



Comparison of the effectiveness of two methods of treatment based on acceptance and commitment and Beck cognitive therapy on aggression and irresponsibility of students

Mohammad Reza. Feizi Lafmajani¹, Valiollah. Farzad*², Ali. Delavar³ & Anahita. Khodabakhshi Kolae⁴

1. Ph. D student of Counseling Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 76-89

Corresponding Author's Info

Email: v.farzad@iranmehr.ac.ir

Article history:

Received: 2022/06/17

Revised: 2023/02/18

Accepted: 2023/11/22

Published online: 2023/04/22

Keywords:

Irresponsibility, Aggression, Commitment and Acceptance, Beck Cognitive Therapy

ABSTRACT

Background and Aim: Young people, including students in any society, are considered the intellectual and spiritual assets of that society and are the builders of that society's future, so these people are the ones who must accept the responsibilities of that society in the future. Studying the specific issues of young people, successful education and ensuring their physical and mental health is one of the most important goals of government educational planners. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of two methods of treatment based on acceptance and commitment and Beck cognitive therapy on aggression and irresponsibility of students of Islamic Azad University, Islamshahr Branch. **Methods:** The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and follow-up with the control group and using the selection of subjects in the experimental and control groups. The statistical population of this study is students who referred to the Mental Health Counseling and Services Center of Islamic Azad University, Islamshahr Branch from April 2014 to September 2017. The sample size was 45 students who were selected by purposive sampling method from the statistical population and were randomly assigned to three groups of acceptance and commitment therapy experiments (n = 15), cognitive therapy (n = 15) and control (n = 15). Both experimental groups were trained for 10 sessions of 90 minutes and no intervention was performed for the control group (third group). The content of the interventions in the ACT and CT experimental groups was presented in 10 sessions based on the training package. The research instrument included a Minnesota Multidimensional Personality Questionnaire 2- Reconstructed Form. In this research, the statistical model of repeated measures measurement has been used. **Results:** The results showed that both treatments significantly improved aggression and irresponsibility compared to the treatment group, in other words, these two treatments in the post-test and follow-up stages were able to significantly reduce the scores of aggression and irresponsibility towards the treatment group. Moreover, the results showed that "group therapy based on acceptance and commitment" is more effective on the variable "aggression" than "Beck cognitive therapy". While the effect of "Beck cognitive therapy" is more effective than "group therapy based on acceptance and commitment" on the variable "irresponsibility". **Conclusion:** According to the findings, it is concluded that group therapy based on acceptance and commitment can be effective in improving students' aggression and Beck cognitive therapy in improving their irresponsibility.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article:

Feizi Lafmajani, M. R., Farzad, V., Delavar, A., & Khodabakhshi Kolae, A. (2023). Comparison of the effectiveness of two methods of treatment based on acceptance and commitment and Beck cognitive therapy on aggression and irresponsibility of students. *jayps*, 4(1): 76-89



مقایسه اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر پر خاشگری و بی‌مسئولیتی دانشجویان

محمد رضا فیضی لقمجانی^۱، ولی اله فرزاد^{۲*}، علی دلاور^۳ و آناهیتا خدابخشی کولایی^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: علمی پژوهشی صفحات: ۷۶-۸۹	زمینه و هدف: جوانان اعم از دانشجو در هر جامعه‌ای سرمایه‌های فکری و معنوی آن جامعه محسوب می‌شوند و آینده سازان آن جامعه هستند، بنابراین این افراد هستند که باید در آینده مسئولیت‌های آن جامعه را بپذیرند. بررسی مسائل خاص جوانان، آموزش موفق و تامین سلامت جسمی و روانی آنان از مهمترین اهداف برنامه ریزان آموزشی دولت است؛ لذا هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر پر خاشگری و بی‌مسئولیتی دانشجویان بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. حجم نمونه به تعداد ۴۵ نفر دانشجو بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه آماری انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه گمارده شدند. هر دو گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض آموزش قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده از پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا ۲- فرم و جهت تجزیه و تحلیل از روش اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان نسبت به گروه درمان موجب بهبود معنادار پر خاشگری و بی‌مسئولیتی شده اند. همچنین نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «پر خاشگری» مؤثر می‌باشد اما این تفاوت معنادار نیست؛ در حالی که میزان تأثیر «شناخت درمانی بک» بیشتر از «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر متغیر «بی‌مسئولیتی» مؤثر می‌باشد، که این تفاوت معنادار نیست. نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود پر خاشگری دانشجویان و شناخت درمانی بک بر بهبود بی‌مسئولیتی آن‌ها مؤثر واقع شود.
اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: v.farzad@iranmehr.ac.ir سابقه مقاله	
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۷	
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۹	
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۲/۰۲	
واژگان کلیدی بی‌مسئولیتی، پر خاشگری، تعهد و پذیرش، شناخت درمانی بک	

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.
تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

فیضی لقمجانی، م.، فرزاد، و.، دلاور، ع.، و خدابخشی کولائی، آ. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر پر خاشگری و بی‌مسئولیتی دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۱): ۸۹-۷۶

مقدمه

اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن و وضعیت سلامت روان است. جوانان از جمله دانشجویان در هر جامعه‌ای از سرمایه‌های فکری و معنوی آن جامعه به شمار می‌روند و سازنده‌ی فردای آن جامعه هستند، بنابراین این افراد کسانی هستند که در آینده باید پذیرای مسئولیت‌های آن جامعه باشند. بررسی مسائل خاص جوانان، تحصیل موفق و تأمین سلامت جسمی و روانی آن‌ها، از مهمترین اهداف برنامه ریزان آموزشی دولت‌ها می‌باشد. دانشجویان از جمله گروه‌های اجتماعی مؤثر، مهم و آینده ساز هر جامعه‌ای می‌باشند که رشد شخصیت و ارتقاء دانش و مهارت آن‌ها در گرو شناخت فاکتورهای مؤثر بر "شرایط و نحوه زندگی" آن‌ها می‌باشد که در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی مطرح و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (باومان، یونیسکو و چاو، ۲۰۱۱).

یکی از متغیرهایی که در میان دانشجویان از اهمیت خاصی برخوردار است، پرخاشگری است. پرخاشگری، به عنوان رفتاری تعریف می‌شود که دارای نقص شناختی در فرایند ارزیابی و راه حل مسئله باشد. بدین صورت که این دانشجویان در کدگذاری از اطلاعات اجتماعی دریافتی و تفسیر صحیح وقایع اجتماعی و نیت‌های دیگران مشکل دارند و از طرف دیگر، با رویکرد متضاد و خصومت‌آمیز به شرایط اجتماعی نزدیک می‌شوند، در حالی که تصور می‌کنند که رفتار دیگران تحریک‌آمیز و خصمانه است (مورائوری^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). پرخاشگری را می‌توان عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب یا صدمه زدن به دیگران می‌شود. یکی از انواع پرخاشگری که در اوایل سال‌های پیش‌دبستانی پدیدار می‌شود، پرخاشگری خصمانه است که شامل دو حالت پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای می‌باشد. پرخاشگری آشکار (فیزیکی و کلامی)

بی‌گمان نیروی انسانی تحصیل کرده از عوامل مهم رشد و توسعه در هر کشوری است. به گونه‌ای که با قاطعیت می‌توان گفت این عامل در صدر سایر عوامل قرار گرفته و کشورهایی به رشد و توسعه واقعی دست یافته‌اند که در کنار منابع خدادادی دانش و فناوری از نیروی انسانی با دانش بالا برخوردار بوده و دوم از این نیروی متخصص به گونه مطلوب استفاده کرده‌اند. به عبارتی دیگر از ویژگی‌های دنیای کنونی تحولات سریع اجتماعی است، تحولاتی که افراد جامعه نقش‌آفرینان آن هستند و انتظار می‌رود با نیروی بالقوه، گسترده و مشارکت بالفعل خود فعالیت‌های متنوع اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی و غیره را به حرکت در آورند و زمینه ساز رشد و تعالی، جامعه، خانواده و خود باشند. در واقع نقش و جایگاه دانشجویان به عنوان پایه‌های تغییردهنده‌ی فرهنگ و ارتقای سطح علمی و پیشرفت جامعه، بسیار حائز اهمیت است. بررسی وضعیت و چالش‌های دانشجویان در ابعاد مختلف، به ویژه در سطوح تحصیلی و روانی نقش بسزایی در بهبود وضعیت این قشر خواهد داشت. سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. سلامتی در گفتمان‌های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان‌ها به طور اجتماعی ساخت یافته‌اند. گرچه مفاهیم سلامتی، ذهن، و بدن طی مکان‌ها و زمان‌های مختلف متفاوت بوده‌اند، اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند. با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان به بررسی آن علاقه‌مند می‌گردند. بعد سلامت روانی در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه کشورهای جهان سوم، به دلیل توجه اصلی به سایر

توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد که هدف اصلی ایجاد انعطاف-پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. بهره‌گیری از درمان‌های جدید در حوزه روان درمانی و مشاوره نظیر درمان تعهد و پذیرش در کنار سایر عوامل روانشناختی و فرهنگی - اجتماعی، می‌تواند در بهبود وضعیت روانی دانشجویان مبتلا به اختلال‌های روانشناختی اثرگذار باشد. (هایس^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردی فرایند مدار است که به عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود. ACT تنها مداخله روانی - تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار برده می‌شود تا انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش دهد. تمرکز ACT افزایش دادن پاسخ انعطاف‌پذیر نسبت به محیط و سازگاری ارزش‌های شخصی با محیط به منظور کاهش اضطراب در فرد است. ACT هسته مشکلات را هدف قرار می‌دهد و هدف کلی آن افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی و همچنین توانایی تماس هر چه کامل‌تر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش‌ها می‌باشد. انعطاف‌پذیری روان شناختی از طریق ۶ هسته ساخته و تثبیت می‌شود. هر کدام از این هسته‌ها یک مهارت روانشناختی محسوب می‌گردند. دیدگاه انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان ACT می‌تواند منجر به کاهش خشم، خصومت و تجاوز شود (خانه‌روز، ۲۰۱۹). همچنین نتایج پژوهش‌های اخیر صورت گرفته نشان می‌دهد که ویژگی مهم انعطاف‌پذیری در درمان ACT می‌تواند منجر به کاهش پرخاشگری و خصومت شود (هایس و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این اثربخشی درمان ACT در بسیاری از مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی (هایس و همکاران، ۲۰۰۶)،

شامل رفتارهای خصمانه نظیر زدن، هل دادن، لگدزدن و نیز تهدید به انجام این اعمال به صورت کلامی است. پرخاشگری رابطه‌ای، شکلی از پرخاشگری است که فرد پرخاشگر با هدف برهم زدن روابط دو ستانه و بین‌فردی قربانی، اقدام به پخش شایعات یا بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد می‌نماید و از این طریق باعث منزوی شدن او می‌گردد. یکی دیگر از متغیرهای وابسته، بی‌مسئولیتی است. مسئولیت‌پذیری صرفاً وظیفه یا تکلیفی نیست که باید توسط یک فرد انجام گیرد؛ بلکه بر عکس، بیانگر نوعی احساس و حالت است که توسط خود فرد، برانگیخته شده و در بردارنده پاسخ و واکنش فرد نسبت به نیازهای دیگران به صورت آشکار یا پنهان است. در مقابل بی‌مسئولیتی، یعنی این که در مقابل خواسته‌ها و نیازهای دیگران پاسخی مناسب و درخور آن‌ها داده نشود (باومان، یونیسکو و چاو، ۲۰۱۱). متغیرهای فوق الذکر، هر دو تحت عنوان ویژگی‌های شخصیتی محسوب می‌شوند. ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان یکی از عواملی است که در صورت مدیریت نشدن و چاره‌اندیشی و درمان به موقع آن باعث به مخاطره افتادن کیفیت زندگی و اختلال در کارکرد های روزانه دانشجویان می‌شود، بر سلامت جسمانی و روانی آن‌ها تأثیرات مخربی می‌گذارد و باعث افت عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌شود. بر این اساس، بررسی و شناسایی عوامل مؤثر و دخیل در آسیب‌پذیری دانشجویان در برابر این ویژگی‌های شخصیتی حائز اهمیت فراوان دارد (درودگر، ۱۳۹۸).

دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره به طور حتم دارای آسیب‌ها و مشکلات ویژه‌ای هستند که باید به طور مؤثر شناخته، مشاوره و درمان شوند. در مراکز مشاوره از روش‌های مشاوره و روان‌درمانی متعددی برای رفع آسیب‌ها و مشکلات ویژه دانشجویان استفاده می‌شود. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و غیره. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز

تحت عنوان اثربخشی درمان ACT بر هراس و اضطراب اجتماعی دانشجویان به انجام رساند. نتایج نشان داد که درمان ACT می‌تواند هراس و اضطراب اجتماعی دانشجویان را به صورت محسوس‌تری کاهش دهد. پژوهشگران (زارع، ۱۳۹۶) ادبیات و پیشینه تحقیقات مربوط به آزمون خشم و خشونت و پرخاشگری بین بزرگسالان و جوانان را با استفاده از مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی و درمان ACT را مرور و خلاصه کرده‌اند و تأثیرگذاری این درمان را بر روی خشونت و پرخاشگری جوانان را مثبت ارزیابی نمودند.

در مورد دلایل مقایسه این دو رویکرد درمانی در پژوهش حاضر می‌توان گفت که هارلی به نقل از شهزادنیا (شهزادنیا و آقامحمدیان، ۱۳۹۷) در مقاله‌ای تحت عنوان "پل زدن شکاف بین شناخت درمانی و ACT" می‌نویسد: "اصطلاح‌های نسل اول"، "نسل دوم" و "نسل سوم" یا موج سوم اغلب برای توصیف گسترش درمان شناختی و رفتاری و بهبود اختلالات عاطفی به کار می‌رود. "نسل اول" در اشاره به درمان رفتاری که در دهه ۱۹۵۰ برتری داشت مطرح شد. دیدگاهی که به وسیله استفاده از نظریه و روش‌های یادگیری با تمرکز بر تغییر رفتار شناخته شد. "نسل دوم" به "انقلاب شناختی" دهه ۱۹۷۰ و رویکردهایی که فنون شناختی و رفتاری را با هم ترکیب می‌کنند اما بر نقش شناخت‌ها و ایجاد تغییرات درون این حیطه تمرکز دارند اشاره دارد. شناخت درمانی بک بیشتر این موارد را مورد آزمون و استفاده قرار داد. شناخت درمانی بک به عنوان شناخت درمانی استاندارد یا سنتی، "جریان عمده" ایجاد شده متمایز از سایر رویکردهای شناختی - رفتاری است که اخیراً پدید آمده‌اند. هیز به نقل از همت‌افزا (همت‌افزا، سپهریان و سلیمانیان، ۱۳۹۷) اصطلاح "موج سوم" یا "نسل سوم" را در اشاره به رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری نظیر شناخت درمانی بر اساس ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی می‌کند که در سال‌های اخیر پدیدار شدند؛ درحالی که این رویکردها یا در بخش شناختی یا بخش رفتاری CBT ریشه دارند، همه آن‌ها بجای اینکه این فرض را مطرح کنند که ضروری است که شناخت‌ها

کاهش احساسات و تفکرات منفی (اورکی، آژانی و رحمانی، ۱۳۹۷) تأیید شده است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی در این زمینه می‌توان به شناخت درمانی اشاره نمود. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخلاف شناخت درمانی سنتی (بک)، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد، در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود (بصائری، ۱۳۹۵). مهم‌ترین اصل شناخت درمانی این است که حال انسان نتیجه شناخت‌ها و تفکرات اوست. همه چیز بستگی به نتیجه نگرش شما دارد؛ و بستگی به این دارد که حوادث را چگونه تفسیر می‌کنید و از سایرین و از اشیاء چه توجیهی دارید در اثر افکار منفی است که بی‌روحیه و سنگین می‌شوید و احساس شکست و ناکامی را تجربه می‌کنید (خانه‌روز، ۲۰۱۹). در شناخت درمانی لازم است روش‌های ناهنجار مسلط در پردازش اطلاعات به سمت روش‌های هنجار حرکت کنند و افراد از پردازش اطلاعات خود آگاهی بیشتری پیدا کنند و در صورت لزوم به جای ایجاد تغییر در داده‌ها و منطبق ساختن آن‌ها با طرحواره‌های موجود سعی کنند طرحواره‌های خود را با داده‌ها منطبق سازند. به عقیده بک باورهای نادرست معمولاً در دوران کودکی شکل می‌گیرند و به صورت نهفته و نافع‌ال به عنوان یک طرحواره شناختی در حافظه‌ی دراز مدت باقی می‌ماند و تغییر در این طرحواره مستلزم تغییر شناخت است (بیات، ۱۳۹۵). پژوهش‌هایی که به شناخت درمانی پرداخته باشند، اندک است. از جمله آن‌ها می‌توان به این موارد اشاره نمود: پژوهشگران در پژوهشی بر روی ۱۴ نفر مبتلا به افسردگی اساسی را مورد درمان قرار داده و به این نتیجه رسیدند که نه تنها شناخت درمانی برای درمان افراد مبتلا به افسردگی اساسی کاربرد بسیار خوبی دارد؛ بلکه باعث افزایش عملکرد روانی اجتماعی این افراد نیز می‌گردد (عزیزی و مؤمنی، ۱۳۹۳). در مورد متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، تحقیقات انجام شده بخشی از این متغیرها را مورد بررسی قرار داده‌اند، به عنوان مثال پورفرج عمران (دوستی و همکاران، ۱۳۹۵) پژوهشی را

۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داد که تعداد آن‌ها حدود ۴۷۳ نفر بودند که از این تعداد ۲۵۱ نفر دختر و ۲۲۲ نفر پسر بودند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است (دلاور، ۱۳۹۰)، ۴۵ دانشجو به روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارده شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارتند از دامنه‌ی سنی ۱۸-۴۰ سال، اخذ نمرات بالا در پرخشاشگری و بی‌مسئولیتی و رضایت و اخذ امضاء از آن‌ها؛ و ملاک‌های حذف پژوهش تحت درمان بودن (چه دارویی و چه روان‌درمانی) در سایر مراکز بود. در مرحله بعد برای دانشجویان در مورد منطق درمان و هدف پژوهشی درمان توضیحاتی داده شد، به دانشجویان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند، به دانشجویان گو شزد خواهد شد که نیازی به درج نام و نام خانوادگی نیست، به دانشجویان اطمینان داده شد که نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها و درمان، تاثیری بر ارتقا یا تنزل جایگاه آنان ندارد. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. در مرحله بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در اختیار افراد قرار گرفت. ۱۰ جلسه درمانی برای هر درمان، دو بار در هفته هر دفعه به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون تجزیه و تحلیل شدند و یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، دانشجویان مجدد جهت مرحله پیگیری به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شخصیتی چند وجهی می‌نه سوتا. در این پژوهش جهت سنجش بی‌مسئولیتی و پرخشاشگری از زیرمقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه MMPI-2

تغییر کنند یابر این حقیقت که احساس "بهتر" هدف مرجح در درمان است، تأکید کنند. در عوض بر ترویج و ارتقاء پذیرش و "اجازه دادن" به تجربه و استفاده از فنون سکولار (دنیوی) ذهن آگاهی سرچشمه گرفته از اندیشه بودایی تأکید می‌کنند. در حال حاضر از بسیاری از رویکردهای موج سوم حمایت عملی می‌شود و بحث در مورد نقش ذهن آگاهی سکولار در علوم روانشناسی، سلامت، تربیتی غرب گسترش یافته است. پژوهش‌اندکی سعی کردند تا درمان ACT را با شناخت درمانی بک مقایسه نمایند، از جمله عزیزی (عزیزی، رسول زاده طباطبایی و جان بزرگی، ۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی دو رویکرد شناخت درمانی ACT و بک بر بهبود باورهای خاص ناسازگار اهداکنندگان کلیه پرداخت. نتایج نشان داد که درمان ACT نسبت به درمان بک، تأثیرگذاری بیشتر بر باورهای خاص ناسازگار اهداکنندگان کلیه دارد. همچنین، شولمن^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که فراشناخت درمانی ولز در درمان افسرده خویی موثرتر از شناخت درمانی بک است (شولمن و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به مطالب ذکر شده و در نظر گرفتن اهمیت سلامت روان و بهبود شرایط دانشجویان و در نظر گرفتن این نکته که تا آنجا که پژوهشگر بررسی و جستجو کرده است، تاکنون پژوهشی مشابه پژوهش حاضر صورت نگرفته است، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا بین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر پرخشاشگری، بی‌مسئولیتی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در نیمسال دوم سال تحصیلی

مسئولانه و فقدان کنترل رفتاری را نشان می‌دهد. افرادی که در این مقیاس برافراشتگی نشان می‌دهند، ضعف قابل توجهی را در کنترل تکانه نشان داده و به راحتی نمی‌توانند تکانه‌های خود را برای مقابله با قماربازی، آتش بازی‌های مرضی، تکانه‌های مرتبط با درگیری‌های جسمانی، رفتارهای جنسی و تخریب حقوق دیگران کنترل کنند. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۰ است.

۲. مداخلات در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی. خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ آورده شده است:

استفاده شد. این نسخه دارای ۳۳۸ سؤال است که شامل ۸ مقیاس روایی و ۴۲ مقیاس اصلی می‌باشد (۳۳). که در ادامه به خرده مقیاس‌های آن‌ها پرداخته شده است. پرخاشگری (AGGR): با ۱۸ سؤال، رفتارهای پرخاشگرانه آزمودنی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی با برافراشتگی خفیف یا شدید، تمایل دارد مدیر دیگران باشد و از مهم‌ترین ویژگی برافراشتگی آزمودنی می‌توان به پرخاشگری تجاوزگرانه اشاره کرد. در این افراد، بزرگ منشی نسبت به خویشتن و بی‌توجهی به مساوات‌گرایی، آشکارا مشاهده می‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۸ است. بی‌مسئولیتی (DISC): با ۲۰ سؤال، رفتارهای غیر

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی ACT (هایس و همکاران، ۲۰۱۳)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
دوم	سنجش کلی و بررسی افکار و احساسات پریشان‌کننده در اعضای گروه سنجش شیوه‌های کنترل این افکار و احساسات تهیه فهرستی از مزایا و معایب شیوه‌های کنترل مشکلات بازخورد جلسه دوم
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل تصریح نا کارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان ACT
چهارم	آموزش این که افراد گروه بدون بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساس خود، آن‌ها را بپذیرند هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات تاکید بر اصل پذیرش، بازخورد و ارائه تکلیف این که چقدر خود و احساسات دیگران را می‌پذیریم.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل بررسی ارزش‌های هریک از افراد، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع درونی و بیرونی و تعمیق این مفاهیم بازخورد و ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها بررسی تکالیف جلسه قبل
ششم	تفهم آمیختگی و گسلس با استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌ها انجام تمرین‌های تجربی برای تفهم مفهوم گسلس: در این جلسه تمرین «با ذهن خود قدم بزنید». بازخورد و ارائه تکلیف تکنیک‌های ذهن آگاهی همراه با پذیرش.
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل معرفی انواع آمیختگی، خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن، استفاده از توصیف‌ها به جای ارزیابی در میان جملات اشاره‌ای به ارزش‌ها و بررسی نمره انطباق. بازخورد و ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از انواع آمیختگی در افراد گروه.
هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل

	ارتباط با زمان حال، تصریح مفهوم خود مشاهده گر (صفحه شطرنج) بازخورد، ارائه تکلیف: ثبت مواردی که افراد قادر به نظاره‌ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی بوده‌اند.
نهم	جست وجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه با شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها. بازخورد، ارائه تکلیف: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش و اندیشیدن در پیرامون دستاوردهای جلسات.
دهم	مروری بر مطالب ارائه شده، جمع‌بندی مکانیسم بررسی شده در طی جلسات، بازخورد و پس آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات شناخت درمانی (بک، ۲۰۱۹)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
دوم	مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌هایی که فکرهای آزاردهنده به سراغشان می‌آید و چگونگی مدارا کردن هر یک از آن‌ها با موقعیت، بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل توضیح باورهای خاص شناختی و انواع آن بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل آموزش رابطه محرک-فکر-احساس-رفتار بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل شناسایی افکار و آموزش واقعه پیشامد، رفتار هدف و پیامد، بحث راجع به برانگیزاننده‌های پنهان و آشکار. توجه به عواقب هر عملکرد بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل صحبت راجع به خودگویی‌ها و افکار، افکار غیرمنعطف و منعطف. بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل آموزش و تمرین آرمیدگی، بررسی بازی نقش با تمرکز به خودگویی و افکار غیرمنعطف و منعطف. بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام تکالیف
هشتم	مرور خلاصه‌های جلسات قبل و تمرین آرمیدگی و بازخورد دادن
نهم	تمرین حل مسئله و تمرین آرمیدگی، آموزش جرأت‌مندی با توضیح راجع به احساس اولیه و احساس ثانویه بازخورد مثبت
دهم	مروری بر مطالب ارائه شده، جمع‌بندی مکانیسم بررسی شده در طی جلسات، بازخورد و پس آزمون

یافته‌ها

شده است. علاوه بر شاخص‌های توصیفی در ادامه اثرات بین آزمودنی و آزمون تعقیبی بنفرونی نیز گزارش شده است.

در جدول ۳ میانگین و انحراف است تا ندارد و سایر ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه گروه آورده

جدول ۳. شاخص‌های آماری مقیاس «پرخاشگری» و «بی‌مسئولیتی» در دانشجویان دانشگاه اسلامشهر							
متغیر							سطوح
میانگین	انحراف معیار	ضریب کجی	ضریب کشیدگی	نمره حداقل	نمره حداکثر	نمره	
۸۲/۳۳	۴/۸۹	-۰/۴۱	-۱/۵۳	۷۵	۸۹	پیش آزمون	آزمایش (ACT)
۸۰/۳۳	۵/۱۷	-۰/۳۱	-۱/۷۷	۷۳	۸۷	پس آزمون	
۸۰/۲۰	۵/۲۲	-۰/۳۵	-۱/۶۵	۷۲	۸۷	پیگیری	
۸۱/۹۳	۴/۰۲	-۰/۰۷	-۱/۰۵	۷۵	۸۹	پیش آزمون	آزمایش (CBT)
۸۱/۶۰	۳/۹۲	-۰/۱۷	-۱/۳۱	۷۵	۸۸	پس آزمون	
۸۱/۴۶	۳/۸۸	-۰/۲۷	-۱/۵۴	۷۵	۸۷	پیگیری	
۸۳/۲۶	۳/۲۳	-۰/۸۴	-۱/۰۳	۷۸	۸۷	پیش آزمون	کنترل
۸۳/۴۰	۳/۸۵	-۰/۶۱	-۱/۲۷	۷۷	۸۸	پس آزمون	
۸۳/۴۰	۳/۷۷	-۰/۳۸	-۱/۱۵	۷۷	۸۸	پیگیری	
۸۶/۴۰	۳/۰۸	۱/۶۱	۱/۶۴	۸۲	۹۵	پیش آزمون	آزمایش (ACT)
۸۵/۸۸	۳/۱۱	۱/۴۲	۲/۲۵	۸۲	۹۴	پس آزمون	
۸۵/۷۳	۲/۸۴	۱/۲۶	۱/۸۷	۸۲	۹۳	پیگیری	
۸۵/۴۶	۱/۹۲	-۰/۲۲	۰/۲۷	۸۲	۸۹	پیش آزمون	آزمایش (CBT)
۸۴/۴۰	۱/۸۸	-۱/۱۵	۰/۵۳	۸۱	۸۸	پس آزمون	
۸۴/۱۳	۲/۰۹	-۰/۶۳	۰/۹۶	۸۰	۸۸	پیگیری	
۸۰/۸۵	۱/۹۷	۰/۹۱	۱/۲۲	۸۲	۹۱	پیش آزمون	کنترل
۸۶/۰۰	۲/۰۰	-۰/۱۲	-۰/۴۱	۸۲	۸۹	پس آزمون	
۸۵/۹۳	۲/۰۱	-۰/۶۱	۱/۵۹	۸۱	۸۹	پیگیری	

با تاکید بر متغیر وابسته «پرخاشگری» است. با توجه به آزمون موشلی از کرویت، می‌توان عنوان نمود که میزان W موشلی، (۰/۴۹۹) بوده و با رجوع به پایه لگاریتم مجذورخی توزیع نظری تقریبی که رقم (۲۸/۵۰) است، می‌توان عنوان کرد که در سطح $\alpha=0/01$ ، آزمون موشلی معنی‌دار بوده و توزیع نرمال چندمتغیری مشاهده شده است و مفروضه استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی مشاهده می‌شود و می‌توان از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آورد.

با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشة خطای روی)، ارتباط معنی‌داری بین سطوح اندازه‌گیری متغیر وابسته «پرخاشگری» در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با تاکید بر اثربخشی درمان وجود دارد. بنابراین، می‌توان به صحت و سقم داده‌های پژوهش تاکید نمود و رابطه مثبتی بین نمرات هر آزمودنی در سه مرحله وجود داشته و معرف ارتباط داده‌های تجربی درون آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، درمان شناختی بک (CBT) بر «پرخاشگری»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری
اثربخشی درمان	۱۷/۹۱۱	۲	۸/۹۵۶	۲۶/۴۴۷	۰/۰۰۱
خطا	۴۴۴/۲۸	۸۴	۰/۳۳۹		

با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/01$ بین دو گروه تعهد و پذیرش با کنترل و شناختی بک با گروه کنترل وجود دارد. بنابراین، اثربخشی درمان بر کاهش «پرخاشگری» به دست آمده است. با تأکید بر مقایسه اثربخشی دو گروه، عنوان گردید که هرچند میزان اثربخشی درمان تعهد و پذیرش از شناختی بک بالاتر است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

با توجه به جدول شماره ۴ و با تأکید بر میزان F به دست آمده از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی بک (CBT) بر «پرخاشگری» با تأکید بر سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/01$ بین سه گروه مذکور وجود دارد. بنابراین، از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه اثربخشی دو گروه استفاده می‌شود. با توجه به جدول شماره ۵ و با تأکید بر میزان مقادیر به دست آمده بین تفاوت میانگین‌های «پرخاشگری» در سه گروه (آزمایش

جدول ۵. آزمون تعقیبی بنفرونی مرتبط با مقایسه «پرخاشگری» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)

میزان تفاوت سطح معنی‌داری	تعهد و پذیرش	شناختی بک	کنترل
تعهد و پذیرش	-----	۰/۷۱۱	۲/۴۲۲
شناختی بک	-۰/۷۱۱	-----	۱/۵۵۳
کنترل	-۲/۴۲۲**	-۱/۵۵۳**	-----

نمود که میزان W موشلی، (۰/۷۴۷) بوده و با رجوع به پایه لگاریتم مجذورخی توزیع نظری تقریبی که رقم (۱۱/۹۶۷) است، می‌توان عنوان کرد که در سطح $\alpha=0/01$ آزمون موشلی معنی‌دار بوده و توزیع نرمال چندمتغیری مشاهده شده است و مفروضه استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی مشاهده می‌شود و می‌توان از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آورد.

با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (ردیابی پیلا، لام‌بدای ویلکس، ردیابی هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی)، ارتباط معنی‌داری بین سطوح اندازه‌گیری متغیر وابسته «بی‌مسئولیتی» در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با تأکید بر اثربخشی درمان وجود دارد. بنابراین، می‌توان به صحت و سقم داده‌های پژوهش تأکید نمود و رابطه مثبتی بین نمرات هر آزمودنی در سه مرحله وجود داشته و معرف ارتباط داده‌های تجربی درون آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با تأکید بر متغیر وابسته «بی‌مسئولیتی» است. با توجه به آزمون موشلی از کرویت، می‌توان عنوان

جدول ۶. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، درمان شناختی بک بر «بی‌مسئولیتی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری
اثربخشی درمان	۹/۴۳۷	۲	۴/۷۱۹	۱۷/۲۱۶	۰/۰۰۱
خطا	۲۳/۰۲۲	۸۴	۰/۲۷۴		

گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/05$ بین دو گروه تعهد و پذیرش با کنترل و شناختی بک با کنترل وجود دارد. بنابراین، اثربخشی درمان بر کاهش «بی‌مسئولیتی» به دست آمده است. با تأکید بر مقایسه اثربخشی دو گروه، عنوان گردید که هرچند میزان اثربخشی درمان تعهد و پذیرش از شناختی بک بالاتر است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

با توجه به جدول شماره ۶ و با تأکید بر میزان F به دست آمده از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی بک (CBT) بر «بی‌مسئولیتی» با تأکید بر سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)، تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/01$ بین سه گروه مذکور وجود دارد. بنابراین، از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی دو گروه استفاده می‌شود. با توجه به جدول شماره ۷ و با تأکید بر میزان مقادیر به دست آمده بین تفاوت میانگین‌های «بی‌مسئولیتی» در سه

جدول ۷. آزمون تعقیبی بنفرونی مرتبط با مقایسه «بی‌مسئولیتی» در سه گروه (آزمایش با درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی بک و کنترل)

میزان تفاوت سطح معنی‌داری	تعهد و پذیرش	شناختی بک	کنترل
تعهد و پذیرش	-----	۰/۰۸۸	۱/۳۳۳
شناختی بک	۰/۰۸۸	-----	۱/۲۴۴
کنترل	-۱/۳۳۳*	-۱/۲۴۴*	-----

نتایج تحلیل‌وار یانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری نیز ثابت بوده و نتایج آن نزدیک به نتایج مرحله پس‌آزمون می‌باشد. در این راستا، این یافته که «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «پر خاشگری» مؤثر است، با نتایج پژوهش‌هایی تا حدودی همخوانی دارد (اورکی، آزانی و رحمانیان، ۱۳۹۷؛ بصائری، ۱۳۹۵؛ خانه‌روز، ۱۳۹۸؛ بیات، ۱۳۹۵؛ عزیزی و مؤمنی، ۱۳۹۳). با توجه به مدل آسیب‌شناسی از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی، کلیه مشکلات، رفتار ناخوشایند و

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعهد و پذیرش و شناخت درمانی بک بر پر خاشگری، بی‌مسئولیتی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر بود. بین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر پر خاشگری با استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بیشتر از «شناخت درمانی بک» بر متغیر «پر خاشگری» مؤثر می‌باشد (۰/۰۰۱). همچنین،

بدیهی است در صورتی که احساسات نامطلوب این دانشجویان در جلسات درمانی تلطیف شود و نیز ارزش‌های شخصی خود را شناخته و آن‌ها را به اهداف رفتاری مطلوب تبدیل کنند، حالتی از آرامش روانی حاصل می‌شود که رفتارهای پرخاشگرانه و خصومت‌گرایانه کاهش پیدا می‌کند (هایس و همکاران، ۲۰۰۶).

بین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی بک بر بی‌مسئولیتی با استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر ترکیبی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد «شناخت درمانی بک» بیشتر از «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر متغیر «بی‌مسئولیتی» مؤثر می‌باشد (۰/۰۰۱). همچنین، نتایج تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری نیز ثابت بوده و نتایج آن نزدیک به نتایج مرحله پس‌آزمون می‌باشد. در این راستا، این یافته که «شناخت درمانی بک» بیشتر از «درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر متغیر «بی‌مسئولیتی» مؤثر است، با نتایج پژوهش‌هایی همخوانی دارد (خانه‌روز، ۱۳۹۸؛ بیات، ۲۰۱۵؛ عزیزی و مؤمنی، ۱۳۹۳؛ عزیزی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شولمن و همکاران، ۲۰۱۸). به منظور تبیین یافته فوق، ابتدا لازم است بیان شود که در افراد بی‌مسئولیت، همان‌طور که بک (بک، ۲۰۱۹) بیان کرده است؛ الگوی شناختی منفی وجود دارد. بنابراین، هماهنگ با این استدلال بک، علائم شناختی نقش محوری‌تری نسبت به عواطف در توصیف افراد بی‌مسئولیت دارند تا جایی که شناخت به جای عاطفه ویژگی اصلی آن‌ها تلقی می‌شود. در تحقیق حاضر آموزش شناخت درمانی مورد استفاده قرار گرفت. مهم‌ترین کنش‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته در دانشجویان بود تا آن‌ها بتوانند به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود بپردازند، بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان این الگوی فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود الگوهای فکری سازش یافته و درست‌تری را جایگزین سازند. محقق از روش آموزش شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و

ناهنجاری‌های روانی و همچنین احساس عدم رضایت از زندگی و رنج و عذاب در زندگی ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به معنی رفتار کردن به صورت اجباری و در تنگنا قرار گرفتن در روند زندگی که منجر به عدم احساس رضایت از فعالیت‌ها در زندگی و ناخشنودی از زندگی می‌شود. بر اساس مدل آسیب‌شناسی از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ناشی از شش فرآیند آسیب‌زا در روند زندگی می‌باشد که عبارتند از: اجتناب تجربی، همجوشی شناختی، ماندن در زمان گذشته و آینده، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارزش‌ها و یا ناواضح بودن ارزش‌ها و عمل نکردن یا تکانشی رفتار کردن. آنچه در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت این است که اجتناب تجربه‌ای (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی مدت موجب بروز بیشتر علائم اختلال پرخاشگری می‌شود. از دیگر مفروضات این پژوهش این است که وقتی ذهن می‌گوید همه چیز را در باره موضوعی می‌داند، واکنش‌های غیرمنطقی بیشتری بروز می‌کند. گسلس در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند. بنابراین، واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع پرخاشگری می‌کند (هایس و همکاران، ۲۰۱۳). از طرف دیگر، می‌توان به این شکل تبیین نمود که تمرین‌های تمرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانشجویان کمک می‌کنند تا مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات گروهی تماس پیدا کنند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل یا کشمکش با آنها، تجربه و احساسات مطلوب را جایگزین احساسات نامطلوب کنند. پرواضح است که در جلسات درمانی احساسات این دانشجویان در خصوص خشم، خصومت و انواع پرخاشگری‌های کلامی و بدنی پذیرش می‌شود و احساسات مرتبط با آن‌ها ابراز شده و در بازخورد با سایر اعضای گروه تعدیل می‌شود.

- depression and anxiety in elderly women in Kermanshah. *Clinical research in paramedical sciences* 3(3): 178-187..[Persian]. [\[link\]](#)
- Azizi, S., Rasool Zade Tabatabaie, & Janbozorgi M. (2019) Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Depression Taking into Account the Level of Psycho-Spiritual Development (Case Study), *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 9(35): 147-172.[Persian] [\[link\]](#)
- Basaeri, R. (2016). Comparison of the effectiveness of Beck cognitive therapy with Welsh metacognition therapy in the treatment of depression. Master Thesis, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran..[Persian].
- Baumann, M., Ionescu, I., & Chau, N. (2011). Psychological quality of life and its association with academic employability skills among newlyregistered students from three European faculties. *BMC Psychiatry*. [\[link\]](#)
- Bayat, N. (2016). Evaluation of the effectiveness of two approaches of act therapy (acceptance and commitment) and Beck cognitive therapy on improving the specific incompatible beliefs of kidney donors. Master Thesis, Islamic Azad University, Shahroud Branch..[Persian].
- Beck, A. T. (2019). Cognitive therapy for depression: theoretical reflection and personal thinkings. *Psychology & society (Psihologiâ i suspil'stvo)*, 1 :83-89. [\[link\]](#)
- Doroodgar, S. (2019). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment on students' responsibility and procrastination. Master Thesis, hahid Rajaei University, Tehran.[Persian].
- Dousti P, Khalatbari J, TorabianS, & Khakpour S M. (2016). Acceptance and commitment Therapy and avoidance personality disorder: single object design. *The Journal of New Advances in Behavioral Science* 1(4): 1-10..[Persian].[\[link\]](#)
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vicarage, 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*, 44,180-196.[\[link\]](#)
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vicarage, J., Villatte, J. L. & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral andCognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44,180-196.[\[link\]](#)

مفروضه‌های نادرست این دانشجویان استفاده کرد این روش‌ها بر این فرض استوارند که اگر دانشجویان در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری نا کارآمد مرتبط با خود در موقعیت بهتری قرار بگیرند. نشانه‌های شناختی که می‌توانند شامل باور‌ها، تعبیر و تفسیر‌ها، خودگویی‌های منفی (افکار خودکار منفی) و فرایند شناختی تحریف شده باشند، به عنوان هدف مداخله شناختی تعیین شدند. علاوه بر این هدف از مقرر کردن تمرین‌ها برای گروه آزمایش این بود تا مفروضه‌ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده‌اند را بیازمایند. لذا، بی‌مسئولیتی افراد کاهش پیدا کرده و در پس آزمون و پیگیری این میزان قابل مشاهده بود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین 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.

تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش و تمامی کسانی که در روند این مطالعه همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران م صوب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

References

- Azizi, M., & Momeni, K. (2014). The effectiveness of group cognitive therapy on reducing

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillism, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44 (1), 1-25. [\[link\]](#)
- Hemmat Afza P, Sepehrian, F., & Soleymaniyan, E. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on social adjustment, mental turmoil and self-rupturing among people with transgender sexual disorder, *Ethical Research*, 9(1): 269..[Persian] [\[link\]](#)
- Khaneroz, M. (2019). The effectiveness of group cognitive therapy on depression and self-admission of patients with inflammatory bowel disease in Bandar Abbas. Master Thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch. [Persian].
- Muratori, P., Levantini, V., Manfredi, A., Ruglioni, L., & Lambruschi, F. (2018). Parent training interventions for children and adolescents with aggressive behavioral problems. *Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources*, 101-113. [\[link\]](#)
- Oraki, M., ajhani, O., & Rahmanian, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of the elderly women. *Journal of Clinical Psychology* 10 (37): 47-56. [Persian]. [\[link\]](#)
- Sharzadnia, F., & Aghamohamdian, H. (2018). Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment-based education on aggression, high-risk behaviors in addicts under treatment. *Fifth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle*..[Persian] [\[link\]](#)
- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breaux, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorder* 235: 61-67 [\[link\]](#)
- Zare, H. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Social Cognition* 6(1): 125-134.[Persian] [\[link\]](#)

