

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی

دانش‌آموزان کم‌بینا

میرعون موسوی‌تیله‌بنی^۱

حسن احدی^{۲*}

مهرداد ثابت^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر و پسر کم‌بینا مقطع متوسطه دوم مدارس تهران بود.

روش‌ها: تحقیق کاربردی حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر کم‌بینای مقطع متوسطه دوم مدارس تهران بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. افراد پس از انتخاب به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=15$) و گروه کنترل ($n=15$) جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و خودکارآمدی شوارتز و جروسلم جمع‌آوری شد. درمان بر مبنای پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفتگی) در گروه مداخله اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از طریق آزمون تطبیق واریانس چندراهه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در زمینه‌های بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد ($P-Value < 0.05$). همچنین میانگین بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل می‌باشد ($P-Value < 0.05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، خودکارآمدی، کم‌بینا، دانش‌آموزان.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۹/۱۰/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۴

ارجاع: موسوی‌تیله‌بنی میرعون، احدی حسن، ثابت مهرداد، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا. ۱۴۰۰؛ ۸(۱): ۳۲-۲۳.

مقدمه

یا متوسط تلقی می‌کنند. در حالی که آنچه از مفهوم استثنایی مدنظر است، در واقع وجود تفاوت‌های فاحش برخی از انسان‌ها در زمینه‌های گوناگون با گروه اصطلاحاً هنجار یا متوسط است. یکی از بزرگترین گروه‌های استثنایی را افراد نابینا و کم‌بینا شامل می‌شود (۱). واقعیت انکارناپذیر این است که کم‌بینایی به خودی خود حدی از معلولیت است و آن عدم دیدن کامل ظواهر طبیعت است. بسیاری از افرادی که قانوناً نابینا به حساب می‌آیند در

با کمی دقت و تأمل در خلقت انسان درمی‌یابیم که هیچ دو انسانی مانند یکدیگر نیستند. این تفاوت‌ها در ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و رفتاری قابل مشاهده است. هر یک از انسان‌ها در مفهومی عام و گسترده استثنایی هستند، زیرا با یکدیگر در ابعاد مختلف وجودی تفاوت دارند. اما این تفاوت‌ها در اکثر افراد احتمالاً چشمگیر نیست و لذا آن گروه را اصطلاحاً گروه هنجار

نویسنده مسئول: حسن احدی، گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

0000-0002-5628-2241:ORCID

drhahadi5@gmail.com پست الکترونیکی:

تلفن: +۹۸ ۹۱۲۶۰۴۹۲۲۵

تحقیقات نشان داده است که بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی رشد می‌یابد. دینر و لوکاس سه بعد عواطف مثبت، عواطف منفی و رضایت را برای بهزیستی روان‌شناختی مطرح کردند. آن‌ها عواطف مثبت و منفی را دو بخش متمایز معرفی کردند و افراد با حداکثر شادی و رضایت را دارای بالاترین درجه بهزیستی روان‌شناختی مطرح کردند (۶).

ریف، بهزیستی روان‌شناختی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد» می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (۷). او و همکاران تلاش کردند بر اساس مبانی فلسفی (کسانی مثل ارسطو و راسل) ملاک‌های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً «زندگی خوب» را تعیین و دسته‌بندی کنند. بر این اساس، شش عامل پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری را به عنوان مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی تعیین کردند (۸).

برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تطیلی، بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان رفتاری شناختی، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آن‌ها را به کلی حذف کرد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد. در این

واقع مقدار ناچیزی بینایی دارند که در بسیاری از موارد مفید بوده و می‌توانند با به کارگیری لوازم و وسایل خاصی از این دید کم بهره‌مند شوند (۲).

فرد کم‌بینا ممکن است نتواند تصویرهای دور را تشخیص دهد و بین رنگ‌هایی که تهرنگ مشابه دارند، تمایز قایل شود. کم‌بینایی لزوماً محدود به دید دور نبوده و در مورد تمام افرادی که با وجود بینایی نمی‌توانند حتی به کمک عدسی‌های تماسی روزنامه را در فاصله‌ی دید بهنجار بخوانند، به کار می‌رود. کم‌بینایان افرادی خاص با نیازهای ویژه و منحصر به فرداند، که از بینایی و دیگر حواس خود برای یادگیری استفاده می‌کنند (۳).

خودکارآمدی از نظریه شناختی اجتماعی Bandura مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسؤولیت‌ها اشاره دارد. بر اساس این نظریه، انسان‌ها دارای نوعی نظام خودکنترل و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن نظام بر افکار و احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند. باور کارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف توسط افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های مشابه و در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای کارآمدی آنان وابسته است (۴).

خودکارآمدی به توان فرد در رویارویی با مسائل برای رسیدن به اهداف و موفقیت او اشاره دارد. خودکارآمدی بیشتر از این که تحت تأثیر ویژگی‌های هوش و توان یادگیری دانش‌آموزان باشد، تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی از جمله باور داشتن خود (اعتماد به نفس)، تلاش‌گر بودن و تسلیم نشدن (خودتهییجی)، واریسی علل عدم موفقیت به هنگام ناکامی (خودسنجی)، آرایش جدید مقدمات و روش‌های اجتماعی رسیدن به هدف (خودتنظیمی) و تحت کنترل در آوردن تکانه‌ها (خودرهبری) قرار دارد (۵).

بهزیستی روان‌شناختی اشاره به سلامت روانی مثبت دارد.

اول سال ۱۳۹۹ شهر تهران است. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. ملاک‌های ورود شامل کم‌بینا بودن، دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم، نداشتن سابقه بستری به علت اختلالات روانی و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مداخله، دریافت یا لزوم تجویز هر گونه دارو روان‌پزشکی یا مشاوره روان‌درمانی و غیبت در جلسات مشاوره به مدت دو جلسه یا بیشتر بود. تعداد حجم نمونه ۳۰ نفر بود که شامل ۱۵ نفر گروه مداخله (ACT) و ۱۵ نفر گروه کنترل است. افراد گروه آزمایش طی برنامه مداخله‌ای تحت مداخله ACT در هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار قرار گرفتند، پس از جلسه آخر، گروه آزمایش و گواه جهت انجام پس‌آزمون برای پاسخ‌گویی مجدد به سوالات پرسشنامه‌های مذکور مورد آزمون قرار گرفتند. در این پژوهش جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پیش از انجام آموزش و درمان در جلسه معارفه و توجیهی، اهداف پژوهشی به افراد نمونه معرفی شد؛ هر یک از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر با رضایت و آگاهی در پژوهش حاضر شرکت کردند. هیچ زیان جسمی، روحی، اجتماعی، قانونی و اقتصادی در پژوهش حاضر متوجه افراد نشد و در مرحله جمع‌آوری، انتقال و نگهداری اطلاعات یا نمونه‌ها به حفظ اسرار آزمودنی‌ها توجه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) و تحلیل واریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد و داده‌ها نیز توسط برنامه نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۹). در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی رفتاری محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند مورد بررسی قرار می‌گیرد. این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد. این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر می‌کند. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جزء بهنجار تجربه انسان است (۱۰). این مدل برخلاف درمان‌های شناختی - رفتاری که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می‌پردازند، به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن، و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (۱۱).

از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا میان اثربخشی این دو شیوه درمان یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و توانبخشی شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟.

مواد و روش‌ها

روش پژوهشی حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و کنترل و جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر کم‌بینای مقطع متوسطه دوم در نیمه

جدول ۱- خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	مقدمه، دستور جلسه درمان و فرمول‌بندی. هدف جلسه آشنایی با بیمار و بیان مشکلاتش - انجام مصاحبه‌ها و آزمون‌های روان‌شناختی (پیش‌آزمون - معرفی رویکرد درمانی - شرح اصول اخلاقی و رازداری - اخذ رضایت‌نامه شرکت در تحقیق)
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی - تعیین دستور جلسه - تغییرات با استفاده از پذیرش در مقابل اجتناب (تمرین نامیدی خلاق) - هدف این جلسه، شرح و نتیجه جلسه قبل - مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها - اهمیت تجربه‌ی بیماران در ارتباط با نقشی که در زندگی دارند - دادن تکالیف واریسی
جلسه سوم	یادگیری با درد مزمن - ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه بر گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده - هدف این جلسه، پرداختن به پذیرش درد مزمن - انجام تمرینات تجربی برای چالش یا اثربخشی راهبردهای کنترل - بیان استعاره‌ها - تکلیف شامل یادداشت تجارب روزانه

جلسه چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف- گسلش در مقابل آمیختگی- هدف این جلسه تمایز میان ارزش‌ها و اهداف- ارزش‌های شخصی در برابر ارزش‌های دیگران- شفاف‌سازی ارزش‌ها- موانع- معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات- نشان دادن راه‌های عملی برای پرورش گسلش
جلسه پنجم	انگیزه- افکار- احساسات- خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده- مرور تکالیف و یکتاخت کردن فعالیت‌ها- تمرین ذهن آگاهی- هدف این جلسه به معرفی و تمایز خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهوم‌سازی شده است- تکالیف شامل: تمرین ذهن آگاهی و خود مشاهده‌گر
جلسه ششم	تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها. هدف این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونه ارزش‌ها (تمایل/ پذیرش) را ارزشمند جلوه می‌دهند- ترک درمان‌جو- بیان استعاره‌ها- انجام تمرینات مانند: سنجش ارزش‌ها- انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها- تکلیف شامل: فرم درجه‌بندی شده ارزش‌ها- کاربرد اهداف
جلسه هفتم	عمل متعهدانه در مقابل منفعل بودن- تعهد در مقابل موانع مسیر ارزشمند زندگی و تمرینات ذهن آگاهی. هدف این جلسه شرکت فعالانه در یک عمل که اغلب افکار و احساسات ناخوشایند را فرا می‌خواند. انجام تکالیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن درمان‌جو- کشف ارتباط بین اهداف، فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به تمایل- تمرین موانع مورد انتظار- تکالیف شامل: موانع که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شوند و سپس عمل متعهدانه براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.
جلسه هشتم	خاتمه درمان. هدف جلسه شفاف‌سازی ارزش‌ها که شامل تقویت شناسایی ارزش‌ها به شیوه غیراجتبابی و غیردفاعی است. آموزش به درمان‌جو که خودش یک درمانگر باشد و مهارت‌های آموخته شده در درمان را پس از اتمام درمان به کار بندد- پرداختن به نگرانی‌های درمان‌جو در مورد خاتمه درمان- راهبردهای ممکن: منعکس کردن پیشرفت‌های حاصل شده و اهداف پیوسته درمان‌جو- برنامه‌ریزی برای بعد از درمان

در پژوهش حاضر به منظور گردآوری اطلاعات از دو ابزار پرسشنامه خودکارآمدی Schwartz و Jerusalem و بهزیستی

روان‌شناختی Reyf استفاده شده است که به قرار زیر است:

پرسشنامه خودکارآمدی: مقیاس باورهای خودکارآمدی در سال ۱۹۷۹ توسط Schwartz و Jerusalem ساخته شد (۱۲). این مقیاس دارای ۱۷ ماده با دو زیرمؤلفه‌ی جداگانه‌ی خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی است که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است. این مقیاس دارای ۱۰ گویه چهار گزینه‌ای با دامنه‌ی ۱ تا ۴ است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ خواهد بود. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۲ درصد گزارش شده است.

مقیاس RSPWB را Reyf در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (۸). فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود؛ ولی در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۰ درصد گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۱۶/۶۲ و ۰/۱۱۷ و گروه کنترل به ترتیب ۱۶/۶۰ و ۰/۱۳۲ بود. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و می‌توان گفت دو گروه از نظر سن همگن هستند. همچنین ۳۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و ۲۲/۸ درصد در گروه کنترل دختر و ۳۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و ۴۱/۷ درصد در گروه کنترل پسر بود. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ در مقایسه سه گروه تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر جنسیت با یکدیگر وجود نداشته و می‌توان گفت دو گروه از نظر جنس همگن بوده‌اند.

جدول ۲ میانگین هر یک از زیرمؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی را در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و گروه کنترل نشان می‌دهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود، در میانگین هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه مداخله تفاوت چشم‌گیری را نسبت به گروه کنترل در مقایسه با

قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ لازم به ذکر است نمره کمتر در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی نشان‌دهنده بهبود وضعیت

افراد در هر یک از زیرمؤلفه‌ها است.

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی و روان‌شناختی در بین سه گروه و در دو زمان قبل و بعد از مداخله

متغیرها	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	درمان مبتنی بر پذیرش	۲۹/۸	۴/۵۶	۲۵/۹	۴/۳۸
	گروه کنترل	۲۹/۴	۳/۱۳	۲۹/۰۶	۳/۴۷
روابط مثبت با دیگران	درمان مبتنی بر پذیرش	۲۹/۸	۳/۱۲	۲۴/۶	۳/۱۹
	گروه کنترل	۲۸/۴	۲/۴۴	۲۸/۰۶	۲/۶
خودمختاری	درمان مبتنی بر پذیرش	۳۰/۶	۳/۹۴	۲۶/۶	۲/۹۴
	گروه کنترل	۲۹/۹	۲/۰۵	۲۹/۶	۲/۳۲
تسلط بر محیط	درمان مبتنی بر پذیرش	۳۰/۱	۳/۴۸	۲۷/۶	۳/۰۸
	گروه کنترل	۳۲	۳/۸۷	۳۲/۸	۴/۳۷
زندگی هدفمند	درمان مبتنی بر پذیرش	۳۱/۴	۳/۱۲	۲۷/۴	۲/۸۹
	گروه کنترل	۳۰/۲	۳/۳۴	۳۰/۳	۴/۳۵
رشد فردی	درمان مبتنی بر پذیرش	۳۰/۰۶	۲/۹۴	۲۶/۴	۳/۱۱
	گروه کنترل	۳۱/۴	۲/۶۴	۳۱/۶	۲/۸۹

جدول ۳ میانگین خودکارآمدی در بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و گروه کنترل را نشان می‌دهد؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نمرات میانگین دو گروه مداخله بعد از مداخله نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان می‌دهند که این تفاوت در گروه کنترل چندان قابل ملاحظه نیست. در این پژوهش مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون Kalmograph-Smimov مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد شاخص Kalmograph-Smimov مربوط به متغیر بهزیستی

روان‌شناختی و خودکارآمدی در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست که حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها برای هر دو گروه در هر دو مرحله اجرا بود. نتایج آزمون Leven در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در دو گروه و در دو مرحله معنادار نبوده و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌ها برقرار بود.

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی در بین دو گروه و در دو زمان قبل و بعد از مداخله

متغیرها	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	درمان مبتنی بر پذیرش	۳۲/۲	۳/۷۸	۳۶/۷	۴/۰۹
	گروه کنترل	۳۲/۸	۳/۹۲	۳۳/۴	۳/۳۳

چنان که اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لامبدای ویلکز در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. به عبارت دیگر، می‌توان ادعا کرد که دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های «بهزیستی روان‌شناختی» بین گروه کنترل و آزمایش

تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در مرحله بعدی جهت مشخص شدن این که تفاوت‌ها مربوط به کدام یک از مؤلفه‌هاست، به جدول ۵ مراجعه می‌کنیم.

جدول ۴- خلاصه آزمون تحلیل (Mancova) جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کم‌بینا

اثرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تای تفکیکی
گروه	۰/۴۴۹	۳/۴۷	۶	۱۷	۰/۰۲	۰/۵۵۱

چنان که نتایج تحلیل جدول ۵ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها F به دست آمده در مؤلفه‌هایی چون «پذیرش خود، تسلط بر محیط و رشد فردی» در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. به عبارت دیگر، نمرات پس‌آزمون این متغیرها در «گروه آزمایش» با «گروه کنترل» تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که اطلاعات جدول ۳ نیز نشان می‌دهد، میانگین این مؤلفه‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش، پس از مداخله، به طور

معنی‌داری تفاوت نشان داده است؛ بنابراین می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط و رشد فردی بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کم‌بینا مؤثر است. ای‌تای تفکیکی نیز نشان می‌دهد که حدود ۳۹/۲ درصد از افزایش «پذیرش خود»، ۲۴/۹ درصد از افزایش «تسلط بر محیط» و ۳۲ درصد از رشد فردی آزمودنی‌ها وابسته به «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» است.

جدول ۵- آزمون کوواریانس چند راهه (Manova) برای پس‌آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	ای‌تای تفکیکی
گروه	پذیرش خود	۴۶/۸	۱	۴۶/۸	۱۴/۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	روابط مثبت با دیگران	۶/۹۳	۱	۶/۹۳	۱/۶۸	۰/۲۰۷	۰/۰۷۱
	خودمختاری	۷/۲	۱	۷/۲	۱/۷۱	۰/۲۰۲	۰/۰۷۲
	تسلط بر محیط	۳۸/۳	۱	۳۸/۳	۷/۲۸	۰/۰۱۳	۰/۲۴۹
	زندگی هدفمند	۱۰/۸	۱	۱۰/۸	۰/۹۴۶	۰/۲۴۱	۰/۰۴۱
	رشد فردی	۵۴/۹	۱	۵۴/۹	۱۰/۳	۰/۰۰۴	۰/۳۲
خطا	پذیرش خود	۷۳/۸	۲۲	۳/۳۱	-	-	-
	روابط مثبت با دیگران	۹۰/۲	۲۲	۴/۱	-	-	-
	خودمختاری	۹۲/۲	۲۲	۴/۱۹	-	-	-
	تسلط بر محیط	۱۱۵/۷	۲۲	۵/۲۶	-	-	-
	زندگی هدفمند	۲۵۲/۴	۲۲	۱۱/۴	-	-	-
	رشد فردی	۱۱۹/۹	۲۲	۵/۳۱	-	-	-
کل	پذیرش خود	۳۳۱۹۹	۳۰	-	-	-	-
	روابط مثبت با دیگران	۱۹۵۵۷	۳۰	-	-	-	-
	خودمختاری	۱۹۰۶۸	۳۰	-	-	-	-
	تسلط بر محیط	۲۷۲۰۶	۳۰	-	-	-	-
	زندگی هدفمند	۲۵۵۰۱	۳۰	-	-	-	-
	رشد فردی	۲۸۰۰۸	۳۰	-	-	-	-

همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه برای متغیر خودکارآمدی معنادار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر خودکارآمدی با مقدار $F=۳۱/۹$ در سطح $۰/۰۱$ و $۰/۵۴۲=$

مجذور اتا بیشتر از گروه گواه است؛ بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش بر خودکارآمدی در دانش‌آموزان کم‌بینا است.

جدول ۶- خلاصه آزمون یک‌راهه (ANCOVA) جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی در دانش‌آموزان کم‌بینا

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۱۰۸/۰۶	۱	۱۰۸/۰۶	۳۱/۹	۰/۰۰۱
خطا	۹۱/۳	۲۷	۳/۳۸	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر و پسر کم‌بینا مقطع متوسطه‌ی دوم مدارس تهران بود. نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کم‌بینا مؤثر است. در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش (ACT) می‌توان گفت: از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، پذیرش حالتی است که توسط فرد طراحی شده است و جرئت‌آمیز به فرد کمک می‌کند جنبه‌های از تجربیات روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان گونه که هست، تجربه کند (۱۲). هدف ما ایجاد انسانی کارآمد است که از نزدیک با دنیای تجربی خود در ارتباط باشد. پذیرش یعنی تجربه احساسات، عواطف و افکار، بدون هیچ تلاشی برای تغییر آنها. پذیرش خصوصاً در مواردی ضروری است که نمی‌توان تجربه را تغییر داد و نباید تغییر داد (۱۳). این حالت تناقض به فرد اجازه می‌دهد همان چیزی باشد که هست و در آن حضور داشته باشد و میل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد. وقتی لباس‌های نگرانی درباره آینده، اضطراب‌های محتوای عاطفی و شناختی و پریشانی حالات جسمی را در می‌آوریم، آنچه باقی می‌ماند شخصی با زندگی ناکارآمد است (۱۴).

در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا می‌توان گفت دانش‌آموزانی که آسیب دیده‌اند بیش از دانش‌آموزان عادی محرومیت بیشتری از محیط زندگی را تجربه می‌کنند و کمتر از دیگران فرصت استفاده از امکانات زندگی را دارند و شکست‌های بیشتری در زندگی آن‌ها رخ می‌دهد (۱۵). دانش‌آموزان آسیب دیده به دلیل محرومیت، کمتر از افراد سالم و عادی با اطرافیان خود ارتباط برقرار می‌کنند و چون مهارت اجتماعی کمتری دارند و از خود

بیانگری کمتری نشان می‌دهند، به تدریج درون‌گرا می‌شوند. به همین دلیل دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند که به نوبه خود می‌تواند به یک سبک بدبینانه منجر شود و به شدت بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر بگذارد. در این میان، یکی از رویکردهای درمانی ارائه شده در این زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این روش درمانی از طریق گسلسش شناختی، فرد می‌آموزد که وقایع درونی را همان گونه که واقعاً است ببیند، نه آن گونه که خود وقایع نشان می‌دهد. این در نهایت منجر به یک روند پذیرش بهتر می‌شود، زیرا تجزیه افکار، ارزیابی‌ها و احساسات، عملکرد این وقایع داخلی را به عنوان موانع روان‌شناختی کاهش می‌دهد (۱۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه انتخابی این پژوهش تنها از میان دانش‌آموزان دختر و پسر کم‌بینای مدارس متوسطه‌ی شهر تهران انتخاب شده است؛ بنابراین امکان تعمیم آن به سایر گروه‌ها و شهرها و مقاطع تحصیلی باید با احتیاط صورت گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، همین پژوهش با دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سایر نقاط ایران و با گروه‌های قومی و نژادی و شرایط اقلیمی مختلف انجام شود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش عدم پیگیری به دلیل عدم دسترسی و شیوع بیماری کرونا بود که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده پیگیری را اعمال نمایند. با توجه به تأثیرگذاری روش درمانی ACT بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان کم‌بینا و از آنجایی که این دو متغیر بسیار مهم و حیاتی در زندگی این گروه به شمار می‌آید، بنابراین پیشنهاد می‌شود که از طرف سازمان بهزیستی و کلینیک‌های روان‌شناسی توجه بیشتری به این روش درمانی شود تا این افراد بتوانند در جامعه زندگی بهتر و سلامت روان بیشتری را داشته باشند.

میرعون موسوی‌تیله‌بنی (نویسنده اول) طراحی مقاله، نگارش و جمع‌آوری داده‌ها ۴۰ درصد؛ حسن احدی (نویسنده دوم و مسئول) مفهوم‌پردازی و ویرایش نهایی مقاله ۴۰ درصد؛ مهرداد ثابت (نویسنده سوم) نگارش بحث و ویرایش نهایی مقاله ۲۰ درصد.

حمایت مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه بین‌المللی کیش است و تمام هزینه‌های مالی آن بر عهده نویسنده اول مقاله بوده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین‌المللی کیش با کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1398.332 مصوب کمیته اخلاق دانشگاه بین‌المللی کیش است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

سهام نویسندگان

References

- Bigdeli H. Comparison of language characteristics in blind and visually impaired children [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaee University; 2017. [Persian]
- Ahmadi R, Sharifi Daramadi P. Comparison of self-efficacy components between visually impaired and sighted adolescents. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2014; 4(13):1-14. [Persian]
- Nouri Kochi H. Comparison and evaluation of fear of displacement and gross motor skills in blind and comatose students in the first grade of primary school [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaee University; 2013. [Persian]
- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Springer Press. 1999.
- Etemadifar F. Comparison of self-efficacy and adaptation of normal and blind students in Shiraz. [Dissertation]. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2013. [Persian]
- Rezaei Dehnavi S. Psychological well-being of children with autism and their mothers and the factors influencing it: Providing a causal model based on the relationship between mother and child characteristics [Dissertation]. Esfahan: University of Esfahan; 2011. [Persian]
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Cur Dir Psych Sci*. 1995; 4:99-104. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 57(6):1069-81. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Hayes S C, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press; 2010.
- Hayes, SC, Pistorello, Jacqueline L, Michael E. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Couns Psychol*. 2012; 40(7):976-1002. DOI: 10.1177/0011000012460836
- Mohagheghi H, Dosti P, Jafari D. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in

- students. *Clinical Psychology Studies*. 2014; 6(23):94-81. DOI: 10.22054/JCPS.2016.4559
12. Najafi Mahmoudabad L. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological flexibility, resilience and pain self-efficacy in women addicted to drugs in Zahedan [Dissertation]. Zahedan: University of Sistan and Baluchestan; 2017. [Persian]
 13. Mozaffari S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, emotion regulation, psychological well-being and quality of life in people with physical disabilities [Dissertation]. Sannandaj: University of Kordestan; 2018. [Persian]
 14. Balafkan Al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health and general self-efficacy of men under methadone treatment [Dissertation]. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2015. [Persian]
 15. Den C. The effects of dance movement instruction on spatial awareness in elementary visually impaired students, and self-concept in secondary visually impaired students (mobility, blindness, body image). Colorado: University of Northern Colorado; 2009.
 16. Daneshvar M. The effect of acceptance and commitment therapy on self-esteem and self-efficacy of women with breast cancer [Dissertation]. Arak: Arak University of Medical Sciences; 2018. [Persian]

The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological well-being and self-efficacy of schoolchildren with low vision

Miraun Mousavi Tile Bani¹Hasan Ahadi^{2*}Mehrdad Sabet³

1. Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish island, Iran

2. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

3. Department of psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance-based therapy on psychological well-being and self-efficacy of schoolchildren with low vision in Tehran city.

Methods: This applied study employed a quasi-experimental pretest-posttest design. The statistical population included all visually impaired male high school students of Tehran city. An available sampling approach was used to select the participants. After selection, participants were randomly assigned to two groups of treatment based on acceptance and commitment (n=15) and control (n=15). Data were collected using the Reef Psychological Well-Being and Schwarz and Jerusalem Self-Efficacy Questionnaires. Acceptance and commitment treatment (8 sessions of 45 minutes per week) was performed in the intervention group. Data were analyzed in SPSS software using multivariate analysis of variance test.

Results: There was a significant difference between the two groups of intervention and control in terms of psychological well-being and self-efficacy (P-Value<0.05). Also, the mean scores of psychological well-being and self-efficacy in the intervention group was significantly higher than the control group (P-Value<0.05).

Conclusion: Findings show that acceptance-based therapy is effective on psychological well-being and self-efficacy of low vision students.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Well-Being, Self-Efficacy, Low vision, Students.

Original Article

Received: 27 Dec 2020

Accepted: 25 May 2021

How to cite this article: Mousavi Tile Bani M, Ahadi H, Sabet M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological well-being and self-efficacy of Kombina students. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(1):23-32.

Correspondence: Hasan Ahadi, professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

Tel: +98 9126049225

Email: DRHAHADI5@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5628-2241