

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمرو

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۲

خلاصه

مقدمه: دانش‌آموزان کمرو برای حفظ یا تقویت نتیجه خودارزیابی در مواجهه با تهدید در موقعیت‌هایی که ممکن است مورد ارزیابی واقع شوند، از راهبرد خود ناتوان‌سازی استفاده می‌کنند که این امر لزوم ارائه مداخلات روان‌شناختی به این دسته از افراد را ضروری می‌نماید. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمرو انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش نیمه‌آزمایشی دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که تعداد ۴۵ دانش‌آموز کمرو به وسیله نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. گروه‌ها پرسشنامه خود ناتوان‌سازی Jones و Rudwalt (۱۹۸۲) را به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هر کدام هشت جلسه، هفته‌ای دو جلسه) در گروه‌های آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر دو آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی تأثیر معنی‌داری داشتند ($p < 0/001$)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر کاهش خود ناتوان‌سازی تأثیر بیشتری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به برتری کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمرو استفاده از این روش درمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، مثبت‌اندیشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خود ناتوان‌سازی، کمرویی، دانش‌آموزان دختر

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

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد سراب، دانشگاه آزاد اسلامی، سراب، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: karimiazar.28144@gmail.com. تلفن: ۰۹۱۴۱۰۰۷۹۴۹

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

مقدمه

کمرویی (Shy)، نوعی احتیاط مفرط در روابط بین‌فردی و توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش‌های جسمانی نسبت به خود است که می‌تواند حداقل دربرگیرنده یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد [۱]. یکی از مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع کمرویی را در بین دختران و پسران به ترتیب ۲۶ و ۱۹ درصد تخمین زده است [۲]؛ در حالی که سایر مطالعات، شیوع این مشکل را ۴۰ تا ۵۰ درصد گزارش کردند [۳].

افراد کمرو برای حفظ یا تقویت نتیجه خودارزیابی، در مواجهه با تهدید در موقعیت‌هایی که ممکن است ارزیابی شوند، از راهبرد خود ناتوان‌سازی (Self-disability) استفاده می‌کنند [۴]. موقعیت‌هایی که توانایی بالقوه افراد کمرو را در حد بالایی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، موقعیت‌هایی هستند که تمایل به خود ناتوان‌سازی را افزایش می‌دهند. وقتی این موقعیت‌ها متداول باشد، مکانیسم غلبه بر این تهدید فعال می‌گردد که این مکانیسم همان خود ناتوان‌سازی است [۵]. خود ناتوان‌سازی رفتار یا انتخاب مجموعه‌ای از عملکردهاست که فرصت مناسب را به وجود می‌آورد تا افراد کمرو شکست را به عوامل خارجی و موفقیت را به عوامل درونی نسبت دهند [۶].

به طور خلاصه، کمرویی یک پدیده اجتماعی و بین‌فردی و اساساً 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 مثبت‌اندیشی یکی از تمهیداتی است که به نظر می‌رسد برای افراد کمرو به ویژه دانش‌آموزان با هدف تقویت ارتباطات مثبت با دیگران، ترویج هیجان‌ات مثبت، رفتارهای مثبت، افزایش بهزیستی، عزت‌نفس و وابستگی به مدرسه بسیار مفید و سودمند است [۸]. مهارت‌های مثبت‌اندیشی عبارت است از یادگیری خوب اندیشیدن، تغییر در نگرش‌های منفی و چگونگی تحلیل رویدادهایی که فرد با در نظر گرفتن تمام جنبه‌های یک مسئله دیدگاه مثبت را در خود به وجود آورده و حفظ می‌نماید [۹]. برخی از تحقیقات، کارایی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در کمرویی را نشان داده‌اند. به عنوان

مثال: Jafari و Mehrafzoon، تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر کمرویی نوجوانان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر کمرویی (وابستگی، تنهایی، بی‌تفاوتی، کناره‌گیری و منفعل بودن) نوجوانان تأثیر مثبتی داشت، در حالی که بر طردشدگی نوجوانان اثری نداشت [۱۰]. Hoseni و همکاران نیز نشان دادند آموزش شناختی ارتقای امید، خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان پسر مدارس راهنمایی شبانه‌روزی را کاهش داد [۱۱].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance / commitment therapy) از دیگر مداخلاتی است که در دهه‌های اخیر توجه پژوهشگران را به خود معطوف کرده است [۱۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد [۱۳] و پیرامون 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، استعاره‌ها و متناقض‌نماها) به مراجعان آموزش داده می‌شوند. هدف این است که آثار زبان‌بار زبان بیش از حد کلامی، در زمینه‌هایی برطرف شود که نیازمند انعطاف‌پذیری بیشتر روانی هستند. بنابراین، به جای درک محیط خارجی و داخلی خود از طریق آنچه که فکر می‌کنند، مراجعان مستقیماً با آنچه که در اینجا و حال اتفاق می‌افتد، ارتباط برقرار می‌کنند [۱۴].

در خصوص بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دهه‌های اخیر تحقیقاتی انجام شده است. مطالعه‌ای که توسط Ghanbaroorganjari و همکاران انجام شد نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه مؤثر است [۱۵]. در خصوص مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمرو پژوهشی صورت نگرفته است و نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای مشخص ساختن درمان انتخابی دانش‌آموزان دختر کمرو با توجه به متغیر

مذکور در این پژوهش احساس می‌شود؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کم‌رو انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه (کد کمیته اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.068) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند.

با توجه به این که در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بیستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۱۶]، در این پژوهش، ۴۵ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و هدفمند انتخاب شدند. بدین ترتیب که از نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر تبریز، ۲ ناحیه، از هر ناحیه تعداد ۲ مدرسه 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، 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. تعداد ۳ نفر به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه و ۲ نفر به دلیل دارا نبودن ملاک‌های ورود به پژوهش (دریافت مداخلات روان‌شناختی همزمان) از مطالعه برکنار شدند، لذا ۴۵ نفر به شکل تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص کمرویی بر اساس نمره برش نزدیک به ۱۴ در مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی Cheek [۱۷]، 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. معیارهای خروج از پژوهش شامل: عدم موافقت شرکت در پژوهش، عدم تکمیل پرسش‌نامه و عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از 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 شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آن‌ها کسب گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آن‌ها تکمیل شد و پژوهشگر به آن‌ها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسش‌نامه به منظور حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی محرمانه خواهد بود.

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، مهارت‌های مثبت‌اندیشی را در شیفت صبح و گروه آزمایشی دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در شیفت عصر آموزش دیدند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه آزمایش توسط پژوهشگر تحت آموزش قرار گرفتند. گروه‌های مورد بررسی، ابزار پژوهش را طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (بلافاصله پس از اتمام آموزش) به صورت گروهی تکمیل کردند. اطلاعات به وسیله ابزار زیر گردآوری شد:

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (خیلی ضعیف= درآمد زیر ۲ میلیون تومان، ضعیف= ۲ تا ۴ میلیون تومان، متوسط= ۴ تا ۶ میلیون تومان، خوب= ۶ تا ۸ میلیون تومان و خیلی خوب= بیشتر از ۸ میلیون تومان) بررسی گردید.

مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی (Revised Cheek and Buss Shyness Scale) توسط Cheek در سال ۱۹۸۳

Rhodewalt در سال ۱۹۸۲ برای سنجش گرایش افراد به خود ناتوان سازی طراحی شده و از ۲۳ سؤال و سه خرده مقیاس خلق منفی (۴-۷-۸-۹-۱۳-۱۵-۱۹-۲۰-۲۳)، تلاش (۳-۵-۶-۱۰-۱۷-۲۱-۲۲) و عذرتراشی (۱-۲-۱۱-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸) تشکیل گردیده که در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰=کاملاً موافقم تا ۵=کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. نمره کل، در دامنه ۰ تا ۱۱۵ قرار می‌گیرد و کسب نمره بالا، نشان دهنده خود ناتوان سازی بیشتر است [۲۰]. Jones و Rhodewalt روایی پرسش نامه را با استفاده از ضریب همسانی درونی بین ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ به دست آوردند [۲۰]. Seyed Salehi و Delavar پایایی کل پرسش نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ گزارش کردند [۲۱]. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

مهارت‌های مثبت اندیشی بر اساس پروتکل Yekanizad و همکاران [۲۲]، به آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی آموزش داده شد (جدول ۱).

برای سنجش کمرویی ساخته شده و از ۱۴ سؤال و سه خرده مقیاس (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 پنج درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم تا ۵=کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. سؤالات ۶، ۹ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره کل کمرویی با جمع کردن نمرات خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید و در دامنه ۱۴ تا ۷۰ قرار می‌گیرد. کسب نمره بیشتر، بیانگر کمرویی پایین است [۱۷]. Rai، پایایی پرسش نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تعیین ثبات با استفاده از روش بازآزمایی آن را ۰/۸۸ گزارش کرد [۱۸]. Abasi و Rajabi ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را در ایران بررسی و پایایی کل آن را به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کردند. ضریب روایی افتراقی بین پرسش نامه کمرویی با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۲۳- گزارش شد [۱۹]. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه گردید.

پرسشنامه خود ناتوان سازی (Self-handicapping Questionnaire). این پرسش نامه توسط Jones و

جدول ۱- پروتکل آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی Yekanizad و همکاران [۲۲]

جلسه	هدف و محتوا
اول	هدف: معارفه، توضیح منطق آموزش مثبت اندیشی. محتوا: معارفه، روشن نمودن چهارچوب‌های 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.
دوم	هدف: شناسایی نشانه‌های مثبت اندیشی. محتوا: نحوه تفکر مجدد درباره یک رویداد، شیوه برخورد با آن واقعه، شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت اندیشی و تجزیه و تحلیل دیدگاه شرکت کنندگان نسبت به زندگی.
سوم	هدف: معارفه، آموزش مبارزه با افکار منفی. محتوا: آشنایی و آموزش مهارت صید افکار و به زبان آوردن باورها و خودگویی‌های 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.
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.
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.
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.
هفتم	هدف: آشنایی با تفکر شخصی سازی. محتوا: آشنا نمودن شرکت کنندگان با تفکر فراگیر سلیگمن، تعریف و بررسی مفهوم خوش بینی، ایجاد خوش بینی به واسطه فکر کردن و عمل به صورت خوش بینانه.
هشتم	هدف: جمع بندی و بسط مهارت‌ها. محتوا: مرور خلاصه‌ای 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.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس پروتکل درمانی Hayes و Bach [۲۳] به آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم طی هشت جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی آموزش داده شد (جدول ۲).

جدول ۲- پروتکل آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش Hayes و Bach [۲۳]

جلسه	هدف، محتوا و تکلیف
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 کمروبی 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.
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 بر اساس آن، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تکمیل فرم تحلیل کارکردی ABC.
سوم	هدف: ارزیابی راهبردهای کنترل/اجتنابی. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، کمک به شرکت‌کنندگان برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل (کنترل راه حل نیست، بلکه مسئله است) و پی بردن به بهبودی 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.
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.
پنجم	هدف: آموزش ناهمجوشی شناختی. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، عینیت 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.
ششم	هدف: آموزش ارتباط با لحظه اکنون. محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش راهبردهای ذهن‌آگاهی برای ارتقای تماس با لحظه‌های زندگی و دیدگاه‌گیری، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه. تکلیف: تمرین تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی.
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.
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 شکل‌دهی 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.

اطلاعات گردآوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای، تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ دانش‌آموز دختر کم‌رو دوره دوم متوسطه شرکت کردند. وضعیت اقتصادی ۶/۷ درصد (۱ نفر) متوسطه شرکت کردند.

از شرکت‌کنندگان گروه دریافت‌کننده مهارت‌های مثبت-اندیشی خیلی ضعیف، ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) ضعیف، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) متوسط و ۶/۷ درصد (۱ نفر) خوب بود، وضعیت اقتصادی ۶/۷ درصد (۱ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خیلی ضعیف، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) ضعیف، ۴۰/۰ درصد (۶ نفر) متوسط و ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) خوب بود، وضعیت اقتصادی ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه دریافت‌کننده درمان توأمان خیلی ضعیف، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) ضعیف، ۴۰/۰ درصد (۶ نفر)

در جدول ۳، آماره توصیفی متغیر خود ناتوان‌سازی در گروه‌های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی نشان داده شده است. پس از آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، میانگین نمرات خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان کاهش یافت.

نفر) متوسط، ۶/۷ درصد (۱ نفر) خوب و ۶/۷ درصد (۱ نفر) خیلی خوب بود، وضعیت اقتصادی ۶/۷ درصد (۱ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه کنترل خیلی ضعیف، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) ضعیف، ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) متوسط، ۶/۷ درصد (۱ نفر) خوب و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) خیلی خوب بود. گروه‌ها از نظر وضعیت اقتصادی اختلاف معنی‌داری نداشتند.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیر خود ناتوان‌سازی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های دریافت‌کننده مهارت‌های مثبت‌اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین
خلق منفی	مهارت‌های مثبت‌اندیشی	۲۷/۱۲±۱/۵۴	۲۴/۴۱±۱/۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۷/۲۲±۱/۴۰	۲۴/۵۲±۱/۰۶
	گواه	۲۶/۵۳±۱/۲۷	۲۶/۲۳±۱/۵۵
تلاش	مهارت‌های مثبت‌اندیشی	۲۹/۴۶±۱/۴۴	۲۵/۳۶±۱/۴۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۴۴±۱/۵۶	۲۵/۱۰±۱/۱۸
	گواه	۲۹/۷۴±۱/۷۴	۲۸/۵۶±۱/۹۰
عذرتراشی	مهارت‌های مثبت‌اندیشی	۲۴/۳۵±۱/۵۴	۲۲/۳۰±۱/۴۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۴/۱۵±۱/۴۲	۲۲/۴۳±۱/۲۸
	گواه	۲۳/۴۵±۱/۳۸	۲۳/۷۸±۱/۲۹
نمره کلی	مهارت‌های مثبت‌اندیشی	۵۵/۰۶±۲/۶۸	۵۰/۸۶±۳/۵۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۴/۸۰±۲/۳۶	۴۶/۶۰±۲/۴۱
	گواه	۵۳/۲۰±۲/۷۰	۵۴/۸۰±۴/۸۱

تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت متغیر خود ناتوان‌سازی در جدول ۴ نشان شده است.

پس از وارد کردن متغیرهای هم‌تغییر نیز اختلاف معنی‌داری از نظر نمره خلق منفی، تلاش، عذرتراشی و خود ناتوان‌سازی در بین گروه‌ها مشاهده شد. توان آماری نزدیک به یک، نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری می‌باشد. ضریب اتا به دست آمده نشان‌دهنده این است که تا میزان ۳۲ درصد، ۸۴ درصد، ۲۶ درصد و ۳۰ درصد به ترتیب برای خلق منفی، تلاش، عذرتراشی و نمره کلی خود ناتوان‌سازی، اختلاف مشاهده شده بین گروه‌ها، ناشی از اثر مداخله است.

به منظور آزمون تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیر خود ناتوان‌سازی در گروه‌ها، با استفاده از آزمون‌های Shapiro-Wilk و Levene تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس در سه گروه نیز با استفاده از آزمون ام باکس تأیید گردید. مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل تأیید شد.

آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اختلاف معنی‌داری از نظر نمره کلی خود ناتوان‌سازی در بین گروه‌های دریافت‌کننده مهارت‌های مثبت‌اندیشی و گواه وجود دارد. نتایج آزمون

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت متغیر خود ناتوان‌سازی در گروه‌های مهارت‌های مثبت‌اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا	توان آماری
-------	---------------	---------------	------------	-----------------	---	---	----------	------------

				۶۲/۸۷۰	۵۴/۶۳۵	۲	۵۴/۶۳۵	پیش آزمون	
		* < ۰/۰۰۱		۹/۰۰۴	۱۵/۶۵۰	۲	۱۵/۶۵۰	گروه	خلق منفی
	۰/۳۲۲	* < ۰/۰۰۱			۰/۸۶۹	۳۸	۳۳/۰۲۲	خطا	
	۰/۹۶۳					۴۵	۲۱۶۰۹/۰۰	کل	
			* < ۰/۰۰۱	۲۲۲/۲۴۴	۴۳/۲۶۷	۲	۴۳/۲۶۷	پیش آزمون	
		* < ۰/۰۰۱		۹۷/۱۸۶	۱۸/۹۲۰	۲	۳۷/۸۴۱	گروه	تلاش
	۰/۸۳۶				۰/۱۹۵	۳۸	۷/۳۹۸	خطا	
						۴۵	۹۹۲۴/۰۰	کل	
			* < ۰/۰۰۱	۷۸/۶۹۶	۶۷/۷۷۲	۲	۶۷/۷۷۲	پیش آزمون	
		* < ۰/۰۰۳		۶/۶۶۳	۵/۷۳۸	۲	۱۱/۴۷۷	گروه	عذر تراشی
	۰/۸۹۱				۰/۸۶۱	۳۸	۳۲/۷۲۵	خطا	
						۴۵	۹۸۷۷/۰۰	کل	
			* < ۰/۰۱۹	۵/۹۷۲	۷۵/۵۲۱	۲	۷۵/۵۲۱	پیش آزمون	
		* < ۰/۰۰۱		۸/۱۲۶	۱۰۲/۷۵۵	۲	۲۰۵/۵۱۰	گروه	خود
	۰/۹۴۴				۱۲/۶۴۵	۳۸	۴۸۰/۵۲۵	خطا	ناتوان سازی
						۴۵	۱۱۷۰۰۸/۰۰	کل	(نمره کلی)

*p < ۰/۰۵ اختلاف معنی دار

با این حال، مشخص نیست که کدام گروه (مهارت‌های مثبت‌اندیشی یا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) نمرات بالاتری در متغیر خود ناتوان‌سازی و مؤلفه‌های آن به دست آورده است. لذا، از آزمون بونفرونی برای مقایسه تعقیبی در متغیر مورد بحث استفاده شد. چنانچه در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر کمرو وجود دارد (p < ۰/۰۰۱).

با این حال، مشخص نیست که کدام گروه (مهارت‌های مثبت‌اندیشی یا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) نمرات بالاتری در متغیر خود ناتوان‌سازی و مؤلفه‌های آن به دست آورده است. لذا، از آزمون بونفرونی برای مقایسه تعقیبی در متغیر مورد بحث استفاده شد. چنانچه در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر کمرو تفاوت معنی‌داری وجود دارد

جدول ۵- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه متغیر خود ناتوان‌سازی و مؤلفه‌های آن در سه گروه مهارت‌های مثبت‌اندیشی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
خلق منفی	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۴۰۶	* < ۰/۰۰۱
	مهارت‌های مثبت اندیشی	کنترل	۰/۷۹۹	* < ۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۶۵۰	* < ۰/۰۰۱
تلاش	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۱۹۲	* < ۰/۰۰۱
	مهارت‌های مثبت اندیشی	کنترل	۰/۳۷۸	* < ۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۳۰۷	* < ۰/۰۰۱
عذر تراشی	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۴۰۵	* < ۰/۰۰۱
	مهارت‌های مثبت اندیشی	کنترل	۰/۷۹۶	* < ۰/۰۰۳
	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۰/۶۴۷	* < ۰/۰۰۵
خود ناتوان‌سازی	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۱/۵۵۰	* < ۰/۰۰۵
	مهارت‌های مثبت اندیشی	کنترل	۳/۰۴۹	* < ۰/۰۰۲
	درمان پذیرش و تعهد	مهارت‌های مثبت اندیشی	۲/۴۷۸	* < ۰/۰۴۴

*p < ۰/۰۵ اختلاف معنی دار

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمر و تعهد انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود ناتوان‌سازی این دانش‌آموزان تأثیر دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Adel و Yosefvan مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر خود ناتوان‌سازی در افراد مبتلا به درد مزمن [۲۴] و همچنین Hoseni و همکاران، مبنی بر تأثیر مثبت آموزش شناختی ارتقای امید بر کاهش خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان همسو می‌باشد [۱۱]؛ در حالی که با نتایج مطالعه Asbaghi و همکاران، متناقض است [۲۵]. آنها نشان دادند که آموزش برنامه شناختی- رفتاری Martin بر حیطه عوامل ناتوان‌کننده رفتار و ناتوان‌کننده در ابراز اشتیاق تحصیلی تأثیر معنی‌داری دارد؛ اما بر خود ناتوان‌سازی تأثیر معنی‌داری نداشت. این تناقض، با توجه به تفاوت پروتکل درمانی در دو مطالعه، قابل تبیین است.

طبق نتایج، آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی گروهی، دانش‌آموزان کمر و را به سوی تسلط هرچه بیشتر بر زندگی، لذت بردن و رضایت داشتن از فعالیت‌های روزانه سوق داد که این موارد باعث کاهش خود ناتوان‌سازی شد؛ زیرا انجام فعالیت‌های مثبت باعث گردید تا دانش‌آموزان وقایع را به صورت مثبت تفسیر کنند و با دید منطقی‌تری به رویدادها بنگرند. لذا، یکی دیگر از سازوکارهای تأثیر فعالیت‌های مثبت، صرف‌نظر از ایجاد هیجان مثبت، افزایش افکار مثبت است. فعالیت‌های مثبت دانش‌آموزان کمر و را بر آن داشت تا رفتارهای مثبتی انجام دهند [۸]. طی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در عین حال که هیجان‌های منفی همچون خود ناتوان‌سازی معتبر شمرده می‌شوند، درمانگر دانش‌آموزان را تشویق می‌کند تا ابعاد بالقوه مثبت رویداد منفی کمر و را در زندگی خود شناسایی کنند؛ لذا، دانش‌آموزان می‌آموزند که چگونه با تجربه کمر وی مواجه شده و چگونه مجدداً آن‌ها را به شیوه‌ای مفید و مؤثر در ذهن خود بازسازی نمایند و خود

ناتوان‌سازی را کاهش دهند.

در پژوهش حاضر مشخص شد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمر و تأثیر دارد. هم‌راستا با یافته‌های این مطالعه در یکی از معدود مطالعات صورت گرفته که توسط Ghanbaroorganjari و همکاران وی انجام شد مشخص گردید گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه مؤثر است [۱۵].

دانش‌آموزان کمر و احتمالاً به واسطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که معنای مناسبی به خود ناتوان‌سازی 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 ذهن‌آگاهی، خود ناتوان‌سازی خود را مدیریت کرده و آن را کاهش دهند. ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان کمر و کمک می‌کند تا با زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های بدنی، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها، سطوح خود ناتوان‌سازی را که معمولاً توسط نشانه‌های کمر وی برانگیخته می‌شوند، کاهش دهد. مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با کمر وی ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که این‌ها «فقط افکارند» و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند [۱۲].

مطابق با مهم‌ترین یافته این پژوهش مشخص شد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مهارت‌های مثبت‌اندیشی تأثیر بیشتری بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کمر و دارد. این یافته در راستای مطالعه Ghanbaroorganjari و همکاران قرار می‌گیرد که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه پرداختند و نشان دادند که این رویکرد درمانی بر کاهش خود ناتوان‌سازی تحصیلی تأثیر دارد [۱۵].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیرامون حدوداً شش فرایند پذیرش، ناهمجوشی، ارتباط با لحظه حال، خود، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه سازمان‌دهی شده است [۱۴]. برای

پسران انجام دهند و از سایر طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند. همچنین، تأثیر این مداخلات را پیگیری کنند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مهارت‌های مثبت‌اندیشی تأثیر بیشتری بر خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان دختر کم‌رو داشت، آموزش این رویکرد درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای کاهش خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان کم‌رو توصیه می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشد.

سهم نویسندگان

گردآوری داده‌ها به عهده فاطمه کریمی آذر و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده رعنا ساکن آذری بود. معصومه آزموده اصلاحات مقاله را انجام داد. پرویز عبدالتاج‌دینی شناسایی دانش‌آموزان کم‌رو را بر عهده داشت و پیش‌آزمون را اجرا کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی تبریز با کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.068 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تشویق پذیرش، درمانگر از استعاره‌ها استفاده کرد، مانند استعاره «تقلا در ناودان» که در آن دانش‌آموزان اثرات غیرسازنده‌ای مشابه تلاش برای فرار از غرق شدن در شن و تلاش برای اجتناب از افکار و هیجان‌ها را مشاهده می‌کنند [۱۳]. طی به‌کارگیری تکنیک‌های ناهمجوشی، دانش‌آموزان آموختند افکار تنها می‌توانند به عنوان افکار (به معنای واقعی کلمه) در نظر گرفته شوند، به جای اینکه بر افکار پافشاری کنند، آن‌ها را باور کرده و یا باور نکنند [۱۴]. از تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای گسترش برقراری ارتباط با لحظه کنونی برای آموزش توجه انعطاف‌پذیر به آنچه که در حال حاضر در حال اتفاق افتادن است، استفاده شد. تمرین‌های دیدگاه‌گیری به دانش‌آموزان 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 به‌کارگیری تکنیک‌های مرتبط با ارزش‌ها به دانش‌آموزان کمک کرد تا به دقت آنچه که دوست دارند در حوزه تحصیل داشته باشند را شرح دهند. طی اقدام متعهدانه، درمانگر مواجهه را برای کاهش برانگیختگی انجام داد، بلکه بیشتر به منظور افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری در حضور محرک‌های محدود قبلی (مثلاً کم‌رویی) استفاده نمود [۱۴]. در مجموع، به‌کارگیری این شش دسته تکنیک باعث کاهش خود ناتوان‌سازی دانش‌آموزان کم‌رو شد.

پژوهش حاضر نیز همچون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر نمونه‌ها را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی به جای استفاده از طرح تمام آزمایشی اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از محدودیت‌های اساسی این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود محققان علاقه‌مند به این حوزه، این پژوهش را در بین دانش‌آموزان مقاطع تحصیلی بالاتر و یا پایین‌تر در سایر شهرها و بر روی نمونه‌ای متشکل از

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.
2. Onukwufor JN, Iruloh BRN. Prevalence, Gender and Level of Schooling Differences in Secondary School

- Students Level of Shyness. JEP2017; 8(2):93-100.
3. Burstein M, Ameli-Grillon L, Merikangas KR. Shyness versus Social Phobia in US Youth. *Pediatric* 2011; 128(5):917-925.
 4. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *BRT* 2003; 41(2):209-21.
 5. Heidari M, Dehghani M, Khodapanahi MK. The Impact of Perceived Parenting Style and Gender on Self-Handicapping. *JFR* 2009; 5(2):125-137.
 6. Rhodewalt F, Tragakis MW. Self-handicapping and the social self: The cost and rewards of interpersonal self-construction. In J. P. Forgas & K. D. Williams (Eds.), *the social self: Cognitive, interpersonal, and intergroup perspectives*. New York: Psychology Press 2002:121-140.
 7. Cox BJ, MacPherson PS, Enns MW. Psychiatric correlates of childhood shyness in a nationally representative sample. *BRT* 2005; 43(8):1019-27.
 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*. 1nd ed. Netherlands: Springer; 2014:279-98.
 10. Jafari A, Mehrafzoon D. The effect of positive thinking skills training on adolescent shyness. *PR* 2013; 5(20):148-59. [Persian]
 11. Hoseni A, salimi H, Isa zadegan A. The Effect of Cognitive Hope Enhancing Training on Reduction of Academic Procrastination and Self-handicapping in Boy Students of Boarding Guidance Schools in Boukan. *JEPS* 2015; 10(18):83-102. [Persian]
 12. PlegerabM, Treppnera K, Diefenbacher A, Schadeb C, Dambacherb S, Fydrich T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT: Preliminary results. *EJP* 2018; 32(4):166-173.
 13. Khoramnia S, Bavafa A, Jaberghaderi N, Parvizifard A, Foroughi A, Ahmadi N, Amiri SH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *TPP* 2020; 42(1):30-38.
 14. Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *GJHS* 2016; 8(3):131-138.
 15. Ghanbaroorganjari M, Nobakht H, khajepoor M. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Academic Self-Handicapping among Male High School Students. *Rooyesh* 2019; 8(8):213-220. [Persian]
 16. Borg W, Gall J. *Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Beheshti University; 2015:455-6.
 17. Cheek JM. The revised Cheek and Buss Shyness Scale. Unpublished manuscript, Wellesley College; 1983.
 18. Rai R. (dissertation). *Shyness and sociability re-examined: psychometrics, interactions and correlates*. Hamilton, Ontario: McMaster University; 2011:22-23.
 19. Rajabi G, Abasi G A. A Study of Factorial Structure (construct validity) of the Persian Version of the Revised Shyness Scale among Students. *IJPCP* 2011; 16(4):456-467. [Persian]
 20. Jones EE, Rhodewalt F. *The Self-Handicapping Scale*. Princeton, NJ: Princeton University; 1982:44-45.
 21. Seyed Salehi M, Delavar A. Studying the psychometric properties of self-handicapping scale. *Educational Measurement* 2015; 5(20):97-117. [Persian]
 22. 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]
 23. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *JCCP* 2002; 70(5):1129-1139.
 24. Adel H, Yosefvand M. The effectiveness of reality therapy based on the degree of self-disability of people with chronic pain, Proceedings of the 7th scientific conference on educational sciences and psychology, social and cultural injuries in Iran. Tehran. 2018:11-15. [Persian]
 25. Asbaghi M, Talebi H, Abedi A, Mansheei GH, Froghi AA. The Effectiveness of Martin's Cognitive-Behavioral Learning Program on Motivational Thoughts of Secondary School Students in Tehran Secondary School. *JRES* 2016; 10(34):167-180. [Persian]

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

Karimi Azar F¹, Saken Azari R², Abdoltajedini P², Azmoudeh M³

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

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran. (Corresponding Author) Email: karimiazar.28144@gmail.com, Tel: 09141007949

3- Assistant Prof, Dept of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Received: 24 September 2020 Accepted: 11 April 2021

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of positive thinking skills training and acceptance / commitment therapy on self- disability of shy girl students.

Materials and Methods: The statistical population of this quasi-experimental research included all the female high school students in Tabriz in the academic year 2020-2021; as many as 45 shy students were randomly selected by using a multistage cluster purposive sampling technique, and the samples were then randomly assigned into two groups i.e. experimental and control (15 people in each group). Groups completed the Jones & Rudwalt (1982) Self-Disability Questionnaire as the pre-test and post-test. Positive Thinking and acceptance / commitment therapy skills training (eight sessions, two sessions per week for 4 weeks) was conducted in the experimental groups. The results were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance.

Results: Both positive thinking skills training and acceptance and commitment therapy had significant effects on the self- disability ($p < 0.001$); in comparison to to positive thinking skills, acceptance / commitment therapy had a greater effect on reducing self- disability ($p < 0.001$).

Conclusion: Given the superiority of the effectiveness of acceptance / commitment therapy to reducing self- disability of shy female students, it is recommended the use this technique.

Keywords: Education, Positive thinking, Acceptance and commitment therapy, Self- disability, Shyness, Female students

Please cite this article as follows:

Karimi Azar F, Saken Azar R, Abdoltajedini P, Azmoudeh M. Comparison of the Effectiveness of Positive Thinking Skills Training and Acceptance / Commitment Therapy on Self- Disability of Shy Female Students. Community Health journal 2021; 15 (1): 61-71.

Funding: No financial support.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Ethical Approval: IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.06.