



## اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی دختران نوجوان

وحیده السادات فاطمی<sup>ib</sup> دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
 عبدالله شفیع آبادی\*<sup>ib</sup> استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
 جواد خلعتبری<sup>ib</sup> دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
 عبدالحسن فرهنگی<sup>ib</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ ایمیل نویسنده مسئول: ashafiabady@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۱۶۹-۱۸۴  
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر از آنان در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای جلسات درمانی پذیرش و تعهد اقتباس از پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹) قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار باقی ماندند. از پرسشنامه تجدیدنظر شده مهارت‌های ارتباطی کوئین‌دام (۲۰۰۴) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه اثربخشی معناداری بر درک پیام ( $F=۶/۳۷$ ,  $P=۰/۰۰۴$ )، تنظیم هیجان ( $F=۸/۶۲$ ,  $P<۰/۰۰۱$ )، گوش دادن ( $F=۴/۵۷$ ,  $P=۰/۰۱۷$ )، بینش به ارتباط ( $F=۱۶/۰۴$ ,  $P<۰/۰۰۱$ )، ابراز وجود ( $F=۹/۱۶$ ,  $P<۰/۰۰۱$ ) دختران نوجوان دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان شیوه‌های درمانی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران نوجوان در محیط‌های آموزشی و درمانی به کار برده شود. **کلیدواژه‌ها:** درمان پذیرش و تعهد، مهارت‌های ارتباطی، دختران.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
**درون متن:**  
 فاطمی، عبدالله، شفیع آبادی، خلعتبری، و فرهنگی،  
 (۱۴۰۱)

### در فهرست منابع:

فاطمی، وحیده السادات، شفیع آبادی، عبدالله، خلعتبری، جواد، و فرهنگی، عبدالحسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی دختران نوجوان. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۱۶۹-۱۸۴.

## مقدمه

در چرخه تحول روانی، بین دوره کودکی و بزرگسالی دوره بسیار مهم نوجوانی قرار دارد (دیگیرولامو، اوچاتا و فلورس، ۲۰۲۰). این مرحله انتقالی از ۱۰ تا ۱۱ سالگی آغاز و در حدود ۱۸ تا ۲۲ سالگی تمام می‌شود. این مرحله تحول زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است. لذا یکی از تغییرات مهم این دوره از زندگی، تحول ارتباطی و اجتماعی در نوجوانان است (بیانچی، لونیگرو، بایوسو، بائوگارتنر و لاقی، ۲۰۲۰). یکی از مهارت‌هایی که افراد از طریق آن با دیگران و اطرافیان خود ارتباط برقرار کرده و احساس شایستگی می‌کنند مهارت‌های ارتباطی است (آوادا، دیبا و فائور، ۲۰۲۰).

مهارت‌های ارتباطی یکی از مؤلفه‌های توانمندی اجتماعی است که به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با دشواری‌های زندگی روزمره مقابله کنند و با موقعیت‌های مسئله‌زا کنار آیند (آمنروپ و همکاران، ۲۰۲۰). مهارت‌های ارتباطی شامل درک پیام<sup>۱</sup> (توانایی درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی به صورت واضح)، نظم‌دهی به هیجان‌ها<sup>۲</sup> (نظم‌دادن به هیجانات خود و ناظر به توان ابراز احساسات و کنترل آن و نیز کنار آمدن با عواطف دیگران)، گوش دادن<sup>۳</sup> (فرآیند آموخته و پیچیده حس کردن، تفسیر، ارزیابی، ذخیره سازی و پاسخ دهی به پیام‌های شفاهی)، بینش نسبت به فرآیندها ارتباط<sup>۴</sup> (توانایی درک چگونگی تاثیرگذاری در روابط اجتماعی و نیز توانایی فهم دیگران) و قاطعیت در ارتباط<sup>۵</sup> (ناظر به برخورداری از جسارت به حدی که فرد بتواند صرف نظر از واکنش عاطفی دیگران سوالات و ابهامات خود را بیان کند) می‌شوند (شمشیرگران و همائی، ۱۳۹۷).

نقص در مهارت‌های ارتباطی افراد مانند ناتوانی در تنظیم هیجان، درک پایین در پیام‌های کلامی و غیرکلامی افراد و ضعف در ابراز وجود می‌تواند احساس تنهایی را در آنان افزایش دهد (مولر و سیهوس، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه نقص در مهارت‌های ارتباطی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلاتی مانند افسردگی<sup>۶</sup>، لرانی، کوکس، بهار، ۲۰۲۰) و اضطراب<sup>۷</sup> (مولر و سیهوس، ۲۰۱۹) و ضعف در عزت نفس (یونایک بالات، سزار، بایندیر و یلماز، ۲۰۱۹) در افراد می‌شود، به کارگیری مداخلات درمانی برای کاهش این مشکلات می‌تواند مفید باشد. مداخلات متعددی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی به کار گرفته شده است (لوکاس-تامپسون، سیتز، برودریک و کواتورث، ۲۰۲۰) که از جمله آنها می‌تواند به واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب<sup>۸</sup> اشاره کرد (قریشی و بهبودی، ۱۳۹۶).

درمان پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> یک شکل از درمان موج سوم است (ویسکوویچ و پاکنهام، ۲۰۲۰) که هدف آن شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (سولوشور و همکاران،

1. Understanding message

2. Emotional regulation

3. Listening skills

4. Insight to the communication

5. Assertiveness

6. Depression

7. Anxiety

8. Reality therapy approach based on choice theory

9. Acceptance and commitment therapy

۲۰۲۰). هدف از درمان پذیرش و تعهد پرورش انعطاف‌پذیری روانشناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق حواس، پذیرش و تغییر رفتار است. در این درمان مراجعان تشویق می‌شوند تا احساسات افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده خود را بپذیرند و زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشند. فرآیندهای کلیدی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد و دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است (ابدالی، گل محمدیان و رشیدی، ۱۳۹۷).

با توجه به این‌که نقص در مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان دختر به وجود می‌آید به کارگیری مداخلات روانشناختی می‌تواند دارای اهمیت و نتایج کاربردی برای روانشناسان و مشاوران داشته باشند. از محاسن انجام چنین تحقیقاتی می‌توان به این نکته اشاره کرد که می‌توان از درمان اثربخش‌تر در این پژوهش برای بهبود مشکلات ناشی از نقص در مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان دختر استفاده کرد و این دختران هم در مدارس و هم در محیط اجتماع از سلامت روانشناختی و جسمانی مناسبی برخوردار باشند. لذا انجام این پژوهش دارای اهمیت و ضرورت خواهد بود و می‌تواند نتایج کاربردی هم برای مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی خواهد داشت. بر اساس آنچه گفته شد سوال پژوهش این است، که آیا درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر دوره دوم موثر است؟

### روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری دو ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای شهر تهران به ۵ منطقه (شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب) تقسیم و سپس از بین مناطق مورد نظر یک منطقه و از آن منطقه انتخاب شده سه مدرسه انتخاب و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بر روی دانش‌آموزان اجرا و از میان آنهايي که نمره پایین‌تری در مهارت‌های ارتباطی کسب کردند، به صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند. سپس ۱۵ نفر در گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد) و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارش شدند. با توجه به این مطلب که دلاور (۱۳۹۶) تعداد حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر را در هر گروه برای مطالعات مداخله‌ای مناسب می‌داند، در این مطالعه ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شد. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سن دختران در دامنه ۱۴ تا ۱۶ سال و نمره حداقل در مهارت‌های ارتباطی از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات درمانی و شرکت همزمان در جلسات روانشناختی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تجدیدنظر شده مهارت‌های ارتباطی<sup>۱</sup> (CST-R) کوئین‌دام (۲۰۰۴). این پرسشنامه دارای ۳۴ سوال است و ۵ خرده‌مقیاس درک پیام<sup>۲</sup> با سوالات ۴، ۵، ۶، ۱۲، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۹؛ تنظیم هیجان<sup>۳</sup> با سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۸، ۳۰ و ۳۲؛ گوش دادن<sup>۴</sup> با سوالات ۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۱ و ۳۴؛ بینش به ارتباط<sup>۵</sup> با سوالات ۱، ۲، ۱۷، ۱۸ و ۲۰؛ ابزار وجود<sup>۶</sup> با سوالات ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۳۳ را اندازه‌گیری می‌کند (سلیمی و قدم‌پور و رضایی، ۱۳۹۷). نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گهگاه ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۲، ۴ و ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (عطاری، شمسی و اکبری ترکستانی، ۱۳۹۱). دامنه نمره برای هر فرد بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. نمره بین ۳۴ تا ۶۸ بیانگر مهارت‌های ارتباطی ضعیف، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ بیانگر مهارت ارتباطی متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۲ بیانگر مهارت ارتباطی خوب است (میری، جلال منش و فشارکی، ۱۳۹۸). در داخل ایران قابلیت اعتماد و اعتبار پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار محتوایی و صوری آن تایید و اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه‌گیری و ضریب ۰/۸۶ گزارش شده است (اشرفی ریزی، امرایی، پاپی، بهرامی و سموعی، ۱۳۹۱). همچنین در یک پژوهش دیگر، اعتماد پرسشنامه به روش تصنیف ۰/۷۱ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ و به روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۷۰ به دست آمده است (شمشیرگران و همائی، ۱۳۹۷). همچنین اعتبار سازه پرسشنامه از با شیوه تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مقدار عددی شاخص کایزر، مایر و اولکین ۰/۷۱ گزارش شده است که نشانه اعتبار سازه پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی است (سلیمی و قدم‌پور و رضایی، ۱۳۹۷). در این پژوهش برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب مرحله پیش آزمون ۰/۸۱، مرحله پس آزمون ۰/۷۶ و مرحله پیگیری ۰/۸۶ به دست آمده است.

۲. جلسات درمان پذیرش و تعهد. درمان پذیرش و تعهد ۱۲ جلسه اقتباس پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹) است که گروه آزمایش آموزش دیدند. از مبانی نظری این درمان نظریه زمینه‌گرایی کارکردی<sup>۷</sup> و نظریه چارچوب رابطه‌ی ذهنی<sup>۸</sup> می‌باشند. روایی این جلسات در پژوهش‌های امان‌اللهی، حیدریان‌فر، خجسته‌مهر و ایمانی (۱۳۹۳) و مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی (۱۳۹۴) تایید شده است.

1. Communication Skills Test-Revised (CSTR)

2. Understanding message

3. Emotional regulation

4. Listening skills

5. Insight to the communication

6. Assertiveness

7. Functional contextualism

8. Relational frame theory

جدول ۲. جلسات درمانی پذیرش و تعهد اقتباس از پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹)

ردیف	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۱	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از افرا آزمودنی، معرفی درمان پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش‌آزمون.
۲	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی، ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
۳	ارزیابی هزینه-های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	تعریف پذیرش، شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن، پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
۴	تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات
۵	همجوشی شناختی	تشریح توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
۶	مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
۷	انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
۸	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود	بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده‌ی اتوبوس.
۹	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرد عمل متعهد.
۱۰	خود به عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به عنوان زمینه رابطه، کاربرد اقدام متعهد، استعاره صفحه‌ای شطرنج
۱۱	پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد، کاربرد اقدام متعهد
۱۲	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرد اقدام متعهد در خانه و اجرای پس‌آزمون

### روش اجرا

در این پژوهش مانند هر پژوهشی دیگر برخی مفاد اخلاقی در دو بخش اجرایی و نگارشی عمل شده است. در بخش اجرایی حریم خصوصی و محرمانه بودن<sup>۱</sup> داده‌های جمع‌آوری شده رعایت شد، به این صورت که

1. Privacy and confidentiality

اطلاعات گردآوری شده در راستای هدف این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین در این پژوهش احترام به کرامت و حقوق<sup>۱</sup>، حریم خصوصی، اسرار و آزادی آزمودنی‌ها توجه شد. توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. همچنین برای رعایت موازین اخلاقی جلسات درمانی به افراد گروه گواه نیز آموزش داده شد. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت کنترل متغیر پیش آزمون استفاده شد. برای بررسی مقایسه دو روش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی بن فرونی<sup>۲</sup> و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری، از تفاضل پیگیری از پیش آزمون با تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است.

### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۱۶/۸۵ (۴/۵۴) و گروه گواه، ۱۶/۲۱ (۴/۱۸) بود. شاخص‌های توصیفی حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی

متغیرهای پژوهش	مرحله	آزمایش	گواه
درک پیام	سنجش	میانگین	انحراف معیار
	پیش آزمون	۱۵/۷۳	۱۳/۸۷
	پس آزمون	۱۷/۴۷	۱۵/۳۳
تنظیم هیجان	پیگیری	۱۷/۴۰	۱۵/۶۰
	پیش آزمون	۱۴/۷۳	۱۴/۶۰
	پس آزمون	۱۶/۵۳	۱۴/۸۷
گوش دادن	پیگیری	۱۶/۴۷	۱۴/۸۰
	پیش آزمون	۱۰/۹۳	۱۱/۱۳
	پس آزمون	۱۲/۱۳	۱۱/۴۷
بینش به ارتباط	پیگیری	۱۲/۰۷	۱۱/۴۰
	پیش آزمون	۱۲/۶۷	۱۲/۵۳
	پس آزمون	۱۴/۲۰	۱۲/۶۷
ابراز وجود	پیگیری	۱۴/۱۳	۱۲/۶۰
	پیش آزمون	۱۰/۴۷	۱۰/۶۰
	پس آزمون	۱۱/۹۳	۱۰/۸۷

1. Respect for people's rights and dignity

2. Bonferroni

پیگیری		۱۱/۸۷	۰/۹۹۰	۱۰/۸۰	۰/۷۷۵
جدول ۲، میانگین و انحراف معیار شاخص‌های توصیفی شامل حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.					
جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها					
متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی	
	درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی معناداری
درک	آزمایش ۱۵	۰/۵۴۵	۲۸	۰/۱۵۷	۰/۳۳
پیام	گواه ۱۵	۰/۷۸		۰/۶۹۵	۰/۸۰
تنظیم	آزمایش ۱۵	۰/۸۱	۲۸	۲/۳۳	۰/۲۷
هیجان	گواه ۱۵	۰/۶۲۰		۰/۱۸	۰/۹۱
گوش	آزمایش ۱۵	۰/۸۲۲	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۴۷
دادن	گواه ۱۵	۰/۴۳۷		۰/۱۳۳	۰/۸۴
بینش به	آزمایش ۱۵	۰/۵۳۲	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۳۵
ارتباط	گواه ۱۵	۰/۷۴۸		۰/۱۹۶	۰/۷۷
ابراز	آزمایش ۱۵	۰/۶۲۷	۲۸	۱/۰۷۰	۰/۳۶
وجود	گواه ۱۵	۰/۷۴۵		۰/۲۲۱	۰/۸۹

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر مهارت‌های ارتباطی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از مولفه‌های مهارت‌های ارتباطی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مهارت‌های ارتباطی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
درک پیام	زمان*گروه	۱۷۹/۲۸۹	۲	۸۹/۶۴۴	۳۱/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۴۸/۶۰۰	۱	۴۸/۶۰۰	۶/۳۷۱	۰/۰۰۴	۰/۲۵۶
تنظیم هیجان	زمان*گروه	۳۲/۲۸۹	۲	۶۶/۱۴۴	۲۰/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	گروه	۵۴/۱۵۰	۱	۵۴/۱۵۰	۸/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
گوش دادن	زمان*گروه	۱۰۶/۴۶۷	۲	۵۳/۲۳۳	۱۵/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	گروه	۸۸/۸۱۷	۱	۸۸/۸۱۷	۴/۵۷۸	۰/۰۱۷	۰/۱۹۸

۰/۴۲۳	۰/۰۰۱	۲۵/۶۳۲	۸۵/۲۷۸	۲	۱۷۰/۵۵۶	زمان*گروه	به	بینش
۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	۱۶/۰۴۰	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	گروه		ارتباط
۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	۴۶/۵۷۳	۱۳۰/۸۱۱	۲	۲۶۱/۶۲۲	زمان*گروه		ابراز وجود
۰/۳۳۱	۰/۰۰۱	۹/۱۶۸	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	گروه		

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد مهارت‌های ارتباطی معنادار است ( $p < 0/01$ ). این یافته بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود مهارت‌های ارتباطی بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان پذیرش و تعهد در ابعاد مهارت‌های ارتباطی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
درک پیام	پیش	۲/۴۶	۱/۲۵	۰/۰۰۲
	پس	۲/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۱۲
تنظیم هیجان	پس	۰/۹۲	۱/۲۲	۰/۰۸۹
	پیش	۲/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۲
گوش دادن	پس	۳/۱۴	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پس	۰/۸۴	۱/۲۹	۰/۱۲۰
بینش به ارتباط	پیش	۲/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۲۱
	پس	۳/۹۰	۱/۳۱	۰/۰۰۱
ابراز وجود	پس	۰/۱۹	۱/۳۳	۰/۱۳۵
	پیش	۲/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۴
	پس	۲/۹۶	۱/۱۵	۰/۰۱۸
	پس	۰/۶۷	۱/۱۲	۰/۱۰۲
	پیش	۳/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پس	۳/۵۷	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	پس	۰/۱۵	۱/۱۹	۰/۰۸۱

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد مهارت‌های ارتباطی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ( $P < 0/01$ ). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ( $p < 0/01$ ).



### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه بود. نتایج نشان داد که استفاده از درمان پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ارتباطی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات یراقچی، جمهری، صیرفی، کراسکیان موجهباری و محمدی فارسانی (۱۳۹۸) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که یکی از مهمترین فرایندهای درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، رضایت از زندگی حاصل شود (توهینگ، ۲۰۱۲؛ به نقل از یراقچی و همکاران، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری مراجع نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان می‌دهد که چرا همجوشی شناختی و اجتناب تجربی مضر است و یک نوع رفتار درمانی است که هدف آن به عمل در آوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزار دهنده است (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱). زمانی که فرد در مهارت‌های ارتباطی ضعف دارد، در تنظیم هیجان و ابراز وجود و همچنین درک پیام دیگران ناتوان است. در واقع، یکی از بخش‌های مهم در درمان پذیرش و تعهد، درک ماهیت انطباقی هیجانها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف از جمله ذهن‌آگاهی است. در واقع مهارت ذهن‌آگاهی، یکی از فنونی است که پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالت هیجانی مثبت در افراد است. چرا که این مهارت از یکسو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتارهای سازگارانه می‌شود و در نهایت منجر به افزایش تنظیم هیجان به عنوان یکی از مهارت‌های مهم ارتباطی در فرد می‌شود. همچنین در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش سلامت روان خود شوند. در واقع رویارویی فعال و موثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی و ارتباطی را می‌توان جزو عوامل اصلی این روش دانست. لذا منطقی است که درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش مهارت‌های ارتباطی شود و این اثربخشی تا مرحله پیگیری تداوم داشته باشد.

در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد تحت درمان آن زمینه‌ای را که افکار آنها اتفاق می‌افتند، تغییر می‌دهد و تأثیر و اهمیت رویدادهای شخصی مشکل را کاهش می‌دهد. از لحاظ بالینی، این افراد می‌آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط علائم بدنی ببینند، هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آنها از این ناشی می‌شود که آنها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند که آنچه ادعا می‌کنند هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (هیز و استروهل، ۲۰۱۰؛ به نقل از نیکوکار، جعفری، فتحی و پویامنش، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن،

افراد با باورهای غیرمنطقی را از اشتغال ذهنی به افکار غیرمنطقی رها کند؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌شود. در صورتی که در الگوی درمانی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب به افراد آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به هدف‌هایشان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند. لزوم بهره‌گیری مؤثر از روش واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب در بین نوجوانان، تهیه و اجرای برنامه‌های مسئولانه از طرف آنان است که این امر خود به خود باعث کاستی این روش در مقایسه با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خواهد بود؛ زیرا تدوین برنامه برای شناسایی نیازها و دستیابی به اهداف برای اغلب نوجوانان امری پیچیده است و نیازمند توجه به مسائل و موارد روانشناختی زیادی برای فرد نوجوانان می‌باشد.

از آنجایی که این پژوهش بر روی نوجوانان دختر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به دانش‌آموزان سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی نوجوانان دختر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه سایر شهرها نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر سایر مشکلات نوجوانان مانند تاب‌آوری، تحمل پریشانی و غیره بر روی دختران نوجوان صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی، درمان ذهن‌آگاهی، درمان شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دختر در پی داشته باشد. علاوه بر استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی که امکان سوگیری در آنها محتمل است پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد. درمان پذیرش و تعهد بر بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران نوجوان اثربخش بود. بر این اساس به روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات ارتباطی دختران نوجوانان با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی به نوجوانان کمک کنند تا در زمینه مهارت‌های ارتباطی با دیگران موفق‌تر عمل کنند، روابط اجتماعی سازنده‌تری کسب کنند. لذا می‌توان از درمان پذیرش و تعهد در مدارس دخترانه به عنوان درمان‌های راحت، در دسترس و کم هزینه برای بهبود مشکلات ارتباطی نوجوانان استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود این آموزش‌ها به عنوان یک بسته درمانی کارآمد و کم هزینه، از سوی مراکزی که با نوجوانان در ارتباط هستند، مورد توجه قرار گیرد. لازم به گفتن است نوجوانانی که در درمان پذیرش و تعهد شرکت داشتند، با نشان دادن استقبال زیاد برای شرکت در این جلسات، مصرا خواستار ادامه جلسات بودند و اظهار می‌داشتند که مایل‌اند این درمان را به دیگران معرفی کنند. لذا با توجه به استقبال این درمان از سوی نوجوانان به مدارس پیشنهاد

می‌شود از این جلسات درمانی با استفاده از یک روانشناس و مشاور مسلط به درمان مورد نظر به عنوان یک فعالیت فوق برنامه‌ای در مدارس برای کمک به بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران نوجوان استفاده کنند.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش محققان را یاری کردند و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم-سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- ابدالی، ا؛ گل محمدیان، م؛ رشیدی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۲۵(۴): ۵۷۳-۵۸۰.
- اشرفی‌ریزی، ح؛ امرایی، م؛ پاپی، ا؛ بهرامی، س؛ سموعی، ر. (۱۳۹۱). مولفه‌های مهارت‌های ارتباطی و ارتباط آنها با ویژگی‌های جمعیت شناختی در کتابداران دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله نظام‌ها و خدمات اطلاعاتی*. ۲(۱): ۹۳-۷۹.
- امان‌اللهی، ع؛ حیدریان‌فر، ن؛ خجسته‌مهر، ر؛ و ایمانی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها. *دوفصلنامه علمی و پژوهشی مشاوره کاربردی*. ۴(۱): ۱۱۹-۱۰۳.
- دلاور، ع. (۱۳۹۶). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. ویرایش جدید، تهران: انتشارات رشد.
- سلیمی، ح؛ قدم‌پور، ع؛ رضایی، ف. (۱۳۹۷). دویین مدل ساختاری پیشبینی قربانی شدن قلدری از طریق عوامل محیطی و مهارت‌های ارتباطی با واسطه‌گری آشفتگی روانشناختی. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*. ۷(۲): ۹۵-۷۱.

شمشیرگران، م؛ همائی، ر. (۱۳۹۷). بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی و مولفه‌های آن با دلزدگی زناشویی در کارکنان متاهل شرکت ملی حفاری استان خوزستان. *نشریه رویش روانشناسی*. ۷(۱): ۱۱۱-۱۳۴.

عطارها، م؛ شمسی، م؛ اکبری ترکستانی، ن. (۱۳۹۱). مهارت‌های ارتباطی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک در فرآیند آموزش. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۲(۹): ۲۷۶-۲۸۵.

مرشدی، م؛ داورنیا، ر؛ زهراکار، ک؛ محمودی، م؛ شاکرمی، م. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجها. *پژوهش پرستاری*. ۱۰(۴): ۷۶-۸۷.

میری، قمر؛ جلال‌منش، ش؛ فشارکی، م. (۱۳۹۸). تاثیر هوش هیجانی بر مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری. *نشریه روان پرستاری*. ۷(۱): ۲۶-۳۲.

یراقچی، آ؛ جمهری، ف؛ صیرفی، م؛ کراسکیان مومجباری، آ؛ محمدی فارسانی، غ. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۷(۲): ۱۹۲-۲۰۱.

## References

- Awada, G. M., Diab, H. B., & Faour, K. H. (2020). Effect of GI and Glogster on Improving the Intercultural Communication Skills in Higher Education. In *Multicultural Instructional Design: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 576-604). IGI Global.
- Ammentorp, J., Bigi, S., Silverman, J., Sator, M., Gillen, P., Ryan, W., & Martin, P. (2020). Upscaling communication skills training—lessons learned from international initiatives. *Patient Education and Counseling*, 1(1), 1-10.
- Bianchi, D., Lonigro, A., Baiocco, R., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2020, July). Social Anxiety and Peer Communication Quality During Adolescence: The Interaction of Social Avoidance, Empathic Concern and Perspective Taking. In *Child & Youth Care Forum* (pp. 1-24). Springer US.
- DiGirolamo, A. M., Ochaeta, L., & Flores, R. M. M. (2020). Early childhood nutrition and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Food and Nutrition Bulletin*, 41(1\_suppl), S31-S40.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Lindner, P., Miloff, A., Bergman, C., Andersson, G., Hamilton, W., & Carlbring, P. (2020). Gamified, automated Virtual Reality Exposure Therapy for fear of spiders: A single-subject trial under simulated real-world conditions. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1), 1-10.
- Lucas-Thompson, R. G., Seiter, N. S., Broderick, P. C., & Coatsworth, J. D. (2020). Mindfulness interventions to reduce impact of interparental conflict on adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 392-402.
- Moeller, R. W., & Seehuus, M. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of adolescence*, 73, 1-13.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*. 16(4), 430-442.

- Queendom A. (2004). Queendom Communication skills test- Revised. Available online by internet: <http://www.queendom.com/cgi-bin/tests/transfer.cgi>.
- Ranney, R. M., Cox, C. M., & Behar, E. (2020). Relationships Between Emotion Regulation and Depression in High and Low Worriers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(1), 101-110.
- Sloshower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2020). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 12-19.
- Uyanik Balat, G., Sezer, T., Bayindir, D., & Yilmaz, E. (2019). Self-Esteem, Hopelessness and Communication Skills in Preschool Teacher Candidates: A Mediation Analysis. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 14(2), 278-293.
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 929-951.

\*\*\*

## پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی

ردیف	گویه‌ها	هرگز	به ندرت	که گاه	کثراوقات	همیشه
۱	وقتی که چیزی را برای دیگران توضیح می‌دهم، از آنها می‌پرسم که آیا تا اینجا حرفم را فهمیده‌اند.					
۲	دیگران متوجه صحبت‌های من نمی‌شوند.*					
۳	سعی می‌کنم نظراتم را به روشنی بیان کنم.					
۴	وقتی دیگران در جریان موضوع صحبت من نیستند، بیان عقایدم برایم دشوار می‌شود.*					
۵	وقتی متوجه سوالی نمی‌شوم، درخواست می‌کنم که سوال را روشنتر بیان کنند.					
۶	متوجه منظور صحبت دیگران نمی‌شوم.*					
۷	این که از دید دیگران به موضوع نگاه کنم، برایم راحت است.					
۸	حتی وقتی که حواسم جای دیگر است، وانمود می‌کنم که دارم گوش می‌دهم.					
۹	ابراز احساسات برایم دشوار است.					
۱۰	وقتی که حرفی مربوط به موضوع برای گفتن داشته باشم، قطع کردن صحبت دیگران برایم مسأله‌ای نیست.					
۱۱	وقتی با دیگران حرف می‌زنم، می‌توانم از چهره آن‌ها احساساتشان را بخوانم.					
۱۲	وقتی که می‌دانم دیگران قصد دارند چه مطلبی را بگویند، زودتر از اینکه تمام کنند جوابشان را می‌دهم.					
۱۳	وقتی که مجبورم چیزی بگویم که از برداشت‌ها و واکنش‌های مخاطب آگاه نیستم، به شدت به هم می‌ریزم.					
۱۴	می‌توانم نقاط ضعفم را چنان مخفی کنم که بهانه‌ای به دست دیگران ندهم.					
۱۵	وقتی که اشتباه کردم، از اینکه اشتباه خود را بپذیرم، نمی‌ترسم.					
۱۶	بهترین راه برای اینکه به دیگران کمک کنم تا مرا درک کنند، آن است که احساسات، افکار و عقایدم را به آنان بگویم.					
۱۷	وقتی صحبت‌ها احساس می‌شوند، میل دارم موضوع را عوض کنم.					
۱۸	وقتی که می‌فهمم احساسات کسی را جریحه دار کرده‌ام، از او معذرت خواهی می‌کنم.					
۱۹	وقتی از من انتقاد می‌شود، ناراحت می‌شوم و مقاومت می‌کنم.					
۲۰	وقتی ناراحت هستم و کسی از من می‌پرسد که «ناراحت هستی؟» پنهان نمی‌کنم.					
۲۱	دوست دارم هرچه زودتر به اصل مطلب بپردازم.					

- ۲۲ وقتی که با کسی صحبت می‌کنم، سعی می‌کنم خودم را جای او بگذارم.
- ۲۳ وقتی که کسی در پیدا کردن کلمات مناسب مشکل دارد، با کمال میل آنچه که فکر می‌کنم او می‌خواهد بگوید، پیشنهاد می‌کنم.
- ۲۴ دیگران می‌گویند که من صدایم را بلند می‌کنم (بلند صحبت می‌کنم)، اگر چه خودم از این موضوع آگاه نیستم.
- ۲۵ به طور طبیعی چنین است که در مکالمات، من بیشتر صحبت می‌کنم.
- ۲۶ این طور فکر می‌کنم که با حضور من مجلس صمیمی‌تر می‌شود.
- ۲۷ به آنچه دیگران می‌گویند علاقه مند می‌شوم.
- ۲۸ اگر کسی با من مخالفت کند، احساس ناراحتی می‌کنم به ویژه اینکه آن شخص تجربه مرا هم نداشته باشد.
- ۲۹ وقتی از کسی انتقاد می‌کنم، مطمئنم که منظورم عمل و رفتار اوست نه خود او، مثلاً به جای اینکه بگویم: «تو دوست خوبی نیستی»، می‌گویم: «من با این برخورد تو موافق نیستم».
- ۳۰ من قادرم مشکلات را بدون از دست دادن کنترل عواطفم حل‌کنم.
- ۳۱ به هنگام صحبت با دیگران از واکنش عاطفی خودم به آنچه گفته می‌شود، آگاهم.
- ۳۲ تمایل دارم بحث بر سر موضوعات رنجش آور را به تأخیر بیندازم.
- ۳۳ قادرم با کسی که احساساتم را جریحه دار کرده است، مقابله به مثل کنم.
- ۳۴ از بیان مخالفت‌م با دیگران اجتناب می‌کنم، چون ممکن است از من ناراحت شوند.

## The effectiveness of acceptance and commitment therapy on communication skills of female students of high school

Vahideh Alsadat Fatemi<sup>1</sup>, Abdollah Shafie Abadi<sup>2\*</sup>, Javad Khalatbari<sup>3</sup> & Abdolhasan Farhangi<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the effectiveness of admission and commitment therapy on communication skills of female high school students. **Methods:** The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test design with a control group with a 2-month follow-up phase. In this study, the statistical population was female high school students in Tehran in the academic year 2019-20. Using simple random sampling method, 30 of them were divided into two groups of experimental and control (15 people in each group). The experimental group underwent 12 90-minute sessions of acceptance and commitment therapy sessions adapted from Peterson, Efert, Fingold, and Davidson (2009); But the control group did not receive any intervention and remained on the waiting list. The Revised Communication Skills Questionnaire Queendom (2004) was used to collect information. The analysis of information obtained from the implementation of questionnaires was performed through SPSS software version 24 in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance, one-way analysis of variance and Bonferroni post hoc test). **Results:** The results showed that acceptance and commitment treatment in the post-test and follow-up stages compared to the control group had a significant effect on message perception ( $F=6.37$ ,  $P=0.004$ ), emotion regulation ( $F=8.62$ ,  $P<0.001$ ), listening ( $F=4.57$ ,  $P=0.017$ ), insight into communication ( $F=4.04$ ,  $P<0.001$ ), assertiveness ( $F=9.16$ ,  $P<0.001$ ) has teenage girls. **Conclusion:** Based on the results of the present study, it can be said that acceptance and commitment therapy can be used as therapeutic methods to improve communication skills of adolescent girls in educational and medical settings.

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, Communication Skills, Students, Girls.*

---

1. PhD student, Department Counseling, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. \* Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor Psychology, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. Department psychology, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.H

Email: ashafiabady@yahoo.com