



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 09 November 2022

Accepted: 12 January 2023

Research Article

Doi: [10.22055/jacp.2024.45233.1325](https://doi.org/10.22055/jacp.2024.45233.1325)

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment to the Social Self-Efficacy of Single-Parent Male Adolescents

Mohsen Shakeri Nasab^{1*}, Alieh Gravand², Raziye Darroudi³,
Zahra Behnoud⁴, Samaneh Akhtarmoghadam⁵

1. PhD of Educational Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2. MA of Counseling, Isfahan University, Isfahan, Iran

3. MA of Psychology, Neishabour Branch, Islamic Azad University, Neishabour, Iran

4. MA, of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

5. MA of Psychology, Neishabour Branch, Islamic Azad University, Neishabour, Iran

Citation: Shakeri Nasab, M., Geravand, A., Darroudi, R., Behnoud, Z., & Akhtarmoghadam, S. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on the social self-efficacy of single parent boys. *Clinical Psychology Achievements*, 8(4), 244-255.

Abstract

The present study was conducted to compare the effect of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on the social self-efficacy of single-parent boys in Bojnord City. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design and follow-up with a control group, and its statistical population was all single-parent male students of the first secondary school in Bojnord city in the academic year of 2014-2014, of which 45 were selected through purposive sampling. 200 single-parent students were selected. The research tool was the Smith and Betz Social Self-Efficacy Questionnaire (SES). The experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes separately under cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment, and the control group did not receive any intervention. All three groups completed the post-test again. After one month, a follow-up period was also done. The data were analyzed by variance analysis of repeated measurements and Ben Ferroni's post hoc test, and the results indicated the positive effectiveness of both cognitive behavioral therapy methods and acceptance and commitment-based therapy on social self-efficacy ($P < 0.001$). Also, the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment both in the post-test and in the follow-up period was more than cognitive behavioral therapy ($P < 0.05$). Based on this, these two methods can be used to increase the social abilities of single-parent boys and, while increasing social self-efficacy, prevent the occurrence of behavioral problems and social harms that threaten them.

Keywords: cognitive behavioral therapy, treatment based on acceptance and commitment, social self-efficacy, single-parent male adolescents

* Corresponding Author: Mohsen Shakeri Nasab

E-mail: shakerinasabmohsen@yahoo.com



مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر تک‌والد

محسن شاکری نسب^{۱*}، عالیه گراوند^۲، راضیه درودی^۳، زهرا بهنود^۴، سمانه اخترمقدم^۵

۱. دکتری روان‌شناسی تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر تک‌والد شهر بجنورد انجام پذیرفت. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود و جامعه آماری آن کلیه دانش‌آموزان پسر تک‌والد متوسطه اول شهر بجنورد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که ۴۵ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین ۲۰۰ دانش‌آموز تک‌والد انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و بتز (SES) بود. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به تفکیک تحت رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. هر سه گروه مجدداً پس‌آزمون را تکمیل نمودند. و بعد از گذشت یک‌ماه دوره پیگیری نیز انجام شد. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تجزیه و تحلیل شد و نتایج حاکی از اثربخشی مثبت هر دو روش رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اجتماعی بود ($P < 0.01$). همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری بیش از رفتاردرمانی شناختی بود ($P < 0.05$). بر همین اساس می‌توان از این دو روش در جهت افزایش توانمندی‌های اجتماعی پسران تک‌والد استفاده نمود و ضمن افزایش خودکارآمدی اجتماعی، از بروز مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی که آنان را تهدید می‌نماید پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی اجتماعی، نوجوانان پسر تک‌والد

مقدمه

در عصر حاضر سبک زندگی انسان‌ها با تحولات زیادی همراه شده و باعث گردیده است تا خانواده روزبه‌روز از معنای واقعی خود فاصله بگیرد و اشکال مختلف خانواده همچون خانواده‌های تک والد، تک نفره، بد سرپرست و بی‌سرپرست رشد چشمگیری داشته باشد و مهم‌ترین نهاد اجتماعی تحت تأثیر این موضوع قرار گیرد (Van Gasse & Mortelmans, 2020). وجود اشکال مختلف خانواده که ممکن است به دلایل متفاوتی ایجاد گردد؛ می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات عدیده‌ای برای اعضا گردد به طوری که آمارها نشان می‌دهد در حال حاضر شکل‌گیری خانواده‌های تک والد باعث شده است تا فرزندان این قبیل از خانواده‌ها با مشکلات فردی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی روبرو شوند (Heintz-Martin & Langmeyer, 2020). خانواده‌های تک والد به خانواده‌هایی گفته می‌شود که ساختار ناقص و مبهمی داشته و به دلایل مختلفی همچون مرگ یکی از والدین، طلاق، ترک خانواده، حاملگی بدون ازدواج و فرزندخواندگی ایجاد می‌گردد که این موضوع باعث می‌شود تا مسئولیت همه‌جانبه زندگی و مراقبت از فرزندان بر دوش یکی از والدین قرار گیرد (Stack & Meredith, 2018). چیزی که در این میان مشخص و مبرهن است این است که رشد و پرورش فرزندان در خانواده‌های تک والد می‌تواند تأثیرات زیادی بر حوزه‌های مختلف زندگی آنان بگذارد به طوری که شواهد نشان از آن دارد که فرزندان رشد یافته در خانواده‌های تک والد نسبت به خانواده‌های عادی مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی بیشتری دارند (Fransson et al, 2018). با توجه به اینکه رشد مهارت‌های اجتماعی در نوجوانی بسته به الگوپذیری و ایجاد احساس ارزشمندی ناشی از پذیرفته شدن توسط والدین است؛ فقدان یکی از والدین می‌تواند تأثیر مخربی بر این توانمندی نوجوانان برجا گذارد به طوری که پژوهش یوریکس و همکاران (Yorks et al, 2022) نشان می‌دهد که نوجوانان تک والد مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری نسبت به دیگر نوجوانان دارند و دیرتر از نوجوانان عادی می‌توانند به خودکارآمدی دست یابند.

ناتوانی در خودکارآمدی اجتماعی یکی از مشکلاتی است که معمولاً این‌گونه از کودکان با آن روبرو می‌گردند (حسینی مهر و همکاران، ۱۴۰۰). و این عدم توانمندی در برقراری تعاملات اجتماعی و نقص در خودکارآمدی، باعث می‌گردد تا نوجوان از احساس ارزشمندی و کفایت اجتماعی بالایی برخوردار نگردند و نتوانند در زندگی فردی و اجتماعی خود به رشد مطلوبی دست یابند (Aune et al, 2021). خودکارآمدی اجتماعی یکی از ابعاد خودکارآمدی است که مرتبط با تعاملات اجتماعی بوده و اشاره به برآورد افراد از توانایی‌های خود در برقراری روابط بین فردی و حفظ و تداوم این ارتباطات دارد که می‌تواند به رشد مهارت‌های اجتماعی بیانجامد (حاجی‌آبادی و نیوشا، ۱۳۹۵). خودکارآمدی اجتماعی اعتقادی منحصر به فرد در خصوص توانایی‌های فردی در ایجاد و تداوم روابط اجتماعی است و رفتارهایی همچون گپ و گفت‌های میان فردی سازگاران، توانایی در برقراری ارتباط با دوستان جدید، حضور سالم و کارآمد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، گسترش روابط عاطفی، افزایش و حفظ روابط دوستی و اثرگذاری در گروه را شامل می‌گردد (Erozkan & Deniz, 2021). شواهد نشان می‌دهد خودکارآمدی اجتماعی بهینه در نوجوانان می‌تواند باعث ایجاد ارتباطات توأم با حمایت اجتماعی گردد و به‌عنوان یک توانمندی مؤثر، فرد را قادر سازد تا بر مشکلات فردی و اجتماعی خود فائق آمده و بتواند وضعیت زندگی خود را ارتقا دهد (Blackmore et al, 2021). ناتوانی در خودکارآمدی اجتماعی می‌تواند جسارت اجتماعی، عملکرد محیطی مطلوب، عضویت در گروه‌ها و فعالیت‌های اجتماعی و کمک‌خواهی را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به اینکه قرار گرفتن در سن نوجوانی ایجاب می‌کند تا فرد جهت رسیدن به رشد شخصی مهارت‌های این‌چنینی را به کار بندد؛ مداخلات آموزشی و درمانی در جهت افزایش مهارت‌های اجتماعی کاربرد ویژه‌ای می‌یابد (Ten Brink et al, 2021).

از میان رویکردهای مختلف آموزشی و درمانی که با هدف ارتقای توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی طراحی و اجرا می‌گردد می‌توان به رفتار درمان شناختی اشاره نمود چراکه این رویکرد به‌طور عام در گستره فراوانی از مشکلات روان‌شناختی و همین‌طور روابط بین فردی کاربرد دارد (Otte, 2022). این رویکرد بر این اصل استوار است که شناخت، نقش محوری دارد و بر رفتار، هیجان و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرند و در این رابطه درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و از دیالوگ‌های هدفمند و تکالیف

رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته استفاده نماید (Pateraki & Morris, 2018). رفتاردرمانی شناختی از طریق تمرین‌های مواجهه سازی درون جلسات و بازسازی شناختی و تکالیف خانگی به افراد کمک می‌کند تا چرخه معیوب مشکل را در هم شکنند و تشویق شوند تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را بیابند و بتوانند با آگاهی نسبت به این موضوع رفتار خود را مدیریت کنند (انصاری و همکاران، ۱۴۰۰). در رفتاردرمانی شناختی اعتقاد بر این است که معنایی که افراد به تجربیات خود می‌دهند عامل اصلی شکل‌گیری هیجانات و انجام واکنش‌های آن‌هاست و مادامی‌که تلاش شود با زیر سؤال بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی فرد، میزان اعتقاد شخص به آن‌ها کاهش یابد، مشکل فرد تا حد زیادی مرتفع می‌شود (leahy ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). شواهد نشان می‌دهد استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی می‌تواند مهارت‌های فردی و اجتماعی را ارتقا دهد به طوری‌که سپهرزاد و رستمی پور (۱۴۰۱) نشان داده است مداخله‌های شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطرابی و افزایش خودکارآمدی نوجوانان مؤثر است. همچنین پژوهش مرتضوی و لشکلائی (۱۳۹۸) نیز نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند ضمن ارتقای تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی از بروز رفتارهای منفی نوجوانان جلوگیری نماید. پژوهش کریمی (۱۳۹۶) نیز نشان از آن دارد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند بر کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان مؤثر باشد. پژوهش ژنگ و یی (Zheng & Ye, 2022) نیز گویای این بود که درمان شناختی رفتاری می‌تواند مهارت‌های اجتماعی نوجوانان را بهبود بخشد و موجب افزایش خودکارآمدی آنان گردد. همچنین تحقیق انجام‌شده توسط ویسلا و همکاران (Visla et al, 2022) نیز در نشان می‌دهد که استفاده از فنون رفتاردرمانی شناختی می‌تواند منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی گردد.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی دیگر از رویکردهای آموزش و درمانی است که باهدف افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و اجتماعی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد و از دسته درمان‌هایی است که به‌جای تغییر شناخت سعی در افزایش ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش دارد و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته سازی که به فرد تحمیل می‌شود (مصباح و همکاران، ۱۳۹۷). فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش، بر پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، عمل متعهدانه است (Bodden & Matthijssen, 2021). این رویکرد درمانی با استفاده از یک راهبرد تولید دانش که بر تحلیل رفتار بنا نهاده شده و آن را گسترش داده، توسعه یافته است که این تحلیل رفتار وابسته به عملکرد بوده و با آنچه افراد انجام می‌دهند سروکار دارد (Yıldız, 2020). فلسفه زیر بنایی این رویکرد بافت‌گرایی کارکردی است و شامل انجام اقدامات و اعمال مؤثری می‌گردد که فرد به‌واسطه عمیق‌ترین ارزش‌های انسانی در شرایطی که به‌طور کامل آماده و متعهد به ادامه مسیر ارزشی خود است هدایت می‌شود (Reyes, 2022). شواهد نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توسل بر تکنیک‌های آگاهی بخشی و افزایش توانمندی‌های شناختی می‌تواند زمینه افزایش توانمندی‌های اجتماعی را فراهم نماید به طوری‌که پژوهش رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی نوجوانان گردد و پژوهش مرادی بیدهندی و رسولی ساروی (۱۳۹۹) نیز نشان داده است که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اثرگذار است و می‌تواند سطح اولیه خودکارآمدی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی را کاهش دهد. پژوهش سلیمی نژاد و همکاران (۱۳۹۷) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی نوجوانان تأثیرگذار است. کالیتی و همکاران (Caletti et al, 2022) نیز در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر مشکلات مرتبط با اضطراب اجتماعی مؤثر باشد و به بهبود روابط اجتماعی نوجوانان منجر گردد. پترسون و همکاران (Petersen et al, 2022) نیز در پژوهشی نشان دادند که استفاده از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند توانمندی‌های اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی را ارتقا دهد.

با توجه به اینکه زندگی در خانواده‌های تک‌والد باعث می‌گردد تا نقش الگوپذیری در نوجوان به‌درستی محقق نگردد، این افراد بیشتر در معرض خطر آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند؛ به همین دلیل تعیین تأثیر روش‌هایی که بتواند بر

افزایش مهارت‌های اجتماعی آنان بیفزاید، می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در این رابطه داشته باشد همچنین با توجه به اینکه بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، پژوهشی که به مقایسه تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان تک والد، پرداخته باشد، صورت نگرفته است، این موضوع به‌عنوان یک خلأ پژوهشی، محقق را بر آن داشته تا به مقایسه این دو رویکرد در جامعه آماری پسران تک والد بپردازد. در خصوص چرایی مقایسه دو رویکرد مذکور در رابطه با متغیرهای پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود که چون هدف هر دو رویکرد اصلاح شناختی و افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی می‌باشد؛ اما درمان شناختی رفتاری به اصلاح الگوهای زیربنایی تفکر، بازسازی تحریفات شناختی و اثرگذاری بر تفکرات غیرمنطقی می‌پردازد (Pateraki & Morris, 2018)؛ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل را بررسی نموده و بر انعطاف‌پذیری روانی همراه با پذیرش تأکید دارد (Bodden & Matthijssen, 2021). بر همین اساس با توجه به این‌که هر دو این رویکردها می‌توانند منجر به افزایش و تصحیح شناختی گردد؛ در این پژوهش سعی بر این است تا به مقایسه تأثیر این دو رویکرد بر متغیرهای مذکور پرداخته شود. بر همین اساس و با توجه به اینکه نقص در خودکارآمدی اجتماعی می‌تواند زمینه را برای ابتلا به مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی فراهم نماید؛ و سلامت روانی و اجتماعی این گروه از نوجوانان را که قطعاً آینده‌سازان جامعه هستند با تهدید روبرو نماید؛ این پژوهش باهدف مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر تک والد انجام پذیرفته است. چراکه امید است یافته‌های این پژوهش بتواند گامی مؤثر در کاهش مشکلات مرتبط با سلامت روانی و اجتماعی آنان در اختیار درمانگران قرار دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان پسر تک والد متوسطه اول شهر بجنورد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند که در پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی نمره زیر ۵۰ دریافت نموده‌اند. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از دانش‌آموزان پسر تک والد است که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند. بدین منظور از میان دبیرستان‌های دولتی پسرانه متوسطه اول شهر بجنورد، تعداد ۲۰۰ دانش‌آموز تک والد شناسایی گردید و همه آن‌ها نسبت به تکمیل پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی اقدام نمودند. در ادامه از میان دانش‌آموزانی که در این ابزار نمره زیر ۵۰ دریافت کرده بودند، تعداد ۴۵ دانش‌آموز بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش در این تحقیق کسب نمره زیر ۵۰ در پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و به‌ترتیب تک والد بودن؛ تمایل به شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم شرکت هم‌زمان در پژوهش دیگر یا عدم دریافت روش آموزشی هم‌زمان دیگر بود. و مواردی همچون غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، شرکت هم‌زمان در مداخله‌ای دیگر و عدم تکمیل ابزارهای پژوهش نیز به عنوان ملاک‌های خروج پژوهش در نظر گرفته شد. روند اجرای پژوهش به این صورت بوده است که پس از تکمیل پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی توسط هر سه گروه به‌عنوان پیش‌آزمون، یکی از گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته تحت درمان شناختی رفتاری مطابق بسته آموزشی هیمبرگ و بک (Heimberg & Becke, 2002) قرار گرفت و گروه آزمایش دیگر نیز به‌صورت یک جلسه در هفته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق بسته آموزشی هایز و همکاران (Hayes et al, 2011) قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی ندید. در نهایت هر سه گروه به‌عنوان پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی را تکمیل نموده و بعد از مدت یک‌ماه یک دوره پیگیری برای هر سه گروه به اجرا درآمد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-25 با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد. شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی در جدول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱. شرح مختصر از جلسات رفتاردرمانی شناختی

| جلسات | محتوی درمان |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی با اعضا و معرفی قوانین گروه و تشریح نقش تفکرات در درمان شناختی، توضیح در خصوص نقش خودکارآمدی در زندگی و بیان اهداف راه‌اندازی گروه، بررسی انتظارات نوجوانان گروه از نتایج گروه، ارائه مدل شناختی رفتاری و مدل C-B-A برای تعاملات اجتماعی، تمرین ریلکسیشن و ایجاد آرامش هیجانی با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده. |
| جلسه دوم | بررسی نقش باورها در تولید رفتار، تشریح عملکرد بازسازی شناختی در اصلاح تفکرات تحریف‌شده، آشنایی با خطاها و تحریفات شناختی، تمرین تصحیح خطاهای فکری، تمرین ریلکسیشن و ایجاد آرامش هیجانی با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده. |
| جلسه سوم | بررسی پیامدهای رفتاری حاصل از باورهای ناکارآمد، تمرین در خصوص القای تفکر و تحلیل تفکرات به‌واسطه افزایش آگاهی شناختی، تمرین تکنیک پیکان عمودی رو به پایین، تمرین ریلکسیشن و ایجاد آرامش هیجانی با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده. |
| جلسه چهارم | تحلیل پیشرفته تکنیک پیکان عمودی رو به پایین و بیان نظرات اعضا در مورد استفاده از این تکنیک در ایجاد تفکرات مثبت، تمرین در خصوص شناسایی و طبقه‌بندی باورها منطقی و غیرمنطقی با تأکید بر محتوا و کلیت افکار، تمرین ریلکسیشن و ایجاد آرامش هیجانی با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده. |
| جلسه پنجم | ساخت چک‌لیست اصلی باورها و تلاش برای ایجاد پیش‌آگاهی در مورد تفکرات تحریف‌شده، ساخت و طراحی نقشه شناختی توسط اعضا با توسل بر بازسازی شناختی، تلاش برای درک تغییرپذیری باورهای ناکارآمد، تمرین ریلکسیشن و ایجاد آرامش هیجانی با تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده. |
| جلسه ششم | آموزش نحوه صحیح تحلیل کارآمدی باورهای منطقی، آموزش در خصوص ایجاد هماهنگی بین باورها، اظهارنظر اعضا در خصوص خودپنداره و تعاملات اجتماعی مثبت، استفاده از تکنیک ایفای نقش در خصوص یک موقعیت اجتماعی و بررسی افکار ایجادشده و تلاش برای بازسازی تفکر تحریف‌شده، تمرین در خصوص استفاده از تکنیک‌های صحبت کردن کارآمد و گوش دادن فعال هدفمند. |
| جلسه هفتم | بررسی تفکرات تحریف‌شده در ایجاد احساسات منفی در موقعیت‌های اجتماعی و تلاش برای جایگزین نمودن افکار تحریف‌شده از طریق بازسازی شناختی، استفاده از تکنیک وکیل مدافع در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا، استفاده از تکنیک ایفای نقش در خصوص یک موقعیت اجتماعی و بررسی افکار ایجادشده و تلاش برای بازسازی تفکر تحریف‌شده، تمرین در خصوص استفاده از تکنیک‌های ابراز وجود و قاطعیت |

جدول ۲. شرح مختصر از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوی درمان |
|------------|---|
| جلسه اول | تشریح قوانین گروه، آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، آشنایی با کلیات رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، تدوین تعهدات درمانی. |
| جلسه دوم | آشنا نمودن اعضا با مفاهیم و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توضیح در خصوص روش‌های و تکنیک‌های این رویکرد همچون تجربه احتراز، امتزاج و پذیرش، تهیه چک‌لیستی از فواید، عیوب و فنون مدیریت مشکلات با تأکید بر پذیرش و تعهد. |
| جلسه سوم | ارائه فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون تصور از خود، اظهار ناکارآمدی، تفکیک شناختی، بینش روانی و مدیریت مؤثر اتفاقات با استفاده از استعارات، آموزش تفکیک شناختی، شناخت روانی و تصور از خود. |
| جلسه چهارم | آموزش فنون درمانی، تأکید بر ایجاد بینش هیجانی و عقلایی، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این‌که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و این‌که این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. |
| جلسه پنجم | آموزش فنون درمانی به‌عنوان بافتار و تکرار تکنیک‌های توجه آگاهی و یاددهی شکیبایی، به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود |
| جلسه ششم | آموزش خودکارآمدی (مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی، ارائه فنون درمانی قابلیت‌های فردی و آشکارسازی قابلیت‌ها و یاددهی تنظیم هیجان‌ها |
| جلسه هفتم | ارائه فنون درمانی قابلیت‌های فردی و افزایش کارایی بین فردی، آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت) تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر |

ابزار پژوهش

پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی (SES) (Self-Efficacy Questionnaire): پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی ابزاری است ۲۲ سؤالی که توسط اسمیت و به تز (Smith & Betz, 2000) طراحی و اعتبار یابی شده است، این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت است که نشان‌دهنده میزان اعتماد فرد به خودش را در موقعیت‌های اجتماعی است و پاسخ به گویه‌ها از یک (اصلاً به خودم اعتماد ندارم) تا پنج (کاملاً به خودم اعتماد دارم) نمره می‌گیرند. سه گویه از این مقیاس به دلیل عدم تطابق فرهنگی حذف گردیده است که این گویه‌ها مربوط به گذاشتن قرار با جنس مقابل و شرکت در مهمانی رقص بوده است. از این رو حداقل نمره می‌تواند در این مقیاس ۲۲ و حداکثر آن ۱۱۰ باشد. به هر میزان نمره کمتری در این مقیاس به دست آورد نشان‌دهنده خودکارآمدی اجتماعی پایین اوست و کسب نمره بالا خودکارآمدی اجتماعی بالا را نشان می‌دهد. خط برش برای این مقیاس نمره ۵۰ است سازندگان این مقیاس پایایی ابزار را روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ و به روش باز آزمایی با فاصله سه‌هفته‌ای ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. روایی سازه این ابزار نیز توسط سازندگان آن به روش همگرا و واگرا از طریق همبستگی با مقیاس‌های اعتماد اجتماعی و کمرویی مطلوب گزارش گردیده است. در ایران نیز پایایی این ابزار توسط لطیفی و همکاران (۱۳۹۱) به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمده است.

یافته‌ها

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی رفتاری ۱۳/۱۱ و ۱/۰۴، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۳/۰۸ و ۱/۰۶ و در گروه کنترل ۱۳/۱۰ و ۱/۱۲ بود. شاخص‌های توصیفی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی اجتماعی برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پذیرش و تعهد | ۴۹/۶۷ | ۱۹/۶۵ | ۸۹/۱۳ | ۱۶/۰۸ | ۸۸/۲۰ | ۱۳/۸۲ |
| شناختی رفتاری | ۴۸/۴۷ | ۲۰/۷۲ | ۷۲/۲۷ | ۲۰/۵۳ | ۷۰/۴۷ | ۱۸/۵۶ |
| کنترل | ۴۹/۶۷ | ۱۷/۴۰ | ۴۹/۶۰ | ۱۸/۳۸ | ۵۰/۶۷ | ۱۷/۷۱ |

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات خودکارآمدی اجتماعی در آزمودنی‌های گروه‌های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل بوده و از پیش به آزمون به پس‌آزمون میانگین‌ها در گروه‌های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته است؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ($P > 0/05$). آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است ($P > 0/05$). آزمون موجلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت محقق شده است ($P > 0/05$ ، $\chi^2 = 0/004$ ، $w = 1/00$). نتایج بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودکارآمدی اجتماعی در گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌طور که درون آزمودنی قابل مشاهده می‌باشد میان متغیرهای پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری با متغیر کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین همان‌طور که درون آزمودنی قابل مشاهده می‌باشد در متغیرهای پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در بعد تعامل زمان نیز معنی‌دار بوده است بدین معنی که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز اثربخشی وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودکارآمدی اجتماعی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| مجدور اتا | sig | F | میانگین مجدورات | مجموع مجدورات | منبع تغییرات | گروه‌های آزمایش |
|--------------|-------|-------|--------------------|---------------|-----------------|-----------------|
| ۰/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۴۵/۸۳ | ۱۲۵۰۶/۴۱ | ۱۷۹۶۸/۰۷ | گروه | پذیرش و تعهد |
| ۰/۱۴ | ۰/۰۴ | ۴/۵۸ | ۲۸۵۶/۱۰ | ۲۸۵۶/۱۰ | گروه | شناختی رفتاری |
| ۰/۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۶/۲۱ | ۲۰۵۴۷/۴۱ | ۲۷۵۸۶/۰۶ | زمان | |
| ۰/۶۱ | ۰/۰۰۰ | ۸/۹۱ | ۲۹۸۵۴/۲۹ | ۳۲۵۴۷/۰۴ | زمان و گروه | پذیرش و تعهد |
| | | | ۱۸۶/۲۳ | ۲۵۳/۲۳ | خطا | درون |
| ۰/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۱۸/۵۱ | ۵۶۵۵/۳ | ۵۶۵۵/۱۳ | زمان | آزمودنی |
| ۰/۷۲ | ۰/۰۰۰ | ۲۲/۴۱ | ۷۱۵۵۶/۲۴ | ۷۵۵۲/۲۶ | زمان و گروه | شناختی رفتاری |
| | | | ۵۴۳/۲۲ | ۵۲۳/۲۱ | خطا | |

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

| پس‌آزمون-پیگیری | | پیش‌آزمون-پیگیری | | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | | گروه‌ها |
|-----------------|--------|------------------|----------------|--------------------|----------------|---------------|
| sig | اختلاف | sig | اختلاف میانگین | sig | اختلاف میانگین | |
| ۰/۹۹ | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۱ | -۳۸/۵۳ | ۰/۰۰۱ | -۳۹/۴۷ | پذیرش و تعهد |
| ۰/۴۶ | ۱/۸۰ | ۰/۰۳ | -۲۰/۰۰ | ۰/۰۲ | -۲۱/۸۰ | شناختی رفتاری |
| ۰/۹۹ | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۱ | -۳۸/۵۳ | ۰/۰۰۱ | -۳۹/۴۷ | کنترل |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه‌های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). در گروه کنترل تغییر معناداری در مراحل آزمون ایجاد نشده است ($P > 0/05$). مقایسه‌های بین گروهی در پس‌آزمون و پیگیری با آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ قابل مشاهده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

| پیگیری | | پس‌آزمون | | گروه‌ها |
|--------|----------------|----------|----------------|-----------------------------|
| sig | اختلاف میانگین | sig | اختلاف میانگین | |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۲۰ | ۰/۰۰۴ | ۶/۰۷ | پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری |
| ۰/۰۰۱ | ۱۲/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۱۳/۱۳ | پذیرش و تعهد- کنترل |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۷/۰۷ | شناختی رفتاری - کنترل |

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/01$). میانگین خودکارآمدی اجتماعی آزمودنی‌های این گروه‌ها بیشتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است. تفاوت خودکارآمدی اجتماعی آزمودنی‌های گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شناختی رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/01$). مقایسه میانگین‌ها نشان‌دهنده آن است که آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از خودکارآمدی اجتماعی بالاتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شناختی رفتاری بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر تک والد بود؛ که یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر تک والد اثربخش بوده و هر دو رویکرد موجب افزایش خودکارآمدی اجتماعی آنان شده است و اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری بیش از رفتاردرمانی شناختی است.

یافته‌های این تحقیق با پژوهش‌های سپهرزاد و رستمی پور (۱۴۰۱)، کرباسدهی و همکاران (۱۴۰۱)، مرادی بیده‌ندی و رسولی ساروی (۱۳۹۹)، مرتضوی و لشکلایی (۱۳۹۸)، سلیمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، کریمی (۱۳۹۶)، پترسون و همکاران (Petersen et al, 2022)، کالیتی و همکاران (Caletti et al, 2022)، ویسلا و همکاران (Visla et al, 2022)، ژنگ و یی (Zheng & Ye, 2022) همسو و هماهنگ است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی می‌توان گفت که رفتاردرمانی شناختی منجر به اصلاح باورهای اشتباه و خطاهای شناختی می‌گردد و می‌تواند مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و شناختی مراجعین را افزایش دهد و این افزایش توانمندی‌ها موجبات خودکارآمدی اجتماعی را فراهم می‌آورد چراکه خودکارآمدی اجتماعی هنگامی ایجاد می‌گردد که افراد برآورد صحیحی از توانایی‌های خود در برقراری روابط بین فردی و حفظ و تداوم این ارتباطات داشته باشند و توانمندی در شناسایی و اصلاح تحریفات شناختی موجبات اصلاح رفتارهای اجتماعی معیوب را فراهم نموده و به افزایش خودکارآمدی کمک می‌نماید (سپهرزاد و رستمی پور، ۱۴۰۱). در رفتاردرمانی شناختی به افراد کمک می‌شود تا به بازسازی شناختی دست یابند و باورهای منفی ناکارآمد خود را اصلاح نمایند و مهارت‌های رفتاری خود را افزایش دهد بر همین اساس هنگامی که فرد مهارت‌های اجتماعی مؤثر را فراگیرد و ارتباطات اجتماعی او تسهیل گردد می‌تواند بدون اضطراب از برقراری ارتباط اجتماعی به زندگی خود ادامه داده و در تعاملات اجتماعی خود احساس خودکارآمدی نماید (کریمی، ۱۳۹۶). استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی منجر به شناخت بهتر افکار تحریف‌شده فرد می‌گردد و او را در رویارویی با احساسات خود توانمند می‌نماید و به او کمک می‌کند به صورت مؤثر به تعاملات اجتماعی بپردازد و در این مسیر به خودکارآمدی دست یابد (Visla et al, 2022). به باور بندورا مؤثرترین روش برای افزایش خودکارآمدی اجتماعی فراهم نمودن موقعیت‌هایی است که افراد بتوانند به طور موفقیت‌آمیزی مهارت‌هایی را برای افزایش اعتمادبه‌نفس تجربه کنند؛ بر همین اساس چون رویکرد شناختی رفتاری یک رویکرد آموزشی درمانی است که سعی در اصلاح تفکرات شناختی و آموزش توانمندی‌های رفتاری دارد، می‌تواند ضمن ارائه تکالیف رفتاری، توانمندی‌های فردی و اجتماعی را افزایش دهد (مرتضوی و لشکلایی، ۱۳۹۸). همچنین به توجه به اینکه تفکرات سوگیرانه افراطی از طریق تحریف در پردازش اطلاعات یک مسیر نادرست فکری را در مورد روابط اجتماعی فراهم می‌نماید، تکنیک‌های مورد استفاده در این رویکرد ضمن تأثیرگذاری بر این باورهای منفی موجبات کاهش اضطراب از موقعیت‌های اجتماعی را فراهم نموده و به فرد کمک می‌نماید به خودکارآمدی اجتماعی دست یابد (Zheng & Ye, 2022).

همچنین در تبیین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی می‌توان گفت که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مرتبط به گسلس شناختی به افراد کمک می‌کند تا انعطاف‌پذیری بیشتری در مدیریت افکار و قوانین ذهنی داشته باشند و بتوانند به نحوه مناسب‌تری شرایط اجتماعی را تشخیص دهند و شیوه‌های مؤثری را برای تعامل با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کنند، بیابند و به خودکارآمدی اجتماعی دست یابند (Caletti et al, 2022). این رویکرد با تأکید زیادی که بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و پذیرش و تعهد افکار مسئولیت‌ها دارد به فرد کمک می‌کند تا نگرش خود را نسبت به موقعیت‌های اجتماعی اصلاح نماید و سبک کارآمدی را در تعاملات اجتماعی برگزیند و مهارت‌های مدیریت رفتاری را در خود رشد دهد و به تعهدات خود نسبت به ارزش‌هایش پایبند گردد (مرادی بیده‌ندی و رسولی ساروی، ۱۳۹۹). روش‌های مورد استفاده در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تأکید زیادی بر کاهش آمیختگی شناختی دارد چراکه وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد، فرد می‌تواند از محتوای افکار گسلیده شود و یک فکر را یک حقیقت در نظر نگیرد و مادامی که فرد موفق به این موضوع می‌گردد، رفتار خود را در

راستای ارزش‌های اصلاح نموده و قادر می‌گردد با وجود افکار و احساسات ناخوشایند بر اساس ارزش‌های شخصی‌اش عمل نماید و به باور خودکارآمدی دست یابد (Petersen et al, 2022). همچنین می‌توان این‌گونه تبیین نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالت هیجانی مثبت باشد و تکنیک‌هایی همچون ذهن آگاهی و مراقبه موجب می‌گردند که فرد از انعطاف‌پذیری شناختی و اجتماعی بیشتری برخوردار گردد و سعی نماید تا شرایط و موقعیت‌های اجتماعی را از زوایای مختلف ببیند و به ضمن پذیرش موقعیت‌ها سعی در بهبود وضع موجود نماید که این مسئله باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می‌شود که همه این‌ها نهایتاً موجبات خودکارآمدی در روابط اجتماعی را فراهم می‌نماید (سلیمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۷).

در مجموع در خصوص تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان تک‌والد می‌توان گفت که چون دیدگاه شناختی حاصل افکار خود آیند و طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود است، اصلاح این تفکرات و باورهای غیرمنطقی و اثرگذاری بر طرح‌واره‌های ناسازگارانه فکری و الگوهای رفتاری منفی با استفاده از روش‌های مؤثر این رویکرد توانسته است به نوجوانان تک‌والد کمک نماید تا بتوانند به شناسایی، چالش کشیدن و تغییر افکار خود آیند و طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی دست یابند و توانمندی‌های خود را بیش‌ازپیش رشد دهند که منجر به افزایش مهارت‌های ارتباطی و باورهای اجتماعی آنان شده و خودکارآمدی اجتماعی را در آن‌ها افزایش داده است. همچنین در خصوص تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان تک‌والد نیز می‌توان گفت که چون خودکارآمدی اجتماعی نیاز به تغییر اساسی در اندیشه‌های و افکار فرد دارد و اقدام مناسب و هوشیارانه همراه با تعهد به ارزش‌ها را می‌طلبد، این رویکرد کمک نموده است تا نوجوانان تک‌والد تکنیک‌هایی همچون همجوشی زدایی از افکار و پذیرش واقعیات و برقراری تماس با لحظه حال و از همه مهم‌تر خویشتن مشاهده‌گر و اقدام متعهدانه را فراگرفته و ضمن به‌کارگیری این مهارت‌ها دید خود را در خصوص تعاملات اجتماعی اصلاح نموده و نسبت به آن متعهد گردند و خودکارآمدی اجتماعی را تجربه نمایند. در خصوص تأثیر بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رفتاردرمانی شناختی نیز می‌توان این‌گونه مطرح نمود که به نظر می‌رسد چون رفتاردرمانی شناختی بر تغییر دادن شکل یا محتوای افکار و هیجان‌ها در جریان درمان تأکید دارد اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن ایجاد آگاهی مراجعین در خصوص پذیرش مشکل به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌نماید؛ باعث تأثیرگذاری بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی شده است.

بر اساس آنچه تا کنون گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانان پسر تک‌والدی که از خودکارآمدی اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند، در صورتی که تحت آموزش بر اساس تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گیرند؛ می‌توانند توانمندی‌های شناختی خود را رشد داده و در اجتماع خودکارآمدی بهتری را بروز دهند. چرا که هر دو این رویکردها، می‌توانند موجب افزایش خودکارآمدی اجتماعی آنان گردند اما چون اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیر، بیشتر از رفتاردرمانی شناختی می‌باشد؛ توصیه می‌شود از رویکرد پذیرش و تعهد استفاده بیشتری گردد و از این دو روش در جهت افزایش توانمندی‌های اجتماعی پسران تک‌والد استفاده شود تا ضمن افزایش خودکارآمدی اجتماعی، از بروز مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی که آنان را تهدید می‌نماید پیشگیری کرد.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت در نمونه‌گیری اشاره داشت چراکه این پژوهش تنها نوجوانان پسر شهر بجنورد را مورد مطالعه قرار داده است بنابراین در تعمیم نتایج به دست آمده باید جانب احتیاط صورت گیرد. در مجموع پیشنهاد می‌شود موضوع خودکارآمدی اجتماعی به‌عنوان یک توانمندی اجتماعی در نوجوانان مورد توجه قرار گرفته و مداخلات آموزشی لازم از سوی روانشناسان و مشاوران مدارس صورت پذیرد. همچنین با توجه به تأثیر مثبت رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان تک‌والد، استفاده از این دو روش درمانی و آموزشی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش آموزشی به مشاوران و مسئولین مدرسه انجام پذیرد و در قالب آموزش ضمن خدمت، این برنامه‌ها معرفی گردد تا مشاوران بتوانند با بهره‌گیری از آن به بهبود مهارت‌های اجتماعی نوجوانان به‌عنوان آینده‌سازان کشور کمک نموده و بدین طریق نقش پیشگیرانه‌ای را در جهت کاهش مشکلات اجتماعی ایفا نمایند.

منابع

- انصاری، بهجت؛ تسبیح سازان، سیدرضا؛ خادمی، علی؛ رضایی، خالد. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴)، ۲۷۸-۲۹۸
- حاجی آبادی، مهدی؛ بهشته، نیوشا. (۱۳۹۵). رابطه‌ی مؤلفه‌های درون مدرسه‌ای و خودکارآمدی اجتماعی با اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۵(۳)، ۵۶-۷۷
- حسینی مهر، نجمه؛ خضری مقدم، نوشیروان؛ پوراحسان، سمیه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۷(۲)، ۳۳-۴۸
- رهر کرباسدهی، فاطمه؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ شاکری نیا، ایرج. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع. *مجله پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۳(۲)، ۱-۱۶
- سپهرزاد، سمیه؛ رستمی پور، الهام. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب امتحان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان شهرستان اصفهان، هشتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران
- سلیمی نژاد، سمیرا؛ رضائی، اکبر؛ آزموده، معصومه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر پرخاشگر. *مجله دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۴(۱)، ۱-۲۰
- کریمی؛ کلثوم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر مشکلات رفتاری، امید به زندگی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر خانواده طلاق شهر سنندج. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان*
- لطیفی، زهره؛ استکی آزاد، نسیم. (۱۳۹۱). اثربخشی بازسازی شناختی بر میزان خودکارآمدی اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و خواندن دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲(۵)، ۸۰-۹۸
- لی هی، رابرت. *تکنیک‌های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. ترجمه حمید پور، حسن؛ اندوز، زهرا. (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- مرادی بیدهدی، ریحانه؛ رسولی ساروی، ثمانه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی دختران نوجوان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی، ششمین همایش بین‌المللی روان‌شناسی مدرسه، تهران
- مرتضوی ولشکلایی، سید مهدی. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان پسر بزهکار. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی*
- مصباح، ایمان؛ حجت خواه، سید محسن؛ گل محمدیان، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲)، ۸۴-۱۰۰
- Aune, T., Juul, E. M. L., Beidel, D. C., Nordahl, H. M., & Dvorak, R. D. (2021). Mitigating adolescent social anxiety symptoms: the effects of social support and social self-efficacy in findings from the Young-HUNT 3 study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 441-449.
- Blackmore, C., Vitali, J., Ainscough, L., Langfield, T., & Colthorpe, K. (2021). A Review of Self-Regulated Learning and Self-Efficacy: The Key to Tertiary Transition in Science, Technology, Engineering and Mathematics (STEM). *International Journal of Higher Education*, 10(3), 169-177.
- Bodden, D. H., & Matthijssen, D. (2021). A Pilot Study Examining the Effect of Acceptance and Commitment Therapy as Parent Counseling. *Journal of Child and Family Studies*, 30(4), 978-988

- Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective*
- Erozkan, A., & Deniz, S. (2012). The influence of social self-efficacy and learned resourcefulness on loneliness. *the online journal of counselling and education*, 1(2), 21-35
- Fransson, E., Låftman, S. B., Östberg, V., & Bergström, M. (2018). Wellbeing among children with single parents in Sweden: Focusing on shared residence. The triple bind of single -parent families: Resources, employment and policies to improve well -being, 145 -167.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. *New York: Guilford Press*
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). Cognitive – behavioral group Therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. *New York: Guilford press*
- Heintz-Martin, V. K., & Langmeyer, A. N. (2020). Economic situation, financial strain and child wellbeing in stepfamilies and single-parent families in Germany. *Journal of Family and Economic Issues*, 41(2), 238-254
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Pateraki, E., & Morris, P. G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: a systematic review. *Journal of Asthma*, 55(5), 532-554
- Petersen, J. M., Davis, C. H., Renshaw, T. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2022). School-Based Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Anxiety: A Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Reyes, A. T. (2022). The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 3-12
- Smith, H., & Betz, N.E. (2000). Development and evaluation of a measure of social self-efficacy in college students. *Journal of Career Assessment*, 8 (3), 232-302.
- Stack, R. J., & Meredith, A. (2018). The impact of financial hardship on single parents: An exploration of the journey from social distress to seeking help. *Journal of family and economic issues* , 39(2), 233 - 242. [Link]
- Ten Brink, M., Lee, H. Y., Manber, R., Yeager, D. S., & Gross, J. J. (2021). Stress, sleep, and coping self-efficacy in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 50(3), 485-505.
- Van Gasse, D., & Mortelmans, D. (2020). With or Without You–Starting Single -parent Families: A Qualitative Study on How Single Parents by Choice Reorganise Their Lives to Facilitate Single Parenthood from a Life Course Perspective. *Journal of Family Issues* , 41(11), 2223 -2248. [Link]
- Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, 56(3), 657-690
- Yorks, J. (2022). Singled out no longer: The changing narratives and types of single-parent families. *Sociology Compass*, 16(2), e12951.
- Zheng, Y., & Ye, Y. (2022). Prediction of Cognitive-Behavioral Therapy using Deep Learning for the Treatment of Adolescent Social Anxiety and Mental Health Conditions. *Scientific Programming*, 2022.