

December-January 2021, Volume 10, Issue 5

Comparison of the Effectiveness of Positive Thinking Skills Training and Acceptance / Commitment Therapy on Self- Concept of Shy Female Students

Fatemeh Karimi Azar ¹, Rana Saken Azari ^{2*}, Parviz Abdoltajedini³,
Masoumeh Azmoudeh⁴

1- PhD student of Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

4 - Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

***Corresponding author:** Rana Saken Azari, Assistant Professor, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

Email: r.sakenazary@yahoo.com

Received: 26 Sep 2020

Accepted: 11 Sep 2021

Abstract

Introduction: Evidence has shown that shy people have a weaker self-concept than normal people, which makes it necessary to provide psychological interventions to this group of people. This study aimed to compare the effectiveness of positive thinking skills training and acceptance/commitment therapy on the acceptance/commitment of shy girl students.

Methods: The statistical population of this experimental research included all female high school students in Tabriz in the academic year 2020-2021, that 45 students who received the diagnosis of shyness in accordance with the cutoff score in the Revised Cheek and Buss Shyness Scale were selected by multi-stage cluster and targeted sampling and they were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people in each group). All three groups completed the Beck (1990) Self- concept Questionnaire and after completing eight sessions of positive thinking skills training (two sessions a week for 4 weeks) and eight sessions of acceptance/commitment therapy (two sessions a week for 4 weeks) in the experimental groups, the mentioned questionnaire was completed in the groups. The results were analyzed using univariate analysis of covariance.

Results: Both positive thinking skills training and acceptance and commitment therapy have a significant effect on the self-concept of shy female students ($p < 0.001$); while acceptance/commitment therapy to positive thinking skills has a greater effect on increasing self-concept of shy female students ($p < 0.001$).

Conclusions: Due to the superiority of the effectiveness of acceptance/commitment therapy to improving self-concept of shy female students, is recommended the use of this method and the importance of holding training courses on this approach should be informed to students' parents.

Keywords: Education, Positive thinking, Acceptance and commitment therapy, Self- concept, Shyness.

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و

فاطمه کریمی آذر^۱، رعنا ساکن آذری^{۲*}، پرویز عبدالتاجدینی^۳، معصومه آزموده^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد سراب، دانشگاه آزاد اسلامی، سراب، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد سراب، دانشگاه آزاد اسلامی، سراب، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول: رعنا ساکن آذری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد سراب، دانشگاه آزاد اسلامی، سراب، ایران.
ایمیل: r.sakenazary@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۴

چکیده

مقدمه: شواهد نشان داده اند که افراد کمر و نسبت به افراد بهنجار از خودپنداره ضعیف تری برخوردار هستند که این امر لزوم ارائه مداخلات روان شناختی را به این دسته از افراد ضروری می سازد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و انجام شد.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش آزمایشی دربرگیرنده کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که تعداد ۴۵ دانش آموز مطابق با نمره برش در مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی، تشخیص کمرویی را دریافت کرده بودند، با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای و هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر سه گروه پرسشنامه خودپنداره Beck و همکاران (۱۹۹۰) را تکمیل کردند و پس از اتمام هشت جلسه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) و هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) در گروه‌های آزمایش، پرسشنامه مذکور توسط گروه ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر دو آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و تاثیر معناداری دارند ($p < 0/001$)؛ با این حال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به مهارت‌های مثبت اندیشی بر ارتقای خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و تاثیر بیشتری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به برتری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و استفاده از این روش درمانی توصیه می‌شود و بایستی اهمیت برگزاری دوره‌های آموزش این رویکرد به والدین دانش آموزان اطلاع رسانی شود.

کلید واژه‌ها: آموزش، مثبت اندیشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودپنداره، کمرویی.

مقدمه

بسیار حساس هستند، به سرعت دستپاچه می شوند و نشانه های جسمانی اضطراب مانند افزایش ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می کنند [۱]. یکی از مطالعات صورت گرفته همه گیرشناسی شیوع کمرویی را در بین دختران و پسران به ترتیب ۲۶٪ و ۱۹٪ تخمین زده اند [۲]؛ در حالی که بررسی دیگری، شیوع این مشکل را بین دختران و پسران ۱۲٪ گزارش کردند [۳].

کمرویی نوعی احتیاط مفرط در روابط بین فردی و توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش‌های جسمانی نسبت به خود است که می تواند حداقل دربرگیرنده یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد؛ چنانچه افراد کمر و از ابراز وجود می هراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود

خود کرده است [۱۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد [۱۳] و پیرامون حدودا شش فرایند اصلی سازماندهی شده است: پذیرش، ناهمجوشی، ارتباط با لحظه حال، خود، ارزشها و اقدام متعهدانه. اکثر اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تمرینهای تجربی، روشهای توجه آگاهی و استفاده خاص از زبان (به عنوان مثال، استعاره ها و پارادوکسها) به مراجعان آموزش داده می شوند. هدف همه اینها این است که آثار زبان بار زبان بیش از حد کلامی در زمینه هایی برطرف شود که نیازمند انعطاف پذیری بیشتر روانی هستند. بنابراین، به جای درک محیط خارجی و داخلی خود از طریق آنچه که فکر می کنند، مراجعان مستقیما با آنچه که در اینجا و حال اتفاق می افتد، ارتباط برقرار می کنند [۱۴].

در خصوص بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر خودپنداره تحقیقات معدودی انجام شده است. تقیزاده و ملاحی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) در مرحله پس آزمون، گروه آزمایش باعث بهبود معنادار خودپنداره و تصویر بدنی و وزن زنان چاق شد [۱۵]. فرمانیان و خلعتبری (۱۳۹۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودپنداره، تصویر تن و احساس تنهایی در بیماران اختلال هویت جنسی مونث تاثیر معناداری داشت [۱۶]. چنانچه ملاحظه می شود مطالعات انجام شده در جمعیت های بالینی چون بیماران اختلال هویت جنسی [۱۶] و یا زنان چاق [۱۵] تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بررسی کرده اند و در خصوص تاثیر مهارتهای مثبت اندیشی بر متغیر خودپنداره مطالعه ای به صورت مستقیم صورت نگرفته است، از طرف دیگر، در خصوص مقایسه اثربخشی آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و پژوهشی صورت نگرفته است و نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای مشخص ساختن درمان انتخابی دانش آموزان دختر کمر و با توجه به متغیر مذکور در این پژوهش احساس می شود؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و انجام شد.

روش کار

این پژوهش آزمایشی، با استفاده از طرح پیش آزمون-

افراد دارای هراس اجتماعی و همچنین کمر و نسبت به افراد بهنجار از خودپنداره ضعیفتری برخوردار هستند [۴]. خودپنداره به ادراکاتی اشاره دارد که فرد از طریق تعامل با محیط اطراف و تفسیر این تعاملات، درباره خود شکل می دهد [۵]. این دسته از ادراکات در افراد کمر و ضعیفتر هستند [۴]؛ افراد کمر و تصور مثبت کمتری درباره ویژگیهای شخصیتی خود دارند؛ چنانچه، بسیاری از این دسته از افراد به جنبه های منفی شخصیتشان توجه بیش از اندازه های نشان می دهند، نقاط ضعف خود را بزرگ و نقاط قوتشان را کم ارزش می دانند. افراد کمر و نه تنها تصویری منفی از خود در ذهن دارند، بلکه درباره خود به قضاوت های غیرطبیعی می پردازند و احساس می کنند دیگران آنها را قبول ندارند [۶].

کمر و بی یک پدیده اجتماعی و بین فردی و اساسا رفتاری اکتسابی و آموخته شده است که برای درمان آن باید تمهیدات خاصی در نظر گرفته شود تا رفتار جدید و مطلوب اجتماعی آموخته شود [۷]؛ آموزش مهارتهای مثبت اندیشی یکی از تمهیداتی است که به نظر می رسد برای افراد کمر و به ویژه دانش آموزان با هدف تقویت ارتباطات مثبت با دیگران، ترویج هیجانهای مثبت، رفتارهای مثبت، افزایش بهزیستی، عزت نفس و وابستگی به مدرسه بسیار مفید و سودمند است [۸]. مهارتهای مثبت اندیشی عبارت است از یادگیری خوب اندیشیدن، تغییر در نگرشهای منفی و چگونگی تحلیل رویدادهایی که فرد با در نظر گرفتن تمام جنبه های یک مسأله دیدگاه مثبت را در خود به وجود آورده و حفظ می نماید [۹]. برخی از تحقیقات کارایی آموزش مداخلات برگرفته از روانشناسی مثبت را بر خودپنداره نشان داده اند [۱۱،۱۰]. به عنوان مثال، جاسمی زرگانی و جوهری فرد (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که هنردرمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل باعث تغییر معنی دار در نمرات خودپنداره دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است [۱۰]. امانی (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان داد که خاطره پردازی ساختارمند گروهی اثر معناداری بر نمره خودپنداره مثبت سالمندان داشته و این دستاورد در پیگیری یک ماهه حفظ شده است [۱۱].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از دیگر مداخلاتی است که در سالهای اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به سوی

پس‌آزمون با گروه گواه (با کد کمیته اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.068) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. با توجه به اینکه در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۱۷]، در این پژوهش تعداد ۴۵ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر تبریز تعداد ۲ ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر ناحیه تعداد ۲ مدرسه به صورت تصادفی مشخص شدند و از هر مدرسه تعداد ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. دانش‌آموزان این ۶ کلاس (تعداد ۱۷۴ نفر) مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی را تکمیل کردند، سپس تعداد ۷۶ نفر از دانش‌آموزان که مطابق با نمره برش نزدیک به ۱۴ در پرسشنامه مذکور، تشخیص کمرویی را دریافت کردند، به صورت هدفمند انتخاب شده و پس از اعلام فراخوان در مدارس و ارسال دعوت‌نامه برای والدین شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند که از این میان تنها تعداد ۵۰ نفر پس از دریافت فراخوان در پژوهش شرکت کردند و ۳ نفر نیز به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه از پژوهش کنار گذاشته شد و ۲ نفر به دلیل دارا نبودن ملاک‌های ورود به پژوهش (دریافت مداخلات روانشناختی همزمان) از مطالعه برکنار شدند، لذا تعداد ۴۵ نفر به شکل تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص کمرویی براساس نمره برش نزدیک به ۱۴ در مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی Cheek؛ تحصیل در مقطع دبیرستان؛ نداشتن سابقه مردودی؛ عدم دریافت آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان؛ در حالی که عدم موافقت برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه و عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل داد. به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد تبریز و موافقت مسئولین ذیربط به آموزش و پرورش شهر تبریز مراجعه شد. پس از مشخص کردن نواحی و مدارس مربوط، متناسب با حجم

نمونه با دانش‌آموزانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک‌تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روانشناسی شهر تبریز اجرا شد. گروه آزمایشی اول در معرض آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی قرار گرفت، گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور عدم انتقال مطالب آموزشی مداخلات گروه‌های آزمایشی در طی دو شیفت متفاوت (صبح برای مهارت مثبت‌اندیشی و عصر برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) انجام شد و گروه گواه در ارتباط با گروه‌های آزمایشی نبود. گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت گروهی ابزار پژوهشی را تکمیل کردند. اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزار زیر گردآوری شد:

ویژگی‌های جمعیت شناختی که وضعیت اقتصادی و اجتماعی (خیلی ضعیف=۱، ضعیف=۲، متوسط=۳، خوب=۴) را بررسی مینمود.

مقیاس تجدیدنظرشده کمرویی (Revised Cheek and Buss Shyness Scale)

Buss Shyness Scale توسط Cheek در سال ۱۹۸۳ برای سنجش کمرویی ساخته شده است و از ۱۴ سوال و سه خرده‌مقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس، پریشانی و دوری‌گزینی و گستره کمرویی در ارتباط با افراد ناآشنا تشکیل شده است که در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم، ۵=کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. سوالات ۶، ۹، ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل کمرویی با جمع کردن نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمرات این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۱۴ تا ۷۰ قرار می‌گیرند؛ به طوری که دریافت نمره نزدیک به ۱۴ در این پرسشنامه بیانگر کمرویی بالا و دریافت نمره نزدیک به ۷۰ بیانگر کمرویی پایین است [۱۸]. Rai (۲۰۱۱) در مطالعه خود پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تعیین ثبات را با استفاده از روش بازآزمایی آن را ۰/۸۸ دست‌آورد [۱۹]. عباسی و رجبی (۱۳۹۰) به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران پرداختند و پایایی کل پرسشنامه را به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کردند و ضریب روایی افتراقی بین پرسشنامه کمرویی با

فاطمه کریمی آذر و همکاران

را در جمعیتی متشکل از زنان و مردان افسرده به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و در زنان و مردان مضطرب به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۸ برآورد کردند [۲۱]. محلوجی و لوتی کاشانی (۱۳۹۸) پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آورند [۲۲]. در این پژوهش، روایی محتوایی آزمون خودپنداره با نظر ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و تایید قرار گرفت و پایایی کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

مهارت‌های مثبت اندیشی. براساس پروتکل یکانیزاد، گل محمدی نژاد بهرامی و سلیمان نژاد [۲۳]، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی اول طی هشت جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی آموزش داده شد (جدول ۱). در پژوهش حاضر روایی محتوای جلسات آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی طی دو مرحله توسط ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد مورد مطالعه و پس از انجام اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ را ۰/۲۳ -- گزارش کردند [۲۰]. در این پژوهش، روایی مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی با نظر ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و تایید قرار گرفت و پایایی کل مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

آزمون خودپنداره (Beck Self-Concept Test). این آزمون توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۹۰ برای ارزیابی خودپنداره ساخته شده است و از ۲۵ ماده و پنج مولفه توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسائل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی تشکیل شده است که در یک طیف لیکرت پنج درجه ای (۵=کاملاً موافقم، ۱=کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود؛ سئوالات این آزمون در دامنه ای بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرند و دریافت نمره نزدیک به ۲۵ در این پرسشنامه بیانگر بیانگر تصور از خود ضعیف و دریافت نمره نزدیک به ۱۲۵ بیانگر تصور از خود بالاست [۲۱]. Beck و همکاران (۱۹۹۰) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و پایایی آن

جدول ۱. پروتکل آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی یکانیزاد و همکاران [۲۳]

جلسات	هدف و محتوا
جلسه اول	هدف: معارفه، توضیح منطق آموزش مثبت اندیشی محتوا: معارفه، روشن نمودن چهارچوب های اساسی گروه، معرفی ماهیت و مرور اجمالی اهداف برنامه مثبت اندیشی، شرایط اجرا، طول دوره و آشنایی شرکت کنندگان با مفهوم مثبت اندیشی و تأثیر آن بر زندگی آنها.
جلسه دوم	هدف: شناسایی نشانه های مثبت اندیشی محتوا: نحوه تفکر مجدد درباره یک رویداد، شیوه برخورد با آن واقعه، شناسایی علائم و نشانه های مثبت اندیشی و تجزیه و تحلیل دیدگاه شرکت کنندگان نسبت به زندگی.
جلسه سوم	هدف: معارفه، آموزش مبارزه با افکار منفی محتوا: آشنایی و آموزش مهارت صید افکار و به زبان آوردن باورها و خودگویی های مثبت و آموزش مبارزه با افکار منفی شرکت کنندگان با ارائه مثالهای ساده و تصاویر کارتونی و در صورت لزوم با ارائه تمرینهای عملی، معرفی جدول ثبت افکار به منظور شناسایی موقعیت، فکر و هیجان، نمره دهی به هیجانها و بررسی واکنش به هیجانها و تأثیر آنها بر زندگی شرکت کنندگان.
جلسه چهارم	هدف: آموزش تصویرسازی ذهنی و ارزیابی باورها محتوا: آموزش مهارت تغییر دادن تصویرهای ذهنی و تصویرسازی درونی مثبت، آموزش ارزیابی نگرش و باورها و همچنین مثبت نگاه کردن به ترسها و از خود راندن آن و مواجهه با باورهای مرتبط با کمرویی.
جلسه پنجم	هدف: آشنایی با تفکر شخصی سازی محتوا: آشناسازی شرکت کنندگان با تفکر شخصی سازی سلیگمن، تحقق بخشیدن به تواناییهای بالقوه خویش و آموزش مهارت شناسایی هیجانهای مثبت.
جلسه ششم	هدف: آموزش مهارت مجادله صحیح محتوا: آشناسازی شرکت کنندگان با مفهوم مهارت مجادله صحیح و اصولی برای مقابله با نگرشها و باورهای فاجعه پندارانه و به ویژه بدبینانه.
جلسه هفتم	هدف: آشنایی با تفکر شخصی سازی محتوا: آشنا نمودن شرکت کنندگان با تفکر فراگیر سلیگمن، تعریف و بررسی مفهوم خوشبینی، ایجاد خوش بینی به واسطه فکر کردن و عمل به صورت خوش بینانه.
جلسه هشتم	هدف: جمع بندی و بسط مهارتها. محتوا: مرور خلاصه ای کلی از جلسات قبل و جمع بندی مطالب ارائه شده در کلیه جلسات و بحث و گفتگو درباره لزوم بسط مهارت‌های مثبت اندیشی آموخته شده در طول جلسات به زندگی روزمره و در نهایت اختتام جلسه.

(جدول ۲). در پژوهش حاضر روایی محتوای جلسات آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی دو مرحله توسط ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و پس از انجام اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش. براساس پروتکل درمانی Hayes و Bach [۲۴] به آزمودنیهای گروه آزمایشی دوم طی هشت جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی آموزش داده شد

جدول ۲. پروتکل آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش Hayes و Bach [۲۴]

جلسات	هدف، محتوا و تکلیف
جلسه اول	هدف: معارفه، توضیح منطق درمان. محتوا: معرفی و آشنایی افراد گروه با یکدیگر، توضیح منطق درمان و محورهای اساسی آن، بررسی اهمیت آموزش روش پذیرش و تعهد، معرفی اجمالی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بحث درباره موقتی و تأثیر کم روش‌های برقراری ارتباطی که در کمرویی دیده می‌شود، با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تهیه فهرستی از موارد مربوط به اهمیت و ضرورت اصلاح روش‌های برقراری ارتباط و ارزیابی آنها.
جلسه دوم	هدف: مفهوم‌پردازی مورد و کارکردی. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، مفهوم‌پردازی مورد با استفاده از اطلاعات فردی درباره محیط گذشته و حال، معرفی تحلیل کارکردی ABC به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده با استفاده از تمثیل و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تکمیل فرم تحلیل کارکردی ABC.
جلسه سوم	هدف: ارزیابی راهبردهای کنترل / اجتنابی. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، کمک به شرکت کنندگان برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل (کنترل راه‌حل نیست، بلکه مسئله است) و پی بردن به بی‌هودگی آن‌ها، بررسی اجتناب و توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، توضیح درماندگی خلاقانه، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تهیه فهرستی از راهبردهای کنترل / اجتنابی.
جلسه چهارم	هدف: ارتقای پذیرش فعال. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش گام‌های پذیرش، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها، معرفی استعاره تقلا در ناودان، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تهیه فهرستی از وقایع شخصی دردناک.
جلسه پنجم	هدف: آموزش ناهمجوشی شناختی. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، عنینت بخشیدن به محتوای روانشناختی و تغییر قواعد زبانی با استفاده از جداسازی تأثیرات مخرب زبان و شناخت بر یکدیگر از طریق تمثیل، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تهیه فهرستی از همجوشی‌های شناختی یا افکاری که به صورت عینی و جدی تلقی می‌شوند.
جلسه ششم	هدف: آموزش ارتباط با لحظه اکنون. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش راهبردهای ذهن آگاهی برای ارتقای تماس با لحظه‌های زندگی و دیدگاه‌گیری، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تمرین تن آرامی و ذهن آگاهی.
جلسه هفتم	هدف: آموزش بافتار انگاشتن خویشتن. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح مفاهیم خود به عنوان محتوا، فرایند و زمینه، بررسی ارزیابی‌ها و توصیفات کلامی (خود به عنوان محتوا)، آموزش مشاهده فرایندهای مداوم نظیر افکار، احساسات و حواس بدنی خود (خود به عنوان فرایند) و توضیح احساس برتر و متعالی از خود (خود به عنوان زمینه یا بافتار)، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تمرین مشاهده خویشتن به عنوان بافتار.
جلسه هشتم	هدف: آموزش ارزش‌ها، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح و روشن‌سازی ارزش‌ها، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها، تعیین و تنظیم هدف، تکالیف، رشد مهارت‌ها، مواجهه و شکل دهی رفتار بر مبنای ارزش‌ها و طراحی فعالیت و ایجاد انگیزه برای تغییر، آموزش تعهد به عمل، خلق الگوهای بزرگ‌تر عمل متعهدانه برای تغییر زندگی، جمع‌بندی کلیه جلسات.

در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای و تحلیل کواریانس تک متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، کد کمیته اخلاق IR.IAU. TABRIZ.REC.1398.068) اخذ شد. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط والدین شرکت‌کنندگان تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود.

یافته ها

٪ (۱ نفر) از شرکت کنندگان گروه کنترل خیلی ضعیف، ٪ (۳ نفر) ضعیف، ٪ (۸ نفر) متوسط، ٪ (۱ نفر) خوب و ٪ (۳ نفر) خیلی خوب بود. براساس نتایج آزمون مجذور کای میتوان بیان داشت که میان گروههای دریافت کننده مهارتهای مثبت اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه به لحاظ وضعیت اقتصادی - اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p < 0/05$). آماره توصیفی متغیر خود خودپنداره در گروههای مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در (جدول ۳) درج شده است.

در این پژوهش ۴۵ دانشآموزان دوره دوم متوسطه دختر کمرو شرکت کردند که وضعیت اقتصادی - اجتماعی ٪ (۱ نفر) ضعیف، ٪ (۳ نفر) متوسط، ٪ (۱ نفر) خوب بود، وضعیت اقتصادی - اجتماعی ٪ (۱ نفر) از شرکت کنندگان گروه دریافت کننده مهارتهای مثبت اندیشی خیلی ضعیف، ٪ (۸ نفر) ضعیف و ٪ (۳ نفر) متوسط، ٪ (۱ نفر) خوب بود، وضعیت اقتصادی - اجتماعی ٪ (۱ نفر) از شرکت کنندگان گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خیلی ضعیف، ٪ (۳ نفر) ضعیف، ٪ (۶ نفر) متوسط و ٪ (۳ نفر) خوب بود، همچنین وضعیت اقتصادی - اجتماعی ٪ (۱ نفر) از شرکت کنندگان گروه دریافت کننده مهارتهای مثبت اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مولفه‌های متغیر خودپنداره در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروههای دریافت کننده مهارتهای مثبت اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه

متغیر	گروهها	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین
توانایی ذهنی	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۱/۲۳±۰/۶۸	۱۴/۳۰±۰/۶۷
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۱/۰۰±۰/۷۴	۱۴/۹۲±۰/۸۸
جذابیت فیزیکی	گواه	۱۲/۵۷±۰/۶۶	۱۲/۵۹±۰/۹۴
	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۱/۴۴±۰/۵۰	۱۴/۲۲±۰/۷۷
مسائل اخلاقی	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۲/۳۶±۰/۴۸	۱۴/۲۰±۰/۷۸
	گواه	۱۱/۸۴±۰/۷۶	۱۱/۴۱±۰/۶۹
کفایت کاری	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۰/۲۵±۰/۴۸	۱۳/۲۵±۰/۷۰
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۲/۵۵±۰/۷۴	۱۵/۴۶±۰/۸۰
مهارتهای اجتماعی	گواه	۱۲/۰۴±۰/۷۹	۱۱/۱۰±۰/۷۶
	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۲/۲۲±۰/۷۳	۱۵/۶۳±۰/۷۷
نمره کلی	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۳/۳۹±۰/۶۵	۱۵/۳۵±۰/۷۸
	گواه	۱۲/۴۴±۰/۹۹	۱۲/۶۱±۰/۶۹
	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۳/۶۰±۰/۸۸	۱۵/۱۱±۰/۹۴
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۲/۵۷±۰/۸۰	۱۶/۱۶±۰/۷۸
	گواه	۱۳/۲۴±۰/۹۶	۱۳/۴۷±۰/۷۹
	مهارتهای مثبت اندیشی	۷۴/۸۰±۲/۶۵	۸۴/۶۶±۲/۹۱
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۷۵/۳۳±۳/۳۹	۸۵/۶۵±۴/۹۹
	گواه	۷۴/۱۳±۲/۳۸	۷۳/۰۶±۲/۲۵

توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیر خودپنداره به ترتیب با استفاده از آزمونهای شاپیرو ویلک با مقدار $p < 0/05$ و لوین با مقدار $F=14/861$ ، $p=0/452$ تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقدار $F=239/586$ ، $p=0/304$ مورد تأیید قرار گرفت. مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با

چنانچه در (جدول ۳) ملاحظه می شود، پس از اجرای آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، میانگین نمرات دانش آموزان دوره دوم متوسطه دختر کمرو در متغیر خودپنداره از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در گروههای آزمایشی افزایش یافت. به منظور آزمون این تفاوت بین گروههای آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نرمال بودن

مقدار $F=17/126$ ، $p=0/555$ تأیید گردید. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت متغیر خودپنداره در گروههای مهارتهای مثبت اندیشی و گواه در (جدول ۴) درج شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت متغیر خودپنداره در گروههای مهارتهای مثبت اندیشی و گواه

متغیر	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
خودپنداره	پیش آزمون	۶/۸۲۵	۱	۶/۸۲۵	۱/۰۰۴	۰/۳۲۵		
	گروه	۹۶۸/۴۹۹	۱	۹۶۸/۴۹۹	۱۴۲/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	۱
	خطا	۱۸۳/۴۴۲	۲۷	۶/۷۹۴				
	کل	۱۸۷۷۹/۰۰	۳۰					

پس از وارد کردن متغیرهای هم تغییر نیز نتیجه تک متغیره معناداری با توجه به نمره متغیر خودپنداره ($F_{(37,1)}=142/542$ ، $p=0/001$ ، ضریب اتا) در بین گروههای دریافت کننده مهارتهای مثبت اندیشی و گواه داریم. توان آماری یک نشاندهنده حجم نمونه مناسب

برای چنین نتیجه گیری بود. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت متغیر خودپنداره در گروههای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه در (جدول ۵) درج شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت متغیر خودپنداره در گروههای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه

متغیر	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
خودپنداره	پیش آزمون	۱/۴۲۵	۱	۱/۴۲۵	۰/۰۹۲	۰/۷۶۴		
	گروه	۱۱۲۳/۰۱۵	۱	۱۱۲۳/۰۱۵	۷۲/۳۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	۱
	خطا	۴۱۸/۸۴۲	۲۷	۱۵/۵۱۳				
	کل	۱۹۰۵۸۳/۰۰	۳۰					

پس از وارد کردن متغیرهای هم تغییر نیز نتیجه تک متغیره معنی داری با توجه به نمره متغیر خودپنداره ($F_{(37,1)}=72/393$ ، $p=0/001$ ، ضریب اتا) در بین گروههای دریافت کننده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه داریم. توان آماری یک نشاندهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه گیری می باشد.

با این حال، همچنان مشخص نیست که کدام گروه (مهارتهای مثبت اندیشی یا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) نمرات بالاتری را در متغیر خودپنداره به دست آورده است. لذا، از آزمون بونفرونی برای مقایسه تعقیبی در متغیر مذکور استفاده شد که نتایج حاصل از آن در (جدول ۶) درج شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه متغیر خودپنداره در سه گروه مهارتهای مثبت اندیشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه

متغیر	گروهها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودپنداره	مهارتهای مثبت اندیشی	۱/۳۹۷	۹/۵۹۲	۰/۰۰۵
	درمان پذیرش و تعهد	۱۷/۹۹۱	۵/۷۴۷	۰/۰۰۳
	مهارتهای مثبت اندیشی	۱۶/۰۱۸	۴/۴۲۸	۰/۰۰۱

چنانچه در (جدول ۶) ملاحظه می شود، بین تأثیر آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره در دانش آموزان دختر کمرو تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/001$)؛ بدین معنا که نه تنها بین تأثیر آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در متغیر خودپنداره تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/001$)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد در مقایسه با مهارتهای مثبت اندیشی تأثیر بیشتری بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمرو دارد ($p<0/001$).
بحث
این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارتهای مثبت اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمرو انجام شد. نتایج

را بر خودپنداره بیماران اختلال هویت جنسی مونث مورد تایید قرار داد [۱۶].

در تبیین این یافته اشاره به این مطلب ضروری است که دانش آموزان کمر و به واسطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که معنای مناسبی به خودپنداره داده، ویژگی‌های مرتبط با آن را بپذیرند و از طریق ناهمجوشی بین خود و مشکلات فاصله ایجاد کنند، در زمان حال زندگی کنند، سپس از طریق تکالیف عملی همچون تمرینات ذهن آگاهی، خودپنداره را افزایش دهند. ذهن آگاهی به عنوان یکی از مهمترین مولفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش آموزان کمر و کمک کرد تا با زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس های بدنی، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها باعث بهبود سطوح خودپنداره شود که معمولاً توسط نشانه های کمرویی برانگیخته می شود. مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با کمرویی منجر به فهم و درک این نکته شد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند و بدین ترتیب خودپنداره خود را بهبود بخشند.

مطابق با مهمترین یافته این پژوهش مشخص شد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مهارت‌های مثبت اندیشی تاثیر بیشتری بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و دارد. با توجه به اینکه در خصوص این یافته در پژوهشی مشاهده نشد؛ این یافته در راستای مطالعات تقی زاده و ملاحی [۱۵] و همچنین، فرمانیان و خلعتبری [۱۶] قرار می گیرد که تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خودپنداره زنان چاق [۱۵] و دختران مبتلا به اختلال هویت جنسی [۱۶] نشان دادند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیرامون حدودا شش فرایند پذیرش، ناهمجوشی، ارتباط با لحظه حال، خود، ارزشها و اقدام متعهدانه سازماندهی شده است [۱۴]. برای تشویق پذیرش، درمانگر از استعاره ها استفاده کرد، مانند استعاره «تقلا در ناودان» که در آن دانش آموزان اثرات غیرسازندهای مشابه تلاش برای فرار از غرق شدن در شن و تلاش برای اجتناب از افکار و هیجان ها را مشاهده می کنند [۱۳]. طی به کارگیری تکنیک های ناهمجوشی، دانش آموزان آموختند افکار تنها می توانند به عنوان افکار (به معنای واقعی کلمه) در نظر گرفته شوند، به جای اینکه بر افکار پافشاری کنند، آن‌ها را باور کرده و یا

نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و تاثیر دارد. این یافته با توجه به تاثیر مثبت مداخلات بر متغیر خودپنداره، با نتایج حاصل از مطالعات زیر همراستا است. چنانچه، جاسمی زرگانی و جوهری فرد (۱۳۹۸) همراستا با یافته های این مطالعه تاثیر هنردرمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری را تغییر معنی دار نمرات خودپنداره در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان دادند [۱۰]؛ با توجه به اینکه خاطرپردازی یکی از تکنیک‌های است که در مداخلات روانشناسی مثبت مورد استفاده قرار میگیرد؛ لذا بررسی امانی (۱۳۹۴) نیز همسو با یافته های این پژوهش اثربخشی خاطرپردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای خودپنداره مثبت سالمندان را طی مراحل ارزیابی (پس آزمون و پیگیری) مورد تایید قرار داد [۱۱].

در تبیین این یافته بایستی به این نکته اشاره کرد که آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی به دانش آموزان کمر و کمک کرد تا بتوانند از موارد مثبت و منفی زندگی خود به شیوه‌ای متفاوت و متناسب با بافت استفاده کرده و به این ترتیب، هیجان‌های منفی خود را مدیریت کرده و خود - ارزیابی در موقعیت‌های مختلف را افزایش دهند و خودپنداره را افزایش دهند؛ چرا که طی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی، دانش آموزان آموختند تا راه‌هایی برای استفاده از توانمندی‌های فردی برای حل مشکلاتی که باعث حفظ کمرویی آنها شده است، را بیابند. بدین ترتیب، آنها تشویق شدند تا به این خرد عملی دست یابند که کدام یک از توانمندی‌های آنها می‌تواند در حل مشکلات روانشناختی ناشی از خودپنداره پایین موثر باشد و سپس این توانمندی را به اعمال واضح و روشنی که قابل انجام است، تبدیل نمایند.

مطابق با یافته دیگر این پژوهش مشخص شد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر کمر و تاثیر دارد. این یافته با توجه به تاثیر موثر مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر خودپنداره، با نتایج حاصل از مطالعات زیر همسو میباشد. چنانچه تقی زاده و ملاحی (۱۳۹۵) همسو با یافته های این مطالعه تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) را بر خودپنداره زنان چاق نشان دادند [۱۵]. پژوهش فرمانیان و خلعتبری (۱۳۹۵) نیز همسو با این یافته های مطالعه حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

شهرها و بر روی نمونه ای متشکل از پسران انجام دهند و از سایر طرحهای آزمایشی با نمونه گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین، تأثیر مداخله مورد بحث را پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مهارتهای مثبت اندیشی تأثیر بیشتری بر خودپنداره دانش آموزان دختر کمر و دارد؛ آموزش این رویکرد درمانی به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر برای ارتقای خودپنداره دانش آموزان کمر و پیشنهاد می شود و بایستی ضرورت یادگیری و اهمیت شرکت در دورههای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والدین دانش آموزان دختر کمر و توضیح داده شود و این دسته از مهارتها به متخصصان سلامت روان و مشاوران تحصیلی مدارس نیز آموزش داده شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز مورخ ۹۸/۰۸/۲۳ به کد اخلاق شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.068 میباشد. نویسندگان بر خود لازم می بینند از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می دارند که هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Poolea LK, Van Lieshout RJ, chmidt LA. Exploring relations between shyness and social anxiety disorder: The role of sociability. PID 2017; 110: 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.020>
2. Onukwufor JN, Iruloh BRN. Prevalence, gender and level of schooling differences in secondary school students level of shyness. Journal of Education and Practice. 2017;8(2):93-100.
3. Burstein M, Ameli-Grillon L, Merikangas KR. Shyness versus social phobia in us youth. Pediatrics. 2011; 128(5):917-925. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1434>

باور نکنند [۱۴]. از تمرین های ذهن آگاهی برای گسترش برقراری ارتباط با لحظه کنونی برای آموزش توجه انعطاف پذیر به آنچه که در حال حاضر در حال اتفاق افتادن است، استفاده شد. بهره گیری از تمرینهای دیدگاه گیری به دانش آموزان کمک کرد تا بین محتوای آگاهی و فرد به عنوان یک زمینه دارای دیدگاه برای آن محتوا، تمایز قایل شوند، به امید اینکه این پیوستگی به خود تصویری کاهش پیدا کند [۱۲]. درمانگر به واسطه به کارگیری تکنیکهای مرتبط با ارزشها به دانش آموزان کمک کرد تا به دقت آنچه را که دوست دارند در حوزه تحصیل داشته باشند را شرح دهند. طی اقدام متعهدانه، درمانگر مواجهه برای کاهش برانگیختگی را انجام نداد، بلکه بیشتر به منظور افزایش انعطافپذیری رفتاری در حضور محرکهای محدود قبلی (مثلا کمرویی) صورت گرفت [۱۴]. در مجموع به کارگیری این شش دسته تکنیک باعث افزایش خودپنداره دانش آموزان کمر و شد.

باید توجه داشت پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیتهایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته های پژوهش به سایر نمونه ها را کاهش می دهد. از دیگر محدودیتهای پژوهش میتوان به نمونه گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه آزمایشی به جای استفاده از طرح تمام آزمایشی اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از جمله محدودیتهای اساسی این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دانش آموزان مقاطع تحصیلی بالاتر و یا پایین تر در سایر

4. Tang A, Van Lieshout RJ, Lahat A, Duku E, Boyle MH, Saigal S, Schmidt LA. Shyness trajectories across the first four decades predict mental health outcomes. J Abnorm Child Psychol. 2017; 45 (8):1621-1633. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0265-x>
5. Alborzi J, dashtbozorgi B. Comparative study of self-concept of students at ahvaz nursing and midwifery school. Quarterly Educational Development of Jundishapor.2018;9(4):243-253. [Persian].
6. Lizgic F, Akyuz G, Dogan, O, Kugu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. Canadian Journal

- of Psychiatry. 2004; 49(9): 630- 634. <https://doi.org/10.1177/070674370404900910>
7. Buss AH. Self-consciousness and social anxiety. San Francisco; 1980:15-21.
 8. Rashid T, Seligman MEP. Positive. psychotherapy in current psychotherapies. 10th ed. By R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage; 2013:88-91.
 9. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. 1st ed. Netherlands: Springer; 2014:279-98. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
 10. Jassemi Zargani A, Johari Fard R. The effectiveness of cognitive-behavioral based art therapy approach on the self-concept, body image in adolescent girls with body dysmorphic disorder in Ahvaz city. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6(1):11-22. [Persian] <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.11>
 11. Amani R. The effectiveness of structured group reminiscence on the enhancement of elderly's positive self-concept. Aging Psychology; 2015; 1(1):1-9. [Persian]
 12. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy. 1st ed. New York: Guilford Press; 2012: 58-70.
 13. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. 1st ed. New York: Springer Press; 2010: 44-78.
 14. Hayes SC, Villatte M, Levin, M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annu Rev Clin Psychol. 2011; 7, 141-68. 31. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
 15. Taghizadeh MA, Malahi M. Acceptance and commitment education based on weight, body image, self-concept of obese women. Proceedings of the 3th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydariyeh: Torbat Heydariyeh University. 2016:41-42. [Persian]
 16. Farmanian E, Khalatbari J. The effect of commitment and acceptance therapy on self-concept, body image and loneliness in patients with female sexual identity disorder. Proceedings of the 2th International Conference on New Research in the Field of Educational Sciences and Psychology and Social Studies of Iran, Qom. 2016:71.72. [Persian]
 17. Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Beheshti University; 2015. 455-6.
 18. Cheek JM. The revised Cheek and Buss Shyness Scale. Unpublished manuscript, Wellesley College; 1983. <https://doi.org/10.1037/t05422-000>
 19. Rai R. (dissertation). Shyness and sociability re-examined: psychometrics, interactions, and correlates. McMaster University: Hamilton, Ontario; 2011.
 20. Rajabi G, Abasi G A. A Study of Factorial Structure (construct validity) of the Persian Version of the Revised Shyness Scale among Students. Iranian Journal Psychiatry & Clinical Psychology. 2011; 16(4):456-467. [Persian]
 21. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown G. Beck self-concept test. Psychological Assessment. 1990; 2(2): 191-197. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191>
 22. Mahlouji A, Loti Kashani F. The effectiveness of mindfulness therapy on self-concept and hypochondriasis in patients with chronic pain. Journal of Psychological Science. 2019; 18(76):451-457. [Persian]
 23. Yekanizad A, Gol Mohammadnejhad Bahrami G, Soleimannezhad A. The effectiveness of positive thinking skills training on psychological capital and happiness of students. jcmh. 2019; 5(4):135-147. [Persian]
 24. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70(5):1129-1139. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.5.1129>