، امروزه در تحقیقات عموماً این نظر اتخاذ شده است که کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی-رفتاری به معنای وسیع‌تر دارای کمبودهای شناختی از جمله مشکلاتی در زمینه حل مسئله هستند. افرادی که از توانایی حل مسئله برخوردار نیستند در مواجهه با موانع ممکن است رفتارهای تکانشی^۴ از خود بروز دهند، احساس ناکامی کنند، پرخاشگر شوند یا برای دوری از موقعیت مشکل‌ساز گوشه‌گیر شوند. تکرار چنین تجربی می‌تواند به ایجاد و بروز رفتارهای غیرانطباقی^۵ منجر شود (شور^۶، ۲۰۰۱ به نقل از شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۹۱).

در طی سال‌ها درمان‌های گوناگونی برای بهبود مشکلات عاطفی-رفتاری و مشکلات خواب کودکان و نوجوانان پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به تنهایی منجر به بهبود این مشکلات نمی‌شود و بسیاری از افراد نگرش منفی نسبت به دارودرمانی دارند (کاسل، سوریس، پادوانو، سایماکو، فیراسوتی، لامیس و همکاران، ۲۰۱۹). لذا با توجه به محدودیت‌های دارودرمانی، توجه زیادی به درمان روان‌شناختی این مشکلات شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با نشانگان و هیجانات مرتبط با کودکان پیشنهاد شده است اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت

1. sleep disorders
2. Internalizing disorders
3. Externalizing disorders
4. Impulsive behaviors
5. Maladaptive behaviors
6. Shure

اجرا و تداوم نتایج درمانی است. امروزه با نسل سوم رفتاردرمانی مواجه هستیم که یکی از مهم‌ترین آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در واقع هدف اصلی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که مناسب‌تر باشند و نه صرفاً اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات آشفته‌ساز (پولاکانو، لاپالاین، موتکا، هایرون، اکلاند و همکاران، ۲۰۱۹).

راسماواتی، کلایت و سوسانتی (۲۰۲۰) در مطالعه به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد روانی و کیفیت خواب نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد گروه مداخله در دوره پس‌آزمون منجر به بهبود نمره عملکرد روانی و بهبود نمرات کیفیت خواب شده است اما نمرات عملکرد روانی و کیفیت خواب افراد گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی را نشان نداد. همچنین، کیوسکلی، اسکات، وینکلی، گودفری و مک کراکن (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب افراد گروه مداخله بهبود قابل توجهی داشته است اما در متغیرهای وابسته در افراد گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. مشکلات خواب از شایع‌ترین مشکلات در بین کودکان و نوجوانان در جوامع مدرن می‌باشد. با وجود ادبیات گسترده‌ای که در مورد این اختلالات وجود دارد، و آمارهای گسترده از شیوع این اختلالات در کودکان هنوز به نتایج درمانی مشخصی که بتوان برای کودکان بر روی آن حساب نمود، دست نیافته ایم. خوب خوابیدن به اندازه خوب خوردن و خوب هضم کردن برای سلامت جسمانی و روانی اهمیت دارد. در خلال خواب است که ارگانیزم، انرژی خود را ترمیم می‌کند و سلول‌های عصبی احیا می‌شوند. خواب از ارگانیزم علیه خستگی مفرط و فزون-تنودی^۲ حمایت می‌کند. با این وجود، خواب فقط یک کنش عصبی-فیزیولوژیکی نیست؛ از لحاظ روان‌شناختی نیز، تأثیر ترمیم‌کننده آن به اندازه‌ای است که اشخاص تنیده و عصبی را با خوابانیدن درمان می‌کنند. لذا می‌توان گفت چنانچه این مشکلات به درستی تشخیص‌گذاری و درمان نشوند نه تنها می‌توانند برای زندگی فردی و تحصیلی کودک در آینده مشکل ساز باشند بلکه می‌توانند بر سلامت روان سایر اعضای خانواده به ویژه والدین و نیز زندگی خانوادگی خود کودک به عنوان بزرگسال در آینده تأثیرات متعدد و نامناسبی بر جای بگذارد؛ با اذعان به مطالب بالا و اهمیت جایگاه سلامت روانی و خواب در کودکان جامعه، لذا سؤال پژوهش حاضر این است:

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم عاطفی-رفتاری، مشکلات خواب و حل مسئله در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم عاطفی-رفتاری، مشکلات خواب و حل مسئله در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

1. Acceptance and commitment therapy
2. Hypertonicity

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ دانش‌آموز دختر از دو مدرسه دخترانه مقطع متوسطه (اول و دوم) در ناحیه ۲ شهر کرمانشاه با توجه ملاک‌های ورود و نمره اکتسابی در ابزارهای خودگزارشی (نمره بالا در مشکلات خواب و علیم عاطفی-رفتاری و نمره پایین در حل مسئله) انتخاب و به شیوه تصادفی سازی (قرعه کشی) به سه گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به ۲ ملاک زیر انتخاب شده است: (۱) با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ (مولوی، ۱۳۹۳) و (۲) نیز با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در برنامه‌های مداخلاتی به شیوه گروهی، با درمان‌های استاندارد و رویکردهای درمانی مختلف ۱۵ نفر است (پرینستاین و ترال، ۱۳۹۷)، به دلیل احتمال ریزش در افراد نمونه برای ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. در راستای رعایت اصول اخلاق ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت (دختر)، پایه تحصیلی (مقطع متوسطه)، دامنه سنی (۱۶-۱۴ ساله)، در قید حیات بودن و زندگی مشترک والدین با هم، تکمیل کامل ابزارهای خودگزارشی و کسب نمره برش لازم در هر ابزار، و توان شرکت در جلسات تعیین شده بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل موارد زیر بود: ابتلای دختران به هر یک از بیماری‌های مزمن (طبی-روانپزشکی) و یا مصرف داروهای طبی خاص، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات مداخله‌ای تعیین شده، شرکت در جلسات درمانی مشابه با مطالعه حاضر همزمان یا ۶ ماه قبل و عدم تمایل و رضایت آزمودنی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسش‌نامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه حل مسئله. این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۸۸ توسط هپنر و پترسون تدوین و شامل ۳۲ سؤال با ۳ زیرمقیاس باور حل مسئله، سبک گرایش-اجتناب و مهار شخصی است. نمره‌گذاری سئوالات پرسشنامه در طیف لیکرت ۶ درجه ای (گزینه کاملاً موافقم=نمره ۱ تا کاملاً مخالفم=نمره ۶) انجام می‌شود. سازندگان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز جلیلی، حجازی، انتصارفومنی و مروتی (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ الی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

۲. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ. این مقیاس بوسیله بویس و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شده است. و شامل ۱۹ پرسش خودگزارشی است که خواب مناسب را از نامناسب، با ارزیابی ۷ ویژگی خواب طی ماه گذشته مشخص می‌سازد. این ۷ ویژگی عبارت اند از؛ کیفیت خواب ذهنی، نهفتگی خواب، دوره خواب، کفایت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه. سوالات شماره ۱، ۲، ۳

و ۴ مقیاس بصورت باز، سؤالات ۵ (با الف-ی)، ۶، ۷ و ۸ دارای پاسخ‌های اصلاً (نمره صفر)، کمتر از یکبار در هفته (نمره ۱)، یک یا دوبار در هفته (نمره ۲)، سه بار یا بیشتر در هفته (نمره ۳) و سؤال شماره ۹ آن نیز دارای پاسخ‌های خیلی خوب (نمره صفر)، نسبتاً خوب (نمره ۱)، نسبتاً بد (نمره ۲) و خیلی بد (نمره ۳) می‌باشد. برای مشخص ساختن نمره کلی فرد، نمرات مؤلفه‌های مقیاس جمع بسته می‌شوند که دامنه نمرات آن از ۰ تا ۲۱ متغیر می‌باشد. هرچه نمره بدست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین تر است. نمره بالاتر از ۵، نشانگر اختلال خواب یا کیفیت نامطلوب خواب فرد است. میزان زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه نیز، ۵ الی ۱۰ دقیقه می‌باشد. روایی و پایایی این مقیاس، در مطالعات متعدد بسیار بالا گزارش شده است و مورد تأیید می‌باشد. بویس و همکاران (۱۹۸۹) حساسیت و ویژگی مقیاس مذکور را به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ درصد و پایایی درونی اش را برابر با $a = 0/83$ گزارش کرده‌اند. آنها همچنین، پایایی مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی، $r = 0/85$ به دست آوردند. حساسیت و ویژگی مقیاس مذکور در مطالعه ورنون، بربر و مودسکی (۲۰۱۵) به ترتیب برابر با ۹۰ و ۸۷ درصد گزارش شده است. در ایران نیز پایایی و روایی آن، در مطالعه منصوری، مخیری، محمدی و توکل (۱۳۹۱)، با استفاده از روش بازآزمایی، $r = 0/88$ به دست آمد.

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هشت جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعته (۶۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه‌های آزمایش و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد به قرار زیر بود:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان. تکلیف: پیدا کردن سیستم‌های ناکارآمد گذشته.

جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی و آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. تکلیف: یادداشت لیست کردن تجارب منفی و کنترل ناکارآمدی افکار و احساسات.

جلسه سوم و چهارم: درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل مسئله است، نه راه حل. تکلیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه ناراحتی‌ها و ناامیدی خلاق؛ شناسایی ارزش‌های زندگی فرد و تصمیم‌گیری در خصوص ارزش‌ها، اعمال و موانع. تکلیف: تمرین ذهن آگاهی و لیست کردن ارزش‌های شخصی.

جلسه پنجم و ششم: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که اینکه چگونه ارزش‌ها و تفکیک آن‌ها (تمایل/پذیرش) را ارزشمند جلوه می‌دهد. تکلیف: مشخص کردن ارزش‌های فرد با استفاده از استعاره‌ها؛ بررسی هم‌اندیشی و گسلس. تکلیف: انجام تمرینات برای گسلس با استفاده از استعاره‌ها.

جلسه هفتم و هشتم: توزیع مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و تأکید بر زمان حال. تکلیف: بودن در زمان حال؛ ارزیابی عمل متعهدانه. تکلیف: شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و متعهد بودن به ارزش‌ها، جمع‌بندی مطالب و اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تحلیل علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ به کار گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دختران گروه آزمایش برابر با ۱۴/۹۶ (۳/۵۶) و دختران گروه گواه برابر با ۱۵/۱۰ (۳/۸۷) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
باور حل	ACT	۱۴/۲۲	۱/۱۵	۱۷/۱۵	۱/۲۲	۱۷/۹۸
مسئله	گواه	۱۵/۱۹	۱/۳۴	۱۵/۱۰	۱/۲۰	۱۵/۱۲
سبک	ACT	۱۶/۰۰	۲/۲۳	۱۸/۱۹	۲/۶۷	۱۸/۷۲
گرایش- اجتناب	گواه	۱۵/۴۹	۱/۶۷	۱۵/۶۰	۱/۲۳	۱۵/۵۹
مهار شخصی	ACT	۱۵/۱۶	۱/۱۷	۱۸/۰۰	۱/۴۵	۱۸/۰۴
گواه	گواه	۱۵/۷۸	۱/۴۴	۱۵/۵۷	۱/۳۳	۱۵/۶۶
حل مسئله	ACT	۴۵/۳۸	۴/۵۵	۵۳/۳۴	۵/۳۴	۵۴/۷۴
گواه	گواه	۴۶/۴۶	۴/۴۲	۴۶/۲۷	۳/۷۶	۴۶/۳۷
مشکلات	ACT	۹۹/۰۱	۱۴/۹۹	۷۵/۱۴	۱۳/۰۰	۷۵/۰۵
خواب	گواه	۹۸/۰۴	۱۴/۵۲	۹۹/۹۷	۱۳/۶۱	۱۰۰/۰۱

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر حل مسئله در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۵/۳۸ (و ۴/۵۵) و در مراحل پس آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۳/۳۴ (و ۵/۳۴) و ۵۴/۷۴ (و ۶/۲۳) می‌باشد. اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مراحل پس آزمون و پیگیری تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۴۶/۴۶ در برابر ۴۶/۲۷ و ۴۶/۳۷). اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد متغیر حل مسئله و مشکلات خواب در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ دهنده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و کولموگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای وابسته	لوین F آزمون		آزمون کولموگروف-اسمیرنف			حل مسئله
	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	df	
		۱	۲			
		۲	۵۷	۰/۰۹۶	۲۰	۰/۱۹۸
		۲	۵۷	۰/۷۱۱	۲۰	۰/۳۰۷

یکی از پیش فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود، توزیع نمرات در جامعه نرمال است و اگر در گروه‌های نمونه کجی یا کشیده حاصل شده، به خاطر نمونه‌گیری تصادفی افراد بوده است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می‌شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمرات در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد (فرگوسن و تاکانه، ترجمه دلاور و نقشبندی، ۱۳۹۶). در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) و کولموگروف-اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شد، که نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای وابسته سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$)، لذا توزیع نمرات در جامعه نرمال است. بنابراین، استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع می‌باشد. پیش فرض دیگر برای استفاده از تحلیل واریانس، تساوی واریانس گروه‌ها است. اساس پیش فرض تساوی واریانس‌ها آن است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه با هم برابر است و از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین (Levene's Test) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود پیش فرض لوین در تمامی متغیرهای وابسته پژوهش تأیید می‌گردد، که به دلیل گمارش تصادفی دو گروه و حجم نمونه مناسب می‌توان از روش تحلیل واریانس جهت تحلیل فرضیه‌ها استفاده کرد. از طرف دیگر با توجه به اینکه آزمون F در برابر میزان متوسطی از واریانس‌های ناهمگن مقاوم است، به خصوص هنگامی که نمونه‌ها دارای حجم مساوی باشند (فرگوسن و تاکانه، ترجمه دلاور و نقشبندی، ۱۳۹۶)، استفاده از آزمون تحلیل واریانس امکان‌پذیر می‌گردد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای وابسته پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	F آماره	داری معنی	ضریب تأثیر	توان آماری
باور حل مسئله	گروه	۲۴/۷۲۰	۰/۰۰۴	۰/۲۶۵	۱/۰۰۰
	زمان	۵/۶۱۱	۰/۰۰۲	۰/۳۱۸	۱/۰۰۰
	تعامل زمان و گروه	۶/۳۸۰	۰/۰۰۶	۰/۴۸۸	۱/۰۰۰

۱/۰۰۰	۰/۱۸۹	۰/۰۱۷	۴۵/۶۲۰	گروه	سبک گرایش-اجتناب
۱/۰۰۰	۰/۴۱۳	۰/۰۱۱	۲۱/۱۰۶	زمان	
۱/۰۰۰	۰/۵۵۲	۰/۰۲۱	۶/۳۹۲	تعامل زمان و گروه	
۱/۰۰۰	۰/۴۱۷	۰/۰۱۲	۲۶/۳۹۲	گروه	مهار شخصی
۱/۰۰۰	۰/۵۴۲	۰/۰۰۸	۹/۸۰۹	زمان	
۱/۰۰۰	۰/۵۹۷	۰/۰۰۵	۹/۲۰۰	تعامل زمان و گروه	
۰/۵۹۱	۰/۳۷۸	۰/۰۱۸	۲۵/۴۲۳	گروه	حل مسئله
۰/۵۸۹	۰/۴۱۳	۰/۰۱۳	۱۶/۸۶۷	زمان	
۰/۶۲۳	۰/۵۸۸	۰/۰۲۱	۲۲/۳۳۶	تعامل زمان و گروه	
۰/۵۴۴	۰/۲۲۷	۰/۰۳۱	۱۴/۴۴۱	گروه	مشکلات خواب
۰/۷۰۴	۰/۶۰۹	۰/۰۴۲	۳۲/۸۷۲	زمان	
۰/۶۱۰	۰/۶۱۲	۰/۰۱۷	۲۶/۹۸۰	تعامل زمان و گروه	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که روش مداخله درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات باور حل مسئله ($F=۲۴/۷۲۰$ و $P=۰/۰۰۴$)، سبک گرایش-اجتناب ($F=۴۵/۶۲۰$ و $P=۰/۰۱۷$) و مهار شخصی ($F=۲۶/۳۹۲$ و $P=۰/۰۱۲$) و نمره کل حل مسئله و مشکلات خواب دو گروه ایجاد کرده است، به این معنی که درمان پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود ابعاد حل مسئله، نمره کل حل مسئله و مشکلات خواب داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات خواب و حل مسئله انجام شد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که در مرحله پس از آزمون و پیگیری درمان پذیرش و تعهد بر بهبود نمره حل مسئله و ابعاد آن در افراد گروه آزمایش موثر بوده است. همسو با یافته حاضر شاملی، داوودی و متقی دستنائی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مهارت حل مسئله و حافظه منطقی اثربخشی داشته است. در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حل مسئله باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط ذهن، با تأثیرگذاری بر ابعاد عاطفی و شناختی حل مسئله متضمن بهبود مهارت حل مسئله است، چرا که منجر می‌شود افراد با متمرکز شدن بر هدف نهایی خود مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند؛ به عبارتی دیگر افراد می‌توانند با ذهن آگاهی بر اهداف و افکارشان متمرکز شده، اصول و قواعد خود را یکپارچه کنند و شیوه‌های متناقض پاسخ گویی را کنار بگذارند. از آن جایی که نوجوانان دچار تحریفات شناختی و تصمیم‌گیری‌ها و افکار ناکارآمد بیشتری هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نارزنده سازی و تجربه هیجانات متعدد و در نتیجه کاهش انرژی می‌شود. همچنین، پذیرش با استعاره‌هایی همچون خرگوش سفید به نوجوانان دارای تجارب هیجانی و رفتاری پر از تنش می‌آموزد که موقعیت و چالش‌های جدید با وجود فشارها و استرس‌های همراه هراس

آور نیستند و نیازی به اجتناب از آن‌ها نیست. بلکه با رویارو شدن با این موقعیت‌ها می‌توانند آرامشی مناسب کسب کنند. این مهم با کمک به فرایند حل مسئله درصدد فراهم کردن دیدگاهی بازتر و انعطاف پذیرتر برای فرد برمی‌آید تا بتواند تصمیمی مناسب تری اتخاذ کند. همچنین، دی‌زوربلا و نزو (۲۰۱۵) در این خصوص اذعان داشته‌اند که توانایی حل مسئله با سازگاری رفتاری و عملکرد روانشناختی بهنجار به صورت مثبت و با هیجان‌پذیری به طور منفی رابطه دارد. درمان‌پذیرش و تعهد در تلاش است با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، سازگاری فرد را افزایش داده به طوری که بتواند بهترین تصمیم را اتخاذ نمایند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان‌پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر نمرات مشکلات خواب افراد گروه آزمایش موثر بوده است. همسو با یافته حاضر خزائی و زکی‌ای (۱۳۹۸) نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمان‌پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهبود کیفیت خواب بیماران مؤثر بوده است. ایزدی و رسولی (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی و کیفیت خواب زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها همسو با یافته حاضر نشان داد که در مرحله پس‌آزمون درمان‌پذیرش و تعهد برخلاف افراد گروه کنترل در گروه آزمایش موجب کاهش نمرات افسردگی و بهبود کیفیت خواب شده است.

برای تبیین نتایج مطالعه می‌توان یک قاعده کلی را مطرح کرد که فرایندهای درمان‌پذیرش و تعهد می‌توانند از طریق افزایش تمایل افراد به داشتن تجربه خواب بد (خواب با کیفیت پایین) خواب آنان را بهبود بخشید. در واقع نتیجه این تمایل کاهش آن چیزی است که به رفتار جستجوی امنیت معروف است. از جمله این رفتارها می‌توان به فعالیت‌های محدودکننده، جبران خواب و تلاش زیاد برای خوابیدن اشاره نمود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأکید اصلی روی تمایل فرد به تجربه‌های درونی است (کولب و ویشاو، ۱۳۹۸). در همین راستا، به افراد مبتلا به کیفیت پایین خواب در نمونه مورد بررسی کمک شده است تا افکار، باورهای ناکارآمد و فکری مرتبط با خواب را فقط به عنوان یک فکر در نظر بگیرند؛ مثلاً این فکر که «من باید حتماً هشت ساعت بخوابم» صرفاً یک فکر است و در ذهن فرد است و در ادامه درمان کمک می‌کند که فرد از ماهیت ناکارآمد برنامه‌های فعلی برای خوابیدن اطلاع پیدا کند و نتیجه بگیرد که تلاش‌های او برای خوابیدن چون کارکردی ندارند باید کنار گذاشته شوند. افراد طی درمان یاد گرفته‌اند که در جهت زندگی ارزشمند حرکت کنند، که این ارزش‌ها در حوزه خواب نیز برای آنها وجود دارند (خزائی و زکی‌ای، ۱۳۹۸)؛ از طرف دیگر پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد موضع خود را از یک فرد درگیر به یک فرد مشاهده‌گر تغییر می‌دهد مثلاً ایت فکر که «من اگر نخوابم فردا روز خوبی نخواهم داشت» به ذهن فرد آمده است و چون قبلاً او در موضع فردی بوده است، تحت تأثیر قرار گرفته است، درگیر محتوای فکر شده و دچار بی‌خوابی شده است. پس از درمان و انجام تمرینات مرتبط با فرایند بافتار انگاشتن خویشتن موضع او به مشاهده‌گر تغییر کرده است و او می‌گوید یک آشغال ذهنی به ذهن من وارد شده و من فقط آن را مشاهده کرده‌ام. لذا فرد تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت و این مسئله می‌تواند افزایش کیفیت خواب را در پی داشته باشد. علت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب، تغییر در نگرش‌ها و افکار افراد درباره خواب در جلسات درمان و همچنین، توجه افراد به علل ایجادکننده افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار است. همچنین، این درمان با تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی نسبت به راه‌حل‌های گذشته به

این نتیجه می‌رسد که راه حل‌های پیشین سودی برایش ندارد و تنها موجب تشدید بی‌خوابی می‌شود (ایزدی و رسولی، ۱۳۹۸).

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط می‌شود به ابزار گردآوری داده‌ها به دلیل اینکه از نوع پرسشنامه ای بود امکان تحریف و یا سوگیری در پاسخ دهی وجود داشته است. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به انتخاب نمونه از یک جنسیت و با دامنه سنی ۱۴ الی ۱۶ ساله بود که این امر امکان تعمیم نتایج به دیگر افراد جامعه و دانش آموزان پسر را کاهش می‌دهد و در این مطالعه از روش در دسترس استفاده شد که این امر به دلیل نبود شرایط یکسان جهت شرکت افراد در مطالعه توان تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی در کنار پرسشنامه از روش‌های مصاحبه نیز در گردآوری داده‌ها استفاده گردد و در مطالعات بعدی از هر دو جنس به انتخاب نمونه پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی دوره پیگیری طولانی تری به منظور نتیجه‌گیری بهتر در خصوص میزان اثربخشی این روش‌های مداخلاتی در نظر گرفته شود و در مطالعات بعدی از نمونه‌گیری به شیوه تصادفی استفاده گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ایزدی، مهنوش، و رسولی، آراس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی و کیفیت خواب زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *مجله پژوهش در پرستاری ایران*. ۱۴(۱): ۲۸-۲۱.

جلیلی، اکبر، حجازی، مسعود، انتصار فومنی، غلامحسین، و مروتی، ذکراه. (۱۳۹۷). رابطه فراساخت و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری حل مسئله. فصلنامه سلامت روان کودک. ۵(۱): ۹۴-۸۳.

خزائی، حبیب‌اله، و زکی‌ای، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات تنظیم هیجان و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به بی‌خواب مزمن. مجله علوم پزشکی مازندران. ۲۹(۱۷۸): ۶۳-۵۲.

سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو. (۱۳۹۸). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک (علوم رفتاری/ روان‌پزشکی). جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: نشر دانش.

شکوهی یکتا، محسن، و زمانی، نیره. (۱۳۹۱). کاربرد آموزش حل مسئله بین فردی در کاهش رفتارهای مشکل ساز دانش آموزان دیرآموز. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۲(۸): ۷۱-۵۵.

شاملی، لیلیاف داوودی، مریم، و متقی دستنایی، شکوفه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حافظه منطقی و حل مسئله در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس. مجله روانشناختی شناختی. ۷(۲): ۶۲-۵۱.

کولب، برایان، و ویشاو، یانک. (۱۳۹۸). مبانی نوروسایکولوژی انسان. جلد اول. ترجمه احمد علی پور و غلامرضا چلبیانلو. تهران: نشر ارجمند.

References

- Cassale AD, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, et al. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*. 17(8): 710–736.
- Gupta AK, Mongia M, Garg AK. (2017). A descriptive study of behavioral problems in schoolgoing children. *Ind Psychiatry J*. 26(1):91-94.
- Hahn M, Joechner AK, Roell J, Schabus M, Heib DP, Gruber G. (2019). Developmental changes of sleep spindles and their impact on sleep dependent memory consolidation and general cognitive abilities: A longitudinal approach. *Dev Sci*. 22(1): e12706.
- Kioskli, K., Scott, W., Winkley, K., Godfrey, E., & McCracken, L. M. (2020). Online acceptance and commitment therapy for people with painful diabetic neuropathy in the United Kingdom: A single-arm feasibility trial. *Pain Medicine*, 21(11), 2777-2788.
- Kaiser T, Li J, Pollmann-Schult M, Song AY. (2017). Poverty and Child Behavioral Problems: The Mediating Role of Parenting and Parental Well-Being. *Int J Environ Res Public Health*. 14(9):120-34.
- Lynn Mulvey K, Boswell C, Zheng J. (2017). Causes and Consequences of Social Exclusion and Peer Rejection Among Children and Adolescents. *Rep Emot Behav Disord Youth*. 17(3):71-75.
- Montgomery, L., Burlew, A. K., Haeny, A. M., & Jones, C. A. (2020). A systematic scoping review of research on Black participants in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Psychology of addictive behaviors*, 34(1), 117.
- Puolakanho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS, Hirvonen R, Eklund KM, et al. (2019). Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Youth Adolesc*. 48(2): 287–305.
- Rothenberg WA, Lansford JE, Alampay L, Al-Hassan S, Bacchini D, Bornstein MH, Et al. (2020). Examining effects of mother and father warmth and control on child externalizing and internalizing problems from age 8 to 13 in nine countries. *Dev Psychopathol*. 32(3): 1113–1137.
- Rasmawati, R., Keliat, B. A., & Susanti, H. (2020). Improvement in Patients' Ability to Care for Anxiety and Impaired Body Image: A Case Report of Acceptance and

- Commitment Therapy and Family Psychoeducation. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(2), 102-110.
- Ogundele MO. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*. 7(1):9-26.
- Sadeh N, Spielberg JM, Logue MW, Hayes JP, Wolf E. (2019). Linking Genes, Circuits, and Behavior: Network Connectivity as a Novel Endophenotype of Externalizing. *Psychol Med*. 49(11): 1905–1913.
- Sauvet, F., Arnal, P. J., Tardo-Dino, P. E., Drogou, C., Van Beers, P., Erblang, M.,... & Léger, D. (2020). Beneficial effects of exercise training on cognitive performances during total sleep deprivation in healthy subjects. *Sleep medicine*, 65, 26-35.
- Smith MT, McCrae C, Cheung J, Martin JL, Harrod CG. (2018). Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. *J Clin Sleep Med*. 14(7): 1209–1230.

پرسشنامه حل مسئله

سئوالات	کاملا موافقم	کاملا مخالفم	موافقم	مخالفم	کاملا موافقم	کاملا مخالفم
۱. زمانی را که راه حل برای مسئله ناموفق بوده است من دیگر از آن استفاده نمی کنم چرا که آن کارایی ندارد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲. زمانی که با مسائل پیچیده روبرو می شوم من خود را به دنبال راهی برای جمع آوری اطلاعات به زحمت نمی اندازم زیرا که من دقیقا می توانم متوجه شوم که مسئله چیست.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳. زمانی که اولین تلاش های من برای حل مسدله با شکست مواجه می شود من درباره توانایی ام برای تسلط بر موقعیت شک می کنم و نگران می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴. من بعد از اینکه مسئله ای را حل می کنم بررسی نمی کنم که چه چیز درست یا اشتباه است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵. من معمولا می توان راهی خلاق و موثر برای حل یک مسئله پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶. من بعد از اینکه برای حل مسئله طبق شیوه مشخصی تلاش کرده ام وقت می گذارم و پیامد واقعی را با آنچه که من فکر می کردم اتفاق می افتد مقایسه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم به همه راههای ممکن فکر می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم حتما برای فهمیدن آنچه که در مورد مسئله اتفاق می افتد به احساسی که در من ایجاد می کند دقت می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹. من برای حل اکثر مسائل تونا هستم حتی اگر هم در آغاز راه حل فوری پیدا نشود.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰. من با مسئله های زیادی که حل کردن آن ها برای من بسیار دشوار است روبرو هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱. من تصمیم می گیرم و بعدا از آنها شاد می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم نخستین چیزی که به آن توجه می کنم آن است که برای حل کردن آن فکر می کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. من گاهی اوقات صبر نمی کنم و زمانی برای حل کردن مسئله هایم نمی گذارم ولی تا حدی با حالت گیجی جلو می روم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. هنگام تصمیم گیری پیرامون طرز فکر یا راه حل مناسب برای یک مسئله وقت را صرف پرداختن به احتمال موفق بودن هر گزینه نمی کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم من صبر می کنم و قبل از اینکه کاری انجام دهم درباره آن فکر می کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. من معمولاً با نخستین راه مناسبی را که به ذهنم می رسد جلو می روم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. زمان تصمیم گیری من پیامد همه راهها را بررسی می کنم و آنها را با یکدیگر مقایسه می کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. زمانی که من برای حل مسئله برنامه ریزی می کنم همیشه مطمئنم که می توانم طبق آنها کار کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. من برای پیش بینی همه پیامدهای انجام راه حل های مشخص تلاش می کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. زمانی که من برای پیدا کردن راه حل های ممکن برای مسئله تلاش می کنم من تعداد زیادی از راه ها را در نظر نمی گیرم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. من مطمئنم که اگر به اندازه کافی تلاش کنم می توانم همه مسائلی را که با آن ها روبرو هستم حل کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. زمانی که من با موقعیت جدیدی روبرو می شوم اطمینان دارم که می توانم بر مسائلی که ممکن است ایجاد شوند، تسلط یابم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. حتی اگر من بر مسئله تسلط یابم گاهی اوقات من احساسی شبیه شگفت زدگی دارم و به موضوع نمی پردازم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. من تصمیمات ناگهانی می گیرم و بعداً از آن ها پشیمان می شوم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. من به توانایی ام بای حل مسائل تازه و دشوار مطمئن هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. من شیوه ای اصولی برای مقایسه راه ها و تصمیم گیری ها دارم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم من معمولاً بررسی نمی کنم که چه دسته عوامل خارجی در محیط من ممکن است باعث ایجاد مسئله ی من شده باشد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. زمانی که من با مسئله ای روبرو می شوم یکی از نخستین کارهایی که انجام می دهم این است که موقعیت و همه عواملی را که آن را ایجاد کرده اند بررسی می کنم.

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. گاهی اوقات که من درباره یک مسئله بسیار نگران می شوم آن (نگرانی) باعث می شود که نتوانم راه های زیادی را برای حل آن بررسی کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. بعداً تصمیم گیری پیامدی که من معمولاً انتظارش را دارم با پیامد واقعی یکسان است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۱. زمانی که با مسئله ای روبرو می شوم من مطمئن نیستم که بتوانم بر موقعیت مسلط شوم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۲. زمانی که من مسئله ای را متوجه می شوم نخستین کاری که انجام می دهم این است که تلاش می کنم بفهمم که مسئله دقیقاً چیست.

پرسشنامه کیفیت خواب

۵	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته‌اید؟	هیچ	یک‌بار	دو‌بار	سه بار یا بیشتر در هفته
۵/۱	با گذشت ۳۰ دقیقه نیز نمی‌توانستید بخوابید.				
۵/۲	نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.				
۵/۳	مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.				
۵/۴	نمی‌توانستید به راحتی نفس بکشید.				
۵/۵	سرفه می‌کردید یا با صدای بلند خروپف می‌کردید.				
۵/۶	احساس می‌کردید خیلی سردتان است.				
۵/۷	احساس می‌کردید خیلی گرم‌تان است.				
۵/۸	کابوس می‌دیدید.				
۵/۹	درد داشتید.				
۵/۱۰	اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد فوق مشکل داشته‌اید. دلایل شما.....				
۶	در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور یا آرام‌بخش مصرف کرده‌اید؟				
۷	در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن برای رانندگی کردن یا خوردن غذا یا کار کردن مشکل داشتید؟				
۸	در طول ماه گذشته چندبار برای حفظ تمایل خود به انجام کارها مشکل داشته‌اید؟				
۹	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟	خیلی خوب	نسبتاً خوب	نسبتاً بد	خیلی بد

The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on sleep and problem solving in 14-16 year old girls

Zahra Rezaei, Rozbahani¹, Azita, Chehri^{2*}, & Gelavij, Mahmoodi²

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on sleep problems and problem solving. **Methods:** This quasi-experimental study was a pre-test-post-test design with a control and follow-up group for 3 months. The statistical population of this study included all 14 to 16 year old female students studying in high school in Kermanshah in 1399-1400. By available sampling method, 60 female students were selected and randomly assigned to two equal groups of 20 people. Data were collected using a problem-solving questionnaire (Hepner and Patterson, 1988) and a sleep assessment questionnaire (Boyce et al., 1989). For data analysis, SPSS software version 25 was used with descriptive statistics, statistical assumptions and analysis of variance with repeated measures and Bonferroni test. **Results:** The results showed that acceptance and commitment treatment was significantly effective in improving problem solving skills and its dimensions in the experimental group. Also, the results showed that acceptance and commitment therapy had a positive effect on problem solving skills of the experimental group. **Conclusion:** Based on the findings of the present study, it can be concluded that acceptance and commitment therapy using techniques such as mental techniques, Self-observation as a context, cognitive fault techniques, values, and committed action can be used as an effective treatment to reduce sleep problems and improve problem-solving techniques in adolescent girls.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, sleep problems, problem solving, adolescents

1. PhD Student in Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Email: azitachehri@yahoo.com