

کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم

ایمانه عباسی*^۱، دکتر لادن فتی^۲، دکتر رضا مولودی^۳، حمید ضرابی^۴

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم بود. پس از ترجمه و ترجمه برگردان پرسشنامه، داده‌های پژوهش در سه مرحله جمع‌آوری شد. در مرحله‌ی اول، ۱۹۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی به پرسشنامه پذیرش و عمل پاسخ دادند. در مرحله دوم، افراد ساکن شهر تهران (n=158) به پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم، مقیاس مشکل در تنظیم هیجان پاسخ دادند. در مرحله سوم دو گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی (n=30) و اختلال اضطراب فراگیر (n=30) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را گزارش دادند. هم‌چنین همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در هر چهار گروه رضایت‌بخش بود (۰/۸۹-۰/۷۱). به علاوه، اجتناب تجربی از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسش‌نامه سلامت روان رابطه‌ی معنی‌داری را نشان داد. هم‌چنین، نتیجه‌ی روایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معنی‌داری دارد، ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معنی‌داری در دو گروه نشان نداد. این پژوهش شواهد نویدبخشی را در مورد قابلیت کاربرد نسخه فارسی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل در جمعیت عمومی ایران و افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر فراهم می‌آورد.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه پذیرش و عمل، کفایت روانسنجی، ایران

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه

^۲ - دکتری روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی

^۴ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه

*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: emaneabassi@yahoo.com

مقدمه

به دنبال اثربخشی نابسندگی درمان‌های موج اول و دوم (درمان‌های رفتاری، روان‌کاوی، شناختی رفتاری کلاسیک و ...) در درمان بسیاری از اختلالات روانی، موج سوم با تأکید بر فرآیندهای هیجانی و البته هم‌چنان با لحاظ داشتن فرایندهای فکری و رفتاری شکل گرفت. از جمله درمان‌هایی که در موج سوم مطرح می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (تهیگ^۱، ۲۰۱۲). از منظر این رویکرد، یکی از عوامل اصلی آسیب‌شناسی در اختلالات هیجانی نحوه ارتباط فرد با افکار، هیجان‌ها و رفتارهایش است.

در نظریه‌ی پذیرش و تعهد و نظریه‌های اخیر، اجتناب تجربی^۲ به عنوان عامل مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود (کینگستون^۳، کلارک^۴، رمینگتن^۵، ۲۰۱۰). اجتناب تجربی به ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آنها اطلاق می‌شود (کلارک^۶ و تیلر^۷، ۲۰۰۹). اجتناب تجربی شامل مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط به هم است و فرونشانی تفکر (ونزلاف^۸ و وگنر^۹، ۲۰۰۰)، فرونشانی هیجانی (گراس^{۱۰} و لوینسون^{۱۱}، ۱۹۹۳)، مقابله‌ی اجتنابی^{۱۲} (پنلی^{۱۳}، توماکا^{۱۴} و ویب^{۱۵}، ۲۰۰۲) و ارزیابی مجدد (لازاروس^{۱۶}، ۱۹۹۳) را شامل می‌شود. نقش این فرآیند فراتشخیصی در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روانی پررنگ شده است (کلارک و تیلر، ۲۰۰۹) و پژوهش‌های بسیاری رابطه‌ی آن را با آسیب‌شناسی و نحوه‌ی شکل‌گیری اختلالات روانی نشان داده‌اند. برای مثال اجتناب تجربی بویژه فرونشانی تفکر در افسردگی نقش مهمی دارد و افراد مبتلا به افسردگی نسبت به گروه غیربالینی

-
- 1 - Twohig
 - 2 - experiential avoidance
 - 3 - Kingston
 - 4 - Clarke
 - 5 - Remington
 - 6 - Clark
 - 7 - Taylor
 - 8 - Wenzlaff
 - 9 - Wegner
 - 10 - Gross
 - 11 - Levenson
 - 12 - Avoidant Coping
 - 13 - Penley
 - 14 - Tomaka
 - 15 - Wiebe
 - 16 - Lazarus

اجتناب تجربی بیش‌تری را گزارش می‌دهند (کاشدان^۱، مرینا^۲ و پریب^۳، ۲۰۰۹؛ مونستس^۴، نیلت^۵، موراس^۶، لاس^۷ و بوند^۸، ۲۰۰۹). شاهار و هر در پژوهشی از پرسشنامه‌ی افسردگی بک، پرسشنامه-ی اجتناب تجربی و دفترچه‌ی خاطرات برای سنجش مقدار افسردگی و اجتناب تجربی استفاده کردند. آنان دریافتند افرادی که نشانگان افسردگی بیش‌تری داشتند اجتناب تجربی بیش‌تری را گزارش می‌دادند (شاهار^۹ و هر^{۱۰}، ۲۰۱۱). علاوه بر این، یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی اجتناب یا فرار از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که منجر به فراخواندن اضطراب می‌شوند. پیامد فوری این تلاش‌ها رهایی آنی از حالت آزاردهنده‌ای است که فرد تجربه می‌کند، ولی در طولانی مدت شدت، فراوانی و مدت زمان این تجارب آزاردهنده به حدی می‌رسد که فرد زندگی‌اش را محدود می‌کند و هر کاری برای رهایی از این حالات آزاردهنده انجام می‌دهد (جواراسکیو^{۱۱}، ۲۰۱۱). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که شدت اجتناب تجربی در اختلالات اضطرابی بالا است. برای مثال در پژوهشی نشان داده شد افرادی که اجتناب تجربی بیش‌تری تجربه می‌کنند، اضطراب و ناراحتی عاطفی بیش‌تری نشان می‌دهند (فلدندر^{۱۲}، زولنسکی^{۱۳}، ایفرت^{۱۴} و اسپیرا^{۱۵}، ۲۰۰۳). به علاوه، اجتناب تجربی به‌گونه‌ی معنی‌داری با اختلال استرس پس از سانحه (ارسیلو^{۱۶} و بتن^{۱۷}، ۲۰۰۵)، اختلال وحشت‌زدگی (کمپف^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۰) و اختلال اضطراب فراگیر ارتباط دارد (لی^{۱۹}، ارسیلو، رومر^{۲۰} و الن^{۲۱}، ۲۰۱۰). هم‌چنین در پژوهشی نشان داده شد که افراد

1 - Kashdan

2 - Morina

3 - Priebe

4 - Monestes

5 - Nillatte

6 - Mouras

7 - Loas

8 - Bond

9 - Shahar

10 - Herr

11 - Juarascio

12 - Feldner

13 - Zovolenskey

14 - Eifert

15 - Spira

16 - Orsillo

17 - Batten

18 - Kampfe

19 - Lee

20 - Roemer

21 - Allen

مبتلا به وسواس کردن مو نسبت به گروه غیربالینی اجتناب تجربی بیش تری را گزارش می‌دهند (بگتکا^۱، وودز^۲ و وترنک^۳؛ ۲۰۰۴). به علاوه پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیش تر رابطه دارد (کاشدان، برین^۴، افرام^۵ و ترهار^۶، ۲۰۱۰). افرادی که اجتناب تجربی بیش تری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزنی بیش تری استفاده می‌کنند (کارکا^۷ و پانایوتوس^۸، ۲۰۱۱) و تجارب هیجانی شدیدتری نسبت به هر دو محرک‌های خوشایند و ناخوشایند را تجربه می‌کنند (اسلوآن^۹، ۲۰۰۴). با توجه به رابطه‌ی بین اجتناب تجربی و اختلالات روانی گوناگون بویژه اختلالات هیجانی و تأثیر این اختلالات روانی در کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا (کاشدان، مرینا و پریب، ۲۰۰۹) نیاز به ابزاری که بتواند مقدار اجتناب تجربی را در افراد گوناگون بویژه افراد در معرض خطر و افراد مبتلا به اختلالات روانی گوناگون اندازه بگیرد، وجود دارد. ابزاری که در حال حاضر در این زمینه وجود دارد و در پژوهش‌های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفته است، پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل^{۱۰} است. این پرسشنامه به‌وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۴) تدوین شده است. نسخه‌ی اولیه‌ی آن شامل ۳۲ پرسش است و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نسخه‌های بعدی به ترتیب ۱۶ پرسشی و ۹ پرسشی است و آخرین نسخه‌ی این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه می‌گیرد. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) دو عامل به دست آمد. عامل اول شامل ۷ ماده با ارزش ویژه ۴/۶۴ بود که ۴۱/۴۷٪ واریانس را تبیین می‌کرد. عامل دوم شامل ۳ ماده با ارزش ویژه ۱/۰۶ بود و ۴/۹۴٪ واریانس را تبیین می‌کرد. چون نسبت ارزش ویژه‌ی عامل اول نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت. از طرف دیگر چون ۳ ماده‌ی مربوط به عامل دوم جملات مثبت بودند و دو عامل از نظر مبانی نظری و مفهومی تفاوتی نداشتند، یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد. آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۵۵ و آلفای کرونباخ عامل دوم ۰/۸۸ گزارش شد. به علاوه میانگین

¹ - Begotka

² - Woods

³ - Weeterneck

⁴ - Breen

⁵ - Afram

⁶ - Terhar

⁷ - Kareka

⁸ - Panayiotous

⁹ - Sloan

¹⁰ - Acceptance and Action Questionnaire

ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی $0/84$ ($0/78-0/88$) و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه‌ی آن به ترتیب $0/81$ و $0/78$ به دست آمد. روایی و پایایی این نسخه از روایی و پایایی نسخه‌ی اولیه‌ی آن بیش‌تر بود و با متغیرهایی که نظریه پذیرش و عمل پیش‌بینی می‌کند، مرتبط بود. به علاوه این پرسشنامه با پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک، اضطراب، استرس و افسردگی و سلامت عمومی (۱۲ پرسشی) همبستگی معنی‌داری نشان داد ($P < 0/01$). این پرسشنامه در کشورهای گوناگون دنیا هنجاریابی شده است. در فرانسه نتایج تحلیل عاملی دو عامل را نشان داد. آلفای کرونباخ آن در جمعیت عمومی $0/82$ و در گروه بیمار $0/76$ به دست آمد. همچنین همبستگی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل با پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب حالت معنی‌دار بود (مونستس، نیلت، موراس، لاس و بوند، ۲۰۰۹).

بر اساس داده‌های پژوهشگران، در ایران تا کنون ابزاری برای سنجش اجتناب تجربی تدوین نشده است. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل و سنجش کفایت روانسنجی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه است.

آزمودنی‌ها

به طور کلی این پژوهش در سه مرحله و بر روی چهار گروه گوناگون انجام شد.

در مرحله‌ی اول، نمونه مورد مطالعه شامل ۱۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۷۵ نفر ($39/1\%$) مرد و ۱۱۷ نفر ($60/9\%$) زن بودند و در دامنه‌ی سنی ۳۰-۱۸ سال قرار داشتند. این افراد پرسشنامه پذیرش و عمل را کامل کردند.

در مرحله‌ی دوم نمونه شامل ۱۵۸ نفر از افراد ساکن شهر تهران بودند که در مناطق گوناگون شهر ساکن بودند و به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۵۵ نفر ($34/8\%$) مرد و ۱۰۳ نفر ($65/2\%$) زن بودند و در دامنه‌ی سنی ۵۵-۱۸ سال قرار داشتند. در این مرحله پس از توضیح هدف و اهمیت پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌های سلامت روان-۲۸ پرسشی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

در مرحله‌ی سوم، نمونه شامل ۲۵ بیمار مبتلا به افسردگی و ۲۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این افراد به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در گروه افراد مبتلا به اختلال افسردگی ۸ نفر (32%) مرد و ۱۷ نفر (68%) زن بودند و در دامنه‌ی سنی ۵۱-۱۸ سال قرار داشتند. در گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۱۱ نفر ($42/3\%$) مرد و ۱۵ نفر ($57/7\%$) بودند و در دامنه‌ی سنی ۵۱-۱۸ سال قرار داشتند. این افراد از بین بیماران مراجعه کننده به

بیمارستان روزبه و درمان‌گاه‌ها و مطب‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی در سراسر شهر تهران بودند. گروه‌های مورد مطالعه بر اساس سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و در مورد گروه بالینی بر اساس سابقه بستری شدن هم‌تا شدند. گروه‌های بالینی پس از دریافت تشخیص اولیه توسط روانپزشک و پس از انجام مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور ۱ در DSM-IV (SCID-I) انتخاب شدند. معیارهای خروج گروه‌های مورد مطالعه وجود هر گونه اختلالات شناختی، سوء مصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات سایکوتیک بود.

ابزارها

مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی تشخیصی برای اختلالات محور یک (SCID-I) DSM-IV

یک مصاحبه‌ی ساختار یافته است که تشخیص‌هایی را براساس DSM-IV فراهم می‌آورد. این ابزار توسط اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست (۱۹۹۲) ساخته شده است. این ابزار در ایران نیز توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) هنجاریابی شده است. در این پژوهش توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند.

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (محقق ساخته): این پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، و وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت تأهل، وضعیت سلامت جسمانی و روانی و... را می‌سنجد.

پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم: این پرسشنامه برای نخستین بار ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش معرفی و در ۱۹۷۱ تجدید نظر شد (ای. تی. بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که به صورت صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) نمره گذاری می‌شود. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). نتایج فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (ای. تی. بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته‌ای ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسشنامه اضطراب بک را ۰/۶۱ گزارش دادند. هم‌چنین در پژوهشی در نمونه‌ای شامل ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشتند و در مراحل بهبودی بودند روایی درونی ۰/۹۱ به دست آمده است (کیت، دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است و همه‌ی گزینه‌ها چهار پاسخ دارند. دامنه نمرات آن نیز ۰ تا ۶۳ می‌باشد. این پرسشنامه بیش‌تر بر جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر سؤالات آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجد (کاوپانی و موسوی، ۱۳۸۷). بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. در ایران میزان ثبات درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۸۳ و میزان روایی از راه همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۳ گزارش شده است (کاوپانی و موسوی، ۱۳۸۷).

مقیاس مشکل در تنظیم هیجان (DERS): (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی ۳۶ ماده‌ای است که الگوهای تنظیم هیجان افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجان و کمبود وضوح هیجانی. این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۰/۹۳) و ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن بیش از ۰/۸۰ است. هم‌چنین روایی واگرایی آن با پرسشنامه‌ی انتظار عمومی برای تنظیم خلق منفی معنادار (۰/۶۹-) به دست آمد. (گراتز و رومر، ۲۰۰۳). به علاوه پایایی آزمون-بازآزمون نسخه آلمانی در طی ۲ هفته ۰/۷۲ به دست آمد (اهرینگ، فیشر، اسچنول، بسترلینگ و توشن-کفیر، ۲۰۰۸). ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف نسخه فارسی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ به دست آمد. هم‌چنین، نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی هیجان‌خواهی ذاکرمن همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت (عسکری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): این پرسش‌نامه به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه‌ی ۱۰ ماده‌ای از پرسش‌نامه‌ی اصلی است (AAQ-I) که به‌وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسش‌نامه سازه‌ی را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیش‌تر است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می-

کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی‌اش است. این ابزار هم‌چنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷).

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (GHQ): این پرسش‌نامه به‌وسیله گلدبرگ^۲ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد. این ابزار دارای ۲۸ پرسش و چهار مقیاس فرعی نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، نشانه‌های افسردگی و نشانه‌های اضطراب و اختلال خواب است. گلدبرگ (۱۹۹۰) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد. هومن (۱۳۷۷) اعتبار پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده است. هم‌چنین ضریب اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90، ۰/۸۲ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) در پژوهش دیگری همبستگی این آزمون را با استفاده از روش تنصیف، آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۷۰ گزارش داد. در مطالعه‌ای که در ایران انجام شده است نقطه برش ۲۳ بالاترین حساسیت و ویژگی را داشته است (احتشامی تبار، مرادی و شهرآرای، ۱۳۸۵).

روش پژوهش

ابتدا نسخه‌ی خارجی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل - نسخه‌ی دوم به‌وسیله پژوهش‌گر و یک نفر از اساتید روانشناسی بالینی آشنا به سازه‌ی اجتناب تجربی و مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس، نسخه فارسی به‌وسیله یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد زبان انگلیسی به انگلیسی ترجمه شد. سپس دو نسخه انگلیسی و نسخه ترجمه برگردان شده مورد مقایسه قرار گرفتند. در مرحله‌ی بعد، از ۵ نفر اساتید روانشناسی بالینی دانشگاه تهران خواسته شد روایی محتوایی پرسشنامه را بررسی کنند. سپس، ۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ نفر از افراد ساکن شهر تهران پرسش‌نامه را کامل کردند و از آنها خواسته شد جمله‌های مبهم و نارسا را مشخص کنند و پیشنهادات خود را بنویسند. طبق پیشنهادات و مشکلاتی که در پرسش‌نامه در این مرحله مطرح شده بود، اصلاحات لازم صورت گرفت و نسخه‌ی نهایی آن آماده شد. در مرحله‌ی بعد، دانشجویان، جمعیت عمومی و جمعیت بالینی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در مورد جمعیت بالینی، ابتدا بیماران به‌وسیله روانپزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از تشخیص اختلال افسردگی اساسی یا اضطراب منتشر وارد پژوهش شدند. در ابتدا اهمیت و هدف پژوهش برای مراجعان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات محور یک انجام شد. در نهایت پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار داده -

¹ - General Health Questionnaire (GHQ)

² - Goldberg

شد و توضیحات لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات نیز داده شد. در هر سه مرحله، به پرسش‌های شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد و پرسش‌نامه‌ها بعد از پر کردن چک شدند تا اطمینان حاصل شود که به تمام ماده‌ها جواب داده‌اند. مراحل این پژوهش به وسیله کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت. از همه آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف همسانی درونی پرسش‌نامه اندازه‌گیری شد. به منظور بررسی روایی همگرایی پرسش‌نامه‌ها از همبستگی پیرسون استفاده شد. از تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی روایی افتراقی استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه‌ی مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقادیر KMO، ۰/۸۶ به دست آمد. این میزان نشان‌دهنده‌ی آن است که ماتریکس همبستگی ماده‌های پرسش‌نامه برای اجرای تحلیل مناسب است. هم‌چنین میزان بارتلت ۱۷۸۷/۵۳۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌داری بود ($p < ۰/۰۰۱$).

تحلیل عامل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمده، این عامل‌ها به ترتیب اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. ارزش ویژه‌ی عوامل استخراج شده به ترتیب ۴/۳۸ و ۱/۵ بود و این عامل‌ها در مجموع ۵۸/۹۳٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست کم ۰/۳ بود. در جدول ۱ محتوای ماده‌ها، بار عاملی و واریانس تبیین شده به وسیله‌ی هر یک از دو عامل نشان داده شده است.

روایی همگرایی و افتراقی عامل‌های بدست آمده از راه همبستگی آنها با BDI-II، BAI-II، GHQ-28 و DERS محاسبه شد. یافته‌های این بخش در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود اجتناب تجربی همبستگی منفی و معنی‌داری با پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک در تمام گروه‌ها دارد. هم‌چنین همبستگی منفی و معنی‌داری بین اجتناب تجربی و میزان اضطراب در جمعیت عمومی و گروه اختلال افسردگی در مرحله‌ی سوم به دست آمد. به علاوه بین اجتناب تجربی و مشکل در تنظیم هیجان و عوامل آن از جمله عدم پذیرش، اهداف، تکانشی، راهبردها، وضوح (به جز در گروه افسرده) همبستگی منفی و معنی‌داری به دست آمد. در نهایت، اجتناب تجربی با پرسش‌نامه‌ی سلامت روان و تمام عوامل آن همبستگی منفی و معنی‌داری را نشان داد.

میزان همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی تنصیف آزمون در چهار گروه در جدول ۳ نشان داده شده است. میزان همسانی درونی در هر چهار گروه قابل قبول است. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی روایی افتراقی گروه غیربالینی و دو گروه بالینی به همراه میانگین و انحراف معیار پرسشنامه در سه گروه در جدول ۴ آمده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که در نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل و خرده مقیاس اجتناب از تجارب هیجانی بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در خرده مقیاس کنترل روی زندگی یافت نشد. نتایج آزمون توکی نشان داد که افراد دچار اختلال افسردگی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد غیر بالینی سطوح بالاتری از اجتناب از هیجان را تجربه می‌کنند.

جدول ۱- محتوا و بار عاملی ماده‌های هر عامل و واریانس تبیین شده در پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل

ردیف	عامل	بار عاملی	واریانس تبیین شده
۱	اجتناب از تجارب هیجانی		۴۳/۸۷
۲	تجربیات و خاطرات دردناکم باعث شده‌اند نتوانم آن‌طور که دوست دارم زندگی کنم.	۰/۸۰	
۳	نگرانم که مبادا نتوانم نگرانی‌ها و احساس‌هایم را کنترل کنم.	۰/۷۹	
۴	خاطرات دردناکم باعث شده نتوانم زندگی رضایت‌بخشی داشته باشم .	۰/۷۹	
۵	نگرانی‌ها مانع موفقیتیم می‌شوند.	۰/۷۹	
۶	از احساس‌هایم می‌ترسم.	۰/۷۷	
۷	به نظر می‌رسد اغلب آدم‌ها زندگی‌شان را بهتر از من اداره می‌کنند.	۰/۷۵	
۸	هیجان‌ها در زندگی‌ام مشکل ایجاد می‌کنند.	۰/۷۴	
۹	کنترل روی زندگی		۱۵/۰۵
۱۰	کنترل زندگی‌ام دست خودم است.	۰/۷۸	
۱۱	افکار و احساس‌هایم مانع زندگی دلخواهم نمی‌شوند.	۰/۶۸	
۱۲	در اینکه خاطرات ناخوشایندی را به یاد آورم، مشکلی ندارم.	۰/۵۴	

جدول ۲- میزان همبستگی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل با پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک، سلامت روان و تنظیم هیجان در دو مرحله‌ی دوم و سوم

مرحله‌ی سوم		جمعیت عمومی	پرسش‌نامه‌ها
اختلال اضطراب فراگیر	اختلال افسردگی		
**۰/۸۱	*۰/۴۳	**۰/۵۹	پرسش‌نامه افسردگی بک
-۰/۴۴	**۰/۵۴	**۰/۴۴	پرسش‌نامه اضطراب بک
			پرسش‌نامه‌ی مشکل در تنظیم هیجان
*۰/۵۷	*۰/۴۹	**۰/۲۸	عدم پذیرش
**۰/۷۲	**۰/۷۶	**۰/۵۱	اهداف
*۰/۵۹	**۰/۷	**۰/۴۷	تکانشی
**۰/۸۰	**۰/۶۲	**۰/۶۶	راهبردها
*۰/۶۶	-۰/۳۶	**۰/۴۳	وضوح
-۰/۳۳	۰/۰۳	۰/۱۳	آگاهی
**۰/۹۲	**۰/۷۹	**۰/۵۹	کل
			پرسش‌نامه سلامت عمومی
		**۰/۵۹	افسردگی
		**۰/۵۲	اضطراب
		**۰/۳۸	اختلال در کارکرد اجتماعی
		**۰/۴۴	علائم جسمانی
		**۰/۶۲	کل

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۳- ضریب آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل در چهار گروه

گروه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب تنصیف
یک	۰/۸۲	۰/۸۲
دو	۰/۸۰	۰/۸۰
سه	۰/۷۱	۰/۷۶
چهار	۰/۸۴	۰/۷۶
کل	۰/۸۹	*۰/۸۳

جدول ۴- یافته‌های آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی و میانگین و انحراف معیار سه گروه در پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل

Manova	F	اختلال افسردگی (۳)	اختلال اضطراب فراگیر (۲)	جمعیت عمومی (۱)	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
Tukey					
۲ و ۳ > ۱	*۸۴/۵۵	۱۰/۷۸ (۹/۲۴)	۲۵/۵۷ (۹/۹۳)	۴۱/۱۵ (۶/۴۸)	اجتناب از تجارب هیجانی
-	۲/۱۳	۱۰/۵۸ (۳/۷۷)	۱۱/۲۶ (۳/۵۶)	۱۲/۳۲ (۴/۳۱)	کنترل روی زندگی

* $P < 0.001$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی کفایت روانسنجی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل و میزان کاربرد آن برای جمعیت ایرانی بود. این پژوهش در سه مرحله انجام شد. در این قسمت ابتدا خلاصه‌ای از نتایج مربوط به ویژگی‌های روانسنجی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل بیان خواهد شد و سپس یافته‌های مربوط مورد بحث قرار خواهند گرفت.

یافته‌های به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را برای پرسش‌نامه‌ی عمل و پذیرش نشان داد. در نسخه‌ی اصلی این پرسش‌نامه یک عامل کلی به نام اجتناب تجربی به دست آمده است؛ در این پژوهش نیز بیشترین واریانس تبیین شده روی عامل اول (۴۳/۳۷٪) قرار داشت که نشان می‌دهد این عامل بیشترین واریانس را تبیین می‌کند، به علاوه عامل دیگر نیز در نهایت میزان اجتناب تجربی به‌گونه کلی را تبیین می‌کنند؛ و به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که عامل دوم ممکن است عامل قابل قبول و معتبری برای بررسی میزان اجتناب تجربی نباشد. این یافته با پژوهش‌های بوند و همکاران (۲۰۱۱) و مونستس، نیلت، موراس، لاس و بوند (۲۰۰۹) همخوانی دارد. یافته‌های این پژوهش نیز همسانی درونی قابل قبولی را برای نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل نشان دادند. این یافته با پژوهش‌های بوند و همکاران (۲۰۱۱) همگراست که همسانی درونی ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) را گزارش دادند. هم‌چنین یافته‌های مربوط به روایی همگرایی نشان داد که سازه‌ی پذیرش و عمل با میزان افسردگی، اضطراب، سلامت روان و مشکل در تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد که اجتناب تجربی با افسردگی رابطه معنی‌داری دارد؛ به این معنی که هر چه انعطاف‌پذیری روانی فرد کم‌تر باشد، میزان افسردگی در او بیش‌تر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاشدان، بریس، فورسیث و استیگر (۲۰۰۶) همگرا است. همین‌طور پژوهش‌های بوند و همکاران (۲۰۱۱) و باراکا میرال (۲۰۰۴) از این یافته حمایت می‌کنند.

در ادامه‌ی بررسی روایی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل، رابطه‌ی آن با پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک و سلامت روان اندازه‌گیری شد؛ در هر دو رابطه منفی معنی‌داری به دست آمد که نشان می‌دهد هر چه فرد انعطاف‌پذیری روانی کم‌تری داشته باشد، میزان اضطراب در او افزایش یافته و سلامت روان کاهش بیش‌تری می‌یابد. پژوهش‌های گوناگونی که توسط گره‌هارت (۲۰۱۱) و فلدروس، بهلمیجر و پیترس (۲۰۱۰) انجام شده‌اند در تأیید این یافته است.

یافته‌ی دیگر این پژوهش رابطه‌ی منفی و معنی‌داری بود که بین مقیاس مشکل در تنظیم هیجان و تقریباً تمام خرده مقیاس‌های آن (به استثنای آگاهی) و پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل مشاهده شد. این یافته بیانگر این است که افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند؛ یعنی توانایی پذیرش هیجان‌های خود را کم‌تر دارند، هیجان‌هایشان وضوح کم‌تری دارند، توانایی کاهش هیجان‌های منفی از راه رفتارهای مبتنی بر هدف کم‌تری دارند، راهبردهای تنظیم هیجان ناسالم‌تری دارند و رفتارهای تکانشی بیش‌تری در پاسخ به هیجان‌های منفی دارند، اجتناب تجربی بیش‌تری را گزارش می‌دهند. این یافته با پژوهش‌های کاشدان، بریس، فورسیث و استیگر (۲۰۰۶) همگرا است که نشان می‌دهد اجتناب تجربی رابطه‌ی میان راهبردهای تنظیم هیجان و میزان اضطراب و ناراحتی را میانجی‌گری می‌کند. به طور کلی افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند یا از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، انعطاف‌پذیری روانی کم‌تر و اجتناب تجربی بیش‌تری داشته، قادر به تحمل مشکلات و چالش‌های زندگی و ناراحتی نیستند که این امر منجر به مشکلات روانی و ناراحتی بیش‌تری در این افراد شده و سلامت روان را در آنها کاهش می‌دهد.

هم‌چنین یافته‌های روایی افتراقی نشان دادند که گروه غیربالینی و گروه بالینی در خرده مقیاس اجتناب از تجارب هیجانی تفاوت معنی‌داری دارند. پژوهش‌هایی که در این راستا انجام شده‌اند نشان داده‌اند که میزان افرادی که اضطراب، افسردگی و نشانگان بالینی دیگری دارند اجتناب بیش‌تری را از تجربیات هیجانی نشان می‌دهند (تال^۱ و گرتز^۲، ۲۰۰۸). به علاوه نتایج آزمون توکی نشان داد که گروه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی تفاوت معنی‌داری در اجتناب تجربی ندارند. این یافته بیان می‌کند که اجتناب تجربی می‌تواند به عنوان مؤلفه‌ی فراتشخیصی در آسیب‌شناسی و تدوام دامنه‌ای از اختلالات روانی مطرح شود (کلارک و تیلر، ۲۰۰۹).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل دو عامل دارد ولی عامل دوم از نظر ویژگی‌های روانسنجی قابل قبول نیست. امید است پژوهش‌های

^۱ - Tull

^۲ - Gratz

آتی راهگشای حل این مسأله باشد. در مورد پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل به‌گونه کلی همسانی درونی و ضریب تنصیف قابل قبولی در تمام مراحل پژوهش در گروه‌های بالینی و غیر بالینی به دست آمد و برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی کاربرد دارد. هم‌چنین روایی همگرایی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل با پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک، سلامت روان و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان مطلوب به دست آمد که نشان می‌دهد می‌توان از این پرسشنامه برای پیش‌بینی سلامت روان و یا مشکل روانی در گروه‌های گوناگون و سنین گوناگون استفاده کرد. و در نهایت این‌که یافته‌های روایی افتراقی نشان داد که این پرسشنامه می‌تواند گروه بالینی و غیربالینی را از هم تفکیک کند. با توجه به حجم محدود گروه غیربالینی مخصوصاً در مرحله‌ی اول که هدف آن بررسی عامل و همسانی درونی این پرسشنامه بود پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی حجم وسیع‌تری را به عنوان نمونه در نظر گیرند و با توجه به قابلیت استفاده‌ی پرسشنامه‌ی عمل و پذیرش در گروه‌های بالینی مثل اختلال افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر امید است پژوهش‌های آینده میزان کاربرد این پرسشنامه را در اختلالات روانی دیگر مورد ارزیابی قرار دهند.

منابع

- Begotka, A. M., Woods, D. W., & Wetterneck, C., T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 17-24.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M. K., & Dabson, K. S. (2005). Meaning assignment structures/schema, Emotional states and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing two Conceptual Frameworks. *Iran J of Psychi and Clin Psy*, 11(3): 312- 326 (In Persian).
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behavior Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotion & Cognitive -Behavior Therapy*, 23 (4).

- Gerhart, J. (2011). Social Problem solving, life stress and experiential avoidance as predictors of anger and aggression (Doctoral Dissertation, Central Michigan University).
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., & Masudam A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Polusny, M. A., Batten, S. V., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (Under Review). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model.
- Juarascio, A. S. (2011). Acceptance and Commitment Therapy as a novel treatment for eating Disorders: An initial test of efficacy and mediation (Doctoral Dissertation, Drexel University).
- Kampfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H-U, Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., Alpers, J., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A. O., Strohle, A., & Deckert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (5), 5-22 .
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs?. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry*, 42, 163-170.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M., F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 528-534.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 185-196.
- Lee, J., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 126-136.
- Monsetes, J-L, Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). French Translation and validation of the Acceptance & Action Questionnaire (AAQ-II). 29, 301-308.

- Orsillo, S., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29 (1), 95-129.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (6).
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Shahar, B., & Herr, N. R. (2011). Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study. *Behavioral Research and Therapy*, 49, 676-681.
- Sloan, D., M. (2004). Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Anxiety Disorders*, 22, 199-210.
- Twohig, M. P. (2012). Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, 30 (1), 5-56.
- Zettle, R. D., (2001). Acceptance and Commitment Theory of Depression.