

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Depression among Female High School Students with Specific Learning Disorder in Sari in Northern in Iran

Maryam Enayati-Shabkolaei¹, Yarali Dousti^{2*}, Bahram Mirzaian²

1. Ph.D. Candidate, Department of psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

***Corresponding Author:** Yarali Dousti, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

Email: dousti@iausari.ac.ir

Received: 26 March 2019

Accepted: 21 April 2019

Published: 28 April 2019

How to cite this article:

Enayati M, Dousti Y, Mirzaian M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Depression among Female High School Students with Specific Learning Disorder in Sari in Northern in Iran. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(3):244-252. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i3.24905>.

Abstract

Background and Objective: Acceptance and commitment therapy is one of the methods for increasing social adjustment and improving depression among students with learning disabilities. The purpose of this study was to determine the effectiveness of admission and commitment therapy on social adjustment and depression among junior high school female students with learning disorder in Sari in northern Iran.

Materials and Methods: The present study was semi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population consisted of all junior high school female students in Sari. A sample of 30 people was selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control and intervention was performed for the experimental group. Data were gathered using Social Adjustment Questionnaire and Beck Depression Inventory and analyzed by Covariance and SPSS software version 21.

Results: The mean (SD) age was 16.5 (0.4) years among the experimental group and 16.1 (0.7) the control group. The study showed that the mean (SD) score of depression in the experimental group was 20.4 (3.2) which decreased in post-test and follow up to 12.2 (3.1) and 12.1 (2.7) ($P < 0.001$), but the mean (SD) score of depression in the pre-test and post-test of the control group did not show a significant difference. The mean (SD) of social adjustment in the experimental group from 12.1 (3.4) in post-test and follow up increased to 19.4 (3.2) and 19.6 (3.7) respectively ($P < 0.001$). However, the mean (SD) score of social adjustment in the pre-test and post-test of the control group did not show a significant difference.

Conclusion: The study showed that acceptance and commitment-based treatment increased social adjustment and depression among junior high school female students with learning disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Depression; Social Adjustment; Learning Disorder; Students.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.SARI.REC.1397.023

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و افسردگی دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری خاص مقطع متوسطه شهر ساری

مریم عنایتی شبکلایی^۱، یارعلی دوستی^{۲*}، بهرام میرزاییان^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: یارعلی دوستی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

Email: dousti@iausari.ac.ir

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: فروردین ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش های افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود افسردگی در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و افسردگی دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری مقطع متوسطه اول شهر ساری انجام شد.

روش و مواد: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. از بین کلیه دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری مقطع متوسطه اول شهر ساری، تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و مداخله برای گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه سازگاری اجتماعی و افسردگی جمع آوری شدند و با روش تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش (۰/۴) ۱۶/۵ و گروه گواه (۰/۷) ۱۶/۱ سال بود. مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) افسردگی در پیش آزمون گروه آزمایش از (۳/۲) ۲۰/۴ به ترتیب به (۳/۱) ۱۲/۲ و (۲/۷) ۱۲/۱ در پس-آزمون و پیگیری کاهش یافت ($P < 0/001$) اما در گروه گواه تفاوتی دیده نشد. میانگین (انحراف معیار) سازگاری اجتماعی در پیش آزمون گروه آزمایش از (۳/۴) ۱۲/۱ به ترتیب به (۳/۲) ۱۹/۴ و (۳/۷) ۱۹/۶ در پس آزمون و پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) اما گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود افسردگی در دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری مقطع متوسطه اول شد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سازگاری اجتماعی، افسردگی، دانش آموزان، اختلال یادگیری.

اختلال یادگیری اصطلاح عمومی است که در پنجمین راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی (DSM-5) اختلالاتی را شرح می دهد که خصیصه آنها ایجاد مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی یا کارکرد روزمره است (۱). اختلال یادگیری در آمریکا اصطلاحی برای توصیف کودکانی است که در رشد زبان و مهارت های ارتباطی، دارای اختلال هستند. کودکانی که مشکلات یادگیری آنها در درجه اول به علت نقص بینایی، شنوایی، حرکتی و یا مشکلات هیجانی، محدودیت فرهنگی یا عقب ماندگی ذهنی کلی است، جزء این گروه محسوب نمی شوند (۲) دانش آموزان با اختلالات یادگیری از قبیل خواندن، نوشتن و ریاضیات، نارسایی هایی را در مهارت های اساسی خواندن، نوشتن و ریاضیات از همان روزهای ابتدایی مدرسه از خود نشان می دهند. اختلال خواندن با آسیب های خاص در تحول مهارت های خواندن و اختلال ریاضی با آسیب های خاص در اکتساب مهارت های ریاضی مشخص می شود (۳). مشخصه اصلی اختلال در املا نیز این است که املانویسی کودک با در نظر گرفتن ظرفیت هوشی و سطح آموزشی به میزان چشمگیری پایین تر از حد مورد انتظار است (۴). اغلب دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری، با توجه به ویژگی های روان شناختی و رفتاری، به عنوان یادگیرندگان غیرفعال تلقی می شوند. آنها نمی توانند راهبردهای یادگیری را در حل مسائل تحصیلی خود به کار برند و به توانایی های خود باور ندارند زیرا تجارب مکرر شکست آنها را دچار ناامیدی و ناکارآمدی می کند. نتیجه این چرخه، شکل گیری برداشت منفی از توانایی های خود و کاهش حرمت نفس و انگیزه است که زمینه بروز مشکلات گوناگون را فراهم می کند (۵). مطالعات مختلف به ویژگی های عمومی دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری اشاره کرده اند از جمله: ایجاد مشکلاتی در زمینه های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی (۶)، نارسایی در پردازش اطلاعات اجتماعی (۷)، دوستان صمیمی محدود (۸)، سطح پایین رفتارهای اجتماعی مثبت (۹)، مشکلات اجتماعی (۱۰) و افسردگی (۱۱) که فهم کامل آن نیازمند توجه به حوزه های اجتماعی، عاطفی و رفتاری زندگی فرد است (۱۲).

یکی از متغیرهایی که احتمالاً به دلیل وجود ناتوانی های یادگیری در دانش آموزان مختل می شود، سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می باشد. سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است یا تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید (۱۳). فراتحلیل های انجام شده در زمینه شیوع افسردگی در افراد با ناتوانی یادگیری، نمایانگر آمار و ارقام نگران کننده ای است. میزان بروز افسردگی در این افراد از ۱۴ تا ۳۶ درصد متغیر است. در میان کودکان افسرده ارجاع داده شده به مراکز بهداشت روانی، افراد با ناتوانی یادگیری بیش از کودکان با سایر اختلال های تشخیصی است (۱۴). یکی از روش های درمانی در افسردگی و افزایش سازگاری اجتماعی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان شناختی خاص است: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه که همه آنها باعث انعطاف پذیری روان شناختی می شود (۱۵).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این است که افراد بیاموزند وقایع درونی شان مخصوصاً آنهایی را که ناخواسته اند، قضاوت نکنند و بپذیرند (۱۶) در واقع در این نوع درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکاره احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۷). اثربخشی آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری، عملی، استرس محیط شغلی، اضطراب، استرس پس از سانحه، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی معلوم شده است (۱۸).

ضرورت پژوهش حاضر از این جهت است که شناسایی و تشخیص نشانه های افسردگی در نوجوانان و اقدام در مورد درمان و رفع مشکل آنان، امری است که باید مورد توجه خانواده ها و به خصوص دست اندرکاران تعلیم و تربیت قرار گیرد. از یک سو، به رغم گسترش دامنه پژوهشی در حوزه تأثیر درمان پذیرش و تعهد، در جامعه آماری مورد نظر پژوهش پیش رو، کمتر پژوهشی به آن پرداخته است. از دیگر سو، تا زمانی که پژوهش جامعی در زمینه روش ها و فنون مؤثر در افزایش سازگاری

اجتماعی و افسردگی صورت نگیرد، والدین، معلمان و مسئولان آموزش و پرورش نخواهند توانست برنامه ریزی صحیحی در این زمینه داشته باشند. بنابراین، برای پیشگیری از مشکلات بعدی، توجه به این کودکان و انجام مداخله های به موقع و پیشگیرانه ضروری به نظر می رسد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و افسردگی دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری مقطع متوسطه اول شهر ساری انجام شد.

روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تمام دانش‌آموزان دختر دارای اختلال یادگیری خاص مقطع متوسطه اول شهر ساری است که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به مراکز اختلال یادگیری و مشاوره مراجعه کردند. ابتدا به شکل تصادفی بین دو ناحیه شهر، یک ناحیه و پس از آن تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر در گروه آزمایش و ۳۰ نفر در گروه گواه) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شکل تصادفی در گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند. بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه و مجموعاً ۶۰ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به یکی از اختلال‌های یادگیری خاص (خواندن، نوشتن، ریاضی)، جنسیت مونث، دانش‌آموز مقطع متوسطه اول، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی جدی دیگر مانند اسیکیزوفرنی، دو قطبی و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به بیماری جسمی ناتوان کننده و ارایه اطلاعات ناقص بود. قبل از انجام مداخله از هر دو گروه آزمون سازگاری اجتماعی Bell و افسردگی Beck گرفته شد. بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفت و گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. سپس مجدداً برای ارزیابی اثر آموزش‌ها، آزمون‌ها برای هر دو گروه توسط پژوهش‌گر اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت آزمودنی‌ها در این پژوهش کاملاً اختیاری و هیچ اجباری در کار نبوده است. قبل از شروع و شرکت هر آزمودنی در طرح، آنان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از طرح پژوهشی در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه مختار بودند در صورت علاقه‌مندی به ورود به گروه مداخله فقط در پایان طرح برای آنان جلسات درمانی گروه مداخله عیناً تکرار گردد. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود و خواهد ماند. رضایت نامه کتبی آگاهانه از والدین یا سرپرست قانونی همه داوطلبان اخذ گردید.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی Bell: این پرسشنامه توسط Bell در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است و دارای پنج مولفه سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی می‌باشد. کل آزمون دارای ۳۲ سوال می‌باشد و گزینه‌های آن بله و خیر است که گزینه بلی ۱ نمره و خیر صفر نمره دارد. هر چه نمره بالاتر باشد نشانگر سازگاری پایین‌تر است (۱۹). در یک پژوهش، پایایی و روایی این آزمون را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به دست آمده است (۲۰). روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی Beck: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ از سوی Beck و همکارانش معرفی شد و در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت (۲۱) و در سال‌های بعد، برای استفاده راحت‌تر از این پرسشنامه نسخه ۱۳ ماده‌ای از آن تهیه شد. هر ماده دارای ۴ گزینه است که آزمودنی باید یکی از آن‌ها که از ۰ تا ۳ نمره دارند را انتخاب کند. نمره بالاتر به معنای شدت افسردگی بیشتر است. در مطالعه دیگر (۲۲) آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کرد. همچنین روایی همزمان پرسشنامه در مقایسه رتبه‌بندی Montgomery-Asberg سنجیده شده و همبستگی بین این دو ۰/۷۶ محاسبه گردید (۲۲). روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ به دست آمد.

برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله‌ای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار، در طی دو ماه، براساس نظریه پذیرش و تعهد تنظیم و اجرا شده است. محتوای مختصر هر یک از جلسات به شرح زیر بوده است:

جدول شماره ۱- اهداف آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف
اول	ایجاد رابطه درمانی - آشنایی با موضوع و اهداف پژوهش و تعریف کلی متغیرها، پاسخ به پرسشنامه‌ها و تکمیل رضایت آگاهانه، تدوین قرارداد جلسه، استعاره دو کره.
دوم	سنجش اولیه ارزش‌ها، ایجاد ناامیدی خلاق، استعاره ببر گرسنه و گودال، معرفی سیستم ناکارآمد گذشته.
سوم	تمرین ذهن آگاهی و تنفس آگاهانه، پذیرش مشکلات به جای واکنش به مشکلات، تمرکز بر کنترل به عنوان راهبردی بی‌فایده، تمایل برای رویارویی با تجارب دشوار، خاطرات روزانه تمایل، فعال‌سازی رفتاری برای افزایش احتمال موفقیت.
چهارم	درجه موفقیت کوتاه‌مدت و بلندمدت در کنترل عمدی احساسات ناخوشایند، تعیین کارآمدی یا ناکارآمدی رفتار و مقایسه کنترل بیرونی در مقابل دنیای درونی، استعاره دستگاه دروغ‌سنج و دونات ژله‌ای، ناراحت پاک در مقابل ناراحت ناپاک.
پنجم	معرفی مفهوم گسلش و تغییر کلامی، تمرین ذهن شما دوست شما نیست، شیر شیر شیر، مسافران در اتوبوس، استفاده از حرف واو در مقابل اما، تنفس آگاهانه.
ششم	تمایز خود مفهوم‌سازی شده در مقابل خود مشاهده‌گر، قیاس تخته شطرنج، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با خود مشاهده‌گر و انجام عمل متعهدانه، تمرین قطبیت روان.
هفتم	شفاف‌سازی و مشخص کردن اهداف و ارزش‌ها، تمایز انتخاب با دلیل و انتخاب کردن برای دلیل، تمایز نتیجه/ فرایند و استعاره اسکی کردن، ارتباط اهداف و ارزش‌ها، استعاره عصای جادویی.
هشتم	آموزش شفقت‌ورزی به خود و استعاره معلم مشفق و معلم سخت‌گیر، ویژگی‌های خود مشفق و نوشتن نامه مشفقانه به خود و توجه دور یا نزدیک شدن به سمت ارزش‌ها، مهمان ناخوانده، شیوه مثبت اهداف، مرور و جمع‌بندی.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش (۰/۴) ۱۶/۵ و گروه گواه (۰/۷) ۱۶/۱ سال بود و دو گروه آزمایش و گواه از نظر سن، وضعیت رشته و مقطع تحصیلی همگون بوده‌اند.

جدول ۲- بررسی افسردگی و سازگاری اجتماعی در طی مطالعه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

P	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۰۱	۱۲/۱ (۲/۷)	۱۲/۲ (۳/۱)	۲۰/۴ (۳/۲)	آزمایش	افسردگی
۰/۷۳	۲۰/۸ (۳/۱)	۲۱/۱ (۳/۳)	۲۰/۵ (۳/۱)	گواه	
۰/۰۰۱	۳/۴ (۳/۴)	۱۹/۴ (۳/۲)	۱۲/۱ (۳/۴)	آزمایش	سازگاری اجتماعی
۰/۵۶	۱۲/۶ (۳/۱)	۱۲/۲ (۳/۲)	۱۲/۴ (۳/۲)	گواه	

جهت بررسی اثربخشی درمان از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد فرض نرمال بودن داده‌ها در صفات اندازه‌گیری شده تحت آزمون شاپیرو ویلک و کلموگروف اسمیرنوف برقرار بوده است ($P > 0/05$). همچنین فرض برابری و میانگین در مرحله پیش آزمون بررسی و تایید شده است ($P > 0/05$). فرض همگنی واریانس متغیرهای مورد بررسی در طی مطالعه برقرار بوده است ($P > 0/05$). همچنین فرض خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نیز پس‌آزمون-پیگیری و پیش‌آزمون-پیگیری معنی‌دار بوده است.

($P < 0/05$). در بررسی فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز بررسی روی تمامی صفات صورت گرفت که نتایج دلالت بر تایید همگنی شیب خط رگرسیون داشته به طوری که مقدار F حاصل از اثر متقابل نمره پیش‌آزمون صفت با اثر گروه معنی‌دار نبود لذا با توجه به اینکه شرایط و مفروضات تحلیل کواریانس تک متغیره برای هر صفت برقرار بود، جهت بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد از تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جدول ۳- تحلیل کواریانس افسردگی در طی مطالعه

مراحل	منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره f	مقدار احتمال	اندازه اثر
پس آزمون به پیش آزمون	پیش آزمون	۱۵۶/۸۴۷	۱	۱۵۶/۸۴۷	۳۲/۸۲۳	$< 0/001$	۰/۵۴۹
	گروه	۵۴۷/۲۲۸	۱	۵۴۷/۲۲۸	۱۲۰/۱۶۹	$< 0/001$	۰/۸۱۷
	خطا	۱۲۹/۰۲۰	۵۷	۴/۷۷۹			
پیگیری به پیش آزمون	پیش آزمون	۱۴۰/۳۰۸	۱	۱۴۰/۳۰۸	۳۸/۹۹۱	$< 0/001$	۰/۵۹۱
	گروه	۵۶۵/۸۶۱	۱	۵۶۵/۸۶۱	۱۵۷/۲۵۱	$< 0/001$	۰/۸۵۳
	خطا	۹۷/۱۵۸	۵۷	۳/۵۹۸			
پیگیری به پس آزمون	پس آزمون	۲۰۵/۸۸۲	۱	۲۰۵/۸۸۲	۱۷۵/۹۹۶	$< 0/001$	۰/۸۶۷
	گروه	۳/۹۶	۱	۳/۹۶	۳/۳۸۵	۰/۰۷۷	۰/۱۱۱
	خطا	۳۱/۵۸۵	۵۷	۱/۱۷			

جدول ۴- تحلیل کواریانس سازگاری اجتماعی در طی مطالعه

مراحل	منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره f	مقدار احتمال	اندازه اثر
پس آزمون به پیش آزمون	پیش آزمون	۱۹۴/۰۷۹	۱	۱۹۴/۰۷۹	۵۶/۶۷۸	$< 0/001$	۰/۶۷۷
	گروه	۴۰۳/۷۳۳	۱	۴۰۳/۷۳۳	۱۱۷/۹۰۵	$< 0/001$	۰/۸۱۴
	خطا	۹۲/۴۵۴	۵۷	۳/۴۲۴			
پیگیری به پیش آزمون	پیش آزمون	۱۴۸/۹۹۴	۱	۱۴۸/۹۹۴	۲۸/۳۴۲	$< 0/0001$	۰/۵۱۲
	گروه	۳۹۳/۶۰۹	۱	۳۹۳/۶۰۹	۷۴/۸۷۶	$< 0/0001$	۰/۷۳۵
	خطا	۱۴۱/۹۳۹	۵۷	۵/۲۵۷			
پیگیری به پس آزمون	پس آزمون	۲۰۵/۸۸۲	۱	۲۰۵/۸۸۲	۱۷۵/۹۹۶	$< 0/0001$	۰/۸۶۷
	گروه	۳/۹۶	۱	۳/۹۶	۳/۳۸۵	۰/۰۷۷	۰/۱۱۱
	خطا	۳۱/۵۸۵	۵۷	۱/۱۷			

بحث

مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) افسردگی در پیش آزمون گروه آزمایش از ۲۰/۴ (۳/۲) در پس آزمون و پیگیری به ترتیب به (۳/۱) ۱۲/۲ و (۲/۷) ۱۲/۱ کاهش یافت ($P < 0/001$) اما گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد. میانگین (انحراف معیار) سازگاری اجتماعی در پیش آزمون گروه آزمایش از ۱۲/۱ (۳/۴) در پس آزمون و پیگیری به ترتیب به (۳/۲) ۱۹/۴ و (۳/۷) ۱۹/۶ افزایش یافت ($P < 0/001$) اما در گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد. این یافته با نتایج پژوهش Brown و همکاران (۲۳) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری والدین، پژوهش استادیان خانی و فدایی مقدم (۲۴) مبنی بر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی و پژوهش نوری و همکاران (۲۵) مبنی بر تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و عاطفی دانشجویان پرستاری همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش

داده می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اجتماعی با افزایش پذیرش نسبت به تجارب درونی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند و به ارزش ها و اهداف مشخصی برسند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و مشکلات، بازنگری در اهداف و ارزش ها و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی را می توان جزء عوامل اصلی این روش دانست که موجب بهبود سازگاری اجتماعی می شود. درمان پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش های زندگی کمک می کند که این امر باعث کاهش برانگیختگی های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع استرس زا و کمک گرفتن در موقع نیاز و بهبود مهارت های اجتماعی می شود و فرد یاد می گیرد که تجارب ناخوشایند زندگی را بدون تلاش برای تغییر آن بپذیرد و رها کند به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری کمک می کند تا از افکار و هیجانات خود، آگاهی یابند، راه حل های ناسازگارانه قبلی را که موجب دور شدن از اهداف و ارزش هایشان می شود را به منظور دست یافتن به اهداف و ارزش های سازگارانه، کنار بگذارند و از کشمکش خود تخریبی رها شده و باعث بهبود سازگاری اجتماعی و افزایش تعاملات اجتماعی آنها می شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر این است که افسردگی گروه آزمایش که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نموده اند نسبت به افسردگی گروه گواه به طور معنی داری کاهش یافت. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش های سعیدی و همکاران (۲۶)، رجبی و یزدخواستی (۲۷)، Folke و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی می باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی می توان گفت که این درمان به افراد تحت درمان کمک می کند اجتناب های تجربی را کاهش دهند. همچنین تمرین های پذیرش و بحث های پیرامون اهداف و ارزش ها، موجب شناسایی و تمرکز بر نشخوارهای فکری و رهایی از آنها، عدم قضاوت و واکنش نسبت به تجارب ناخوشایند موجب کاهش افسردگی دانش آموزان می گردد.

هر پژوهش با محدودیت هایی همراه است که می تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. در این پژوهش به محدودیت های زیر می توان اشاره کرد: عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله کننده از قبیل وضعیت اقتصادی- اجتماعی و خانوادگی دانش آموزان و سایر ویژگی های فردی، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، عدم بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دانش آموزان پسر. براساس یافته های این پژوهش پیشنهاد می گردد در سایر پژوهش ها برای دقت بیشتر، متغیرهای جمعیت شناختی مورد اشاره کنترل گردد تا بتوان نتایج را حاصل از برنامه درمانی دانست. در کل، با توجه به نتایج مربوط به هر دو فرضیه مبتنی بر تأثیر مثبت روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و افسردگی، پیشنهاد می شود این آموزش به شکل آموزش های عمومی و از طریق CD و یا بروشور در اختیار تمامی دانش-آموزان در مقاطع مختلف قرار گیرد و این به مشاوران مدارس آموزش داده شود.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود افسردگی در دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری یادگیری مقطع متوسطه اول شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی اولیاء مدرسه و دانش آموزانی که در این پژوهش حضور به هم رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی و دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1397.023 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ساری می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Snowling MJ, Hulme C. Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders—a commentary on proposals for DSM5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(5):593-607.

2. Nelson LD, Guskiewicz KM, Marshall SW, Hammeke T, Barr W, Randolph C, McCrea MA. Multiple self-reported concussions are more prevalent in athletes with ADHD and learning disability. *Clinical journal of sport medicine*. 2016 1;26(2):120-7.
3. Brandenburg J, Kleszczewski J, Fischbach A, Schuchardt K, Büttner G, Hasselhorn M. Working memory in children with learning disabilities in reading versus spelling: Searching for overlapping and specific cognitive factors. *Journal of learning disabilities*. 2015;48(6):622-34.
4. Freilich R, Shechtman Z. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in psychotherapy*. 2010;37(2):97-105.
5. Maki KE, Floyd RG, Roberson T. State learning disability eligibility criteria: A comprehensive review. *School Psychology Quarterly*. 2015;30(4):457.
6. A-tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84(1):30-6.
7. Mo'tamedi H, Rezaemaram P, Tavallaie A. The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2012;52(7):1106-19.
8. Rytioja M, Lappalainen K, Savolainen H. Behavioural and emotional strengths of sociometrically popular, rejected, controversial, neglected, and average children. *European Journal of Special Needs Education*. 2019 9:1-5.
9. Russell R, Chester V, Watson J, Nyakunuwa C, Child L, McDermott M, Drake S, Alexander RT. The prevalence of overweight and obesity levels among forensic inpatients with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*. 2018;46(2):101-8.
10. Carey IM, Hosking FJ, DeWilde S, Harris T, Beighton C, Cook DG. Learning disability registers in primary care. *Br J Gen Pract*. 2016 ;66(648):351-2.
11. Gallegos J, Langley A, Villegas D. Anxiety, depression, and coping skills among Mexican school children: a comparison of students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 2012;35(1):54-61.
12. Kiuru N, Leskinen E, Nurmi JE, Salmela-Aro K. Depressive symptoms during adolescence: Do learning difficulties matter?. *International Journal of Behavioral Development*. 2011;35(4):298-306.
13. Shernoff DJ. Engagement in after-school programs as a predictor of social competence and academic performance. *American journal of community psychology*. 2010 ;45(3-4):325-37.
14. Tzuriel D, Shomron V. The effects of motherchild mediated learning strategies on psychological resilience and cognitive modifiability of boys with learning disability. *British Journal of Educational Psychology*. 2018;88(2):236-60.
15. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011;79(3):307.
16. Farmer TW, Leung MC, Weiss MP, Irvin MJ, Meece JL, Hutchins BC. Social network placement of rural secondary students with disabilities: Affiliation and centrality. *Exceptional children*. 2011;78(1):24-38.
17. Cen S, Aytac B. Ecocultural perspective in learning disability: family support resources, values, child problem behaviors. *Learning Disability Quarterly*. 2017;40(2):114-27.
18. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*. 2015;84:171-80.
19. Yang CC, Brown BB. Motives for using Facebook, patterns of Facebook activities, and late adolescents' social adjustment to college. *Journal of youth and adolescence*. 2013;42(3):403-16.
20. Dragt S, Nieman DH, Veltman D, Becker HE, van de Fliert R, de Haan L, Linszen DH. Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophrenia research*. 2011;125(1):69-76.
21. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2013;35(4):416-31.

22. Kumar GS, Jain A, Hegde S. Prevalence of depression and its associated factors using Beck Depression Inventory among students of a medical college in Karnataka. *Indian journal of Psychiatry*. 2012;54(3):223.
23. Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2015;73:58-66.
24. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons. *jrehab*. 2017; 18 (1) :63-72
25. Noori L, Haghighat S, Ashoori J. The Effect of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Social and Emotional Adjustment of Nursing Students. *IJNR*. 2017; 12 (4) :52-59
26. Saedy M, Kooshki S, Firouzabadi MJ, Emamipour S, Ardani AR. Effectiveness of acceptance-commitment therapy on anxiety and depression among patients on methadone treatment: A pilot study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2015;9(1) :e222.
27. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and depression in women with multiple sclerosis. *Journal of clinical psychology*. 2014; 6 (1): 29-38. (Full text in Persian).
28. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(4):583-94.
29. Movlavi P, Michaeeli N, Rahimi N, Saeed M. The effect of treatment based on acceptance and commitment on reducing anxiety and depression in students with social phobia. *Ardabil university of Medical sciences*. 2014; 5: 412-23. (Full text in Persian).
30. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی Bell

ردیف	سوالات	بلی	خیر	نمی دانم
۱	آیا هنگامی که مجبورید از کسی در خواست کار داشته باشید، احساس کمروئی و ناراحتی می کنید؟			
۲	آیا شرکت در محافل و جشن و سرور را دوست دارید؟			
۳	آیا سر صحبت را باز کردن با یک غریبه را برای خود دشوار می بینید؟			
۴	آیا اگر شخصی از شما بخواهد تا بدون آمادگی قبلی درباره موضوعی صحبت کنید به شدت آشفته می شوید؟			
۵	آیا از فرصت های اجتماعی کناره گیری کرده اید؟			
۶	آیا اگر مجبور به اجازه گرفتن برای ترک محفلی گروهی باشید احساس خجالت می کنید؟			
۷	آیا ترجیح می دهید به جای داشتن دوستان متعدد، تعداد کمی دوست صمیمی داشته باشید؟			
۸	آیا اغلب در مهمانی ها مورد توجه قرار می گیرید؟			
۹	آیا به راحتی دوست پیدا می کنید؟			
۱۰	آیا هنگام وارد شدن به تنهایی به مکانی که عده ای از مردم دور هم نشسته و مشغول صحبت کردن هستند، امتناع می ورزید؟			
۱۱	آیا اغلب در اظهار نظر کردن در میان جمع به خاطر اینکه ممکن است صحبت اشتباهی انجام دهید دچار تردید می شوید؟			
۱۲	اگر به یک مجلس سخنرانی دیر برسید ترجیح می دهید بجای نشستن در ردیف جلو ایستاده بمانید یا جلسه را ترک نمائید؟			
۱۳	آیا در یک مهمانی یا مجلس بدنبال ملاقات با شخص مهم، حاضر در آن مهمانی می باشید؟			
۱۴	آیا برخی اوقات در امور اجتماعی، نقش رهبر را ایفا می کنید؟			
۱۵	آیا در حضور اشخاصی که بسیار برایشان احترام قایلید، ولی خوب آنها را نمی شناسید، احساس کمروئی زیادی می کنید؟			
۱۶	آیا هیچگاه برای اجتناب از دیدار کسی، مسیر خود را در خیابان تغییر داده اید؟			
۱۷	آیا از شادی دست جمعی لذت فراوان می برید؟			
۱۸	آیا سخنرانی در جمع مردم برایتان دشوار است؟			
۱۹	آیا تجارب متعددی در رابطه با شرکت و سخنرانی در محافل عمومی داشته اید؟			
۲۰	هنگامی که در یک ضیافت شام مهم میهمان هستید به جای درخواست چیزی، ترجیح می دهید بدون آن سر کنید؟			
۲۱	آیا می توانید به آسانی با جنس مخالف ارتباط دوستانه برقرار کنید؟			
۲۲	آیا در سر صحبت را باز کردن (شروع صحبت) با شخصی که هم اکنون به او معرفی شده اید، دچار مشکل می شوید؟			
۲۳	آیا در طرح ریزی و هدایت اعمال افراد دیگر، بعنوان رئیس جمله، رهبر یک گروه و غیره آن تجربه ای را داشته اید؟			
۲۴	آیا اگر مجبور به ابراز عقیده ای باشید که بحثی در میان گروهی از مردم آغاز نمائید، احساس کمروئی شدیدی می کنید؟			
۲۵	آیا از خجالتی بودن رنج می برید؟			
۲۶	آیا برایتان آسان است از دیگران در خواست کمک کنید؟			
۲۷	آیا هنگامی که از شخصی که با آن آشنائی زیادی ندارید، چیزی می خواهید، ترجیح می دهید که یادداشت یا نامه ای به او بنویسید تا این که به نزد او بروید و از او حضورا درخواست کنید؟			
۲۸	آیا برای شما گزارش شفاهی دادن در برابر گروهی از مردم دشوار است؟			
۲۹	آیا وقتی که به تنهایی مجبور به ورود به یک جلسه عمومی هستید، در حالی که همه در جای خود نشسته اند دچار دستپاچی می شوید؟			
۳۰	آیا برای شاد کردن میهمانی کسل کننده نخستین داوطلب بوده اید؟			
۳۱	آیا اغلب فکر کردن برای ارایه نظر مناسب در یک بحث گروهی، برایتان مشکل است؟			
۳۲	آیا مسئولیت معرفی اشخاص را در یک مهمانی به عهده می گیرید؟			

پرسشنامه افسردگی Beck

در این پرسشنامه ۱۳ گروه سوال وجود دارد و هر گروه بیان کننده حالتی در فرد است. عبارت های هر گروه را به دقت بخوانید سپس عبارتی را انتخاب کنید که بهتر از همه احساس کنونی شما را بیان می کند، یعنی آن چه را که در زمان اجرای تست احساس می کنید. سپس دور عدد مقابل آن عبارت یک دایره بکشید.

(۱)
<p>۳. آن قدر غمگین یا بدبختم که دیگر تحملش را ندارم. ۲. همیشه غمگین یا گرفته ام و نمی توانم خود را از این وضع خلاص کنم. ۱. من غمگین یا گرفته ام ۰. من غمگین نیستم.</p>
(۲)
<p>۳. من احساس می کنم که به آینده امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد. ۲. من احساس می کنم هیچ امیدی به آینده ندارم. ۱. من نسبت به آینده مایوسم ۰. من نسبت به آینده بدبین یا مایوس نیستم.</p>
(۳)
<p>۳. من احساس می کنم شخصی شکست خورده ام. ۲. من هر چه به گذشته می نگرم چیزی جز شکست نمی یابم. ۱. من احساس می کنم بیش از یک شخص متوسط در زندگی با شکست مواجه شده ام. ۰. من خود را شکست خورده نمی دانم.</p>
(۴)
<p>۳. من از همه چیز ناراضی ام. ۲. دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی کند. ۱. من از چیزهایی که لذت می برم ، دیگر لذت نمی برم. ۰. من ناراضیتی خاصی ندارم.</p>
(۵)
<p>۳. انگار احساس می کنم که بسیار بد و بی ارزش هستم. ۲. من احساس می کنم که کاملاً گنه کارم. ۱. من اغلب اوقات احساس می کنم که بد یا بی ارزشم. ۰. من احساس گنه کاری خاصی ندارم.</p>
(۶)
<p>۳. من از خود نفرت دارم. ۲. من از خودم بیزارم. ۱. من از خودم نا امیدم. ۰. من ناامید نیستم.</p>
(۷)
<p>۳. اگر امکان داشت خود را می کشتم. ۲. من نقشه های مشخصی برای خودکشی دارم. ۱. من احساس می کنم بهتر است بمیرم. ۰. من به هیچ وجه به فکر آسیب رساندن به خود نیستم.</p>

(۸)
<p>۳. من تمام علاقه ام را نسبت به مردم از دست داده ام و هیچ توجهی به آنها ندارم. ۲. من علاقه ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده ام و فقط اندک احساسی نسبت به آنها دارم. ۱. من اکنون کمتر از گذشته نسبت به مردم علاقه دارم. ۰. من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام.</p>
(۹)
<p>۳. من دیگر نمی توانم هیچ تصمیمی بگیرم. ۲. برای من تصمیم گرفتن مشکل است. ۱. من سعی می کنم تصمیم گیری خود را به تاخیر بیندازم. ۰. من مثل همیشه می توانم به خوبی تصمیم بگیرم.</p>
(۱۰)
<p>۳. من احساس می کنم زشت یا زنده ام. ۲. من احساس می کنم که وضع ظاهر من دائما در تغییر است و باعث می شود در نظر دیگران جذاب نباشم. ۱. من از این که پیر یا غیر جذاب به نظر می رسم، نگرانم. ۰. من احساس نمی کنم به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم.</p>
(۱۱)
<p>۳. من اصلا نمی توانم کار کنم. ۲. من برای انجام هر کاری باید خیلی به خود فشار بیاورم. ۱. برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق العاده است. ۰. من می توانم مثل گذشته کار کنم.</p>
(۱۲)
<p>۳. من خسته تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم. ۲. من با انجام هر کاری خسته می شوم. ۱. من خیلی زودتر از گذشته خسته می شوم. ۰. من بیش از حد معقول خسته نمی شوم.</p>
(۱۳)
<p>۳. من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم. ۲. حالا دیگر اشتهای من خیلی بد تر شده است. ۱. اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست. ۰. اشتهای من بدتر از حد معمول نیست.</p>