

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۴/۱۶

تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۱۱/۶

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان پسر پایه نهم

عباس هانی اصل حیزانی\*، علی فرنام\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان پسر پایه نهم بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش-آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۴ نفر با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۷ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت دو ماه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد و گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی را دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه امیدواری اشنایدر و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر روی امیدواری و هیجانات منفی دارد و باعث افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی در دانش‌آموزان پسر پایه نهم شد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان پسر مورد کاربرد قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، امیدواری، هیجانات منفی، دانش‌آموزان پسر.

\* دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

\*\* دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول)

**مقدمه**

نوجوانی دوره انتقالی است که در آن فرد از امنیت کودکی به سوی مسئولیت‌پذیری و امتیازات بزرگسالی حرکت می‌کند (فرنام، ۱۳۹۷). نوجوانی یک دوره طبیعی از فرایند رشد انسان است؛ اما معمولاً خود به‌عنوان یک عامل خطر ساز مهم شناخته می‌شود و دنیای پر آشوب نوجوانان آکنده از تجارب متفاوت با بزرگسالان است که به نوبه خود یک ابهام و پیچیدگی را در مورد نگرش و رفتار آنان به وجود می‌آورد. نوجوان شدیداً در فرایند تغییر است تغییر در بدن، تصورات، خلق و هیجانات که در نتیجه تغییرات هورمونی استو تغییر در تفکر والگوهای پاسخ‌دهی به حوادث زندگی، از آنجایی که نوجوانی یک دوره انتقالی با تغییرات سریع از کودکی به جوانی است و نوجوان هنوز توانمندی لازم برای حل بسیاری از مسائل زندگی ندارد، نوسان فکری، روانی، آشفتگی هیجانی، تردید و ابهام در تصمیم‌گیری‌ها پیامدی قابل پیش‌بینی برای این دوره خواهند بود (توتنهام، هار و کیسی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). سال‌های نوجوانی یکی از پراسترس‌ترین مراحل زندگی محسوب می‌شود. در این دوره رشدی، نوجوانان تغییرات بسیار سریع جسمانی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (ماریچلوی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در این میان او شبکه اجتماعی گسترده خانواده، مدرسه، دوستان، خویشاوندان، همسایگان و رسانه‌ها را مدام مشاهده می‌کند و به ذهن می‌سپارد. او در پی کشف خود است، باید بتواند در این دنیای جدی، بدون کمک دیگران به تعادل برسد، هویت خود را شکل دهد و به تدریج استقلال پیدا کند (لیسر و نیکوترا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

عوامل متعددی در پرورش نیروی انسانی دخالت داشته و به این فعالیت مشغول می‌باشند که مهم‌ترین‌ها خانواده، مدرسه و رسانه‌های ارتباطی می‌باشند. هر چه میزان همخوانی اهداف و برنامه‌های پرورش نیروی انسانی این نهادها با یکدیگر بیشتر بوده و به هم نزدیک باشند تأثیر آنها مؤثرتر است و به میزان تفاوت در اهداف و برنامه‌ها، تعارض

<sup>۱</sup>. Tottenham, Hare, Casey

<sup>۲</sup>. Maraichelvi

<sup>۳</sup>. Laser, Nicotera

در نیروی انسانی ایجاد می‌گردد. در میان این عوامل آموزش و پرورش به عنوان یکی از منابع مهم پرورش نیروی انسانی، نقش بسیار مؤثر و عمده‌ای در این امر دارد. به طوری که امروزه به عنوان یکی از مسائل مهم در جوامع گوناگون به شمار می‌رود، از کشورهای در حال توسعه گرفته تا پیشرفته‌ترین کشورها به نوعی با این نهاد درگیر می‌باشند. اگر بخواهیم آینده بهتری داشته باشیم باید از تمام مهارت‌ها و توانایی‌ها استفاده کنیم و شرایط ویژه‌ای ایجاد کنیم تا نسل جوان بتواند خود را برای آینده آماده کند، در این راستا مسئولیت اصلی بر دوش معلمان است که تأثیر قوی بر نفوذ در ذهن جوانان دارند و سرانجام بر رشد نسل تأثیرگذارند (پاپولوا و پاپیولا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

امیدواری به معنای توانایی باور، به داشتن احساس بهتر در آینده است. امید با نیروی نافذ خود تحریک‌کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌ای نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (عرب به نقل از تجریشی، ۱۳۹۶). امیدواری در همه مراحل زندگی انسان ضروری است و می‌تواند به عنوان یک عامل قدرتمند و پویا و چندبعدی توصیف شود که در سازگاری با محرومیت‌ها و سختی‌ها نقش مهمی دارد (ایزدی طامه، حسین زاده و عزت آقاجری، ۱۳۹۳).

امیدواری نیز می‌تواند نقش مهمی در زندگی نوجوانان، به ویژه در مواجهه با شرایط بحرانی و یا آسیب‌زا، ایفا کند (یوواکا و کایلما<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). انسان‌ها همیشه ظرفیت رشد حتی در مواجهه با در دورن جرا دارند (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد امیدواری، ارتباط بسیار نزدیکی با تندرستی، سلامت و کیفیت زندگی داشته باشد و

1. Papulova & papula

2. Juvakka, Kylmä

نامیدی به ویژه ناامیدی‌های طولانی‌مدت ممکن است سلامتی و تندرستی فرد را تهدید کند (کارکلا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

### حالات

هیجانی، یکی از موضوعاتی است که علیرغم پیشرفت علم و فناوری همیشه با بشر همراه بوده و هیچ‌گاه انسان نتوانسته است به طور کامل خود را از آن دور کند (اسدزندی، سیاری، عبادی و سنایی نسب، ۱۳۹۰). در محیط آموزشی، یادگیرندگان غالباً هیجان‌های گوناگونی را تجربه می‌کنند. این هیجان‌ها می‌توانند اثر مثبت در یادگیری فعالو عملکرد تحصیلی داشته باشند و لذت، امیدواری و افتخار تحصیلی را برای یادگیرندگان فراهم آورند. تجربه این هیجان‌ها همچنین می‌تواند با اثرگذاری منفی و نامطلوب در رفتار و افکار، زمینه‌ساز بروز عصبانیت، اضطراب، استرس، افسردگی، ناامیدی در یادگیرندگان شود. هیجان‌ها و احساس‌ها از جمله ابعاد شخصیتی دانش‌آموزند که در سراسر فرایند یادگیری حضور دارند و بر عملکرد تحصیلی و خودگردانی یادگیری دانش‌آموزان تأثیرگذارند (اسدی مبارکه، ۱۳۹۵). این هیجان‌ها از منابع مختلف شناختی و انگیزشی و شخصیتی موردنیاز برای موفقیت تحصیلی تحت تأثیر قرار گرفته و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند. به همین دلیل این تجربه‌های هیجانی در سال‌های اخیر به یکی از موضوع‌های مهم در حوزه روانشناسی تبدیل شده است.

هیجان‌ات منفی<sup>۲</sup> ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم نابهنجاری‌های روانی مؤثر است (رضایی، ۱۳۹۵). از آنجاکه افسردگی، اضطراب و استرس از جمله هیجان‌های منفی محسوب می‌شوند (پارکیتنی و مک آولی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)؛ برخی از

1. Karekla

2. Negative emotions

3. Parkitny, McAuley

مطالعات، در بررسی منابع درون فردی اثرگذار بر عملکرد تحصیلی یادگیرندگان، بر نقش بااهمیت هیجان‌های منفی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس تأکید کرده‌اند (شکری و همکاران، ۱۳۸۶). این هیجان‌ها در دوره نوجوانی و جوانی رشد چشمگیری پیدا می‌کنند و در میاندانش‌آموزان و دانشجویان شیوع زیادی دارند (مرتضوی طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۲).

یک روش طبیعی و منطقی که انسان‌ها به موقعیت‌های ناراحت‌کننده و دشوار نظیر خلق و هیجانات منفی پاسخ می‌دهند عبارت است از تلاش برای اجتناب از این موقعیت‌ها و گریز از آن‌هاست. این راهبرد، برای تعاملاتی که محیط ما را شامل می‌شود، مناسب و اثربخش است؛ با این حال تلاش برای اجتناب، سرکوب یا حذف رویدادهای ذهنی، مانند افکار و هیجان‌ها ممکن است در عمل، سبب تقویت همان ناراحتی یا آزرده‌گی خاطری شود که فرد آن را تجربه می‌کند. همچنین پیشینه پژوهشی مربوط به بازدارنده‌ی فکر و شیوه‌های متمرکز بر هیجان و اجتناب، اثر متناقضتلاش‌های کنترل و اجتناب را روی رنج روان‌شناختی نشان می‌دهد (لی هی، تیرچ و ناپولیتانو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱، ترجمه: منصور ری راد، ۱۳۹۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> نوعی از رفتاردرمانی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی، به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد تمرکز می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود (فروزانفر، ۱۳۹۵). یکی از درمان‌هایی است که سعی می‌کند تمایل<sup>۳</sup> را جایگزین اجتناب از تجارب منفی کند. این درمان یک مداخله زمینه‌گرایی کارکردی<sup>۴</sup>، مبتنی بر نظریه

<sup>۱</sup>. Lee Hee, Torch, Napolitano

<sup>۲</sup>. Acceptance and Commitment Therapy

<sup>۳</sup>. Willingness

<sup>۴</sup>. Functional Contextualism

چارچوب ارتباطی (RFT)<sup>۱</sup> که رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی<sup>۲</sup> می‌داند که با آمیختگی شناختی<sup>۳</sup> و اجتناب تجربه‌ای<sup>۴</sup> تقویت می‌شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). از آنجایی که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و تعهد یک رویکرد درمانی جدید بوده و از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند، برای درمان مشکلات روانی و اجتماعی رویکرد مناسبی است (هایسوماسودا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶ به نقل از هنرپروران، ۱۳۹۳). پژوهش‌ها نشان داده شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش امید و کاهش هیجانات منفی در ارتباط است. افسردگی و استرس نوجوانان (لیوهایم<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)؛ اضطراب و استرس نوجوانان (کنعانی، هادی و طیبی نائینی، ۱۳۹۳) اضطراب نوجوانان (سوین، هانکوک، هاینسورت و بومن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳)؛ استرس و اضطراب نوجوانان (محمودی و قادری، ۱۳۹۶)؛ اضطراب و عزت‌نفس نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای لکنت (سعیدمثنی و بابایی، ۱۳۹۶)؛

استرس زنان مبتلا به درد مزمن (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵) امیدوار یوشاد کامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶)؛ اضطراب، افسردگی، فشار روان‌شناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشارخون اساسی (براداران، زارع، علی پور و ولی اله، ۱۳۹۵).  
نوجوانان در یک دوره بحرانی از زندگی به سر می‌برند که مستعد ابتلا به اختلالات و آسیب‌های روانی هستند. سلامت جسمی و روانی نوجوانان برای رشد جامعه از لحاظ مادی

1. Relational Frame Theory

2. Psychological inflexibility

3. fusion

4. Experiential avoidance

5. Hayes, Masuda

6. Livheim

7. Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman

و معنوی مهم است. فقدان سلامت جسمی و روانی در نوجوانان نه تنها رشد اقتصادی و فرهنگی جامعه را تأمین نمی‌کند، بلکه به جامعه در آینده آسیب خواهد زد؛ بنابراین، توجه به مسائل و مشکلات نوجوانان و مراقبت‌های مربوط به بهداشت روانی آنان بسیار ارزشمند و حیاتی خواهد بود؛ همچنین دلایل چهارگانه‌ای وجود دارد که اهمیت هیجان‌های دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. از جمله این دلایل ارتباط مستقیم و تنگاتنگ هیجان‌ها با بهزیستی دانش‌آموزان، تأثیر هیجان‌ها بر کیفیت یادگیری و پیشرفت تحصیلی، اثر بنیادین هیجان‌ها در کیفیت ارتباطات در کلاس و نقشی است که به‌طور کلیدی در پیشبرد فرایند تحصیل دارد (لینبرک-گارسیا و پکرون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، از آنجا که دانش‌آموزان به‌عنوان سرمایه‌ای ارزشمند هر کشوری محسوب می‌شوند و تاکنون تحقیقات اندکی در این زمینه انجام پذیرفته است و همچنین اهمیت تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان به‌عنوان عوامل حمایتی در آن‌ها که باعث عملکرد بهتر دانش‌آموزان در مدرسه و انعطاف‌پذیری بیشتر آن‌ها در برابر برخورد با خانواده‌ها و مشکلاتشان می‌شود، هدف این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجان‌های منفی دانش‌آموزان پسر پایه نهم است. در این راستا، سؤالات زیر بررسی شد:

- ۱- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری دانش‌آموزان پسر پایه نهم مؤثر است؟
- ۲- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان پسر پایه نهم مؤثر است؟
- ۳- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان پسر پایه نهم مؤثر است؟

<sup>۱</sup>. Linnenbrink-Garcia, Pekrun

۴- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس دانش‌آموزان پسر پایه نهم مؤثر است؟

### روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش متشکل از تمامی دانش‌آموزان پسر پایه نهم شهر زاهدان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله، از میان دو ناحیه موجود در شهرستان زاهدان یک ناحیه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله دوم لیست دبیرستان‌های پسرانه شهر زاهدان از اداره آموزش و پرورش این شهرستان تهیه گردید، سپس از میان تمامی دبیرستان‌های پسرانه ناحیه یک شهرستان زاهدان، یک دبیرستان به‌طور تصادفی انتخاب گردید (دبیرستان شهید رزمجو مقدم) و در مرحله بعد پرسشنامه پژوهش در بین کلیه دانش‌آموزان پایه نهم این دبیرستان (۱۶۰ دانش‌آموز) توزیع شد. پس از تکمیل پرسشنامه و نمره‌گذاری آن‌ها، به‌صورت غربالگری، ۳۴ نفر از دانش‌آموزانی که کمترین نمرات را در پرسشنامه امیدواری و بیشترین نمرات را در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس کسب نموده بودند، انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) جایگزین شدند.

جلسات آموزشی پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ایبھشی و هگرو هیوبا توالی هر هفته یک جلسه به مدت دو ماه در محلی که مدرسه مربوطه مشخص کرده بود، برای اعضای گروه آزمایش اجرا شد، اما آزمودنی‌های گروه کنترل تا پایان پژوهش، آموزشی دریافت نکردند. بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ضمناً، در دو گروه آزمایش و کنترل هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. شرکت‌کنندگان در پژوهش با رضایت آگاهانه، فارغ از هرگونه اجبار، تطمیع و اغوا در جلسات شرکت کردند.



آزمودنی‌ها می‌توانستند به درخواست خودشان از پژوهش خارج شوند. در اینجا ساختار و شرحی مختصر از جلسات آموزشی ارائه شده است.

جلسات	مداخلات/محتوا
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان پذیرش و تعهد و قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ایجاد اعتماد و اجراییش آزمون.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ تمرین ذهن آگاهی جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت؛ پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آن‌ها؛ تمرینات ذهن آگاهی؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ شفاف سازی ارزش‌ها؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلس؛ کاربرد فن‌های گسلس شناختی؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانیکه هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ تعیین اهداف مرتبط با ارزش‌ها (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه بحثند؛ استفاده از فن‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیانند؛
جلسه هشتم	مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر؛ بررسی تجربی ات زندگی مراجع از ابتدای درمان تاکنون، مرور مباحث مطرح شده مرور تمرینات خانگی، بحث در مورد تعهدات رفتاری و در پایان از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجراشود.

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

### ابزار پژوهش

#### الف- پرسشنامه امیدواری اشنایدر و همکاران

این پرسشنامه که توسط اشنایدر، هریس، اندرسون، هولران، اروینگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است؛ بنابراین، این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در برمی‌گیرد؛ عامل و راهبرد. تحقیقات زیادی از پایداری و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایداری آزمون -باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان بالاتر است. همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است. به علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار هم‌زمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ناامیدی بک برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۲- است که نشان‌دهنده اعتبار این پرسشنامه است (اشنایدر، ۲۰۰۰). میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۵ به دست آمد.

#### ب- مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی لایبوند (DASS-۲۱)

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۲</sup> DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند<sup>۳</sup> تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت،

1. Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving

2. Depression Anxiety Stress Scales

3. Lovibond

مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است. این پرسشنامه به صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های هیچ‌وقت، کمی، گاهی و همیشه است و کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ است. درجه‌بندی این ابزار نیز بدین صورت است که در هر بعد استرس، اضطراب و افسردگی مجموع نمرات کسب‌شده بین اعداد ۰ تا ۴ نرمال، ۵ تا ۱۱ متوسط و بیشتر از ۱۲ شدید است. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸)، مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند؛ که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل روانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸٪ از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل استرس، اضطراب و افسردگی، در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۸۹، ۰/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین، نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران، حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل استرس و افسردگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس و ضریب همبستگی بین اضطراب و افسردگی ۰/۲۸ بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران، توسط سامانی و جوکار مورد مطالعه قرار گرفت؛ و اعتبار بازآزمایی برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شد. روایی واگرا، همگرا و سازه (تحلیل عامل) نیز احراز گردید (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در این پژوهش به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۹۳ است.

**یافته‌ها**

یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ مشاهده می‌شود. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و همگنی ضرایب رگرسیون با استفاده از آماره ویلکس برقرار است ( $p > 0/05$ )، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری بلامانع شناخته شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات امیدواری، افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
امیدواری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۸۲	۴/۲۶	۱/۰۳
		پس‌آزمون	۱۶/۰۵	۴/۰۶	۰/۹۸۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲/۰۵	۳	۰/۷۲۹
		پس‌آزمون	۱۱/۷۶	۳/۲۳	۰/۷۸۳
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۹۴	۰/۹۶۶	۰/۲۳۴
		پس‌آزمون	۸/۶۴	۲/۴۲	۰/۵۸۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۴/۲۳	۰/۹۰۳	۰/۲۱۹
		پس‌آزمون	۱۵/۲۹	۱/۹۶	۰/۴۷۵
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۱۷	۱/۰۷	۰/۲۶۰
		پس‌آزمون	۷	۲/۲۱	۰/۵۱۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۹/۸۸	۰/۹۹۲	۰/۲۴۰
		پس‌آزمون	۱۰/۵۲	۱/۷۷	۰/۴۲۹
استرس	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۸۸	۱/۱۱	۰/۲۶۹
		پس‌آزمون	۱۱/۸۸	۲/۶۴	۰/۶۴۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۷/۰۵	۰/۹۶۶	۰/۲۳۴
		پس‌آزمون	۱۷/۸۸	۲/۱۱	۰/۵۱۳

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمرات امیدواری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) مورد مطالعه گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری (P)	مجذور اتا
لامبدای	۰/۱۹۴	۲۵/۹۶	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰
ویلکس						

همان‌طور که مشاهده می‌گردد آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس، در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ ) معنی‌دار می‌باشند. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی چهار متغیر وابسته، میزان پس‌آزمون‌های امیدواری، افسردگی، اضطراب و استرس از تعدیل تفاوت‌های چهار متغیر کمکی (امیدواری، افسردگی، اضطراب و استرس) از متغیر مستقل اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر پذیرفته است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که تحلیل کوواریانس چند متغیری به‌طور کلی معنادار است.

با توجه به اینکه ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل اثر پذیرفته است، بنابراین بعد از آن به بررسی این موضوع پرداخته شده است که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته، به‌طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر. در زیر، نتیجه این تجزیه و تحلیل کوواریانس به تفکیک هر کدام از متغیرهای وابسته گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری برای امیدواری و هیجانات منفی در پس آزمون

متغیر	درجه آزادی			نسبت F	سطح معناداری
	گروه	خطا	کل		
امیدواری	۱	۳۱	۳۴	۱۱/۰۵	۰/۰۰۲
افسردگی	۱	۳۱	۳۴	۷۲/۲۰	۰/۰۰۱
هیجانات منفی	۱	۳۱	۳۴	۳۷/۷۵	۰/۰۰۱
استرس	۱	۳۱	۳۴	۵۱/۳۰	۰/۰۰۱

براساس جدول (۴) نتایج حاصل از آزمون کوواریانس تک متغیری، تحلیل هر یک متغیرهای امیدواری، افسردگی، اضطراب و استرس به تنهایی به و پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری ( $P=0/002$  و  $F(1,31)=11/05$ ) و افسردگی ( $P=0/001$  و  $F(1,31)=72/20$ )، اضطراب ( $P=0/001$  و  $F(1,31)=37/75$ ) و استرس ( $P=0/001$  و  $F(1,31)=51/30$ ) در مرحله پس آزمون معنی دار شد؛ به عبارت دیگر، با ۹۵٪ اطمینان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش امیدواری و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان شده است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش آموزان پسر پایه نهم بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب افزایش امیدواری در دانش آموزان پسر پایه نهم شده است. این یافته با بخشی از نتایج پژوهش‌های مرمچی‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی اثر داشته استوبرادران و همکاران (۱۳۹۵) که دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث کاهش اضطراب و فشار روان‌شناختی و افزایش امید در افراد می‌شود، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تکالیف یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل

و آموزش تمرین دلیل‌آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن آگاهی که از جمله تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد است، به فرد کمک می‌کند تا سلامتی روان خود را حفظ کند. از این رو، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است وضعیت روانی دانش‌آموزان پسر پایه نهم را بهبود بخشد؛ بنابراین می‌توان گفت که در این درمان هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در تحلیل این یافته باید گفت مؤلفه پذیرش، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربه‌های ناخوشایند درونی را بدون تلاش به منظور کنترل آن‌ها، احساس کند و انجام اینکار باعث می‌شود تا تجربه‌های ناخوشایند کم‌تر تهدید کننده به نظر برسند و تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش‌خواهد یافت (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها و نظریه‌هایی که مطرح شد، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر امیدواری دانش‌آموزان پسر پایه نهم مؤثر باشد. نتایج دیگر پژوهش نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب کاهش افسردگی در دانش‌آموزان پسر پایه نهم شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش علوی زاده و شاکریان (۱۳۹۵) که دریافتند روش مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه پیمان‌شکنی در روابط فرا زناشویی را کاهش می‌دهد؛ صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵) که نشان دادند مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم افسردگی می‌شود و پژوهش بالمیجر، فلدورس، روکس و

پیترس<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) که نشان دادند گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افسردگی کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل از خود نشان داده‌اند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که باعث بهبود سلامت روان و ذهن آگاهی در گروه آزمایش شده بود، همسو است؛ در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت در درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی میانجی بهبود مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی است. بیماران افسرده معمولاً به دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این منجر به افزایش نشخوار فکری می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی‌قرار می‌دهند. در درمان پذیرش و تعهد، از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، خود مشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود (زاتل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، افراد افکار افسرده‌زای خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوارهای فکری که منتج از افسردگی است، جدا می‌سازند. بدین ترتیب، محتوای افکار بدون توجه به جنبه‌های تهدیدکننده و نشخوارهای فکری در زمان حال تجربه می‌شود. به‌علاوه، مؤلفه پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای فرد این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی خویش را بپذیرد و این سبب می‌شود که این تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و در نتیجه تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش یابد (والتز، هیز، ۲۰۱۰، ترجمه سیف، ۱۳۹۴).

همچنین، نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب کاهش اضطراب در دانش‌آموزان پسر پایه نهم شده است. این نتایج با بخشی از یافته‌های سعیدی‌منش و بابایی (۱۳۹۶) که دریافتند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس نوجوانان تأثیر دارد؛ محمودی و قادری

<sup>۱</sup>. Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse

<sup>۲</sup>. Zettle



(۱۳۹۶) که نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان اضطراب مددجویان مؤثر بود و پژوهش سوین و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری بر اضطراب نوجوانان اثربخش تر بوده است، همسو است؛ بنابراین، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های جدید و مطرح در حیطه روان‌شناسی نتایج امیدوارکننده‌ای در زمینه کاهش اضطراب به دست داده است. درمان پذیرشو تعهد با ویژگی‌های اختلالات اضطرابی هماهنگ است؛ به عبارتی هر دو جنبه اختلالات اضطرابی، یعنی «اجتناب شناختی» و «تخریب عملکرد» را مدنظر قرار می‌دهد (هیز، ۲۰۱۲). در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده‌هایی یابند، به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند، تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به‌وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند.

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب کاهش استرس در دانش‌آموزان پسر پایه نهم شده است. این نتایج با یافته‌های کنعانی و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم استرس در نوجوانان شده است؛ صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵) که دریافتند مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم استرسی شود و پژوهش لیوهایم و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش استرس نوجوانان شده بود، همسو است؛ در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده

بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند؛ بنابراین اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها در آنان کاهش می‌یابد و در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش استرس شود.

به‌طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند و به‌جای اینکه تلاش کنند که آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با استفاده از این درمان، به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش داد و سبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد که نهایتاً نتایج، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان را در بر خواهد داشت (علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵).

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مختص بودن نمونه به دانش‌آموزان پسر مقطع کلاس نهم شهرستان زاهدان که محدودیت تعمیمی پذیری نتایج به شهرهای دیگر و به دیگر دانش‌آموزان و از جمله دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجهه می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر تأثیربخش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) دانش‌آموزان پسر، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و اجرای دوره‌های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه هیجانات منفی می‌تواند برای دانش‌آموزان مؤثر و مفید باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش به همراه سایر روش‌ها انجام شود تا اثربخشی این نوع شیوه آموزشی با سایر درمان‌ها مقایسه گردد. از طرفی، با توجه به سنخیت و نزدیکی زیاد مبانی فلسفی و شیوه کار درمان پذیرش و تعهد با فرهنگ ایرانی به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های که

بتواند استعاره‌ها و تکالیف درمانی منبعث از فرهنگ و ادبیات غنی کشورمان را به این درمان اضافه کند، می‌تواند کارایی و جذابیت درمان را برای مراجع ایرانی افزایش دهد.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه سیستان و بلوچستان و همچنین مسئولان اداره آموزش و پرورش شهرستان زاهدان که امکان انجام تحقیق حاضر را فراهم کردند تقدیر و تشکر به عمل آورند.



## منابع

۱. اسدزندی، مینو؛ سیاری، رقیه؛ عبادی، عباس؛ سنایی نسب، هرمز (۱۳۹۰). میزان فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نظامی. مجله طب نظامی، ۱۳ (۲)، ۱۰۸-۱۰۳.
۲. اسدی مبارکه، نصیبه (۱۳۹۵). بررسی رابطه آموزش ترغیبی و هیجان‌های تحصیلی با عملکرد درسی دانش آموزان پایه ششم شهر شیراز سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش و پرورش دبستانی، دانشگاه علامه طباطبائی.
۳. ایزدی طامه، احمد؛ حسین زاده، مینا؛ عزت آقاجری، پروانه (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های دلبستگی با عزت‌نفس و امید در دانشجویان پرستاری. فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۶ (۱)، ۲۵-۱۶.
۴. ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمد رضا (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل و کاوشیار.
۵. برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد؛ ولی اله، فرزاد (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روان‌شناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. مجله روانشناسی بالینی، ۸ (۴)، ۱۰۵-۹۵.
۶. حیدرزاده، مهدی؛ رسولی، مریم؛ محمدی شاه بلاغی، فرحناز؛ علوی‌مجد، حمید؛ میرزایی، حمیدرضا؛ طهماسبی، مامک (۱۳۹۴). بررسی ابعاد رشد پس از سانحه ناشی از سرطان در بیماران نجات یافته از آن. مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۵ (۷۶)، ۴۱-۳۱.
۷. رحیمی، ندا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان مبتلا به فوبی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
۸. رضایی، اکبر (۱۳۹۵). رابطه باورهای انگیزشی و هوشی، تصورات از یادگیری و ویژگی‌های شخصیتی با هیجان‌های مثبت و منفی تحصیلی دانشجویان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۱ (۴۴)، ۱۱۴-۸۹.
۹. سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس. مجله علوم اجتماعی و علوم انسانی شیراز، ۷۷، ۶۵-۵۵.

۱۰. سعیدی منش، محسن؛ بابایی، زهرا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و عزت نفس نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای لکنت. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۱-۶.
۱۱. شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ نقش، زهرا؛ غنایی، زیبا؛ دانشوریور، زهره؛ مولایی، محمد (۱۳۸۶). *صفات شخصیت، استرس تحصیلی و عملکرد تحصیلی. مطالعات روان‌شناختی*، ۳ (۳)، ۲۵-۴۸.
۱۲. صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). *اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱ (۴)، ۳۶-۵۴.
۱۳. صبوری، سهیلا؛ کاکابرایی، کیوان (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲ (۴)، ۱-۸.
۱۴. عرب، علی (۱۳۹۶). *رابطه امید به زندگی، نگرش به رفتار بزهکارانه و تجربه مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه مدارس شیرآباد و مرکز شهر زاهدان. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۴ (۲۸)، ۱۶۸-۱۴۹.
۱۵. علوی زاده، فرانک؛ شاکریان، عطا (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازناتشویی (عاطفی، جنسی). نشریه روان پرستاری*، ۴ (۶)، ۱۳-۸.
۱۶. فرنام، علی (۱۳۹۷). *اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله و مدیریت خشم بر کاهش تعارضات والد-نوجوان در بین دانش‌آموزان پسر. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵ (۲۹)، ۱۷۶-۱۴۹.
۱۷. فروزانفر، آزاده (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳ (۹)، ۱۶۰-۱۳۹.

۱۸. کنعانی، کبری؛ هادی، سمیرا؛ طیبی نیا نائینی، پریناز (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برنوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان. پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱(۲)، ۲۲-۳۲.
۱۹. لی، هی، رابرت؛ تیرچ، دنیس؛ ناپولیتانو، لیزا (۲۰۱۱). تکنیک های تنظیم هیجان در روان درمانی. (ترجمه: عبدالرضا منصور ری راد، ۱۳۹۲). تهران: نشر ارجمند.
۲۰. محمودی، حجت؛ قادری، صابر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۲۱۰-۱۹۵.
۲۱. مرتضوی طباطبایی، عبدالرضا؛ رمضانخانی، علی؛ قارلی پور، ذبیح الله؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ توسلی، الهه؛ مطلبی قائن، مسعود؛ گیلانی، حمید رضا؛ کرمانی رنجبر، طاهره؛ فخارزاده، محمد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط میان آنها در دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله علوم دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۴)، ۹۹-۱۰۶.
۲۲. مرمچی نیا، مژگان؛ ذوقی پایدار، محمدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه علمی- پژوهشی روان شناسی کاربردی، ۱۱ (۲)، ۱۷۴-۱۵۷.
۲۳. مژدهی، محمدرضا؛ اعتمادی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی میانجی های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه فرهنگ مشاوره روان درمانی، ۲ (۷)، ۳۰-۲.
۲۴. والتز، توماس چی؛ هیز، استیون سی. (۲۰۱۰). درمان وابسته به پذیرش و تعهد اکت. (ترجمه: علی اکبرسیف، ۱۳۹۴). تهران: نشر دیدار.
۲۵. هنرپروران؛ نازنین (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. مجله زن و جامعه، ۵ (۳)، ۱۵۰-۱۳۵.
26. Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of

*the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological assessment, 10 (2), 81-176.*

27. Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2012). *Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behaviour research and therapy, 49 (1), 62-67.*

28. Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression. A pilot study in a psychiatric outpatient setting. Mindfulness, 2 (2), 86-94.*

29. 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.*

30. Juvakka, T., & Kylmä, J. (2009). *Hope in adolescents with cancer. European Journal of Oncology Nursing, 13 (3), 193-199.*

31. Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). *Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. Cognitive and Behavioral Practice, 17 (4), 371-381.*

32. Laser, J. A., & Nicotera, N. (2011). *Working with adolescents: A guide for practitioners. Guilford Press.*

33. Linnenbrink-Garcia, L., & Pekrun, R. (2011). *Students' emotions and academic engagement: Introduction to the special issue. Contemporary Educational Psychology, 36 (1), 1-3.*

34. Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... & Tengström, A. (2015). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. Journal of Child and Family Studies, 24 (4), 1016-1030.*

35. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, 33 (3), 335-343.*

36. Maraichelvi, A. K. (2015). *Stress and its Triggers of Early Adolescents-Institution and Gender Specific Differences. Universal Journal of Psychology, 3 (1), 14-21.*

37. Papulová, Z. & Papula, J. (2015). *Entrepreneurship in the Eyes of the Young Generation. Procedia Economics and Finance*, 34, 514-520.
38. Parkitny, L. & McAuley, J. (2010). *The depression anxiety stress scale (DASS). Journal of Physiotherapy*, 56 (3), 204.
39. Snyder, C. R. (2000). *Genesis: The birth and growth of hope. In C.R. Snyder (Ed.), Handbook of hope: Theory, measures, and applications (pp. 25-57). San Diego, CA: Academic Press.*
40. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). *The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of personality and social psychology*, 60 (4), 570.
41. Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. Clinical psychology review*, 33 (8), 965-978.
42. Tottenham, N., Hare, T. A., & Casey, B. J. (2011). *Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. Frontiers in psychology*, 2, 39.
43. Zettle, R. (Ed.). (2010). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. New Harbinger Publications.*