خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۴۵-۳۴

Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

# بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استیون هیز با تاکید بر رویکردهای توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی نوجوانان

فرزانه السادات رضوی،[۱] محمد اسماعیل ابراهیمی*[۲]

## چکیده

**مقدمه**: دوره‌ی نوجوانی دوره‌ای مخاطره آمیز در زمینه انتخاب شغل و آینده است، چون همه ویژگی‌های اصلی شخصیت و علایق و تمایلات شغلی، ارزش‌های کاری و انتخاب مسیر شغلی در این دوره شکل می‌گیرد. لذا این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استیون هیز با تاکید بر رویکردهای توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی انجام شد.

**روش پژوهش**: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر شهر یزد بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند و از این تعداد، ۲ گروه ۱۵ نفری به روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان شناختی توسط هیز و پرسشنامه خودکارامدی تصمیم‌گیری شغلی بتز و تایلور در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت)، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و سطح معنی‌داری $p > ۰/۰۵$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها**: بر طبق نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان شناختی موثر نبود ولی بر خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی با سطح معناداری کمتر از ۱ درصد موثر است ولی در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده است ($P \leq ۰/۰۱$).

**نتیجه‌گیری**: بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به ماهیت آموزش مهارت‌ها بر سلامت روان و تصمیم‌گیری دانش آموزان موثر بوده است.

**واژگان کلیدی**: پذیرش، تعهد و تغییر رفتار، توجه آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوجوانی

**تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۲۰** **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۷/۲۸**

**استناد:** رضوی فرزانه السادات، ابراهیمی محمد اسماعیل. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استیون هیز با تاکید بر رویکردهای توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی نوجوانان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(الف): ۴۵-۳۴

[۱]- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران farzanehsadatrazavi@gmail.com

[۲]- (نویسنده مسول): استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**مقدمه:**

تغییرات ساختاری و روان شناختی که در دوران بلوغ برای نوجوانان و دانش آموزان رخ می‌دهد، بحران اساسی رشدی محسوب می‌شود (۱). پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه و همچنین به رفتار آشکار اعم از فیزیکی و کلامی‌اطلاق می‌شود که منجر به آسیب رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگر می‌شود (۲). رابرتون[۱] و همکاران (۳) پرخاشگری را یکی از مهمترین مشکلات دوره نوجوانی در همه فرهنگها معرفی کرده و آن را به عنوان آمادگی برای ابراز خشم تعریف میکنند. پرخاشگری به شیوه‌های مختلف ابراز می‌گردد؛ گاهی به صورت خشم فرو خورده می‌شود و گاهی به افراد و اشیاء بیرونی معطوف می‌گردد (۴).

از آنجا که همزمان با تغییرات شناختی، فردِ نوجوان دوره بلوغ و تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی ناشی از آن را سپری می‌کند، احتمال بروز پرخاشگری در او زیاد می‌شود (۵) این در حالی است که پرخاشگری میتواند پیامدهای منفی زیادی از جمله تصویر ذهنی منفی در میان همسالان و آموزگاران، طرد از سوی همسالان، افت تحصیلی، مصرف مواد، مشکلات ارتباطی با خانواده و بزهکاری برای نوجوانان در پی داشته باشد (۶) در واقع، در این سنین است که بسیاری از نیازهای افراد آشکار می‌شوند و عدم ارضای آنها می‌تواند به افزایش مشکلات سلامت روانی در نوجوانان منجر شود. نیازها به عنوان خوراک درونی و روان شناختی شناخته می‌شوند که برای نمو و دوام روان شناختی و بهزیستی و انسجام زندگی نوجوانان ضروری هستند (۷).

علاوه براین واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از پرخاشگری، عامل پیش بینی مهم در بروز بیماریهای قلبی و عروقی در آینده میباشد (۸) همچنین رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان در فرهنگهای مختلف با رفتارهای ضد اجتماعی در دوره بزرگسالی رابطه نزدیک دارد (۹). فرد با پرخاشگری، فرصت یادگیری مهارت‌های ضروری برای مقابله موثر با رویدادهای مختلف را از دست داده و زمینه را برای تداوم پرخاشگری و مشکلات ناشی از آن فراهم میکند (۱۰).

از عواملی که می‌تواند مانع از تبدیل خشم به پرخاشگری شود، انعطاف پذیری روان شناختی است. در حقیقت طبق این دیدگاه، خشم و قضاوت احساسات زودگذر ما هستند که مانند ابرهای آسمان یا فصل‌های در حال تغییر، می‌آیند و می‌روند و می‌توان با ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش، تمرکز بر ارزش‌ها مانع از تبدیل شدن احساس خشم به پرخاشگری ناکارآمد شد (۳). نتایج بررسی‌های هیز و همکاران (۱۱) نشان می‌دهد دلیل نشان دادن تعصب و پرخاشگری به دیگران از سه چیز نشات می‌گیرد: ناتوانی نسبی در اتخاذ چشم انداز دیگران، ناتوانی در احساس درد دیگران و ناتوانی در گشودگی هیجانی. افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می‌تواند بر هر سه عامل اثر بگذارد.

منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که بر حسب موقعیت، همسو با ارزشهای فرد باشد (۱۲)، فرآیندهای دستیابی به انعطاف‌پذیری روان شناختی از شش اصل کمک می‌گیرند تا افراد بتوانند به انعطاف پذیری برسند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده گر، ارزشها و اقدام متعهدانه (۱۳) الگوهای رفتاری سازگارانه مطابق با تغییرات محیطی و توانایی تغییر مجموعه شناختی آن، قسمت اصلی سازگاری حاصل از انعطاف‌پذیری روان شناختی است (۱۴)، انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند بر این اساس، انعطاف پذیری روان شناختی با بهزیستی روانی و آسیب پذیری در طیف گستردهای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی‌می‌شود، رابطه دارد (۱۵).

---

[۱] Roberton

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۳۷(۲ ص ۴۵-۳۴
Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

یکی از عوامل احتمالی ایجاد کننده پرخاشگری در نوجوانان فشارهای زیادی است که باید در مسیر انتخاب رشته تحصیلی و رشته شغلی آینده خود متحمل شوند. در حقیقت انسان بودن سخت است و نوجوان بودن راحت تر از آن نیست (۱۶). در واقع، دوره نوجوانی زمان تصمیم گیری‌های بزرگی مانند انتخاب رشته تحصیلی است که میتواند آینده شغلی و بخش بزرگی از زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد ازین رو خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی یکی از مهمترین دغدغه‌های این دوره سنی به شمار می‌رود زیرا شروع مسیر شغلی افراد و پایه انتخاب‌های آینده شغلی آن ها در این سن شکل میگیرد. شغل افراد یکی از عمده ترین دلایل تنیدگی در زندگی آنهاست (۱۷). شغل برای هر فرد به عنوان عامل تشکیل دهنده هویت اجتماعی، منبع تأمین نیازهای زندگی و تشکیل دهنده روابط اجتماعی محسوب می‌شود (۱۶).

تصمیم گیری شغلی مناسب امری مهم برای افراد جویای شغل است. فرد با تصمیم گیری شغلی علاوه بر اینکه شغلی را انتخاب می‌کند، سبک زندگی مخصوصی را نیز انتخاب می‌کند و آگاهانه یا ناخودآگاه مواردی مانند مقام، نیاز به ادامه تحصیل، مهارت گذراندن اوقات فراغت و محیط شغلی خود را انتخای می‌کند (۱۸). در واقع درگیری تصمیم گیری شغلی مجموعه عملیاتی است که فرد ضمن تعیین شغل، از جانب خود متکلف می‌شود که با انجام رفتارهای ضروری و بهره گیری از انتخاب خود به مرحله اجرا برسد (۱۹). خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی یعنی میزانی از باور فرد به اینکه در انجام کامل وظایف ضروری تصمیمگیری مسیر شغلی میتواند موفق عمل کند (۲۰).

رویکردهای درمانی مختلفی به معالجه و مدیریت پرخاشگری پرداخته اند که در این بین درمان‌های موج سوم رفتاری از موفق ترین‌ها بوده اند. یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری که با محبوبیت فزاینده ای در سرتاسر دنیا روبروست، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمانهای موج سوم رفتاردرمانی است که استیون هیز استاد دانشگاه نوادا و همکارانش از ابتدای دهه هشتاد آن را معرفی کردند و با نام اختصاری پذیرش و تعهد شناخته می‌شود. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار است، به طوریکه انسان ارزشها و اهداف خود را بشناسد و بداند که در زندگی چگونه انسانی می‌خواهد باشند (۱۳).

درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش، آگاه بودن و مشاهده خود تمرکز دارد. ا صول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها است؛ عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است (۱۱) این درمان با تمرکز بر تمرینات مبتنی بر مواجهه و خودآگاهی به دنبال کمک به مراجعان برای دستیابی به یک زندگی ارزشمند است (۲۱). هدف اصلی در مان پذیرش و تعهد تقو یت انعطاف پذیری روان شناختی در افراد است تا قادر به انتخاب در بین گزینه‌های مختلف باشند (۲۲)، در فرآیند درمان پذیرش و تعهد به درمانجویان کمک می‌شود تا به جای تلاش برای تغییر و اصلاح نگرش خود به زندگی، افکار و هیجانات مسئله ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند(۲۳)، زیرا در این رویکرد درمانی اعتقاد به این است که هرگونه عملی جهت کنترل تجارب ذهنی نامطلوب بی‌اثر است (۲۴). طبق یافته‌های موجود، درمان پذیرش و تعهد در کاهش آسیب‌ها و مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی، افزایش انعطاف پذیری و تاب آوری، ارتقای سطح سلامت روان و بهزی ستی و رفتارهای خود یاری مؤثر است ( ۲۵)، بنابراین هدف این پژوهش این است که مشخص کند آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ، انعطاف پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی دردانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر یزد متفاوت است یا خیر؟

**روش پژوهش:**

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر دانش آموز مقطع دوم دبیرستان‌های ناحیه دو شهر یزد بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند و از این تعداد، ۲ گروه ۱۵ نفری به روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۷۸)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان شناختی توسط هیز (۲۰۰۰) و پرسشنامه خودکارامدی تصمیم‌گیری شغلی بتز و تایلور (۱۹۸۳) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و به صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت)، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱. دانش آموزان دوره دوم متوسطه؛ ۲. دانش آموزان دختر؛ ۳. دانش آموزان شهر یزد ؛ ۴. عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با هدف درمان اختلال پرخاشگری و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: دانش آموزانی که در بیش از ۲ جلسه پی دی پی و ۳ جلسه نامتناوب غایب بودند.

ابزار پژوهش عبارت بود از؛ (۱) **پرسشنامه پرخاشگری باس و پری**[1]: نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود، توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی (PA)، پرخاشگری کلامی(VA)، خشم (A) و خصومت (H). آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای از: کاملا شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست(۲)، تا به شدت شبیه من نیست (۱). دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس ها بدست می‌آید. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس ها به دست می‌آید. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی۰/۸۰گزارش کرده اند (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط سامانی ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۷). همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان وروانشناسان در ایران است. حسین خانزاده و همکارانش (۲۸) طی پژوهشی میان دانشجویان برای تعیین پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرده و ضرایب به دست آمده برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر۰/۸۹ و۰/۹۰ بوده است که بیانگر ضریب پایایی مطلوب می‌باشد.

(۲) **پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران**[2]: برای سنجش تجربی/انعطافناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساسهای ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ پرسش است. پرسش های این پرسشنامه تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته (از احساس‌هایم می‌ترسم)، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت ارزش‌های درونی (خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایتبخش محروم میکند) را می‌سنجد. پرسش‌های این پرسشنامه براساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز۱ تا همیشه ۷) رتبه بندی می‌شود. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطافپذیری روانشناختی پایینتر و اجتناب

---

[1] The Aggression Questionnaire- AQ

[2] Acceptance and Action Questionnaire-Revised (AAQ-R)

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۴۵-۳۴

Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

تجربی بالاتر است. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران همسانی درونی آن ۰/۸۴ بدست آمده است (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط صفرزائی و همکاران ۰/۵۹ گزارش شده است (۳۰).

(۳) **مقیاس خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی**: این مقیاس را تیلور و بتز در سال ۱۹۸۳ تدوین کردند، این پرسشنامه پنج شایستگی در زمینهٔ انتخاب شغل براساس مدل کرایتز[۱] (۱۹۶۱) را ارزیابی می‌کند. بنابراین سؤالات این پرسشنامه در این حیطه‌ها است: ۱) ارزیابی مناسب از خود، ۲) جمع آوری اطلاعات شغلی، ۳) انتخاب هدف، ۴) طرح ریزی برای آینده، ۵) حل مسأله. پرسشنامه بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نداشتن اعتماد به نفس تا اعتماد به نفس کامل است. تعداد سؤالات این آزمون ۲۵ سؤال است. تیلور و بتز در سال ۱۹۸۳، پایایی ۰/۹۷ از طریق آلفای کرونباخ را برای این مقیاس محاسبه کردند (۳۱). ). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط پریشانی و نیلفروشان ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۲).

(۴) **پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**: این پروتکل در سال ۱۹۸۶ طی ۸ جلسه توسط هیز (۱۱) تدوین شد و مخلوطی از ۴ رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن در نهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است به گونه ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه به رغم وجود این احساس فرد به سوی رفتار مبتنی بر ارزش اندیشیده حرکت کند (۱۱). گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داده شدند که محتوای جلسات آن در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

**جدول ۱.** خلاصه محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| جلسه توجیهی | اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی شرکت کنندگان در پژوهش، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درما. |
| اول | آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در شرکت کنندگان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل |
| دوم | آموزش نومیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است |
| سوم | ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف |
| چهارم | آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف |
| پنجم | ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها |
| ششم | بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد |
| هفتم | شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون |
| هشتم | ارزیابی شرکت کنندگان در پژوهش، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان و اجرای پیش‌آزمون |

داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و سطح معنی‌داری $p > ۰/۰۵$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

[۱] Crites

**یافته‌ها :**

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، انعطاف پذیری روان شناختی و خودکارآمدی مسیر شغلی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر یزد است.

**جدول ۲.** آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته

| | گروه | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|---|---|---|---|---|
| پرخاشگری | مداخله | ۹۱/۳۳ | ۱۳/۵۲۶ | ۱۵ |
| | کنترل | ۷۲/۲۵ | ۱۹/۴۱۳ | ۱۶ |
| انعطاف پذیری روان شناختی | مداخله | ۷۸/۷۳ | ۱۴/۹۷۸ | ۱۵ |
| | کنترل | ۷۴/۸۸ | ۱۱/۰۰۲ | ۱۶ |
| خودکارآمدی مسیر شغلی | مداخله | ۶۷/۰۰ | ۱۲/۶۱۰ | ۱۵ |
| | کنترل | ۷۲/۲۵ | ۱۲/۲۲۳ | ۱۶ |

**جدول ۳.** آزمون چند متغیری

| | اثر | مقدار | F | سطح معنی داری | مجذور اتا سهمی | توان مشاهده شده |
|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۴۲۳ | ۳/۴۸۵ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۱۱ | ۰/۹۳۱ |
| | لاندای ویلکس | ۰/۵۹۳ | ۳/۷۷۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۳۰ | ۰/۹۵۰ |
| | اثر هاتلینگس | ۰/۶۵۹ | ۴/۰۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴۸ | ۰/۹۶۴ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۰/۶۱۵ | ۷/۹۹۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۸۱ | ۰/۹۸۴ |

با توجه به مقادیر سطح معنی‌داری و مجذور اتا سهمی در جدول شماره ۳ می‌توان از رویکردهای درمانی به عنوان یک عامل اثرگذار معنی‌دار در متغیرهای وابسته تفسیر کرد. مقادیر مجذور اتا دلیلی بر سه‌می‌از واریانس است که مربوط به متغیر عامل می‌شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ یا ۱۴٪ باشد نشان‌دهنده این است که اندازه اثر زیاد است.

**جدول ۴.** تحلیل کوواریانس جند متغییری

| منبع | متغیر وابسته | df | میانگین مربعات | F | سطح معنی داری | مجذور اتا سهمی | توان مشاهده شده |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | پرخاشگری | ۲ | ۴۲۶/۶۰۷ | ۶/۸۷۹ | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۵۶ | ۰/۹۰۲ |
| | انعطاف پذیری روان شناختی | ۲ | ۱۶/۴۵۴ | ۰/۲۴۳ | ۰/۷۸۵ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۸۶ |
| | خودکارآمدی شغلی | ۲ | ۱۱۰/۶۹۵ | ۵/۱۱۵ | ۰/۰۱۱ | ۰/۲۰۴ | ۰/۷۹۳ |
| خطا | پرخاشگری | ۴۰ | ۷۶/۰۱۶ | | | | |
| | انعطاف پذیری روان شناختی | ۴۰ | ۶۷/۶۶۱ | | | | |
| | خودکارآمدی شغلی | ۴۰ | ۲۱/۶۴۰ | | | | |

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۴۵-۳۴

Family and health Quarterly, vol13, Issue (A), Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir

نتایج مربوط به آزمون معنی‌داری فاکتور یا عامل را در جدول خلاصه شده ۴ مشاهده می‌کنید. با توجه به سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ برای متغیر پرخاشگری و خودکارآمدی شغلی و توان مشاهده شده بالا و مجذور اتا سه‌می‌بزرگتر از ۰/۱۴ برای این دو متغیر اثرگذاری معنی‌دار مداخله‌ی ما روی متغیرهای پرخاشگری و خودکارآمدی شغلی است.

حال به منظور مقایسه دو به دو گروه ها و مقایسه میزان اثربخشی این سه درمان، در جدول شماره ۵ از آزمون بن‌فرونی استفاده می‌شود.

**جدول ۵.** مقایسه‌ی میانگین‌های برای متغیر پرخاشگری پس آزمون

| متغیر وابسته | (J) گروه | اختلاف میانگین(I-J) | خطای معیار | سطح معنی داری | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین ها | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | کران پایین | کران بالا |
| پرخاشگری | مداخله | -۰/۰۷۰ | ۳/۱۷۱ | ۱/۰۰۰ | -۷/۹۹۵ | ۷/۸۵۵ |
| | کنترل | -۱۱/۵۲۴ | ۳/۷۹۶ | ۰/۰۱۳ | -۲۱/۰۱۱ | -۲/۰۳۷ |
| | مداخله | ۱۱/۵۲۴ | ۳/۷۹۶ | ۰/۰۱۳ | ۲/۰۳۷ | ۲۱/۰۱۱ |
| | کنترل | ۱۱/۴۵۴ | ۳/۲۴۳ | ۰/۰۰۳ | ۳/۳۵۱ | ۱۹/۵۵۷ |

از نتایج جدول شماره ۵ در سطر کنترل که مقایسه روش‌های درمانی با گروه کنترل که از هیچ روش درمانی روی آنها استفاده نشده، صورت گرفته و اختلاف معنی دار آن با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۱۳ برای روش درمانی پذیرش و تعهد تاثیرگذاری معنی دار این روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل در متغیر پرخاشگری می‌رسیم.

**جدول ۶.** مقایسه میانگین ها برای متغیر انعطاف پذیری روان شناختی

| متغیر وابسته | (J) گروه | اختلاف میانگین (I-J) | خطای معیار | سطح معنی داری | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین ها | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | کران پایین | کران بالا |
| انعطاف پذیری روان شناختی | مداخله | -۱/۰۰۴ | ۳/۳۱۳ | ۱/۰۰۰ | -۹/۲۸۲ | ۷/۲۷۴ |
| | کنترل | ۱/۳۳۳ | ۳/۹۶۵ | ۱/۰۰۰ | ۸/۵۷۶ | ۱۱/۲۴۲ |
| | مداخله | -۱/۳۳۳ | ۳/۹۶۵ | ۱/۰۰۰ | -۱۱/۲۴۲ | ۸/۵۷۶ |
| | کنترل | -۲/۳۳۷ | ۳/۳۸۷ | ۱/۰۰۰ | -۱۰/۸۰۱ | ۶/۱۲۷ |

چنانچه از نتایج جدول شماره ۶ مشخص است، در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی هیچ اختلاف معنی داری بین میانگین گروه کنترل و رویکرد درمانی در این متغیر دیده نمی‌شود. بنابراین، اثر مداخله‌ی درمان معنی دار نبوده است.

**جدول ۷.** مقایسه‌ی میانگین ها برای متغیر خودکارآمدی شغلی

| متغیر وابسته | (J) گروه | اختلاف میانگین (I-J) | خطای معیار | سطح معنی داری | فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین ها | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | کران پایین | کران بالا |
| | مداخله | -۲/۹۵۷ | ۱/۸۷۳ | ۰/۳۶۷ | -۷/۶۳۹ | ۱/۷۲۴ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی شغلی | کنترل | ۳/۰۳۳ | ۲/۲۴۳ | ۰/۵۵۲ | -۲/۵۷۱ | ۸/۶۳۷ |
| | مداخله | -۳/۰۳۳ | ۲/۲۴۳ | ۰/۵۵۲ | -۸/۶۳۷ | ۲/۵۷۱ |
| | کنترل | -۵/۹۹۰ | ۱/۹۱۶ | ۰/۰۱۰ | -۱۰/۷۷۷ | -۱/۲۰۳ |

نتایج جدول شماره ۷، بیانگر تنها تفاوت معنی دار رویکرد مداخله و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی شغلی است با سطح معنی داری ۰/۰۱ که کمتر از ۰/۰۵ است. این اختلاف میانگین معنی دار۵/۹۹۰ به نفع رویکرد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل است.

**بحث و نتیجه گیری:**

نتایج بررسی نشان داد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان شناختی موثر نبود ولی بر خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی با سطح معناداری کمتر از ۱ درصد موثر است ولی در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده است ($P\leq ۰/۰۱$).

در واقعُ درمان پذیرش و تعهد بر پرخاشگری در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه اثرگذار بوده‌اند این یافته‌ها با نتایج پژوهش رابرت، اوگوندابه، آجوکپانیوو و فاجونیومی[۱] (۳۳)، موحدی راد، ابراهیمی، صاحبی (۲۳)، چگنی، ابراهیمی، صاحبی (۲۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، دلیل این که درمان پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری دانش آموزان دوره دوم متوسطه اثـر داشته‌اند این است که مولفه‌های هر دو پروتکـل در جلسات تعیین شده دارای ساختارها و مفاهیم بهداشت روانی بوده که می‌تواند بهزیستی را بالا بـرده و حتی تداوم در طول زمـان داشـته باشـند (۱۱). در هر دو درمان دانش آموزان دوره دوم متوسطه آموختند که علیرغم مشکلات و مسائل محیطی و خانوادگی و تحصیلی و اجتماعی، هنوز هم از سطحی قابل توجه از انتخاب و اراده آزاد برخوردارند. در هر دو مورد آموختند که دست از تلاش برای کنترل اموری که در کنترل آنها نیست بردارند وبه اعمال و انتخاب‌هایی متمرکز شوند که در کنترل خود آنهاست. نهایتا فرایند اسمارت پلن یا برنامه ریزی هوشمند برای تغییر شرایط در هر دو رویکرد وجود داشته است (۳۴).

به عبارت دیگر، در هر دو رویکرد ما بر بحث ارزش ها و معنای زندگی تاکید داریم.در پژوهش حاضر، دانش آموزان در گروه تئوری انتخاب با مفهوم دنیای مطلوب، آشنا شده اند و با بررسی و یادسپاری افراد، باورها، روابط و سایر اموری که برای شان معنادار و ارزشمند هستند، ضرورت مدیریت خشم برای پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا برای این عناصر دنیای مطلوب را آموختند و در گروه پذیرش و تعهد نیز یکی از اضلاع شش گانه شش ضلعی انعطاف پذیری روان شناختی بخش ارزش‌ها می‌باشند.

در تبیین اثربخشی گروهی درمان مبتنی پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی می‌توان گفت، انعطاف پذیری روان شاختی مفهومی‌عمیق و پیچیده و چند بعدی است که برای شکل گیری و یا افزایش آن به مدت زمان قابل قبول و شرایط محیطی مشخصی نیاز است. این مداخله در مدت دو ماه انجام شده است و در شرایطی اجرا شد که دانش آموزان دبیرستانی برای امتحانات پایان سال آماده می‌شدند و تمرکز لازم را برای تمرین کافی و مرور مطالب نداشتند. به نظر می‌رسد، در پیگیری سه ماهه که در ماه‌های پیش رو و بعد از امتحانات انجام خواهد شد، می‌توان انتظار تغییراتی را در هر کدام از دو گروه آزمایشی داشت.

در واقع، طبق تحقیقات عصب شناسی تغییر بخش‌های پری فرونتال مغز که ذهن آگاهی و استدلال و توجه به امور معنوی را بر عهده دارند شبیه فیزیوتراپی برای عضو آسیب دیده بدن است که نیاز به زمان کافی دارد. پس برای

---

[۱] Roberton, Daffern, Bucks

اثربخشی این رویکردها منجمله تغییر خودارزیابی با فرایند WDEP و نیز فرایند لنگر انداختن و توجه به ارزش ها و انجام اعمال موثر در رویکرد پذیرش و تعهد، ممکن است قبل از رسیدن به موفقیت، افراد بارها و بارها شکست را تجربه نمایند.

همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه اثر گذار بود و این اثرگذاری متفاوت بوده است. تـاکنون پژوهشـی که به بررسی اثربخشی گروهی درمان مبتنی پذیرش و تعهد گروهی بر خودکارآمدی انتخاب مسیر شغلی بپردازد انجام نشده است اما این پژوهش با پژوهش عباس زاده و همکاران (۳۵)، مبنی بر موثر بودن درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، دلیل این که درمان پذیرش و تعهد هر دو بر خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی موثر بوده اند، افزایش احساس خودکارآمدی و عزت نفسی است که افراد با آموختن رویکردهای مثبت نگر در خود مشاهده می‌کنند. در حقیقت، در هر دو این رویکردها افراد می‌آموزند که می‌توانند برای خود چشم اندازی تعیین کنند و بر اساس آن چشم انداز هدف گذاری نموده و با برنامه ریزی هوشمند در راستای آن چشم اندازها و اهداف حرکت نمایند.

در واقع، با توجه به این نکته که گروه نمونه این پژوهش افراد بالغ بالای سن قانونی که بتوانند روابط جدیدی با گروه‌های شغلی و خانوادگی را به راحتی شکل دهند نبوده اند، بلکه نوجوانانی بوده اند که خواهی نخواهی افراد مهم زندگی آنها والدین شان و مسئولین مدرسه شان هستند. بنابراین، با آموختن تئوری انتخاب و اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روابط شان با این افراد افزایش و بهبود یافته و توانسته اند به سطح بالاتری از سلامت روان و آرامش و نهایتا خودکارآمدی دست یابند و در خودکارآمدی مسیر شغلی به سطوح بالاتری دست یابند.

**محدودیت‌های پژوهش :**

این پژوهش مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت‌هایی بوده است که از جمله آنها میتوان به محدودیت سنی و شهر یزد اشاره کرد و علاوه بر آن با توجه به حملات شیمیایی به مدارس دخترانه در طی انجام مداخلات مجبور به برگزاری دو جلسه در بستر فضای مجازی شدم و همچنین امکان دریافت پیگیری میسر نبود این رویداد ممکن است در نتیجه مداخلات اثرگزار باشد.

**کاربرد پژوهش :**

همچنین امکان دریافت پیگیری میسر نبود لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهشهای آتی این پژوهش بر روی پسران در نمونه گیری ملی انجام شود.

**سپاس و قدردانی :**

این مقاله برگرفته از رساله است. اخذ مجوزهای اخلاقی و کد اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1402.006 اخذ رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

**تضاد منافع**

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

**Reference:**


1. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002. Epub 2011 Jun 1. PMID: 23611068;
2. Kanter JW. The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):228-33. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.006. Epub 2011 May 25.
3. Roberton T., Daffern, M., & Bucks, R. S. Emotion regulation and aggression. Aggression and violent behavior; 2012.
4. Hayes SC, Ciarrochi J, Hofmann SG, and Chin F, Sahdra B. Evolving an idiomatic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. Behav Res Ther. 2022 Sep; 156:104155. doi: 10.1016/j.brat.2022.104155. Epub 2022 Jul 3.
5. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):234-48. doi: 10.1016/j.beth.2013.02.004. Epub 2013 Mar 4. PMID: 23611074
6. Ngô TL. Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience [Acceptance and mindfulness-based cognitive-behavioral therapies]. Sante Ment Que. 2013 autumn; 38(2):35-63. French. doi: 10.7202/1023989ar. PMID: 24719002.
7. Batchelder AW, Moskowitz JT, Jain J, Cohn M, Earle MA, Carrico AW. A novel technology-enhanced internalized stigma and shame intervention for HIV-positive persons with substance use disorders. Cogn Behav Pract. 2020 Feb; 27(1):55-69. doi: 10.1016/j.cbpra.2019.03.001. Epub 2019 Apr 16. PMID: 33790528
8. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):234-48. doi: 10.1016/j.beth.2013.02.004.
9. Kanter JW. The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):228-33. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.006.
10. El-Sayed MM, Elhay ESA, Taha SM, Khedr MA, Mansour FSA, El-Ashry AM. Efficacy of acceptance and commitment therapy on impulsivity and suicidality among clients with bipolar disorders: a randomized control trial. BMC Nurs. 2023 Aug 17; 22(1):271. doi: 10.1186/s12912-023-01443-1. PMID: 37592290
11. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
12. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. Psychiatr Clin North Am. 2010 Sep; 33(3):701-10. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.006. PMID: 20599141;
13. Xu K, Zhang XY, Ma JY, Guo X, Zhu SS, Zhang H, Sun YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients who had a stroke: a systematic review protocol. BMJ Open. 2023 Aug 17; 13(8):e069121. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069121. PMID: 37591639;

14. Ortega-Otero M, Montesinos F, Charrabe L. Influence of psychological inflexibility and mindfulness on hypersexuality and sexual satisfaction in a Spanish sample. Front Psychol. 2023 Jul 20; 14:1182222. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1182222. PMID: 37546467
15. Armstrong H.L., Reissing E.D. Women who have sex with women: A comprehensive review of the literature and conceptual model of sexual function. Sexual and Relationship Therapy, 2013; 28: 364–399. https://doi.org/10.1080/14681994.2013.807912.
16. Backchalaki N, Mansouri A. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Sexual Function and Life Satisfaction in Women with Substance Use Disorders. MEJDS 2017; 7 :89-89 URL: http://jdisabilstud.org/article-1-763-en.html
17. Yusufov M, McHugh RK, Greer JA, Dalrymple K, Sannes T, Braun IM, Tulsky J, Pirl W. An acceptance and commitment therapy-based intervention for opioid use disorder risk in individuals with cancer: A treatment development study. J Contextual Behav Sci. 2023 Apr; 28:226-234. doi: 10.1016/j.jcbs.2023.04.006. Epub 2023 Apr 25. PMID: 37333769
18. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002. Epub 2011 Jun 1. PMID: 23611068
19. Akbarian M, Saeidi N, Borjali A, Abolghasemi S, Hassanabadi H R. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Consequences of Anxiety, Pain Intensity, and Fatigue in Women with Fibromyalgia: Study with the Effect of Waiting. Avicenna J Clin Med 2022; 28 (4): 244-252. URL: http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-2277-en.html
20. Parishany, N., Nilforooshan, P. Career Indecision in Boys: The Role of Individual Factors and Parenting Styles. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2014; 15(3): 55-63.
21. Koumoundouro G., Tsausi I., Kounenou K. Parental influences on Greek Adolescents Careedecision- making difficulties: The mediating role of core self- evaluations. Journal of Career Assessment. 2011; 19(2): 165-182.
22. Di Fabio A., Palazzeschi L., Asulin- peretz L., Gati I. Career indecision versus indecisiveness associations with personality traits and emotional intelligence. Journal of Career Assessment. 2013; 20(1): 42-56
23. Movahedirad M, Ebrahimi M I, Sahebi A. The effect of teaching choice theory on the basic need's satisfaction and level of aggression among high school girls. Rooyesh. 2021; 10 (9): 137-148. URL: http://frooyesh.ir/article-1-2844-fa.html
24. Chegini L, Ebrahimi M I, Sahebi A. The Effect of Choice Theory Training to Parents on the Aggression of Their Children in Elementary School. J Child Ment Health. 2019; 6(1): 70-82. http://childmentalhealth.ir/article-1-405-fa.html
25. Benoy C., Knitter B., Knellwolf L., Doering S., Klotsche J., Gloster AT. Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018; 18 (1): 1-17. DOI:10.1016/j.jcbs.2018.08.005

26. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 452-459.
27. Samani S. Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. IJPCP 2008; 13 (4): 359-365. URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-356-fa.html
28. Hossein Khanzadeh AA., Malekimanesh A., Taher M., Maojarad A. The Effectiveness of Self-Awareness Training on Reduce Aggressive Behavior, Addict ability, and the Suicide of High School Girl Students. The Journal of New Thoughts on Education, 2018; 14(1): 135-157. doi: 10.22051/jontoe.2018.16655.1902
29. Bond FW. Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. Journal of Applied Psychology 2003; 88(6):1057-1067.
30. Safarzaei M, Ameri F, Mehrinejad S A, Khodabakhsh R, Peivastegar M. Psychometric properties of the Psychological Flexibility Questionnaire among students. Journal title 2020; 14 (2): 50-65. URL: http://rph.khu.ac.ir/article-1-3787-fa.html
31. Crites JO. A model for the measurement of vocational maturity. Journal of Counseling Psychology 1961; 8: 255-259.
32. Parishany N., Nilforooshan P. Career Indecision in Boys: The Role of Individual Factors and Parenting Styles. Knowledge & Research in Applied Psychology, 2014; 15(3): 55-63. https://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-180-en.pdf
33. Roberton T., Daffern M., Bucks RS. Emotion Regulation and Aggression. Aggression and Violent Behavior. 2012; 17: 72-82. https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006
34. Hossein Mardi A.A., Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. Pajouhan Sci J 2018; 16 (2): 59-66 .URL: http://psj.umsha.ac.ir/article-1-401-fa.html.
35. Abbaszadeh M, Ghazanfari A, Chorami M, Ahmadi R. Comparison of the Efficacy of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, and Reality Therapy on the Symptoms of Depression, Anxiety, Aggression and Physical Complaints of Prisoners. Iran J Forensic Med 2023; 28 (4): 214-227. URL: http://sjfm.ir/article-1-1372-fa.html