مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، شماره ۲۲، زمستان ۱۳۹۹جلد۱، ص ۴۹-۳۵
http://www.jisc.ir

# اثربخشی آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم، تاب آوری و خودتنظیمی هیجانی در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۲ / زمستان ۱۳۹۹ / ص ۴۹-۳۵

**لقمان مام خضری[۱]، کامران عزیزی ارشد[۲]، ابراهیم ناصری[۳]**
[۱]کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، علوم تحقیقات تهران
[۲] کارشناسی ارشد روانسنجی، دانشگاه علامه طباطبایی
[۳] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات آذربایجان غربی

(نویسنده مسئول):
**لقمان مام خضری**

**چکیده**
هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم، تاب آوری، خودکنترلی هیجانی در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری می باشد. پژوهش حاضر از نظر هدف جزء کاربردی و از نظر روش جزء پژوهشهای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضررا والدین دانش آموزان دختر و پسر دارای ناتوانی یادگیری که در سال ۹۷-۹۶ به دو مرکز مشکلات ویژه یادگیری شهرستان ارومیه (دولتی و غیر دولتی) مراجعه می کنند. در این پژوهش ۳۰ نفر از والدین دانش آموزان دختر و پسر دارای ناتوانی یادگیری به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در گروه های آزمایش و کنترل گمارده شدند. به منظور جمع آوری داده ها از آموزش تعهد و پذیرش(ACT)، و از پرسشنامه های کنترل خشم اسپیلبرگر(STAXI) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی[۴] هافمن و کاشدن[۵] (E-S-R) و پرسشنامه مقیاس تاب آوری کونور – دیویدسون[۶] (۲۰۰۳) (CD-RIS) استفاده شد. آزمودنی های گروه آزمایش وکنترل، آموزش تعهد و پذیرش را در ۱۰ جلسه دریافت کردند. داده های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین نمرات کنترل خشم، تاب آوری و خود تنظیمی هیجان، دو گروه پس از اعمال آموزش تعهد و پذیرش وجود دارد. در نتیجه آموزش تعهد و پذیرش می تواند به عنوان یک آزمون و مهارت در پیشرفت و بهبود کنترل خشم، تاب آوری و خودتنظیمی هیجان والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** آموزش تعهد و پذیرش، کنترل خشم، تاب آوری، خود تنظیمی هیجان، اختلال یادگیری

---

4 Emotional self-regulation
5 Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B
6 Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

**۱-مقدمه**

خانواده یکی از تأثیرگذارترین نهادهای اجتماعی در فرایند تربیت کودکان است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضاء باهم و کمک به استقلال کودکان است (نریمانی، آقا محمدیان، رجبی، ۱۳۸۶). هیچ بستری از لحاظ قدرت و گستره تأثیر، با سیستم خانواده برابری نمی کند. خانواده بر رشد عقلانی، هیجانی، اجتماعی (برک[۱]، ۱۳۹۱)، تحریک هوشی، سلامت عاطفی، رشد خودپنداره و عزت نفس تأثیرگذار است (لرنر[۲]، ۱۳۸۴). هر فکری که والدین درمورد خودشان به عنوان پدر و مادر و یا فرزندانشان و پرورش آنها، به عنوان عقاید والدین داشته باشند، بر محیط خانواده تأثیرگذار خواهد بود(کاپلان، هستینگز، لانگاسه، مولتون[۳]، ۲۰۰۲). بر همین اساس حضور کودکی که دچار ناتوانی های یادگیری است، می تواند شرایط ویژه ای را برای خانواده ایجاد کند، به گونه ای که والدین کودکان دچار ناتوانی های یادگیری ممکن است با چالش هایی مواجه شوند که شاید سایر والدین، هرگز آن چالش ها یا مسایل را تجربه نکنند (کاکاوند، ۱۳۸۵).

معمولا در سنین کودکی والدین حساسیت های ویژه ای نسبت به فرزندان خود دارند و تشخیص هرگونه مشکل جدی ازجمله اختلال یادگیری برای کودکانشان با تأثیر مخربی که بر روحیه آنها می گذارد توانایی پدر و مادر را برای کمک به فرزند مبتلا را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. اصطلاح ناتوانی های یادگیری از نیاز به تشخیص و خدمت به دانش آموزانی برخواسته است که بطور مداوم در کارهای درسی خود با شکست مواجه می شوند و در عین حال در چهارچوب سنتی کودکان استثنایی نمی گنجند(کریمی، ۱۳۸۹). افراد مبتلا برخلاف افراد کم توان ذهنی لزوما هوشبهر پایینی ندارند، اما با وجود تلاش های قابل توجه در یادگیری برخی از دروس، نمی توانند عملکرد موفقی داشته باشند(تبریزی، ۱۳۸۰). حضور کودک دچار ناتوانی های یادگیری می تواند شرایط ویژه ای را برای خانواده ایجاد کند، به گونه ای که والدین کودکان دچار ناتوانی های یادگیری ممکن است با چالش هایی مواجه شوند که شاید هرگز سایر والدین آن را تجربه نکنند (کاکاوند،۱۳۸۵). گزارش شده است که والدین این کودکان، درمقایسه با والدین کودکان عادی، احساس محرومیت و سطح بالایی از استرس و افسردگی را تجربه می کنند (رواچ، آرموند وبارات[۴]،۱۹۹۹) و علاوه بر این دچار مشکلات سازشی بیشتری نیز هستند (کوئین و پاول[۵]، ۱۹۸۵، رواچ، آرموند و، بارات، ۱۹۹۹). همچنین این والدین بدلیل شرایط خاصی که در مسیر تربیت کودک خود دارند، تجارب مختلفی نسبت به والدین سایر کودکان عادی خواهند داشت. ناتوانی های کودکان مشکلاتی مانند خشم، انکار، احساس گناه، اندوه، بی کفایتی، حمایت بیش از حد، طرد، همانندسازی با کودک ناتوان و عدم تحمل کودک را در والدین برمی انگیزد (کاکاوند، ۱۳۸۵). مهمترین مساله در اینجا بعد تربیت و آموزش کودک است که، وقتی اولیا با ناکامی هایی در این مورد مواجه می شوند اقدام به خشم و پرخاشگری می نمایند. خشم به عنوان هیجان بنیادین (آتلی[۶]، ۱۹۹۲) که احساس آن از جمله مراحل واکنش اندوه است که به دنبال شوک ناشی از ناکامی ایجاد می گردد (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶). دانش و همکارانش(۱۳۹۳)، نشان دادند که بین مادران کودکان دارای ناتوانی های یادگیری در مؤلفه احساس خشم، واکنش خشمناک، برون ریزی خشم، درون ریزی خشم، کنترل برون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم با مادران کودکان عادی تفاوت معناداری دارند. خشم مادران در رابطه با ناتوانی های یادگیری تعدیل کننده نیست (دانش و همکاران،۱۳۹۳).

یکی دیگر از متغیرهای موثر در سلامت روان در والدین کودکان استثنایی علاوه بر خشم بالا کنترل پایین خشم، خودکنترلی هیجانی است. همانطوری که افشاری (۱۳۸۳)، نشان داد که راهبردهای مقابله ای مادران استثنایی، کمتر مفید و غیر موثر و یا متمرکز بر هیجان است، که هیچ کنترل و تنظیمی بر استرس و هیجانات خود ندارند. اگرچه تعاریف گوناگونی از خودتنظیمی شده است ولی مجموعه این تعاریف حاکی از آنند که، خود تنظیمی در کل بکارگیری توانایی هایی چون انتقال توجه، تلاش برای کنترل، مدیریت هیجان و تنظیم هدف، نظارت بر خود و استفاده از راهبردها گفته می شود(آمستار[۷]،۲۰۰۸). از این رو تنظیم هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد و تعجب آور نیست که آشفتگی در تنظیم و کنترل هیجانات، منجر به اندوهگینی و آسیب روانی می شود (علیمردانی، ۱۳۹۴).

یکی از عواملی که می تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان شناختی را افزایش دهد، تاب آوری می باشد. گارمزی و ماستین[۸] (۱۹۹۱)، تاب آوری را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری

[1] Berk Laura e.
[2] Lerner
[3] Coplan, Hastings, Langace & Moulton
[4] -Roach, Ormond & Barratt
[5]-Paul&Quine
[8]- Oatley
[7]-Amstadter
[8]- Garmezy&Masten

موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده اند. والر[1] (۲۰۰۱) تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب ها و تهدیدات) می داند. البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. تاب آوری از دیگر مولفه های موثر بر سلامت روان است که در اصل به معنای عقب جهیدن و از فیزیک گرفته شده است. تاب آوری یک فرایند یا توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است (گارمزی و ماستین،۱۹۹۹ به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد،۱۳۸۶) می توان گفت تاب آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی_روانی در شرایط خطرناک است(کانر و دیویدسون[2]،۲۰۰۳).

در مورد تاب آوری والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری میکاییلی و همکاران(۱۳۹۳)، در تحقیقاتشان به این نتیجه رسیدند، که رضایت زناشویی، تاب آوری و سلامت روانی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری، کمتر از والدین کودکان عادی می باشد، همانطوری که گفته شد، والدین کودکان استثنایی درخواست های مراقبتی قابل ملاحظه و زندگی تنش زایی را تجربه می کنند که سلامت روانی آنها را مختل می کند(گیالو، سیمور متیوس، گاویدیا پاپن، هدسون و کامرون[3]). افرادی که کودکان با نیازهای ویژه دارند نه تنها با ویژگی های خاص این کودکان، مواجه هستند(لیسنبری وریفلد، ۲۰۰۴)، بلکه برچسب های ناشی از تفسیرهای متفاوت فرهنگی از آسیب دیدگی رنج می برند(خامیس[4]،۲۰۰۷). در این شرایط بهزیستی روان شناختی والدین اهمیت خاصی دارد. رابطه اختلالهای یادگیری و خانواده آنقدر قوی است که برخی پژوهشگران علاوه بر ریشه های عصب شناختی، محیط خانواده را نیز در شکل گیری آن موثر می دانند و گزارش می کنند که والدین این فرزندان، استرس والدینی بیشتر، مهارت پایین تر در خواندن و سبک والدینی نامناسب تری دارند (بونیفاسی، استورتی، توبیا و سواردی، ۲۰۱۵).

بنابرین در تشخیص چنین اختلالاتی پدر و مادر نیز موضوع درمان قرار می گیرند؛ تا بتوانند شرایط تنش زا را مدیریت نموده و درمان فرزندشان را نیز تسهیل کنند. در غیر این صورت حتی ممکن است اختلالهای یادگیری کودک به مشکلات جدی تری در حیطه های روانی، اجتماعی و تحصیلی منجر شود. چنانچه پژوهش کانوری و همکاران(۲۰۰۸)، حاکی از آن است که سبک دلبستگی ناایمن والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری در راهبردهای هیجانی-رفتاری این کودکان اختلال ایجاد کرده؛ عامل خطری برای توسعه مشکل آن ها تلقی شود. برای موارد فوق درمانهای مختلفی مطرح است از جمله درمان (CBT) , (DBT) و... که هریک به نوبه خود کمک کننده و مفید می نماید.

یکی دیگر از این درمانهای نسل سوم، آموزش تعهد و پذیرش[5] (ACT) است. این درمان یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی-رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی با ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانی است یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه تنها عملی جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. پس از ایجاد انعطاف پذیری روانی که در طی آن فرد به طور کامل با لحظه اکنون تماس دارد، بر اساس مقتضیات وضعیتی که درآن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزشهایی که برگزیده است تغییر یا ادامه می دهد (حر و همکاران،۱۳۹۲). این درمان با استفاده از شش مولفه بنیادین ۱- پذیرش ۲- پای بندی/تعهد ۳- روشن سازی ارزشها ۴- ناهم آمیزی شناختی ۵- بافتار انگاشتن خویشتن ۶- تماس با لحظه های زندگی، به مراجع کمک می کند به انعطاف پذیری روانشناختی دست یابد (فلکسمن و باند[6]، ۱۳۹۴). در واقع در نهایت، هدف، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی پرنشاط، هدفمند و با معناست (فلکسمن و باند،۱۳۹۴). طبق مطالعات انجام شده درمان آموزش تعهد و پذیرش بر اضطراب، افسردگی، اختلالات کلی عاطفی، کیفیت زندگی و وضعیت جسمانی و درد مزمن اثر فراوانی دارد (سوین، هانکوک، هنیسورث و بومن[7]،۲۰۱۴ و ایزدی و عابدی،۱۳۹۲).

با در نظر گرفتن انواع مشکلات و مسائلی که در نتیجه ی بروز ناتوانی ها و اختلالات یادگیری در امر آموزش و تعلیم و تربیت که متوجه این گونه کودکان دچار ناتوانی یادگیری و خانواده های آنها گردیده و می شود و با توجه خلاء های پژوهشی در این زمینه، تحقیق حاضر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم، تاب آوری، خودکنترلی هیجانی در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری موثر است؟

---

[1]- Waller
[2]-Conner & Davidson
[3]-Ann I Alriksson-Schmidt MA MSPH& Jan Wallander
[4]-Khamys
[5]-Acceptance and Commitment therapy
[6]-Flaxman & Bond
[7]- Swain, Hancock,Hainsworth& Bowman

**۲-مبانی نظری پژوهش**

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده، اختلال ناتوانی یادگیری است. به تعریف این اختلال و تاریخچه آن پرداخته شد. همچنین به عنوان مداخله درمانی از تعهد و پذیرش صحبت شد که یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه‌ی فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصا زمانی که باعث آسیب‌های روان شناختی می‌شوند، مرتبط‌اند. در این پژوهش از شش فرایند مرکزی درمان تعهد و پذیرش شامل پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل تعهد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند نام برده شد. کارایی این درمان یعنی درمان تعهد و پذیرش بر روی برمیزان مصرف وتنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه، کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن، درمان اختلال اضطراب اجتماعی، بر فراوانی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی‌جبری، بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی، بر بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال ریاضی، درکاهش افسردگی در بیماران دیابتی، براضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس، برای دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده اند. بررسی ها نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مدلی یکپارچه از تغییر رفتار، به جمع‌بندی مفروضه‌ها، مدل، تکنیک‌ها، شواهد و تعهدات عدالت اجتماعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده و نوعی رفتار درمانی نوید بخش که اجتناب‌های تجربه‌ای را با استفاده از ذهن آگاهی، راهبردهای پذیرش و اعمال ارزش‌مدار هدف قرار می‌دهد را بر درمان، مورد بررسی قرار داده اند.

**۳-پیشینه ی پژوهش**

مرادی و دهقانی(۱۳۹۷)، در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی در سال ۱۳۹۶ ـ ۱۳۹۵ انجام دادند. این پژوهش به روش نیمه تجربی با استفاده از گروه کنترل، و طرح پیش آزمون پس آزمون انجام گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که میانگین نمره‌های شادکامی ($P <۰/۰۰۰۵$) و مطلوبیت اجتماعی ($P <۰/۰۰۰۵$) در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش افزایش معناداری یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی تأثیر دارد و می‌تواند در تدوین برنامه‌های درمانی برای این زنان مؤثر باشد.

برقی ایرانی و همکاران(۱۳۹۶)، در بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ریاضی نشان دادند که آموزش مهارتهای اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و عملکرد ریاضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی مؤثر بوده است ($P<۰/۰۰۱$). هم چنین نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و گواه، در میزان سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و عملکرد ریاضی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابر یافته‌های این مطالعه، آموزش مهارتهای اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی منجر به افزایش سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی در دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال می‌شود و می‌توان از این آموزش به عنوان یک روش مداخله‌ای مناسب سود جست.

پلنگی و رضایی (۱۳۹۶)، در پژوهشی با مقایسه بهزیستی روانی و کنترل خشم در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری، نشان دادند که بین دو گروه از مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری و عادی در زمینه بهزیستی روانی و کنترل خشم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری نرخ بالاتری از خشم را نشان می‌دهند و بهزیستی روانی کمتری را نسبت به مادران کودکان عادی دارند و این مساله بر عملکرد تحصیلی فرزندانشان تأثیر گذاشته و اغلب باعث تشدید مشکل‌هایی می شود. از سوی دیگر آموزش مهارت های کنترل خشم مادران این کودکان عاملی کلیدی در موفقیت تحصیلی فرزندانشان بود.

رضائی میرقائد و همکاران(۱۳۹۵)، در پژوهشی با بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم بر بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران بزهکار شهر تهران نشان دادند تأثیر آموزش گروهی کنترل خشم بر بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران بزهکار در سطح ۰،۰۵ معنادار است. نتایج تحقیق نشان داد آموزش گروهی کنترل خشم بر بهبود مهارت‌های ارتباطی دختران بزهکار مؤثر است که این نتایج می‌تواند به مسئولان مراکز اصلاح‌وتربیت کمک کند تا با آموزش گروهی کنترل خشم در برنامه‌های خود، علاوه‌بر کنترل خشم دختران بزهکار، مهارت‌های ارتباطی‌شان را نیز بهبود بخشیده و سبب بهترشدن روابط آنان با مسئولان و بزهکاران دیگر شود.

دهقانی، هانیه(۱۳۹۴)، در پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری، نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری موثر بود. این نتایج ضمن تأیید اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری،

نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت کاربرد داشته و می تواند به عنوان یک مداخله ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.

دشتی(۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی پذیرش و تعهد و اثربخشی معنادرمانی بر فرسودگی شغلی،استرس شغلی، اضطراب و میزان تحمل مراقبین افراد کم توان ذهنی و جسمی، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات کل آزمودنیها در دوگروه آزمایشی درمقایسه باگروه گواه وجوددارد؛ اما تفاوت معناداری بین دو نوع آموزش وجود نداشت. بنابراین نتیجه میگیریم که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی باعث کاهش فرسودگی شغلی،استرس شغلی، اضطراب و افزایش میزان تحمل مراقبین افراد کم توان ذهنی و جسمی می‌شود.

دیویس و همکاران[1] (۲۰۱۵) در یک طرح تصادفی بالینی، با استفاده از متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی پیش از درمان به‌عنوان پیش‌بین‌ها و تعدیل‌کننده‌های نتایج درمانی، دو روش CBT و ACT برای اختلالات اضطرابی را مورد مقایسه قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که ACT برای افرادی که اجتناب رفتاری بالایی داشتند، بهتر از CBT عمل می‌کرد. همچنین سطوح ذهنی اضطراب در طول انجام تکالیف آزمایشگاهی، نتوانست نتایج درمانی را پیش‌بینی یا تعدیل کند. تغییرپذیری کم ضربان قلب به‌عنوان یک شاخص پیش‌آگهی نتایج کلی و اجتناب رفتاری بالا به‌عنوان یک شاخص تجویزی، از نتایج بهتر ACT حمایت کردند.

محبت‌بهار و همکاران[2] (۲۰۱۴)، در پژوهشی نیمه آزمایشی با هدف اثربخشی معنادرمانی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان، ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان را به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که معنادرمانی گروهی به‌صورت معناداری ($P< ۰/۰۵$) در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

دلاوری، نصیریان و برزگر بفرویی[3] (۲۰۱۴) با انجام پژوهشی، اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان را موردبررسی قرار دادند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و در هر دو گروه، قبل و بعد از آموزش به پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب بک (BAI) و مقیاس افسردگی بک (BDI) پاسخ دادند. سطح اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی بعد از ارائه معنادرمانی کاهش‌یافته بود و کاهش معناداری در مراحل پیش تا پس از آزمون مشاهده شد. نتایج حاکی از آن است که اثربخشی معنادرمانی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان، معنادار است.

مولوی و همکاران[4] (۲۰۱۴)، در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان مبتلا به جمعیت هراسی را بررسی کردند. نتایج تحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، افسردگی و هراس اجتماعی دانشجویان گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه کنترل به‌صورت معناداری کاهش داده بود ($P=۰/۰۰۱$). این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی همگام با مکانیسم‌های مداخله‌ای دیگر مورداستفاده قرار گیرد.

هیز، پیسترلو و لوین(۲۰۱۴)، در مقاله‌ای تحت عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مدلی یکپارچه از تغییر رفتار، به جمع-بندی مفروضه‌ها، مدل، تکنیک‌ها، شواهد و تعهدات عدالت اجتماعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداختند.درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شش فرآیند (پذیرش، گسلش، خود، اکنون، ارزش‌ها و عمل) تمرکز دارد که این شش فرآیند به یک هدف کلی واحد (انعطاف-پذیری روان‌شناختی) مربوط می‌شوند.مدل تغییر رفتار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،در دامنه گسترده‌ای از مشکلات کاربردی و حیطه-های تحولی، نتایج مثبتی به دست آورده است.شواهد مبتنی بر پیامدها و فرآیندهای درمانی پیشنهاد می‌کنند که انعطاف‌پذیری روان-شناختی به‌عنوان مدل زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،مدل یکپارچه‌ای از تغییر رفتار و تحول فردی فراهم می‌کند که تناسب خوبی با مفروضه‌های بنیادی روانشناسی مشاوره دارد.

## ۴-روش شناسی پژوهش

این تحقیق از نوع تحقیقاتی‌است که بر اساس پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد و از پرسشنامه جهت جمع آوری اطلاعات و از ضرایب همبستگی جهت توصیف و تحلیل فرضیه های پژوهش مورد استفاده قرار می گیرد. در روش همبستگی روابط بین متغیرها با هم بررسی می‌شود و نتیجه همبستگی بدست آمده در صورت معنادار بودن در نمونه انتخاب شده و به جامعه تعمیم داده می-شود، تحقیق توصیفی آنچه را هست توصیف می‌کند و شامل توصیف، ثبت و تجزیه وتحلیل و تفسیر شرایط موجود است.

---

[1] Davies et al.
[2] Mohabbat Bahar et al.
[3] delavari, Nasirian & barzegar bafroei.
[4] Molavi et al.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین دانش آموزان دختر و پسر دارای ناتوانی یادگیری که در سال ۹۷-۹۶ به دو مرکز مشکلات ویژه یادگیری شهرستان ارومیه (دولتی و غیر دولتی) مراجعه می کنند. که تعداد نمونه بر اساس فرمول کوکران تعیین و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه انتخاب خواهند گردید. روش گردآوری اطلاعات از نوع تحقیقات توصیفی- تحلیلی خواهد بود. ابزار گردآوری اطلاعات بر اساس متغیرهای تحقیق و از طریق پرسشنامه استاندارد خواهد بود.

## ۵-یافته های پژوهش

پژوهش حاضر در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ پس از طی مراحل کتابخانه ای، در اتاق مشاوره مرکز مشکلات ویژه یادگیری غیر دولتی امید ارومیه با موضوع آموزش تعهد و پذیرش بر روی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری انجام خواهد شد. پروتکل درمانی ما شامل ۱۰ جلسه آموزش تعهد و پذیرش خواهد بود. برای تحلیل و توصیف داده‌ها از جداول یک بعدی و آماره‌هایی چون میانگین و واریانس، جداول دو بعدی و آمارهای موردنظر برای آزمون هر یک از فرضیه ها استفاده شد و از روش تحلیل کوواریانس استفاده خواهد شد. اطلاعات بدست آمده در برنامه spss نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.

**جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری مربوط به جنسیت**

| متغیر جنسیت | فراوانی | درصد فراوانی |
|---|---|---|
| مرد | ۱۲ | ۴۰ |
| زن | ۱۸ | ۶۰ |
| جمع کل | ۳۰ | ۱۰۰ |

همانگونه که در جدول (۱)، مشاهده می گردد از کل پاسخگویان تعداد ۱۲ نفر آنان را مردان و ۱۸ نفر را نیز زنان تشکیل می دهند. بعبارتی دیگر ۴۰ درصد از شرکت کنندگان در این تحقیق را والدین مرد و ۶۰ درصد را والدین زن تشکیل می دهند.

**جدول ۲.توزیع فراوانی بر حسب متغیر سن**

| متغیر سن | فراوانی | درصد فراوانی |
|---|---|---|
| ۳۱-۳۵ | ۵ | ۱۶/۷ |
| ۳۶-۴۰ | ۱۰ | ۳۳ |
| ۴۱-۴۵ | ۱۵ | ۵۰ |
| جمع کل | ۳۰ | ۱۰۰ |

همانگونه که در جدول(۲)، ملاحظه می گردد، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۱ الی ۴۵ سال با۵۰ درصد و کمترین فراوانی نیز مربوط به گروه سنی بین ۳۱ الی ۳۵ سال با ۱۶/۶۷ درصد می باشد.

در این پژوهش برای تحلیل داده ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثر بخشی آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم، تاب آوری و خود تنظیمی هیجانی در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که از مفروضه های آن (همسانی واریانس، شیب خط رگرسیون و نرمال بودن توزیع) تخطی نشده است.

**جدول۳- شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها و بررسی بهنجاری**

| متغیرها | وضعیت | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|---|
| کنترل خشم | پیش آزمون | کنترل | ۵۲/۴۰ | ۱/۴۵ | ۱/۱۴ | ۰/۱۴ |
| | | آزمایش | ۵۳/۱۳ | ۶/۷۰ | /۷۹ | /۵۵ |
| | پس آزمون | کنترل | ۴۵/۲۰ | ۱۱/۴۱ | ۱/۰۲ | ۰/۲۴ |
| | | آزمایش | ۳۵/۸۷ | ۶/۹۴ | /۶۸ | /۷۳ |
| تاب آوری | پیش آزمون | کنترل | ۳۵/۶۰ | ۶/۴۷ | /۶۰ | /۸۶ |
| | | آزمایش | ۳۳/۱۳ | ۷/۷۲ | /۹۴ | /۳۲ |
| | پس آزمون | کنترل | ۳۳/۷۳ | ۶/۷۴ | /۵۲ | /۹۴ |
| | | آزمایش | ۳۹/۹۳ | ۶/۵۳ | /۶۰ | /۸۶ |
| خود تنظیمی | پیش آزمون | کنترل | ۶/۱۰ | ۱/۶۵ | /۸۳ | /۵۵ |
| | | آزمایش | ۶/۵۰ | ۱/۶۴ | /۵۴ | /۴۳ |
| | پس آزمون | کنترل | ۸/۱۰ | ۱/۶۵ | /۴۴ | /۸۷ |
| | | آزمایش | ۱۰/۱۷ | ۱/۲۸ | /۵۲ | /۶۵ |

نتایج آزمون F برای بررسی مفروض همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمون های نگهداری ذهنی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

**جدول۴- بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل**

| مولفه | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|
| کنترل خشم | ۰/۰۲ | ۰/۸۸ |
| تاب آوری | ۰/۸۵ | ۰/۳۷ |
| خودتنظیمی هیجانی | ۰/۰۳ | ۰/۸۵ |

با توجه به جدول(۴) آماره F بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه برای مؤلفه‌های کنترل خشم (۰/۰۲) و تاب آوری (۰/۸۵) و خودتنظیمی هیجان (۰/۰۳) معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است. در جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون گزارش شده است.

**جدول۵- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه متغیرهای پژوهش**

| منبع | متغیر وابسته | Ss آزمایشی | خطاSs | Ms آزمایشی | M خطاs | F | p | انداز ه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | کنترل خشم | ۴۹۸/۶۷ | ۲۲۲۶/۳ | ۴۹۸/۶۷ | ۸۲/۴۶ | ۶/۰۵ | /۰۲ | /۱۸ |
| | تاب آوری | ۴۵۷/۲۴ | ۵۳۱/۹۵ | ۴۵۷/۲۴ | ۱۹/۷۰ | ۲۳/۲۱ | /۰۰۱ | .۴۶ |
| | خودتنظیمی | ۲۷/۳۴ | ۵۱/۲۸ | ۲۷/۳۴ | ۱/۸۹ | ۱۴/۳۹ | /۰۰۱ | /۳۵ |

نتایج جدول(۵)، نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون، آزموش تعهد و پذیرش منجر به تفاوت معنی دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است. با توجه به نتایج جدول آماره F کنترل خشم در پس آزمون(۶/۰۵) در سطح معنی دار ۰۵/. معنی دار است. این نشان می دهد که بین دو گروه در کنترل خشم تفاوت معنی دار وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم والدین کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است. همچنین آماره F خود تنظیمی در پس آزمون (۱۴/۳۹) در سطح ۰۰۱/. معنی دار بود. این حاکی از آن است که بین دو گروه در میزان خود تنظیمی تفاوت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر، خود تنظیمی گروه آزمایش بعد از آموزش تعهد و پذیرش افزایش یافته است. با توجه به نتایج جدول، آماره F تاب آوری در پس آزمون(۲۳/۲۱) در سطح۰۰۱/. معنی دار است. این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان تاب آوری تفاوت معنی دار وجود دارد. بدین معنی که آموزش تعهد و پذیرش بر افزایش یا بهبود تاب آوری والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری مؤثر بوده است.

**جدول ۶.- بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل**

| مولفه | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|
| کنترل خشم | ۰/۱۲ | ۰/۷۸ |

با توجه به جدول(۶)، آماره F بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه برای کنترل خشم (۱۲/.)، معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است. در جدول(۷)، نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون گزارش شده است.

**جدول۷. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه متغیرهای پژوهش**

| منبع | متغیر وابسته | Ss آزمایشی | Ss خطا | Ms آزمایشی | Ms خطا | F | p | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | کنترل خشم | ۱۵۷/۴۳ | ۸۷۴/۴۵ | ۱۵۷/۴۳ | ۳۴/۲۱ | ۵/۹۸ | ۰۴/. | ۲۳/. |

نتایج جدول(۷)، نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون، آموزش تعهد و پذیرش منجر به تفاوت معنی دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است. با توجه به نتایج جدول آماره F کنترل خشم در پس آزمون(۵/۹۸) در سطح معنی دار ۰۵/. معنی دار است. این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان کنترل خشم تفاوت معنی دار وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری مؤثر بوده است. بدین معنی که آموزش تعهد و پذیرش بر افزایش یا بهبود والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری مؤثر بوده است.

**جدول ۸. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب آوری در گروه آزمایش وکنترل**

| مولفه | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|
| تاب آوری | ۰/۰۶ | ۰/۶۳ |

با توجه به جدول(۸)، آماره F بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه برای تاب آوری(۰۶/.) و معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است. در جدول(۹)، نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون گزارش شده است.

**جدول۹. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه متغیرهای پژوهش**

| منبع | متغیر وابسته | Ss آزمایشی | Ss خطا | Ms آزمایشی | Ms خطا | F | p | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | تاب آوری | ۱۷۶/۰۹ | ۹۷۶/۹۸ | ۱۷۶/۰۴ | ۲۹/۸۷ | ۵/۹۷ | ۰۳/. | ۱۹/. |

نتایج به دست آمده در جدول(۹)، مبنی بر تأثیر آموزش تعهد و پذیرش بر تاب آوری والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری نشان می دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون تأثیر آموزش تعهد و پذیرش دو گروه آزمایش وکنترل وجود داشته است (P <۰۵/.

؛ F (3, 27) =5.97) ؛ در ضمن، می توان چنین نتیجه گرفت که آموزش تعهد و پذیرش به طور معناداری تاب آوری والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری را بهبود بخشیده است.

**جدول ۱۰. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودکنترلی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل**

| مولفه | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|
| خود کنترلی هیجانی | ۰/۰۹ | ۰/۸۳ |

با توجه به جدول(۱۰)، آماره F بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه برای خودکنترلی هیجان (۰/۰۹) معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است. در جدول(۱۱)، نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون گزارش شده است.

**جدول۱۱. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه متغیرهای پژوهش**

| منبع | متغیر وابسته | Ss آزمایشی | Ss خطا | Ms آزمایشی | Ms خطا | F | p | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | خودکنترلی هیجانی | ۲۰۱/۵۴ | ۸۴۳/۶۵ | ۲۰۱/۵۴ | ۳۸/۷۶ | ۷/۶۵ | /۰۰۱ | /۲۸ |

نتایج جدول(۱۱)، نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون، آموزش تعهد و پذیرش منجر به تفاوت معنی دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است. با توجه به نتایج جدول آماره F خودکنترلی هیجانی(۷/۶۵) در سطح ۰۰۱/. معنی دار بود. این حاکی از آن است که بین دو گروه در میزان خودکنترلی هیجانی تفاوت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر، خودکنترلی هیجانی گروه آزمایش بعد از آموزش تعهد و پذیرش افزایش یافته است. بدین معنی که آموزش تعهد و پذیرش بر افزایش یا بهبود خودکنترلی هیجانی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری مؤثر بوده است.

## ۷-بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تعهد و پذیرش بر کنترل خشم، تاب آوری و خودتنظیمی هیجانی در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ انجام گرفت. با توجه به یافته های توصیفی، ۶۰ درصد از آزمودنی ها زن و ۴۰ درصد آنها را مرد و ۵۰ درصد از آزمودنی ها درگروه سنی ۴۱ تا ۴۵ و ۷ درصد نیز در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ و ۵۰ درصد نیز دارای مدرک لیسانس، ۳ درصد دارای مدرک دیپلم و تقریبا ۱۷ درصد نیز دارای مدرک فوق لیسانس بودند.

یافته های پژوهش را می توان این طور تبیین کرد که آموزش تعهد و پذیرش منجر به افزایش کنترل خشم، تاب آوری و خود تنظیمی هیجانی در بین والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری می شود و به والدین کمک می کند تا صلاحیت های بیشتری را برای تغییر الگو های مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و با بالا بردن هر کدام از عوامل، به میزان مطلوب از رفتار با کودکان می رسند و آموزش تعهد و پذیرش منجر به افزایش کنترل خشم، در بین والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری می شود و به والدین کمک می کند تا صلاحیت های بیشتری را برای تغییر الگو های مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و با آموزش تعهد و پذیرش، میزان خشم را در برخورد با کودکان دارای ناتوانی یادگیری به حد مطلوب کاهش و بهبود می یابد.

بنابراین آموزش تعهد و پذیرش منجر به افزایش انعطاف پذیری در بین والدین می شود که آموزش تعهد و پذیرش، به والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری کمک می کند تا تاب آوری مطلوبی نسبت به کودکان داشته باشند و باعث بهبود رفتار شود و نیز خود تنظیمی، نقش مهمی در رفتار والدین و کودکان دارد. همچنین،تفاوتهای فردی درکوشش خود تنظیمی با جنبه های از رشد کودکان از قبیل دانش کودکان از خود و دیگران (تئوری ذهن) مرتبط می باشد. تکالیفی که بازداری پاسخهای بیرونی نیاز دارد با تکالیف تئوری ذهن ارتباط دارد؛ حتی موفقیت در مدرسه، هودلی و سایر رفتارهای بهنجار اجتماعی ارتباط مثبت دارد و با اختلالاتی از قبیل اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی ارتباط دارد و آموزش تعهد و پذیرش در بین والدین کودکان دارای اختلال یادگیری باعث بهبود خودتنظیمی هیجانی و عملکرد رفتار آنها می شود

### ۷-۱-پیشنهادات پژوهش

- جهت کاهش درماندگی روانشناختی (بعد اضطراب و افسردگی)، از این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان درمانی(محیط های بالینی) برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری استفاده شود.
- جلسات و کارگاه های آموزشی جهت مشاوران و درمانگران با این رویکرد تشکیل گردد.
- جهت کاهش افکار خودآیند منفی از این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان درمانی برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری استفاده شود.
- جلسات و کارگروه هایی آموزشی جهت مشاوران و درمانگران با این رویکرد تشکیل گردد.
- به منظور حمایت و افزایش اطلاعات خانواده های کودکان دارای اختلال یادگیری و همچنین مداخلات چندوجهی، آموزش به کودکان و معلمان و همسالان و مادران در کنار یادگیری روش های درمانی دیگر، می تواند مثمر ثمر باشد.

### ۷-۲-محدودیت های پژوهش

- عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها به علت زیاد بودن سوالات پرسشنامه،
- عدم همکاری برخی از والدین در روند تکمیل پرسشنامه ها.
- عدم آشنایی بسیاری از والدین با موضوع تحقیق.
- عدم همکارای سهوی برخی از والدین به دلیل نبود وقت کافی،
- مخدوش شدن یا عدم عودت پرسشنامه در موعد مقرر،
- محدودیت ناشی از رفتار انسان و متغیرهای کنترل نشده‌ای که امکان شناسایی و کنترل آنها با وجود سعی نگارنده تا حدودی دشوار بود.

**فهرست منابع:**

احدی، حسن؛ کاکاوند، علیرضا(۱۳۸۸)، اختلال های یادگیری تهران :انتشارات ارسباران، ۱۵۴-۱.

اسدی، محسن؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ پناه علی، امیر؛ حبیب اله زاده، حسین. (۱۳۹۰). اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش فرسودگی شغلی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶ (۲۲)، ۶۹-۷۸.

اسفندیاری، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان فرسودگی شغلی کادر پرستاری شاغل در بیمارستان‌های سنندج. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۶ (۲۱)، ۵-۳۱.

اکبری، رامین؛ غفار ثمر، رضا؛ کیانی، غلامرضا؛ اقتصادی، احمدرضا. (۱۳۹۰). اعتبار عاملی ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶ (۳)، ۸-۲.

امیدیان، مهدی. ربیعی، محمد. حسن زاده، رضا. (۱۳۹۴). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر دبیرستانی. اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی،جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران.

امین‌آبادی، زهرا، دهقانی، محسن و خداپناهی، محمد کریم (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۴، ۳۷۱- ۳۶۵.

انوری، محمد حسن. ابراهیمی، امرالله. نشاط دوست، حمیدطاهر. افشار، حمید. عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد ،اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، دوره ۳۲، شماره ۲۹۵، صص، ۱۰-۱.

ایران دوست ف. نشاط دوست ح.ط. نادی م.ح. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. مجله علوم رفتاری. دوره ۸، شماره ۱، صص، ۹۶-۸۹.

برقی ایرانی، زیبا ؛ وفاپور، حسنا ؛ مرادی چقا مارانی، آزاده ؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد ؛ رجبی، مسلم(۱۳۹۶) اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ریاضی، مقاله ۳، دوره ۶، شماره ۴ - شماره پیاپی ۲۳، تابستان ۹۶، صفحه ۴۰-۶۶.

برک، لورا (۱۳۹۱) روانشناسی رشد: از کودکی تا پایان زندگی (جلد اول)، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر ارسباران.

بگیان کوله مرز محمدجواد, درتاج فریبرز, محمدامینی مهدی(۱۳۹۲).مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری.فصنامه ناتوانی های یادگیری.

بنی هاشمیان، کورش؛ نعامی، عبدالزهرا؛ زرگر، یداله؛ ارشدی، نسرین؛ داودی، ایران(۱۳۹۴)، رابطه تنظیم شناختی- هیجانی و رشد پس از سانحه در بیمازان زن و مرد مبتلا به هپاتیت B، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۳، شماره ۴، ۶۰۸-۶۰۲.

بیگدلی، نرگس. (۱۳۹۲). اثر بخشی پذیرش و تعهد درمانی درمانی بر سلامت روان و کاهش اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات اصفهان.

پاکی، فاطمه. (۱۳۸۰). ساخت و هنجاریابی آزمون فرسودگی شغلی و پیش بینی عوامل فرسودگی شغلی در معلمان شهرستان اسلامشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

پرویزی فرد، علی‌اکبر، شاکری، جلال، صادقی، خیرالله، عامری، محمد رضا و پروین‌نژاد، جعفر (۱۳۸۵). شیوع اختلالات روان- پزشکی در دانشجویان سال اول دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ۸۱- ۱۳۸۰. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۰، شماره ۲، ۱۲۹- ۱۲۰.

پلنگی ابوالفضل، رضایی الهام(۱۳۹۶). مقایسه بهزیستی روانی و کنترل خشم در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری اردبیل،(۲۱)۸۵-۵۱

پور شریفی، حمید؛ دشمن شکار، مریم؛ صومی، محمد حسین؛ حسینی نسب، سید داوود. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی سه روش آموزش متفاوت بر میزان اضطراب بیماران معرفی شده به آندوسکوپی. مجله گوارش. ۱۸ (۱)، ۳۸-۳۲.

پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶ (۲)، ۵-۱.

پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۱). افسردگی واکنش یا بیماری. تهران: انتشارات آزاده.

پیامی، میترا. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت حمایتهای اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران مراقبتهای ویژه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۵۲،۳۳-۵۷.

تبریزچی نرگس، وحیدی زهره(۱۳۹۲). مقایسه تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری.مجله ناتونی های یادگیری، ۴(۴)،۳۵-۲۱.

تبریزی، مصطفی.(۱۳۸۰). درمان اختلالات ریاضی.تهران: فراروان.

تسویی، ای؛ تکورا، اچ. (۱۳۷۱). روان‌پزشکی بالینی. ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

جرالد، اس.گرینبرگ. (۱۳۸۷). کنترل فشار روانی، (ترجمه محسن دهقانی، بهمن نجاریان، علی شیرافکن، سیامک خدا رحیمی). تهران: رشد.

جوکار، ساناز (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی آموزش توجه/ آموزش والدین بر کاهش علایم کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستانی در معرض خطر ابتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه اصفهان، اصفهان.

حر، مریم.آقایی اصغر. عابدی احمد. (۱۳۸۹).نقش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲، مجله‌روانپزشکی و روانشناسی‌بالینی‌ایران، ۲: ۱-۱۳.

حسنی، ج(۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان، مجله روانشناسی بالینی، ۲، ۸۳-۷۳.

حسین چاری، مسعود و فداکار، مهدی (۱۳۹۴). بررسی تاثیر دانشگاه بر مهارت های ارتباطی بر اساس مقایسه ی دانش آموزان و دانشجویان، دانشور رفتار، سال دوازدهم- شماره ی ۱۵، صص ۲۱-۳۱.

حسین خانزاده،عباسعلی و یعقوب نژاد،ساجد (۱۳۸۹). بررسی مهارت های اجتماعی مورد نیاز دانش آموزان با نیازهای ویژه در محیط های شغلی، ماهنامه تعلیم و تربیت کودکان استثنایی. سال ۸۹، شماره ۱۰۶، ص ۱۷-۴.

حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا؛ مظاهری، محمدمهدی. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹ (۲)، ۱۰۹-۱۲۰.

حسینی بهشتیان، سید محمد؛ میرزازاده، رقیه(۱۳۹۵)، اثربخشی اموزش تاب آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار، جامعه پژوهی فرهنگی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، شماره ۳، صص ۵۰-۲۵.

خطیبان، مهناز؛ خیرالهی، اکرم؛ عشوندی، خدایار؛ الحانی، فاطمه؛ فردمال، جواد. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش بر آگاهی و عزت نفس مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی: یک کارآزمایی مورد -شاهد تصادفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳ (۱۱۰)، ۲۴۴-۲۵۰.

دادستان، پریرخ (۱۳۷۹). اختلالهای زبان - روش‌های تشخیص و بازپروری. تهران: انتشارات سمت.

دادستان، پریرخ.(۱۳۸۶). روانشناسی مرضی تحولی(از کودکی تا بزرگسالی). جلد اول. تهران. انتشارات سمت.

داگلاس ج (۱۳۷۵). مسائل رفتاری کودکان. ترجمه نصرت الله پورافکاری، چاپ اول، تبریز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۲۷-۹.

دانش عصمت، معنوی شاد مرجان، خوشابی کتایون و حسن زاده توکلی محمدرضا(۱۳۹۳). تأثیر سطوح خشم و شیوه های فرزند پروری مادران کودکان دچار ناتوانی های یادگیری و عادی. فصلنامه خانواده پژوهی.

دشتی، سهیلا. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی پذیرش و تعهد (ACT) و اثربخشی معنادرمانی بر فرسودگی شغلی،استرس شغلی، اضطراب و میزان تحمل مراقبین افراد کم توان ذهنی و جسمی. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.

دلاور،علی (۱۳۹۳).مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی ،تهران : انتشارات رشد.

دهقانی, هانیه(۱۳۹۴)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری، اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، تهران، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

دهکردی، طاهره؛ یاراحمدی، رسول؛ تقدیسی، محمدحسین؛ دانشور، ریحانه؛ احمدپور؛ جمال. (۱۳۹۲). ارتباط بین داشتن معنا در زندگی با وضعیت استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۲. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۱۳۹۲; ۱ (۳):۸۳-۹۲.

دیویسون، کرینگ، نیل، جانسون.(۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی(روانشناسی نابهنجاری)، جلد اول. ترجمه حمید شمسی پور. تهران: نشر ویرایش(تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

رابینسون، ام؛ و رابینسون، بی. (۱۹۹۵). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۷۷). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

Agha, S., Zia, H., Irfan, S., (2013). Psychological problems and family functioningas riskfactors in addiction, J Ayub Med Coll Abbottabad, 1(2), 1-12.

Ahola, K & Hakanen, J, .(2009). Job strain, burnout and depressive symptoms: A prospective study amongdentists, Journal of Affective Disorders. 77(1), 229-243.

Allen, K. E., & Schwartz, I. S. (2001). The exceptional child: Inclusion in early childhood education. Albany, N Y: Delmar.

American Psychiatric Association.(2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washingtone, DC: American Psychiatric Association.

Amstadter, A. (2008).Emotion regulation and anxieity disorders. Anxiety Disorders, 22 , 211-221.

Andrea, N. NilesLisa, J. Burklund, J. Arch, D. Lieberman, D. Saxbe, G. (2014). Cognitive Mediators of Treatment for Social Anxiety Disorder: Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. Behavior Therapy, 45(5): 664-677.

Arabaci, B. (2010). The effects of depersonalization and organizational cynicism levels on the job satisfaction of educational inspectors. African Journal of Business Management, 13, 2802-2811.

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? Clin Psychol Sci Prac, 15: 263–279.

Aychestid, K., Bari, L. (2008). Physical education for mentally deficient from infancy to adulthood. Shahrami A, Motaghiani R. (Persian translator). Tehran: Exceptional children research center publication; pp: 40-5.

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, No. 5, 1129–1139.

Bach, Patricia., Hayes, Steven. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(5), 1129–1139.

Bagheri, M., Shahsavari, A. (2000). The study of especial physical activities on social compatibility and cognitive motor performance of mentally deficient children. Exceptional education journal, 80-1.

Bahig, H., Fortin, B., Alizadeh, M., Lambert, L., Filion, E., Guertin, L., Nguyen-Tan, P. F. (2015). Predictive factors of survival and treatment tolerance in older patients treated with chemotherapy and radiotherapy for locally advanced head and neck cancer. Oral Oncology, 51(5), 521-528.

Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. J Adv Nurs, 51(3), 276-87.

Barkley, R. A. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York Guilford.

Barkley, R. A. (2006). Attention - deficit /hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford press.

Biederman, J., Faraone, S. V. (2004). The Massachusetts Hospital Studies of gender influences on attention - deficit /hyperactivity disorder in youth and relatives. Psychiatric clinical North America. 27: 225-232.

Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. Prevention Science, 9, 132-152.

Blair KA, Denham SA, Kochanoff A, Whipple B. Playing it cool: temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. Journal of School Psychology 2004; 42(6): 419-43.

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. Journal of Anxiety Disorders, 28(6), 612-624.

Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 65, 101-106.

Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2002). ACT at work. In F. W. Bond, & W. Dryden (Eds.), Handbook of brief cognitive behavior therapy. pp. 117-140. Chi Chester, England: John Wiley & Sons.

Brandon, A. (2012). Evaluting Acceptance and Commitment Therapy: an analysis of recent critique. international journal behavioral consultation and therapy.2(1): 20-31.

Branstetter, A., Wilson, K., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the association for advancement of behavior therapy. New Orleans. 1-2.

Brock, S. E., & Clinton, A. (2007). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in childhood: A review of the literature. The California school psychologist, 12, 73-91.

Brown, K.W., Ryan and R.M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. Journal of Personality and Social Psychology, 84(22), 822-848.

Bruce, J. M., & Lynch, S. G. (2011). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. J Psychosomatic Res, 70(5), 479- 85.

Burisch, M. (2008).A longitudinal study burnout. Work & Stress, 16, 1-17.

Bussing. R, Mason D. M, Bell. L, Porter. PH, Garvan. C. (2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention -Deficit /Hyperactivity Disorder in a Diverse Community sample. Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry, 49 (6), 565-605.

Callaghan A. (2012). An empirical model of body image disturbabce using behavioral principles found in functional analytic psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy: international journal behavioral consultation and therapy.2(1): 32-40.

Carolyn, Y. Fang, K. Brian, L. Egleston, H. Kathleen, M. Brown, D. John, V. Lavigne, G. Victor, J. Stevens, D. Bruce, A. Barton, G. Donald, W. Chandler, S. Joanne, F. Dorgan, F. (2009). Family Cohesion Moderates the Relation Between Free Testosterone and Delinquent Behaviors in Adolescent Boys and Girls. Journal of Adolescent Health, 44(6): 590-597.

Castellanos, F. X. (2008). Toward a pathophysiology of attention deficit/ hyperactivity. Clinical pediatric, 36: 370-383.

Catherall, DR. (2008) Family stressor: Intervention for stress and trauma in parents with exceptional children, East Sussex UKBrunner Rutledge.

Chaffin, M. Silovsky, J.F. Funderburk, B. Valle, L. Brestan, E.V. Balachova, T. (2010).. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. J Consult Clin Psychol;72(3):500–10.

Chime N., Pooretemad H., Khoram – Abadi R. Problems and need: of mothers with autistic children. Journal of Research family. 2007; 3(3): 697-707.

Clubb, R.L. Sorrow, K. (2008). Adaptation Patterns of Parents with chronically ill children. Pediat Nur. 1991; 17(5): 461-466.

Coleman, M. R., Buysse, V., & Neitzel, J. (2006). Recognition and response: An early intervetion system for young children at-risk for learning disabilities. Full report. Chapel Hill: The University of North Carollina, Frank Porter Graham Child Development Institute.

Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003).. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.

Costa, P. T., Mccare, R. R. (2002). Pesined to mmeasure five majore deminsions or domainsof normal adult personality.Psychology assessment resource.inc.

Cumble, S.A., Conley, V.M.C., & Burman, M.E. (2004) .Advanced practice nursing model for comprehensive care with cronic illness;model for promoting procesengagement.Advances in Nursing Sciences: Nursing Care ManGEMENT.270:70-80.

cumulative risk. Journal of Applied Developmental Psychology 2008; 29(1): 1-16.

Dahl, J., Wilson, K. G., Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. Behav Ther, 35, 785-801.

Das Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone. S. V. (2007). Environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. Acta Paediatrica, 96, 1269-1274.

Davidson RJ. Darwin and the neural bases of emotion and affective style. Ann N Y Acad Sci 2003; 1000: 316-36.

Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., & Arch, J. J. (2013). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46, 35-43.

Del VT, O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. ClinPsychol Rev 2004; 24(1): 15-34.

Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. Br J Nurse, 17(2):82-7.

Douglass, L. The effective Nurse, fifth edition. (1996). A time mirror company.

Dworkin, A., Saha, L., & Hill, A. (2003). Teacher Burnout and Perceptions of a Democratic School Environment. International education journal, 4(2), 64-72.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J. J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. Cognitive and Behavioral Practice, 16, 368–385.

Eisenberg N, Fabes RA, Nyman M, Bernzweig J, Pinuelas A. The relations of emotionality and regulation tochildren's anger-related reactions. Child Dev 1994; 65(1): 109-28.

Ekman P. Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life. New York, NY: Henry Holt and Company; 2003.

Farhangh Nejad, M. (2008). effectiveness of transactional analysis approach on burnout reduction to among Mashhad`s Municipality personal: (Unpublished Master's thesis), Allame Tabatabayi University. (Persian).

Ferguson, C. J. Coulson, M. &Barnett, J. (2015).A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems.[Meta-Analysis]. J Psychiatr Res, 45(12), 1573-1578.

Flaxman, P.E.,& Bond, F.W. (2011). A randomised worksite comparison of acceptance commitment therapy Inoculation training.

Forman, E.M., Herbert, J.D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley;63: 263-265.

Frangou, S. Dakil, N. Landau, S. Kumari, V. (2006). Fnonto – temporal functionmay distinguish bipolar from Schizophrenia .Bipolar Disorder.8:45-55.

Freud S. (1988). Freud and fetishism: Previously unpublished minutes of the Vienna psychoanalytic society. Psychoanal Q, 57(2), 147-66**.**

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-65.

Frick. P. J.,& Lahey. B. B. (1991). Nature and characteristics of attention deficit/ hyperactivity disorder. School Psychology Review, 20, 33-41.

Garcini, L. M., Short, M., & Norwood, W. D. Affective and motivational predictors of perceived meaning in life among college students. The Journal of Happiness & Well- Being, 1(2), 47-60.

Garmezy,(1991) N. Resilience and vulnerability to adversedevelopmental outcomes associate with poverty. American Behavioral Scientist , 34, 416-430.

Gerly, M. de Boo., Pier J. M. Prins. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social -Skills training. Clinical Psychology Review, 78-97.

Gersten, R, Jordan, N, & Flojo, J. R. (2005).Early Identification and Interventions for students with Mathematics Difficulties. Journal of Learning Disabilities, 38, 293-304.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. Behavior Therapy, 35(3), 689-705.