

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص

محمد نریمانی^۱ و مینا طاهری فرد^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص بود. این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۴ نفر (۲۲ نفر گروه آزمایش و ۲۲ نفر گروه کنترل) دارای ناتوانی یادگیری خاص بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اجتناب تجربه‌ای، ارزیابی پریشانی روان‌شناختی و مشکلات یادگیری استفاده شد. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص را به طور معناداری کاهش داده است ($P < 0/001$). این یافته‌ها حاکی از این است که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مؤثر برای استفاده متخصصان در مراکز آموزشی و درمانی جهت ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص است.

واژه‌های کلیدی: اختلال یادگیری خاص، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی، پریشانی روان‌شناختی

۱. استاد ممتاز روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (taherifard70@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۱۵

مقدمه

اختلال یادگیری خاص^۱، نوعی اختلال عصبی-تحویلی است که منشأ زیستی دارد؛ یعنی پایه و اساس ناهنجاری‌های موجود در سطح شناختی است و نشانه‌های رفتاری اختلال از آن نشأت می‌گیرد. ریشه زیستی علائم، شالوده‌ای از تعامل عوامل ژنتیکی، اپی‌ژنتیک و عوامل محیطی هستند که بر توانایی مغز در درک و پردازش دقیق و مؤثر اطلاعات کلامی و غیر کلامی تأثیر می‌گذارد. در واقع، اختلال یادگیری خاص متشکل از مشکلات یادگیری و به کارگیری مهارت‌های تحصیلی است که شامل روخوانی دشوار، کند و نادرست کلمات، ناتوانی در درک معنی آنچه خوانده شده است، مشکلات هجی کردن، اشکالات بیان نوشتاری، اشکال در یادگیری مفاهیم و معانی اعداد و یا محاسبات و اشکال در استدلال ریاضی است که با وجود انجام مداخلات درمانی برای رفع مشکلات فوق، حداقل به مدت شش ماه وجود داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص بسیار کمتر از آنچه سن و سطح هوشی آنها انتظار می‌رود موفق می‌شوند و بدون کمک‌های ویژه، معمولاً ضعیف عمل می‌کنند، دوستان و اعضای خانواده آن‌ها را ناتوان می‌دانند و در نتیجه، عزت نفس و انگیزه آن‌ها بسیار پایین است. همچنین ترک تحصیل در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری بیشتر است و این افراد در عملکرد شغلی و اجتماعی خود نیز دچار مشکل می‌شوند (گنجی، ۱۳۹۳). طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۳ شیوع اختلال یادگیری خاص در زمینه‌های تحصیلی خواندن، نوشتن و ریاضی، ۵ تا ۱۵ درصد در کودکان مدرسه‌ای، در فرهنگ‌ها، جوامع و زبان‌های مختلف است. شیوع آن در بزرگسالان معلوم نیست، اما به نظر می‌رسد حدود ۴ درصد باشد (گنجی، ۱۳۹۳). اخیراً پژوهشگران میزان شیوع این اختلال را ۱۵/۱۱ درصد گزارش

-
1. specific learning disorder
 2. American Psychiatric Association
 3. DSM-5

نموده‌اند (موگسالی، پاتیل، پاتیل و موگسالی^۱، ۲۰۱۲).

یکی از مسائل احتمالی در افراد دارای ناتوانی یادگیری، اجتناب تجربه‌ای^۲ است. شواهد علمی حاکی از آن است که اجتناب تجربه‌ای، اساس بسیاری از مشکلات سلامت روانی و جسمانی است (رویز^۳، ۲۰۱۰). اجتناب تجربه‌ای به عنوان ناتوانی در حفظ تماس با تجربه‌های درونی ناخوشایند و آشفته‌کننده و در نتیجه تلاش برای تغییر دادن، دوری کردن، فرونشاندن، یا در غیر این صورت مهار کردن آن‌ها تعریف می‌شود (چاولا و استافین^۴، ۲۰۰۷). اجتناب تجربه‌ای در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است که به عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (بولنجر، هایز و پیستورلو^۵، ۲۰۱۰). عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (ایفرت، فورسیس، آرچ^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). فنایی و سجادیان (۱۳۹۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربه‌ای افراد مؤثر است.

پژوهش‌های بسیاری رابطه اجتناب تجربه‌ای را با آسیب‌شناسی و نحوه شکل‌گیری اختلالات روانی نشان داده‌اند. برای مثال اجتناب تجربه‌ای به‌ویژه فرونشانی تفکر در افسردگی، نقش مهمی دارد و افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با گروه غیربالینی اجتناب تجربه‌ای بیشتری را گزارش می‌کنند (بیگلان، گیو، جونز، هندس، روسبی، کدی^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، کشدن و رابرت^۱

1. Mogsale, Patil, Patil & Mogsale.
2. experiential avoidance
3. Ruiz
4. Chawla & Ostafin
5. Boulanger, Hayes & Pistorello
6. Eifert, Forsyth & Arch
7. Biglan, Gau, Jones, Hinds, Rusby JC, Cody

(۲۰۰۴) اظهار می‌کنند که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری پس از یک تجربه ناخوشایند در روابط اجتماعی، به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود درباره موقعیت را با استفاده از انواع راهبرد اجتناب شناختی تغییر می‌دهند و تلاش می‌کنند تا از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره موقعیت اجتماعی خویش بهره‌جویند. در پژوهشی عباسی، بگیان، اعیادی و درگاهی (۱۳۹۴) نشان دادند که اجتناب شناختی در دانش‌آموزان عادی پایین‌تر از کودکان با ناتوانی یادگیری است و دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری، به دلیل اجتناب شناختی بالا در موقعیت‌های بین‌فردی بیشتر دچار سوگیری می‌شوند که باعث می‌شود نسبت به کودکان عادی، سازگاری روانی و اجتماعی کمتری داشته باشند. نتایج پژوهش هیندس، جونز، گائو، فورستر و بیگلان^۲ (۲۰۱۵) نشان داد که اجتناب تجربه‌ای نقش مهمی در رابطه بین رفتار دانش‌آموزان و سلامت روان آن‌ها دارد. به نظر می‌رسد که راهبرد اجتناب تجربه‌ای هم می‌تواند راهی باشد که افراد در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و تماس‌های بین‌فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ‌گوی‌اند. همچنین مطالعات نشان داده که اجتناب تجربه‌ای و رفتارهای ایمنی به طور قابل توجهی با نتایج بالینی مانند اضطراب مرتبط است (کرک، میر، ویشمن، دیکان و آرچ^۳، ۲۰۱۹). لاندگرن، رینیو، ناسلند و پارلینگ^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عملکرد مناسب افراد می‌شود. مطالعات ورسیه، لیپ، میر، هوفر و گلوستر^۵ (۲۰۱۸) حمایت تجربی برای کاهش استرس و ارتقاء سلامت را از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فراهم می‌کند و بر قدرت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ارتقاء سلامت افراد تأکید دارد.

1. Kashdan & Roberts
2. Hinds, Jones, Gau, Forrester & Biglan
3. Kirk, Meyer, Whisman, Deacon & Arch
4. Lundgren, Reinebo, Näslund & Parling
5. Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer & Gloster

یکی از عواملی که در تداوم علائم ناتوانی‌های یادگیری نقش دارد، پریشانی روان‌شناختی^۱ است. پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارند. مطابق با پژوهش‌های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیش‌تر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش‌بینی‌کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است (مارچاند و بلانس^۲، ۲۰۱۰). میزان اختلال اضطرابی در کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری ۱۶/۴ درصد است (مارگاری، باتیگلیون، کرایچ^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). اختلالات اضطرابی به عنوان یکی از شکل‌های پریشانی روان‌شناختی بسیار رایج در میان افراد مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری است و مهم‌ترین آنها اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال پنیک است (امرسون^۴، ۲۰۰۳). براساس پژوهش‌ها، میزان اختلالات اضطرابی در میان کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری از ۸/۷ درصد تا ۲۱/۹۸ نوسان است (دکر و کات^۵، ۲۰۰۳).

دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری که به‌طور مداوم و مکرر شکست تحصیلی را تجربه می‌کنند، نسبت به مشکلات رفتاری و هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند (گنجی، زاهد بابلان و معینی کیا، ۱۳۹۱). لذا، این دانش‌آموزان علاوه بر مشکلات تحصیلی، سطوح بالایی از مشکلات رفتاری و هیجانی در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار از خود نشان می‌دهند (آوریچ، گراس - تسیر، مانور و شالو^۶، ۲۰۰۸؛ کلاسن و لینچ^۷، ۲۰۰۷). طبق شواهد پژوهشی، دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری میزان بالایی از خلق منفی (لاکایی و مارگالیت^۸، ۲۰۰۶)، افسردگی (ماگک و رید^۹، ۲۰۰۶)،

1. psychological distress
2. Marchand & Blanc
3. Margari, Buttiglione, Craig & Cristella
4. Emerson
5. Dekker & Koot
6. Auerbach, Gross-Tsur, Manor & Shalev
7. Klassen & Lynch
8. Lackaye & Margalit
9. Maag & Reid

اضطراب، مشکلات خلقی (واینر و اسپنیدر^۱، ۲۰۰۲؛ سیدیریدیس^۲، ۲۰۰۷) و بی‌حوصلگی (موحدی، علیزاده گورادل و محمودعلیلو، ۱۳۹۲) بیشتری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند. همچنین شواهد نشان داده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روان‌شناختی افرادی که دارای مشکلات شنوایی هستند، مؤثر است (مولاندر^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

در سال‌های اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی، با علاقه رو به رشدی مواجه شده است که از رایج‌ترین و معروف‌ترین درمان‌های رفتاری موج سوم است (رودیتی و روبنسون^۵، ۲۰۱۱؛ رویز، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی شده توسط هایس و همکاران، شش فرآیند مرکزی شامل پذیرش^۶، گسلش شناختی^۷، ارتباط با زمان حال^۸، خود به‌عنوان زمینه^۹، ارزش‌ها^{۱۰} و عمل متعهدانه^{۱۱} دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هایس، لوما و باند^{۱۲}، ۲۰۰۶). هدف درمان پذیرش و تعهد این است که به فرد کمک کند به جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و تمایلات آشفته‌ساز، عملی را انتخاب کند که در بین گزینه‌های مختلف زندگی مناسب‌تر باشد (هایس، پیستورلو و لوین^{۱۳}، ۲۰۱۲).

مرور ادبیات پژوهشی حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی در کاهش علائم اختلالات روانی به ویژه اختلال یادگیری خاص است. دال (۲۰۱۲) در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است که تجربه چهارساعته این درمان به‌طرز قابل توجهی منجر به کاهش

1. Wiener & Schneider
2. Sideridis
3. Molander
4. acceptance and commitment therapy (ACT)
5. Roditi & Robinson
6. acceptance
7. cognitive fusion
8. being present
9. self as context
10. values
11. committed action
12. Hayes, Luoma & Bond
13. Hayes, Pistorello & Levin

افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان در مقایسه با سایر درمان‌های روان‌شناختی معمول است. مطالعه سوین، هانکوک، هاینسورث و بومن^۱ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی این دانش‌آموزان می‌گردد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تمرکز بر زمان حال و به کارگیری مهارت‌های مقابله با مشکلات و پذیرش هیجانات منفی باعث افزایش اعتماد به نفس دانش‌آموزان در غلبه بر اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی آنها می‌شود. یافته‌های هالی بارتون و کوپر^۲ (۲۰۱۵) نیز حکایت از اثربخشی این شیوه روان‌درمانی در ارتقاء بهزیستی اجتماعی، کاهش رفتارهای پرخطر و اضطراب نوجوانان دارد. این محققان دریافتند که درمان پذیرش و تعهد با به کارگیری اصول بنیادین خود از جمله ایجاد گسلش شناختی (یادگیری روش‌هایی برای کاهش تمایل به عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات) می‌تواند از بروز رفتارهای مخرب پیش‌گیری کند. نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی، احدی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی شده است. میرزاحسینی، پورعبدل، صبحی قراملکی و سراوانی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معناداری در اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۵). رهنما، سجادیان و رئوفی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی مؤثر است. شیدایی اقدم، شمس‌الدینی، عباسی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است. مطالعه سوائین، هانکونک، دیکسون، باومن (۲۰۱۵) نیز

1. Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman

2. Halliburton & Cooper

نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری می‌گردد. در پژوهشی نشان داده شد که ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کار درمانی برای ارتقاء سلامت روان کودکان در معرض خطر مؤثر است (تریسی، گری، ترونک و وارد، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهد که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقاء سلامت روان و مشارکت دانشگاهی دانشجویان دانشگاه مؤثر است (گریور، لاجنس، بوفارد و دایون، ۲۰۱۸). با توجه به موارد فوق الذکر، فرض پژوهش حاضر این است که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان

پسر مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص است که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۸ در مدارس راهنمایی شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش ۴۴ نفر (۲۲ نفر گروه آزمایش و ۲۲ نفر گروه کنترل) دانش‌آموز دارای ناتوانی یادگیری بود که از میان دانش‌آموزان دوره راهنمایی در سال تحصیلی ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به صورت زیر شناسایی شدند: ابتدا ۴ مدرسه راهنمایی از میان مدارس مقطع دوم و سوم راهنمایی شهر اردبیل به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس تعداد نمونه با اجرای پرسش‌نامه ناتوانی‌های یادگیری کلرادو شناسایی شدند به این صورت که پرسش‌نامه در مورد دانش‌آموزان ضعیف پایه دوم و سوم راهنمایی مدارس، توسط معلمان تکمیل شد و ۴۴ نفر با نمرات پایین جدا شده به عنوان دانش‌آموزان دارای ناتوانی

1. Tracey, Gray, Truong & Ward
2. Grégoire, Lachance, Bouffard & Dionne

یادگیری شناسایی و به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزش، از آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش پس از آزمون گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه اجتناب تجربه‌ای: این پرسش‌نامه، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند و آخرین نسخه این ابزار، حاوی ۱۰ سؤال با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که توسط باند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است (باند، هایس، بائر، کارپنتر، گیونل، اورکات^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). طیف نمرات حاصل از این پرسش‌نامه بین ۷۰-۱۰ بوده و نمره بالاتر تمایل بیشتر به اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهد. کفایت روانسنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط عباسی و همکاران بررسی و مورد تأیید قرار گرفت (عباسی، فتی، مولودی، ضربایی، ۱۳۹۱). عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی روایی همگرایی پرسش‌نامه، میزان همبستگی آن را با نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامه اضطراب بک (بک و کلارک، ۱۹۸۸) در یک نمونه ۱۹۲ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران، ۰/۵۹- و ۰/۴۴- گزارش نمودند. در پژوهش مذکور جهت سنجش روایی افتراقی (تشخیصی) پرسش‌نامه، نمره‌های اجتناب تجربه‌ای گروه نمونه روان‌سنجی (۲۵ زن بیمار و ۲۵ زن بهنجار) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج گویای تفاوت معنادار دو گروه از نظر میزان اجتناب تجربه‌ای بود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱).

ب) پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر: این پرسش‌نامه که توسط کسلر، اندروز، کاپل^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شده، ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و وضعیت روانی را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند.

1. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt
2. Kessler, Andrews & Colpe

پاسخ به سوالات این پرسش‌نامه، به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه تا هرگز) است و بین صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود (کسلر، بارکر، کاپل، اپستاین^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). آندروز و اسلید^۲ (۲۰۰۱) اعتبار و پایایی پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی را مورد تأیید قرار دادند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی کارایی مناسبی دارد (اندرسن، گرمسروود، مایر، ویلیامز^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). وزیری و لطفی کاشانی نیز در یک مطالعه پژوهشی، پایایی پرسش‌نامه کسلر را با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۰) و با روش دو نیمه‌سازی (۰/۸۶) بدست آوردند. آن‌ها با بدست آوردن همبستگی نمرات این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی اعتبار این آزمون را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۲).

ج) پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو: این پرسش‌نامه توسط ویلکات، بوودا، ریدلی، چابیلداس، دفریس و پنینقتون^۴، در سال ۲۰۱۱ تهیه شده و مشکلات یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی می‌داند که موجب مشکلات یادگیری می‌شوند. این پرسش‌نامه که از ۲۰ آیتم تشکیل شده است، توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل می‌شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا اهمیت (۵) است. اعتبار این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن توسط سازندگان پرسش‌نامه با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را به دست داده است (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). روایی تفکیکی و روایی سازه پرسش‌نامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴؛ ریاضی ۰/۴۴، شناخت

1. Kessler, Barker, Colpe & Epstein
2. Andrews & Slade
3. Anderson, Grimsrud, Myer & Williams
4. Willcutt, Boada, Riddle, Chhabildas, Defries & Pennington

اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و فضایی ۰/۳۰ (ویلیکات و همکاران، ۲۰۱۱). این پرسش‌نامه توسط حاجلو و رضایی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده و طبق این پژوهش اعتبار آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۹۴ است.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز و مراجعه به مدارس و انتخاب نمونه آماری، از تعداد کل دانش‌آموزان شناسایی شده به عنوان اختلال یادگیری خاص، ۲۲ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲۲ نفر در گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش، داشتن توافق آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، محدوده سنی ۱۲ تا ۱۸ ساله، نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص (تشخیص اختلال توسط متخصص از طریق مصاحبه بالینی و اجرای پرسش‌نامه ناتوانی‌های یادگیری کلرادو و کسب نمره ۲ تا ۲ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین این آزمون)، شرکت نداشتن در هیچ برنامه درمانی دیگر، نداشتن اختلال همراه یا عقب‌ماندگی ذهنی و عدم مصرف دارو بود. قابل ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرآیند پژوهش جهت شرکت آگاهانه افراد در این پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و گواه، به گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، آنها نیز این پروتکل درمانی را دریافت خواهند نمود. قبل از شروع مداخله، هر دو گروه کنترل و آزمایش مورد پیش‌آزمون قرار داده شدند و پرسش‌نامه‌های مذکور را پاسخ دادند. جلسات درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی هفته‌ای یکبار، در یک مکان مورد تأیید آموزش و پرورش توسط دانشجوی دکتری روانشناسی دوره دیده در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. پس از اتمام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس و ابزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیس، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) ساخته شده است، یک برنامه مداخله‌ای در قالب ۸ جلسه (هفتگی) ۹۰ دقیقه‌ای است. در جدول ۱ جلسات آموزشی ارائه گردیده است.

جدول ۱. ساختار محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

شماره جلسه	محتوای مداخله
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، بحث در مورد رازداری، صحبت در مورد اهداف، نوع درمان و آیت‌های درمان، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در دانش‌آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل.
جلسه سوم	آموزش نومییدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش نموده است. کنترل یک مشکل است و از طریق اجتناب و فرار هیجانی منجر به پیامد ناکارآمد خواهد شد.
جلسه چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رهاکردن تلاش برای اجتناب و کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف. تکنیک‌ها: استعاره پیاده روی با ذهن و استعاره اتوبوس.
جلسه پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف ذهن‌آگاهی.
جلسه ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها.
جلسه هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد، انجام فعالیت‌ها همراه با ذهن‌آگاهی.
جلسه هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، بررسی تکلیف، جمع‌بندی مطالب، ارزیابی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و اجرای پس‌آزمون.

نتایج

بر اساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۱۴/۳۰ و ۱/۲۵ و گروه کنترل ۱۳/۵۵ و ۱/۰۲ با دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ بدست آمد. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی را در گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۲/۰۳	۳۰/۰۵	۲۶/۰۲	۳/۰۱
	کنترل	۱/۰۲	۲۹/۲۰	۳۰/۱۰	۲/۰۸
پریشانی روان‌شناختی	آزمایش	۲/۴۸	۲۷/۵۰	۲۳/۱۴	۲/۰۱
	کنترل	۲/۰۲	۲۵/۱۵	۲۶/۲۴	۲/۲۲

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است در مرحله پیش‌آزمون میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان گروه آزمایش ۳۰/۰۵ (و ۲/۰۳) است و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در اجتناب تجربه‌ای ۲۶/۰۲ (و ۳/۰۱) است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در اجتناب تجربه‌ای ۲۹/۲۰ (و ۱/۰۲) است و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در اجتناب تجربه‌ای ۳۰/۱۰ (و ۲/۰۸) است. در مرحله پیش‌آزمون میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پریشانی روان‌شناختی دانش‌آموزان گروه آزمایش ۲۷/۵۰ (و ۲/۴۸) است و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در پریشانی روان‌شناختی ۲۳/۱۴ (و ۲/۰۱) است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در پریشانی روان‌شناختی ۲۵/۱۵ (و ۲/۰۲) است و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در پریشانی روان‌شناختی ۲۶/۲۴ (و ۲/۲۲) است.

به منظور استفاده از روش تحلیل کواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کواریانس شامل آزمون همگنی واریانس برای متغیرهای پژوهش انجام شد که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. بررسی پیش‌فرض‌های کواریانس برای متغیرهای پژوهش

آزمون همگنی واریانس			متغیرها
P	F	df	
۰/۰۹	۲/۰۵	۱	اجتناب تجربه‌ای
۰/۶۶	۴/۰۱	۱	پریشانی روان‌شناختی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در تمام متغیرها برقرار بوده است؛ بنابراین با توجه به نتایج پیش‌فرض‌های انجام شده، اینک می‌توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار داد.

جدول ۴. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اجتناب تجربه‌ای

P	F	MS	df	SS	منابع تغییرات	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۲۳/۰۱	۱۲۰/۰۱	۱	۱۲۰/۰۱	نمره پیش‌آزمون	اجتناب تجربه‌ای
۰/۰۰۱	۳۲/۰۲	۱۷۰/۰۲	۱	۱۷۰/۰۲	گروه	
	۵/۰۱	۴۱	۲۱۳/۰۱		خطا	

با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه ($F=۳۲/۰۲$, $P<۰/۰۰۱$) معنادار شده است. به عبارتی آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری خاص تأثیر معناداری دارد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر پریشانی روان‌شناختی

P	F	MS	Df	SS	منابع تغییرات	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۱۹۹/۰۰	۲۵۸/۰۱	۱	۲۵۸/۰۰	نمره پیش‌آزمون	پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	۱۳۳/۰۰	۱۷۲/۰۱	۱	۱۷۲/۰۰	گروه	
	۱/۰۱	۴۱	۵۲/۰۰		خطا	

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F در گروه ($F=۱۳۳$, $P<۰/۰۰۱$) معنادار

شده است. به عبارتی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری خاص تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان شده است. نتیجه این تحقیق، با یافته نریمانی، پورعبدل و بشرپور (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص شود و با نتایج میرزاحسینی، پورعبدل، صبحی قراملکی و سراوانی (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص شده است و با نتایج فنایی و سجادیان (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربه‌ای افراد مؤثر است، همسو است. در راستای پژوهش حاضر کرک و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که اجتناب تجربه‌ای و رفتارهای ایمنی به طور قابل توجهی با نتایج بالینی مانند اضطراب مرتبط است و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عملکرد مناسب افراد می‌شود (لاندگرن و همکاران، ۲۰۱۸).

برای تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص نسبت به دانش‌آموزان بهنجار ضعیف‌تر است (عطادخت، نریمانی، حضرتی و مجدلی، ۱۳۹۷). از آنجا که رابطه بسیار قوی منفی بین اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی وجود دارد (وستین، هیز و انرسون، ۲۰۰۸) و اجتناب تجربی / انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده عملکرد افراد در تکالیف چالش‌برانگیز شناختی است (فرچ و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، اجتناب تجربی / انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی فرآیند تغییر در درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد است (رویز و فرانسیسکو، ۲۰۱۰). از آنجایی که اجتناب کردن، قدرت افکار و هیجاناتی را که مورد اجتناب قرار گرفته‌اند، افزایش می‌دهد؛ بنابراین، اثر متناقضی برای اجتناب تجربه‌ای وجود دارد (بارنز و تانتلیف-دان، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، درمان پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش مستقیم، فضایی را برای نگرش مثبت به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب مربوط به ناتوانی یادگیری فراهم می‌کند و سپس از طریق تمرین‌های مبتنی بر آگاهی، زمینه را برای ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های کنترلی فرد در رابطه با افکار و احساسات منفی خود فراهم می‌کند (هایس و اسمیت، ۲۰۰۵)؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص نسبت به راه کارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات، احساس درماندگی کنند. در نهایت این وضعیت زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین فراهم می‌کند و این پذیرش فرصتی می‌شود تا نوجوانان به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی مرتبط با عدم توانایی یادگیری، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود و سایر توانایی‌هایی که دارند، بپردازند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش باعث شده است تا نوجوانان با کنترل افکار و احساسات ناتوانی مقابله می‌کند و با افزایش توانایی آنان در جهت تنظیم هیجانات خود، منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای شده است. این حالت، همان چیزی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحت عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری خاص شده است. این یافته‌ها با نتایج رهنما، سجادیان و رثوفی (۱۳۹۶)، نتایج مولاندر و همکاران (۲۰۱۸) و نتایج شیدایی اقدم و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و کاهش پریشانی بیماران مؤثر است.

از آنجا که افراد دارای ناتوانی‌های یادگیری بیشتر از افراد عادی افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، تنهایی و احساس طردشدگی از سوی هم‌تایان و احساس خشم و گنجی در کلاس را تجربه می‌کنند (مگ و راد، ۲۰۰۶) و افراد مبتلا به اختلالات یادگیری نوجوانایی هستند که در مواجهه با شکست‌های تحصیلی پی در پی به تدریج دچار آشفتگی‌های هیجانی و پریشانی روان‌شناختی می‌شوند؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری آموزش دهد که با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی خود را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند، هیجان‌های منفی و ناپاک خود را جزئی از مراحل انسان‌بودن خویش بدانند و نحوه برخورد با این هیجان‌ها را یاد بگیرند. علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، دوره منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خالق نسبت به راه‌حل‌های گذشته، گسلش‌شناختی و تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود ناتوانی باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (هایس و همکاران، ۲۰۱۲)؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی از طریق ایجاد و بهبود پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری می‌توان به این نکات اشاره کرد که این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. این درمان افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، است (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸). همچنین

در این درمان نوجوانان یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدفمند پیوند دهند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵)؛ بنابراین، این تغییر در افکار و احساسات و عملکرد و انجام عمل متعهد می‌تواند منجر به خودکارآمدی و کاهش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این شیوه درمانی می‌تواند اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری را به طور معناداری کاهش دهد و این مسأله منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت روان و سازگاری آنان شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، فقدان پیگیری، منحصر بودن نمونه به جنسیت پسر و شهر اردبیل بود که تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند؛ بنابراین برای تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط جغرافیایی کشور و بر روی گروه‌های سنی مختلف و بر روی دانش‌آموزان دختر نیز صورت گیرد. هم‌چنین جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی دنبال نمایند و به منظور قابلیت تعمیم یافتن نتایج، حجم نمونه در محدوده‌های سنی مورد مطالعه افزایش یابد. از آنجایی که نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری خاص می‌شود، می‌توان این آموزش را به صورت یک مهارت زندگی در مدارس برای استفاده در حیطه‌های مختلف زندگی به دانش‌آموزان و نوجوانان آموخت تا احساس پریشانی و عدم انعطاف‌پذیری در هنگام روبرو با مشکلات زندگی کاهش یابد و موجب سازگاری و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها شود.

منابع

ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل.

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان...

- حاجلو، نادر و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۲۴-۴۳.
- رهنما، مارال؛ سجادیان، ایلناز و رئوفی، امیر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. روان‌پرستاری، ۵(۴)، ۳۴-۴۳.
- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس‌الدینی، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی‌جو، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۴)، ۵۷-۶۶.
- عباسی، مسلم؛ بگیان، محمد جواد؛ اعیادی، نادر و درگاهی، شهریار (۱۳۹۴). مقایسه خوددلسوزی، اجتناب شناختی و خودتنظیمی عاطفی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. فصلنامه نسیم تندرستی، ۴(۱)، ۳۱-۴۰.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۱۰)، ۶۵-۸۰.
- عطا‌دخت، اکبر؛ نریمانی، محمد؛ حضرتی ساقصلو، شیوا و مجدی، هادی. (۱۳۹۷). مقایسه توانایی برنامه‌ریزی سازماندهی و انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۶(۱۰)، ۱-۱۵.
- فناپی، سعیده و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۳.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). روانشناسی کودکان استثنایی براساس DSM-5. چاپ اول، تهران: انتشارات ساوالان.
- گنجی، مسعود؛ زاهدبابلان، عادل و معینی کیا، مهدی (۱۳۹۱). فراتحلیل پژوهش‌های انجام‌یافته در خصوص نقش الگوهای تدریس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۱(۱)، ۹۳-۱۰۸.
- میرزاحسینی، حسن؛ پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر و سراوانی، شهزاد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۲(۳)، ۱۶۶-۱۷۵.

موحدی، یزدان؛ علیزاده گورادل، جابر و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۲). مقایسه بی حوصلگی در افراد مبتلا به اختلال ریاضی، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و افراد عادی. مجله ی ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۳)، ۷۳-۹۱.

نریمانی، محمد؛ پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ی ناتوانی‌های یادگیری، ۶(۱)، ۱۲۱-۱۴۰.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش / تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۱). سبک‌های هویت و پریشانی روانی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷(۲۶)، ۷۷-۸۶.

Auerbach, J. G. Gross-Tsur, V. Manor, O. & Shalev, R. S. (2008). Emotional and behavioral characteristics over a six year period in youths with persistent and nonpersistent dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 263-273.

Andrews, G. Slade, T (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (k10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497.

Anderson, L. S. Grimsrud, A. Myer, L. Williams, D. R. Stien, D. J. & Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatry Research*, 20(4), 215-223.

Abasi, M. Begian, M. Ayadi, N. Dargahi, S. (2015). Compare self compassion, cognitive avoidance and emotional self-regulation in students with and without learning disabilities. *Quarterly Journal of Health Breeze*, 4(1), 31-40. (Persian)

Abbasi, I; Fati, L; Moloodi; R; Zarrabi; H (2012). Psychometric properties of the persian version of the acceptance and practice Questionnaire second edition. *Methods and models of psychology*, 2 (10), 80-65. (Persian)

Atadokht, A. Narimani, M. Hazratishghsolo, S. Majdy, N. (2018). Comparison the ability of planning - Organize and cognitive flexibility in children with and without specific learning disorder. 6(10), 1-15. (Persian)

Barnes, R. D. Tantleff-Dunn, S. (2010). Food for thought: examining the relationship between food thought suppression and weight related outcomes. *Eating Behaviors*, 11(3), 175-9.

Beck, A. Steer, A. Brown, K. (1988). *Manual for The beck depression inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.

- Beck, A.T. Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res*, 1(1), 23-36.
- Bond, F. W. Hayes, S. C. Baer, R. A. Carpenter, K. M. Guenole, N. Orcutt, H. K. ... & 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.
- Boulanger, J.L. Hayes, S.C. Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press, 107-36.
- Biglan, A. Gau, J.M. Jones, L.B. Hinds, E. Rusby, J.C. Cody, C. et al. (2015). The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 30-6.
- Chawla, N. Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-9.
- Dekker, M.C. Koot, H.M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915-22.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-8.
- Eifert, G.H. Forsyth, J.P. Arch, J. Espejo, E. Keller, M. Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368- 85.
- Farach, F. J. Mennin, D. S. Smith, RL. & Mandelbaum, Ma. (2008). The impact of pretrauma analogue GAD and posttraumatic emotional reactivity following exposure to the september 11 terrorist attacks: A longitudinal study. *Behavior Therapy*, 39(3), 262- 276.
- Fanayi, S, Sajjadian, I (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the empirical avoidance of overweight and obese individuals. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 14 (2), 146-153. (Persian)
- Forman, E. Herbert, J. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue. In: Fisher J, editor. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. 2nd ed. Hoboken: Wiley; 263-5.
- Ganji, M (2012). *Psychology of exceptional children based on DSM-5*. First Printing, Tehran: Savalan Publications. (Persian)
- Ganji, M. Zahed-Babelan, A. MoeiniKia, M. (2012). Meta-analysis of studies carried out regarding the role of teaching models in students' academic achievement. *Journal of School Psychology*, 1(1), 93-107. (Persian)
- Grégoire, S. Lachance, L. Bouffard, T. & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavioral therapy*. 49(3), 360-372.

- Hinds, E. Jones, L.B. Gau, J.M. Forrester, K.K. Biglan, A. (2015). Teacher Distress and the Role of Experiential Avoidance. *Psychology in the Schools*, 52(3), 284-297.
- Hayes, S.C. Luoma, J.B. Bond, F.W. Masuda, A. Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S.C. Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. Pistorello, J. & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Halliburton, A.E. Cooper, L.D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11.
- Hajloo, N. & Rezaie Sharif, A. (2012). Psychometric properties of Colorado learning difficulties Questionnaire (CLDQ). 1(1), 24-43. (Persian)
- Izadi, R. & Abedi, M. (2016). *Acceptance and commitment therapy*. Tehran: Jungle. (Persian).
- Klassen, R. M. & Lynch, S. L. (2007). Self-efficacy from the perspective of adolescents with learning disabilities and their specialist teachers. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 494-507.
- Kashdan, T.B. Roberts, J.E. (2004). Social anxiety, depression and post- event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 284-301.
- Kessler, R.C. Andrews, G. Colpe, D. et al. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959- 956.
- Kessler. R. C. Barker, P. R. Colpe, L. J. Epstein, J. F. Gfroerer, J. C. Hiripi, E. & et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives Of General Psychiatry*, 60(2), 184-9.
- Kirk, A. Meyer, J. M. Whisman, M. A. Deacon, B. J. & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A Path Analysis Approach. *Journal of Anxiety Disorders*. 64, 9-15.
- Lackaye, T. D. & Margalit, M. (2006). Comparisons of achievement effort, and self-perceptions among student with learning disabilities and their peers from different achievement groups. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 432-446.
- Lundgren, T. Reinebo, G. Näslund, M. & Parling, T. (2019). Acceptance and commitment training to promote psychological flexibility in ice hockey performance: A controlled group feasibility study. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1-22.
- Maag, J. W. & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3-10.
- Marchand, A. & Blanc, M. E. (2010). The Contribution of Work and Non-work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight-year Prospective Study of a

- Representative Sample of Employees in Canada. *Journal of Occupational Health*, 52(3), 176-85.
- Margari, L. Buttiglione, M. Craig, F. Cristella, A. de Giambattista, C. Matera, E. et al. (2013). Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *BMC Neurology*, 13, 198.
- Mogsale, V. Patil, V.D. Patil, N.M. Mogsale, V. (2012). Prevalence of specific learning disabilities among primary school children in a South Indian city. *Indian Pediatr*, 7(9), 342-347.
- Molander, P. Hesser, H. Weineland, S. Bergwall, K. Buck, S. JäderMalmLöf, J. & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behavioral Therapy*. 47(2), 169-184.
- Mirzahosseini H, Pourabdol S, SobhiGharamaleki N. & Saravani S. (2016). The effect of acceptance and commitment therapy in decreasing cognitive avoidance among students with specific learning disorder (SLD). *IJPCP*. 22 (3):166-175. (Persian)
- Movahedi, Y. Alizadehgoradel, J. & Mahmood Alilu, M. (2013). A comparison of boredom in students with mathematics disorder, attention deficit (hyperactivity disorder) and normal students. *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 45-76. (Persian)
- Narimani, M. Pourabdol, S. b, S. (2016). The effectiveness of acceptance/ commitment training to decrease social anxiety in students with specific learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 6(1), 121-140. (Persian)
- Narimani, M. Abbasi, M. Abolghasemi, A. & Ahadi, B. (2013). A study comparing the effectiveness of acceptance/ commitment by emotional regulation training on adjustment in students with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 2(4), 154-176. (Persian).
- Rahnama, M. Sajjadian, I. Raufi, Amir (1396). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological disorders and correspondence therapy in coronary heart disease. *Psychiatric Nursing*. 5(4), 34-43. (Persian)
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Roditi, D. & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*. 4(1), 41- 9.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10(1), 125-62.
- Swain, J. Hancock, K. Hainsworth, C. & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
- Sideridis, G. D. (2007). International approaches to learning disabilities: More alike or more different. *Learning Disabilities Research & Practice*, 22, 210-215.

- SheydayiAghdam, S. Shamseddinilory, S. Abassi, S. Yosefi, S. Abdollahi, S. & Moradijoo, M. (2015). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 57-66. (Persian)
- Tracey, D. Gray, T. Truong, S. & Ward, K. (2018). Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological wellbeing for children at-risk. *Frontiers in psychology*, 9.
- Vazari, S. LotfiKashni, F. (2012). Identity styles and psychological distress. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 7(26), 77-86. (Persian)
- Westin, V. Hayes, S. C. & Andersson, G. (2008). Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behavior Research and Therapy*, 46(12), 1259-1265.
- Wersebe, H. Lieb, R. Meyer, A. H. Hofer, P. & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Wiener, J. & Schneider, B. H. (2002). A multisource exploration of the friendship Patterns of children with and without learning disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 127-142.
- Willcutt, E. G. Boada, A. R. Riddle, M. W. Chhabildas, N. Defries, J. C. & Pennington, B. F. (2011). Colorado learning difficulties questionnaire: validation of a parent report screening measure. *Psychological Assessment*, 3, 778-791.

The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder

M. Narimani¹ & M. Taherifard²

Abstract

The aim of the current study was to determine the effectiveness of acceptance/commitment training to decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder. This research is an experimental study with a pre and post-test with a control group design. Statistical population of this study included all of male guidance grade students with special learning disabilities who studied in Ardabil city in the year 2017-2018. The study sample included 44 students with special learning disabilities (22 experimental group and 22 control group) who were selected by multistage cluster sampling and randomly divided into the experimental and control groups. The data was collected using experiential avoidance questionnaire, psychological distress assessment questionnaire and learning difficulties questionnaire. The acceptance/ commitment training was held for the experimental group in eight 90-minute sessions. The results of covariance (ANCOVA) indicated that acceptance/ commitment training significantly decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder ($P < 0.01$). These findings suggest that the acceptance/commitment training is an effective method for the use of specialists in educational and therapeutic centers to improve the mental health of students with special learning disabilities.

Key words: special learning disorder, acceptance and commitment training, experiential avoidance, psychological distress.

1. Professor Emeritus of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili

2. Corresponding Author: Ph.D. Students of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili (Taherifard70@yahoo.com)