



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience and Cognitive Avoidance Components of Aggressive Female Students with Emphasis on Cultural Context

Setareh Eidizadeh¹, Rezvan Homaei²

1. graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Islamic Education, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Islamic Education, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Citation: Eidizadeh, S. & Homaei, R. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and cognitive avoidance components of aggressive female students with emphasis on cultural context. *Journal of Woman Cultural Psychology*, 16(64), 29-42.

<http://dx.doi.org/10.61186/iau.1202677>

ARTICLE INFO

Received: 08.03.2025

Accepted: 04.05.2025

Corresponding Author:

Rezvan Homaei

Email:

rezvanhomaei@iau.ac.ir

Keywords:

Acceptance and
commitment therapy
Resilience
Cognitive avoidance.

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and cognitive avoidance components of aggressive female students with an emphasis on the cultural context. The statistical population of the study was all ninth grade female students in Ahvaz in 2024. The sample of the study was 30 individuals from the aforementioned population who were selected through purposive sampling procedure and randomly assigned to an experimental group (15 participants) and control group (15 participants). The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with control group and follow-up. The research instruments included Sexton and Dugas's Cognitive Avoidance Questionnaire (2008) and Connor and Davidson's Resilience Questionnaire (2003). The experimental group was exposed to 8 sessions of acceptance and commitment therapy, 90 minutes each for twice a week. After two months later the follow-up was processed. In order to analyze the data, repeated measures analysis of variance test was used. The results of the study showed that acceptance and commitment therapy significantly reduced cognitive avoidance and increased resilience in the experimental group. It should be concluded that by applying acceptance and commitment therapy and adapting it to specific cultural needs and characteristics, the psychological and social status of aggressive female students could be improved.



Extended abstract

Introduction: Adolescence is a period of learning and personality formation, and relatively speaking, it should be said that this is the leading period in learning in the human development cycle, and it is during this period that the identity of the individual is formed. One of the most important concerns in the field of school psychology is understanding how students try to deal with academic and social problems. One of the most common of these externalized behavioral problems is aggression. Aggression refers to violent attacks or threats by an individual that intentionally targets other people. Aggression disorder is a pervasive disorder associated with high rates of school dropout. It is an anxiety disorder that causes significant distress and impairment in at least some areas of daily life. Physical symptoms often include excessive sweating, shaking, fever, palpitations, and nausea. Violence may accompany aggression, and panic attacks may also occur under intense fear and distress. Aggression is one of the challenging behaviors among students that can have profound effects on educational and social environments. This behavior is considered a reaction to pressures, frustrations, and emotional problems and can manifest in various forms such as physical, verbal, or social aggression. However, the cultural context in which students live plays a key role in the formation and manifestation of these behaviors. The culture of any society is a set of values, beliefs, and norms that influence individual and social behaviors. In some cultures, aggression may be viewed as an acceptable behavior in response to threats or challenges, while in others, it is distasteful and unacceptable. Also, social institutions such as family, school, and friends can play a role in shaping aggressive attitudes and behaviors. Accordingly, the aim of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and cognitive avoidance components of aggressive female students with an emphasis on the cultural context.

Methods: The statistical population of the study was all ninth grade female students in Ahvaz in 2024. The sample of the study was 30 individuals from the aforementioned population who were selected through purposive sampling procedure and randomly assigned to an experimental group (15 participants) and control group (15 participants). The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with control group and follow-up. The research instruments included Sexton and Dugas's Cognitive Avoidance Questionnaire (2008) and Connor and Davidson's Resilience Questionnaire (2003). The experimental group was exposed to 8 sessions of acceptance and commitment therapy, 90 minutes each for twice a week. After two months later the follow-up was processed. In order to analyze the data, repeated measures analysis of variance test was used.

Results: The results of the study showed that acceptance and commitment therapy significantly reduced cognitive avoidance and increased resilience in the experimental group.

Conclusions: In explaining the findings, it could be declared that acceptance and commitment therapy is a psychotherapy approach that emphasizes acceptance of internal experiences, increasing resiliency, and commitment to personal values. This therapy could help individuals achieve meaningful and adaptive lives by reducing cognitive avoidance and increasing resilience. Resilience, as a person's ability to adapt and cope



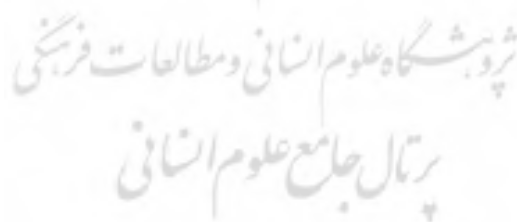
with stressful situations, plays an important role in mental health. Aggressive female students often face psychosocial and cultural challenges that could reduce their resilience. Cognitive avoidance includes strategies such as thought suppression, thought substitution, distraction, avoidance of threatening stimuli, and transforming images into thoughts that could hinder psychological growth. ACT therapy could help reduce cognitive avoidance components by emphasizing acceptance of internal experiences and reducing avoidance of unpleasant thoughts and feelings. The results of this study clearly showed that by applying acceptance and commitment therapy and adapting it to specific cultural needs and characteristics, the psychological and social status of students could be improved. This approach could not only help to reduce aggressive behaviors, but also be effective in creating a healthy and supportive atmosphere in educational environments. In addition, this research can be used as a scientific basis for the design and implementation of therapeutic and educational interventions in schools, especially in different communities that face different cultural challenges.

Author Contributions: Setareh Eidizadeh: Composing and editing the article, Dr. Rezvan Homaei: Reviewing and revising the contents, designing the general framework of the study, statistical analysis of the data and corresponding author. The authors reviewed and approved the final version of the article.

Acknowledgments: The authors would like to express their gratitude to all those who contributed to this study.

Conflict of Interest: The authors declared there are no conflicts of interest in this article.

Funding: This article did not receive any financial support.





اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و مولفه های اجتناب شناختی دانش آموزان دختر پر خاشگر با تاکید بر بستر فرهنگی

ستاره عیدی زاده^۱، رضوان همایی^{۲*}

۱. دانش آموخته روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و مولفه های اجتناب شناختی دانش آموزان دختر پر خاشگر با تاکید بر بستر فرهنگی بود. جامعه آماری تمامی دانش آموزان دختر پایه نهم شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش مداخله ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه بود را دریافت کردند و دوماه بعد مرحله پیگیری انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری باعث افزایش تاب آوری و کاهش اجتناب شناختی در گروه آزمایش شده است. هم چنین نتایج این مطالعه نشان داد با به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انطباق آن با نیازها و ویژگی های فرهنگی خاص، می توان وضعیت روانی و اجتماعی دانش آموزان دختر پر خاشگر را بهبود بخشید.

کلیدواژگان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب آوری، اجتناب شناختی.

مقدمه

دوره نوجوانی، دوره یادگیری و شکل گیری شخصیت است و در این دوره است که هویت فرد شکل می گیرد. وقتی نوجوان در مسیر بلوغ است به دلیل ترشحات هورمون ها نوجوان در مسیر تغییرات فیزیولوژیک قرار می گیرد و این امر موجب تغییرات خلقی از جمله پرخاشگری (aggression) می شود. پرخاشگری در نوجوانان دختر پدیده ای پیچیده است که تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی قرار دارد. در بسیاری از فرهنگ ها، هنجارهای جنسیتی نقش مهمی در شکل گیری و بیان پرخاشگری ایفا می کنند. بررسی آمار و مطالعات نشان می دهد که در چند دهه اخیر خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده اند. دختران اغلب تحت فشار اجتماعی قرار دارند تا رفتارهای آرام، مهربان و کنترل شده از خود نشان دهند، در حالی که پرخاشگری فیزیکی یا مستقیم در آن ها کمتر پذیرفته شده است. این فشار فرهنگی ممکن است باعث شود که دختران پرخاشگری خود را به شکل های غیرمستقیم تری ابراز کنند. در نهایت مداخلات روان شناختی برای کاهش پرخاشگری در نوجوانان دختر باید از منظر فرهنگی مورد بررسی و توجه قرار گیرد (Lerche et al., 2020). فرهنگ هر جامعه، مجموعه ای از ارزش ها، باورها و هنجارهایی است که بر رفتارهای فردی و اجتماعی تأثیر می گذارد. در برخی فرهنگ ها، پرخاشگری ممکن است به عنوان یک رفتار قابل قبول در پاسخ به تهدیدات یا چالش ها تلقی شود، در حالی که در فرهنگ های دیگر، ناپسند و غیرقابل قبول است. همچنین، نهادهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و دوستان می توانند در شکل گیری نگرش ها و رفتارهای پرخاشگرانه نقش داشته باشند (Zhou & Wu, 2020).

یکی از ابعاد مهم روان شناختی در این افراد که تحت تأثیر بیماری و استرس های ناشی از ادراک بیماری است، میزان تاب آوری (resilience) است. تاب آوری توان مقابله با تغییراتی است که سبب اختلال در زندگی روزمره می شوند. به عبارت دیگر تاب آوری به معنای حفظ سلامتی و انرژی است در هنگامی که، فرد تحت تأثیر فشار روانی و جسمی قرار می گیرد. تاب آوری در نوجوانان دختر به دلیل تغییرات جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی اهمیت دارد و تحت تأثیر انتظارات اجتماعی و نقش های جنسیتی قرار می گیرد. تقویت مهارت های اجتماعی و فراهم کردن فضای امن برای ابراز احساسات می تواند به بهبود تاب آوری و توانمندسازی آن ها در مواجهه با چالش های زندگی کمک کند (Qiaoyan et al., 2022).

یکی دیگر از عوامل موثر بر پرخاشگری می توان به اجتناب شناختی (cognitive avoidance) اشاره کرد. اجتناب شناختی به عنوان یک سازه روان شناختی، شامل مجموعه ای از راهبردهای ذهنی است که افراد برای فاصله گرفتن از افکار، احساسات و موقعیت های ناخوشایند به کار می گیرند. این مؤلفه ها شامل سرکوب فکر (thought suppression)، تلاش برای جلوگیری از ورود افکار ناخوشایند به ذهن، نشخوار فکری (rumination)، تمرکز مداوم و غیرقابل کنترل بر افکار منفی، حواس پرتی (distraction)، منحرف کردن توجه از افکار یا احساسات ناخوشایند به سمت موضوعات دیگر و انکار (denial) نادیده گرفتن یا رد واقعیت های ناخوشایند، می شوند. این راهبردها اگرچه ممکن است در کوتاه مدت باعث کاهش ناراحتی شوند، اما در دوران بلندمدت به افزایش استرس، اضطراب و اختلالات روانی مشخص منجر می شوند (Akbari et al., 2022). در این خصوص Kashdan et al. (2006) توصیف می کنند که افراد پرخاشگر پس از یک تجربه ناخوشایند در روابط اجتماعی، به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود را درباره موقعیت با استفاده از انواع راهبردهای اجتناب شناختی، تغییر می دهند. افرادی که دارای الگوهای اجتناب شناختی هستند، ممکن است سعی کنند از مواجهه با موقعیت ها یا احساساتی که برایشان ناخوشایند است، فرار کنند یا آن ها را نادیده بگیرند. این الگو می تواند منجر به افزایش استرس، اضطراب و اختلالات روانی شود. همچنین اجتناب شناختی ممکن است در انواع اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن دیده شود. علاوه بر این، اجتناب شناختی در نوجوانان دختر، به ویژه در فرهنگ های خاص، به عنوان واکنشی به فشارهای اجتماعی و انتظارات جنسیتی عمل می کند و آن ها را به پنهان سازی احساسات و نادیده گرفتن مشکلات سوق می دهد. این رفتار معمولاً شامل انکار احساسات منفی و عدم درخواست کمک به دلیل ترس از ابراز ضعف است (Dryman et al., 2016).

در سال‌های اخیر، روش‌های غیر دارویی با عنوان درمان‌های تکمیلی، توجه متخصصان و این بیماران را به خود جلب کرده است (Mitchell et al., 2005). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) به عنوان یکی از مداخلات درمانی در اختلالات روانی سابقه زیادی دارد. در درمان اختلال پرخاشگری نیز این شیوه درمان، تاثیر رضایت بخشی داشته است. این درمان، از جمله درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که Hayes & Gifford (1997) معرفی کردند. در این درمان، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی می‌کنند این تجارب درونی را تغییر دهند یا از آن‌ها رهایی یابند (Hayes, 2004). افزایش مشکلات رفتاری و عاطفی، به‌ویژه پرخاشگری در دانش‌آموزان، چالش‌های جدی برای عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی آن‌ها ایجاد کرده است. اجتناب شناختی می‌تواند تاب‌آوری را کاهش و رفتارهای پرخاشگرانه را تشدید کند، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش تجربیات و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد (Amel & Fouladi, 2023). بدین ترتیب هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر در بستر فرهنگی بود.

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه نهم شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

روش اجرا

پس از هماهنگی با مسئولین و دریافت مجوزهای لازم از مرکز مشاوره آموزش و پرورش، دانش‌آموزان دختر پرخاشگر با استفاده از معیارهای مشخص شامل نمرات بالای ۷۰ در مقیاس پرخاشگری و گزارش‌های معلمان شناسایی شدند. تمامی آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌هایی برای سنجش تاب‌آوری و اجتناب شناختی به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی دو بار بود. محتوای جلسات شامل آموزش مهارت‌های پذیرش، آگاهی از لحظه حال و شناسایی ارزش‌ها بود. گروه کنترل در طول دوره مداخله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون برای هر دو گروه به‌منظور ارزیابی تغییرات اجرا شد. سپس گروه کنترل نیز تحت همان مداخله قرار گرفت و دو ماه بعد، مرحله پیگیری برای بررسی پایداری نتایج انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تاب‌آوری (Resilience Questionnaire): این پرسشنامه توسط Connor & Davidson (2003) به منظور سنجش تاب‌آوری ساخته شده است و توسط Mohammadi (2006) هنجاریابی شد. سازندگان این پرسشنامه بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود، حداقل و حداکثر نمره ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. Shakerinia & Mohammadpourshatri, (2010) در پژوهشی ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آوردند. همچنین در پژوهشی از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معنی‌داری ($P < 0/001$) نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire): این پرسشنامه که یک ابزار مداد کاغذی

است و ۲۵ گویه دارد و برای نخستین بار توسط Sexton & Dugas (2008) ساخته و اعتباریابی شده است. این ابزار شامل ۵ خرده مقیاس است و ۵ نوع راهبرد اجتناب شناختی را مورد بررسی قرار می دهد. در ایران نیز این پرسشنامه توسط Basaknejad et al. (2010) ترجمه و بر روی جمعیت دانشجویان اعتباریابی شد و ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی ها برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده مقیاس فرونشانی فکر ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواس پرتی ۰/۸۹، برای اجتناب از محرک های تهدید کننده ۰/۹۰، و برای تبدیل تصورات به افکار ۰/۸۴ گزارش کردند. هم چنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک های تهدید کننده و تبدیل تصورات به افکار، به ترتیب ۰/۹۴؛ ۰/۹۰؛ ۰/۸۷؛ ۰/۷۹؛ ۰/۹۲ و ۰/۸۰ به دست آمد.

در این قسمت شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Eifert & Forsiyat (2005 می شود.

Table 1.
Acceptance and Commitment Therapy Sessions (Eifert & Forsiyat, 2005)

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	ابتدا درمانگر خود و اعضاء گروه را به یکدیگر معرفی کرده و منطق و هدف تشکیل گروه را روشن نمود. اجرای پیش آزمون
دوم	بحث درباره مشکل اولیه ویژگی درمانجو و ترس و کارکرد های اضطراب بهنجار	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، دقایق ابتدایی جلسه صرف اطلاعات کلی و تشریح روند درمان شد. سپس درباره مشکل اولیه درمانجویان بحث و از علت ورود آنان به جلسه درمان سؤال شد. بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	مرور الگوهای اجتناب و هزینه های آن، مشاهده اضطراب به جای واکنش به اضطراب.	در جلسه قبل، تمرین تمرکز آغاز شد و درمانگر واکنش های درمانجو به اضطراب را بررسی کرد. با استفاده از تمثیل کودک در چاله، نشان داد که کشمکش با اضطراب بی فایده است و نیاز به یک راهبرد متفاوت دارد.
چهارم	تکرار تمرین پذیرش افکار و احساسات، تمرینات دست کشیدن از کنترل	جلسه با تمرین "پذیرش افکار و احساسات" آغاز شد و درمانگر با تمرین طناب کشی، مؤثر نبودن راهکارهای قبلی را نشان داد. سپس با طرح سؤالاتی درباره ارزش های زندگی درمانجو، او را به شناسایی این ارزش ها هدایت کرد و تکالیف جدیدی ارائه شد.
پنجم	تمرین پذیرش اضطراب با توجه آگاهی، کنترل حوادث بیرونی، در مقابل کنترل مسائل درونی، جستجوی ارزش ها	در این جلسه، پس از مرور تمرینات، درمانگر ماهیت پذیرش و آگاهی را توضیح داد و تمرین پذیرش اضطراب اجرا شد. سپس درمانجویان درباره تجربیات خود گفتگو کردند و عوامل مؤثر بر "تمایل به کنترل" مورد بحث قرار گرفت.
ششم	تمرین روزانه، خود به عنوان بافتار در برابر خود به عنوان محتوا، قطب نمای زندگی -دلیل نهایی زندگی ارتقای تمرینات مواجهه	جلسه با تمرین تمرکز آغاز شد و درمانگر با استفاده از تمثیل شطرنج، مفهوم بافتار و محتوی را برای درمانجویان توضیح داد. سپس با مرور تجربه هفته گذشته، از آنان خواست تا با استفاده از اطلاعات برگه مسیرهای ارزشمند، برگه قطب نمای زندگی را پر کنند و بازخورد دریافت کردند.
هفتم	مواجهه با افکار و احساسات شدید، تمرینات احساس زندگی، انجام تمرینات احساس زندگی.	جلسه با تمرین تمرکز آغاز شد و درمانجو از هزینه های بلندمدت و کوتاه مدت کنترل اضطراب و ترس خود را بررسی کرد. سپس تمرینات "احساس زندگی" برای دستیابی به یک زندگی کامل و معنا دار انجام شد و بازخورد دریافت گردید.

هشتم	تمرین های احساس زندگی، فعال سازی رفتاری ارزش مدار طبیعی، مقابله با شکست از طریق پذیرش و شفقت هشیارانه.	جلسه با تمرین تمرکز آغاز شد و درمانگر تجربیات درمانجویان در پذیرش اضطراب را مرور کرده و به پیشرفت‌های آنان در مدیریت افکار و احساسات اشاره کرد. سپس، درمانجویان فعالیت‌ها را بر اساس برگه‌های "جهت‌گیری زندگی" و "قطب‌نمای زندگی" انتخاب کرده و در نهایت به چگونگی جلوگیری از عود مشکل و جمع‌بندی جلسات پرداخته شد.
------	--	---

یافته ها

در این قسمت به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد:

Table 2.

Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) on the mean scores of post-test resilience and cognitive avoidance components of groups with pre-test control

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig0.	Partial Eta Squared
Group	Pillai's Trace	0.790	10.662 ^b	6.000	17.000	0.000	0.790
	Wilks' Lambda	0.210	10.662 ^b	6.000	17.000	0.000	0.790
	Hotelling's Trace	3.763	10.662 ^b	6.000	17.000	0.000	0.790
	Roy's Largest Root	3.763	10.662 ^b	6.000	17.000	0.000	0.790

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و مولفه‌های اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و مولفه‌های اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر است.

Table 3.

Results of analysis of variance of correlated scores with repeated measurements in the resilience variable

Resilience		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	
Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	20.689	2	10.344	22.472	0.000	0.445
		Greenhouse-Geisser	20.689	1.163	17.793	22.472	0.000	0.445
	time * group	Sphericity Assumed	26.867	2	13.433	29.183	0.000	0.510
		Greenhouse-Geisser	26.867	1.163	23.105	29.183	0.000	0.510
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept		112430.678	1	112430.678	559.547	0.000	0.952
	Group		72.900	1	72.900	0.363	0.552	0.013
	Error		5626.089	28	200.932			



براساس نتایج تحلیل های درون آزمودنی در جدول ۳، اثر اصلی زمان، معنی دار است که نشان می دهد بین میانگین نمرات گروه های کنترل و آزمون در مراحل مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=22/472$ و $p>0/05$). و نتایج تحلیل بین آزمودنی ($F=0/363$ و $p<0/05$) نشان دهنده تداوم اثر در مرحله پیگیری می باشد.

Table 4.

Results of the Bonferroni post hoc test in the follow-up phase on the resilience variable

(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
post	pre	1.033*	0.216	0.000	0.482	1.584
	Follow-up	0.033	0.070	1.000	-0.145	0.212

براساس نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۴ تفاوت میانگین بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی دار نبوده ($p<0/05$) که نشان دهنده پایداری نتایج در مرحله پیگیری می باشد.

Table 5.

Results of analysis of variance of correlated scores with repeated measures in components of cognitive avoidance

source		Resilience	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared		
Suppression of thought	Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	41.356	2	20.678	61.448	0.000	0.687	
			Green-house-Geisser	41.356	1.192	34.681	61.448	0.000	0.687	
		time *	Sphericity Assumed	33.800	2	16.900	50.222	0.000	0.642	
			Green-house-Geisser	33.800	1.192	28.345	50.222	0.000	0.642	
		Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	16106.844	1	16106.844	1572.739	0.000	0.983	
			group	14.400	1	14.400	1.406	0.246	0.048	
	Error		286.756	28	10.241					
	Succession of thought	Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	15.756	2	7.878	18.213	0.000	0.394
				Green-house-Geisser	15.756	1.112	14.166	18.213	0.000	0.394
time *			Sphericity Assumed	28.022	2	14.011	32.393	0.000	0.536	
			Green-house-Geisser	28.022	1.112	25.195	32.393	0.000	0.536	
Tests of Between-Subjects Effects			Intercept	30839.511	1	30839.511	1031.531	0.000	0.974	
			group	165.378	1	165.378	5.532	0.026	0.165	
		Error	837.111	28	29.897					

Distraction	Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	20.822	2	10.411	20.756	0.000	0.426
			Green-house-Geisser	20.822	1.081	19.257	20.756	0.000	0.426
			Sphericity Assumed	29.756	2	14.878	29.661	0.000	0.514
		time * group	Green-house-Geisser	29.756	1.081	27.519	29.661	0.000	0.514
			Sphericity Assumed	29.756	2	14.878	29.661	0.000	0.514
			Green-house-Geisser	29.756	1.081	27.519	29.661	0.000	0.514
	Tests of Between-Subjects Effects	Intercept		27843.211	1	27843.211	2088.738	0.000	0.987
		group		5.878	1	5.878	.441	0.512	0.016
		Error		373.244	28	13.330			
Avoidance of threatening stimuli	Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	73.489	2	36.744	35.101	0.000	0.556
			Green-house-Geisser	73.489	1.108	66.331	35.101	0.000	0.556
			Sphericity Assumed	73.889	2	36.944	35.292	0.000	0.558
		time * group	Green-house-Geisser	73.889	1.108	66.692	35.292	0.000	0.558
			Sphericity Assumed	73.889	2	36.944	35.292	0.000	0.558
			Green-house-Geisser	73.889	1.108	66.692	35.292	0.000	0.558
	Tests of Between-Subjects Effects	Intercept		26797.878	1	26797.878	1532.002	0.000	0.982
		group		69.344	1	69.344	3.964	0.056	0.124
		Error		489.778	28	17.492			
Transforming ideas into equal thoughts	Tests of Within-Subjects Effects	time	Sphericity Assumed	25.956	2	12.978	40.177	0.000	0.589
			Green-house-Geisser	25.956	1.261	20.584	40.177	0.000	0.589
			Sphericity Assumed	21.956	2	10.978	33.985	0.000	0.548
		time * group	Green-house-Geisser	21.956	1.261	17.412	33.985	0.000	0.548
			Sphericity Assumed	21.956	2	10.978	33.985	0.000	0.548
			Green-house-Geisser	21.956	1.261	17.412	33.985	0.000	0.548
	Tests of Between-Subjects Effects	Intercept		33911.211	1	33911.211	1226.058	0.000	0.978
		group		1.344	1	1.344	0.049	0.827	0.002
		Error		774.444	28	27.659			

براساس نتایج تحلیل‌های درون آزمودنی در جدول ۵ اثر اصلی زمان، معنی‌دار است که نشان می‌دهد بین میانگین نمرات گروه‌های کنترل و آزمون در مراحل مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p > 0.05$). و نتایج تحلیل بین آزمودنی ($p < 0.05$) نشان دهنده تداوم اثر در مرحله پیگیری می‌باشد.



Table 6.

Results of the Bonferroni post hoc test in the follow-up phase on cognitive avoidance components

source	(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
						Lower Bound	Upper Bound
Suppression of thought	post	pre	-1.500*	0.172	0.000	-1.938	-1.062
		Follow-up	-0.133	0.064	0.142	-0.297	0.030
Succession of thought	post	pre	-0.933*	0.209	0.000	-1.465	-0.401
		Follow-up	-0.100	0.056	0.260	-0.243	0.043
Distraction	post	pre	-1.067*	0.228	0.000	-1.648	-0.486
		Follow-up	-0.100	0.053	0.216	-0.236	0.036
Avoidance of threatening stimuli	post	pre	-1.933*	0.323	0.000	-2.757	-1.110
		Follow-up	-0.033	0.085	1.000	-0.251	0.184
Transforming ideas into equal thoughts	post	pre	-10.200*	0.170	0.000	-1.633	-0.767
		Follow-up	-0.133	0.071	0.216	-0.315	0.048

براساس نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ تفاوت میانگین بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی دار نبوده ($p < 0/05$) که نشان دهنده پایداری نتایج در مرحله پیگیری می باشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در همه متغیرهای وابسته (تاب آوری و مؤلفه های اجتناب شناختی) تفاوت معنی داری مشاهده شده است. این یافته با نتایج پژوهش انجام شده Akbari et al. (2022) همخوانی دارند. در تبیین یافته ها می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد روان درمانی است که بر پذیرش تجربیات درونی، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و تعهد به ارزش های شخصی تأکید دارد. این درمان به افراد کمک می کند تا با کاهش اجتناب شناختی و افزایش تاب آوری، به زندگی معنادار و سازگارانه دست یابند. تاب آوری به عنوان توانایی فرد برای سازگاری و مقابله با شرایط استرس زا، نقش مهمی در سلامت روان ایفا می کند. دانش آموزان دختر پر خاشگر اغلب با چالش های روانی- اجتماعی و فرهنگی مواجه هستند که می تواند تاب آوری آن ها را کاهش دهد. (Hayes et al., 2016) اجتناب شناختی شامل راهبردهایی مانند فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک های تهدید کننده و تبدیل تصورات به افکار است که می توانند مانع از رشد روان شناختی شوند. درمان پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش تجربیات درونی و کاهش اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند، می تواند به کاهش مؤلفه های اجتناب شناختی کمک کند (Hofmann et al., 2019). هم چنین می توان گزارش کرد، بعد فرهنگی نیز نقش مهمی در شکل گیری و تغییر رفتارهای روان شناختی دارد. ارزش ها، باورها و هنجارهای فرهنگی می توانند بر پذیرش و اثربخشی درمان تأثیر بگذارند (Fulmer et al., 2020). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند

به طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر شود. این درمان با تأکید بر پذیرش تجربیات درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌های سازگارانه‌تر مواجه شوند. توجه به بستر فرهنگی در طراحی و اجرای مداخلات روان‌درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا ارزش‌ها و باورهای فرهنگی می‌توانند بر پذیرش و اثربخشی درمان تأثیر بگذارند.

نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر پایه نهم دارای نشانگان بالینی پرخاشگری موثر است. نتایج به دست آمده با بخشی از نتایج پژوهش انجام شده (Amel & Fouladi, 2023) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجعان برای دستیابی به زندگی ارزشمندتر از طریق افزایش تاب‌آوری است. تاب‌آوری به معنای ارتباط کامل با لحظات کنونی و تغییر یا ادامه رفتارها بر اساس ارزش‌های انتخابی فرد است. این درمان بر پذیرش آنچه خارج از کنترل است و تعهد به اقداماتی که زندگی را غنی می‌سازند، تأکید دارد و به مراجعان کمک می‌کند تا با وجود رنج‌های زندگی، به یک زندگی معنادار دست یابند (Jin et al., 2022). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی (شامل سرکوب فکر، تلاش برای جلوگیری از ورود افکار ناخوشایند به ذهن، نشخوار فکری، حواس‌پرتی و انکار) در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر تأثیر معناداری دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اصل استوار است که به جای تلاش برای کنترل یا تغییر افکار و احساسات ناخوشایند، افراد یاد بگیرند این تجربیات را بپذیرند و در عین حال بر ارزش‌ها و اهداف معنادار زندگی خود تمرکز کنند. این رویکرد به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا از چرخه اجتناب‌شناختی خارج شوند و با کاهش نشخوار فکری و سرکوب افکار، رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها نیز کاهش یابد (Akbari et al., 2022). همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری اجتناب‌شناختی را در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر کاهش می‌دهد. این درمان با افزایش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و تقویت تمرکز بر ارزش‌ها، به کاهش نشخوار فکری و حواس‌پرتی کمک می‌کند. لازم به ذکر است توسعه مداخلات روان‌درمانی متناسب با نیازهای فرهنگی این گروه از دانش‌آموزان دختر پرخاشگر حایز اهمیت می‌باشد.

مشارکت نویسندگان: ستاره عیدی زاده: تالیف و تدوین مقاله، دکتر رضوان همایی: بررسی و اصلاحات مقاله، طراحی چارچوب کلی مقاله، تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها و نویسندگان مسئول. نویسندگان نسخه نهایی مقاله را بررسی و تأیید نمودند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته‌اند اعلام می‌دارد.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Akbari, M., Seydavi, M., Davis, C. H., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Zamani, E. (2022). The current status of acceptance and commitment therapy (ACT) in Iran. *Iranian Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 85-96. [Persian] DOI: <https://10.1016/j.jcbs.2022.08.007>
- Amel, H.R., & Fouladi, A. (2023). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on adolescent aggression in welfare family-like centers*. Iranian 7th International Conference on Interdisciplinary Studies in Psychology, Counseling, Education and Educational Sciences,



- Tehran. [Persian] URL: <https://civilica.com/doc/1993425>
- Basaknejad, S., Moeini, N., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2010). The relationship between post-event processing and cognitive avoidance with social anxiety in students. *Iranian Journal of Behavioral Sciences*, 4(4), 335-340. [Persian] URL: <https://sid.ir/paper/129700/fa>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety. American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 76-82. URL: <https://doi.org/10.1037/0002-8232.66.4.824>
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Asian Journal of Anxiety Disord*, 38, 1-8. DOI: [10.1016/j.janxdis.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003)
- Eifert, A. S., & Forsiyat, F. W. (2005). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processed and Outcomes. *Asian Journal of Behavior Research and Therapy*, 15(44), 1-25. URL: <https://civilica.com/doc/785525>.
- Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *American Journal of Personality and Individual Differences*, 38(5), 1223-1229. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.005>
- Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., & Rauws, M. (2020). Cultural adaptation of psychological interventions: A review of the literature. *Asian Journal of Cross-Cultural Psychology*, 51(4), 531-542. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022022120919177>.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *American Journal of Orthopsychiatry Behavior Therapy*, 35(4), 639-65. URL: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. *American Journal of Guilford Press*. URL: <https://www.guilford.com>.
- Hayes, S., & Gifford, E. (1997). Experiential avoidance rules, and the nature of verbal events. *American Journal of Psychological Society*, 8(3), 170-173. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2019). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *American Journal of Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 541-555. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-019-10006-1>.
- Jin, Q., Ma, W., Zhang, Y., Wang, H., Hao, J., Geng, Y.,... & Lu, S. (2022). Risk factors associated with increased anxiety sensitivity in children and adolescents in Northwest China during COVID-19 pandemic lockdown. *Frontiers in Psychology*, 13, 933207. DOI: [10.3389/fpsyg.2022.933207](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.933207)
- Kashdan, T. B. 1., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *George Mason University. American Journal of Department of Psychology*, 44(9), 1301-20. DOI: [10.1016/j.brat.2005.10.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003)



- Lerche, S., Gutfreund, A., Brockmann, K., Hobert, M. A., Wurster, I., Sunkel, U., & Berg, D. (2018). Effect of physical activity on cognitive flexibility, depression and RBD in healthy elderly. *American Journal of Clin Neurol Neurosurg*; 165, 88-93. DOI: [10.1016/j.clineuro.2018.01.008](https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2018.01.008)
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J. M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *American Journal of The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566. DOI: [10.1016/S1474-4422\(05\)70166-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70166-6)
- Mohammadi, M. (2006). Investigating resilience factors in individuals at risk of drug abuse. *Iranian Journal of Modern Psychological Research (Psychology, University of Tabriz)*, 1(3-2), 203-224. [Persian] URL: <https://sid.ir/paper/120410/fa>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation. *American Journal of Anxiety Disorder*, 22(3), 335-370. DOI: [10.1016/j.janxdis.2007.04.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005)
- Shakerinia, I., & Mohammadpourshatri, M. (2010). The relationship between job stress and resilience with burnout in female nurses. *Iranian Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood)*, 14(2 (46th issue), 161-169. [Persian] URL: <https://sid.ir/paper/448833/fa>
- Zhou, X., & Wu, X. (2020). Posttraumatic stress disorder and aggressive behavior in adolescents: A longitudinal and interpersonal functional approach. *Children and youth services review*, 114, 105027. DOI: [10.1016/j.childyouth.2020.105027](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105027)