

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive regulation of emotion, wisdom, rational thinking and social adjustment among the aggressive teenagers

Samira Salimynezhad*

Akbar Rezaei**

Masumeh Azmudeh***

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive regulation of emotion, wisdom, rational thinking and social adjustment among the aggressive teenagers that accrue in quasi-experimental research. The population of research consisted of the female students of high school, second grade, studying at the district 4 of Tabriz Education Department, in the school year of 2019-2020. Two schools were selected through random cluster method with Arnold & Buss aggressive Questioner 30 aggressive teenagers were selected voluntary and put randomly 15 female aggressive teenagers in two groups, acceptance and commitment group and control group. The experimental group was subjected to acceptance and commitment therapy in 10 2-hour sessions. ANCOVA test was used to analyze the data with soft word SPSS 24. The results showed that acceptance and commitment-based therapy had a positive effect on cognitive regulation of emotion, wisdom and social adjustment of aggressive teenagers of the studied variables so this treatment is useful for aggressive teenager with increased those variables.

Keywords: cognitive emotion regulation, wisdom, rational thinking, social adjustment, aggression

* PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

** **Corresponding author:** Associate Professor, Department of Educational Sciences, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran (akbar_rezaei@pnu.ac.ir)

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر پرخاشگر

سمیرا سلیمی نژاد*

اکبر رضائی**

معصومه آزموده***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر در یک طرح نیمه‌آزمایشی صورت گرفته است. جامعه‌ی این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر متوسطه‌ی دوره‌ی دوم ناحیه‌ی ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. از میان مدارس ناحیه‌ی چهار دو مدرسه به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری باس و پری به صورت داوطلبانه ۳۰ دانش‌آموز پرخاشگری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ده جلسه‌ی دو ساعته تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار آماری SPSS-۲۴ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد و سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر تأثیر مثبت دارد. می‌توان نتیجه گرفت که این روش با بهبود مؤلفه‌های مذکور در کاهش پرخاشگری نوجوانان مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی، سازگاری اجتماعی، پرخاشگری

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

** دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

akbar_rezaei@pnu.ac.ir

*** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که دانشمندان در هزاره جدید با آن مواجه می‌باشند پرخاشگری نوجوانان است. افرادی که نمی‌توانند احساس خشم خود را کنترل کنند از پرخاشگری برای تخلیه‌ی آن استفاده می‌کنند یا برخی ابراز پرخاشگری را راهی برای رسیدن به اهداف می‌پندارند. بعضی در برابر پرخاشگری ابراز شده علیه خود برای تلافی کردن پرخاشگری از خود بروز می‌دهند و بسیاری از رفتارهای پرخاشگری آمیز ناشی از یادگیری افراد از محیط هستند کودکان و نوجوانان به علت رشد نیافتگی عاطفی و هیجانی بیشتر در معرض آسیب‌های ناشی از پرخاشگری هستند و مواجهه دائمی با این رفتار از توانایی آنها در ایجاد اعتماد به اطرافیان، می‌کاهد و اعتماد به نفسشان را پایین می‌آورد، قدرت تطابق و سازگاری کودکان و نوجوانان کمتر و احتمال این‌که در صورت مواجهه با پرخاشگری، در آینده دست به پرخاشگری بزنند، بیشتر است (به نقل از علاقبندراد، دشتی و مرادی، ۱۳۸۲). تنظیم هیجان شکل خاصی از خود نظم بخشی می‌باشد که در مدیریت هیجان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند (سارنی، مومه و کمپوس^۱، ۱۹۹۸). آیزنبرگ و اسپینارد^۲ (۲۰۱۴) تنظیم هیجان را به عنوان فرایند ایجاد، حفظ، تعدیل و تغییر وقوع، شدت یا مدت احساسات درونی و هیجان‌ات مرتبط با انگیزش‌ها و فرایندهای روان شناختی تعریف می‌کنند که اغلب به منظور انجام یک هدف صورت می‌گیرند. از طرفی دیگر نوجوانان در مرحله رشدی اجتماعی شدن قرار دارند (میلون^۳، ۱۳۹۲). اجتماعی شدن، یک فرایند دوجانبه ارتباطی میان فرد و جامعه است و در طول حیات انسان این فرایند در دو مقوله یادگیری و یاد دادن ادامه می‌یابد (اسلامی نسب، ۱۳۹۳). با توجه به فرایند اجتماعی شدن و مراحل این فرایند، دوره نوجوانی را فشرده ترین دوره اجتماعی شدن و یکی از مهم‌ترین دوره‌های تحول می‌دانند. نوجوانان در این سنین، تعامل‌های اجتماعی کارآمدتری با همسالان و جامعه برقرار می‌کنند (شولتز و هویر^۴، ۱۹۷۶). اما اگر این تعاملات کنترل و هدایت نشده و یا با پرخاشگری همراه باشد می‌تواند سازگاری اجتماعی نوجوانان را کاهش دهد (هولیس-والکر و کولوسیمو^۵، ۲۰۱۱). از این رو امکان درگیر شدن نوجوانان با بحران عدم یکپارچگی و ناامیدی از زندگی افزایش می‌یابد و خرد آنان با اختلال

1. Saarni, Mumme, & Campos
2. Eisenberg & Spinrad
3. Milon
4. Schultz & Hoyer
5. Hollis-Walker & Colosim

مواجه می‌شود زیرا خردمندی نقطه پایانی مطلوب تحول هویت است که از طریق تسلط بر تعدادی از بحران‌ها و به‌طور خاص حل بحران یکپارچگی در مقابل ناامیدی در طول زندگی فرد به دست می‌آید (آردلت^۱، ۲۰۰۳). خرد شیوه‌های از تفکر، احساس و رفتار است که آثار مثبتی برای زندگی خود و دیگران به بار می‌آورد و در بافت زندگی ظاهر می‌شود. (نوقابی و رضایی، ۱۳۹۶). در این میان پرخاشگری با ایجاد محدودیت در خرد، تسلط بر بحران‌های دوران نوجوانی را با مشکل مواجه می‌سازد و تفکر منطقی نوجوان را نیز محدود می‌سازد. تفکر منطقی، شامل بررسی فعال، پایدار و دقیق هر عقیده یا دانشی است (فیشر، ۱۳۸۵).

برای درمان پرخاشگری از روش‌های متفاوتی استفاده شده است، با این حال عدم موفقیت روش‌های رایج‌شناختی-رفتاری سستی، لزوم انجام بررسی روی آورده‌های نوین شناختی-رفتاری برای درمان پرخاشگری را مشخص می‌کند. در حال حاضر درمان‌های شناختی-رفتاری و به ویژه شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم اختلال‌های روانی به کار رفته است (گودفرین و ون‌هرینگن^۲، ۲۰۱۰). در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان تعهد و پذیرش ریشه در رفتارگرایی دارد اما به وسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (رودیت و رویینسون^۳، ۲۰۱۱). در این شیوه درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (لامار، ویاتروسکی و لوئیس درایور^۴، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش استادیان خانی و فدایی مقدم (۱۳۹۶)، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب افزایش سازگاری اجتماعی شده و میزان اضطراب اجتماعی از در میان افراد دارای معلولیت جسمی کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش لئون، کورتی، کاواگنولا، هلی و نونه^۵ (۲۰۱۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای را افزایش دهد و همچنین فرصت‌هایی را برای هماهنگی با چنین ارزش‌هایی فراهم کرده و سازگاری اجتماعی در محیط کاری افزایش دهد.

1. Ardlet
2. Godfrin & Van Heeringen
3. Roditt & Robinsson
4. Lamar, Wiatrowski, & Lewis-Driver
5. Leoni, Corti, Cavagnola, Healy, & Noone

بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی این پژوهش دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره‌ی دوم ناحیه چهار آموزش و پرورش شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود (۴۲۰۳۱ دانش‌آموز). ابتدا از میان مدارس ناحیه‌ی مذکور دو مدرسه به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و در مجموع دانش‌آموزان دختر متوسطه‌ی دوره‌ی دوم در هر مدرسه تعداد ۲۰۰ پرسش‌نامه اولیه یعنی در مجموع ۴۰۰ پرسش‌نامه جهت غربالگری پرخاشگری در مدارس توزیع گردید که از این میان ۱۰۰ نفر دارای ملاک‌های لازم برای پرسش‌نامه پرخاشگری بوده که ۱۵ نفر از دختران هر مدرسه که مستعدتر بوده به‌صورت داوطلبانه انتخاب و در ۲ گروه، گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه به‌صورت تصادفی قرار داده شد. قبل از آغاز درمان با هماهنگی مدیریت مدارس جلسه توجیهی برای والدین این دانش‌آموزان جهت شرکت و همکاری بیشتر دانش‌آموزان و ارائه برگه رضایت والدین جهت موافقت آن‌ها از شرکت فرزندانش در دوره‌های مذکور همه دریافت گردید. قبل از آغاز جلسات درمانی همزمان به هر دو گروه ابزار پرسش‌نامه خرد، تفکر منطقی، تنظیم شناختی هیجان، سازگاری اجتماعی ارائه گردید که روایی و پایایی ابزارها در ذیل آورده شده است.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی ارزش‌های بنیادین^۱ (FVS): این پرسش‌نامه توسط جیسون، رایکلر، کینگ، دریک، کاماچو و مارچس^۲ (۲۰۰۱) ساخته شده و شامل ارزش‌های بنیادین از جمله سرزندگی، هارمونی، قضاوت خوب و ارتباط با طبیعت می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۲۳ ماده در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. جیسون و همکاران (۲۰۰۱) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مؤلفه‌های هارمونی، گرما، هوش و ارتباط با طبیعت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۶۲، ۰/۷۸، ضرایب

1. Fundamental Values Scale

2. Jason, Reichler, King, Madsen, Camacho, & Marchese

پایایی بازآزمایی ۰/۶۲ تا ۰/۷۸ و ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۷۸؛ و نوقایی و رضایی (۱۳۹۶) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری آرنولد اچ باس و پری^۱ (AGQ): پرسش‌نامه پرخاشگری AGQ یک مقیاس خود گزارش دهی مداد کاغذی است. این پرسش‌نامه را باس و پری^۲ در سال ۱۹۹۲ آن را ساخته است که دارای ۳۰ سؤال است که ۱۴ سؤال آن «خشم»، ۸ سؤال «تهاجم» و ۸ سؤال دیگر عامل «کینه توزی» را می‌سنجد. و هر چه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد میزان پرخاشگری او بیشتر است. زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۹) ضرایب بازآزمایی به‌دست آمده بین نمره‌های آزمودنی در دو نوبت ۰/۶۴ و ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بوده است. ضریب آلفای کل نمرات پرسش‌نامه ۰/۸۹ است. و نیز سامانی (۱۳۸۶) از روایی مطلوب و ضریب پایایی این پرسش‌نامه را به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ به‌دست آورد.

پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان^۳ (CERQ): این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون^۴ (۲۰۰۲) تدوین شده است. پرسش‌نامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارشی است، و دارای ۳۶ ماده می‌باشد که نحوه پاسخ به آن بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در این پرسش‌نامه به دو دسته کلی سازش‌یافته (انطباقی) و سازش‌نیافته (غیرانطباقی) تقسیم می‌شود که از مجموع نمره مربوط به زیر مقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازش‌یافته؛ و از مجموع نمره خرده‌مقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای سازش‌نیافته به‌دست می‌آید. در پژوهش از روایی مطلوب و ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه گشت که برای سرزنش خود ۰/۷۲، پذیرش ۰/۷۱، نشخوار فکری ۰/۷۴، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۳، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۰/۷۵، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۸، دیدگاه‌گیری ۰/۷۴، فاجعه‌انگاری ۰/۷۰ و سرزنش دیگری ۰/۷۸

-
1. Aggration Questionnaire
 2. Buss & Perry
 3. Cognation Emotion Regulation Questionnaire
 4. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

و برای کل تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۴ به دست آمد و نیز بشارت و بزازیان (۱۳۹۲) بیان کردند ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار رضایت بخش و ضریب پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه با فاصله‌ی دو تا چهار هفته معنی‌دار گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه‌ی تفکر منطقی (RTQ): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۰ توسط کمبر^۱ و همکاران طراحی شده که دارای ۱۶ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی تفکر منطقی (تأملی) افراد از ابعاد مختلف (انجام کارها بر طبق عادت، انجام کارها بر طبق درک و فهم، انجام کارها بر طبق تفکر تأمل و انجام کارها بر طبق تفکر انتقادی) می‌باشد. طیف نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب=۴، همیشه=۵) می‌باشد. از نظر روایی مورد تأیید سازنده این پرسش‌نامه بوده است و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شده است که معادل ۰/۷۳ به دست آمد (کمبر و همکاران، ۲۰۰۰) و هم‌چنین توسط اسماعیلی و تقی‌زاده (۱۳۹۶) بر روی ۶۳۶ دانشجوی صورت گرفته است که از روایی صوری و محتوایی قابل قبولی برخوردار است و روایی عاملی پرسش‌نامه کلیه شاخص‌های نیکویی برازش مدل را با درجه آزادی ۱/۸۵ تأیید می‌کند.

پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی^۲ (SSQ): مقیاس سنجش سازگاری اجتماعی کودک و نوجوانان را ماتسون، اسولد داوسون و کازدین^۳ در سال ۱۹۳۸ برای سنجش سازگاری اجتماعی افراد ۴ تا ۱۸ سال تدوین کرده‌اند. پاسخ‌های داده شده به این مقیاس براساس شاخص ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. این مقیاس شامل ۵۶ عبارت است که سازگاری اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود و رابطه با همسالان را می‌سنجد (به نقل از یوسفی و خیر، ۱۳۸۱). این مقیاس از همسانی درونی، پایایی و بازآزمایی بالا و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است (ماتسون و همکاران، ۱۹۸۳، به نقل از یوسفی و خیر، ۱۳۸۱). یوسفی و خیر (۱۳۸۱) روایی آن را مطلوب و مناسب و هم‌چنین پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش

به گروه پذیرش و تعهد نیز به مدت ۱۰ جلسه هر هفته ۱ جلسه به مدت ۲ ساعت (طبق

-
1. Kember
 2. Social Skill Questionnaire
 3. Matson, Esveldt-Dawson, & Kazdin

جدول ۱) آموزش‌ها و تکنیک‌های لازمه جهت کنترل پرخاشگری ارائه گردید ولی به گروه کنترل آموزشی ارائه نگردید. در پایان به هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها ارائه گردید و بعد از جمع‌آوری امتیازبندی شدند. در پژوهش حاضر جهت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از کتاب زیستن با ریتم زندگی و نه با آهنگ خشم ایفورت، مکی و فورسایت^۱ (۱۹۵۲) استفاده شد. نویسندگان این اثر راهکارهایی عملی برای درک افسانه خشم و حل آن به کمک رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه می‌دهد. روایی محتوایی این پروتکل توسط ۱۰ تن از اساتید روان‌شناسی تهران و تبریز با سابقه بیش از ۱۰ سال در این زمینه مورد تأیید واقع شد.

جدول ۱

خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایفورت و همکاران، ۱۹۵۲)

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل، و به چالش کشیدن مهارگری
سوم	آموزش نوامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش کرده است
چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای مهارگری و ایجاد گسلسن شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار، انتخاب و مرور جلسات پیشین، و ارائه تکالیف
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها
هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال، و آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه
نهم	تکرار و یادآوری موارد غیرقابل کنترل و ایجاد حس درماندگی؛ تنظیم و دستیابی به اهداف واقعی و قابل دستیابی؛ ایجاد تعهد و برداشتن گام و انعطاف‌پذیری
دهم	بازنگری به تکلیف داده شد. بحث مجدد و انجام تکنیک‌های آموزش داده شده و رسیدگی به موانع عدم موفقیت در اجرا؛ تأکید به پایبندی به احترام؛ بحث در مورد انتخاب تکنیک‌های متناسب برای هر فرد در موارد ایجاد خشم؛ پاسخگویی به سؤالات و انجام پس‌آزمون.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد و برای بررسی اثربخشی درمان در هر متغیر از آنالیز کوواریانس تک متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تنظیم شناختی سازمان تابا یافته	پیش‌آزمون	۱۵	۲۸/۰۳	۸/۰۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۳۰/۱۸	۷/۹۲
	کنترل	۱۵	۲۶/۵۹	۷/۳۸
	پس‌آزمون	۱۵	۲۰/۴۸	۶/۶۶
	کنترل	۱۵	۳۵/۲	۵/۶۵
	پیش‌آزمون	۱۵	۲۸/۵۳	۷/۰۶
تنظیم شناختی سازمان یافته	پس‌آزمون	۱۵	۳۴/۲	۵/۹۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۴۰	۵/۳۸
	کنترل	۱۵	۷۶/۳۳	۱۵/۸۸
	پیش‌آزمون	۱۵	۶۴/۷۳	۱۳/۹۸
	کنترل	۱۵	۷۴/۲۶	۱۴/۵۵
	پس‌آزمون	۱۵	۹۶/۴۶	۱۲/۹۷
خرد	پیش‌آزمون	۱۵	۵۷/۶	۳/۸۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۵۷/۸۶	۸/۴۶
	کنترل	۱۵	۵۶/۷۳	۴/۱۳
	پس‌آزمون	۱۵	۶۲/۴۶	۷/۶
	کنترل	۱۵	۱۴۹/۵۳	۳۱/۲۷
	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴۳/۴	۲۱/۷۸
تفکر منطقی	پس‌آزمون	۱۵	۱۴۸/۶۶	۱۱/۸۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۱۶۵/۶۶	۲۲/۵۵
	کنترل	۱۵	۱۴۹/۵۳	۳۱/۲۷
	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴۳/۴	۲۱/۷۸
	کنترل	۱۵	۱۴۸/۶۶	۱۱/۸۶
	پس‌آزمون	۱۵	۱۶۵/۶۶	۲۲/۵۵
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴۳/۴	۲۱/۷۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۱۴۸/۶۶	۱۱/۸۶
	کنترل	۱۵	۱۴۹/۵۳	۳۱/۲۷
	پس‌آزمون	۱۵	۱۶۵/۶۶	۲۲/۵۵
	کنترل	۱۵	۱۴۸/۶۶	۱۱/۸۶
	پس‌آزمون	۱۵	۱۶۵/۶۶	۲۲/۵۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته و در متغیر تنظیم شناختی سازش‌نیافته کاهش داشته است.

جدول ۳

نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیرها	مقدار F	درجه آزاد ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
تنظیم شناختی سازش‌یافته	۲/۹۴	۲	۴۴	۰/۰۶۰
تنظیم شناختی سازش‌نیافته	۴/۰۲	۲	۴۴	۰/۰۲۰
خرد	۵/۲۶	۲	۴۲	۰/۰۱۹
تفکر منطقی	۰/۰۱	۲	۴۲	۰/۸۹۰
سازگاری اجتماعی	۰/۷	۲	۴۲	۰/۵۰۲

نتایج آزمون لون جهت بررسی تساوی واریانس نمرات گروه‌ها در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، تفکر منطقی، خرد و سازگاری اجتماعی نشان داد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است بنابراین با ۰/۹۵ اصمیان می‌توان بیان کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون یکسان هستند. همچنین برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک (جدول ۴) استفاده گردید.

جدول ۴

آزمون شاپیروویلک برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع مقادیر متغیرها

متغیر	گروه	تعداد آزمون	سطح معنی‌داری
تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۰۸
	پس‌آزمون	کنترل	۰/۱۱
سازمان‌یافته	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۰۸
	پس‌آزمون	کنترل	۰/۱۱
تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳
سازمان‌یافته	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳

ادامه جدول ۴

آزمون شاپیروویلیک برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع مقادیر متغیرها

متغیر	گروه	تعداد آزمون	سطح معنی داری
خرد	پیش آزمون	۱۵	۰/۸۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۹۱
	پس آزمون	۱۵	۰/۹۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۹۳
تفکر منطقی	پیش آزمون	۱۵	۰/۵۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۸۳
	پس آزمون	۱۵	۰/۹۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۲۳
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۵	۰/۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۹۶
	پس آزمون	۱۵	۰/۵۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۸۳
پس آزمون	کنترل	۱۵	۰/۵۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۸۶
پس آزمون	کنترل	۱۵	۰/۲۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۹۲
پس آزمون	کنترل	۱۵	۰/۲۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۰/۹۳

جدول ۵

نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه پس از کنترل پیش آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی داری (Eta)	اندازه اثر
تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته)	پیش آزمون	۳۴/۲۰	۱	۳۴/۲۰	P<۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۴۴/۳۲	۱	۴۴/۳۲		
تنظیم شناختی هیجان (سازش نیافته)	پیش آزمون	۲۶/۵۶	۱	۲۶/۵۶	P<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۱۵/۹۱	۱	۱۵/۹۱		
خرد	پیش آزمون	۷۴/۲۶	۱	۷۴/۲۶	P<۰/۰۱	۰/۲۰
	گروه	۸۰/۳۶	۱	۸۰/۳۶		
تفکر منطقی	پیش آزمون	۷۳/۵۶	۱	۷۳/۵۶	P<۰/۰۰۰	۰/۳۲
	گروه	۸۸/۲۴	۱	۸۸/۲۴		
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۴۸/۶۶	۱	۱۴۸/۶۶	P<۰/۰۰۱	۰/۴۵
	گروه	۱۷۰/۳۲	۱	۱۷۰/۳۲		

در نهایت مطابق جدول ۴ ملاحظه می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد تمامی متغیرها در بین نوجوانان دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. در نتیجه آزمون‌های پارامتری استفاده شده برای متغیرهای مورد نظر در این تحقیق مناسب می‌باشند. همچنین به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و هم‌پراش بررسی شد که نتایج نشان داد که در متغیرهای تنظیم شناختی سازش‌یافته، تنظیم شناختی سازش‌نیافته، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نیستند.

نتایج جدول ۵ نشان داد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون بین نمره متغیرهای تنظیم شناختی سازش‌یافته، تنظیم شناختی سازش‌نیافته، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). در نتیجه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش تنظیم شناختی سازش‌یافته به میزان ۴۱ درصد، در کاهش تنظیم شناختی سازش‌نیافته به میزان ۳۲ درصد، در افزایش خرد به میزان ۳۲ درصد، در افزایش تفکر منطقی به میزان ۲۰ درصد و در افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر به میزان ۴۵ درصد اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس فرضیه تحقیق، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، خرد، تفکر منطقی و سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر مؤثر است. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان اثربخشی مثبت و معنی‌داری دارد که خود باعث افزایش راهکارهای سازش‌یافته و کاهش راهکارهای سازش‌نیافته گردیده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لوماس، باند، ماسودا و لیلیس^۱ (۲۰۰۶) و محمدی و وفایی مقدم (۱۳۹۹)، یراقچی، جمهری، صیرفی، کراسکیان موجمباری و محمدی فارسانی (۱۳۹۸)، رحمانیان، دهستانی و علوی (۱۳۹۷) و محمدی، صالح زاده و نصیریان (۱۳۹۴) همسو می‌باشد که در تبیین این یافته می‌توان اظهار

1 Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

کرد می‌توان گفت که این درمان بر روی شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخگویی به محرک‌های ناخوشایند درونی متمرکز می‌شود. هدف‌های اصلی این درمان بر روی زندگی وجودی پرمعنا، زندگی کردن بر اساس ارزش‌های سازمان‌یافته فرد، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی است. در نهایت می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مفاهیم پذیرش (درک و قبول کردن درد و رنجی که زندگی به ناچار با خود به همراه دارد)، ذهن آگاهی (متمرکز شدن بر زمان حال و افزایش طاقت و تاب آوری بیشتر برای هیجان‌های منفی) و گسلش (دوری جستن از هیجانات منفی و تداعی شده در ذهن) طراحی شده است، بایستی به کاهش مشکلات هیجانی منجر شود که نتایج پژوهش حاضر حاکی از تایید این انتظار می‌باشد (هالند^۱ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کراسبی و توهیگ^۲، ۲۰۱۶).

یافته بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرد نوجوانان پرخاشگر اثربخشی مثبت و معنی‌داری دارد که این یافته با نتایج امید و قاسم‌زاده و دهقان (۱۳۹۷) و کاکاوند، باقری و شیرمحمدی (۱۳۹۴) و هوگس، کلارک، کلکلاف، دیل و مک‌میلان^۳ (۲۰۱۷) همخوانی دارد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابل آن، اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت (پراقچی و همکاران، ۱۳۹۸؛ آقایی و حیدری^۴، ۲۰۱۶؛ هیل، ماسادا، مور و توهیگ^۵، ۲۰۱۵). در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی می‌یابد. در مرحله‌ی سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب

-
1. Haaland
 2. Crosby & Twohig
 3. Hughes, Clark, Colclough, Dale, & McMillan
 4. Aghaei & Heidari
 5. Hill, Masuda, Moore, & Twohig

عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روش‌شناسی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). بر همین اساس نوجوانانی که در معرض این درمان قرار می‌گیرند نسبت به هم سن و سال‌های خود و افرادی که در معرض این درمان نیستند با تکیه بر موارد ذکر شده از میزان خرد بیشتری برخوردارند و رفتارهای خود را با توجه به موقعیت مناسب کنترل و انجام می‌دهند.

یافته بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر منطقی نوجوانان پرخاشگر اثربخشی مثبت و معنی‌داری دارد که این یافته با نتایج هولبرت ویلیامز، استوری، ویلسون^۱ (۲۰۱۵)، عبدالله‌پور، حافظی، احتشام‌زاده و نادری (۱۳۹۷) و رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته نیز می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را از همان جلسه اول درباره علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب آگاه می‌کند و این تغییر نگرش از همان ابتدا در افراد شکل می‌گیرد (واین^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که دارای تفکر منطقی قوی هستند در مقایسه با افرادی که از تفکر منطقی کمتری برخوردارند در شرایط استرس‌زا کمتر دچار آشفتگی شده و در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا معمولاً در تعامل بیشتری با محیط هستند. این افراد به واسطه‌ی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در وهله اول با تغییر روابط، تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. مزیت روش درمان تعهد و پذیرش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هایز و همکاران، ۲۰۰۶).

-
1. Hulbert-Williams, Storey, & Wilson
 2. Wynne

یافته بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی نوجوانان پرخاشگر اثربخشی مثبت و معنی‌داری دارد که این یافته با نتایج وولز، سوودن و اشورث^۱ (۲۰۱۴) و پورفرج عمران (۱۳۹۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که از آنجاکه شرط بقای زندگی انسان جنبه اجتماعی آن است، رشد اجتماعی افراد در تعامل با دیگران و پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. بنابراین ایجاد مشکلات سازگاری اجتماعی می‌تواند روی تعهدات فردی و اجتماعی اثر بگذارد و موجب مشکل‌هایی در سلامت فردی و اجتماعی گردد (پیتو، کینه‌ویس، اسلویسون، چستر، اسلوس و یاپ^۲، ۲۰۱۷؛ وولز و همکاران، ۲۰۱۴؛ دوارته، بوردین، یازیگی و مونی^۳، ۲۰۰۵). زمانی که روابط اجتماعی گسسته شود، توانایی تنظیم و مدیریت رفتار نیز از بین می‌رود. کمبود یا نبود روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می‌دهد، می‌تواند روی انگیزه و سلامت روانی فرد تأثیر منفی گذاشته و سبب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خودپنداره منفی، ناامیدی، عزت نفس ضعیف، انزوا و رضایت‌مندی کم از زندگی شود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این مهارتها را یاد گرفته و در افزایش سازگاری مجدد خود بکار می‌برند (امرسون و لیوولن^۴، ۲۰۰۸).

از محدودیت‌های تحقیق در این پژوهش، آزمودنی‌ها فقط به گروه تحولی نوجوان و دختر تعلق داشتند، که نتایج را نمی‌توان به بقیه سنین و گروه‌های تحولی مانند کودکان و جوانان و پسران تعمیم داد. از سویی به علت همزمانی شیوع بیماری کرونا امکان پیگیری بعد از درمان وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده برای بررسی استفاده شود و نتایج آن با یافته‌های فعلی مقایسه شود و نیز مشابه این پژوهش روی نوجوانان پسر و سنین بالاتر از نوجوانی صورت گیرد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان حاضر در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

1. Vowles Sowden, & Ashworth
2. Pinto, Kienhuis, Slevison, Chester, Sloss, & Yap
3. Duarte, Bordin, Yazigi, & Mooney
4. Emerson and Llewellyn

منابع

فارسی

استادیان خانی، زهرا و فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی. *مجله توانبخشی*، ۱۸(۱)، ۶۳-۷۲.

اسلامی نسب، علی (۱۳۹۳). *روان‌شناسی سازگاری*. تهران: نشر بنیاد. امید، مجید؛ قاسم‌زاده، سوگند و دهقان، حمیدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی - هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات ناتوانی*، ۸(۸۷)، ۸-۱. ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.

بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.

پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *مجله دانش و تندرستی*، ۶(۲)، ۵-۱.

رحمانیان، مهدیه؛ دهستانی، مهدی؛ و علوی، سید فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان. *شناخت اجتماعی*، ۷(۱)، ۹۱-۱۰۴.

زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن؛ و شکرکن، حسین. (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۷(۱-۲)، ۱۰۲-۷۳.

سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی*، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.

عبدالله‌پور، میثم؛ حافظی، فریبا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ و نادری، فرح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان

- روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سالمندان ساکن در خانه سالمندی. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۴)، ۳۳۵-۳۲۳.
- علاقبندراد، جواد؛ دشتی، بهنوش؛ مرادی، مازیار. (۱۳۸۲). مواجهه با خشونت در نوجوانان: عوامل شناختی-رفتاری و انعطاف‌پذیری. *تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۲)، ۳۶-۲۶.
- فیشر، رابرت (۱۳۸۵). *آموزش تفکر به کودکان*. ترجمه مسعود صفایی مقدم و افسانه نجاریان. اهواز: انتشارات رسش.
- کاکاوند، علیرضا؛ باقری، محمدرضا؛ و شیرمحمدی، فرهاد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی. *روانشناسی پیری*، ۱(۳)، ۱۶۹-۱۷۸.
- محمدی، کوروش و وفایی مقدم، ملودی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس در زنان دارای اختلال خوردن. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱۰)، ۷-۱.
- محمدی، لیلا؛ صالح‌زاده، مریم؛ و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۶۱-۸۵۳.
- میلون، تئودور. (۱۳۹۲). *پدیدارشناسی و روان‌درمانی*. ترجمه کرامت‌الله موللی. تهران: انتشارات رشد.
- نوقابی، جهان، رشید و رضایی. (۱۳۹۴). سنجش خرد در ایران (معرفی و اعتباریابی ۳ ابزار)، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۲)، ۲۱۲-۱۸۷.
- پراقچی، آزاده؛ جمهری، فرهاد؛ صیرفی، محمدرضا؛ کراسکیان موجهباری، آدیس؛ محمدی فارسانی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۷(۲)، ۲۰۱-۱۹۲.
- یوسفی، فریده و خیر، محمد. (۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستانی در این مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۸(۲)، ۱۵۸-۱۴۷.

لاتین

- Aghaei, A., & Heidari, P. (2016). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resiliency of female with psoriasis*. Conference: ACBS World Conference 14, Seattle, Washington, United States.
- Ardelt, M. (2003). Empirical assessment of a Threedimensional Wisdom Scale. *Research on Aging*, 25(3), 275-324.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9(4), 416-427.
- Eifert, G. H., McKay, M., & Forsyth, J. P. (1992). *ACT on life not on anger*. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2014). Multidimensionality of prosocial behavior: Rethinking the conceptualization and development of prosocial behavior. In L. M. Padilla-Walker & G. Carlo (Eds.), *Prosocial development: A multidimensional approach* (pp. 17-39). Oxford: Oxford University Press.
- Emerson, E., & Llewellyn, G. (2008). The mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(1), 9-53.
- Garnefski, N. Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 131-1327.
- Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738-746.
- Haaland, A. T., Eskeland, S. O., Moen, E. M., Vogel, P. A., Haseth, S., Mellinger, K., ... & Hummelen, B. (2017). ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 109-116.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

- Hill, M. L., Masuda, A., Moore, M., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. *Clinical Case Studies, 14*(2), 141-154.
- Hollis-Walker, L. H., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*, 222-227.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 33*(6), 552-568.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care, 24*(1), 15-27.
- Jason, L. A., Reichler, A., King, C., Madsen, D., Camacho, J., & Marchese, W. (2001). The measurement of wisdom: A preliminary effort. *Journal of Community Psychology, 29*(5), 585-598.
- Kember, D., Leung, D. Y., Jones, A., Loke, A. Y., McKay, J., Sinclair, K., ... & Yeung, E. (2000). Development of a questionnaire to measure the level of reflective thinking. *Assessment & Evaluation in Higher Education, 25*(4), 381-395.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: an overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management, 7*(3), 216-221.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management, 7*, 216-221.
- Pinto, R. A., Kienhuis, M., Slevison, M., Chester, A., Sloss, A., & Yap, K. (2017). The effectiveness of an outpatient acceptance and commitment therapy group programme for a transdiagnostic population. *Clinical Psychologist, 21*(1), 33-43.
- 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*, 41-49.
- Matson, J. L., Esveldt-Dawson, K., & Kazdin, A. E. (1983). Validation of methods for assessing social skills in children. *Journal of Clinical Child Psychology, 12*(2), 174-180.
- Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed. Vol. 3.) Social, emotional, and personality development (pp. 237-309). New York: Wiley.

- Schultz, N. R., & Hoyer, W. J. (1976). Feedback effects on spatial egocentrism in old age. *Journal of Gerontology*, 31(1), 72-75.
- Vowles, K. E., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). A comprehensive examination of the model underlying acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Behavior Therapy*, 45(3), 390-401.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.



© 2018 Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).