Pajouhan Scientific Journal Volume 16, Issue 2, Winter 2018, Pages: 59-66

Original Article

doi: 10.21859/psj.16.2.59

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran

Ali Asghar Hossein Mardi (MSc)[1,*], Javad Khalatbari (PhD)[2]

[1] *PhD Student of General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran*

[2] *PhD in Psychology, Associate Professor, Tonekabon Branch, Department of Psychology, Mazandaran, Iran*

**** Corresponding Author:** Ali Asghar Hossein Mardi, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran. Email: zomorod780@yahoo.com*

Received: 02/10/2017
Accepted: 12/01/2018

How to Cite this Article:
Hossein Mardi AA, Khalatbari J. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal*. 2018; 16(2): 59-66. DOI: 10.21859/psj.16.2.59

Abstract

Background and Objective: Anger, natural excitement and adaptive value, but when it comes out of control, can lead to problems at work, interpersonal relationships, and overall quality of life. The purpose of this study was to compare the effectiveness of two methods of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anger control in male students.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, which was conducted as a pre-test-post-test with control group, using a multistage cluster sampling method, 45 male secondary school students of district 2 of education Tehran, who were studying in the academic year 2016-2017, were randomly divided into three groups of 15 (two experimental and one control group). The first group was subjected to 9 sessions of 60 minutes of cognitive-behavioral therapy and the second group received 9 sessions of 120 minutes of treatment based on acceptance and commitment. Data were collected by Spielberger's Anger Questionnaire. For analysis of data, covariance analysis was performed using the SPSS22.0.

Results: Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in the experimental groups reduced anger ($P<0.01$), but no changes were observed in the control group. Also, there was no significant difference between cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy to reduce anger ($P>0.05$).

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy reduced the students' anger. Therefore, the formulation of these therapeutic interventions can reduce students' anger and their educational problems.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Anger; Cognitive-behavioral Therapy (CBT); Students

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

Copyright © 2018 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله پژوهشی

doi: 10.21859/psj.16.2.59

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران

علی اصغر حسین مردی[۱،*]، جواد خلعتبری[۲]

[۱] دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

[۲] دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

* **نویسنده مسئول:** علی اصغر حسین مردی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

ایمیل: zomorod780@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۲

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: خشم، هیجانی طبیعی و دارای ارزش انطباقی است اما زمانی که از کنترل خارج شود، می‌تواند به مشکلاتی در کار، روابط و کیفیت کلی زندگی منجر شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل خشم دانش آموزان پسر بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش شبه آزمایشی که به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۴۵ نفر از دانش آموزان پسر سال آخر دوره دوم متوسطه منطقه ۲ آموزش و پرورش استان تهران که سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند، انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه اول تحت ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و گروه دوم تحت ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها از طریق پرسشنامه خشم اسپیلبرگر جمع‌آوری گردید. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده گردید.

یافته‌ها: درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش باعث کاهش خشم شد ($P<۰/۰۱$)، اما در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نشد. همچنین بین درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خشم، اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خشم دانش آموزان را کاهش می‌دهند. لذا تدوین این مداخلات درمانی می تواند سبب کاهش خشم دانش آموزان و مشکلات تحصیلی آن‌ها شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ درمان شناختی-رفتاری؛ دانش آموزان؛ خشم

مقدمه

خشم هیجانی طبیعی، مفید و دارای ارزش انطباقی است که می‌تواند بنیه و استقامت را در تلاش‌های ما برای مقابله ثمر بخش، نیرومند کند تا بتوانیم اوضاع را به صورتی که باید باشد تغییر دهیم اما زمانی که خشم، خارج از کنترل و مخرب باشد، می‌تواند به مشکلاتی در کار، روابط بین فردی و کیفیت کلی زندگی منجر شود [۱]. خشم از مانع به وجود می‌آید، مثل زمانی که فرد برداشت می‌کند که نیروهای بیرونی، در برنامه‌ها یا هدف‌های او اختلال ایجاد می‌کنند [۲]. خشم معمولا با یک محرک بیرونی شروع می‌شود و اغلب شامل یک جزء سرزنش است. افرادی که صفت خشم در آن‌ها بالا است نسبت به افراد دیگر برای عصبانی شدن در برابر مجموعه گسترده‌ای از محرک‌ها، آمادگی بیشتری دارند [۳]. خشم به دو صورت بروز می‌کند: خشم برون ریزی شده که پرخاشگری نامیده می‌شود و دیگری خشمی که به درون بدن باز می‌گردد که به صورت افسردگی، احساس گناه، نگرانی، سستی و یا رخوت در می‌آید [۴].

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

خشم به عنوان مشکل اصلی بهداشتی در سنین نوجوانی مطرح است [۵]. دوره نوجوانی با تغییرات فیزیولوژیکی سریع، دستیابی به تفکر انتزاعی، عدم تعادل و بی ثباتی خلق، نگرانی درمورد آینده، مسئولیت پذیری، تلاش برای کسب تایید دیگران و به خصوص همسالان، حالات رویایی و خیال پردازی همراه است که این تحولات می تواند زمینه ساز بروز مشکلات رفتاری، شناختی و عاطفی در آنان باشد، به همین دلیل در این دوره ی سنی، خشم به شدت و سریع تحریک می‌شود [۶]. همه‌ی نوجوانان در جست و جوی هویت‌اند و قصد آنها از نافرمانی و خشونت، آزار پدر و مادر نیست بلکه می‌خواهند هویتشان را اثبات و تجربه کند [۷]. آنچه که باعث توجه پژوهشگران بـه خشم در دوران نوجوانی شده است، پیامدهای این گونه رفتارها برای نوجوانان است. نوجوانان پرخاشگر معمولاً توان مهار رفتار خود را ندارند و نمی‌توانند به درستی پیامدهای رفتار خود را پیش بینی کنند و معیارها و ارزش‌های جامعه‌ای را که در آن زندگی می کنند بـه راحتی زیر پا می‌گذارند [۸،۹].

با توجه به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی خشم نوجوانان، انجام مداخله‌های درمانی و آموزشی مـؤثر جهت کاهش و تخفیف این مشکلات بسیار حائز اهمیت است. رویکردهای درمانی متعددی برای کنترل خشم به کار رفته است که از جمله آنها می توان به دیدگاه درمانی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود [۱۰]. دیدگاه شناختی- رفتاری، یک درمان روان شناختی است که به کنش متقابل میان اینکه ما چگونه فکر، احساس و رفتار می کنیم، می‌پردازد و بر مشکلات حال حاضر تمرکز دارد و از یک سبک سازمان یافته در مداخلات درمانی پیروی می‌کند [۱۰]. فرض بنیادین رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تاثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند [۱۱]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. برخلاف درمان شناختی-رفتاری که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می پردازند، این درمان به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن، و مشاهده گر بودن نسبت به خود می‌رساند [۱۲]. اصول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ؛ ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است [۱۳]. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان شناختی جزء بهنجار تجربه انسان است [۱۴]. هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا به فرد تحمیل شود [۱۵]. درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند افکار و هیجانات مسئله ساز را به گونه ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی شان، تلاشی نظام مند صورت دهند [۱۶]. در مورد اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل خشم، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این درمان در کنترل خشم و بر کاهش خشم به صورت کلی تأثیر دارد [۱۹-۱۷]. همچنین در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل خشم، تاکنون مطالعات داخلی و خارجی محدودی مبنی بر کاهش خشم نوجوانان انجام شده است، که یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد این درمان در کاهش پرخاشگری موثر است [۱۳،۲۰]. کاهش پرخاشگری نوجوانان دبیرستانی می‌تواند آنها را از نظر شخصیتی برای ورود به مقاطع تحصیلی بالاتر، باثبات‌تر ساخته و زمینه انطباق آن‌ها با خانواده و جامعه را فراهم سازد. کم‌توجهی در رسیدگی به خشم و متعاقب آن پرخاشگری، باعث ارتباط ناسالم در بین افراد می‌شود و منجر به عواملی نظیر فرار از مدرسه، افت تحصیلی و سوء مصرف مواد می‌شود و این عوارض، به نوبه خود مانع رشد ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و همچنین، حس تفاهم اجتماعی و نیز مانع اجتماع شدن افراد می‌شود [۲۱]. اگر اقدامات آموزشی- درمانی و نیز پیشگیرانه صحیحی در مورد مدیریت این هیجان صورت پذیرد، جامعه‌ای سالم تر، کارآمدتر و روابطی پایدارتر خواهیم داشت [۱۹]. با توجه به اهمیت موارد ذکر شده و از آنجایی که در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشم و پرخاشگری، پژوهش‌های محدودی انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۴۵ نفر از دانش آموزان سال آخر دوره دوم متوسطه منطقه ۲ آموزش و پرورش استان تهران که سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند، انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. بدین منظور از میان مناطق آموزش و پرورش استان تهران، منطقه ۲ آموزش و پرورش انتخاب گردید، سپس از میان مدارس منطقه، دو مدرسه پسرانه در مقطع دوره دوم متوسطه به صورت تصادفی انتخاب شد و بر روی دانش آموزان سال آخر دبیرستان‌های انتخاب شده پرسشنامه خشم اسپیلبرگر اجرا گردید. سپس از بین دانش آموزانی که نمره خشم آنها یک انحراف استاندارد

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

بالاتر از میانگین بود، ۴۵ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. دانش آموزان گروه اول آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری مطابق با دستورالعمل اجرایی ویلدرموت و دانش آموزان گروه دوم آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق با دستورالعمل اجرایی هیز قرار گرفتند. در این مدت هیچگونه مداخله‌ای روی گروه کنترل انجام نشد. جلسات درمانی گروه درمان شناختی-رفتاری دو بار در هفته و هر دفعه به مدت یک ساعت و در مجموع ۹ جلسه اجرا گردید (جدول۱). همچنین جلسات درمانی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو بار در هفته و هر دفعه به مدت دو ساعت و در مجموع ۹ جلسه توسط پژوهشگر اجرا گردید (جدول۲). بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون بر روی هر سه گروه اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، از پیش آزمون و پس آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) توسط نرم افزار SPSS-22 استفاده گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه خشم اسپیلبرگر (STAXI-2) بود. این پرسشنامه توسط Spielberger's برای بیان و کنترل خشم تهیه شده است و شامل شش مقیاس و پنج خرده مقیاس است و ماده‌های آن در سه بخش تنظیم شده و شامل ۵۷ ماده است. بخش اول با عنوان «همین الان احساس می‌کنم»، به اندازه‌گیری خشم حالت می‌پردازد که در آن آزمودنی‌ها شدت احساس خود را بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای از «به هیچ وجه=۱» تا «خیلی

جدول ۱: موضوعات جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری، بیان علت و هدف برگزاری جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف
جلسه دوم	توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول، توزیع کاربرگ بازسازی افکار
جلسه سوم	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه، نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود
جلسه ششم	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت های خوشایند
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس‌ها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس، توزیع کاربرگ خود انگاره
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

جدول ۲: موضوعات جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرار داد درمانی، آموزش روانی
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند
جلسه هفتم	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها
جلسه نهم	جمع بندی جلسات و انجام پس آزمون

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

زیاد=۴» درجه‌بندی می‌کنند. این بخش ۱۵ ماده را در بر می‌گیرد و شامل مقیاس خشم حالت (State Anger) و زیر مقیاس‌هاست و ماده‌های آن عبارتند از: ۱) احساس خشمگینانه (State Anger/Feeling) ۲) تمایل به بروز کلامی خشم (State Anger/Verbal) ۳) تمایل به بروز فیزیکی خشم (State Anger/Physical). بخش دوم با عنوان «معمولاً احساس می‌کنم»، به اندازه‌گیری خشم صفت (Trait Anger) اختصاص دارد. این بخش ۱۰ ماده را در بر می‌گیرد و همانند بخش اول درجه‌بندی می‌شود. مقیاس خشم صفت دارای دو زیر مقیاس است که ماده‌های آن عبارتند از: ۱) خلق و خوی خشمگینانه (Trait Anger/Temperament) ۲) واکنش خشمگینانه (Trait Anger/Reaction). بخش سوم با عنوان «معمولاً وقتی عصبانی یا خشمگین هستم، چه واکنشی یا رفتاری دارم» بروز و کنترل خشم را می‌سنجد که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از «تقریبا هرگز=۱» تا «همیشه=۴» درجه‌بندی شده است. این بخش ۳۲ ماده را در بر می‌گیرد و شامل چهار زیر مقیاس است که از ماده‌های مقابل تشکیل شده است: ۱) بیان خشم بیرونی (Anger Expression-Out) ، ۲) بیان خشم درونی (Anger Expression-In) ج) کنترل خشم بیرونی (Anger Control-Out)، د) کنترل خشم درونی (Anger Control-In). در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری متغییر خشم از تمامی بخش‌ها (۵۷ ماده) استفاده شده است. کمترین و بیشترین نمره برای نمره کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۵۷ و ۲۲۸ می‌باشد. نویدی در سال ۱۳۸۵ این پرسشنامه را به همراه پرسشنامه سازگاری و سلامت عمومی بر ۱۱۷۰ نفر دانش آموز پسر دوره متوسطه اجرا کرد، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های حالت خشم ۰/۸۸ و صفت خشم ۰/۸۵ و برای مقیاس‌های بیان خشم و کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم به طور متوسط برابر ۰/۷۱ بود. همه این ضرایب از لحاظ آماری معنادار بود و نشان دادند که هماهنگی درونی مقیاس ها و خرده مقیاس ها رضایت بخش است [۲۲]. همچنین در پژوهشی با موضوع بررسی ویژگی‌های روانسنجی و هنجاریابی سیاههٔ ابراز خشم صفت-حالت ۲ اسپیلبرگر در بین دانشجویان دانشگاه تهران، روایی محتوایی این آزمون بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده از این پژوهش عبارتند از: خشم حالت ۰/۹۳، خشم صفت ۰/۸۳، ابراز خشم درونی ۰/۶۰، ابراز خشم بیرونی ۰/۷۳، کنترل خشم درونی ۰/۸۹، کنترل خشم بیرونی ۰/۸۷ [۲۳].

یافته‌ها

بازه سنی نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر که شامل ۴۵ دانش آموز پسر سال آخر دوره دوم بودند بین ۱۸ تا ۱۹ سال بود. در این در پژوهش، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و نوع داده‌های جمع‌آوری شده، در مرحله آمار توصیفی، به منظور توصیف آنان شاخص های مناسب نظیر شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره‌ها به تفکیک گروه‌ها محاسبه و تنظیم شد. در مرحله آمار استنباطی، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است و نوع روش جمع‌آوری اطلاعات که بر مبنای پژوهش آزمایشی از نوع طرح های پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی در صورت برآورده شدن مفروضه‌های اساسی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. داده‌های به دست آمده از اندازه‌گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع نمره ها، نتایج آزمون نرمالیتی توصیف شدند (جدول ۳).

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳ درخصوص توزیع نمره‌های شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش ۱ (CBT) و ۲ (ACT) و کنترل در مراحل پیش و پس آزمون در متغیر خشم، آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمره‌های شرکت کنندگان در همه متغیرها به توزیع نرمال نزدیک است.

برای بررسی مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردیده که با توجه به مقدار به دست آمده (P=۰/۳۹۲، F=۰/۹۵۷) مفروضه همسانی واریانس‌ها تایید می‌شود.

برای بررسی سایر مفروضه‌ها، با محاسبات زیر به بررسی همگنی رگرسیون آماری پرداخته شد. همان طور که ملاحظه می‌شود (جدول ۴)، با توجه به مقدار (P=۰/۶۵۶، F=۰/۴۲۶) در مقایسه عملکرد گروه‌های آزمایش ۱ (CBT) و ۲ (ACT) و کنترل در پیش آزمون متغیر خشم می‌توان نتیجه گرفت که

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش ۱ (CBT) و ۲ (ACT) و کنترل در متغیر خشم

گروه‌ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	k-s	Sig
آزمایش۱ (CBT)	پیش آزمون خشم	۱۵	۱۲۵/۳۳	۲/۳۵	-۰/۰۸۲	-۰/۴۱۱	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰
	پس آزمون خشم	۱۵	۱۰۹/۶۶	۲/۰۲	-۰/۲۵۰	-۰/۶۳۰	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
آزمایش۲ (ACT)	پیش آزمون خشم	۱۵	۱۲۵/۷۸	۲/۲۵	-۰/۵۷۷	-۰/۱۳۵	۰/۱۳۳	۰/۲۰۰
	پس آزمون خشم	۱۵	۱۱۰/۶۴	۲/۷۹	۰/۳۳۱	۰/۰۲۷	۰/۱۶۳	۰/۲۰۰
کنترل	پیش آزمون خشم	۱۵	۱۲۵/۵۳	۲/۰۳	-۰/۰۲۶	-۰/۷۲۰	۰/۱۳۷	۰/۲۰۰
	پس آزمون خشم	۱۵	۱۲۵/۵۳	۱/۶۳	-۰/۰۶۶	-۱/۲۱۵	۰/۱۵۲	۰/۲۰۰

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون تایید می‌شود. بنابراین، می‌توان تحلیل کوواریانس را انجام داد. مقایسه عملکرد آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر خشم با استفاده از طرح یک طرفه بین آزمودنی‌ها انجام شد.

همانطور که ملاحظه می‌شود (جدول ۵)، نتایج بدست آمده (P=۰/۰۰۱، F=۲۴۷/۱۰۵) در مقایسه گروه‌های آزمایش ۱ (CBT) و ۲ (ACT) و کنترل در پس آزمون متغیر خشم نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه، اثری معنی دار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای سه گروه در پس آزمون متغیر خشم تفاوتی معنی دار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه تحقیق کافی است. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی، درمان های CBT و ACT می‌تواند خشم را کاهش دهند. شکل زیر (میانگین های اصلاح شده در پس آزمون) نشان می‌دهد که هر دو تقریبا به طور یکسان موثر بوده‌اند.

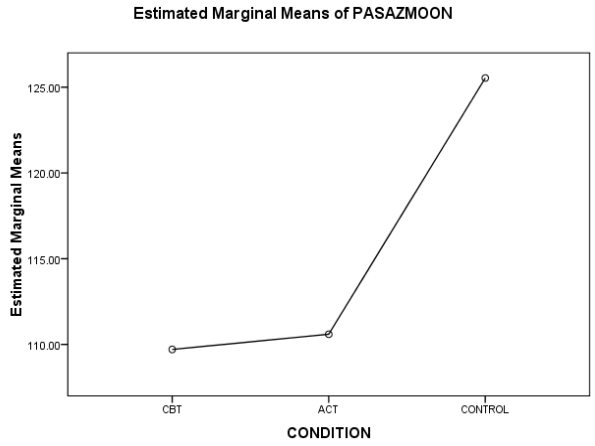
جدول ۴: نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: خشم)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
گروه ها	۳/۶۰۲	۲	۱/۸۰۱	۰/۳۶۸	۰/۶۹۵
پیش آزمون	۹/۰۲۶	۱	۹/۰۲۶	۱/۸۴۴	۰/۱۸۳
گروه‌ها* پیش آزمون	۴/۱۷۲	۲	۲/۰۸۶	۰/۴۲۶	۰/۶۵۶
خطا	۱۸۶/۰۳۵	۳۹	۴/۸۹۶		

جدول ۵: نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: خشم)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
پیش آزمون	۸/۰۷۴	۱	۸/۰۷۴	۱/۶۹۸	۰/۲۰۰	۰/۰۴۱
گروه‌ها	۲۳۵۰/۰۵۱	۲	۱۱۷۵/۰۲۵	۲۴۷/۱۰۵**	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵
خطا	۱۹۰/۲۰۶	۴۱	۴/۷۵۵			

** سطح معناداری ۰/۰۱



نمودار ۱: توزیع میانگین‌های اصلاح شده نمره‌های سازگاری دانش آموزان سه گروه در پس آزمون

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد، درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش خشم شده‌اند. همچنین یافته ها نشان داد که هر دو روش تقریبا به طور یکسان موثر بوده‌اند. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش های حاجیلو و شفیع آبادی در سال ۱۳۹۵ [۱]، مرادی و همکاران در سال ۱۳۹۳ [۸]، شکوهی یکتا و همکاران در سال ۱۳۹۳ [۱۷] و Wheatley و همکاران در سال ۲۰۰۹ [۲۴] همخوان و همسو است. این پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که آموزش گروهی شناختی و رفتاری در کنترل و به ویژه بر کاهش خشم و پرخاشگری موثر می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری افراد کمک می‌کند تا خشم سالم را از خشم ناسالم تمیز دهند و بنابراین، هنگام احساس خشم ناسالم، راه حل‌هایی را در اختیار فرد قرار می‌دهد که او را در کنترل

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

خشم یاری می‌کند [۱]. همچنین، درمان شناختی-رفتاری به شناسایی افکار، باورها و معناهایی می پردازد که وقتی افراد خشمگین می‌شوند و احساس خوبی ندارند، فعال می‌شوند [۲۵]. از دیدگاه شناختی ،افراد پرخاشگر در مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولا دارای اسنادهای کینه توزانه بوده و از مهارت‌های سازگارانه‌ی حل مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می شوند، به صورت تکانشی عمل می‌کنند [۸]. مداخلات شناختی باعث افزایش خودآگاهی و ایجاد انگیزه در جهت اعمال کنترل بیشتر بر رفتار، کلام و خشم افراد می شود. زیرا آنها متوجه می‌شوند که تنها محرک های بیرونی، مانند کلام یا طعنه‌ی دیگران، آغازگر خشم و پرخاشگری در آنان نیست بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم می‌تواند در بروز واکنش‌های پرخاشگرانه دخیل باشد [۱۸].

نتایج پژوهش‌های دوستی و همکاران در سال ۱۳۹۵ [۱۳]، صمدی روشن و جعفری در سال ۱۳۹۵ [۲۰] و Chang و Hwang در سال ۲۰۱۷ [۲۵] با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوان و همسو است. این پژوهش‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش پرخاشگری بدنی و پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت شده است. درتبیین این یافته می‌توان گفت که، آزمودنی‌هایی که خشم و پرخاشگری بالایی داشتند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه ها در آنان می‌شود که در نتیجه، سازگاری آنها بهبود می‌یابد [۲۰]. همچنین اجتناب تجربه‌ای یعنی عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی، در طولانی مدت موجب بروز بیشتر علائم خشم و پرخاشگری می‌شود. گسلش در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند. بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع خشم و پرخاشگری می کند [۱۳].

یافته نهایی پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به طور یکسان سبب کاهش خشم شده‌اند که با یافته Dor در سال ۲۰۱۵ همسو است [۲۷]. با توجه به این یافته می‌توان این طور نتیجه‌گیری نمود که رفتار درمانی شناختی، که افکار را علت هیجان‌ها و رفتارهای مشکل‌ساز می‌دانند و برای تغییر رفتار و هیجان، افکار را تغییر می دهند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT، که از برخی روش‌های گسلش مانند که برای تغییر رفتار به کاربرده می‌شود، استفاده می‌کند هر دو در کاهش خشم تاثیر گذار هستند؛ بنابراین، اگر درمان‌جویی از تکنیک‌های بازسازی استقبال می‌کند و آنها را برای تغییر بسیاری از افکارش مفید می‌یابد، مناسب است که در درمان این فرد از چنین تکنیک‌هایی استفاده نمود و برای آن دسته از درمان‌جویانی که پیام گسلش را می‌پذیرند از چنین روش‌هایی استفاده نمود [۲۷]. در واقع بنا بر گفتهٔ Hayes رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را نباید به عنوان دشمن رویکردهای شناختی-رفتاری تصور کرد بلکه این رویکرد صرفاً گامی فراتر از تفاوت‌های موجود میان رویکردهای شناختی و رفتاری برداشته است [۲۸]. در واقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجی نوین از درمان‌های شناختی-رفتاری است و نسل‌های پیشین درمان‌های شناختی-رفتاری را به این امید که به دانش و بازده بهتری دست یابد، در یکدیگر ادغام و از نو صورت‌بندی کرده است پس نباید آن را در تضاد مستقیم قرار داد [۲۸].

به علت محدودیت زمان، مشکلات اداری و کمبود منابع مالی این پژوهش تنها بر روی دانش آموزان پیش دانشگاهی منطقه ۲ آموزش و پرورش انجام شد؛ بنابراین لازم است که فرضیه‌های این پژوهش در میان دانش آموزان سایر مقاطع و همچنین در جامعه آماری دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و آزاد و به ویژه نمونه متشکل از زنان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که هر دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خشم دانش آموزان پسر نقش دارند و بین این دو نوع درمان تفاوت معناداری در تأثیرگذاری بر کاهش خشم مشاهده نشد؛ بنابراین می‌توان از این روش‌ها برای کاهش خشم افراد در مدارس و مراکز آموزشی استفاده نمود. لذا توجه و تدوین برنامه های اینگونه می تواند سبب ایجاد جامعه‌ای سالم تر، کارآمدتر و روابطی پایدارتر شود. لذا توصیه می‌شود برنامه آموزش مدیریت خشم به عنوان بخش اصلی برنامه آموزش عمومی در مراکز آموزشی پذیرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات مسئولین مدارس منطقه ۲ شهر تهران و تمامی افرادی که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم. این مطالعه دارای کد اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به شماره ۲۴۲۲۳ می باشد.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]

REFERENCES

1. Hajilo S, Shafiabadi A. Determining the effectiveness of Group Counseling Based on Cognitive-Behavioral Interventions (CBT) on anger control in first high school female students. Scientific Journal of Educational Research. 2016;37(1):1-20. (Persian)
2. Marshall Reeve J. Understandin motivation and emotion. (Seyed Mohammadi Y translation). 6th ed. Tehran: virayesh;2015. (Persian)
3. Rahimi Ahmad Abadi S, Aghamohammadian Sharbafeh H, Modares Gharavi M, Karshaki H. Survey the effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on anger reduction in brain injured patients. Journal of Legal Medicine. 2014; 20(2):37-45. (Persian)
4. Tavris C. Anger the misunderstood emotion. (Taghipour A, Doroudi S translation). 7th ed. Tehran: Dayereh; 2014. (Persian)
5. Zibaei A, Gholami H, Zare M, Mahdian H, Haresabadi M. The effect of Web-based Education on anger management in guidance school girls of Mashhad. Iranian Journal of Medical Education. 2014;13(10):784-795. (Persian)
6. Samadi S. Investigating the relation between simple and multiple relativism and mental health with life satisfaction in adolescents in the correctional center. [MA Thesis]. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2014.
7. Hamedi R. Control of anger (causes, consequences, colutions). 11th ed. Tehran: Ghatreh; 2017. (Persian)
8. Sedaghat S, Moradi O, Ahmadian H. The effectiveness of anger cognitive behavioral group training on aggression of third grade aggressive female students in Baneh's high schools. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2015;24(4):215-220. (Persian)
9. Graham F. Cognitive behavioral therapy for children and families. Translation. (Mohammadi M, Hashemi Kohanzad H). 1th ed. Tehran: Social Welfare and Rehabilitation Sciences University Publication. Tehran;2002. (Persian)
10. Hawton K, Kirk j, Salkowskis P, Clark D. Cognitive Behavioral Therapy (Vol. 1) A practical guide to the treatment of psychiatric disorders (Ghassemzadeh H translation). 11th ed. Tehran: Arjmand;2014. (Persian)
11. Wright J, Basco M, Thase M. Learning Cognitive-Behavior Therapy. (Ghassemzadeh H, Hamidpour H translation). 3th ed. Tehran: Arjmand;2017. (Persian)
12. Mohagheghi H, Dousti P, Jafari D. The impact of adoption and commitment on mediation, social concern and students' health concern. Quarterly Journal of Clinical Psychology. 2016;22(6): 81-94. (Persian)
13. Dousti P, Gholami S, Torabian S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on aggression among students with internet addiction. Journal of Health and Care. 2016;18(1): 63-72. (Persian)
14. Hayes S C, Strosahl K D, Wilson K G. Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change. 2th ed. New York: Guilford Press;2011.
15. Forman E M, Herbert D. 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;2009.
16. Dousti P, Torabian S. Guide for Therapists: Treatment, acceptance and commitment. 1th ed. Hamedan: Faragir Hegmataneh;2016. (Persian)
17. Shokouhi Yekta M, Zamani N, Mahmoudi M, Pourkarimi J, Akbari Zardkhaneh S. The effect of Cognitive Behavioral Interventions on control anger at high school students. Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology and Personality. 2015;2(11): 61-70. (Persian)
18. Ghasmzadeh A, Jani S. The effectiveness of group Cognitive-Behavioral Therapy with problem solving training on anger self-regulation and feeling of loneliness. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013;29(8): 67-89. (Persian)
19. Ansari M, Borjaili A, Ahadi H, Hosseini Almadani S. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBT) on reducing anger among students. The 4st of University Student's Mental Health. Iran; May 07-May 08; Shiraz 2008.
20. Samadi Roshan S, Jafari D. The effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Treatment (ACT) on the reduction of student's verbal aggression. 3st World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium. Iran; November 10; shiraz 2016.
21. Torshizi M, Saadatjoo S A. Relationship between aggression and demograp hic characteristics secondary school students in Birjand. Mod Care Journal. 2012; 9(4): 355-363. (Persian)
22. Navidi A. Testing the effect of anger management training on the self-regulating skills of anger, adaptability and general health of high school boys in Tehran. [PhD Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabai;2006.
23. Khodayari Fard M, Gholamali Lavasani M, Akbari Zardkhani S, Layagat S. Psychometric properties of Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory–2. Rehabilitation Journal. 2011; 11(1): 47-56. (Persian)
24. Wheatley A, Murrihy R, Kessel J, Wuthrich V, Remond L, Tuqiri R, etal. Aggression management training for youth in behavior schools: A quasi-experimental study youth studies Australia.2009; 28(1): 36.
25. Roustaei A, Abolghasemi Sh, Mohammadi Aria A, Saedi S. A comparison effect of training the anger management and medicine cure on aggression in prisoners. New Findings in Psychology. 2012; 7(21): 17-31. (Persian)
26. Chang D, Hwang S. The development of anger management program based on acceptance and commitment therapy for youth taekwondo players. Journal of Exercise Rehabilitation.2017;13(2):160-167.
27. Dor J. Comparison of ACT with CBT: Cognitive Failure against Reconstruction. (Fayzi A translation). Psychology and Life Advice Center Web Site; 2015 [cited 01 April, 2015]; Available from: HTTP://WWW.MRMZ.IR
28. Hayes SC. Climbing our Hills: A begnning conversation on the comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditiional Cognitive Behavioral Therapy. American psychological Association. Published by wilely periodicals, Inc; 2008.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.21859/psj.16.2.59]