

Effectiveness of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy on irrational beliefs of medical students

Roya Fasihi (M.Sc)¹, Javanshir Asadi (Ph.D)^{*2}
Ramezan Hassanzadeh (Ph.D)³, Firoozeh Derakhshanpour (Ph.D)⁴

¹Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. royafasihi.psy@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-0630-3091

²*Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
ardeshir.asadi@yahoo.com ORCID ID: 0000-0002-4099-3559

³Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0002-4746-9362

⁴Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor of Psychiatry, Golestan Research Center of Psychiatry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-4266-0202

Abstract

Background and Objective: Irrational beliefs underlie a wide range of cognitive impairments. This study was performed to compare the effect of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on irrational beliefs of medical students.

Methods: In this quasi-experimental study, 45 medical students of Golestan University of Medical Sciences in north of Iran were non-randomly divided into control, cognitive-behavioral therapy (first intervention) and acceptance, commitment therapy (second intervention) groups. All three groups completed the pre-test, but the control group did not receive any therapy. The intervention groups were received 8 sessions of therapy. The data were collected through Jones's 1969 (IBQ-40) irrational beliefs questionnaire.

Results: The total score of irrational beliefs in the both intervention groups were reduced in comparison with control group ($P<0.05$). The mean score of the problem-based avoidance subscale (35.26 ± 6.32) was significantly reduced in the second intervention group compared to the first intervention group (30.53 ± 9.47) ($P<0.05$). Also, the mean scores of emotional impulsivity in the first intervention group (22.73 ± 9.49) were significantly increased compared to the second intervention group (29.93 ± 1.75) ($P<0.05$).

Conclusion: Two methods of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy reduce the irrational beliefs of medical students.

Keywords: Irrational belief, Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Medical students

Received 11 Nov 2017

Revised 19 Feb 2018

Accepted 13 Mar 2018

Cite this article as: Roya Fasihi, Javanshir Asadi, Ramezan Hassanzadeh, Firoozeh Derakhshanpour. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy on irrational beliefs of medical students]. J Gorgan Univ Med Sci. 2019 Winter; 20 (4): 61-68. [Article in Persian]

مقایسه اثر درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باورهای غیرمنطقی دانشجویان

رویا فصیحی^۱، دکتر جوانشیر اسدی*^۲، دکتر رمضان حسن زاده^۳، دکتر فیروزه درخشانپور^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. royafasahi.psy@gmail.com کد ارکید 0000-0002-0630-3091

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. کد ارکید 0000-0002-4099-3559

۳- استاد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. کد ارکید 0000-0002-4746-9362

۴- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. کد ارکید 0000-0003-4266-0202

چکیده

زمینه و هدف: باورهای غیرمنطقی زمینه‌ساز دامنه وسیعی از اختلالات شناختی است. این مطالعه به منظور مقایسه اثر درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. **روش بررسی:** در این مطالعه شبه تجربی ۴۵ دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به صورت غیرتصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری کنترل، گروه درمان شناختی - رفتاری (مداخله اول) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مداخله دوم) تقسیم شدند. هر سه گروه پیش آزمون را تکمیل کردند؛ اما گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. گروه‌های مداخله ۸ جلسه درمان را دریافت نمودند. داده‌ها از طریق پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز سال ۱۹۶۹ (IBQ-40) جمع‌آوری گردید. **یافته‌ها:** هر دو روش درمانی در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل سبب کاهش نمره کلی باورهای غیرمنطقی گردید ($P < 0/05$). میانگین نمره زیرمقیاس اجتناب از مشکل ($35/26 \pm 6/32$) در گروه مداخله دوم در مقایسه با گروه مداخله اول ($30/53 \pm 9/47$) کاهش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمره زیرمقیاس بی‌مسئولیتی هیجانی در گروه مداخله اول ($22/73 \pm 9/49$) در مقایسه با گروه مداخله دوم ($29/93 \pm 1/75$) افزایش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** دو روش درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش باورهای غیرمنطقی دانشجویان رشته پزشکی گردید.

کلید واژه‌ها: باور غیرمنطقی، درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دانشجوی پزشکی

* نویسنده مسؤول: دکتر جوانشیر اسدی، پست الکترونیکی ardeshir.asadi@yahoo.com

نشانی: گرگان، بلوار شهید کلانتری، خیابان دانشجو، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گروه روانشناسی، تلفن ۰۱۷-۳۲۱۵۳۰۰۰

وصول مقاله: ۱۳۹۶/۸/۲۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

مقدمه

دانشجویان پزشکی که رسالت سلامت جامعه را دارند؛ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

برای بهبود و کاهش افکار و باورهای غیرمنطقی، شیوه‌های درمانی مختلفی وجود دارد که رویکرد شناختی - رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) مهم‌ترین آنها محسوب می‌شود. در این رویکرد، به درمان‌جو کمک می‌شود تا الگوهای تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص و تغییر دهد (۸). در رویکرد شناختی رفتاری، تاکید زیادی می‌شود که مفاهیم به‌طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمانی به‌طور تجربی صورت پذیرد. بدین منظور در شرایط پژوهشی و نیز در کار بالینی روزمره، از طرح‌های آزمایشی گروهی و تک آزمودنی استفاده می‌شود. همچنین برای آن که بتوان به بازآزمونی یافته‌ها دست زد؛ بایستی شیوه درمانی بر حسب تعاریف عملیاتی مشخص شود و اثر آن به

تفکر غیرمنطقی، مرتبط با آسیب‌شناسی روانی است که به عقیده ایس این باور باعث مشکلات روان‌شناختی می‌شود (۱). باور غیرمنطقی باعث به هم خوردن تعادل انسان می‌گردد (۲) و نحوه تعبیر، تفسیر و معنا دادن به رویدادها را تعیین کرده و کیفیات و کمیات رفتارها و عواطف را تنظیم می‌کنند (۳). این باورها یا به‌طور مستقیم همراه با بازتاب‌هایی نظیر اندوه، افسردگی و خشم آشکار می‌گردند و یا به صورت درونی و لحظه‌ای آشکار می‌شوند که نتیجه آن، عدم تحرک و بی‌علاقگی به کار و فعالیت می‌شود (۴). بین باورهای منطقی و پیشرفت دانشجویان ارتباط وجود دارد (۵و۶). باور صحیح و منطقی نه تنها می‌تواند سلامت روانی را تضمین کند؛ بلکه می‌تواند دانشجویان را به تعالی فکری نزدیک کند (۷). ارتقای تفکر منطقی و کاهش افکار غیرمنطقی در دانشجویان به ویژه

هیچگونه واکنش جهت حذف آنها به طور کامل پذیرد. پذیرش بیماری منجر به این می‌شود که بیمار دید درستی نسبت به فرایند درمان داشته باشد و با تعهد درمان را دنبال نماید و بدین ترتیب با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان کیفیت زندگی بالا می‌رود (۱۷). در این نوع درمان، بر جدا شدن از افکار و احساسات و تغییر کنش آن، زندگی در لحظه فعلی، تشخیص ارزش‌ها و عمل متعهدانه تاکید شده است. این درمان همچنین باعث کمک به افراد می‌شود تا افکار و هیجان‌ات مسأله‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند؛ نه این که برای تغییر یا کاهش فراوانی تلاشی نظاممند، صورت دهند (۱۸). تاثیر درمان‌های شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مطالعات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است (۲۳-۱۸). از آنجا که آینده دانشجویان پزشکی از اهمیت ویژه‌ای در سلامت جسمانی و روانی جامعه برخوردار است و نیز از آنجا که سلامت جامعه و سلامت پزشکان در جامعه با یکدیگر ارتباط دارد؛ لذا این مطالعه به منظور مقایسه اثر درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۴۵ دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به صورت غیرتصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری کنترل، گروه درمان شناختی - رفتاری (مداخله اول) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مداخله دوم) در سال ۹۶-۱۳۹۵ تقسیم شدند. این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق (IR.IAU.SARI.REC.1396.57) دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری قرار گرفت.

معیار ورود به مطالعه شامل تحصیل در رشته پزشکی بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل داشتن سابقه بیماری روانی و تحت درمان روانپزشکی بودن دانشجوی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در بیش از یک جلسه، عدم تعهد به تکالیف درمانی، رخ دادن اتفاقاتی در زندگی نظیر ازدواج بود که روند روانی فرد را تغییر می‌دهد. لازم به ذکر است نمونه در این مطالعه وجود نداشت.

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه مداخله خواسته شد تا در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. آموزش‌دهنده در این مطالعه دانشجوی دکتری روانشناسی بود که دارای مدرک کارگاهی درمان‌های پذیرش و تعهد و شناختی - رفتاری بود. از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه اخذ شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات این مطالعه

کمک معیارهایی پایا و عینی مورد ارزیابی قرار گیرد. قسمت اعظم درمان، بر اساس رویکرد اینجا و اینک صورت می‌گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان کمک به بیمار است به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. یکی از تکنیک‌های اصلی این درمان حل مسأله است. تمامی جنبه‌های درمانی برای بیمار توضیح داده می‌شود. در این درمان، درمانگر و بیمار سعی می‌کنند تا ارتباطی متقابل با هم برقرار کنند و دقیقاً راهبردهایی را برای مقابله با مسایل مشخص شده، با هم وضع نمایند (۹). همچنین بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود؛ تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است؛ به عنوان محکی به منظور ارزیابی اعتبار یا درستی افکار استفاده نماید (۱۰). درمان شناختی - رفتاری یک روان درمانی فعال، استراتژیک و زمانگیر و مداخله‌ای بوده و می‌تواند باعث کاهش اضطراب هیجانی و افزایش رفتار سازگار در بیماران مبتلا به عوارض روحی و روانی شود که هدف از این درمان است (۱۱). این درمان، بر این نکته تاکید دارد که باورهایی که در مورد خود، جهان و آینده وجود دارد؛ مرتبط با تجارب قبلی بوده و شکل دهنده ادراک و واکنش فرد به تجربیات آینده است (۱۲). در واقع فرض بنیادی درمان‌های شناختی - رفتاری سنتی، آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر، منجر به اختلالات روان‌شناختی شده و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تاکید دارد (۱۳).

یکی دیگر از شیوه‌های درمان باورهای غیرمنطقی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance Commitment Therapy: ACT) است. رویکرد این درمان به شناخت، بر پایه نظریه‌ای رفتاری در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، خواننده می‌شود. در مجموع نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، آسیب‌شناسی روانی را به صورت مشکلی در زمینه کلامی که فرد رویدادهای درونی را تجربه می‌کند و نه مشکل محتوا، شکل یا فراوانی آن رویدادهای درونی می‌داند (۱۴). هدف ACT ایجاد یک زندگی غنی و پر معنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آنرا می‌پذیرد. افراد برای کنترل افکار ناخواسته و اضطراب‌آور خود از راهبردهایی استفاده می‌کنند. هدف برخی از این راهبردها کاهش هیجان‌ات یا افکار منفی است که با تغییر جنبه‌هایی از شناخت ایجاد می‌شود (۱۵). ACT شش فرایند مرکزی دارد که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد است (۱۶). به بیمار در این رویکرد، آموزش داده می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته تاثیرگذار نبوده یا اثر معکوس می‌گذارد و باید تجارب را بدون

جدول ۱: شرح جلسات اجرا شده روش درمان شناختی - رفتاری

جلسات	شرح
اول	خوش آمد گویی؛ توضیح قوانین گروه؛ توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مولفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (A)
دوم	یادگیری جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها
سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری؛ آموزش ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی
چهارم	دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آنها
پنجم	پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدیدنظر قرار دهند. درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوت بوده و آنها را می‌توان بر اساس معیارهایی ارزشیابی کرد.
ششم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود؛ دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف
هفتم	مورد توجه قرار گرفتن دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری؛ یادگیری روش تنبیه خود و خودیاداش دهی
هشتم	بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی

جدول ۲: شرح جلسات اجرا شده روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح
اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن؛ مطرح کردن اهداف درمان؛ توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ قرارداد مشاوره ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف
دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل؛ ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی انجام شده توسط فرد؛ آموزش این نکته که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است. رساندن مراجع به ناامیدی خلاق شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع
سوم	ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ آموزش پذیرش؛ تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
چهارم	آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (نظیر پیاده‌روی) و هیجانات؛ بحث درباره موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش، پردازش بدون قضاوت تمرینات مربوط به رضایت و ناراضی‌تایی از رنج‌های زندگی
پنجم	ارایه مقدمه‌ای برای تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد؛ ادامه تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
ششم	ادامه تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها؛ ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج
هفتم	ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج؛ تمرینات شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر توانمندسازی مراجع
هشتم	ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به (Committed Action) به همراه پذیرش تجارب ذهنی

کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. آنها مورد تایید قرار گرفته (۲۶)؛ برای همه آزمودنی‌ها تکمیل شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مطالعه، گروه کنترل نیز مورد آموزش شناختی - رفتاری قرار گرفت. پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBQ-40) دارای ۴۰ پرسش است. این پرسشنامه را جونز بر اساس نظریه آلبرت لیس در سال ۱۹۸۶ تهیه کرده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به پرسش‌ها به روش ۵ گزینه‌ای لیکرت است. مبنای نمره‌دهی این پرسشنامه برای هر پرسش بین صفر تا ۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده باور غیرمنطقی است. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی است. جونز همسانی درونی

گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمود. جلسات روش درمان شناختی - رفتاری (۲۴) و روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته اجرا شد (جدول ۱ و ۲). دوره پیگیری پس از ۲ ماه بود. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی گروه‌های مداخله و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. سپس بعد از گذشت دو ماه برای ارزیابی اثر درمان بر گروه‌های مداخله، مرحله پیگیری بر روی گروه‌های پژوهش اجرا شد. در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز سال ۱۹۶۹ (IBQ-40) که روایی و پایایی

جدول ۳: مشخصات دموگرافیک دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

متغیرها	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه مداخله اول تعداد (درصد)	گروه مداخله دوم تعداد (درصد)
جنسیت	پسر ۷ (۴۶/۶۶)	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳۳)
	دختر ۸ (۵۳/۳۳)	۹ (۶۰)	۷ (۴۶/۶۶)
وضعیت تاهل	مجرد ۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۲ (۸۰)	۱۲ (۸۰)
	متاهل ۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)

گروه مداخله اول: روش درمان شناختی - رفتاری، گروه مداخله دوم: روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی باورهای غیرمنطقی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

گروه‌ها	میانگین و انحراف استاندارد			p-value **	p-value *
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
کنترل	۱۵۳/۰۶±۹/۷۵	۱۵۰/۰۶±۷/۵۷	۱۵۰/۸۶±۱۳/۷۴	۰/۰۸۹	< ۰/۰۵
درمان شناختی - رفتاری	۱۴۷/۰۰±۷/۲۳	۱۰۱/۹۳±۱۰/۹۹	۱۰۱/۱۳±۲/۲۱		
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴۷/۸۰±۱۰/۱۰	۱۱۸/۱۳±۱۰/۱۹	۱۲۵/۹۳±۷/۱۷		

* مقایسه با گروه کنترل، ** مقایسه بین دو گروه مداخله

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد نمره زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی	گروه‌ها	میانگین و انحراف استاندارد			p-value
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
درماندگی در برابر تغییر	درمان شناختی - رفتاری	۳۷/۳۳±۳/۸۲	۲۱/۶۶±۳/۸۸	۲۳/۵۳±۸/۰۵	۰/۶۰۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۶/۰۰±۵/۷۹	۲۷/۲۳±۴/۳۶	۳۰/۲۳±۱/۸۳	
توقع تایید از دیگران	درمان شناختی - رفتاری	۳۶/۰۶±۳/۱۲	۲۳/۰۶±۴/۰۲	۲۴/۳۳±۸/۳۴	۰/۲۳۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۶/۸۶±۴/۲۹	۲۸/۶۶±۳/۵۷	۳۰/۴۶±۱/۸۰	
اجتناب از مشکل	درمان شناختی - رفتاری	۳۵/۳۳±۴/۰۱	۳۴/۷۳±۲/۱۵	۳۰/۵۳±۹/۴۷	۰/۰۰۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۸/۲۶±۳/۴۳	۳۶/۲۶±۲/۷۶	۳۵/۲۶±۶/۳۲	
بی‌مسئولیتی هیجانی	درمان شناختی - رفتاری	۳۸/۲۳±۳/۷۵	۲۲/۴۶±۴/۳۵	۲۲/۷۳±۹/۴۹	۰/۰۲۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۶/۶۶±۳/۵۹	۲۵/۹۳±۵/۰۲	۲۹/۹۳±۱/۷۵	

گردید. پسران گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد)، گروه مداخله اول ۶ نفر (۴۰ درصد) و گروه مداخله دوم ۸ نفر (۵۳/۳۳) بودند. مجردان گروه کنترل ۱۳ نفر (۸۶/۶۷ درصد)، گروه مداخله اول ۱۲ نفر (۸۰ درصد) و گروه مداخله دوم ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بودند (جدول ۳).

هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش باورهای غیرمنطقی در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل گردید ($P < ۰/۰۵$). مقایسه میانگین نمرات کلی باورهای غیرمنطقی در دو گروه مداخله از نظر آماری معنی‌داری نبود (جدول ۴).

مقایسه میانگین نمرات گروه‌های مداخله در زیرمقیاس‌های درماندگی در برابر تغییر و توقع تایید از دیگران کاهش آماری غیرمعنی‌داری یافتند. میانگین نمره زیرمقیاس اجتناب از مشکل ($۳۵/۲۶±۶/۳۲$) در گروه مداخله دوم در مقایسه با گروه مداخله اول ($۳۰/۵۳±۹/۴۷$) و میانگین نمره زیرمقیاس بی‌مسئولیتی هیجانی در گروه مداخله اول ($۲۲/۷۳±۹/۴۹$) در مقایسه با گروه

این آزمون را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲، ضریب آزمون - بازآزمون را معادل ۰/۹۲ و روایی همزمان آن را با مشکلات روان‌پزشکی ۰/۶۱ گزارش کرد (۲۶). اسمخانی اکبری نژاد و اصل فتاحی به نقل از برناردی در زمینه روایی آزمون غیرمنطقی جونز اظهار می‌دارند که این آزمون روایی بسیار خوبی دارد. پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و ضریب اعتبار این آزمون ۰/۷۹ به‌دست آمده است (۲۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۵ گزارش شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. داده‌ها با توجه به شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخص‌های استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کنترل $۲۶/۸۲±۵/۲۵$ سال، گروه مداخله اول $۲۵/۰۷±۵/۱۹$ سال و گروه مداخله دوم $۲۶/۱۱±۵/۳۱$ سال تعیین

یا نه؟ در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این نمی‌پردازد که آیا باورهای غیرمنطقی به طور منطقی صحیح هستند یا نه؟ بلکه به اثراشان روی رفتار می‌پردازد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش با تعهد از درمان شناختی - رفتاری در هدف تفاوت دارد (۲۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودی‌های کلی در عملکرد، تمرکز دارد. تمرکز درمان شناختی - رفتاری، بیشتر بر کاهش باورهای غیرمنطقی است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر باورهای غیرمنطقی، نیاز به تایید، بی‌مسئولیتی هیجانی، اجتناب و درماندگی اثرگذار بوده است. آزمون پیگیری نشان داد که اثر آموزش روش شناختی - رفتاری بر باور غیرمنطقی، درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی بر آزمودنی‌ها در دوره پیگیری معنی‌دار بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت تاثیرگذار بوده و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود؛ در تداوم رفتار این افراد نقش دارند (۲۳). بسیاری از مشکلات روانی ریشه در باورها و افکار غیرمنطقی و غیرواقعی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون دارد (۲۹). همچنین فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی آموزش می‌دهد که چگونه عقیده‌بازداری فکر را رها کند؛ از افکار مزاحم جدا شود؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کند؛ رویدادهای درونی را به جای کنترل پذیرا باشد؛ ارزش‌هایش را تصریح کرده و به آنها بپردازد (۳۰).

در مطالعه حاضر درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان اثرگذاری بر روی باور غیرمنطقی دانشجویان متفاوت بود. در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی، هیجانات منفی باعث ایجاد فشارهای روانی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود که همه این موارد، باورهای زندگی آنها را کاهش می‌دهد. در کل باورهای غیرمنطقی منجر به ضعف مهارت‌های مقابله‌ای می‌شود. بنابراین مداخله‌های شناختی خاص و مداخله‌های رفتاری، می‌تواند برای مقابله با باورهای مختلف افراد کارآمد باشد (۱۲). فرض اساسی در تبیین نظریه شناختی - رفتاری این است که هیجانات افراد عمدتاً از عقاید، ارزیابی‌ها، تعبیرها و واکنش‌های افراد به شرایط زندگی ناشی می‌شود. هدف کلی در درمان شناختی - رفتاری آن است که انسان‌ها بتوانند اختلالات هیجانی و رفتارهای مخرب خود را کم کرده؛ خود شکوفاتر شده و زندگی شادتری داشته باشند؛ واضح‌تر و عاقلانه‌تر بیندیشند؛ احساس مناسب‌تری داشته و در رسیدن به هدف‌های خود موثرتر و کارآمدتر شوند (۱۲). در واقع با توجه به مکانیسم اصلی درمان شناختی - رفتاری که بر تحریف‌های شناختی تاکید دارد؛ این درمان می‌تواند یک ارزش

مداخله دوم (۲۹/۹۳±۱/۷۵) از نظر آماری معنی‌دار بودند (جدول ۵). ($P < 0/024$)

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان پزشکی گرگان اثرگذار بود. به طوری که درمان شناختی - رفتاری اثر بیشتری را بر بی‌مسئولیتی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری را بر اجتناب از مشکلات داشت.

Craciun در تحقیق خود به موضوع اثربخشی شناخت رفتاری درمانی در کاهش باور غیرمنطقی پرداخت و به این نتیجه رسید که درمان شناختی - رفتاری در کاهش باورهای غیرمنطقی موثر است (۱۹). طباطبایی و همکاران دریافتند که گروه درمانی شناختی - رفتاری باعث کاهش باورهای غیرمنطقی معتادین می‌گردد (۲۰). در مطالعه مامی و امیریان اثر درمان شناختی - رفتاری بر ابعاد باور غیرمنطقی نیاز به تأیید دیگران، انتظار بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل، وابستگی به دیگران و کمال‌گرایی معنی‌دار نبود و بر خرده‌مقیاس توجه مضطربانه و درماندگی نسبت به تغییر معنی‌دار بود (۲۱). در مطالعه ریاحی و همکاران میزان اثر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی معنی‌دار نبود (۲۲). دهقانی دریافت که مداخله شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موثر باشد (۲۳). همچنین در مطالعه دوستی و همکاران در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد بر سلامتی دانشجویان، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی سلامتی اثری نداشت (۱۸).

نتایج تحقیق حاضر با نتایج Craciun (۱۹)، طباطبایی و همکاران (۲۰) و دهقانی (۲۳) همسو بود و با نتایج تحقیق مامی و امیریان (۲۱) و ریاحی و همکاران (۲۲) غیرهمسو بود. تفاوت اصلی که بین مطالعه حاضر و دیگر مطالعات انجام شده (۲۳-۱۸) وجود دارد؛ از حیث روش‌شناسی است. در مطالعه ما درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای کاهش باورهای غیرمنطقی و زیرمقیاس‌های آن صورت گرفت. درحالی که در مطالعات فوق‌الذکر این دو درمان با یکدیگر مقایسه نشده است. همچنین یکی از در مطالعه حاضر دوره پیگیری دو ماهه انجام شد که برخی از پژوهش‌های پیشین به آن توجه نداشتند. یکی از تبیین‌ها برای این نتایج، آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت‌هایی با درمان شناختی - رفتاری دارد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع آموزش می‌بیند تا منازعه با باورهای غیرمنطقی را متوقف کنند و این چیزی متفاوت از درمان شناختی - رفتاری نیست. جایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان شناختی - رفتاری متفاوت می‌شود؛ آن است که آیا باورهای غیرمنطقی صحیح هست

پزشکی، حجم نمونه بیشتر، دانشجویان رشته‌های دیگر و سایر افسار جامعه بررسی شود. همچنین استفاده از روش‌های درمانی روان‌شناختی به ویژه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی موثرند. درمان شناختی - رفتاری بر بی‌مسئولیتی هیجانی دانشجویان پزشکی اثر بیشتری داشت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثر بیشتری را بر اجتناب از مشکل نشان داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه (شماره ۱۷۳۲۰۷۰۵۹۶۲۰۰۱) خانم رویا فصیحی برای اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی عمومی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بود. بدین‌وسیله از همه دانشجویانی که در اجرای این مطالعه ما را یاری کردند؛ تشکر می‌نمایم.

References

1. Afshar S. [Comparison of the spiritual health and irrational beliefs of male and female undergraduate, masters and Ph.D student in Kashan]. *Res Relig Health*. 2016; 2(3): 25-34. [Article in Persian]
2. Gavit OA, David D, DiGiuseppe R, DelVecchio T. The development and validation of the parent rational and irrational beliefs scale. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 30: 2305-11. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.449>
3. Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 2(2): 1944-50. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.261>
4. Ehteshamzadeh P, Bourn MR, Yousefi M. [Relationship between Religious orientation and irrational beliefs and depression in MS patients]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2011; 6(20): 55-67. [Article in Persian]
5. Andreou C, Papastavrou E, Merkouris A. Learning styles and critical thinking relationship in baccalaureate nursing education: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2014 Mar; 34(3): 362-71. doi: 10.1016/j.nedt.2013.06.004
6. Heyman GD, Martyna B, Bhatia SN. Gender and achievement-related beliefs among engineering students. *J Women Minor Sci Eng*. 2002; 8: 41-52.
7. Halx MD, Reybold LE. A pedagogy of force: Faculty perspectives of critical thinking capacity in undergraduate students. *J Gen Educ*. 2006; 54(4): 293-315. doi: 10.1353/jge.2006.0009
8. Nazari A, Asadi M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on irrational beliefs in high school students. *Modern Psychological Research*. 2013; 8(31): 159-74. [Article in Persian]
9. Hasan Abadi S, Mohammadi M, Ahgar G. [The comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) vs drug therapy effect in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)]. *Midd East J Disab Stud*. 2012; 1(2): 19-30. [Article in Persian]
10. Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M. [Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction of Depression among Students]. *J Child Ment Health*. 2015; 2(1): 83-88. [Article in Persian]

مثبت برای کاهش بی‌مسئولیتی داشته باشد. همان‌طور که نتایج نشان داد؛ با این که هر دو درمان اثر معنی‌داری را بر کاهش اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی داشتند؛ اما درمان شناختی - رفتاری با همان تلویحات درمانی سستی خود که به کاهش تحریف‌های شناختی و باورهای بنیادی توجه دارد؛ باعث اثر بیشتری بر کاهش بی‌مسئولیتی هیجانی شد. همچنین با این که هر دو درمان کنار آمدن با افکار مزاحم را در برنامه خود دارند؛ اما سستی‌تر بودن درمان شناختی - رفتاری و تکلیف محور بودنش اثر این درمان را بر کاهش بی‌مسئولیتی بیشتر کرد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی نظیر کم بودن حجم نمونه، اجرای مطالعه در یک دانشکده، عدم امکان کنترل ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی دانشجویان اشاره نمود. در این مطالعه گروه نمونه را دانشجویان رشته پزشکی علوم پزشکی گلستان تشکیل دادند؛ لذا در تعمیم نتایج به کلیه دانشجویان پزشکی، لازم است احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سایر متغیرهای دانشجویان

11. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, et al. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2014 Jan; 171(1): 109-16. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511
12. Wu SS, Schoenfelder E, Hsiao RC. Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016 Oct; 25(4): 629-43. doi: 10.1016/j.chc.2016.06.002
13. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi SheikhShabani S. [The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34): 27-36. [Article in Persian]
14. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad VA, Salehi M. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction among depressed women]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016; 2(64): 26-35. [Article in Persian]
15. Razavi Sadati SF, Makvandi B, Pasha R, Hosseini SH. [The impact of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on thought control strategies among people with war-caused PTSD]. *Journal of Military Psychology*. 2017; 8(30): 51-67. [Article in Persian]
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan; 44(1): 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
17. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007 Nov; 31(6): 772-99. doi: 10.1177/0145445507302202
18. Dousti P, Mohagheghi H, Jafari D. The effect of acceptance commitment therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*. 2015; 6: 327-33.
19. Craciun B. The efficiency of applying a cognitive behavioral therapy program in diminishing perfectionism, irrational beliefs and teenagers' stress. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 84(9): 274-

78. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.550>

20. Tabatabaeichehr M, Ebrahimi Sani E, Mortazavi H. [The effectiveness of group cognitive - behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts]. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2012; 4(3): 419-30. [Article in Persian]

21. Mami S, Amirian K. [Effect of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children]. *Journal of Women and Family Studies*. 2016; 8(30): 69-82. [Article in Persian]

22. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. [The effect of supportive and cognitive- behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children]. *Jundishapur Sci Med J*. 2011; 10(6): 637-45. [Article in Persian]

23. Dehghani Y. [Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 26(135) :87-98. [Article in Persian]

24. Free M. [Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice]. Translated by Mohammadi M, Farnam R. 1st ed. Tehran: Roshd Publication. 2005; pp: 129-31. [Persian]

25. Zare H. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy

(ACT) on improving the flexibility and cognitive fusion]. *Social Cognition*. 2017; 6(11): 121-30. [Article in Persian]

26. Ebadi G, Motamedin M. [Investigating the factor structure of the jones irrational beliefs test in Ahwaz]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2005; 23: 73-92. [Article in Persian]

27. Esmkhani Akbarnezad H, Aslfattahi B. [The effectiveness of psychosocial therapy based on cognitive-behavioral approach on depression and irrational beliefs housewives]. *Journal of Women and Study of Family*. 2013; 5(20): 21-35. [Article in Persian]

28. Niles AN, Wolitzky-Taylor KB, Arch JJ, Craske MG. Applying a novel statistical method to advance the personalized treatment of anxiety disorders: A composite moderator of comparative drop-out from CBT and ACT. *Behav Res Ther*. 2017 Apr; 91: 13-23. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.001

29. Collard JJ, Cummins RA, Fuller-Tyskiewicz M. Measurement of positive irrational beliefs (positive cognitive illusions). *J Happiness Stud*. 2016 Jun; 17(3): 1069-88.

30. Pielech M, Vowles KE, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: theory and application. *Children (Basel)*. 2017 Feb; 4(2): 10. doi: 10.3390/children4020010