۱۳۱-۱۴۴

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب

◈ ساغر وثوق[۱] ◈ محمد مهاجرانی[۲]

چکیده: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب انجام گرفته است. در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل همهٔ کودکان خانواده‌های پرآسیب عضو کانون فرهنگی حمایتی کودکان‌کار کوشا شهر در شهر تهران و در سال ۱۳۹۷ بوده که از میان آنان ۳۰ دختر ۱۰ تا ۱۵ ساله بر اساس ملاکهای ورود و خروج با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده اند. در فرایند پژوهش سه نفر از گروه آزمایش ریزش کردند، از این رو سه نفر از گروه کنترل حذف شدند. در نهایت در هر گروه آزمایش و کنترل به‌صورت جداگانه ۱۲ شرکت‌کننده وجود داشت. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش حاضر از طریق پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم کودک (۱۹۹۷) گردآوری و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر در نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۴ تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش اضطراب در گروه آزمایش شده است. شایان ذکر است که این اثربخشی تا مرحله پیگیری ثابت مانده است. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب، پیشنهاد می‌شود، درمانگاهها و مراکز حمایتی، از مداخله پژوهش حاضر برای کاهش مشکلات اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب، به ویژه کودکان‌کار بهره بگیرند.

کلید واژگان: اضطراب، پذیرش و تعهد، خانواده‌های پرآسیب، کودک کار

◉ تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۷ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱

۱. **نویسنده مسئول** کارشناس ارشد خانواده‌درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. saghar.vossough@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. mohajerani2@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

مقدمه

اهمیت نظام خانواده در ایجاد سلامت جامعه بر هیچکس پوشیده نیست و بدون‌شک هیچ آسیب اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده به‌وجود آمده باشد (دینیسمن، اندرسن، مونتسرات، استروزیک و استروزیک[1]، ۲۰۱۷). کودکانی که در خانواده‌های پرآسیب[2]، به‌ویژه در جوامع فقیر زندگی می‌کنند، به‌دلیل انباشتگی فشارهای روانی مداوم و بحرانهای مکرر در معرض آسیب‌پذیری بیشتری قرار دارند (هانگ، وانگ و یارنال[3]، ۲۰۱۶). مفهوم گسترده رفتار پرخطر سلسله‌ای از رفتارها را در برمی‌گیرد که نه تنها برای خود فرد درگیر در این رفتار و افراد مهم زندگی وی زیانهای جدی به بار می‌آورد، بلکه سبب آسیبهای غیرعمد به افراد بیگناه دیگر نیز می‌شود (گوئو، ون، لی، وانگ، چن و ژنگ[4]، ۲۰۱۷). پژوهشگران بر اساس مصاحبه با هزار کودک خیابانی و کار در بمبئی به این نتیجه رسیده‌اند که علت اصلی حضور کودکان در خیابان برای کار کردن، خشونت در خانواده و خانواده‌های پرآسیب است (دو بنیتز[5]، ۲۰۱۱). پژوهشهای بسیاری در کشورهای جهان، وضعیت کودکان خیابانی، مشاغل آنان، عوامل منجر به خیابانی‌شدن کودکان و پیامدهای خیابانی‌شدن آنها را بررسی کرده‌اند. این پژوهشها نشان می‌دهند که کودکان‌کار، به‌دلیل شرایط کار و زندگی در خیابان، در معرض پیامدهای نامطلوب جسمی، روانی (اضطراب و افسردگی)، جنسی و خطرهای اجتماعی قرار دارند (واتایو، ونزل، سیریسرترو، سانگپراسرت و ویستاناکورن[6]، ۲۰۱۱؛ ری، دیوی و نولان[7]، ۲۰۱۱، آپتکار[8]، ۲۰۰۴؛ باتمانقلیجه[9]، ۲۰۰۶). در ایران نیز مسئله کار کودکان در خیابان، از دهه هفتاد در شهرهای بزرگ رواج یافته و موردتوجه مسئولان و پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهشهای پیشین در مورد کودکان‌کار ایران، هم جنبه‌های سبب‌شناختی مسئله کودکان‌کار و هم پیامدهای آن را بررسی کرده‌اند و نشان می‌دهند که مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی- اقتصادی چون مهاجرتهای خارجی و داخلی، فقر و مشکلات مربوط به خانواده پرآسیب، از جمله بدرفتاری با کودکان، آنها را به خیابان می‌کشاند. همچنین این پژوهشها درگیری کودکان با مجموعه‌ای از مشکلات سلامتی و اجتماعی چون افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد را گزارش کرده‌اند (وامقی، دژمان، رفیعی و روشنفکر، ۱۳۹۴).

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالهای روان‌شناختی در دوره کودکی است و شیوع آنها در

1. Dinisman, Andresen, Montserrat, Strózik & Strózik
2. High risk families
3. Hung, Wang & Yarnal
4. Guo, Wen, Li, Wang, Chen & Zheng
5. De Benitez
6. Watthayu, Wenzel, Sirisreetreeru, Sangprasert & Wisettanakorn
7. Ray, Davey & Nolan
8. Aptekar
9. Batmanghelidjh

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

افراد زیر ۱۸ سال میان ۸/۳ درصد تا ۲۷درصد است (سیکوری[1] و همکاران، ۲۰۱۷؛ وانگ، وانگ و لیو[2]، ۲۰۱۶). مطالعات انجام شده در زمینه اثرات والدینی و خانوادگی، بر ایجاد اختلالات اضطرابی تأکید دارد (آپتروپا، هیل و کرسول[3]، ۲۰۱۵). به‌عقیده پژوهشگران بسیاری از کودکانی که در خانواده‌های پرآسیب دچـــار اختلالات اضطرابی‌اند، تا آخر عمر از این اختلال رنج خواهند برد (هامبلین[4] و همکاران، ۲۰۱۵). بـــروز علائم اضطرابـــی در دوران کودکی به‌دلیل فقدان ادراک شـــناختی کافی می‌تواند با مشـــکلات بیشـــتری همراه شود. اختلالات جدی دیگر، مانند اختلال افسردگی اساسی (چای[5] و همکاران، ۲۰۱۵) و ســـوءمصرف مواد (بن- داوید[6]، ۲۰۱۶)، ریشـــه در اضطراب اولیه دارند. یافته‌های مطالعات انجام شده دربارۀ بزرگسالان مبتلا به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهند که بیشتر این افراد معتقدند که اضطرابشان ریشه در کودکی دارد. همچنین، افراد مبتلا به اضطراب که از کودکی به این مشکلات دچار شده و مورد درمان قرار نگرفته‌اند، نســـبت به افراد اضطرابی دیگر پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارند (ووگن، کادینگتون، احمد و ارتل[7]، ۲۰۱۷).

با توجه به اهمیت درمان اختلالهای اضطرابی، روشهای درمانی متعدد برای کاهش اضطراب کودکان طراحی شـــده اســـت. یکی از درمانهایی که می‌تواند بر کاهش اضطراب کودکان خانواده‌های پرآسیب (کودکان‌کار) تأثیرگذار باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[8]است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک نظریه فلسفی به نام عمل‌گرایی ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت اســـت که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (مک‌کراکن، ساتو و تیلور[9]، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شـــش فرایند اصلی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی[10] می‌شود. این شـــش فرایند شـــامل پذیرش، گســـلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهدانه است (گارنفسکی، کرایج و اسپینهوون[11]، ۲۰۰۱؛ هیز، لوئوما، باند، ماسودا و لیلیس[12]، ۲۰۰۶). اخیرا پژوهشـــهای روان‌شناســـی به مطالعه پذیرش/ تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، افســـردگی و بهزیســـتی روانی- اجتماعی پرداخته‌انـــد (ایوانوا[13] و همـــکاران، ۲۰۱۶؛ دوال،

1. Sicouri
2. Liu
3. Apetroaia, Hill & Creswell
4. Hamblin
5. Chai
6. Ben-David
7. Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel
8. Acceptance and commitment therapy
9. McCracken, Sato & Taylor
10. Psychological flexibility
11. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
12. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
13. Ivanova

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

برنارد-کوری و مونســـتس[1]، ۲۰۱۷؛ آنونزیاتا، گرین و مارکس[2]، ۲۰۱۶؛ محمودعلیلو، هاشمی نصرت‌آباد، و ســـهرابی، ۱۳۹۵). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، روان‌پریشی، هراس اجتماعی و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (ویکسل، کنستراپ، کمانی، هلمســـتروم و اولسون[3]، ۲۰۱۵) مشخص شده است. تکیسو[4] و همکاران (۲۰۱۵)، نیز در پژوهش خود نشـــان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ســـبب کاهش اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز در این افراد سبب کاهش اختلالات خلقی می‌شود.

با توجه به اینکه کودکان، جمعیت قابل‌توجه‌ای از کشـــورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهند، به‌ویژه در کشـــور ما که از نظر بافت جمعیتی از کشـــورهای جوان دنیا به‌شمار می‌رود، شناخت مسائل و مشـــکلات روانی و عاطفی این قشر و کوشـــش برای یافتن شیوه‌های درمانی مؤثر و پایدار و گسترش آن دارای اهمیت بســـیار است. مداخله‌های درمانی مؤثر، خود نوعی اقدام پیشگیرانه محسوب می‌شوند، از این‌رو آموزش درمان پذیرش و تعهد به منزلهٔ رویکردی نوین در زمینه‌های مختلف فردی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و تأثیری مثبت بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان، کاهش اضطراب و توانایی حل‌مســـئله می‌گذارد، اما تاکنون پژوهشی به بررسی تأثیر این مداخله روی اضطراب کودکان با خانواده‌های پرآسیب به‌ویژه در ایران نپرداخته است، لذا انجام دادن پژوهش حاضر ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب اجرا شده است.

روش

در پژوهش حاضر از روش شبه‌آزمایشـــی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل همهٔ کودکان خانواده‌های پرآسیب عضو کانون فرهنگی حمایتی کودکان‌کار کوشا در شهر تهران و در سال ۱۳۹۷بوده که از میان آنان ۳۰ دختر ۱۰ تا ۱۵ ساله بر اســـاس ملاکهای ورود و خروج با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شـــده‌اند. ملاکهای ورود شامل علاقه به حضور در پژوهش، عدم دریافت درمانهای روانشناختی تا قبل از جلسات گروه- درمانی یا ضمن جلســـات گروه- درمانی، گرفتن ۱ نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامهٔ اضطراب و داشتن ســـن ۱۰ تا ۱۵ بود. عدم رضایت برای ادامه شـــرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلســـه از جلسات آموزشـــی، ملاک خروج از پژوهش حاضر در نظر گرفته شده بود. شـــرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به دوگروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. شایان ذکر است که در فرایند پژوهش، سه نفر از گروه آزمایش

1. Deval, Bernard-Curie & Monestès
2. Annunziata, Green, Marx
3. Wicksell, Kanstrup, Kemani, Holmström & Olsson
4. Thekiso

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

ریزش کردند، از این رو سه نفر از گروه کنترل حذف شدند. در نهایت در هر گروه آزمایش و کنترل به‌صورت جداگانه ۱۲ شرکت‌کننده وجود داشت. گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

● ابزار

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)[1]: این پرسشنامه را اسپنس در سال ۱۹۹۷ بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸ تا ۱۵ ساله در استرالیا طراحی کرده که دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. در پژوهش حاضر از نسخه کودک استفاده شده است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی هرگز(۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) تنظیم شده است. شش زیرمقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری عملی، ترس از محیطهای باز، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۱۴ است. نمرات بالا نشان‌دهنده اضطراب بالاتر فرد است. پایایی این پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش شده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (اسپنس، ۱۹۹۸). در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه را ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند که با تحلیل عاملی تائیدی مورد تایید قرار گرفته است.

● روش اجرا

پس از کسب مجوز و مراجعه به کانون فرهنگی‌حمایتی کودکان‌کار کوشا و انتخاب نمونه آماری از میان کل کودکان شناسایی‌شده بر اساس ملاکهای ورود، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به‌تصادف گمارده شدند. در فرایند پژوهش سه نفر از گروه آزمایش ریزش کردند که در مقابل سه نفر از گروه کنترل حذف شدند. در نهایت، هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت جداگانه ۱۲ شرکت‌کننده داشت. بنابراین مرحله پیش‌آزمون (اجرای پرسشنامه اضطراب)، در زمان ارزیابی اولیه ملاکهای ورود اجرا شد. ضمن توجیه این کودکان و بیان اهداف پژوهش، از آنان درخواست شد تا در دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنند. فرایند مداخله در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (دو روز در هفته) و به‌صورت گروهی اجرا شد. مبانی نظری این مداخله بر اساس راهنمای درمانی هیز و همکاران (۱۹۹۹) بوده است. ساختار هر جلسه به این شکل بود که نخست به مواردی همچون برقراری ارتباط، مرور تکالیف و پاسخ به سؤالات پرداخته می‌شد، سپس با توجه به اهداف از پیش تعیین‌شده مباحث مربوطه آموزش و در گروههای کوچک تمرین می‌شد. برای درگیر کردن شرکت‌کنندگان، روشهایی همچون تمرین، پرسش و پاسخ، تکمیل کاربرگ و بارش فکری به‌کار گرفته شد. در سه جلسه نخست

1. Spence Children's Anxiety Scale

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

سعی شد تا شرکت‌کنندگان مفهوم نگرانی و اضطراب را درک کنند و بپذیرند که همه افراد گاهی احساس ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. در جلسات بعدی اهدافی مانند پذیرش واکنشها، بودن در زمان حال، انتخاب یک مسیر ارزشمند و اقدام متعهدانه پیگیری شد. در پایان هر جلسه مباحث مطرح‌شده در کلاس جمع‌بندی می‌شد و به سؤالات شرکت‌کنندگان پاسخ داده می‌شد. جزئیات محتوای جلسات در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	رفتار مورد انتظار
۱	**برقراری ارتباط و ایجاد چارچوب ذهنی نسبت به مداخله**	معرفی اعضای گروه، برقراری ارتباط از طریق بازی گروهی، مشخص کردن قوانین	درک قوانین، ارتباط با دیگران
۲	**آشنایی با مفهوم نگرانی و اضطراب**	مرور فرایند جلسه قبل، دماسنج (شدت) نگرانی، جستجوی نگرانیهای من	درک مفهوم نگرانی و نام بردن چند نگرانی
۳	**پذیرش احساس ناخوشایند**	مرور فرایند جلسه قبل، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل	درک این موضوع که همه افراد گاهی احساس ناخوشایندی می‌کنند.
۴	**مشاهده خود**	مرور فرایند جلسه قبل آموزش، آموزش مهارت توصیف شرایط خود بر اساس استعاره، مشاهده خود	توانایی توصیف و مشاهده خود
۵ و ۶	**گسلش فکری**	مرور فرایند جلسه قبل، ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی	درک این موضوع که هر فکری لزوماً صحیح نیست و افکار محصول خود فرد است.
۷ و ۸	**تعیین ارزشها**	مرور فرایند جلسه قبل، چه چیزی می‌خواهم؟ موارد خیلی‌مهم، موارد غیرمهم و موارد خنثی	تعیین و نوشتن لیست ارزشها
۹ و ۱۰	**اقدام متعهدانه و برطرف کردن موانع**	مرور فرایند جلسه قبل، اقدام مربوط به ارزشهای انتخابی، شناسایی موانع، آموزش زندگی ارزش- مدار، جمع‌بندی	تعیین و نوشتن فهرست اقدامهای مربوط به ارزشها و موانع

پس از پایان دوره آموزش، از دو گروه تحت‌درمان و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد، سپس ارزیابی یک ماهه روی گروه آزمایش اجرا شد. در ضمن به‌منظور رعایت کردن موازین اخلاقی پژوهش، رضایتنامه‌ای تهیه شد که در آن هدف پژوهش به‌صورت کلی توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

نخست رضایتنامه را مطالعه، سپس با اظهار تمایل در پژوهش شرکت کردند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هیچگونه سوءاستفاده شخصی از این پژوهش نخواهد شد. همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسشنامه بدانند که گزارش تفسیر پرسشنامه‌های افراد به‌زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. همچنین درباره محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به آزمودنیها توضیحات لازم داده شد. در ضمن به‌منظور رعایت‌کردن موازین اخلاقی برای گروه کنترل نیز سه جلسه برنامه پذیرش و تعهد گذاشته شد. شایان ذکر است که داده‌های به‌دست آمده از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی میانگین سنی گروه آزمایش ۱۲/۳۳ (انحراف معیار=۱/۴۳) و میانگین سنی گروه کنترل ۱۲/۱۹ (انحراف معیار=۱/۲۸)گزارش شده است. در ادامه نخست یافته‌های توصیفی حاصل از متغیر اضطراب کودک به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. همچنین برای بررسی نرمال‌بودن توزیع، آماره‌های مربوط به آزمون شاپیرو - ویلک گزارش شده است (جدول۲). شایان ذکر است که پیش از انجام دادن هر تحلیل، ابتدا مقادیر پرت را از طریق نمودار جعبه‌ای[1] و شاخص فاصله ماهالانوبیس[2] بررسی کردیم که از نبود داده‌های پرت اطمینان حاصل شود.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب

متغیر	گروه آزمایش*					گروه کنترل*				
	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	سطح معناداری	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	سطح معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	۶۵/۵۸	۷/۰۲	۰/۹۶	۰/۸۲	پیش‌آزمون	۶۶/۰۸	۶/۹۲	۰/۹۷	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۵۴/۷۵	۷/۳۹	۰/۹۵	۰/۶۴	پس‌آزمون	۶۶/۶۷	۷/۷۶	۰/۹۸	۰/۹۹
	پیگیری	۵۵/۱۸	۶/۹۶	۰/۹۱	۰/۲۷	پیگیری	۶۶/۷۵	۷/۰۲	۰/۹۶	۰/۸۳

* (n=۱۲)

1. Boxplot
2. Mahalanobis distance

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

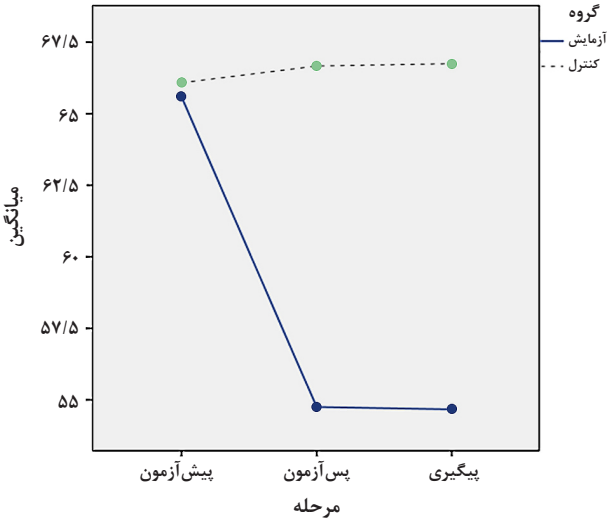
جـــدول۲ میانگین و انحراف اســـتاندارد متغیر اضطراب گروه آزمایش و کنترل را نشـــان می‌دهد. بر اساس این جدول، در میانگین متغیر اضطراب تغییر ایجاد شده است. در ادامه برای بررسی معناداری این تغییر از تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر استفاده خواهد شد، البته پیش از استفاده از این آزمون از نبود داده‌های پرت اطمینان حاصل شد. پس از آن مفروضه‌های نرمال بودن توزیع با آزمون شاپیرو - ویلک و همگنی واریانس با آزمون لوین مورد بررســـی قرار گرفتند. طبق جدول ۲، بررســـی فرض نرمال بودن توزیـــع داده‌ها بـــه تفکیک مراحل (پیش‌آزمـــون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروههـــا (آزمایش، کنترل) نشان داد که آماره شاپیرو - ویلک معنادار نیست ($p>۰/۰۵$)، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. بر اساس آزمون لوین فرض F متغیر اضطراب در مرحله پیش‌آزمون ($p=۰/۹۴$؛ ۰/۰۰۵=۲۲ و F۱)، پس‌آزمون($p=۰/۰/۷۷$؛ ۰/۰۸۵=۲۲ و F۱) و پیگیری($p=۰/۸۰$؛ ۰/۰۶۰=۲۲ و F۱) معنادار نبود ($P>۰/۰۵$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانسها برقرار است. بررسی آزمون ام‌باکس نشان‌دهندهٔ معناداری و رد مفروضه برابری ماتریسهای کوواریانس بود ($p=۰/۰۳$؛ $F=۳/۱۱$؛ $Box's\ M=۲۱/۹۵$)، اما با توجه به اینکه تعداد افراد در گروهها برابرند، رد شـــدن این مفروضه خدشـــه‌ای به نتایج وارد نمی‌کند و در چنین شرایطی گزارش آزمون پیلای توصیه می‌شود (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۱۴). در ادامه با توجه به برابری تعداد نمونه در گروهها و برقرار نبودن آزمون موچلی از آزمون اثر پیلای استفاده شده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر برای مقایسه کردن اثرات زمان و گروه

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	زمان	۳۱۵/۱۸	۱	۲۲	۷۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	گروه	۱۲۰۰/۵	۱	۲۲	۸/۱۳	۰/۰۰۹	۰/۲۷
	زمان*گروه	۴۰۲/۵۲	۱	۲۲	۹۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱

نتایـــج جدول ۳ نشـــان می‌دهد که اثر عامل زمـــان بر میزان اضطراب معنادار اســـت ($p<۰/۰۱$ و $F=۷۴/۷۲$). به ایـــن معنا که میانگین اضطراب در مراحل مختلـــف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییری معنادار یافته است. تفاوت میان-گروهی حاکی از تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب اســـت($p<۰/۰۱$ و $F=۸/۱۳$). همچنین تعامل زمان و گروه نیز معنادار شده است ($p<۰/۰۱$ و $F=۹۵/۴۳$) و نشان می‌دهد که تأثیر زمان بر گروههای گوناگون (آزمایش و کنترل) متفاوت بوده است. ایـــن امر حاکی از تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان اســـت و درنتیجه فرضیه تحقیق در مورد این متغیر نیز تأیید می‌شود (نمودار ۱).

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]



نمودار ۱. فرایند تغییرات میانگین اضطراب در گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

بسیاری از کودکان خانواده‌های پرآسیب دچار اختلالات اضطرابی‌اند و در صورت عدم درمان تا آخر عمر از این اختلال رنج خواهند برد. این امر سبب مشکلات جدی‌تری مانند اختلال هراس، افسردگی، ترک‌تحصیل و سوءمصرف مواد خواهد شد. از این‌رو پژوهشگران مطالعه حاضر با آگاهی از ضرورت درمان اضطراب دوران کودکی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی کودکان خانواده‌های پرآسیب پرداخته‌اند. یافته پژوهش حاضر نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب کودکان اثربخش بوده است. پژوهشگران مطالعه‌ای مشابه که بتوان یافته‌های آن را با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه کرد، در دسترس نداشتند، اما این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که عمدتاً روی جمعیت بزرگسالان انجام شده است، همسو بود (ایوانوا و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویکسل و همکاران، ۲۰۱۵؛ تکیسو و همکاران، ۲۰۱۵؛ دوال و همکاران، ۲۰۱۷).

آنینزیاتا و همکاران (۲۰۱۶)، پژوهشی را تحت‌عنوان «اثربخشی درمان پذیرش/ تعهد روی بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی» انجام دادند و نتایج آن نشان داد که درمان پذیرش و تعهد سبب کاهش اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود. در جایی دیگر ویدنک[1] (۲۰۱۲)، در پژوهشی با عنوان «تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس نوجوانان» نشان داد که این درمان

1. Woidneck

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

در کاهش استرس مؤثر اســت. در پژوهشهای داخلی محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۵)، پژوهشی تحت عنوان «اثربخشـــی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر» انجام دادند. نتایج این پژوهش نشـــان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی و نشـــانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال از نظر آماری و بالینی معنادار بوده است. همچنین نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی(۱۳۹۲) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی آمـــوزش پذیرش/ تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر ســـازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی پرداختند و نتایج پژوهش حاکی از اثربخشـــی آموزش پذیرش و تعهد با تنظیم هیجان بر بهبود ســـازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد میانگین گروهی که آموزش پذیرش/ تعهد را دریافت کرده بود در مؤلفه‌های سازگاری نسبت به گروه تنظیم هیجان و گروه کنترل در پس‌آزمون بیشتر بود. همچنین پژوهش حاضر از لحاظ ویژگی شرکت‌کنندگان با مطالعۀ سیادت (۱۳۹۴) قابل مقایسه است. وی پژوهشی تحت عنوان «تأثیر آموزش مهارتهای اجتماعی بر عزت‌نفس و ابعاد هویت کودکان‌کار» انجام داده است. کودکان گروه آزمایشی در دوره آموزش مهارتهای اجتماعی شرکت داده شدند. یافته‌ها نشان دادنـــد که برنامه مداخله‌ای، اثری معنادار بر بهبود عزت‌نفـــس و ابعاد هویت کودکان‌کار در گروه آزمایشی داشته است.

در تبییـــن یافتۀ پژوهش حاضر می‌توان به مبانی نظری و محتوای جلســـات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا است در حالی که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. پذیرش و تعهد (اکت) به معنای اقدام مؤثری است که از طریق عمیق‌ترین ارزشهای ما هدایت می‌شود، آن‌هم درحالی‌که ما کاملاً آماده و متعهدیم. تنها از راه اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین‌که برای ســـاختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقســـام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواســـته و نامطلوب روبه‌رو خواهیم شـــد (افکار، تصورات، احساســـات، حسهای بدنی، تکانه‌ها و خاطرات). پذیرش و تعهد برای اداره این تجربه‌های درونی مهارتهای مؤثر توجه‌آگاهی[1] را به ما می‌آموزد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). مبانی نظری درمان پذیرش و تعهد بر این موضوع تأکید دارد که علت اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، مواردی همچون آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه و دلیل‌یابی اســـت و به جای این موارد می‌توان راهبردهای سالم را مانند پذیرش واکنشـــها، بودن در زمان حال، گزینش یک مســـیر ارزشـــمند و اقدام در جهت پیمودن این مســـیر جایگزین کـــرد (مک‌کراکن و همـــکاران، ۲۰۱۳). از آنجایی کـــه در پژوهش حاضر

1. Mindfulness

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

هدف کاهش اضطراب بود، در ســـه جلسه اول مداخله سعی شد تا شرکت‌کنندگان مفهوم نگرانی و اضطراب را به‌خوبی درک کنند و بپذیرند که همه افراد گاهی احســـاس ناخوشـــایندی را تجربه می‌کنند. به عقیده هیز و لیلیـــس (۲۰۱۲) بعضی افراد از موقعیتهایی که ایجاد تجارب نامطلوب می‌کند، اجتناب می‌کنند، بنابراین پذیرش جایگزینی مناسب برای اجتناب تجربه‌ای است. پذیرش عبارت است از به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه‌های درونی، بدون اینکه بی‌جهت برای تغییر شکل یا بسامد آنها تلاش کنیم. این خودداری به‌ویژه وقتی اهمیت دارد که تلاش برای تغییر دادن رویدادهای درونی منجر به آسیب روانشناختی می‌شود. در پژوهش حاضر به کودکان آموزش داده شد تا اضطراب را مثل یک احساس به‌طور کامل و بدون حالت تدافعی تجربه کنند. همچنین هدف از آموزش مهارتهای گســـلش شناختی (جلسه ۵ و۶) این است که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی فقط به عنوان آنچه هستند، نه آنچه می‌گویند که هستند، در نظر گرفته شـــوند. با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای درونی، بدون غرق شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کند و نظاره‌گر آنها باشـــد (ولز[1] و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس این دیدگاه هیچکدام از این تجربیات درونی شـــخصی، اگر همان‌گونه که هستند تجربه شوند، به‌طور ذاتی برای سلامتی فرد مضر نیستند، پس نیازی به کنترل کردن آنها نیست، بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است و باید دید اگر بر اساس آنها عمل شود، به مراجع کمک می‌کنند تا در مسیر و جهت ارزشهایش حرکت کند. یکی دیگر از فرایندهای این درمان که به اثربخشی آن کمک بسیار می‌کند، ایجاد یک خود مشـــاهده‌گر (جلسه ۴) یا خود به‌عنوان زمینه در مراجع در روش کاربرد مهارت گسلش، ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در واقع این خود مشاهده‌گر جایگزینی است برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود. مزیت بزرگ این خود این است که به عنوان زمینه ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست. در کل هدف این است که فرد به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند. در فرایند درمان پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌شـــود تا بر خود واقعی تمرکز کند (جلســـه ۷ و ۸) و در نهایت ایجاد انگیزه برای عمل کردن متعهدانه (جلســـه ۹ و۱۰) یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی است که در پی آن احتمالاً، پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی موجب کاهش اضطراب در افراد می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به دریافت این مداخلات از سوی گروه آزمایش، نتیجه پژوهش حاضر دور از انتظار نبود.

بـــا توجه به یافته پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گیـــری کرد که به احتمال زیاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه‌تنها در زمینه اضطراب افراد بزرگســـال مناســـب است، بلکه می‌تواند درمانی

1. Wells

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

اثربخش در زمینه کاهش اضطراب کودکان خانواده‌های پرآسیب و به‌طور خاص کودکان‌کار شود. از این‌رو پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و حمایتی از مداخله پژوهش حاضر برای کاهش اضطراب کودکان خانواده‌های پرآسیب از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره بگیرند.

پژوهش حاضر دارای محدودیتهایی بود که اشـــاره به آنهـــا درکی دقیق‌تر از فرایند پژوهش ایجاد و در نهایت زمینه را برای اجرای پژوهشـــهایی با دقت بیشـــتر در این زمینه فراهم می‌کند. این محدودیتها شامل مواردی همچون استفاده از پرسشنامه خودگزارشگری، عدم قابلیت تعمیم نتایج در جامعهٔ پســـران، به‌کارگیری روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم کنترل تمام متغیرهای مداخله‌گر بود. به پژوهشگران علاقه‌مند در این حیطه پیشنهاد می‌شود علاوه بر انجام دادن پژوهش حاضر در جمعیت پســـران، از نمونه‌ای با حجم بالاتر اســـتفاده کنند و قبل از فرایند مداخله برای پیشگیری از ریزش مراجعان شرایط مناسب را ایجاد کنند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

منابع

REFERENCES

سـیادت، سـید مرتضی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارتهای اجتماعی بر عزت‌نفس و ابعاد هویت کودکان‌کار. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۱ (۳۷)، ۸۳-۱۰۱.

محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و سهرابی، فائزه. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر(GAD). *روان‌شناسی بالینی*، ۸ (۳)، ۶۱-۷۶.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول.(۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲ (۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

وامقی، مروئه؛ دژمان، معصومه؛ رفیعی، حسـن و روشـنفکر، پیام. (۱۳۹۴). ارزیابی سریع وضعیت کودکان خیابانی در شهر تهران، ۱۳۹۲ (علل و خطرهای کار کودکان در خیابان). *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۴ (۱)، ۳۳-۵۷.

Annunziata, A. J., Green, J. D., & Marx, B. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (2nd ed., pp. 1-10). Academic Press.

Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: Associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, *188*, 127-133.

Aptekar, L. (2004). The changing developmental dynamics of "children in particularly difficult circumstances": Examples of street and war traumatized children. In U. Gielen, & J. Roopnarine (Eds.), *Childhood and adolescence in cross-cultural perspectives and applications* (pp. 377-410). Westport, CT: Praeger Press.

Batmanghelidjh, C. (2006). *Shattered lives: Children who live with courage and dignity*. London: Jessica Kingsley.

Ben-David, V. (2016). Substance-abusing parents and their children in termination of parental rights cases in Israel. *Children and Youth Services Review*, *66*, 94-100.

Chai, X. J., Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Uchida, M., Doehrmann, O., Leonard, J. A.,... Gabrieli, J. D. E., C. (2015). Functional and structural brain correlates of risk for major depression in children with familial depression. *NeuroImage: Clinical*, *8*(1) 398-407.

de Benitez, S. T. (2011). *State of the world's street children: Research. Street Children Series 2*. London: Consortium for Street Children.

Deval, C., Bernard-Curie, S., & Monestès, J. L. (2017). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *27*(1), 34-42.

Dinisman, T., Andresen, S., Montserrat, C., Strózik, D., & Strózik, T. (2017). Family structure and family relationship from the child well-being perspective: Findings from comparative analysis. *Children and Youth Services Review*, *80*, 105-115.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 1311-1327.

Guo, C., Wen, X., Li, N., Wang, Z., Chen, G., & Zheng, X. (2017). Is cigarette and alcohol use associated with high-risk sexual behaviors among youth in China?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(5), 659-665.

Hamblin, R. J., Lewin, A. B., Salloum, A., Crawford, E. A., McBride, N. M., & Storch, E. A. (2015). Clinical characteristics and predictors of hoarding in children with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *36*, 9-14.

Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy (Theories of psychotherapy)*. Washington, DC: American Psychological Association.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976-1002.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hung, L. S., Wang, C., & Yarnal, B. (2016). Vulnerability of families and households to natural hazards: A case study of storm surge flooding in Sarasota County, Florida. *Applied Geography*, *76*, 184-197.

Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 27-35.

McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, *14*(11), 1398-1406.

Mousavi, R., Moradi Harsini, A. R., Farzad, V., Mahdavi, S., & Navabinejad, S. (2007). Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *International Journal of Psychology*, *1*(1), 17-26.

Ray, P., Davey, C., & Nolan, P. (2011). *Still on the street-still short of rights: Analysis of policy and programmes related to street involved children*. London: Plan and Consortium for Street Children.

Sicouri, G., Sharpe, L., Hudson, J. L., Dudeney, J., Jaffe, A., Selvadurai, H., & Hunt, C. (2017). Parent-child interactions in children with asthma and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *97*, 242-251.

Spence, S. H. (1997). *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* [Database record]. APA PsycTests.

_____. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(5), 545-566.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics*. Harlow, Essex: Pearson Education Limited.

Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, *46*(6), 717-728.

Vaughan, J., Coddington, J. A., Ahmed, A. H., & Ertel, M. (2017). Separation anxiety disorder in school-age children: What health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, *31*(4), 433-440.

Wang, M., Wang, X., & Liu, L. (2016). Paternal and maternal psychological and physical aggression and children's anxiety in China. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 12-20.

Watthayu, N., Wenzel, J., Sirisreetreeru, R., Sangprasert, C., & Wisettanakorn, N. (2011). Rapid assessment and response: The context of HIV/AIDS and adolescents in Bangkok. *Nursing Science Journal of Thailand*, *29*(3), 28-35.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 367-373.

Wicksell, R. K., Kanstrup, M., Kemani, M. K., Holmström, L., & Olsson, G. L. (2015). Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 1-5.

Woidneck, M. R. (2012). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents*. (Doctoral dissertation). Utah State University.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.4.8.3]