


 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0> 10.22034/ravanshenasi.2024.2021928 20.1001.1.20081782.1403.17.4.1.5

The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Mental Health and Social Adjustment of Students (with an Emphasis on Religious Teachings)

✉ **Negar Aboutalebi**  / MA in General Psychology, Kharazmi University negaraboutalebi@yahoo.com
Raziyeh Khosravi / MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz University raziyehkhosravi7772@gmail.com
Received: 2024/06/19 - **Accepted:** 2024/09/17

Abstract

The present study aimed to investigate the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Mental Health and Social Adjustment of Students (with an Emphasis on Religious Teachings). The research used the quasi-experimental design with pre-test and post-test and a follow-up period (3 months) including an experimental group and a control group. The statistical population included all female students in the second year of high school in Isfahan in the academic year 1401-1402. 40 students were randomly selected using cluster sampling method and were assigned to two experimental groups (20 students) and control group (20 students). The intervention program was administered for 8 sessions of 90 minutes. For data collection, the Goldberg and Hiller Mental Health Questionnaire (1979) and the Lambert et al. Adaptive Behavior Questionnaire (1974) were used. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS-23 software. The results showed that group education based on acceptance and commitment with emphasis on religious teachings has a significant effect on increasing the mental health and social adjustment of students ($P < 0.001$).

Keywords: religious teachings, acceptance and commitment, social adjustment, mental health.

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان

negaraboutalebi@yahoo.com

raziyehkhosravi7772@gmail.com

نگار ابوطالبی / ID / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی

راضیه خسروی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰ - پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دورهٔ پیگیری (۳ ماهه) با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دورهٔ دوم متوسطهٔ شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. به‌منظور انتخاب آزمودنی‌ها به شیوهٔ تصادفی با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۴۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. برنامهٔ مداخله‌ای به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از پرسش‌نامهٔ سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، پرسش‌نامهٔ رفتار سازشی لامبرت و همکاران (۱۹۷۴) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS-۲۳ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر آموزه‌های دینی تأثیر معناداری بر افزایش سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دارد ($P < 0.001$).

کلیدواژه‌ها: آموزه‌های دینی، پذیرش و تعهد، سازگاری اجتماعی، سلامت روان.

در سال‌های اخیر منابع استرس‌زا و محیط‌های نامساعد رو به افزایش است (ر.ک: شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۴۰۱). علی‌رغم اینکه این مشکلات سلامت تمامی گروه‌های جامعه را تحت تأثیر قرار داده است؛ اما در گروه سنی جوانان خاصه دانش‌آموزان بیشتر است. تا جایی که گفته شده مشکلات سلامت روان در گروه دانش‌آموزان متوسطه به موضوع عمومی و در حال شکل‌گیری تبدیل شده که نیازمند برخی اقدامات پیشگیرانه جدی است (وین گانکر و دیگران، ۲۰۱۸). در این راستا آنچه به نظر می‌رسد برای نوجوانان ضرورت داشته باشد، تقویت سلامت روان (Mental Health) آنهاست. سلامت روان مقیاسی برای سنجش میزان کیفیت زندگی افراد و جوامع است (داینر و دیگران، ۲۰۰۳). سلامت روان بعد مهم وضعیت سلامت عمومی فرد بوده و عامل اصلی در حفظ سلامت جسمی و اثرات اجتماعی آنکه به مفهوم توانایی تعادل احساسات، آرزوها، تمایلات و ایده‌ها در زندگی روزانه می‌باشد (ر.ک: محمدی، ۱۴۰۰). از نظر دوویچ و فیشر (به نقل از: گنجی، ۱۴۰۱) ملاک‌های مهم سلامت روانی عبارت‌اند از: شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه و یکپارچگی شخصیت. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) نیز سلامت روان را احساس درونی خوب بودن، اطمینان از کارآمدی، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی، خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی معرفی می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). علاوه بر این سلامت روان به‌عنوان درک ما از توانایی‌های خودمان، سازگاری با فشارهای عادی زندگی، بهره‌وری شغلی و سهمیم بودن در اجتماع تعریف شده است (هیلی و لینک، ۲۰۱۲). سلامت روان با توجه به گستردگی که دارد، تعاریف مختلفی را به خود اختصاص می‌دهد، اما همگی این تعاریف در نهایت به معنی سلامت روان بالاتر و زندگی بهتر می‌رسند (خزیر و دیگران، ۲۰۱۹).

یکی از زمینه‌های مهم کنش‌های رفتاری که با سلامت روان رابطهٔ متقابل داشته و نقش اساسی در سازگاری مؤثر افراد با مقتضیات محیطی ایفا می‌کند، سازگاری اجتماعی (Social Adjustment) است (دی لوس ریس و دیگران، ۲۰۲۲؛ شوکین، ۲۰۱۷). از این سو سازگاری به‌عنوان مهم‌ترین نشانهٔ سلامت روان از مباحثی است که توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و به‌خصوص مربیان را به خود جلب کرده است (آزبورن، ۲۰۲۲). رشد اجتماعی مهم‌ترین جنبهٔ رشد وجود هر شخص محسوب می‌شود و معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی هر فردی، سازگاری او با دیگران است (مشهدی فراهانی و عرب‌بیگی، ۱۳۹۸). رشد اجتماعی نه‌تنها در سازگاری با اطرافیان که فرد با آنها در ارتباط است مؤثر است؛ بلکه بعدها در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی او نیز تأثیر دارد (جکسون، ۲۰۲۱). انجمن روان‌پزشکان آمریکا سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کنند: هماهنگ ساختن رفتار به‌منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌هاست (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۱۴۰۱).

در تعریف دیگری از سازگاری آن را حالت تعادل کامل بین ارگانیسم و محیط تعریف می‌کنند که در این حالت تمام نیازها برآورده شده و اعمال ارگانیسمی به راحتی صورت می‌پذیرد (فارسبجانی و دیگران، ۱۴۰۱).

با در نظر داشتن همه تعاریفی که از سازگاری اجتماعی شده است، درمی‌یابیم که سازگاری اجتماعی با مفهوم انطباق (Accommodation) رابطه نزدیکی دارد و منظور از انطباق، هماهنگی و تناسب با محیط است که تغییرات مفید را دربر می‌گیرد. انطباق از طریق ایجاد تغییر در محیط خارجی یا از طریق ایجاد تغییر در خود حاصل می‌گردد. حاصل انطباق موفقیت‌آمیز، سازگاری و نتیجه ناموفق آن را ناسازگاری می‌نامند (فیروزبخت، ۱۳۹۳). همسالان و دوستان از طرق مختلف بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند (نخبه زعیم، ۱۳۹۹). بسیاری از محققان بر این عامل تأکید دارند و از آن به عنوان ارتباط افقی یاد کرده‌اند؛ یعنی ارتباطی که در بین افرادی نسبتاً هم‌سطح از لحاظ سنی، طبقه اجتماعی، تحصیلی، اقتصادی و... برقرار است (هارتوپ، ۲۰۰۲). از این رو همسالان و دوستان از مهم‌ترین عوامل اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان به‌شمار می‌آیند (نخبه زعیم، ۱۳۹۹).

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از درمان‌های جدیدی است که در بهزیستی روان‌شناختی افراد نقش بسزایی دارد و با ادغام مداخلات پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به افراد برای دستیابی به زندگی پرنشاط هدفمند و معنی‌دار کمک می‌کند (توهینیک، ۲۰۰۹)، و در سال‌های اخیر توجه زیادی به درمانگرهایی از نوع گروه درمانگری شده است (عریضی و دیگران، ۱۳۹۴). این رویکرد به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات، کارکرد آنها را هدف قرار می‌دهند (توهینیک، ۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment) به جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند (دهقانی و رضایی دهنوی، ۱۳۹۷). در واقع هدف این نوع درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (psychological Flexibility) است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هایز و استروسال، ۲۰۱۰). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد و به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به‌طور کامل پذیرفت و در قدم دوم بر آگاهی روانی (Psychological Awareness) فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد (فرا، ۲۰۱۵)؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی (Self imaginative) یا داستان شخصی که فرد برای خود در

ذهنش ساخته است (بابالیس و دیگران، ۲۰۱۳)؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (مهریار، ۱۳۹۸). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه (Committed Action)؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (دال ریمپل و هربرت، ۲۰۱۷).

در کنار مهارت‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی دیگر از زمینه‌های مؤثر در سازگاری اجتماعی و نیز از عوامل درون‌فردی در سلامت روان، عامل اعتقادات و ارزش‌های دینی و مذهبی می‌باشد. منظور از دین در این پژوهش، دین اسلام و مبنای آن قرآن و نهج البلاغه است. مذهب یا به‌طور عام‌تر دین، مجموعه‌های از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته است که از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود (رشیدزاده و دیگران، ۱۳۹۷). مذهب و معنویت با زندگی ما آمیخته شده‌اند، بسیاری از افراد اذعان دارند که این امور نقش محوری در زندگی آنها بازی می‌کنند (ر.ک: مصباح، ۱۳۹۳)؛ آن‌چنان‌که علامه طباطبائی در جلد ۱۵ تفسیر المیزان بیان داشته است، دین روش مخصوصی در زندگی است که صلاح دنیا را به‌طوری که موافق کمال اخروی و حیات دائمی حقیقی باشد تأمین می‌کند (طباطبائی، ۱۳۸۸). با استناد آیات شریفه قرآن کریم (رعد: ۲۸؛ انعام: ۸۲؛ فصلت: ۳۰؛ طه: ۱۲۴)، می‌توان بیان داشت که ایمان به خدا و پیروی از آیین اسلام عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی و تأمین‌کننده سلامت روانی است. بسیاری از متفکران و نویسندگان اسلامی (مطهری، نجاتی، ابن‌قیم، علامه طباطبائی، علامه جعفری و...) این نظر را که ایمان به خدا و پابندی به اعتقادات اسلامی تأمین‌کننده آرامش و سلامتی روانی یا عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی است، مورد توجه قرار داده‌اند (شکفته، ۱۳۹۸). آموزه‌های اسلام با تغییر و اصلاح شناخت و تفکر نسبت به جهان و تبدیل جهان‌بینی بشر به جهان‌بینی الهی، بر نگرش انسان به مسائل زندگی، رفتار، عواطف و احساسات شخص تأثیر می‌گذارد و با ایجاد ایمان و توکل به خدا، رضا، مثبت‌اندیشی و امیدواری به زندگی، زمینه سلامت روانی را در مؤمنان فراهم می‌آورد (سلیمی و حیدریان، ۱۳۹۸). در قرآن مجید دین‌داری و دین‌باوری، نشانه سلامت عقل و بی‌رغبتی و عدم تمایل به دین و معنویت دلیل بر سفاقت و بی‌خردی دانسته شده است: «وَمَنْ يَرْغَبْ عَنْ مِلَّةِ إِبْرَاهِيمَ إِلَّا مَنْ سَفِهَ نَفْسَهُ وَلَقَدِ اصْطَفَيْنَاهُ فِي الدُّنْيَا وَإِنَّهُ فِي الْآخِرَةِ لَمِنَ الصَّالِحِينَ» (بقره: ۱۳۰)؛ و چه کسی جز آنکه به سبک مغزی گراید از آیین ابراهیم روی برمی‌تابد و ما او را در این دنیا برگزیدیم و البته در آخرت [نیز] از شایستگان خواهد بود.

بر اساس آیات شریفه قرآن کریم (شوری: ۳۸؛ آل‌عمران: ۱۰۳ و ۱۳۴؛ نساء: ۵۸ و ۸۶)، می‌توان بیان داشت قرآن و پیروی از آیین اسلام می‌تواند بر هر دو عوامل سلامت روان، عوامل درون‌زا (جسمانی، عاطفی، انگیزشی، رفتاری و شناختی) و برون‌زا (سازگاری اجتماعی) تأثیرگذار بوده و به ارتقای سلامت روان و سازگاری اجتماعی افراد کمک نموده و عاملی مؤثر در مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی عصر حاضر باشد (کیمیایی و دیگران، ۱۳۹۰).

در این زمینه نتایج پژوهشی نشان داده است که باورهای مذهبی و جهت‌گیری دینی درونی تأثیر مثبتی بر سلامتی، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی دارد (عبدل خالک، ۲۰۱۹). همچنان‌که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند، کسانی که امور مذهبی را به‌جا می‌آورند به دلایل زیادی از سازگاری اجتماعی بهتری نسبت به سایر افراد برخوردار هستند (ابو - رایا و دیگران، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده شده که معنویت به افراد کمک می‌کند تا مشکلات زندگی‌شان را مدیریت کرده و درعین‌حال سلامت جسمانی و روانی خود را حفظ کنند (گارسن و دیگران، ۲۰۱۶؛ فیتزپاتریک، ۲۰۱۸).

به استناد پژوهش‌های بشارت و دیگران (۱۴۰۰)، شکفته (۱۳۹۸)، نعیمی و کلائی (۱۳۹۷)، خالدیان و دیگران (۱۳۹۷)، خجسته کاشانی و بخشی محبی (۱۳۹۷)، کاپولا و دیگران (۲۰۲۱)، واینگانکار و دیگران (۲۰۲۱)، اوکر و دیگران (۲۰۱۷)، اثر قابل توجه آموزه‌های اسلامی و مذهبی را بر سلامت روان گزارش کرده‌اند. پژوهشگرانی نیز مانند پورکرد و دیگران (۱۴۰۰)، فرشاد و فرزانه (۱۴۰۰)، سلیمی و حیدریان (۱۳۹۹)، فرهمند و دیگران (۱۳۹۷)، سودمندی عملکردهای اسلامی و مذهبی در سازگاری اجتماعی را تأیید کرده‌اند.

نتایج به‌دست‌آمده از یافته‌های اله‌وردی و اسمعیلی (۱۴۰۱) نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد سهم‌گذاری مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی در ارتقای سازگاری عاطفی و اجتماعی دختران جوان تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین مجاهدیان و دهقان منشادی (۱۳۹۹) نیز در یافته‌های خود نشان دادند که اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی موجب افزایش ابعاد سلامت روان می‌گردد. در این ارتباط یافته‌های پژوهشی کجباف و دیگران (۱۴۰۱)، غضنفری و کیانپور (۱۳۹۹)، آل یاسین و دیگران (۱۳۹۸)، رسماواتی و دیگران (۲۰۲۴)، اکبری دهقانی و دیگران (۲۰۲۲) و یووز (۲۰۲۰) نشان داد اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان مؤثر است. همچنین پژوهش‌های منتظر و دیگران (۱۳۹۵) و شاه و شاه (۲۰۲۱) حاکی از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی و مذهبی بر سازگاری اجتماعی افراد بود.

ضرورت استفاده از روش مداخله آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با رویکرد دینی در این پژوهش، به آن علت است که در آموزه‌های دینی ما به تربیت جوانان با ایمان تأکید ویژه‌ای شده است. در این زمینه سال‌هاست که نهادهای رسمی و غیررسمی فعالیت‌های مختلفی برای تشویق جوانان به‌منظور گرایش به باورها و اعمال دینی اصیل سازمان‌دهی کرده‌اند؛ بنابراین نظام آموزشی یکی از مهم‌ترین نهادهایی است که تربیت نسل جوان و دانش‌آموزان را در دست دارد و عوامل مختلفی که در آن تأثیر می‌گذارند، اهمیت زیادی پیدا می‌کنند. یکی از این عوامل دین می‌باشد. با توجه به پیشینه‌های یادشده از جمله مداخلاتی که می‌تواند بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی مؤثر باشد، آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی است؛ لذا در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پرداخته است.

روش پژوهش

روش این پژوهش با توجه به اهداف از نوع کاربردی و بر اساس روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دوره پیگیری (۳ ماهه) با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به تعداد ۳۸۶۹۷ نفر بود. از این جامعه نمونه‌های به حجم ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه مورد نظر انتخاب شده و در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و گواه جای‌دهی شد. به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. بدین منظور از جامعه پژوهش، یکی از نواحی آموزش و پرورش و از آن ناحیه، یکی از مدارس و سپس از آن مدرسه، دو کلاس انتخاب شد؛ سپس به‌صورت تصادفی یکی از آن کلاس‌های گروه آزمایش و دیگری گروه گواه را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت بود از: ساکن اصفهان بودن، تمایل به شرکت در جلسات، دانش‌آموز دختر دوره دوم متوسطه بودن، توانایی در جواب دادن به پرسش‌نامه‌ها و نداشتن سابقه بیماری و اختلال روانی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات پروتکل آموزشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، مخدوش بودن پرسش‌نامه و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش جهت انتخاب نمونه به عمل آمد و پس از انتخاب نمونه‌ها، ابتدا پیش‌آزمون سلامت روان و سازگاری اجتماعی برای هر دو گروه تحت موقعیت یکسان اجرا شد؛ سپس گروه آزمایش تحت آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر آموزه‌های دینی قرار گرفت و گروه گواه تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت؛ پس از اتمام آموزش دوباره از هر گروه تحت موقعیت یکسان، پس‌آزمون سلامت روان و سازگاری اجتماعی گرفته شد. ۳ ماه بعد از آزمون پیگیری در مورد دو گروه اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیا و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب شد و آنها از تمامی برنامه مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنها نیز پس از اتمام فرایند پژوهش، این مداخلات را نیز به‌طور خلاصه دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS - ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای ذیل استفاده گردید:

پرسش‌نامه سلامت روانی (GHQ Questionnaire): این مقیاس توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به‌منظور شناسایی اختلال‌های روانی تدوین و تنظیم شده است و دارای ۲۸ گویه است. از این مقیاس برای

تشخیص و غربالگری اختلال‌های غیرروان‌گسستگی در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲). این مقیاس دارای ۴ خرده‌مقیاس: ۱. علائم جسمانی؛ ۲. اضطراب و اختلال خواب؛ ۳. اختلال در کارکرد اجتماعی؛ ۴. افسردگی شدید است، که هر خرده‌مقیاس حاوی ۷ گویه است. گلدبرگ (۱۹۸۰) همستگی نمرات سلامت روانی و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلال‌ها را $0/80$ گزارش نمود. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسش‌نامه سلامت روان عمومی را از سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد، که به ترتیب ضرایب اعتبار $0/70$ ، $0/93$ و $0/90$ به‌دست آمد. برای مطالعه روایی مقیاس نیز از سه روش همزمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. ضریب همبستگی روایی همزمان پرسش‌نامه سلامت روان عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس $0/55$ به‌دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین $0/72$ تا $0/87$ متغیر بوده است. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسش‌نامه نشان داد و این چهار خرده‌مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین می‌کنند. اعتبار پرسش‌نامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/82$ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه رفتار سازشی (ABIC Questionnaire): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۴ در امریکا به‌وسیله لامبرت، ویند، میلر و نیگوروا طراحی شده است. این آزمون از ۱۱ خرده‌مقیاس، ۳۸ زیرمجموعه و ۲۶۰ سؤال تشکیل شده است. این مقیاس از دو بخش تشکیل شده است که بخش اول آن به مسائل رشد، سنجش مهارت‌ها و عادات رشدی می‌پردازد و بخش دوم آن برای سنجش رفتارهای ناسازگار مربوط به شخصیت و اختلالات رفتاری طرح‌ریزی شده است. خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شامل رفتار خشونت‌آمیز و مخرب، رفتار ضداجتماعی، رفتار طغیانی، رفتار غیرقابل‌اعتماد، کناره‌گیری، رفتار قالبی و اطوار عجیب، رفتارهای اجتماعی نامناسب، عادات صوتی ناپسند، عادات ناپسند یا عجیب، گرایش پیش‌فعالی و آشنفگی‌های روانی می‌باشد. این مقیاس برای تعیین رفتار سازشی دانش‌آموز توسط معلم تکمیل می‌گردد. ضرایب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی فرم اصلی با فرم ۲ و ۳ مورد استفاده در اعتباریابی به ترتیب $0/55$ و $0/60$ است که هر دو سطح $0/01$ آماری معنی‌دارند. اعتبار ۱۱ خرده‌مقیاس این آزمون بر اساس محاسبه ضریب همبستگی آنها در مقیاس اصلی با همان ۱۱ خرده‌مقیاس در فرم ۲ و ۳ به‌دست آمده است. این ۲۲ ضریب اعتبار از $0/16$ تا $0/63$ دامنه تغییر دارند که به‌جز یکی بقیه آنها در سطح $0/05$ تا $0/001$ آماری معنی‌دارند. ضریب پایایی کل آزمون با روش تصنیف فرد - زوج $0/83$ است که همگی در سطح $0/001$ آماری معنی‌دارند. نقطه برش این آزمون $65/7$ است که با استفاده از میانگین به‌دست آمده است. کسب نمرات بالا در این آزمون نشان پایین بودن سازگاری اجتماعی است (آهنکوب‌نژاد، ۱۳۷۲). در این پژوهش نیز ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/80$ به‌دست آمده است.

برنامه مداخله‌ای

برای آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از پروتکل مبتنی بر الگوی باند و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. جهت تلفیق با رویکرد اسلامی، محتوای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با بهره‌گیری از منابع و مفاهیم دینی و معنوی اسلامی، آموزه‌های قرآن کریم، روایات و احادیث و کمک متخصصان دینی تدوین گردید. در ابتدا پژوهشگر با مطالعه و بررسی منابع، مقاله‌ها، کتاب‌ها و پژوهش‌های موجود و متون معتبر اسلامی (قرآن کریم و احادیث و روایات) با هدف گردآوری عوامل و مؤلفه‌های مؤثر آموزشی، شناسایی مؤلفه‌های اثربخش، نقاط قوت و ضعف برنامه‌های موجود درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراحل که در این متون به صورت آشکار یا تلویحی مرتبط با فرایند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر اعتقادات دینی اسلامی هستند، استخراج نمود و روایی محتوایی و صوری این برنامه توسط ۴ کارشناس روان‌شناسی و مشاوره و ۵ نفر از متخصصان و صاحب‌نظران مذهبی به تأیید رسید و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تکیه بر مفاهیم دینی و معنوی اسلام بود اجرا شد، که خلاصه برنامه مداخله‌ای در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان تعهد و پذیرش با تأکید بر آموزه‌های دینی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	خوش آمدگویی، آشنایی اعضا با مشاور و یکدیگر، شرح قوانین گروه، تکمیل پرسش‌نامه‌ها، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی و نتایج آن، بررسی انتظارات افراد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی
جلسه ۲	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، توضیح دادن درباره مؤلفه‌های شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته و پرسش از دانش‌آموزان، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه
جلسه ۳	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی‌بردن به بیهودگی آنها، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفهوم شکست، مفاهیم منطبق با پذیرش در منابع اسلامی یعنی فلسفه رنج و مقام رضا
جلسه ۴	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، مفهوم گسلسن شناختی و ارتباط آن با مفهوم زهد در منابع اسلامی
جلسه ۵	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، آموزش مفهوم خود به‌عنوان زمینه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم کرامات انسانی در منابع اسلامی
جلسه ۶	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، توضیح مفهوم متناسب با تأکید بر زمان حال در منابع اسلامی یعنی توکل، ذکر خداوند و نماز
جلسه ۷	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، بررسی تکالیف، بررسی ارزش‌های زندگی هریک از افراد، شناسایی ارزش‌ها در رویکرد اسلامی منطبق با قرآن و سیره اهل‌بیت
جلسه ۸	آموزش عمل متعهدانه و بررسی ارتباط و هماهنگی عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم عبودیت در منابع اسلامی، جمع‌بندی جلسه، در نهایت اجرای پس‌آزمون ضمن قدردانی از همراهی و همکاری دانش‌آموزان

یافته‌های پژوهش

در بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی، شرکت‌کنندگان پژوهش از لحاظ توزیع پایه تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به پایه یازدهم با ۱۶ نفر (۴۰/۰ درصد) و بعد از آن پایه دوازدهم با ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) و در نهایت پایه تحصیلی دهم با ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد) بوده است. ضمناً میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان $16/87 \pm 1/56$ بود. توصیف میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های سلامت روان و سازگاری اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون پیگیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
علائم جسمانی	آزمایش	۲۰	۲/۰۲	۷/۲۹	۲/۲۲	۷/۶۵	۲/۷۱	
	گواه	۲۰	۲/۵۰	۱۰/۱۳	۲/۶۱	۱۰/۲۹	۲/۳۲	
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۲۰	۱/۸۵	۷/۲۵	۲/۳۰	۷/۸۵	۲/۱۱	
	گواه	۲۰	۲/۳۷	۹/۹۳	۲/۲۷	۷/۸۵	۲/۵۶	
ناکارایی اجتماعی	آزمایش	۲۰	۲/۹۲	۶/۹۲	۲/۰۱	۹/۹۷	۲/۲۳	
	گواه	۲۰	۲/۴۶	۹/۹۸	۲/۸۰	۷/۰۸	۲/۶۸	
افسردگی شدید	آزمایش	۲۰	۲/۱۳	۵/۶۵	۲/۶۷	۱۰/۰۵	۲/۹۱	
	گواه	۲۰	۲/۳۷	۹/۰۷	۲/۴۴	۵/۸۹	۲/۲۶	
رفتار خشونت‌آمیز	آزمایش	۲۰	۲/۶۹	۵/۵۸	۲/۰۱	۹/۱۳	۲/۱۸	
	گواه	۲۰	۲/۴۲	۷/۹۴	۲/۱۵	۵/۷۶	۲/۳۹	
رفتار ضداجتماعی	آزمایش	۲۰	۲/۵۱	۶/۳۳	۲/۰۹	۷/۹۶	۲/۰۳	
	گواه	۲۰	۲/۸۰	۸/۹۱	۲/۸۳	۶/۵۰	۲/۷۹	
رفتار طغیانی	آزمایش	۲۰	۱/۰۱	۲/۸۷	۰/۸۷	۸/۸۸	۰/۶۸	
	گواه	۲۰	۵/۶۵	۱/۰۹	۵/۶۳	۲/۹۱	۱/۰۴	
رفتار غیر قابل اعتماد	آزمایش	۲۰	۶/۱۳	۱/۱۷	۴/۲۹	۵/۵۷	۱/۳۸	
	گواه	۲۰	۶/۰۶	۱/۶۳	۶/۱۵	۴/۴۱	۱/۶۷	
کناره‌گیری	آزمایش	۲۰	۸/۵۳	۲/۰۸	۱/۹۲	۶/۰۲	۱/۸۵	
	گواه	۲۰	۸/۵۹	۲/۱۰	۸/۵۱	۵/۷۲	۲/۲۹	
رفتار قالبی	آزمایش	۲۰	۷/۲۴	۲/۴۸	۱/۷۱	۸/۶۱	۱/۱۳	
	گواه	۲۰	۷/۱۹	۲/۲۶	۷/۲۰	۵/۴۳	۲/۰۵	
رفتار اجتماعی نامناسب	آزمایش	۲۰	۹/۵۲	۲/۴۳	۵/۶۸	۷/۱۵	۲/۸۴	
	گواه	۲۰	۹/۶۴	۲/۱۶	۹/۶۸	۵/۹۵	۲/۱۷	
عادات صوتی ناپسند	آزمایش	۲۰	۴/۲۰	۱/۵۲	۲/۹۱	۹/۶۹	۱/۰۹	
	گواه	۲۰	۴/۴۱	۱/۵۴	۴/۳۱	۳/۰۱	۱/۱۴	
عادات ناپسند	آزمایش	۲۰	۸/۶۲	۲/۲۸	۵/۰۱	۴/۲۵	۱/۸۱	
	گواه	۲۰	۸/۵۹	۲/۶۱	۸/۷۸	۵/۳۱	۲/۶۸	
گرایش پیش‌فعالی	آزمایش	۲۰	۳/۷۳	۰/۹۸	۲/۳۸	۲/۴۶	۰/۸۳	
	گواه	۲۰	۳/۶۸	۰/۹۲	۳/۶۵	۳/۶۰	۰/۸۷	
آسفتگی‌های روانی	آزمایش	۲۰	۹/۰۳	۲/۳۵	۱/۱۶	۵/۷۱	۱/۰۴	
	گواه	۲۰	۹/۱۹	۲/۲۷	۹/۰۹	۹/۱۲	۱/۴۹	

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر ... ۱۷

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، برای مؤلفه‌های سلامت روان و سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته است، ولی در گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود. ذکر این نکته ضروری است که کاهش نمرات در پرسش‌نامه سلامت روان و سازگاری اجتماعی حاکی از بهبود افراد است. برای بررسی اثربخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر مؤلفه‌های سلامت روان و مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد. بررسی مفروضه‌های روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر حاکی از برقراری فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف گروه‌های آزمایش و گواه و پیگیری به تفکیک در مراحل ارزیابی، برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای هر دو متغیر در مراحل و عدم برقراری فرض همگنی واریانس - کوواریانس‌ها بر اساس آزمون ام. باکس برای هر دو متغیر بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون کرویت موجلی برای هر دو متغیر معنادار نیست و نشان می‌دهد که مفروضه کرویت داده‌ها رعایت شده است. همچنین آزمون‌های لامبدای ویکلز، اثر بیبیلای، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه نشان داد که حداقل میان یکی از متغیرها طی پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($F=21/96$ و $\text{sig} = 0/001$)؛ بنابراین می‌توان از نتایج آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات سه مرحله در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
علائم جسمانی	مراحل مداخله	۱۸۰۲/۴۳	۲	۹۰۱/۲۱	۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	مراحل گروه	۲۶۲۵/۰۱	۲	۱۳۱۲/۵۰	۱۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه	۳۷۹۰/۲۸	۱	۳۷۹۰/۲۸	۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵
اضطراب و بی‌خوابی	مراحل مداخله	۱۴۳۲/۳۱	۲	۷۱۶/۱۵	۶/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	مراحل گروه	۲۸۱۲/۷۲	۲	۱۴۰۶/۳۶	۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه	۳۶۸۴/۱۲	۱	۳۶۸۴/۱۲	۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲
ناکارایی اجتماعی	مراحل مداخله	۱۷۵۹/۵۵	۲	۸۷۹/۷۷	۱۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	مراحل گروه	۲۵۱۱/۳۴	۲	۱۲۵۵/۶۷	۱۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه	۳۹۶۱/۶۳	۱	۳۹۶۱/۶۳	۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
افسردگی شدید	مراحل مداخله	۲۱۱۳/۸۰	۲	۱۰۵۶/۹۵	۱۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	مراحل گروه	۲۹۴۱/۲۵	۲	۱۴۷۰/۶۲	۱۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	گروه	۳۶۰۲/۹۲	۱	۳۶۰۲/۹۲	۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸

۰/۵۶	۰/۰۰۱	۱۱/۳۵	۷۸۰/۷۶	۲	۱۵۶۱/۵۳	مراحل مذاخله	رفتار خشونت‌آمیز
۰/۴۸	۰/۰۰۱	۹/۱۲	۱۱۰۹/۱۴	۲	۳۲۱۸/۲۸	مراحل × گروه	
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۶/۴۷	۳۱۹۵/۵۱	۱	۳۱۹۵/۵۱	گروه	
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۱۹/۰۲	۸۰/۶۲	۲	۱۶۰۳/۲۴	مراحل مذاخله	رفتار ضداجتماعی
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۱۴/۱۶	۱۱۷۷/۳۳	۲	۳۳۵۴/۴۶	مراحل × گروه	
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۱۱/۸۱	۳۰۴۳۴/۰۵	۱	۳۰۴۳۴/۰۵	گروه	
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۲/۵۰	۴۹۸/۴۱	۲	۹۹۶/۸۲	مراحل مذاخله	رفتار طغیانی
۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۳/۴۲	۶۹۰/۸۱	۲	۱۳۸۱/۶۳	مراحل × گروه	
۰/۳۰	۰/۰۰۱	۶/۳۱	۱۹۴۱/۴۵	۱	۱۹۴۱/۴۵	گروه	
۰/۷۱	۰/۰۰۱	۱۱/۳۱	۵۵۳/۵۹	۲	۱۱۰۷/۱۹	مراحل مذاخله	رفتار غیرقابل اعتماد
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۱۰/۰۳	۹۶۲/۲۵	۲	۱۹۲۴/۵۱	مراحل × گروه	
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۷/۲۳	۲۸۰۳/۲۳	۱	۲۸۰۳/۲۳	گروه	
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۹/۱۹	۷۰۰/۷۲	۲	۱۴۰۱/۴۴	مراحل مذاخله	کناره‌گیری
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۷/۹۵	۹۳۱/۵۰	۲	۱۸۴۳/۰۱	مراحل × گروه	
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۵/۸۳	۳۱۱۳/۳۷	۱	۳۱۱۳/۳۷	گروه	
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۰/۹۸	۶۰۱/۶۵	۲	۱۲۰۳/۳۱	مراحل مذاخله	رفتار قالبی
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۷/۸۰	۹۰۵/۶۰	۲	۱۸۱۱/۲۰	مراحل × گروه	
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۴/۶۲	۳۱۱۳/۳۶	۱	۳۱۱۳/۳۶	گروه	
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۷/۳۵	۹۹۳/۳۵	۲	۱۹۸۶/۷۱	مراحل مذاخله	رفتار اجتماعی نامناسب
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۳/۲۴	۲۵۷۱/۹۵	۲	۲۵۷۱/۹۵	مراحل × گروه	
۰/۲۶	۰/۰۰۱	۷/۴۰	۳۰۲۵/۴۳	۱	۳۰۲۵/۴۳	گروه	
۰/۶۱	۰/۰۰۱	۱۰/۳۱	۳۲۹/۴۵	۲	۶۵۸/۹۰	مراحل مذاخله	عادات صوتی ناپسند
۰/۵۶	۰/۰۰۱	۷/۰۶	۵۴۱/۰۱	۲	۹۸۳/۱۱	مراحل × گروه	
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۴/۳۴	۱۰۸۲/۰۲	۱	۱۰۸۲/۰۲	گروه	
۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۶/۴۱	۸۵۱/۹۱	۲	۱۷۰۳/۸۲	مراحل مذاخله	عادات ناپسند
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۱۲/۰۳	۱۱۷۷/۹۵	۲	۳۳۵۵/۹۱	مراحل × گروه	
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۹/۸۲	۳۷۱۴/۲۱	۱	۳۷۱۴/۲۱	گروه	
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۶/۲۹	۱۸۱/۰۷	۲	۳۶۲/۱۵	مراحل مذاخله	گرایش بیش‌فعالی
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۵/۶۶	۳۸۴/۸۸	۲	۷۶۹/۷۷	مراحل × گروه	
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۳/۸۴	۹۲۳/۸۵	۱	۹۲۳/۸۵	گروه	
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۸/۳۰	۹۰۳/۱۷	۲	۱۸۰۶/۳۴	مراحل مذاخله	آشفته‌گی‌های روانی
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۵/۹۹	۱۲۱۰/۷۱	۲	۳۴۲۱/۴۲	مراحل × گروه	
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۴/۰۶	۲۸۰۵/۶۳	۱	۲۸۰۵/۶۳	گروه	

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر ... ۱۹

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که مداخله آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکارایی اجتماعی و افسردگی شدید) و متغیر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن (رفتار خشونت‌آمیز، رفتار ضداجتماعی، رفتار طغیانی، رفتار غیرقابل اعتماد، کناره‌گیری، رفتار قالبی، رفتار اجتماعی نامناسب، عادات صوتی ناپسند، عادات ناپسند، گرایش پیش‌فعالی و آشفته‌گی‌های روانی) مؤثر بوده است ($P=0/001$). همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

پس‌آزمون - پیگیری			پیش‌آزمون - پیگیری			پیش‌آزمون - پس‌آزمون			شاخص‌های آماری
تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	
۰/۳۶-	۰/۱۷	۰/۷۸	۰/۰۱	۰/۹۵	۰/۰۱	۲/۵۱	۰/۹۹	۰/۰۱	علائم جسمانی
۰/۶۰-	۰/۲۳	۰/۶۹	۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۰۱	۲/۰۸	۰/۸۱	۰/۰۱	اضطراب و بی‌خوابی
۰/۱۶-	۰/۱۰	۰/۹۳	۰/۰۱	۱/۰۸	۰/۰۱	۲/۹۹	۱/۱۴	۰/۰۱	ناکارایی اجتماعی
۰/۲۴-	۰/۱۸	۰/۸۹	۰/۰۱	۱/۶۷	۰/۰۱	۳/۲۹	۱/۹۴	۰/۰۱	افسردگی شدید
۰/۱۸-	۰/۱۱	۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۹۷	۰/۰۱	۲/۲۳	۱/۰۱	۰/۰۱	رفتار خشونت‌آمیز
۰/۱۷-	۰/۱۳	۰/۹۲	۰/۰۱	۱/۰۹	۰/۰۱	۲/۲۲	۱/۳۶	۰/۰۱	رفتار ضداجتماعی
۰/۰۴-	۰/۰۲	۱/۰۰	۰/۰۱	۱/۰۱	۰/۰۱	۲/۷۹	۱/۰۶	۰/۰۱	رفتار طغیانی
۰/۱۳-	۰/۱۱	۰/۸۲	۰/۰۱	۰/۸۷	۰/۰۱	۱/۷۲	۰/۸۱	۰/۰۱	رفتار غیرقابل اعتماد
۰/۱۲-	۰/۰۹	۰/۷۶	۰/۰۱	۱/۱۴	۰/۰۱	۲/۸۱	۱/۱۷	۰/۰۱	کناره‌گیری
۰/۲۱-	۰/۱۴	۰/۹۶	۰/۰۱	۱/۰۸	۰/۰۱	۱/۸۱	۱/۰۴	۰/۰۱	رفتار قالبی
۰/۲۷-	۰/۱۲	۰/۹۱	۰/۰۱	۱/۸۴	۰/۰۱	۳/۵۷	۱/۹۳	۰/۰۱	رفتار اجتماعی نامناسب
۰/۱۰-	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۰۱	۰/۶۳	۰/۰۱	۱/۱۹	۰/۷۹	۰/۰۱	عادات صوتی ناپسند
۰/۳۰-	۰/۱۹	۰/۷۹	۰/۰۱	۲/۴۶	۰/۰۱	۳/۳۱	۲/۵۷	۰/۰۱	عادات ناپسند
۰/۰۸-	۰/۰۵	۱/۰۰	۰/۰۱	۰/۹۳	۰/۰۱	۱/۲۷	۰/۸۸	۰/۰۱	گرایش پیش‌فعالی
۰/۲۱-	۰/۱۸	۰/۸۸	۰/۰۱	۲/۲۲	۰/۰۱	۳/۳۲	۲/۵۷	۰/۰۱	آشفته‌گی‌های روانی

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول (۴) نشان داد، ابعاد سلامت روان و سازگاری اجتماعی در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P<0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/001$)، ولی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($P<0/001$)، که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه بود. نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی معنادار آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سلامت روان دانش‌آموزان است. این یافته با نتایج الهوردی و اسمعیلی (۱۴۰۱) بشارت و دیگران (۱۴۰۰)، کجباف و دیگران (۱۴۰۱)، مجاهدیان و دهقان منشادی (۱۳۹۹)، غضنفری و کیانیپور (۱۳۹۹)، شکفته (۱۳۹۸)، آل یاسین و دیگران (۱۳۹۸)، نعیمی و کلائی (۱۳۹۷)، خالدیان و دیگران (۱۳۹۷)، خجسته کاشانی و بخشی محبی (۱۳۹۷)، رسماواتی و دیگران (۲۰۲۴)، اکبری دهقانی و دیگران (۲۰۲۲)، کاپولا و دیگران (۲۰۲۱) و اینگانکار و دیگران (۲۰۲۱)، یاووز (۲۰۲۰)، عبدل خالک (۲۰۱۹)، فیتزپاتریک (۲۰۱۸)، اوکر و دیگران (۲۰۱۷) و گارسن و دیگران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آگاهی فراگیر شامل زندگی در اینجا و در حال حاضر، مشغول فعالیت بودن و اجتناب از افکار منحرف‌شده نسبت به مشکلات موجود می‌باشد. به عبارتی درمان پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند. هدف درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. به بیانی دیگر، درمان تعهد و پذیرش به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی اثربخش‌تری داشته باشند (هایز، ۲۰۱۰). به سخن دیگر، فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان یاد داده است چگونه فکر خود را بازداري نکنند، از افکار آزاردهنده‌هایی یابند، به جای تصاویر نادرستی که از مفهوم خود ساخته‌اند به تقویت جنبه‌هایی از خود واقعی بپردازند، به جای کنترل و فاصله گرفتن از رویدادهای درونی آنها را بپذیرند، از طریق ذهن آگاهی به افکار و فرایند تفکر خود بیشتر توجه کنند و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور سوق دهند. بر اساس مکانیزم‌های فوق می‌توان بهبود مؤلفه‌های سلامت روان را انتظار داشت. در تبیین نتایج تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد دینی بر سلامت روان، می‌توان گفت که فرایند شکل‌گیری جهان‌بینی اسلامی برگرفته از قرآن و احادیث نشان می‌دهد چگونه زبان استعاری قرآن به افق‌های دوردست امتداد می‌یابد و همه مفاهیم و اندیشه‌های بیرون از خودش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بازسازی روان‌شناختی را به ارمغان می‌آورد که ره‌آورد آن سلامت روان است. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد دستورات و احکام اسلام می‌توانند در جهت مثبت‌اندیشی، تحمل دشواری‌ها، معنابخشی به سختی‌ها و ناکامی‌ها و رشد پتانسیل‌های فردی مؤثر عمل کند. هدف اصلی شیوه‌های توصیه‌شده در آموزه‌های دینی، یاری رساندن به انسان به منظور برخورداری از روان سالم است تا با توسل به بهترین راه‌های ممکن، با مشکلات مقابله کرده و با امید به الطاف بی‌کران الهی به آرامش برسد (سلیمی و حیدریان، ۱۳۹۸).

همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد. به عبارتی دیگر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر آموزه‌های دینی موجب افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان شده است. این یافته با نتایج تحقیقات الهوردی و اسمعیلی (۱۴۰۱)، پورکرد و دیگران (۱۴۰۰)، فرشاد و فرزانه (۱۴۰۰)، سلیمی و حیدریان (۱۳۹۹)، فرهنگد و دیگران (۱۳۹۷)، منتظر و دیگران (۱۳۹۵)، شاه و شاه (۲۰۲۱)، و ابو-رایا و دیگران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که در آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داده می‌شود که با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع دارند، بتوانند به‌طور فعال و مؤثر با افکار و احساسات رویارو شوند. همچنین هدف آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ لذا آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، با افزایش مهارت‌های شناختی فرد، توانایی تصمیم‌گیری، باورهای کارآمد وی را افزایش می‌دهد. از سوی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آگاهی فرد از مسائل، انتظار اثربخشی تلاش‌ها برای حل مسائل می‌گردد. این موضوع موجب کاهش حالات عاطفی و فیزیولوژیکی منفی از جمله غم، ترس، خشم، نگرانی و افسردگی می‌شود. به کارگیری مهارت‌های حل مسئله توانایی و ظرفیت اداره و کنترل مسائل پیچیده زندگی روزمره را افزایش می‌دهد و همین امر به مراجع کمک می‌کند تا از زندگی و روابط با دیگران لذت ببرد و علاوه بر بهبود روابط با همسالان، احساسی از تسلط بر خود و رویدادهای تنش‌زای زندگی به‌دست آورد. نوجوان در جریان تصمیم‌گیری برای راه‌حل‌ها به همدلی می‌رسد و از اشتغال ذهنی با خود خارج می‌شود و در نهایت سازگاری آنها با دیگران افزایش می‌یابد. در واقع این درمان به جای تمرکز بر تعبیر شکل محتوا، به فرد کمک کرده است تا تجارب خود را بپذیرد و تمایل خود را در تجربه کردن افکار و احساسات کنونی افزایش دهد (توهینینگ، ۲۰۰۹). در تبیین نتایج تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد دینی بر سازگاری اجتماعی، می‌توان چنین بیان کرد که عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه‌کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند. راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی و تأکید بر ارتباط نزدیک‌تر با خدا، باعث می‌شود که وجود خدا در زندگی افراد پررنگ‌تر احساس شود و در آنها نوعی احساس امنیت به وجود آید که با تکیه بر نیروی خدا، سازگاری آنها ارتقا یابد (عسکری، ۱۳۹۵). آیاتی در قرآن وجود دارد که زندگی اجتماعی مناسب و روابط صحیح و مناسب با دیگران را به مسلمانان می‌آموزد؛ همچون آیه ۱۶ سوره مائده که رفتارهای عملی مؤمنان را با مؤمنان و غیرمؤمنان به تفکیک ذکر کرده و آموزش می‌دهد. ضمن اینکه دانش‌آموزان با ایمان و متکی به آموزه‌های دینی به دلیل انس و نزدیکی زیاد با قرآن و احادیث پیامبران می‌توانند نگرشی فرااجتماعی و الهی داشته باشند و با اتکا به خداوند

متعال احساس کنترل و تسلط بیشتر بر شرایط را پیدا کنند. مواردی که بیان شد از جمله عواملی هستند که سبب سازگاری اجتماعی مطلوب در این دانش‌آموزان می‌شوند. پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌های به دنبال داشته است؛ مانند محدود بودن دامنه این مطالعه به پایه تحصیلی و سنی خاص، عدم مطالعه بر روی هر دو جنس، محدود کردن ابزار سنجش و جمع‌آوری اطلاعات به پرسش‌نامه و عدم کنترل متغیرهای فردی و خانوادگی مانند ویژگی‌های شخصیتی، سبک والدگری والدین، سطح فرهنگ و سطح رفاه خانواده؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با رفع این محدودیت‌ها در مطالعات آتی دنبال شود تا توان تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود نویسندگان کتاب‌های درسی، محتوای کتاب‌ها را طوری تنظیم نمایند از طریق آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس منابع و مفاهیم اسلامی قرآنی با روش‌های نوین تدریس همچون بارش مغزی، مشارکتی، ایفای نقش یا تلفیقی از این روش‌ها به رشد و ارتقای سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان یاری رساند. مسئولان فرهنگی کشور همسو با متصدیان آموزش و پرورش، برنامه‌های قرآنی و دینی را بیشتر در برنامه‌های خود بگنجانند تا تداوم این امر سبب ساختن جامعه‌ای سالم گردد. الگوهای فکری قبل از نوجوانی شکل می‌گیرد و هرچه فرد بزرگ‌تر می‌شود این افکار قوی‌تر و محکم‌تر می‌شوند؛ لذا پیشنهاد می‌شود از دوره ابتدایی کودکان با تعلیمات مذهبی بیشتر آشنا شوند تا تأثیرات این تعالیم گران‌بها در نحوه مقابله با مشکلات در نوجوانی و جوانی درونی شود.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه علی مشکینی.
- الوردی، فاطمه و اسمعیلی، معصومه (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد سهم‌گذاری مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی در ارتقای مسئولیت‌پذیری و سازگاری دختران جوان. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۷(۲)، ۱۳۳-۱۵۸.
- انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۱۴۰۱). *چکیده معیارهای تشخیصی DSM-5*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.
- آل‌یاسین، سیدعلی و دیگران (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان دیابتی نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(ویژه روان‌شناسی)، ۹۰۴-۹۱۲.
- آهنکوب‌نژاد، محمدرضا (۱۳۷۲). *مقایسه سازگاری عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان جهشی و غیرجهشی دوره ابتدایی اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بشارت، محمدعلی و دیگران (۱۴۰۰). نقش واسطه‌های سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱۵(۱)، ۱۳۸-۱۶۵.
- پورکرد، مهدی و دیگران (۱۴۰۰). نقش سبک‌های دلبستگی و نگرش مذهبی در سازگاری دانش‌آموزان. *سلامت، معنویت و اخلاق پزشکی*، ۱۸(۱)، ۲۰-۲۷.
- تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (Q.H.G). *روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- خالدیان، محمد و دیگران (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش معنویت با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱۸(۵)، ۵۷-۷۴.
- خجسته کاشانی، امیر و بخشی محبی، محمد (۱۳۹۷). جایگاه عفو در دین اسلام و رابطه آن با سلامت روان. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۳)، ۲۲۸-۲۳۷.
- دهقانی، اکرم و رضایی دهنوی، صدیقه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *افق دانش*، ۲۴(۳)، ۲۴۶-۲۵۲.
- رشیدزاده، عبدالله و دیگران (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات اسلامی در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۷(۲)، ۵۹-۸۶.
- سلیمی، نوشین و حیدریان، معصومه (۱۳۹۹). رابطه جهت‌گیری دینی و خوش‌بینی با سازگاری اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*، ۶(۱۳)، ۱۰۷-۱۱۷.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۴۰۰). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شکفته، محمد (۱۳۹۸). رابطه دین با سلامت روان. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران*. تهران.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین (۱۳۸۸). *المیزان فی تفسیر القرآن*. ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی. قم: جامعه مدرسین.
- عریضی، حمیدرضا و دیگران (۱۳۹۴). فراتحلیل اثربخشی مداخله‌های گروهی در اختلال اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۲(۴۶)، ۱۲۱-۱۳۴.
- عسکری، پرویز (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت زندگی و سازگاری. *روان‌شناسی پییری*، ۲(۴)، ۲۸۱-۲۹۱.
- غضنفری، علی و کیانپور، آرزو (۱۳۹۹). ارزیابی و نقد تساوی‌انگاری رویکرد درمانی ACT با آموزه‌های تربیتی قرآن کریم و روایات آموزه‌های تربیتی در قرآن و حدیث، ۶(۱)، ۱۲۵-۱۴۲.

- فارس‌سجانی، نیلوفر و دیگران (۱۴۰۱). پیش‌بینی سازگاری اجتماعی بر اساس سبک‌های دلبستگی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان. *علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۰۹)، ۸۸-۷۱.
- فرشاد، فاضل و فرزانه، سولماز (۱۴۰۰). نقش نگرش مذهبی در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان. *همایش ملی پژوهش‌های حرفه‌ای در روان‌شناسی و مشاوره با رویکرد از نگاه معلم*.
- فرهمنده، فرامرز و دیگران (۱۳۹۷). بررسی نقش آموزش قرآن بر هوش معنوی سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی. *دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت*. مشهد.
- فحتی آشتیانی، علی، داستانی، محبوبه (۱۳۹۲). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت.
- فیروزبخت، مهرداد (۱۳۹۳). فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. تهران: ویرایش.
- کجباف، محمدباقر و دیگران (۱۴۰۱). طراحی الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس اسلام، پژوهش در دین و سلامت، ۸(۴)، ۵۸-۴۶.
- کیمیایی، سیدعلی و دیگران (۱۳۹۰). حفظ قرآن و تأثیر آن بر مؤلفه‌های سلامت روان. *زن و جامعه*، ۲(۴)، ۱-۲۰.
- گنجی، حمزه (۱۴۰۱). *به‌داشت روان*. تهران: ارسباران.
- مجاهدیان، زهرا و دهقان منشادی، ماریه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان سالمندان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۶(۱۲)، ۲۲-۵.
- محمدی، گلاویژ (۱۴۰۰). *آسیب‌شناسی روانی: خلاصه نکات بسیار مهم کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک ۲۰۱۵ براساس DSM-5*. قزوین: ویانو.
- مشهدی فراهانی، ملکه و عرب‌بیگی، علیرضا (۱۳۹۸). *روان‌شناسی اجتماعی*. تهران: وانیلا.
- مصباح، مجتبی (۱۳۹۳). *سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مفاهیم، شاخص‌ها، مبانی)*. تهران: حقوقی.
- منتظر، عباس و دیگران (۱۳۹۵). غنی‌سازی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با استفاده از آموزه‌های اسلامی و عرفان اسلامی. *دومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران*. قم.
- مهریا، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سالمند. *سالنامه‌شناسی*، ۴(۴)، ۲۹-۲۱.
- نخبه زعیم، پریسا (۱۳۹۹). بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی بر ارتقای مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی دختران نوجوان. *پژوهان*، ۱۹(۲)، ۴۹-۴۳.
- نعمی، ابراهیم و کلائی، اعظم (۱۳۹۷). بررسی نقش ادراک‌شده مهدویت و زیارت در سلامت روانی زنان. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۲(۳)، ۳۷-۵۷.
- Abdel-Khalek, A. M. (2019). *Religiosity and subjective wellbeing in the Arab context*. Cambridge Scholars Publishing.
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Krause, N. & Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565-575.
- Akbari Dehaghi, A., Dolatshahi, B., Taremian, F., Pourshahbaz, A. & Ansari, H. (2022). Development and evaluation of an acceptance and commitment therapy based on religious content to control obsessive-compulsive disorder, dysfunctional beliefs, feeling guilty, scrupulosity, and thought control among muslims in Iran. *Research Square*, 1(1), 1-27.
- Babalıs, T., Tsoılı, K., Constantinós, T., Iro, A., Keke, M. & Xanthakou, Y. (2013). The impact of social and emotional learning programs on the emotional competence and academic achievement of children in Greek Primary School. *Journal of Education*, 3(6), 1-54.

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R. & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual Well-Being and Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 626-944.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2017). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5):543-568.
- De Los Reyes, A., Cook, C. R., Sullivan, M., Morrell, N., Wang, M., Gresham, F. M., Hamlin, C., Makol, B. A., Keeley, L. M. & Qasmieh, N. (2022). The Work and Social Adjustment Scale for Youth: Psychometric properties of the teacher version and evidence of contextual variability in psychosocial impairments. *Psychological Assessment*, 34(8), 777-790.
- Diener, E. Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Reviews Psychology*, 54, 403-25.
- Fitzpatrick, K. M. (2018). Circumstances, religiosity/spirituality, resources, and mental health outcomes among homeless adults in northwest Arkansas. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(2): 195-202.
- Frey, KS. (2015). Effects of a school-based social-emotional competence program: inking children's goals, attributions, and behavior. *Applied Developmental Psychology*, 26(2), 171-200.
- Garssen, B., Visser, A. & de Jager Meezenbroek, E. (2016). Examining whether spirituality predicts subjective well-being: How to avoid tautology. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(2), 141-148.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Hartup, W. W. (2002). Child development, The company they keep: friendship and their. *developmental significance*, 67 .1-13.
- Healy, L.M & Link, R.J. (2012). Hand book of *international social work*. Human Rights, development and the global profession. oxford university press, Inc.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press.
- Jackson, E. (2021). *Adaptability in talent development*. United States of America: ATD Press.
- Khazir, Z., Jambarsang, s., Abbasi-Shavazi, M. (2019). The Study of General Health Status in the Students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd. *Journal of Community Health Research*, 8(3), 131-8.
- Lambert, N, and colleagues. (1974). Monterey, CA. publshers Test Service. Availble. <http://www.MentalRetardation.htm>.
- Mohd Faiz, N. S., Mohamed, M., Awang, H. & Sulong, M. S. (2016). The Role of Similar Belief and Religion Practices in the Adjustment of International Students. *Advanced Science Letters*, 22(9), 2194-2197.
- Osborn, T.G., Li, S., Saunders, R. & Fonagy, p. (2022). University students' use of mental health services: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*, 16(1), 57.
- Rasmawati, R., Nur, F. & Nurjannah, S. (2024). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Islamic Approach On Self-Acceptance of Patients with Mental Disorder. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 17(1), 1-8.

- Shah, N., Shah, M. (2021). Incorporating Islamic Principles into Therapy with Muslim American Clients. In: Pasha-Zaidi, N. Toward a Positive Psychology of Islam and Muslims. *Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology*, 15, 235–257.
- Shokeen, A. (2017). A Study of Mental Health and Social Adjustment of Senior Secondary Students. *Journal of Education and Applied Social Sciences*, 8(1), 33-36.
- Subramaniam, M. (2021). Religious Affiliation in Relation to Positive Mental Health and Mental Disorders in a Multi-Ethnic Asian Population. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 18, 3368.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and behavioral practice*, 16(3), 243-252.
- Uecker, E. J., Victor Kent, B., Bradshaw, M. (2017). Forgiveness, Attachment to God, and Mental Health Outcomes in Older U.S. Adults: A Longitudinal Study. *Sage journal*. 40(50), 456-479.
- Vaingankar, J. A., Choudhary, N., Chong, S. A. Kumar, F. D. S., Abdin, E., Shafie, S., Chua, B. Y., van Dam, R. M., Winzer, R., Lindberg, L., Guldbrandsson, K. & Sidorchuk, A. (2018). Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Peerj*, 18(7), 33-68.
- World Health Organization Report. (2021). "Mental health: New understanding, new hope", Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yavuz, O. (2022). Building a Bridge Between Spirituality/Religion with Acceptance and Commitment Therapy. *Spiritual Psychology and Counseling*, 7(2), 179-200.