

بررسی اثر بخشی آموزش درمان پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه^۱

حجت الله پورجعفری^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی بسته آموزشی درمان پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره متوسطه دوم انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، همه ی دانش آموزان پسر دوره متوسطه دوم شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل می دادند که به روش نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای و با غربالگری آزمون استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی نوجوانان تعداد ۳۰ نفر که در این آزمون نمره آنان یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. ابزار گردآوری داده ها در پژوهش حاضر پرسشنامه بود که شامل پرسشنامه های استرس تحصیلی ASQ و اضطراب اجتماعی نوجوانان (SAS-A) است. داده های گردآوری شده در پژوهش حاضر به روش تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تک متغیره (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شد. یافته های تحلیل کواریانس نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان موثر است. بنابراین، براساس نتایج این پژوهش، برگزاری دوره های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور کاهش استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، استرس تحصیلی، اضطراب اجتماعی.

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹ - تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، مدرس دانشگاه و دبیر آموزش و پرورش خوزستان.

h.porjafari20@gmail.com

Studying the effectiveness of acceptance and commitment therapy training on academic stress and social anxiety of second year high school students

Hojatollah Poorjafari¹

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of the educational package of acceptance and commitment therapy on academic stress and social anxiety of second-year high school students. The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research consisted of all the male students of the second secondary school in Ahvaz city in the academic year of 1400-1401. The sampling of this study was one-step cluster sampling with screening of adolescent academic stress and social anxiety test and 30 people who had a standard deviation above the average in this test; Were selected and randomly divided into two groups of 15 experimental and control. The experimental group received the treatment intervention based on acceptance and commitment in 8 sessions of 90 minutes. The data collection tool in the present study was a questionnaire. which includes academic stress questionnaires ASQ and adolescent social anxiety (SAS-A). The data collected in the present study were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate (ANCOVA) methods. The findings of covariance analysis showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective in reducing academic stress and social anxiety of students. Therefore, based on the results of this research, it is recommended to hold treatment courses based on acceptance and commitment in order to reduce academic stress and social anxiety.

Keywords: acceptance and commitment therapy, academic stress, social anxiety.

¹ Education of Khuzestan. h.porjafari20@gmail.com

مقدمه

موفقیت در تحصیل از مهمترین دغدغه های نظام آموزشی در تمامی جوامع است. پیشرفت تحصیلی دانش آموزان هر جامعه نشان دهنده موفقیت نظام آموزشی در زمینه دستیابی به هدف و توجه به نیازهای فردی است (پاتوین، گالارد و بیامونت^۱، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعات اخیر نشان میدهد دوران تحصیل در دنیای امروزی نسبت به دوران تحصیل در ۲۰ یا ۳۰ سال قبل تفاوت چشمگیری دارد. افزایش مراجعه دانش آموزان و دانشجویان به مراکز مشاوره مدرسه و مراکز مشاوره دانشجویی در سالهای اخیر، مؤید وجود مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در آنان بوده و نیاز به مداخله و عرضه خدمات مشاوره ای بیشتر را طلب میکند (غلامرضایی، پورشافعی و دستجردی، ۱۳۹۶).

محیط آموزشی و قوانین مربوط به آن، انتظارات متفاوت از دوران پیشین، آغاز زندگی پرتلاطم دوران بلوغ و ورود به دنیای نوجوانی و شکل گیری روابط انسانی و صمیمانه، شرایط نوینی هستند که نیازمند اتخاذ راهبردهای جدید است (فرنی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس بررسی و شناخت مسائل حوزه دانش آموزی به عنوان مهمترین و اساسی ترین سرمایه های انسانی آینده جامعه اهمیت بسزایی دارد (ژا، کینسون و وانگ^۳، ۲۰۱۸).

سلامتی افراد واقع در سنین مدرسه میتواند نقش اصلی را در موفقیت و توسعه یک کشور ایفا نماید؛ زیرا فرد در مدرسه به دلیل تعامل با دانش آموزان دیگر و معلم رفتارهای بهداشتی را فراگرفته و سبک زندگی خود را شکل میدهد (رضانی و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد پژوهشی مختلف نشان میدهند که تجربیات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و در این بین استرس - به مثابه یک تجربه ذهنی - نیز با تأثیرگذاری بر فرآیندهای شناختی و جهت گیری های انگیزشی یادگیرندگان، نه تنها عملکرد تحصیلی آنها، بلکه بهزیستی ذهنی و روانشناختی و هیجانی آنها را به مخاطره میاندازد (پیکران، ۲۰۰۲، آمیس، ۱۹۹۲، امیرخان، ۱۹۹۸، کووینگتون، ۱۹۹۳، پری، ۱۹۹۱).

استرس تحت عنوان پاسخ هیجانی و رفتاری شخصی به برخی از رویدادهای ناخوشایند تعریف شده است، جایی که سطح استرس به صورت منفی روی رفتار و اعمال فرد اثر میگذارد

¹ Putwain, Gallard & Beaumont

² Fernie

³ Zhu, Kinson & Wang

کرنیک، و، ۲۰۰۲، هـ نقه ل
از مادزلی^۱، ۲۰۱۰؛ تکلوی و فرشی، ۱۳۹۶).

در عصر کنونی دانش آموزش در یک وضعیت متعارض و بغرنجی به سر میبرند که در آن سرعت تطبیق با تغییرات، کندتر از سرعت شکل گیری تغییرات بوده و از این رو وقوع و شکل گیری استرسهای تحصیلی امری ناگزیر به شمار آمده و افزایش پیچیدگی و ها رقابت و استانداردهای زندگی تحصیلی از منابع استرس پیشرونده تحصیلی به شمار می آید (سوروکی^۲، ۲۰۰۸). استرس تحصیلی^۳ به احساس فزاینده به دانش و به طور همزمان ادراک فرد مبنی بر نداشتن زمان کافی برای دستیابی به آن دانش و بر ارزیابی فرد مبنی بر تجربه ناهماهنگی بین مطالبات موقعیتی و منابع درون فردی اشاره میکند (شکری، کدیور، نقش، غنایی، دانشورپور و مولایی، ۱۳۸۶). استرس تحصیلی موضوع مهمی در دوران تحصیل دانش آموزان در جوامع مختلف است که به عنوان استرسی مزمن شناخته شده و با نتایج منفی سلامتی مانند افسردگی و بیماریهای جسمانی همراه است. موقعیت های یادگیری ایجاب میکند تا دانش آموزان خود را با عوامل استرسزا سازگار کرده، تا بهره کافی از یادگیری برده و به عملکرد مطلوب تحصیلی برسند (آذرگون و کجیاف، ۱۳۹۴).

اضطراب اجتماعی^۴ یکی از عواملی است که در روند رشد و تکامل اجتماعی افراد خلل ایجاد می کند و مانع از شکوفایی استعداد های افراد و اثبات وجود آن ها می شود. این پدیده که در نوجوانی نسبتا شایع است می تواند اثرات بازدارنده ای در کارایی و پویایی نوجوانان بر جا بگذارد و موجب تخریب عملکرد فرد در حوزه های مختلف فردی و اجتماعی شود (یوسفی کله خانه، هاشمی نصرت آباد و علیلو، ۱۳۹۶). بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۵ (۲۰۱۳)، اختلال اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس از موقعیت های اجتماعی، از جمله موقعیت هایی که در آن فرد در معرض نگاه کنجکاوانه یا ارتباط با دیگران قرار می گیرد. افراد مضطرب اجتماعی می ترسند که مبدا در حضور دیگران به گونه ای تحقیر آمیز رفتار کنند. بر اساس مطالعات الکوزیر، کرسول، کوپر و آلن (۲۰۱۵)، احساس ناراحتی ناشی از

¹ Mawdsley

² Suroky

³ Academic stress

⁴ social anxiety disorder

⁵ American Psychiatric Association

اضطراب اجتماعی، معمولاً موجب اجتناب از طیف وسیعی از تعاملات اجتماعی می شود و پیامدهایی همچون عملکرد تحصیلی ضعیف، افسردگی، سوء مصرف مواد، اقدام به خودکشی و پایین بودن سطح رضایت از زندگی را به دنبال دارد. این اختلال روانی همراه با آشفتگی هیجانی قابل توجه و اختلال عملکردی در کار و حوزه اجتماعی است (تولمن، هیملی، بایبی، ابلسون، هافمن، ون اتن- لی^۱، ۲۰۱۳).

برای مثال، یکی از عوامل پیشبینی کننده افت تحصیلی دانش آموزان واجد اضطراب اجتماعی ناتوانی و مشکلات آنها در بیان نظرات، پاسخگویی به پرسشها یا سؤال کردن در کلاس و در حضور همکلاسی ها است. دانش آموزان واجد اضطراب اجتماعی از فقدان مهارتهای کلامی و انتظار شکست رنج میبرند و با افکاری مانند "دیگران درباره عملکرد من چه فکر میکنند؟" و یا «از دید آنها من چگونه فردی هستم؟» درگیر میشوند (پاکلک، ۲۰۰۱). برخی از مطالعات، اوایل دوره نوجوانی را دوره ظهور دلمشغولی های مضطرب کننده دانسته اند (چیک^۲، کارپنتیری^۳، ۱۹۸۶؛ الکلایند^۴ و باون^۵، ۱۹۷۹، نقل از پاکلک، ۱۹۹۷ و ۲۰۰۴). از روشهای درمانی تأثیرگذار در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی میتوان به روشهای مختلفی از جمله درمان پذیرش و تعهد اشاره کرد. با وجود کارآمدی واضح درمان شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، افراد زیادی به این نوع درمان پاسخ نمی دهند و یا علائم باقیمانده و پسرفت، بعد از درمان نشان میدهند (هربرت و داریمپل^۶، ۲۰۰۵). پذیرش و تعهد درمانی^۷ در سال ۱۹۸۶ توسط استیون^۸ هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمانهای رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمانها از قبیل درمان شناختی - رفتاری پدید آمد. پذیرش و تعهد درمانی ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه های ذهنی خوانده میشود. اکت ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی میشوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با

¹ Tolman, Himle, Bybee, Abelson, Hoffman & Van Etten-Lee

² Cheek, J. M

³ Carpentieri, A. M.

⁴ Elkind, D.

⁵ Bowen, R.

⁶ Herbert & Dalrymple

⁷ acceptance and commitment therapy

⁸ Hayes

زمان حال، ارزشها و عمل متعهد. پژوهشهای روانشناسی به مطالعه پذیرش و تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب و بهزیستی روانی- اجتماعی پرداخته اند (براون و رایان^۱، ۲۰۰۳). در این درمان به جای تغییر شناختها سعی میشود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطافپذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسبتر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (پورفرج، ۱۳۹۰). در این درمان ابتدا سعی میشود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها میشود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، بهطور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده میشود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی مییابد. در مرحله سوم به فرد آموخته میشود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزشهای شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزشها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی میتواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط با حوادث (تروما)، هراسها و یا اضطرابهای اجتماعی و... باشند (هیز، ۲۰۰۴).

نتایج این پژوهش در راستای پژوهش یابنده و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان "مقایسه اثربخشی شناخت رفتاردرمانی با درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان" می باشد. نتایج نشان دادند که دو رویکرد درمانی CBT و ACT در کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی به طور مساوی

مؤثر هستند و ACT میتواند گزینه بهتری به جای CBT در درمان اختلال اضطراب اجتماعی

¹ Brown & Ryan

باشد. دال و همکاران (۲۰۰۰) در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده اند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز قابل توجهی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در این دانش آموزان در مقایسه با سایر درمان های روان شناختی معمول می شود. مطالعه اسون، هانکونک، دیکسون، باومن^۲ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و سازگاری اجتماعی این دانش آموزان می گردد. پور فرج (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. مطالعه هن کوک و همکاران (۲۰۱۸) نیز بیانگر آن است که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری میتواند یک درمان انتخابی با شواهد تجربی برای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و بهبود کیفیت زندگی آنها باشد. بر این اساس با توجه به اهمیت اضطراب اجتماعی در نحوه تعامل با دیگران و پیامد های منفی آن در خانواده، جامعه و زندگی تحصیلی و ضرورت کنترل استرس تحصیلی و اهمیت تأثیر افزایش مهارتهای اجتماعی بر کارکردهای تحصیلی و اجتماعی دانش آموزان، بررسی اثر بخشی این مداخلات موثر نمایان تر شده است تا راهگشای مسیرهای جدید در حل مشکلات تحصیلی گردد لذا این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس تحصیلی و بهبود اضطراب اجتماعی دانش آموزان موثر است؟

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، همه ی دانش آموزان پسر متوسطه دوم شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل می دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای استفاده شد به این صورت که از بین کلیه دبیرستان های پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ اهواز دو دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب و سپس دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی و استرس تحصیلی بین این دانش آموزان اجرا گردید. در مرحله بعد به نمره گزاری پرسشنامه پرداخته شد و از بین پرسشنامه های جمع آوری شده تعداد ۳۰ نفر که در دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی و استرس تحصیلی دارای نمره یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بودند و با توجه به ملاک های ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر کدام ۱۵ نفر).

¹ Dahl

² Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman

تعداد نمونه لازم با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات آزمایش باید به ازای هر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد (دلور، ۱۳۸۵) برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. ملاک ورود به این مطالعه داشتن سابقه اختلال اضطراب اجتماعی و استرس، قرار گرفتن در دامنه سنی (دوره دوم متوسطه) و رضایت خانواده برای همکاری در برنامه مداخله ای بود. ملاک های خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه، عدم علاقمندی افراد به ادامه آموزش و شروع یا ادامه حضور در درمانهای روانشناختی دیگر می باشد. ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله دریافت رضایت آگاهانه شرکت کنندگان و محرمانه ماندن اطلاعات آنها رعایت شد. گروه آزمایش مداخله آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. و گروه کنترل، هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. پیش از آموزش، گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه اضطراب اجتماعی نوجوانان (SAS-A) و استرس تحصیلی (ASQ)^۱ را تکمیل کردند و پس از پایان آموزش نیز هر دو گروه به این پرسشنامه ها پاسخ دادند. همچنین پس از اتمام جلسات مداخله برای گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز جلسات ACT برگزار شد. آزمودنی های گروه آزمایش بر اساس پکیج درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۵) مورد آموزش قرار گرفتند. در جدول ۱- خلاصه ای از محتوای جلسات ACT آمده است. ابزار استفاده شده به منظور جمع آوری داده های پژوهش نیز به شرح زیر است:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه برای تکمیل اطلاعات از سوی پژوهشگر تدوین شده است و شامل اطلاعات اولیه درباره جنس، سن، پایه تحصیلی، شغل پدر و مادر، وضعیت تاهل پدر و مادر (ازدواج اول، طلاق گرفته، ازدواج مجدد) و کسانی که آزمودنی با آنها زندگی می کند، تعداد خواهر و برادر ها، کیفیت رابطه پدر و مادر، وضعیت تحصیلی آزمودنی، وضعیت اقتصادی و ارتباط با همسالان می باشد.

پرسشنامه استرس تحصیلی (ASQ)^۲: از آکووا، لینچاند و اسپنشاد^۳ (۲۰۰۵) نسخه جدید پرسشنامه استرس تحصیلی را با الگوگیری از مقیاس تحصیلی میدلستون^۴ توسعه دادند. در این مقیاس، مفهوم استرس تحصیلی از طریق ۲۷ تکلیف مربوط به تحصیل اندازه گیری می شود. در پرسشنامه استرس تحصیلی، از شرکت کنندگان خواسته می شود تا میزان استرس زایی هر یک از ۲۷ تکلیف را بر روی یک مقیاس ۱۱ درجه ای از "به هیچ وجه استرس زا نیست

¹ academic stress questionnaire

² academic stress questionnaire

³ Zajacova, Lynchand & Espenshade

⁴ Midiloston

"(نمره صفر) تا "کاملا استرس زا است" (نمره ۱۰) تعیین کنند. در مطالعه شکری و همکاران (۱۳۸۹)، نتایج تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش اوبلیمین نشان داد که ASQ از چهار عامل «دشواری عملکرد تحصیلی در کلاس» «دشواری عملکرد تحصیلی در بیرون از کلاس»، «دشواری تعامل در مدرسه» و «دشواری مدیریت کار، مدرسه و خانواده» تشکیل شده است. شاخص های برآزش تحلیل عاملی، وجود عوامل ۴ گانه را تایید کرد. همبستگی منفی و معنادار بین نمره کلی استرس تحصیلی و نمره کلی خود کار آمدی تحصیلی، روایی همگرایی ASQ را تایید کرد. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی استرس تحصیلی ادراک شده و زیر مقیاس های دشواری عملکرد تحصیلی در کلاس، دشواری عملکرد تحصیلی در بیرون از کلاس، دشواری تعامل در مدرسه و دشواری مدیریت کار، مدرسه و خانواده در نمونه ایرانی؛ به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمد و در نمونه سوئدی؛ به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ و در کل برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۷۰ به دست آمد.

مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان^۱ (پاکلک^۲ و ویدک، ۱۹۹۷)؛ مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان از ۲۸ گویه شامل ۲ خرده مقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی (AFNE) (۱۵ سوال) و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی (TISC) (۱۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش نگرانیها، ترسها و رفتارهای اجتنابی نوجوانان در موقعیتهای مختلف بکار میرود. AFNE از طریق ۱۵ سوال ترسها، نگرانیها و انتظارات ارزیابیهای منفی احتمالی از طریق همسالان را توصیف میکند. TISC نیز از طریق ۱۳ سوال تنش یا آرمیدگی، صحبت یا بازداری و آمادگی برای مواجهه با موقعیتهای اجتماعی مختلف مثل برخورد با افراد آشنا و ناآشنا، همسالان غیر همجنس و شرکت در مباحثات کلاسی را توصیف میکند. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای میباشد که برای گزینه های «خیلی کم» «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته میشود. گفتنی است که سوالات ۳، ۴، ۱۲، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۷ به طور معکوس نمره گذاری میشوند. در پژوهش خدائی، شکری، پاکلک، گراوند، طولابی (۱۳۹۰)، نتایج تحلیل عاملی تأییدی، با هدف بررسی روایی عاملی SASA نشان داد که ساختار دو عاملی برآزش خوبی با داده ها دارد.

¹ Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA)

² Puklek

ضرایب آلفا برای زیرمقیاسهای درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۸، ۰/۸۳ بدست آمد.

روش اجرا و تحلیل

جدول شماره ۱: عناوین جلسات

جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسشنامه ها
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد، مرور تکالیف جلسه قبل
جلسه چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد فنهای گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهدهگر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبل سنجش عملکرد، کاربرد فن های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درون به عنوان یک فرایند
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزشهای عملی زندگی
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسات قبل، بررسی تکالیف خانگی، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزشها

تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا با استفاده از روشهای آمار توصیفی، داده ها توصیف شدند. سپس پیش فرضهای آماری لازم به منظور استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس، شامل آزمون شاپیروویلک برای بررسی بهنجاربودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه و آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس ها تحلیل شدند. همچنین اثر پیش آزمون با استفاده از روش تحلیل کواریانس کنترل شده است.

یافته های پژوهش

یافته های جمعیت شناختی نشان داد دانش آموزان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه در پایه اول ۱۳ نفر، در پایه دوم ۱۴ نفر و در پایه سوم ۳ نفر می باشد. علاوه بر این در رشته تجربی ۹ نفر، ریاضی ۱۱ نفر و در رشته انسانی ۱۰ نفر مشغول به تحصیل بودند. با توصیف داده های گردآوری شده شاخص های توصیفی مربوط به نمره کل استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: شاخصهای توصیفی متغیر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی
به تفکیک گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۹/۰۴	۱۸۹/۶۰	۹/۰۲	۱۸۹/۳۳	گروه گواه	استرس
۸/۰۴	۱۴۹/۱۳	۷/۰۸	۱۹۲/۴۷	گروه آزمایش	تحصیلی
۴/۹۹	۱۰۰/۵۳	۴/۷۴	۱۰۲/۰۶	گروه گواه	اضطراب
۴/۶۴	۶۲/۸۰	۴/۱۶	۱۱۱/۶۰	گروه آزمایش	اجتماعی

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده میشود، میانگین استرس تحصیلی گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۸۹/۳۳ و ۱۸۹/۶۰ میباشد. همچنین میانگین استرس تحصیلی در گروه آزمایش نیز در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۹۲/۴۷ و ۱۴۹/۱۳ میباشد. علاوه بر این همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین اضطراب اجتماعی گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۰۲/۰۶ و ۱۰۰/۵۳ میباشد. همچنین میانگین اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش نیز در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۱۱/۶۰ و ۶۲/۸۰ به دست آمد. بنابراین در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین ها در گروه آزمایش محسوس میباشد. در ادامه برای دانستن این مطلب که این کاهش نمره در مرحله پس آزمون گروه آزمایش به لحاظ آماری معنادار است یا خیر از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در ادامه می آید.

استفاده از این آزمون مسلتزم رعایت چند پیش فرض اولیه است. برای بررسی پیش فرض نرمالیتی متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد که توزیع همه متغیرهای پژوهش طبیعی است ($P > 0/05$). جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون همگنی واریانس های گروه آزمایش و گواه برای متغیرها معنی دار نمی باشد بنابر این واریانس های گروه آزمایش و گواه یکسان است ($P > 0/05$). نتایج آزمون باکس ($M SXOB = 0/809, F = 0/249, P = 0/862$) و شیب خط رگرسیون نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس-کواریانس رعایت شده است ($> 0/05$). با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل کواریانس رعایت شده است، می توان

از این آزمون آماری استفاده نمود. جهت تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) انجام گرفت، سپس فرضیه های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۲ آمده است.

جدول شماره ۲: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی نمره های پس آزمون برای مولفه های استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی گروه های آزمایش و گروه گواه

نام آزمون	مقدار	F	اشتباه df	فرضیه df	سطح معناداری
آزمون اثر پیلائی	۰/۹۴۶	۲۲۰/۶۰۷	۲۵	۲	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره (جدول ۲) سطح معنی داری قابلیت استفاده از مانکووا را مجاز می شمارند. این امر بیانگر آن است که بین افراد گروههای آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار وجود دارد. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) بر روی نمره های متغیر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی در افراد گروههای آزمایش و گواه را نشان میدهد.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) روی نمره های پس آزمون استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی در گروههای آزمایش

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور اتا	توان آزمون
استرس تحصیلی	۱۴۲۷۱/۳۶۴	۱	۱۴۲۷۱/۳۶۴	۲۲۱/۱۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۹۱	۱
اضطراب اجتماعی	۱۴۹۶۳/۲۹۳	۱	۱۴۹۶۳/۲۹۳	۱۵۷/۰۳۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵۳	۱

جدول ۳ نشان می دهد که با حذف اثر پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون مولفه های استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می

شود ($P < 0/5$) این نتایج بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش درمان پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر دوره متوسطه دوم در شهر اهواز انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد آموزش درمان پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر دوره متوسطه دوم موثر بوده است. این نتایج هماهنگ با نتایج میری و منصور (۲۰۲۰) روحی و همکاران (۲۰۱۹)، فخاریان و همکاران (۲۰۱۹)، اصغری و همکاران (۲۰۱۹)، بلوتی و همکاران (۲۰۱۴)، یاداواپا و همکاران (۲۰۱۴) تووهیک و لویین (۲۰۱۷) است. در واقع تمامی پژوهشهای پیشینه بر تأثیر آموزش رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس و اضطراب امتحان تأکیده کرده اند؛ برای مثال میری و منصور (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان و سبک های مسئله مدار و هیجان انگیز دانش آموزان تأثیر معناداری دارد. همچنین در مطالعه ی عثمان و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد روی دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. آنها دریافتند که میتوان با استفاده از این رویکرد تمایل به داشتن احساسات ناخوشایند و در نتیجه شرکت در رفتارهای اجتماعی را که مطابق با ارزشهای فرد بوده ولی او تاکنون از آن ها اجتناب کرده، افزایش داد. این نتایج همسو با یافته های پژوهش حاضر است. در تبیین این یافته میتوان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مداخلات جدید است که هر دو بال رفتاری و شناختی را دارا است که در مسیر متفاوتی حرکت میکند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پایه زبان انسان و چارچوب ارتباطی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توضیح میدهد که چرا همجوشی شناختی (چسبیدن به افکار مثل افکار استرسزا) و اجتناب تجربی (مبارزه با افکار مثل مبارزه با افکار استرسزا) هر دو مظنون و مضر هستند (هیزا، ۲۰۱۶) در تبیین نتایج میتوان گفت که درمان پذیرش و تعهد با ارائه ی تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه ی مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها باعث درک بیشتر درباره ی ایستادگی در برابر چالشهای زندگی میشود؛ همچنین در این درمان افراد به این باور میرسند که توانایی مقابله با

¹ Hayes

چالشهای زندگی شخصی و خانوادگی و اجتماعی را دارند؛ در نتیجه ابتدا اجتناب و پریشانی و ترس از چالشها و در نهایت افسردگی و استرس و اضطراب امتحان کاهش مییابد؛ به عبارت دیگر میتوان گفت که فردی با پذیرش زیاد به سادگی میتواند متوجه برانگیختگی های افکار و احساسات خود شود؛ بدون اینکه تلاشی برای گواه آنها انجام دهد یا از آنها فرار یا اجتناب کند که این امر پیامدهای مثبتی در بر دارد. در مقابل فردی پذیرش کم، به سادگی دچار برانگیختگیهای روانی و راهبردهایی برای تغییر شکل و فراوانی افکار و احساسات میشود (زتله و هیز^۱، ۱۹۸۶). در این شیوه درمان به جای تاکید بر مواجهه، به افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، همانطور که هستند، تاکید شده و به فرد کمک میکند تا فکر اضطرابی را فقط فکر تجربه کند؛ همچنین به جای پاسخ به آن، به انجام چیزی بپردازد که در زندگی برایش مهم و در راستای ارزشهایش است؛ یعنی وجود فکر اضطرابی به خودی خود مسئله نیست بلکه مسئله ی اصلی تلاش فرد برای پاسخ به فکر اضطرابی است. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کرده و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها و خاطره ها و افکار ناخوشایند شوند (زمانی و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه درباره ی خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می توان جزو عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۳).

علت این تأثیر می تواند ، تغییر در نگرش دانش آموزان در جلسه ی نخست درباره ی علل ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار باشد و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درمانی خلاق در مقایسه با راه حل های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال دانش آموزان از این نگرش جدید بوده است (تیاگاراگان^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود و کاهش علائم استرس و اضطراب امتحان میشود و نیز از طریق ایجاد و توسعه ی «پذیرش» و «افزایش عمل به ارزشها» در دانش آموزان، تغییرات درمانی را ایجاد میکند (خدایی و همکاران، ۲۰۱۳).

به طور کل این مطالعه بیانگر آن بود که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی اثرات مثبتی داشته

¹ Zettle & Hayes

² Thyagarajan

است. این نتایج نشان میدهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وسیله فرایندهای روانشناختی اساسی مرکزی خود از قبیل ارتباط با زمان حال، کاهش اجتناب، کاهش آمیختگی شناختی، روشن سازی اهداف ارزشمند زندگی و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه، راه را برای درمان اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی و استرس هموار ساخته و میتوان از آن در راستای کاهش استرس تحصیلی و اضطراب اجتماعی مبتلایان به این بیماری استفاده نمود. این پژوهش دارای محدودیت هایی بود از آنجا که ابزار سنجش متغیرها از نوع ابزارهای خودگزارش دهی است، تکمیل پرسشنامه ها تا حد زیادی تحت تأثیر علائق افراد به معرفی خود یا خودنمایی و استراتژیهای مدیریت برداشت قرار میگیرد. پیشنهاد میشود برای اطمینان یافتن از صحت نتایج در کنار ابزارهای خودگزارش دهی، از روشهای دیگری مانند مشاهده، مصاحبه با دانش آموزان، والدین، معلمان، مشاوران استفاده شود. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر پیشنهاد میشود، کاربرد و استفاده از گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد محور توجه مشاوران مدارس و خانواده قرار گیرد تا بتوان در جهت تقویت عواطف مثبت در دانش آموزان و مدیریت استرسهای روزانه به صورت سازگارانه گام برداشت. علاوه بر آن انجام این پژوهش در سایر نقاط کشور و طراحی پروتکل آموزشی جدید متناسب با مشکلات دانش آموزان، نیز میتواند نتایج رضایت بخش تری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاران این پژوهش و تمامی آزمودنیهای شرکت کننده در آن تشکر و سپاسگزاری میشود.

منابع و ماخذ

- آذرگون، حسن و کجباف، محمدباقر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. مجله روانشناسی، ۵۳(۱۶)، ۷۴-۷۹.
- پورفرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ششم، شماره ۲.

- تکلوی، سمیه و فرش، آمنه. (۱۳۹۶). مقایسه سطوح خودانتقادی، استرس ادراک شده، عاطفه مثبت و منفی در مادران دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری. مجله ی ناتوانی ها ی یادگیری، ۷(۲)، ۷-۲۶.

-شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ نقش، زهرا و غنایی، زیبا؛ دانشورپور، زهره و مولایی، محمد (۱۳۸۶)؛ صفات شخصیت، استرس تحصیلی و عملکرد تحصیلی. مطالعات روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، ۳(۳)، ۲۶-۴۴.

-دلاور، علی (۱۳۸۵) روش تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات پیام نور
-غلامرضایی، زهره، پورشافعی، هادی، و دستجردی، رضا (۱۳۹۶). مقایسه بهزیستی روانشناختی دانش آموزان تیزهوش و عادی. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱(۴)، ۴۲-۴۷.

-یوسفی کله خانه، ز. هاشمی نصرت آباد، ت. و علیلو، م. م. (۱۳۹۶) نق ش سیستم های مغزی-رفتاری و تجربیات استرس زا در نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۱۱(۴۴)، ۷۷-۸۸.

-Alkozier, A., Creswell, C., Cooper, P. J., & Allen, J. B. (2015). Autonomic arousal in childhood anxiety disorders: Associations with state anxiety and social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 175(3), 25-33.

-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington.

-Amirkhan, J. H. (1998). Attributions as predictors of coping and distress. *Perso Soci Psycho Bull*, , 24: 1006-1018.

-Ames, C(1992). Classrooms: goals, structures, and student motivation. *J Educ Psycho*, , 84: 261-271.

-Asghari, N., Maddahi, M. E., & Kraskian, A. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on physical and psychological symptoms of elderly women. *Journal of Nursing Education (JNE)*, 8(3).

-Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.

- Brown, K. W., & Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(22), 822-848.
- Covington, M. V. A(1993) motivational analysis of academic life in college. In J. Smart (ed.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research*, Vol. 9, New York: Agathon Press, 1993, p. 50–93.
- Dahl, R., Bathel, D., & Carreon, C. (2000). The use of solution-focused therapy with an elderly population. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 45-55.
- Fakharian, N., Samari, S. J., & Ghezelsefloo, M. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Anxiety, Depression and Psychological wellbeing of Patients with Hypothyroidism.
- Ferne , B. A., Kopar , U. Y., Fisher, P. L., & Spada, M. M. (2018). Further development and testing of the metacognitive model of procrastination: Self-reported academic performance. *Affective Disorders*, 240, 1-5.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavior Therapy*, 35 (4): 639–665.
- Hancock, K., Swain, j., Hainsworth, c., Dixon, A.L., Koo, S & Munro, K(2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial, *US National Library of Medicine National Institute of Health*, 47 (2):296-311.
- Herbert, J. D. & Dalrymple, K. (2005). Social anxiety disorder. in A. Freeman, A. M. Nezu, M. A. Reinecke, C. M. Nezu, & S. Felgoise (Eds.), *Encyclopaedia of Cognitive Behavior Therapy*, 368-372.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2013). Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 17(3), 275-286.
- Khodaei, G. H., Farbod, N., Zarif, B., Nateghi, S., & Saeidi, M. (2013). Frequency of thalassemia in Iran and Khorasan Razavi. *International journal of Pediatrics*, 1(1), 45-50.

- Mawdsley, H. (2010). The transactional relation between child behavior problems and parenting stress and the impact of coping and social support within families who have children with developmental disabilities. Doctoral Thesis, Department of Counseling, Developmental, and Educational Psychology, Boston College.
- Miri, S., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy group on the perfectionism and test anxiety in students. *Clinical Psychology and Personality*, 15(2), 17-26.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. E., & Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 8(2), 71.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3), 397-416.
- Pekrun, R., Goetz, T., & Titz, W., & Perry, R. P. (2002). Academic emotions in student' selfregulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educ Psycho*, 37(2): 91-105.
- Perry, R. P. (1991). Perceived control in college students: implications for instruction in higher education. In J. Smart (ed.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research*, Vol. 7, New York: Agathon Press. 1991, p. 1-56.
- Puklek, M. (1997). Sociocognitive aspects of social anxiety and its developmental trend in adolescence. Unpublished master thesis. University of Ljubljana.
- Puklek, M. (2001). Social anxiety and cognitive interference in students' public performance. In: R. Ro- social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Puklek, M. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons of Psychology*, 13, 27-40.
- Putwain, D. W., Gallard, D., & Beaumont, J. (2020). Academic buoyancy protects achievement against minor academic adversities. *Learning and Individual Differences*, 83, 101-105.

- Ramezani, H., Nikbakht, H. A., Nasrollahpour Shirvani, S. D., Ahoei, K. H., & Mohsenian, H. (2016). Effect of health promoting school program in schools of the city of Babol: 2013. *Journal of Health*, 6(5), 547-556.
- Roohi, R., Soltani, A. A., Zinedine Meimand, Z., & Razavi Nematollahi, V. (2019). The effect of acceptance and commitment therapy (act) on increasing the self-compassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(3), 173-187.
- Suroky, E. (2008). *Understanding stress effects*. New York: MC Grow Hill press.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
- Thiyagarajan, A., Bagavandas, M., & Kosalram, K. (2019). Assessing the role of family well-being on the quality of life of Indian children with thalassemia. *BMC pediatrics*, 19(1), 1-6.
- Tolman, R. M., Himle, J., Bybee, D., Abelson, J. L., Hoffman, J., & Van Etten-Lee, M. (2009). Impact of social anxiety disorder on employment among women receiving welfare benefits. *Psychiatric Services*, 60, 61-66.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770.
- Yabandeh, MR., Bagholi, H., Sarvghad, S & Koroshnia, M (2018). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Social Anxiety Disorder Symptoms in University Students, *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 5:1. DOI: 10.4172/2469-9837.1000208.
- Zamani E, Moatamedy A, Bakhtiari M. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety in multiple sclerosis. *Iranian Journal Of Health Psychology*, 5(20),152-67. (Persian)
- Zajacova, A., Lynchand, S.M., & Espenshade, T.J. (2005). SelfEfficacy, Stress, and Academic Success in College. *Research in Higher Education*, 46(6), 677-706.

- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4(1), 30-38.
- Zhu, D., Kinson, L. H., & Wang, Q. (2018). Academic performance and financial forecasting performance: A survey study. *Behavioral and Experimental Finance*, 20, 45-51.

