

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان

فاطمه وحید^۱، محمد اسماعیل ابراهیمی^{۲*}، رسول کرد نوقابی^۳

چکیده

مقدمه: اضطراب تحصیلی از عامل‌های عاطفی مهم در امر آموزش است که برای بسیاری از دانش‌آموزان مبهم و پیچیده است، لذا این پژوهش با هدف، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ شهر همدان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. از این تعداد، ۳ گروه ۲۰ نفره با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسش‌نامه اضطراب تحصیلی فیلیپس در دو نوبت پیش- پس‌آزمون پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی، طی ۸ جلسه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی قرار گرفتند ولی به گروه کنترل آموزشی داده نشد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و سطح معنی‌دار $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل آماری شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین میانگین پس‌آزمون گروه تحت درمان مبتنی به روش پذیرش و تعهد با میانگین پس‌آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($t = -13/75$, $df = 13$, $p = 0/001$). بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت: میزان تاثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میزان تاثیر روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی در دانش‌آموزان است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت، میزان تاثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میزان تاثیر روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی در دانش‌آموزان است.

واژه‌های کلیدی: آموزش و پرورش، اضطراب تحصیلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۲۴ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۵/۲۹

استناد: وحید فاطمه، ابراهیمی محمد اسماعیل، کردنوقابی رسول. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی دانش‌آموزان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(الف): ۴۶-۶۱

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران fatemehvahid664@gmail.com
- ۲- (نویسنده مسئول): استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت اله بروجردی (ره). بروجرد، ایران. moohammadesmaeilebrahimi@yahoo.com tell: 087 3328 8661
- ۳- گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۵۶۴۴۱-۸۸۸ تهران، ایران rasoolkordnoghi@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو 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:

عوامل متعددی در فرآیند آموزشی و حوزه تحصیلی، دخیل هستند که یکی از این عوامل اضطراب است (۱). اضطراب به عنوان یک انگیزتگی هیجانی در نظر گرفته شده و در دهه‌های اخیر به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل افت تحصیلی قلمداد شد (۲). از آن به بعد پژوهش‌هایی در این زمینه انجام گرفته است و پژوهشگران در این زمینه دست به تحقیق زده‌اند و تأثیر اضطراب را بر متغیرهای مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند (۳). یکی از انواع اضطراب که بسیاری از دانش‌آموزان با آن درگیر هستند، اضطراب تحصیلی است. همچنین می‌توان گفت اضطراب تحصیلی از عامل‌های عاطفی مهم در امر آموزش است که برای بسیاری از دانش‌آموزان مبهم و پیچیده است (۴). بنابراین بسیاری از دانش‌آموزان هنگام امتحان، اضطراب را تجربه می‌کنند (۵).

بورلیگ (۶) اضطراب تحصیلی را احساس تنشی تعریف می‌کند که در امتحان و حل مسائل مانع کارکرد عوامل شناختی شده و حاصل این تداخل عاطفی، فراموش کردن اطلاعات مورد نیاز و از دست دادن اعتماد به نفس است. همچنین اضطراب تحصیلی به احساس نیاز فزاینده به دانش و به طور هم زمان، ادراک فرد مبنی بر نداشتن زمان کافی برای دستیابی به آن دانش گفته می‌شود. افزون بر آن فریره، فراداس، نونز، وال و والجو^۱ (۷) در تعریف اضطراب تحصیلی بر ارزیابی فرد مبنی بر تجربه ناهماهنگی بین مطالبات موقعیتی و منابع درون فردی خود اشاره کردند. اگرچه اضطراب، رقابت محرکی مثبت برای پیشرفت افراد نوجوان است اما اگر این اضطراب شدت یابد و یا ادامه پیدا کند می‌تواند سلامت روانی و بهزیستی افراد بخصوص نوجوانان دختر را تحت تأثیر قرار دهد (۸). آنگ، هوان و برامان^۲ (۹) فشارهای مرتبط با آموزش را مهم‌ترین منبع اضطرابی می‌دانند که فراگیران با آن مواجه هستند. فعالیت‌های آموزشی در اغلب فرهنگها از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. اضطراب تحصیلی اگر شدت یابد یا اینکه ادامه پیدا کند، در زمینه سلامت روانی و بهزیستی مشکلاتی را برای افراد ایجاد می‌کند (۱۰). پژوهش‌ها بیانگر رابطه بین انتظارات بالای تحصیلی و اضطراب تحصیلی در بین فراگیران است (۱۱).

زمینه یابی اضطراب تحصیلی نشان داده است که ۶۷ درصد فراگیران فشارهای آموزشی را به عنوان بزرگترین اضطراب زندگیشان در نظر می‌گیرند (۱۲). در رابطه با اضطراب تحصیلی بر عوامل پنجگانه اضطراب زا (ناکامی‌ها، تعارض‌ها، فشارها، تغییرات و اضطراب خود تحمیل) و واکنش‌های چهارگانه (فیزیولوژیکی، رفتاری، شناختی، هیجانی)، نسبت به این عوامل تأکید می‌شود (۱۳). شواهد نشان داده است که مشکلات تحصیلی یکی از متعارف‌ترین منابع اضطراب در قلمداد می‌گردد (۱۴) با نظر به مفهوم عملکرد تحصیلی به تازگی بعد دیگری به نام عاملیت به آن اضافه شده است که مراد از آن، مشارکت فعال یادگیرنده در جریان آموزش می‌باشد، که در این مشارکت فرد به شناخت اجتماعی دست می‌یابد و این شناخت اجتماعی خود یکی از ابعاد اساسی نظریه ذهن است (۱۵) و با توجه به اهمیت آن نیاز به رویکرد آموزشی احساس می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های نو ظهور موج سوم، ترکیبی از ذهن آگاهی همراه با اصول رفتاری و ادراک صحیح فرد از ارزش‌های شخصی خود را به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی فرد به کار می‌گیرد. مؤلفه‌های اصلی این درمان شامل شش فرایند محوری است که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می‌شوند (۱۶). در حقیقت آنچه در این درمان مهم است رسیدن به یک فرآیند کلی به نام بهبود رابطه والدفرزندی است که فرد را به عنوان شخصی آگاه نسبت به افکار و احساسات

^۱ Freire, Ferradás, Núñez, Valle, Vallejo

^۲ Ang, Huan, Braman

خود، کاملاً در تماس با زمان حال و انجام دهنده رفتارهایی که وی را در مسیر زندگی به سمت ارزش‌ها حرکت می‌دهد و متعهد نسبت به این ارزش‌ها معرفی می‌کند (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نظر می‌رسد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی، برای والدین ایرانی مناسب باشد (۱۸). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این درمان بر بهبود علائم و ارتباط والد-فرزند و کودکان و نوجوان (۱۹) و تنظیم هیجانات (۲۰)، افزایش ذهن آگاهی و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان (۲۱)، کاهش پریشانی روانشناختی (۲۲) و افزایش بهزیستی روانشناختی والدین (۲۳) مؤثر است.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش بر رابطه والد فرزند با تاکید بر استعاره و تمثیل تمرین‌های تجربی برای آزاد شدن از محتوای کلامی و ایجاد ارتباط بیشتر با تداوم تجربه در زمان حال است. در این درمان به جای ایجاد تغییر در شناخت و درگیری با آنها، تلاش بر این است که ارتباط روانشناختی فرد با احساسات و افکارش ارتقا یابد (۲۴) و منجر به بهبود روابط با دیگران گردد.

از دیگر درمان‌های مثبت نگر و موج سوم رفتاری، می‌توان به واقعیت درمانی اشاره کرد، که یک روش مشاوره و روان درمانی است و توسط گلاسر^۱ بنیان گذاری شده است (۲۵). واقعیت درمانی در تبیین یک نظریه پرورشی - آموزشی (پیشگیری) و درمان است (۲۶). این نظریه دارای کارایی‌های مختلف است مانند: خانه، مدرسه و مراکز درمانی (۲۷). هدف اصلی واقعیت درمانی ایجاد تغییر در هویت ناموفق فرد و ایجاد رفتارهای مسئولانه است، زیرا این رفتارها در انسان باعث ناراحتی و اضطراب و در نتیجه رابطه والد فرزند نامناسب می‌شود (۲۸). به نظر گلاسر افراد بیش از آن که توسط محرک‌ها و انگیزه‌های بیرونی برانگیخته شوند، توسط محرک‌های درونی برانگیخته می‌شوند (۲۹).

در حقیقت، تمامی رفتارهای فرد برای ارضای نیازهای پنج گانه است بروز هر نوع رفتار ناسازگاری در فرد، تلاشی است که فرد به منظور مهار ادراکات و تحکیم در زندگی خود انجام می‌دهد، این به این معنی است که اضطراب، افسردگی، پرخاشگری را فرد شخصا برای خود با انتخاب‌های اشتباه و نادانسته، به بار می‌آورد تا به این وسیله بر خشم و احساس تنهایی چیره گردد و از حمایت و یاری دیگران بهره مند شود (۳۰)، لذا، می‌توان این طور نتیجه گرفت که این دو درمان موج سوم از لحاظ تاکید زیادی که بر عمل به جای تفکر دارند و نیز بر تاکید بر ارزش‌های اخلاقی دارند و نیز برنامه ریزی هوشمند با یکدیگر مشترکند اما تفاوت نخست این که، در مقابل واقعیت درمانی که مشکل اصلی را سعی و تلاش انسان‌ها برای کنترل کردن دیگر افراد می‌داند و بر دنیای بین فردی تاکید دارد (۳۰)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه مشکلات را در درون فرد دانسته و سعی در جنگیدن و یا انکار و حذف افکار و احساسات ناخوشایند و کنترل بر آنها به هر قیمتی را ریشه مشکلات می‌داند (۲۵). دوم اینکه، با توجه به اساس نظری شان واقعیت درمانی بخش زیادی از آموزش خود را معطوف این می‌دارد که به افراد بیاموزد با مسئولیت پذیری بالا و به دور از کنترلگری به ارضای نیازهای پنجگانه خود بپردازند (۳۱) ولی درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد با تاکید بر ارزش‌ها و با استفاده از گسلش و پذیرش و ذهن آگاهی به سمت رفتارهای مؤثر ارزش مدار بروند (۲۴). حال برای پژوهشگران این سؤال پیش می‌آید که کدام رویکرد در حل مسائلی که به عنوان متغیر وابسته این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند توانمندتر هستند. از این رو، در این مطالعه تلاش بر این است که به این سوال پاسخ داده شود که آیا اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والدفرزند دانش آموزان پسر در مقطع متوسطه دوم تفاوت دارد یا خیر؟

روش پژوهش:

روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ شهر همدان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش لینهان و دیمف و همکاران^۱ (۳۱) با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد که با گمارش تصادفی، ۲۰ نفر در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش دوم (واقعیت درمانی) و ۲۰ نفر در گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-فرزند در ۲ مرحله پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل: ۱. دانش آموزان پسر؛ ۲. دانش آموزان متوسطه دوم؛ ۳. دانش آموزان ناحیه ۲ شهر همدان و معیار خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه (به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی بر شیوه‌ی هیز و همکارانش^۲ (۳۲) و گروه آزمایش واقعیت درمانی بر اساس پروتکل گلسر و همکاران^۳ (۳۳) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برنامه ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند.

ابزار پژوهش عبارت بود از پرسش‌نامه اضطراب تحصیلی فیلیپس: این پرسش‌نامه دارای ۷۴ ماده است که ۴ زمینه، ترس از ابراز وجود، اضطراب امتحان، فقدان اعتماد به نفس و واکنش‌های فیزیولوژیک را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد (۳۴). ابوالمعالی و همکاران (۳۵) در تحقیقی تحت عنوان (پایاسازی، اعتباریابی و هنجاریابی مقیاس اضطراب تحصیلی) تعداد سوالات آن را ۵۲ ماده کاهش داده‌اند. هر پاسخ بله ۳ نمره، گاهی اوقات ۲ نمره و خیر ۱ نمره دریافت می‌کند. ابوالمعالی و همکاران (۳۵) با توجه به شواهد سه گانه روایی صوری، ملاکی هم زمان و سازه، روایی این آزمون را تأیید و پایایی آن را ۹۳٪ محاسبه کرده‌اند. در این تحقیق برای محاسبه پایایی از روش باز آزمایی استفاده شد و میزان پایایی کل ۸۰٪ به دست آمد. همچنین با استفاده از آلفای کرونباخ، پایایی هر یک از خرده آزمون‌ها مشخص شد که به ترتیب ترس از ابراز وجود ۸۰٪، اضطراب امتحان ۸۷٪، فقدان اعتماد به نفس ۷۰٪ و واکنش فیزیولوژیک ۷۸٪ پایایی داشتند. در این پژوهش پایایی اضطراب امتحان ۸۹٪، ترس از ابراز وجود ۸۹٪، فقدان اعتماد به نفس ۸۵٪ و واکنش فیزیولوژیک ۸۳٪ از طریق آلفای کرونباخ برآورد شد. اعتبار این آزمون توسط روش‌های اعتبار عاملی، اعتبار ملاکی همزمان و اعتبار صوری محاسبه گردیده است.

درمان پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی هیز و همکارانش در سال ۲۰۰۶ تدوین شد (۳۲). این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر اجرا شد.

۱ Linehan, Dimeff

۲ Hayes

۳ Glasser

جدول ۱. شرح بسته درمان پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم اجرا است، تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلق، تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	تمرین ذهن آگاهی، در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می شود، استفاده از تمثیل شخص ولگرد، استفاده از تمثیل پیاده روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه ای	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمثیل ریگ های روان، تیشه زدن به ریشه دلیل یابی زدن، استفاده از تکنیک ناهم آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر، روش رو کردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش ها و توضیح اهداف	تمرین ذهن آگاهی، تمرین فرونشانی افکار
ششم	روشن سازی ارزش ها	تمرین ذهن آگاهی، قطب نمای ارزش ها اتوبوس، تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	تمرین ذهن آگاهی، تمرین مشاهده گر، تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	تمرین محتوا روی کارت، تکالیف مادم العمر زندگی را زندگی کنیم.
واقعیت درمانی: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوهی پروتکل گلسر و همکاران تدوین شد (۳۳). این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه ای توسط درمانگر اجرا شد.		

جدول ۲. شرح بسته واقعیت درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، تعیین قوانین گروه با همکاری اعضا، بررسی اهمیت و نقش مهارت های ارتباطی، آشنایی اعضا گروه با همدیگر و برقراری رابطه مبنی بر اعتماد بین اعضا و ابلاغ قوانین گروه.
دوم	آموزش مفاهیم و نظریه های واقعیت درمانی، معرفی چگونگی و چرایی رفتار از سوی اشخاص، تمرکز به آگاهی و شناخت اعضا از خودشان و شیوه تأثیر این شناخت بر شخص و دیگران، شناسایی نقاط قوت و ضعف و تلاش برای رسیدن به هویت موفق، کمک کردن به اعضا برای آشنایی بیشتر با خودشان و نیازهای اساسی (شناخت ۵ نیاز اصلی انسان، فهرست کردن نیازهای اساسی اعضا با سعی خودشان و بررسی اهمیت برآورده شدن این نیازها)
سوم	گرفتن بازخورد از جلسه گذشته، درخواست برای توضیح درباره دید کلی اعضا مربوط به اشتغال و زندگی مشترک کنونی شان و بررسی دلایل نگرش اعضای گروه درباره وضعیت کنونی زندگی. بررسی کردن اهداف اشخاص برای

زندگی شان و مشخص کردن میزان هدفمند بودن آنها، معرفی رفتار و آشنا کردن اعضا با چهار مؤلفه رفتار کلی: فکر، احساس، عمل و فیزیولوژی، آموزش مهارت تصمیم گیری و تفسیر تغییرافکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان اکنون.

چهارم معرفی و تعریف تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری، مشخص کردن میزان دسترسی یا ناموفق بودن اعضای گروه برای استفاده از رفتار و اقدام در زمان حال به منظور اشتغال و بررسی اینکه رفتار کنونی شان به جهت رسیدن اعضا به هدف و نیازهایشان چه کمکی می‌تواند بکند.

پنجم کمک به اعضا به جهت شناخت رفتار و احساسی که در زمان حال دارند، کم اهمیت نشان دادن گذشته در مقابل رفتارهای امروزی و تأکید به کنترل درونی در مقایسه با اشتغال، آشنا کردن اعضا با هیجاناتی مثل اضطراب و افسردگی از دیدگاه واقعیت درمانی و آموزش مهارت تن آرامی به منظور کنترل و تنظیم هیجانات، نشان دادن اهمیت برنامه ریزی برای انجام شدن سریع تر و بهتر کارها، استفاده درست از زمان و آموزش برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به اهداف دیگر در زندگی مشترک.

ششم آشنایی کردن اعضا با مسئولیت هایشان و کمک به پذیرش مسئولیت‌ها و افزایش مسئولیت پذیری در برابر انتخاب رفتارهایشان و راهکارهایی که باعث گرایش به ناامیدی و کم شدن شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند. معرفی و توضیح رفتارهای تخریب گر و سازنده در رابطه‌ها و آموزش اینکه چطور در لحظه باید زندگی کرد.

هفتم آموزش اصول و مفاهیم ده گانه رویکرد انتخاب، پذیرش مسئولیت‌ها در برابر رفتار، آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و انجام تکالیف حتی خیلی کم، مبنی بر افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعدی و گرفتن نامه تعهد کتبی از اعضا به منظور اجرای آن و نیاموردن هیچ عذر و بهانه ای.

هشتم گرفتن بازخورد از جلسات قبلی، مرور آنها و جمع بندی، بررسی و تأکید دوباره برای پذیرفتن مسئولیت توسط اعضا، کمک به افراد برای استفاده از کنترل درونی، رویارو شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی راجع به صحیح و یا غلط بودن رفتار، زندگی در این لحظه و در نهایت فرآیند تغییر که باعث کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌گردد.

داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و سطح معنیداری $P > 0.05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها :

در این فصل ابتدا وضعیت آماری پاسخگویان مورد توصیف قرار گرفته، سپس فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون آماری قرار گرفته است.

جدول ۳. وضعیت اضطراب تحصیلی دانش آموزان در پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس اضطراب تحصیلی	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین	انحراف
		استاندارد	میانگین
		انحراف	استاندارد
گروه آزمایش ۱ (پذیرش و تعهد)	۲۰	۱۰۷/۶۵	۱۳/۸۷۳
		۷۴/۲۵	۹/۷۲
گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی)	۲۰	۱۰۸/۳۵	۱۳/۸
		۸۸	۱۳/۵۶

در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی در دانش آموزان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است، برای این منظور از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره از همتا بودن سه گروه در پیش آزمون اطمینان حاصل گردیده و وجود پیش شرط‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس از قبیل نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون، همسانی واریانس‌ها، همسانی کوواریانس‌ها و مفروضه عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

اثر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری sig
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۹۶	۰/۳۱	۸	۱۰۸

با توجه به داده‌های جدول شماره ۴، مقدار لامبدای ویلکز ($f = ۰/۳۱$ و $sig = ۰/۹۶$) است، بنابراین تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مطالعه در پیش آزمون وجود ندارد از این رو می‌توان گفت سه گروه در پیش آزمون همتا هستند.

جدول ۵. مقایسه خرده مقیاس‌های سه گروه در پیش آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معناداری sig
اثر گروه	۱۶/۹۳۳	۲	۸/۴۶۷	۰/۰۴۴	۰/۹۶
خطا	۱۰۹۰۸/۰۵	۵۷	۱۹۱/۳۶۹		
جمع	۶۴۹۳۷۳۱	۶۰			
جمع تصحیح شده	۸۱۲۶۰/۵۸۳	۵۹			

با توجه به داده‌های جدول شماره ۵، مقادیر آزمون (f و sig) بدست آمده اضطراب ($f = ۰/۰۴۴$ و $sig = ۰/۹۶$) است که نشان می‌دهد گروه اثر معناداری بر هر یک از متغیرها در پیش آزمون نداشته است و سه گروه در پیش آزمون همتا بوده‌اند. بررسی رعایت مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس: در این بخش شروط نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرها همسانی واریانس‌ها و همسانی کوواریانس‌ها، عدم هم خطی بین متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار می‌گیرد. ۱. شرط نرمال بودن داده‌ها: برای آگاهی از نرمال بودن داده‌ها از آزمون ناپارامتریک کولموگراف اسمیرونف (K-S) استفاده می‌شود، جدول شماره ۵، نتیجه تحلیل را گزارش می‌کند.

جدول ۶. آزمون کلموگراف اسمیرونف (K-S) برای بررسی نرمال بودن داده‌های آزمون

مراحل آزمون	مقادیر آماری	گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی به شیوه گروهی)	گروه کنترل
مقدار (K-S)	۰/۵۸	۰/۴۹	۰/۴۱	
پیش آزمون معناداری sig	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۹۹	

مقدار (K-S)	۰/۶۴	۰/۶۷	۰/۷۶
معناداری sig	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۶۱
مقدار (K-S)	۰/۵۸	۰/۴۹	۰/۴۱
معناداری sig	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۹۹
مقدار (K-S)	۰/۶۴	۰/۶۷	۰/۷۶
معناداری sig	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۶۱

با توجه به مقادیر (K-S) و مقدار (sig) در مورد هر یک از آزمون‌ها، توزیع داده‌ها نرمال است و وجود نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

۲. بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی: با استفاده از نمودار پراکندگی اضطراب تحصیلی سه گروه مورد بررسی قرار گرفته است و رابطه بین آن متغیرها خطی می‌باشد و از پیش فرض لازم برخوردار است.

۳. مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته: برای واریسی عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین داده‌های پیش‌آزمون اضطراب تحصیلی سه گروه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول ۷. ضریب همبستگی نمرات پیش‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	اضطراب تحصیلی	
	P	r
اضطراب تحصیلی	۰	۱

نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای اضطراب سه گروه در پیش‌آزمون بیانگر عدم وجود رابطه خطی بین متغیرها قبل از اجرای طرح است.

۴. شرط همسانی واریانس‌ها با آزمون لون: برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. داده‌های مربوطه در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	F	Df1	Df2	sig
پس‌آزمون اضطراب تحصیلی	۱/۲۸	۲	۵۷	۰/۲۹

با توجه به داده‌های جدول ۸ و مقادیر F و sig ، واریانس متغیرهای وابسته سه گروه با همدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و شرط برابری واریانس‌ها مورد تأیید است. با توجه به وجود پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای اجرای تحلیل کوواریانس، با استفاده از این آزمون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی در دانش‌آموزان بررسی می‌شود.

جدول ۹. آزمون کوواریانس

اثر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری sig
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۲	۱۸/۱۴	۸	۱۰۸

با توجه به داده‌های جدول ۹، مقدار لامبدای ویلکز ($f = ۱۸/۱۴$ و $sig = ۰/۰۰۰۱$) گروه اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است، بنابراین می‌توان گفت: بین میزان اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی و گروه

کنترل، بر اضطراب تحصیلی در دانش آموزان تفاوت وجود دارد. مقایسه میزان تاثیر روش‌های مذکور با توجه به جدول ۱۰ و آزمون تعقیبی شفه، صورت گرفته است. برای بررسی اثر اجرای طرح بر هر یک از متغیرهای وابسته از جدول شماره ۱۰ استفاده شده است.

جدول ۱۰. جدول خلاصه تحلیل کوواریانس به منظور اثر بین گروهی

منابع تغییر	مجموع	درجات آزادی	میانگین	نسبت f	سطح	اندازه اثر
	مجذورات		مجذورات		معناداری sig	
اثر گروه	۱۲۵۵۰/۳	۲	۶۲۷۵/۱۵	۳۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
خطا	۱۰۷۷۸/۵۵	۵۷	۱۸۹/۰۹۷			
جمع	۵۱۵۲۸۷	۶۰				
جمع تصحیح شده	۲۳۳۲۸/۸۵	۵۹				

با توجه به داده‌های جدول شماره ۱۰، مقادیر آماری مربوط به اثر گروه بر اضطراب تحصیلی ($f=33/18$ و $\text{sig}=0/0001$) بود که بیانگر این است که گروه اثر معناداری بر اضطراب تحصیلی داشته است، بنابراین می‌توان گفت: استفاده از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی و کنترل بر اضطراب تحصیلی در دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۱۱. آزمون شفه برای مقایسه میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب تحصیلی

گروه (j)		گروه (i)
کنترل	تفاوت (i-j)	
-۳۵/۱۵	تفاوت (i-j)	پذیرش و تعهد
۰/۰۰۰۱	سطح معناداری	
-۲۱/۴	تفاوت (i-j)	واقعیت درمانی
۰/۰۰۰۱	سطح معناداری	

با توجه به داده‌های جدول ۱۱، میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش پذیرش و تعهد بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان -۳۵/۱۵- نمره کمتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان تاثیر دارد و موجب کاهش میزان اضطراب گروه آزمایش ۱ شده است ($i-j=-35/15$ ، $\text{sig}=0/0001$).

میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان -۲۱/۴- نمره کمتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت: درمان مبتنی بر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی دانش آموزان تاثیر دارد و موجب کاهش میزان اضطراب گروه آزمایش ۲ شده است ($i-j=-21/4$ ، $\text{sig}=0/0001$).

بحث و نتیجه گیری :

نتایج نشان داد، بین میانگین پس آزمون گروه تحت درمان مبتنی بر روش پذیرش و تعهد با میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت: میزان تاثیر روش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میزان تاثیر روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب تحصیلی در دانش آموزان است.

نتیجه این یافته با یافته‌های حبیبی، احمدی و زهراکار (۳۷) و جوشن پوش، فضیلت پور و رحمتی (۳۸) همسو است. کوینی و تامپسون^۱ (۳۹) در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود؛ و این بدین معنی است که هر گونه تلاش برای کنترل تجارب درونی کاهش می‌یابد. پیامد آن نیز افزایش پذیرش محتوای ذهن از طریق تکنیک‌های مرتبط با گسلش است که کاهش میزان تعارض بین مادران و فرزندان نوجوان را در پی داشته است. علاوه بر این یکی از علل تعارض اضطراب تحصیلی، نگرانی والدین درباره‌ی آینده تحصیلی فرزندان خود است. از آنجایی که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از علل آسیب شناسی روانی، عدم تمرکز بر زمان حال است، از طریق به کارگیری این رویکرد، تمرکز بر زمان حال افزایش یافته که به تبع آن میزان تعارض نیز کاهش یافته است.

بختیارپور (۴۰) در پژوهش خود گزارش کرد که روابط والد فرزند بر تمامی ابعاد کارکردی و رشدی نوجوانان مخصوصاً عملکرد تحصیلی آنها تاثیر دارد، به گونه‌ای که خلل در آن، زمینه‌ی بروز هر اختلال در عملکرد فرد نوجوان را فراهم می‌سازد. نوروزی و همکاران (۴۱) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش سطح پذیرش و تعهد کارکردی به یکدیگر و روشن سازی ارزش‌های ارتباطی، نقش موثری در بهبود کیفیت روابط بین فردی و رفع مشکلات موجود در این قالب ارتباطی دارد. رضاپور میر صالح، اسماعیل بیگی و دلاوری (۴۲) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشغولیت تحصیلی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری نشان دادند، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود راهبردهای تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با هدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تاثیر مثبتی بر راهبردهای انگیزش تحصیلی داشته باشد. از آنجا که این والدین از یک سو بازخوردهای نامناسب از سوی معلم نسبت به عملکرد تحصیلی فرزندشان دریافت می‌کنند که برای آنها بسیار استرس‌زا و دشوار است، از سویی دیگر بسیاری از این دانش آموزان در یادگیری به دلیل نگرش‌های سوگیرانه جامعه و مشکلات ارتباطی، مضطرب، ناایمن، مقاوم در برابر پذیرش قانون، پر خاشگر و سرکش هستند. این رفتارها ممکن است با حس ناامنی و عدم پذیرش از سوی والدین پیوند داشته باشد.

از آنجایی که راهبردهای حل تعارض ریشه در باورها، عقاید و رفتار پدر و مادر دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اجزای درمانی خود مانند پذیرش، انعطاف‌پذیری و جهت‌گیری مثبت، به والدین داری فرزند نوجوان می‌آموزد که برای ارتباط موثر با فرزند خود بایستی به تمام نقاط ضعف و قوت فرزند خود توجه کنند. همچنین به آنها می‌آموزد که از تفکرات دوگانه سیاه و سفید دوری کنند و فرزند خود را با تمام مشکلات و کم و کاستی‌های خود بپذیرند (۲۷). این درمان با تغییر نحوه پاسخدهی این والدین نسبت به مشکلات فرزندان خود از جمله مشکلات تحصیلی، بی‌نظمی، رفتارهای افراطی توجه طلبی و استرس، تعارض آنها را در ارتباط با فرزندانشان کاهش می‌دهد و به آنها می‌آموزد که بدون کناره‌گیری از فرزند خود، با تعامل و پذیرش وی مشکلات فرزندشان را پذیرفته و از پاسخ‌هایی مانند واکنش‌های افراطی، نشخوارهای فکری، اجتناب‌های فعال و غیر فعال و هر پاسخی که کمکی به حل مشکل آنها در ارتباط با فرزندشان نمی‌کند، دوری کنند (۲۶).

¹ Coyne, Thompson

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که جهت راهبردهای بهبود شرایط تحصیلی در فرزندان نوجوان می‌توان مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی مدونی جهت آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش آموزان توسط سازمان‌های مربوطه اعم از آموزش و پرورش تدوین گردد.

محدودیت‌های پژوهش: محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از نوجوانانی قابل تعمیم است که در صد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از نوجوانان پسر تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به پسران نوجوان قابل تعمیم است.

کاربرد پژوهش: به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های متفاوت مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.B.SDJ.REC.1401.096 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت مالی: این پژوهش با بودجه شخصی نویسنده اول نگارش شده است.

Reference:

1. England BJ, Brigati JR, Schussler EE, Chen MM. Student Anxiety and Perception of Difficulty Impact Performance and Persistence in Introductory Biology Courses. CBE Life Sci Educ. 2019 Jun; 18(2):ar21. doi: 10.1187/cbe.17-12-0284. PMID: 31120397; PMCID: PMC6755222.
2. McCurdy BH, Scozzafava MD, Bradley T, Matlow R, Weems CF, Carrion VG. Impact of anxiety and depression on academic achievement among underserved school children: evidence of suppressor effects. Curr Psychol. 2022 Sep 30:1-9. doi: 10.1007/s12144-022-03801-9. Epub ahead of print. PMID: 36213567; PMCID: PMC9524334.
3. Wu X, Zhang W, Li Y, Zheng L, Liu J, Jiang Y, Peng Y. The influence of big five personality traits on anxiety: The chain mediating effect of general self-efficacy and academic burnout. PLoS One. 2024 Jan 2; 19(1): e0295118. doi: 10.1371/journal.pone.0295118. PMID: 38166098; PMCID: PMC10760915.

4. Zhang J, Zeng Y. Effect of College Students' Smartphone Addiction on Academic Achievement: The Mediating Role of Academic Anxiety and Moderating Role of Sense of Academic Control. *Psychol Res Behav Manag*. 2024 Mar 6; 17: 933-944. [doi: 10.2147/PRBM.S442924](#). PMID: 38464809; PMCID: PMC10924864.
5. Lezhnina O. Depression, anxiety, and burnout in academia: topic modeling of PubMed abstracts. *Front Res Metr Anal*. 2023 Nov 27; 8: 127-385. [doi: 10.3389/frma.2023.1271385](#). PMID: 38090103; PMCID: PMC10711630.
6. Asakura S, Yoshinaga N, Yamada H, Fujii Y, Mitsui N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Japanese Society of Anxiety and Related Disorders/Japanese Society of Neuropsychopharmacology: Clinical practice guideline for social anxiety disorder (2021). *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023 Sep; 43(3): 288-309. [doi: 10.1002/npr2.12365](#). [Epub 2023 Aug 25](#). PMID: 37624975; PMCID: PMC10496046.
7. Freire C, Ferradás MdM, Núñez JC, Valle A, Vallejo G. Eudaimonic Well-Being and Coping with Stress in University Students: The Mediating/Moderating Role of Self-Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(1):48. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010048>
8. Fan J, Cheng Y, Tang M, Huang Y, Yu J. The mediating role of ego depletion in the relationship between state anxiety and academic procrastination among University students. *Sci Rep*. 2024 Jul 6; 14(1): 15568. [doi: 10.1038/s41598-024-66293-6](#). PMID: 38971818; PMCID: PMC11227565.
9. Ang RP, Huan VS, Braman OR. Factorial structure and invariance of the Academic Expectations Stress Inventory across Hispanic and Chinese adolescent samples. *Child Psychiatry & Human Development* 2007; 38(1): 73-87
10. Shek DTL, Leung KH, Li X, Dou D, Zhu X. How does family functioning contribute to academic-related outcomes of Chinese adolescents: the mediating role of spirituality? *Front Psychol*. 2024 Jun 3; 15: 1357473. [doi: 10.3389/fpsyg.2024.1357473](#). PMID: 38895494; PMCID: PMC11184208.
11. Mou Q, Zhuang J, Wu Q, Zhong Y, Dai Q, Cao X, Gao Y, Lu Q, Zhao M. Social media addiction and academic engagement as serial mediators between social anxiety and academic performance among college students. *BMC Psychol*. 2024 Apr 6; 12(1): 190. [doi: 10.1186/s40359-024-01635-7](#). PMID: 38582933; PMCID: PMC10998323.
12. Su P, He M. The impact of innovative behaviors on academic misconduct among graduate students: a mediated moderation model. *Front Psychol*. 2023 Oct 11; 14: 1276700. [doi: 10.3389/fpsyg.2023.1276700](#). PMID: 37901074; PMCID: PMC10600469.
13. Kong T, Zeng S. The Effect of Perceived Environmental Uncertainty on University Students' Anxiety, Academic Engagement, and Prosocial Behavior. *Behav Sci (Basel)*. 2023 Nov 3; 13(11):906. [doi: 10.3390/bs13110906](#). PMID: 37998653; PMCID: PMC10669797.
14. Albulescu I, Labar AV, Manea AD, Stan C. The mediating role of cognitive test anxiety on the relationship between academic procrastination and subjective wellbeing and

- academic performance. *Front Public Health*. 2024 Jun 10; 12:1336002. [doi: 10.3389/fpubh.2024.1336002](#). PMID: 38919925; PMCID: PMC11196964.
15. Cassady JC, Helsper A, Quagliano Q. The Collective Influence of Intolerance of Uncertainty, Cognitive Test Anxiety, and Academic Self-Handicapping on Learner Outcomes: Evidence for a Process Model. *Behav Sci (Basel)*. 2024 Jan 27; 14(2): 96. [doi: 10.3390/bs14020096](#). PMID: 38392449; PMCID: PMC10886387.
 16. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Rufo-Barbero C, Matias-Soto J, Cano-García FJ. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Pain*. 2024; 25(3): 595-617. [doi: 10.1016/j.jpain.2023.09.013](#). Epub 2023 Sep 23. PMID: 37748597.
 17. Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2024; 47(2): 419-431. [doi: 10.1016/j.psc.2024.02.007](#). Epub 2024 Mar 21. PMID: 38724128.
 18. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Dec; 40(4): 751-770. [doi: 10.1016/j.psc.2017.08.009](#). PMID: 29080598.
 19. Byrne G, Cullen C. Acceptance and Commitment Therapy for Anger, Irritability, and Aggression in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review of Intervention Studies. *Trauma Violence Abuse*. 2024; 25(2): 935-946. [doi: 10.1177/15248380231167393](#). Epub 2023 May 2. PMID: 37129045.
 20. Durepos P, MacLean R, Ricketts N, Boamah SA, Witherspoon R, Gould O, Olthuis JV, Totton K, Tucker K, Boulay I, Robitaille A, Aquino-Russell C, Kaasalainen S. Engaging care partners of persons living with dementia in acceptance and commitment therapy (ACT) programs: a scoping review. *Aging Ment Health*. 2024; 28(5): 725-737. [doi: 10.1080/13607863.2023.2288864](#). Epub 2023 Dec 15. PMID: 38100551.
 21. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2024; 110:102432. [doi: 10.1016/j.cpr.2024.102432](#). Epub 2024 Apr 10. PMID: 38615492.
 22. Bouws J, Henrard A, de Koning M, Schirmbeck F, van Ghesel Grothe S, van Aubel E, Reininghaus U, de Haan L, Myin-Germeyns I. Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early Interv Psychiatry*. 2024; 18(2): 122-131. [doi: 10.1111/eip.13442](#). Epub 2023 May 22. PMID: 37212359.
 23. Balsom AA, Klest B, Sander B, Gordon JL. Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: a pilot study of the Infertility ACTion program. *Reprod Health*. 2024; 4; 21(1):43. [doi: 10.1186/s12978-024-01766-5](#). PMID: 38576027; PMCID: PMC10996141.

24. Zhang T, Li X, Zhou X, Zhan L, Wu F, Huang Z, Sun Y, Feng Y, Du Q. Virtual Reality Therapy for the Management of Chronic Spinal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Serious Games*. 2024; 12; 12: e50089. [doi: 10.2196/50089](#). [PMID: 38345832](#); [PMCID: PMC10897798](#).
25. Schambach A, Buchholz CJ, Torres-Ruiz R, Cichutek K, Morgan M, Trapani I, Büning H. A new age of precision gene therapy. *Lancet*. 2024; 10; 403(10426): 568-582. [doi: 10.1016/S0140-6736\(23\)01952-9](#). [Epub 2023 Nov 22](#). [PMID: 38006899](#).
26. Hsu PY, Singer J, Keysor JJ. The evolution of augmented reality to augment physical therapy: A scoping review. *J Rehabil Assist Technol Eng*. 2024; 5; 11: 205 56683241252092. [doi: 10.1177/20556683241252092](#). [PMID: 38846024](#); [PMCID: PMC11155346](#).
27. Lattré T, Decramer A, Vanhaecke J, Linden DV, Goubau J. Immersive Virtual Reality in Orthopedic Hand Therapy. *Hand Surg Rehabil*. 2024; 4: 101750. [doi: 10.1016/j.hansur.2024.101750](#). [Epub ahead of print](#). [PMID: 38971226](#).
28. Galun E. Gene therapy: from technology to reality. *Harefuah*. 2024; 163(2): 97-101. Hebrew. [PMID: 38431858](#).
29. Bateni H, Carruthers J, Mohan R, Pishva S. Use of Virtual Reality in Physical Therapy as an Intervention and Diagnostic Tool. *Rehabil Res Pract*. 2024 Jan 25; 2024: 1122286. [doi: 10.1155/2024/1122286](#). [PMID: 38304610](#); [PMCID: PMC10834096](#).
30. Obrero-Gaitán E, Chau-Cubero CY, Lomas-Vega R, Osuna-Pérez MC, García-López H, Cortés-Pérez I. Effectiveness of virtual reality-based therapy in pulmonary rehabilitation of chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review with meta-analysis. *Heart Lung*. 2024; 65: 1-10. [doi: 10.1016/j.hrtlng.2024.01.011](#). [Epub 2024 Feb 7](#). [PMID: 38330853](#).
31. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Jun 1; 67(1): 13-26. [doi: 10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](#). [PMID: 12062776](#).
32. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1): 1-25. [doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006](#). [PMID: 16300724](#).
33. Glasser W, Zunin LM. Reality therapy. *Curr Psychiatr Ther*. 1972; 12:58-61. [PMID:5032914](#).
34. Philips BN. School Stress and Anxiety: Theory, Research and intervention. New York: Human Sciences Press; 1978.
35. Aghajani, S., Eyni, S., Niazi, J. Investigating the Relationship between Educational Stress Factors and Educational Competence with School Anxiety with the Mediation of Difficulty in Emotion Regulation in Students. *Educational Psychology*, 2023; 19(67): 164-190. [doi: 10.22054/jep.2023.72406.3792](#)

36. Fouladvand K, Soltani M, Fathi Ashtiani A, Soaee Z. Psychometric Properties of Tinio's Academic Engagement Scale. Quarterly of Educational Measurement. 2012; 2(8): 155-182. https://jem.atu.ac.ir/article_5643.html?lang=en
37. Habibi H, Ahmadi S, Zahra Kar K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training (ACT) on Parent-Child Relationships and Psychological Hardiness in Male Adolescents. Educational Psychology, 2020; 16(58): 169-188. [doi:10.22054/jep.2021.49164.2870](https://doi.org/10.22054/jep.2021.49164.2870)
38. Joshan-Poush S, Fazilat-Pour M, Rahmati A. The Effectiveness of Parent-Child Relationship Training based on ACT on the Parent-Adolescent Conflict of Mothers with Epileptic Child. Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 2018; 7(2): 39-50. [doi:10.22108/cbs.2018.86881.0](https://doi.org/10.22108/cbs.2018.86881.0)
39. Coyne L, Thompson A. Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of child internalizing problems. Journal of Children & Family Studies. 2011; 20 (6): 873-883. [doi: 10.1002/jcv2.12107](https://doi.org/10.1002/jcv2.12107). PMID: 37431419; PMCID: PMC10242951.
40. Bakhtiarpour S. The Relationship between Parent-Child Conflict and the Emotional Atmosphere of the Family with Academic Performance in the First year High School Students of Karun city. Journal of social Psychology. 2017; 12(43): 45-53.
41. Norozi M, Zargar F, Akbari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. RBS 2017; 15 (2): 168-174 [URL: http://rbs.mui.ac.ir/article-1-529-fa.html](http://rbs.mui.ac.ir/article-1-529-fa.html)
42. Rezapour Mirsaleh Y, esmailbeigi M, Delavari M. Investigating the effectiveness of intervention based on acceptance and commitment in parent-child conflict resolution strategies in mothers of students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 2018; 7(3): 77-90. [doi: 10.22098/jld.2018.628](https://doi.org/10.22098/jld.2018.628)