

Research Article

Examination of Psychometric Properties of The Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (compact) Scale in Iranian Non-Clinical Samples

Authors

Zeinab soleimani¹, Mohammad Reza Shairi², Mohammad Gholami Fesharaki³, Soheila Gomian⁴

1. Master of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran – Iran.

2. PhD in Clinical Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author).

3. PHD in Biostatistics, Assistant Professor at the Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4. PhD in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran

Abstract

Receive Date:
29/11/2020

Accept Date:
29/04/2021

Introductoin: Acceptance and commitment therapy is one of the third-generation therapies that are of great interest to researchers. Numerous studies have examined the specific processes of ACT and today there is a strong focus on the development of specific, single-act evaluation methods. The purpose of the present study was to determine the validity and reliability of the Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (compact) Scale in non-clinical Iranian samples.

Method: In this study, 338 undergraduate students of Tehran University completed the Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes Scale, Acceptance and Act Questionnaire (AAQ), Marlowe Crown Social Desirability Scale (MCSD), The Short Form Health Survey Questionnaire (SF-12), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), and Wilson's Valued Living Questionnaire (VLQ) were used to measure convergent and divergent validity. The scale was also tested using test-retest and internal consistency.

Results: The results showed that the validity of the test using the Omega coefficient of 0.84 as well as test-retest validity of the Comprehensive Acceptance and Commitment Therapy Scale was 0.58 ($p < 0.01$). The convergent and divergent validity of the questionnaire was confirmed based on the correlations obtained with other questionnaires.

Discussion and Conclusion: Based on the results of the present study, the Iranian version of the Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Process Scale is a valid and reliable tool for evaluating specific Acceptance and Commitment Therapy processes and psychological flexibility in nonclinical samples and can be used in clinical trials. Psychological research, especially research related to acceptance and commitment therapy, and clinical cases with appropriate caution.

Keywords

Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Scale, Validity, Reliability.

Corresponding Author's E-mail

shairigm@gmail.com

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Compact) در نمونه‌های غیربالینی ایرانی

نویسندگان

زینب سلیمانی^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، محمد غلامی فشارکی^۳، سهیلا قمبان^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران

۲. دکتری روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران (نویسنده مسئول)

۳. دکتری آمار زیستی، استادیار دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

۴. دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران

چکیده

مقدمه: از جمله درمان‌های نسل سومی که بسیار مورد توجه پژوهشگران بوده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. مطالعات متعددی فرایندهای اختصاصی این درمان را مورد بررسی قرار داده‌اند و امروزه تمرکز جدی بر توسعه روش‌های ارزیابی فرایندهای خاص و یگانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. در این راستا مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کامپکت) طراحی شده است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اعتبار و پایایی مقیاس یاد شده در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی است.

روش: در این پژوهش ۳۳۸ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران با تکمیل مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کامپکت)، پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل، فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو کرون، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت فرم کوتاه، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون در این پژوهش شرکت نمودند. اعتبار مقیاس در قالب اعتبار همگرا و واگرا اندازه‌گیری شد. پایایی این مقیاس نیز با استفاده از روش بازآزمایی و همسانی درونی مورد واریس قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که پایایی آزمون با استفاده از ضریب پایایی امگا ۰/۸۴ و همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۵۸ ($P < ۰/۰۱$) می‌باشد. اعتبار همگرا و واگرای پرسشنامه نیز بر اساس همبستگی‌های بدست آمده با سایر پرسشنامه‌های همراه مورد تایید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش نسخه ایرانی مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک ابزار معتبر و پایا برای ارزیابی فرایندهای اختصاصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نمونه‌های غیر بالینی می‌باشد و می‌تواند در پژوهش‌های روان‌شناختی به ویژه پژوهش‌های مرتبط با درمان پذیرش و تعهد و نیز موارد بالینی با احتیاط‌های لازم، مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۰۹/۰۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۲/۰۹

کلیدواژه‌ها

مقیاس ارزیابی جامع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتبار، پایایی.

نشانی پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

از زیبایی فرایندهای خاص و یگانه ACT مانند: پذیرش/ اجتناب تجربی، هم آمیزی^{۱۶} / ناهم آمیزی^{۱۷} و ارزشها وجود دارد. گرچه چنین ارزیابی‌هایی ممکن است برای بررسی اثرات متفاوت این فرایندهای یگانه و خاص بر رفتار مفید باشند، اما آن‌ها نه می‌توانند (و نه اساساً برای این منظور طراحی شده اند) که به فرایندهای گسترده تر ACT در حوزه انعطاف پذیری روانشناختی دست یابند بنابراین ابزارهای موجود فرایند ACT به دلیل تمرکز محدود و اعتبار سوال برانگیزشان مورد نقد می‌باشند، برای مثال ویلسون^{۱۸} و دوفرنی^{۱۹} [۴] نسخه‌ی دوم پرسشنامه ارزشمند زیستن^{۲۰} (VLQ-II) را تدوین کرده اند. این ابزار در مقایسه با نسخه ی قبلی، کفایت روانسنجی بیشتری دارد [۴]. همچنین بلک لج^{۲۱}، سیاروچی^{۲۲}، ویبلی^{۲۳} [۵] نسخه ی اول و دوم پرسشنامه ی ارزش های شخصی^{۲۴} (PVQ-I, PVQ-II) را طراحی کرده اند. هر دو نسخه، پرسشنامه های خودسنجی نسبتاً طولانی هستند که شاید نسبت به محیط بالینی، بیشتر برای پژوهش مناسب باشند. در این بین پرسشنامه پذیرش و عمل^{۲۵} (AAQ) پر کاربردترین معیار ارزیابی فرایندهای ACT است [۶]. این پرسشنامه، به وسیله هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. اما علی رغم این کاربرد وسیع، AAQ-II نیز مورد انتقاد بوده است. از همه مهمتر، نقد ولگاست^{۲۶} [۷] است. وی استدلال می‌کند که ظاهراً AAQ-II فرایندهای ACT را با متغیرهای خروجی پریشانی و اضطراب مخلوط می‌کند

هم‌چنین فرایندهای AAQ-II در دستیابی به فرایندهای ACT ظرفیت محدودی دارد، چرا که غلبه تمرکز آن بخش از آیتم‌های آن که بر پذیرش - اجتناب تجربی و همگرایی - واگرایی متمرکزند، موجب بی توجهی به سایر فرایندهای ACT می‌گردد. علاوه بر اینها یکی دیگر از مشکلات اندازه گیری‌های رایج ACT تعداد فرایندهای اصلی ACT است. تاکنون تلاش های متعددی برای فهم اینکه آیا ممکن است

از دهه پایانی قرن بیستم، رفتاردرمانی های نسل سوم خود را نمایان ساخته اند. هدف اصلی در درمان های رفتاری نسل یک و دو حذف و یا کاهش مسائل بیمار است، درحالی که هدف درمان های نسل سوم کمک به بیمار است که بتواند فعالانه شکلهای مختلف ناراحتی های روانی و درد و رنج را به عنوان اجزای گریزناپذیر زندگی خود و نه به عنوان مانعی برای رسیدن به هدف بپذیرد [۱]. در طی سال های اخیر درمان های نسل سوم به طور چشمگیری در حال گسترش و تاثیر گذاری می‌باشند. از جمله درمان‌های نسل سومی که بسیار مورد توجه پژوهشگران بوده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. این درمان که برخاسته از فلسفه‌ی بافت‌گرایی است آسیب روانی را ناشی از شش فرایند رفتاری مشکل‌ساز هم‌جوشی^۲، اجتناب تجربه‌ای^۳، خودآگاهی ضعیف^۴، چسبیدن به خود مفهومی^۵، بی‌فعالیتی مداوم^۶ و تکانشگری^۷ و نیز ارزش‌های نامشخص^۸ می‌داند. از سوی دیگر این روش درمانی، درمان را در قالب شش فرایند پذیرش^۹، ناهم جوشی^{۱۰}، ارتباط با لحظه‌ی کنونی^{۱۱}، عمل متعهدانه^{۱۲}، خود به عنوان زمینه^{۱۳} و ارزش‌ها^{۱۴} مطرح می‌کند [۲].

مطالعات ACT در زمینه‌ی انواعی از اختلالات روانشناختی و مشکلات بالینی انجام شده است از قبیل اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی سوء مصرف مواد، ترس از مکان های باز، روان پریشی ها، استرس شغلی، درد مزمن، سیگار کشیدن، وسواس کندن مو و خود زنی [۳] علاوه بر اینها مطالعات متعددی فرایندهای اختصاصی ACT را مورد بررسی قرار داده اند. در حالی که اقدامات مربوط به ارزیابی انعطاف پذیری روانشناختی^{۱۵} در زمینه های خاص (مثلاً در محل کار) کاملاً متناسب پیش بینی نتایج است (مثلاً رضایت شغلی) اما این اقدامات و نتایجشان به لحاظ تعمیم و حیطة‌های کاربردشان محدود هستند [۳].

علاوه بر این امروزه تمرکز جدی بر توسعه روش‌های

14 . Values

15 . Psychological inflexibility

16 . Fusion

17 . Defusion

18 . Wilson, K.G.

19 . DuFrene .T.

20 . Valued Living Questionnaire

21 . Blackledge, T.

22 . Ciarrochi, J.

23 . Bilich, L.L.

24 . Personal Values Questionnaire

25 Act and Acceptance Questionnaire .

26 . Wolgast, M.

1 . Acceptance and commitment therapy (ACT)

2 . Fusion

3 . Experiential avoidance

4 . Weak self- knowledge

5 . Attachment to the conceptualized self

6 . Inaction

7 . Impulsivity

8 . Lack of values clarity

9 . Acceptance

10 . Defuion

11 . Contact with the present moment

12 . Committed action

13 . Self as context

نداشت (اعتبار واگرا). بدلیل حساسیت آلفای کرونباخ به تعداد آیتم‌ها و اندازه همبستگی بین آیتم‌ها [۱۰] برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نشده است. و از میانگین همبستگی‌های بین آیتم‌ها به عنوان شاخصی از همسانی درونی استفاده شده است [۹]. COMPAT به خوبی یک همسانی درونی را به نمایش گذاشت و همگرایی و واگرایی را در یک بستر نظری با سایر متغیرهای اندازه‌گیری شده به درستی نشان داد و سطوح بالای انعطاف ناپذیری با سطوح بالای اضطراب و سطوح پایین سلامت و بهزیستی همراه بود. در نتیجه با توجه به ویژگی‌های روان‌سنجی و جامعیت ارزیابی فرایندهای ACT توسط COMPAT، نوید شروع استفاده از یک نوع معیار رایج در ACT را نمایان سازد. هرچند باید توجه داشت که پژوهش در ایران در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که این درمان بر روی موارد مختلفی از اختلالات کار شده است؛ از جمله: هراس اجتماعی [۱۱] اختلال استرس پس از سانحه [۱۲] و کاهش علائم اضطراب فراگیر [۱۳]. همچنین در زمینه ابزارهای مرتبط با ACT در ایران اقداماتی صورت گرفته است که می‌توان از آنها یاد کرد، از جمله پرسشنامه‌ی زندگی ارزشمند [۱۴] و پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل [۱۵] که هر دو ارزیابی‌های خاص و موردی از فرایندهای ACT می‌باشند و پرسشنامه‌ی ای که ارزیابی جامع فرایندهای ACT را در برگیرد، در دسترس نیست و بدین خاطر، پرداختن به ویژگی‌های اعتبار و پایایی مقیاس COMPAT از اهمیت به سزایی برخوردار است بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و پایایی) مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای ACT (compact) در یک نمونه غیر بالینی بوده است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های ارزشیابی محسوب می‌گردد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر

انعطاف‌پذیری روانشناختی را به نحو کارآمدی به ۶ زیر فرایند مرتبط با ACT تقسیم کرد یا نه، صورت پذیرفته است. بر این اساس حتی AAQ-II نیز به عنوان رایج‌ترین ابزار ارزیابی ACT نمی‌تواند به قلمروهای فرایندهای ACT و در نتیجه قلمرو انعطاف‌پذیری روانشناختی دست یابد [۸]. با توجه به این موارد و محدودیت‌های موجود در ارزیابی‌های گسترده‌تر، به کار تجربی بیشتری نیاز است تا بهترین راه برای دستیابی به فرایند عمومی انعطاف‌پذیری روانشناختی (و زیر فرایندهای تسهیل‌کننده اش) بوجود آید.

در این راستا، اشلی فرانسیس^۱ و همکاران [۹] یک پرسشنامه جدید برای ارزیابی فرایندهای ACT به نام COMPACT^۲ (ارزیابی جامع فرایندهای ACT) را ایجاد کرده‌اند که مبتنی بر نظر مجموعه‌ای از متخصصان ACT تدوین شده است (با استفاده از روش دلفی^۳). این ابزار ۲۳ آیتم دارد و بر اساس مقیاس هفتگانه لیکرت^۴ نمره‌گذاری می‌شود که از صفر (هرگز درست نیست) شروع و به ۶ (همواره درست است) ختم می‌شود. این روش در ابتدا بر روی یک نمونه‌ی غیر بالینی (که شامل ۳۷۷ زن و مرد بوده‌اند)، اجرا شد. تحلیل عاملی اکتشافی^۵ یک ساختار سه‌عاملی و به لحاظ نظری وابسته را، که فرایندهای ۶ گانه‌ی ACT را به ۳ فرایند دوگانه تقسیم کرده، برای نسخه نهایی ۲۳ آیتمی پیشنهاد کرد، ساختار سه‌عاملی compact یعنی عوامل گشودگی نسبت به تجربه^۶، آگاهی رفتاری^۷، و عمل ارزشمند^۸ موافق و همراستا با اندازه‌گیری انعطاف‌پذیری روانشناختی است. این امر که بر حسب سه فرایند دوتایی شکل گرفته است به طور عمومی این‌گونه تعریف می‌شوند: ۱- گشودگی نسبت به تجربه^۹ و عدم ارائه‌ی تفسیر^{۱۰} (پذیرش، ناهم‌آمیزی) ۲- خودآگاهی^{۱۱} و داشتن چشم‌انداز و دورنما^{۱۲} (آگاهی از لحظه‌ی اکنون، خود به عنوان زمینه) ۳- انگیزه^{۱۳} و فعالیت^{۱۴} (ارزشها، اقدام متعهدانه).

نتایج نخستین به دست آمده حاکی از اعتبار^{۱۵} و پایایی^{۱۶} مطلوب compact است. اعتبار همگرایی آن به وسیله‌ی همبستگی با پرسشنامه‌ی AAQ-II، ۰/۷۹، (p<0/01) بدست آمد. البته همانطور که انتظار می‌رفت هیچ ارتباط معناداری میان COMPACT و فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو-کرون (MCSD)^{۱۷} (r = -0/01 - 0/03) وجود

9. Openness to experience

10. Detachment from literality

11. Selfawareness

12. Perspective taking

13. Motivation

14. Activation

15. Validity

16. Reliability

17. Marlowe-Crowne social desirability scale

1. Ashley, Francis.

2. Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy

3. Delphi

4. Likert scale

5. Exploratory factor analysis

6. Openness to experience

7. Behavioral awareness

8. Valued action

۲- پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این پرسشنامه، به وسیله هیز و همکاران [۱۷] تدوین شده است. نسخه‌ی اولیه‌ی آن شامل ۳۲ آیتم بود، نسخه‌های بعدی این پرسشنامه با ۱۶ و ۹ آیتم هم اعتبار یابی و ساخته شده‌اند و در پژوهش‌های گوناگون مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بوند و همکاران [۱۸] آخرین نسخه پرسشنامه AAQ-II را که حاوی ۱۰ آیتم است تدوین کردند در این پژوهش دو عامل بدست آمد اما چون نسبت ارزش ویژه‌ی عامل اول نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت. از دیگر طرف چون ۳ ماده‌ی مربوط به عامل دوم جملات مثبت بودند و دو عامل از نظر مبانی نظری و مفهومی تفاوتی نداشتند، یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد. آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۵۵ و آلفای کرونباخ عامل دوم ۰/۸۸ گزارش شد. به علاوه میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی ۱۲ و ۳ ماهه‌ی آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد. از سویی در ایران پژوهش عباسی، فتی، مولودی و ضرابی [۱۵] پیرامون کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی AAQ-II نشان داد که این پرسشنامه در ایران نیز معتبر و قابل کاربرد است. این پرسشنامه بر روی چهار گروه بالینی و غیر بالینی اجرا شد، همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در هر چهار گروه رضایت بخش بود (۰/۷۹-۰/۸۹). اعتبار همگرا و افتراقی عامل‌های به دست آمده از طریق همبستگی آنها با BDI-II، GHQ-28، BAI-II، DERS، محاسبه شد. اعتبار افتراقی آن نیز نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه می‌تواند گروه بالینی را از غیر بالینی تفکیک کند.

۳- پرسشنامه زندگی ارزشمند (VLQ-II): این پرسشنامه توسط ویلسون و همکاران [۱۹] برای سنجش ارزش‌های افراد در زندگی در ده حوزه (روابط خانوادگی، ازدواج و روابط صمیمانه، ایفای نقش‌های والدینی، دوستی و روابط اجتماعی، اشتغال، تعلیم و آموزش، تولید مثل، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و بهزیستی جسمی و در دو مقیاس اهمیت و پیگیری تدوین شد و دارای شاخص پاسخگویی درجه‌ای (اصلاً ارزش ندارد) تا کاملاً ارزش دارد (۱۰) می‌باشد. پایایی آزمون بازآزمون این پرسشنامه توسط ویلسون و همکاران در طی دو مطالعه برای مقیاس اهمیت و تعهد به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است. نتایج پژوهش ویلسون و همکاران نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار محتوایی، همزمان و سازه‌ی خوبی برخوردار است و ساختار تک عاملی آن طی تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت.

در ایران اکبری [۱۴] در پژوهشی کفایت روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه را در نمونه‌ای از دانشجویان (غیربالینی) بررسی کرده و نتایج پژوهش نشان می‌داد که

دربرگیرنده کلیه دانشجویان کارشناسی دانشکده‌های پردیس اصلی دانشگاه تهران است که در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند.

ب) نمونه پژوهش: روش نمونه‌گیری مطالعه‌ی حاضر در دسترس بوده است. در این تحقیق سعی شد که نمونه مورد نظر از جمعیت دانشجویان کارشناسی دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران، انتخاب گردد با توجه به اینکه برای انجام تحلیل عاملی، به ازای هر سوال، ۱۰ نفر مورد واری قرار می‌گیرند و پرسشنامه حاضر دارای ۲۳ سوال می‌باشد، در نهایت ۳۳۸ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. [۱۶]

ابزارهای پژوهش

۱- ارزیابی جامع فرایندهای ACT (COMPACT): این پرسشنامه توسط اشلی فرانسس و همکاران [۹] به عنوان معیار عمومی جدید برای ارزیابی فرایندهای ACT ساخته شد. ساخت پرسشنامه از دو مرحله تشکیل شده است. مرحله‌ی اول استفاده از روش دلفی می‌باشد که گروهی از متخصصان ACT آیتم‌های اولیه را بر اساس معیاری صریح و روشن ارزیابی کرده و ۳۷ آیتم اندازه‌گیری اولیه‌ی COMPACT تولید شد. در مرحله‌ی دوم نمونه‌ای غیر بالینی متشکل از ۳۷۷ زن و مرد پرسشنامه‌ی اصلی و سایر ابزارهای وابسته و مستقل را تکمیل کردند. تحلیل عاملی اکتشافی یک ساختار سه عاملی و به لحاظ نظری وابسته، که فرایندهای ۶ گانه‌ی ACT را به ۳ فرایند دوگانه تقسیم می‌کند را برای ورژن نهایی ۲۳ آیتمی پیشنهاد کرد، ساختار سه عاملی compact یعنی گشودگی نسبت به تجربه، آگاهی رفتاری، و عمل ارزشمند کاملاً موافق و نیز با اندازه‌گیری انعطاف‌پذیری روانشناختی که بر حسب سه فرایند دوگانه که به طور عمومی تعریف می‌شوند همراستا است. نتایج نخستین به دست آمده حاکی از اعتبار و پایایی مطلوب آن است. به دلیل حساسیت آلفای کرونباخ به تعداد آیتم‌ها و اندازه همبستگی بین آیتم‌ها [۹] برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نشده است. و از میانگین همبستگی‌های بین آیتم‌ها به عنوان شاخصی از همسانی درونی استفاده شده است اعتبار همگرای آن به وسیله‌ی همبستگی با پرسشنامه‌ی AAQ-II، ۰/۷۹ ($p < 0/01$) است و همانطور که انتظار می‌رفت هیچ ارتباط معناداری میان COMPACT و فرم کوتاه MCS-D (03-01) وجود نداشت (اعتبار واگرا). نتایج نشان داد که COMPACT دارای همبستگی مثبت زیادی ($r = 57-65$) با هر سه زیر مقیاس DASS-21 داشته و بیشترین پیوند را با زیر مقیاس افسردگی ($r = 0.65$) داشته است. این مقیاس در واقع، برای سنجش فرایندهای ACT مورد استفاده قرار می‌گیرد.

این مقیاس و خرده مقیاس L از پرسشنامه MMPI نیز معنی‌دار بوده است که کارایی بالای آن به منظور کاربرد در تحقیقات روانشناختی توسط محققین مورد تاکید قرار می‌دهد.

در تحقیق شرف‌الدین [۲۵] برای تعیین پایایی مقیاس یاد شده از دو روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن مقیاس استفاده شده است که به ترتیب برابر ۰/۷ و ۰/۶۷ می‌باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول می‌باشد. از نظر اعتبار نیز این مقیاس با سایر ابزارهای روانشناختی که برای اندازه‌گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده است همبستگی بالا و قابل قبول نشان داده است [۲۶].

۵- پرسشنامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس -DASS^۳: این ابزار مقیاس کوتاه شده‌ی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوی باند و لوی باند [۲۷] است. که با طیف لیکرت ۴ ارزشی نمره‌گذاری می‌شود. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش برانگیختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در برمی‌گیرد.

آنتونی و همکاران [۲۸] مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و افسردگی بود [۲۸].

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط اصغری مقدم و همکاران [۲۹] مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش نتایج تحلیل عامل اکتشافی، ساختار سه‌عاملی DASS را تایید کرد. پایایی مقیاس‌های آن از طریق بررسی ضرایب همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی تایید شد. ضریب همسانی درونی ۳ خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۲/۹۰ و ضرایب بازآزمایی به فاصله

بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی ارزشمند برابر با [۰/۷۶] ($p < 0.0001$) و ضریب همسانی درونی آن برای کل ابزار ۰/۸۰. به دست آمد. برای احراز اعتبار سازه، تحلیل عاملی اکتشافی تک عاملی بودن پرسشنامه زندگی ارزشمند را پیشنهاد کرد و این عامل ۶۸ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. اعتبار همزمان آن نیز بر اساس ضریب همبستگی نمرات شرکت کنندگان در این ابزار با نمرات آن‌ها در زیر مقیاس‌های پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت، پذیرش و تعهد و مقیاس‌های افسردگی اضطراب و استرس بررسی (دامنه بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷) ($p < 0.05$) و مورد تایید قرار گرفت.

۴- پرسشنامه مقبولیت اجتماعی مارلوکرون فرم کوتاه (MCSD): دی. پی. کرون^۱ و دی. مارلو^۲ [۲۰]، یک مقیاس ۳۳ ماده‌ای تدوین نمودند که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شود. در این مقیاس اشخاصی که بین صفر تا ۸ امتیاز به دست می‌آورند، اشخاصی هستند که پاسخ‌های آنان پذیرش اجتماعی را به دنبال ندارد و احتمالاً مورد طرد قرار می‌گیرند. اشخاصی که بین ۹ تا ۱۹ امتیاز به دست می‌آورند، به طور متوسط دارای پذیرش اجتماعی هستند و رفتارهای آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت می‌کند. ضریب اعتبار این آزمون با روش اجرای مجدد بالاتر از ۰/۸ بوده است و از نظر اعتبار سازه این آزمون با سایر ابزارهای روان‌شناختی همبستگی بالا و قابل قبول به دست آمد [۲۱].

نسخه کوتاه مقیاس مارلو-کرونر [۲۲] شامل ۱۳ گویه می‌باشد که پاسخ دهندگان به صورت صحیح یا غلط به سوالات پاسخ می‌دهند. برای هر پاسخ که طبق فرم صحیح پر شده باشد نمره ۱ و اگر برخلاف آن باشد نمره صفر داده می‌شود. اعتبار سازه این مقیاس توسط رینولدز [۲۲] با استفاده از مقیاس‌های پرسشنامه MMPI مورد بررسی قرار گرفته که حاکی از اعتبار همبستگی بالا با فرم ۱۳ ماده‌ای مقیاس می‌باشد. از سوی دیگر همسانی درونی آن با استفاده از فرمول ۲۰ کودر ریچاردسون برابر ۰/۷۶ بود، و ضرایب همبستگی آن با مقیاس ۳۳ ماده‌ای مارلو-کرون ۰/۹۳ با مقیاس ادواردز ۰/۴۱ گزارش شده است [۲۲]. زوک و سیپز [۲۳] پایایی مقیاس ۱۳ ماده‌ای را مورد آزمایش قرار داده و گزارش کرده‌اند که همسانی درونی آن ۰/۷۴ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۷۴ است.

در ایران در پژوهشی که توسط نجاریان [۲۴]، بر روی یک نمونه ۴۳۴ نفری از دانشجویان دختر و پسر چند موسسه آموزش عالی در اهواز، اراک و رشت اجرا شده است. ضرایب پایایی به دست آمده رضایت‌بخش بوده‌اند. در این پژوهش ضریب همبستگی محاسبه شده بین نمره‌های آزمودنی‌ها در

^۳ Depression Anxiety Stress Scale

^۱ D.P.Crown

^۲ D. Marlow

گاندک [۳۵]، پیشنهاد طراحی پرسشنامه ای که بتواند مولفه های جسمی و روانی SF-36 را با آیتم های کمتری تولید کند را ارائه داد بنابراین SF-12 به عنوان فرم کاربردی و کوتاه تر SF-36 ایجاد شد. مطالعات اعتبارسنجی بین فرهنگی نشان داده اند که همبستگی قابل توجهی بین اندازه گیری های SF-36 و SF-12 وجود دارد. [۳۶].

این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود (عبارت ۱)، عملکرد فیزیکی (عبارت ۳ و ۲)، سلامت جسمانی (عبارت ۵ و ۴)، مشکلات هیجانی (عبارت ۷ و ۶)، درد جسمانی (پرسش ۸)، عملکرد اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت روان (عبارت ۱۰ و ۱۱) مورد بررسی قرار می دهد. سوالات هم با مقیاس چند گزینه ای لیکرت و هم به صورت بلی وخیر است. نمره کل از جمع نمرات مربوط به سوالات محاسبه و به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی می شود، به طوری که امتیاز بالا نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است

همچنین منتظری و همکاران (۱۳۸۹) فرم ۱۲ سوالی را ترجمه و اعتبار و پایایی آنرا بررسی کردند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت و آلفای کرونباخ حاصل بالاتر از ۰/۷۰ و رضایت بخش بود، و به ترتیب برای مولفه های جسمی ۰/۷۳ و برای مولفه های روانی ۰/۷۲ بدست آمد. آزمون اعتبار با استفاده از روش (مقایسه گروه های شناخته شده) مورد ارزیابی قرار گرفت و همانطور که انتظار می رفت SF-12 به خوبی می تواند بین زیر گروه های نمونه ی مورد مطالعه که از لحاظ جنس، سن و سطح تحصیلات متفاوت بودند تمایز قایل شود. طبق پیش بینی ها زنان، افراد مسن تر و کسانی که سطح تحصیلات پایین تری داشتند، نسبت به مردان، جوانان و افرادی که وضعیت تحصیلی بهتری داشتند وضعیت سلامتی ضعیف تری را گزارش کردند.

شیوه انجام پژوهش

پس از کسب اجازه از مولفان ابزار در مرحله اول چهار نفر از اساتید روانشناسی بالینی و متخصص زبان انگلیسی به طور جداگانه پرسشنامه اصلی (COMPACT) را از زبان انگلیسی به زبان فارسی کردند، سپس ترجمه ها با یکدیگر مقایسه شده و پس از رفع نوسانات و تفاوت ها به یک متن نهایی تبدیل شد. در مرحله دوم دو نفر به طور جداگانه متن پرسشنامه را از زبان فارسی به زبان انگلیسی ترجمه کردند، این دو ترجمه با هم مقایسه شده و با حذف موارد اختلاف هر کدام، به یک متن نهایی تبدیل شد. (ترجمه این قسمت توسط یک دکتری زبان انگلیسی و یک دکتری روانشناسی بالینی که به زبان انگلیسی احاطه داشت، انجام شد.) این

۳ هفته دریک نمونه غیر بالینی برای مقیاس افسردگی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۸۹ و استرس ۰/۹۰ بدست آمده است (که تمامی در سطح ۱/۰۰ معنادار بودند). برای سنجش اعتبار سازه مقیاس از آزمون های BDI و پرسشنامه چهارسامانه ای اضطراب (FSAQ) استفاده شده است که تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار زوده و میزان همبستگی با BDI، برای افسردگی اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۵۸/۶۹، ۰/۶۰ و ۰/۶۰، برای افسردگی اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۶۲/۶۳، ۰/۶۰ و ۰/۶۴ گزارش شده اند.

۶- پرسشنامه ی زمینه یابی سلامت فرم کوتاه (SF-12)^۱: یکی از پرسشنامه هایی است که اغلب به منظور سنجش سریع کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مورد استفاده قرار می گیرد و به آسانی اجرا و نمره گذاری می گردد. دو فرم ۳۶ و ۱۲ سوالی دارد. در این پژوهش فرم ۱۲ سوالی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. SF-36 توسط ویرا^۲ و همکاران [۳۰]، طراحی شد. دارای ۳۶ سوال است و ۸ خرده مقیاس مربوط به سلامت را که خرده عبارتند از: عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی مورد ارزیابی قرار می دهد. به علاوه این پرسشنامه دو سنجش کلی از کارکرد روانی و جسمی را نیز فراهم می آورد. پایایی و اعتبار SF-36 در جمعیت انگلستان، به وسیله سه مطالعه تایید شده است. برازیر و همکاران [۳۱]، ضرایب همسانی درونی آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند. در مطالعه جنکینسون و همکاران [۳۲]، ضرایب همسانی درونی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. گرات و همکارانش [۳۳]، نیز ضرایب همسانی درونی کلیه خرده مقیاس های آزمون SF-36 را بالاتر از ۰/۸۰ گزارش کرده اند.

اصغری مقدم و فقیهی [۳۴]، در پژوهشی اعتبار و پایایی (SF-36) را در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار دادند، برای بررسی پایایی نمونه از دو روش ارزیابی همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ به دست آمد، همچنین ضریب بازآزمایی به دست آمده برای کل نمونه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ است، هم چنین اعتبار پرسشنامه از طریق اجرای آن در دو گروه سالم و بیمار مورد بررسی قرار گرفت با استفاده از آزمون t برای گروه های مستقل نمرات دو گروه سالم و بیمار در تمام خرده مقیاس های پرسشنامه، با یکدیگر مقایسه شد. افراد سالم در مقایسه با افراد بیمار در تمام خرده مقیاس های آزمون به طور معنادار نمرات بالاتری کسب کردند. این یافته ها بیانگر این است که SF-36 قادر است افراد سالم و بیمار را به طور معنادار تفکیک کند.

2. Ware JE

1. Short form health survey.(SF-12)

محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین نمره های پرسشنامه compact و عوامل آن با نمره های حاصل از مقیاس MCSD (فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار سازه ی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و سپس تاییدی مورد بررسی قرار گرفت، همچنین لازم به ذکر است که تحلیل های آماری مورد اشاره براساس برنامه SPSS(نسخه ۲۰) و لیزرل انجام شد.

نتایج

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه به این شرح بود: بیشترین درصد نمونه را (۷۲/۵٪) زن‌ها تشکیل داده اند. از لحاظ وضعیت تاهل بیشترین در صد نمونه را (۹۱/۱٪) را افراد مجرد تشکیل می دهند. همچنین بیشترین در صد نمونه را (۱۸/۹٪) افراد شاغل به تحصیل در دانشکده علوم پایه دانشگاه تهران تشکیل می دهند و پس از آن به ترتیب دانشکده های حقوق(۱۸/۶)، ادبیات(۱۷/۸)، فنی(۱۷/۲)، پزشکی(۱۳/۹) و روانشناسی(۱۳/۶) قرار دارند. در جدول (۱) شاخص های توصیفی مربوط به پرسشنامه اصلی (COMPACT) گزارش شده است که نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد نمره کل مقیاس COMPACT و خرده مقیاس های گشودگی در برابر تجربه، آگاهی رفتاری و عمل متعهدانه، به ترتیب ۶۹/۹۱ (۷/۹۱)، ۳۲/۴۹ (۵/۳۵)، ۱۳/۵۵ (۴/۳۱) و ۲۳/۶۲ (۵/۸۸) به دست آمده است. همچنین، همان گونه که در این جدول نشان داده شده است، کشیدگی و چولگی داده‌ها در دامنه‌ی ۲- و ۲+ قرار گرفته است. جداول ۲ و ۳ نیز مربوط به شاخص های توصیفی compact به طور مجزا در زنان و مردان می‌باشد.

متن با متن اصلی پرسشنامه مطابقت داده شد و اشکالات احتمالی مرتفع گردید. پس از بررسی های اولیه در مطالعه ای مقدماتی نسخه فارسی پرسشنامه در نمونه‌ای ۵۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران به طور آزمایشی اجرا شد، تا از قابلیت اجرا و رفع مشکلات احتمالی آن در جمعیت ایرانی اطمینان حاصل شود. پس از آماده شدن پرسشنامه، اجرای اصلی در نمونه مورد نظر انجام گرفت. هریک از این افراد علاوه بر مقیاس فوق، نسخه دوم پرسشنامه ی پذیرش و عمل (AAQ-II)، فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو کرون (MCSD)، پرسشنامه زمینه یابی سلامت فرم کوتاه (SF-12)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را نیز تکمیل نمودند. قابل ذکر است نحوه اجرا به گونه ای تنظیم شد که امکان اجرای پرسشنامه‌های مربوط به اعتبار همگرا و واگرا در تمامی نمونه‌ها از دانشکده های مختلف قابل اجرا باشد، همچنین مقیاس compact در یک نمونه واحد با فاصله یک الی دو هفته مجددا اجرا گردید. (تمامی موارد اجرا از مطالعه اولیه تا اصلی توسط پژوهشگر انجام شد).

شیوه تحلیل داده‌ها

در این مطالعه برای بدست آوردن شاخص های توصیفی، از شاخص هایی مانند میانگین، انحراف معیار، میانه، نما، فراوانی و درصد داده ها استفاده شد. پایایی مقیاس از طریق ضریب امگا و نیز همبستگی دوبار اجرای مقیاس compact مورد بررسی قرار گرفت. برای سنجش اعتبار همگرا ضریب همبستگی پیرسون بین نمره های مقیاس compact و عوامل آن با نمره های حاصل از مقیاس AAQ2 (مقیاس پذیرش و عمل)، VLQ (پرسشنامه زندگی ارزشمند)، SF-12 و DASS-21 محاسبه شد. اعتبار واگرا نیز از طریق

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به پرسشنامه اصلی (COMPACT) - (n=338)

شاخص	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	حداقل	حداکثر
پرسشنامه گشودگی در برابر تجربه	۳۲/۴۹	۳۳	۳۱	۵/۳۵	-۰/۰۶۶	۰/۲۴۷	۱۹	۴۸
آگاهی رفتاری	۱۳/۵۵	۱۳/۵	۱۲	۴/۳۱	۰/۰۵۸	۰/۰۹۹	۲	۲۸
عمل متعهدانه	۲۳/۶۲	۲۴	۲۰	۵/۸۸	-۰/۲۸۵	۰/۸۷۸	۱	۴۱
کل	۶۹/۹۱	۷۰	۷۰	۷/۹۱	-۰/۲۳	-۰/۱۹	۴۸	۹۳

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به پرسش‌نامه اصلی (COMPACT) در نمونه مردان

شاخص پرسشنامه	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	حداقل	حداکثر
گشودگی در برابر تجربه	۳۲/۴۵	۳۳	۳۴	۵/۶۲	-۰/۴۰۱	-۰/۱۲۶	۱۹	۴۳
آگاهی رفتاری	۱۴/۰۰۸۶	۱۴	۱۳	۴/۷۱	۰/۱۴۷	۰/۱۴۷	۲	۲۸
عمل متعهدانه	۲۲/۷۵	۲۳	۲۰	۵/۶	-۰/۷۹	۲/۳۵	۱	۳۶
نمره کل	۶۹/۲۱	۶۹/۸۵	۶۲	۸/۴۱	۰/۰۴۲	۰/۰۲۶	۴۹	۹۳

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به پرسش‌نامه اصلی (COMPACT) در نمونه زنان

شاخص پرسشنامه	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	حداقل	حداکثر
گشودگی در برابر تجربه	۳۲/۸۶	۳۳	۳۱	۵/۲۴	۰/۰۶۲	۰/۲۷۱	۲۰	۴۸
آگاهی رفتاری	۱۳/۳۴	۱۳	۱۵	۴/۱۸	۰/۰۲	۰/۰۶۲	۳	۲۶
عمل متعهدانه	۲۳/۹۸	۲۴	۲۰	۵/۸۸	-۰/۱۳۷	۰/۴۲۹	۳	۴۱
نمره کل	۷۰/۱۹	۷۱	۷۶	۷/۷۱	-۰/۲۶	-۰/۳۳	۵۰	۸۹

الف) پایایی compact

همسانی درونی: بدلیل حساسیت آلفای کرونباخ به تعداد آیتم‌ها و اندازه همبستگی بین آیتم‌ها (۱۰) در پژوهش اصلی برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نشده است. و از میانگین همبستگی‌های بین آیتم‌ها به عنوان شاخصی از همسانی درونی استفاده شده است. در پژوهش حاضر نیز به دلیل وجود همبستگی‌های منفی بین سوالات به جای ضریب آلفا از ضریب امگا استفاده شده است که مقدار آن مطلوب بوده و ۰/۸۴ بدست آمده است.

$$\omega = 1 - [a - \sum \lambda^2] / (a + 2b) \quad [۱۶]$$

که در آن:

a = تعداد سوالات

اشتراکات λ =

مجموع ضرایب همبستگی بین سوالات b =

بنابراین:

$$\omega = 1 - [19 - 3.81] / (19 + 2(37.48)) = 1 - 0.16 = 0.84$$

پایایی آزمون-بازآزمون: به منظور بررسی ضریب آزمون-بازآزمون پرسشنامه ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ابزار ذکر شده در یک نمونه واحد به فاصله یک الی دوهفته مجدداً اجرا شد. ضریب همبستگی حاصل از اجرای اول و دوم پرسشنامه مطلوب بود. همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، همبستگی متوسط و بالایی در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ (** $p < 0/01$) میان نتایج دو بار اجرای نمره کلی و خرده‌مقیاس‌های COMPACT دیده می‌شود.

نمره کل	۷۳/۵۱	۷/۱۸	۷۳/۱۸	۶/۸۰	۰/۵۸**

** $p < 0/01$ * $p < 0/05$

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون مقیاس

ضریب همبستگی	COMPACT		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	زمان
	اجرای اول	اجرای دوم					
گشودگی در برابر تجربه	۰/۶۲**	۴/۸۸	۵/۱۷	۳۴/۳۹	۳۳/۸۰	۳۳/۸۰	۳۳/۸۰
آگاهی رفتاری	۰/۷۶**	۴/۶۰	۴/۴۱	۱۴/۶۰	۱۴/۳۲	۱۴/۳۲	۱۴/۳۲
عمل متعهدانه	۰/۵۲**	۴/۶۳	۴/۹۷	۲۴/۱۶	۲۵/۵۰	۲۵/۵۰	۲۵/۵۰

ب) اعتبار Compact

اعتبار همزمان: به منظور بررسی اعتبار همگرایی این مقیاس ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های پرسشنامه COMPACT و عوامل آن با نمره‌های حاصل از مقیاس II- AAQ (مقیاس پذیرش و عمل)، VLQ (نسخه دوم پرسشنامه زندگی ارزشمند)، DASS-21 و SF-12، محاسبه شد. پرسشنامه COMPACT به طور معناداری با نمره کل و خرده مقیاس‌های مهمی ابزارهای مورد استفاده (به جز چند متغیر محدود) همبستگی داشت. و همچنین به منظور بررسی

اعتبار واگرایی مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای اکت، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های پرسشنامه COMPACT و عوامل آن با نمره‌های حاصل از مقیاس MCS-D (فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی) محاسبه شد. نتایج همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه پذیرش اجتماعی (مارلو-کران) منفی و پایین بدست آمد که بیانگر اعتبار واگرایی این مقیاس می‌باشد. به طور جداگانه همبستگی مقیاس COMPACT با سایر پرسشنامه‌ها در جداول ۵ تا ۸ نشان داده شده است.

جدول ۴. ضریب همبستگی پرسشنامه COMPACT با زمینه‌یابی سلامت SF-12

نمره کل	عمل متعهدانه	آگاهی رفتاری	گشودگی در برابر تجربه	
۰/۴۳**	۰/۱۱	۰/۳۴	۰/۲۵	سلامت روانی
۰/۳۴*	۰/۰۱۸**	۰/۲۴**	۰/۲۹	سلامت جسمانی
۰/۴۳**	۰/۰۷۶**	۰/۳۵	۰/۲۹**	کیفیت زندگی
۰/۰۹	۰/۰۷۷	-۰/۱۲**	۰/۱۵**	کارکرد جسمی
۰/۲۲	-۰/۰۲۲	۰/۲۳	۰/۱۶	محدودیت نقش جسمی
۰/۴۰**	۰/۱۸**	۰/۲۸**	۰/۱۸	محدودیت نقش روانی
۰/۴۱**	۰/۳۱**	۰/۳۷	۰/۲۹**	سلامت روان ادراک شده
۰/۲۶*	۰/۱۳	۰/۲۶**	۰/۰۵۳**	سلامت عمومی
۰/۲۲	-۰/۲۷	۰/۳۷	۰/۳۱	درد بدنی
۰/۲۳	۰/۱۱**	۰/۱۶**	۰/۱۰	کارکرد اجتماعی
۰/۳۷**	۰/۱۰**	۰/۲۶	۰/۲۲**	سرزندگی

(n=338) * p<0/05 ** p<0/01

جدول ۶. ضریب همبستگی پرسشنامه COMPACT با VLQ (n=۴۷)

نمره کل	عمل متعهدانه	آگاهی رفتاری	گشودگی در برابر تجربه	پرسشنامه
۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۱۰	روابط خانوادگی
۰/۳۶*	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۱۷	روابط صمیمانه
۰/۲۲	-۰/۱۰**	۰/۳۷**	۰/۲۴	تولید مثل و فرزند پروری
۰/۳۲*	۰/۱۴**	۰/۱۴	۰/۲۸	روابط دوستانه و اجتماعی
۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۰۰۷**	۰/۰۱۳	شغل
۰/۳۸**	۰/۲۸	۰/۱۴	۰/۱۸	آموزش و تحصیلات
۰/۳۱*	۰/۲۲	۰/۰۹۵	۰/۱۸	تفریح و سرگرمی
۰/۴۶**	-۰/۱۴**	۰/۳۷**	۰/۳۴	معنویت و مذهب
۰/۲۷	-۰/۲۱**	۰/۰۷۶	۰/۱۳**	زندگی اجتماعی و شهروندی
۰/۱۸	۰/۰۹	۰/۱۱**	۰/۱۱**	سلامت جسمانی
۰/۳۹**	۰/۱۸	۰/۲۶	۰/۲۴	نمره کل زندگی ارزشمند
۰/۱۵**	۰/۲۷	۰/۱۵	۰/۲۵	نمره کل اهمیت
۰/۱۱*	۰/۰۹۲**	۰/۳۴**	۰/۲۱	نمره کل پیگیری

(. ** p<0/01 * p<0/05)

جدول ۷. ضریب همبستگی پرسشنامه COMPACT با DASS- 21 (n=56)

نمره کل	عمل متعهدانه	آگاهی رفتاری	گشودگی در برابر تجربه	پرسشنامه
-۰/۳۸**	-۰/۰۱۶	-۰/۳۵**	-۰/۲۶**	افسردگی
-۰/۳۴**	-۰/۱۳	-۰/۱۳	-۰/۲۵	اضطراب
-۰/۳۶**	-۰/۰۷۲**	-۰/۳۳**	-۰/۲۱	استرس

(* p<0/05) (** p<0/01)

جدول ۸. ضریب همبستگی پرسشنامه COMPACT با مقیاس AAQ-II (n=72) و مقیاس پذیرش اجتماعی (n=50)

نمره کل	عمل متعهدانه	آگاهی رفتاری	گشودگی در برابر تجربه	پرسشنامه
۰/۴۹**	-۰/۰۸۱**	۰/۴۴	۰/۳۱**	نمره کل پذیرش و عمل
-۰/۱۳	۰/۰۴۸	-۰/۲۱**	-۰/۰۸۲**	نمره کل پذیرش اجتماعی

(* p<0/05) (** p<0/01)

اعتبار سازه

آزمون، زیربنای تحلیل عوامل است، برای اینکه مشخص شود همبستگی بین متغیرها برابر صفر نیست، در گام چهارم از آزمون کرویت بارتلت^۲ استفاده شد. جدول ۹ نتایج آزمون‌های مذکور را نشان می‌دهد.

ابتدا به منظور انجام تحلیل عامل اکتشافی، آزمون کفایت نمونه‌گیری (KMO)^۱ برای حصول اطمینان از کفایت حجم نمونه محاسبه شد. سپس از آنجا که همبستگی بین سوالات

جدول ۹. نتایج آزمون KMO و بارتلت

KMO	
۰/۸۴	آزمون بارتلت
۲/۷۸	خی دو
۲۵۳	Df
۰/۰۰۰	سطح معناداری

همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست [۳۶]. در گام بعدی، به بررسی چرخش مناسب پرداخته شد. بدین منظور ابتدا از چرخش مایل استفاده کرده و همبستگی میان عوامل را مورد بررسی قرار دادیم. جدول ۱۰ همبستگی میان عوامل حاصل از چرخش مایل را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۹ نشان داده شده است، مقادیر KMO، ۰/۸۴ به دست آمد. چون این مقدار از ۰/۶۰ بزرگتر است در نتیجه می‌توان گفت حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی کافی است. هم‌چنین، میزان خی دو در آزمون بارتلت، ۲/۷۸ به دست آمده که از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P<0/001$) و نشان‌دهنده‌ی این است که ماتریس

جدول ۱۰. همبستگی بین عوامل حاصل از چرخش مایل

عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
۱				
۰/۲۷	۱			
۰/۱۱	۰/۱۶	۱		
۰/۱۰	-۰/۱۵	۰/۰۷	۱	
-۰/۱۴	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۰۲	۱

². Bartlett's Test of Sphericity

¹. Kaiser-Meyer- Olkin Measure of Sampling Adequacy

عامل‌سازی محور اصلی^۲ با چرخش کووارتیمکس استفاده گردید. جدول ۱۱ بارهای عاملی، ارزش‌های ویژه، درصد واریانس و درصد واریانس تجمعی برای عامل‌های به دست آمده از چرخش کووارتیمکس را نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۱۰ نشان می‌دهد که همه‌ی همبستگی‌ها کمتر از ۰/۳۳ می‌باشد، در نتیجه از چرخش کووارتیمکس^۱ استفاده شد [۳۶]. بدین ترتیب، به منظور انجام تحلیل تحلیل عاملی از روش

جدول ۱۱. بارهای عاملی، ارزش ویژه، درصد واریانس و درصد واریانس تجمعی برای عامل‌ها

عامل‌ها		آیتم‌ها
عامل ۲	عامل ۱	
	۰/۷۹	آیتم ۱۹
	۰/۷۹	آیتم ۲۱
	۰/۷۶	آیتم ۲۲
	۰/۷۴	آیتم ۲۰
	۰/۷۱	آیتم ۲۳
	۰/۷۱	آیتم ۱۸
	۰/۶۸	آیتم ۱۷
	۰/۵۳	آیتم ۱۶
۰/۷۴		آیتم ۱۴
۰/۷۰		آیتم ۱۲
۰/۷۰		آیتم ۱۳
۰/۶۸		آیتم ۱۱
۰/۴۶		آیتم ۱۵
۰/۴۴		آیتم ۹
۳/۲۴	۵/۴۸	ارزش ویژه عوامل استخراج شده
۱۴/۱۲	۲۳/۳۹	درصد واریانس
۳۷/۵۱	۲۳/۳۹	درصد واریانس تجمعی

همزمان در دو عامل، بار عاملی نشان دادند و اختلاف میان بار عاملی آن‌ها، کمتر از ۰/۱ بود، از جدول تحلیل عامل حذف شدند. در این رابطه، آیتم‌های ۱ تا ۸ و ۱۰ به دلیل برخورداری از این شرایط، حذف شدند. نمودار اسکری^۳ ۱، شماره عوامل استخراج شده از چرخش کووارتیمکس و ارزش ویژه آنها را نشان می‌دهد.

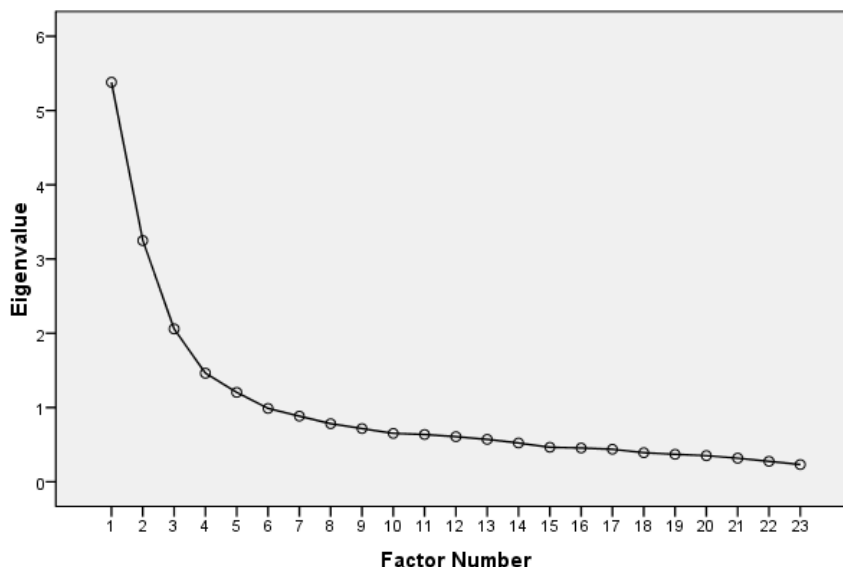
نتایج مندرج در جدول ۱۱ نشان می‌دهد که مدل ۲ عاملی فوق ۳۷/۵۱ درصد واریانس را در پرسش نامه COMPACT تبیین می‌کند. نکته‌ی قابل توجه این است که در رابطه با عوامل به دست آمده از چرخش کووارتیمکس، آیتم‌هایی که بار عاملی کمتر از ۰/۳ داشته باشند، در جدول تحلیل عاملی نشان داده نشدند. همچنین، آیتم‌هایی که

^۳. Scree plot

^۱. Quartimax

^۲. Principal axis factoring

Scree Plot



نمودار ۱. شماره عوامل و ارزش ویژه آنها

(خارجی) مورد بررسی قرار گرفتند و شاخص‌های تحلیل عامل تاییدی این سه عامل با شاخص‌های تحلیل عامل تاییدی دو عامل به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی مورد مقایسه قرار گرفتند. جدول ۱۲ به مقایسه این شاخص‌ها می‌پردازد.

همان‌گونه که نمودار اسکری نشان می‌دهد، ۲ عامل اول بیشترین ارزش ویژه را به خود اختصاص داده است. در گام بعدی، به منظور بررسی نیکویی برازش دو عامل به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی، با استفاده از نرم افزار لیزرل به بررسی شاخص‌های ارزیابی برازش این عامل‌ها پرداخته شد. هم‌چنین سه عامل مربوط به پرسش‌نامه اصلی

جدول ۱۲. شاخص‌های ارزیابی برازش مدل

شاخص	مقدار شاخص	مقدار شاخص	مقدار قابل قبول [۳۷]
Chi-Square/df	۸/۶۹	۲/۸۲	کمتر از ۳
^۱ RMSEA	۰/۱۵	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۶ یا ۰/۰۸
^۲ Standardized RMR	۰/۱۳	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۵ یا ۰/۰۸
^۳ GFI	۰/۶۶	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۸ یا ۰/۹
^۴ AGFI	۰/۵۹	۰/۶۶	بیشتر از ۰/۸
^۵ NFI	۰/۷۳	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۸ یا ۰/۹
^۶ NNFI	۰/۷۳	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹
^۷ CFI	۰/۷۶	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹ یا ۰/۹۵
^۸ RFI	۰/۷۰	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹
^۹ IFI	۰/۷۶	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Standardized Root Mean Square Residual (Standardized RMR)
3. Goodness of Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Normed Fit Index (NFI)
6. Non- Normed Fit Index (NNFI)
7. Comparative Fit Index (CFI)
8. Relative Fit Index (RFI)
9. Incremental Fit Index (IFI)

مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ) به عنوان یکی از رایج‌ترین ابزارهای مورد استفاده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۹]، مثبت و معنادار بدست آمد. این امر نشان می‌دهد که پرسشنامه compact مسیری رادر جهت ارزیابی فرایندهای ACT دنبال می‌کند. در واقع، این رویکرد که بر پذیرش انعطاف پذیری روان شناختی تمرکز می‌شود [۳۹]، در مطالعات فرآیندی [۳۹] و مطالعات برآیندی [۴۰] مورد حمایت قرار گرفته است.

در راستای بررسی اعتبار همگرای پرسشنامه همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون (VLQ) در پژوهش حاضر محاسبه شد. یکی از مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم ارزش‌های شخصی افراد است که تغییر در رفتارهای محدود کننده مراجع با اصلاح آنها اتفاق می‌افتد و می‌تواند نقش به‌سزایی در ایجاد ظرفیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد کند [۴۱]. منطبق با الگوی نظری ذکر شده در پژوهش حاضر نیز در مجموع همبستگی مثبت و معناداری بین پرسشنامه compact و این مقیاس وجود دارد، که نشان می‌دهد مقیاس compact به درستی یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را واری می‌کند.

محاسبه همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (sf-12) نشان داد که compact و خرده مقیاس‌های آن دارای اعتبار همگرا است. هماهنگ با پژوهش اصلی بیش‌ترین میزان همبستگی مربوط به خرده مقیاس‌های سلامت روانی می‌باشد.

همچنین محاسبه همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) حاکی از اعتبار همگرای آن بود و هماهنگ با پژوهش اصلی بیش‌ترین میزان همبستگی با خرده مقیاس افسردگی می‌باشد. پژوهش‌های متعددی دال بر وجود رابطه بین پذیرش و تعهد و بهزیستی روان‌شناختی و اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی موجود می‌باشند که از آن جمله می‌توان به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی [۴۲]، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به درد [۴۳]، کاهش کلی علائم اضطراب فراگیر [۴۴] افزایش تاب‌آوری امید به زندگی [۴۵] اشاره نمود.

نتایج همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه پذیرش اجتماعی (مارلو-کران) در برخی خرده مقیاس‌ها معنادار و در برخی غیر معنادار بدست آمد. در این پژوهش، هدف از بکارگیری پرسشنامه پذیرش اجتماعی، بررسی اعتبار واگرا مقیاس compact بود.

نتایج مندرج در جدول ۱۲ نشان می‌دهد که کلیه‌ی شاخص‌های تحلیل عامل تاییدی مربوط به دو عامل به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی پرسش نامه COMPACT بهتر از شاخص‌های تحلیل عامل تاییدی مربوط به سه عامل پرسش نامه اصلی (خارجی) COMPACT می‌باشد. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که بهتر است در فرهنگ ایرانی از نسخه دو عاملی این پرسش نامه استفاده شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در طی سال‌های اخیر درمان‌های نسل سوم به طور چشمگیری در حال گسترش و تاثیر گذاری می‌باشند. از جمله درمان‌های نسل سومی که بسیار مورد توجه پژوهشگران بوده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. امروزه تمرکز جدی بر توسعه روش‌های ارزیابی فرایندهای خاص و یگانه اکت مانند پذیرش / اجتناب تجربی، هم آمیزی / ناهم آمیزی و ارزشها وجود دارد. گذشته از این دست کم ۱۰ پیامد پژوهی منتشر شده درباره‌ی اکت وجود دارد که به بررسی متغیرهای میانجی آن پرداخته اند. این پژوهش‌ها متفقا به این نتیجه رسیده اند که بخش اعظمی از تغییر مثبت درمانجو پس از درمان به فرایندهای اختصاصی اکت برمی‌گردد [۳۸]، بنابراین با توجه به اهمیت نقش فرایندهای اختصاصی ACT به لحاظ نظری و کاربردی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پژوهش حاضر با هدف تعیین اعتبار و پایایی مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (compact) در جمعیت غیر بالینی ایرانی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و اعتبار) نسخه فارسی پرسشنامه ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مورد تایید قرار داد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش محاسبه ضریب همسانی درونی (امگا) ۰/۸۴ و نیز بررسی ضریب بازآزمایی مقیاس بر حسب محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره‌های شرکت کننده‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی یک الی دو هفته به طور مطلوبی مورد تایید قرار گرفت. ضریب همبستگی حاصل از اجرای اول و دوم پرسشنامه مطلوب بود، همبستگی متوسط و بالایی در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ ($p < 0/01$)** میان نتایج دو بار اجرای نمره کلی و خرده مقیاس‌های COMPACT بدست آمد.

برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اعتبار سازه و اعتبار واگرا و همگرا محاسبه شد. در راستای بررسی اعتبار همگرای پرسشنامه همبستگی بین مقیاس compact و خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون (VLQ)، مقیاس AAQ-II (مقیاس پذیرش و عمل) DASS-21 و SF-12 محاسبه شد.

هماهنگ با یافته‌های پژوهش اصلی در راستای بررسی اعتبار همگرا در پژوهش کنونی نیز نتایج همبستگی بین

ارجمند ۱۳۹۳.

3. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., & Masudam, A., & Lillis, J.. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and outcomes. *Behavioral Research Therapy* 2006; 44(1), pp1-25
4. Wilson, K.G. and DuFrene, T. Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy. Oakland, CA: New Harbinger. 2009.
5. سیروچی، جوزف و بلیچ، لیندا. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: مجموعه ای از مقیاس های فرایندهای دارای ارتباط بالقوه با ACT. ترجمه سپیده حسینی و حمید امیری. تهران: علم ۱۳۹۵
6. Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. & Beltran, I. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility; The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema* 2013; 25(1), pp123-129.
7. Wolgast, M. What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy* 2014; 45(6), pp 831-839.
8. Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment* 2011; 23(3), pp692-713.
9. Ashley Francis, David Dawson, Nima Golijani-Moghaddam. The Development and Validation of the Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy (compact). *Journal of Contextual Behavioral Science* 2016
10. Clark, L. A., & Watson, D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological assessment* 1995; 7(3), pp309-319.

۱۱. پورفرج عمران، مجید. اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی ۱۳۹۰

۱۲. بهروز، بهروز. اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال استرس پس آسبی (PTSD) سبک مقابله ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار، مجله روانشناسی بالینی. ۱۳۹۴

۱۳. مژدهی، محمد رضا، اعتمادی، احمد، فلسفی نژاد، محمد رضا. بررسی میانجی های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال دوم، شماره هفتم، ۱۳۹۰.

با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت در رابطه با پذیرش اجتماعی، هدف کسب پذیرش از سوی دیگران است در حالیکه در درمان ACT و مولفه های مربوط به آن، هدف بالا رفتن پذیرش نسبت به تجارب ناخوشایند در خود فرد است، پس بدین ترتیب می توان انتظار داشت که اعتبار و اگرایی میان compact با پرسشنامه پذیرش اجتماعی وجود داشته باشد.

به منظور بررسی اعتبار سازه پرسشنامه، تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد استفاده قرار گرفت و نتایج نشان داد که کلیه شاخص های تحلیل عامل تاییدی مربوط به دو عامل به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی پرسش نامه COMPACT بهتر از شاخص های تحلیل عامل تاییدی مربوط به سه عامل پرسش نامه اصلی (خارجی) COMPACT می باشد. بدین ترتیب می توان نتیجه گرفت که بهتر است در فرهنگ ایرانی از نسخه دو عاملی این پرسش نامه استفاده شود از بین دلایلی که می تواند تبیین کننده این تفاوت باشد می توان به مسایل فرهنگی و درک و فهم متفاوت افراد از سوالات اشاره کرد.

در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر مقیاس ارزیابی جامع فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (compact) قابلیت کاربرد در پژوهش های مرتبط با درمان پذیرش و تعهد و نیز استفاده در موارد بالینی را با رعایت احتیاط های لازم دارا می باشد و همچنین مطالعاتی بیشتری در این زمینه هم در ایران و هم در خارج از کشور لازم است. نتایج پژوهش حاضر در تایید اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه در عین حال با محدودیت هایی نیز روبرو بوده بر این اساس تدارک طرح های پژوهشی به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه و تکرار پژوهش ها برای تایید یافته های فعلی به عنوان یک ضرورت پیشنهاد می شود. انجام پژوهش در نمونه دانشجویی امکان تعمیم نتایج را با دشواری روبه رو خواهد کرد، لذا به کارگیری آن در گستره بالینی و پژوهشی پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به ابزارهای همگرا و واگرا در سایر گروه های غیر بالینی با ظرفیت انعطاف پذیری کمتر نیز پیشنهاد می شود. انجام چنین پژوهش هایی می تواند یافته های تازه ای را در زمینه ابزار فوق فراهم سازد تا امکان به کارگیری بیشتر و مطمئن تر را میسر سازد.

منابع

۱. قاسم زاده، حبیب الله. رفتاردرمانی: زمینه، مسائل و دورنما. ویراست سوم. تهران: ارجمند ۱۳۹۲
۲. باخ، پاتریشیا و موران، دنیل. ACT در عمل: مفهوم پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد. ترجمه سارا کمالی ونیلوفر کیان راد. تهران: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات

- صص ۳۰-۱.
۱۴. اکبری، مهدی (۱۳۹۷). بررسی پایایی و پویایی نسخه فارسی زندگی ارزشمند: مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش. دو فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ۱۳۹۷، دوره ۱۶، شماره ۱، صص ۲۴۹-۲۳۹.
۱۵. عباسی، ایمانه، قتی، لادن، مولودی، رضا، ضرابی، حمید. کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال دوم، شماره دهم، ۱۳۹۱، صص ۸۰-۶۵.
۱۶. فراهانی، حجت‌الله و روشن چسلی، رسول، ضروریات طراحی و رواسازی مقیاس‌های روانشناختی: راهنمایی برای پژوهشگران، روان‌شناسی بالینی و شخصیت ۱۳۹۸، دوره ۱۷، شماره ۲.
17. Hayes S.C., Masuda, A., bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L.F. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behavior Therapy 2004; 35, pp 35-54
18. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy 2011; 42(4), pp 676-688.
19. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. Psychological Record 2010; 60: pp 249-272
20. Crown, D. P. Marlow, D. A new social desirability independent of psychopathology. Journal of consulting psychology 1960; 24, pp 349-354.
۲۱. گنجی، حمزه، ارزشیابی شخصیت. تهران: ساوالان. ۱۳۸۰
22. Reynolds, W.M. Development of reliable and valid short forms of the Marlow-Crowne Social Desirability Scale. Journal of Clinical Psychology 1982; 38, pp 119-125
23. Zook, A. & Sippes, G.J. Cross-validation of a short form of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Journal of clinical psychology 1995
۲۴. نجاریان، بهمن و سودانی، منصور. ساخت و پایایی یابی مقیاسی برای تحریف واقعیت. مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اهواز، دوره سوم، شماره ۱ و ۱۳۸۰، صص ۹۹-۴
۲۵. شرف‌الدین، هدی. رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری
- و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات استان خوزستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد واحد اهواز ۱۳۸۹
۲۶. ثمری، علی اکبر و لعلی، فاضل، احمد. مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۲۵ و ۱۳۸۴، صص ۴۷-۵۵.
27. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales 1995 Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
28. Antony, M. M., & Barlow, D. H. Specific phobias. In D. H. Barlow, Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.) 2002; (pp. 380-417). New York: Guilford.
۲۹. اصغری مقدم، محمد علی، ساعد، فواد، دیباج‌نیا، پروین، زنگنه، پروین. بررسی مقدماتی پایایی و پویایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیر بالینی. دانشور رفتار. دوره جدید، شماره ۳۴، ۱۳۸۷، صص ۳۸-۲۳.
30. Ware J.E, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston MA: New England Medical Center: The Health Institute, 1993.
31. Brazier, J.E., Haper, R., Jones N.M.B., Ocathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. and Westlake, L. Validating the SF-36 health survey questionnar: new outcome measure for primary care. British Medical Jornal 1992; pp 160-164.
32. Jenkinson, C. Layte, R. Jenkinson, L. Lawrence, D. Petersen, S. Paice, C and Stradling, J. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies. Journal of Public Health Medicine 2018; 19(2), pp 179-186.
33. Garrat, A .M., Ruta, D. A., Abdalla, M. I., Buckingham J. K., and Russell, I.T. The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable fr routine use withine the NHS British Medical J 1993; 306, pp 1440-1444.
۳۴. اصغری مقدم، محمد علی و فقیهی، سمانه (۱۳۸۲). پایایی یابی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سوالی) در دو نمونه ایرانی. دانشور رفتار، دوره جدید، شماره یک ۱۳۸۲، صص ۱-۱۰.
35. Gandek B, Ware JE ,Arosen NK, Apolon G, Bjonner JB, Brazier JE, Kassa S, Lepleg A, Prieto L, Sullivan M :Cross-vallidation of item selection

41. Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2003; 26(5),pp1468-1474.
42. Sabour, S., Kakabaraie, K. The Efficacy of admission Group Acceptance and Commitment therapy to Depression and stress and pain in woman with chronic pain, *Journal of sciences* 2016; 2(4): pp1-10. [in persian]
43. Ghomian, S., Shaeeri, M. Designing a treatment protocol based on admission and commitment for children with chronic pain and impact on the Willbing and psychological flexibility of children, *Journal of Sciences research* 2014; 12(4). [in persian]
44. Alavizadeh, F., Shakerian, A. Acceptance and Commitment therapy to reduce stress, anxiety and depression woman with a crossover experience, *Journal of sciences research* , 2016; 4(6):pp8-14. [in persian]
45. Matinfar, M., Abedi, M. Acceptance and Commitment therapy to life expectancy and Exposure to woman in prison, Masters, Islamic Azad University of Najaf Abad. [in persian] 2016
- and scoring for the SF-12 HealthSurvey in nine countries: results form the LQQLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998,51:pp1171-1178.
36. Ware J, Kosinski MM, Keler S: A 12- item Short form Health Survey: construction of scales and preliminary testes of reliability and validity. *Medical Care* 1996.34:pp220-223
37. Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. Using multivariate statistics (5th ed.), Boston: Allyn & Bocon 2007
38. Hayes S.C. "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies", *Behavior therapy* 2004; 35: pp639-665.
39. Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science 2013
40. Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A metaanalysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 2012; 43(4),pp 741-756.

پیوست

پاسخ‌دهنده گرامی، تعدادی عبارت را در متن زیر مشاهده می‌کنید. لطفاً با انتخاب گزینه مورد نظر خود، مشخص کنید که هر یک از عبارات زیر، چقدر در مورد شما صحیح است.

کاملاً مخالفم	تا حدودی مخالفم	کمی موافقم	نه موافق و نه مخالفم	کمی مخالفم	تا حدودی موافقم	کاملاً موافقم	
							۱ من به خودم می‌گویم که نباید افکار خاصی داشته باشم
							۲ من سعی می‌کنم خودم رامشغول نگه دارم تا از آمدن افکار و احساسات جلوگیری کنم
							۳ یکی از اهداف بزرگم رهاشدن از هیجانات درناک است
							۴ برای اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است افکار و احساسات یا حس کردن‌های دشواری را به همراه بیاورد، از راه خودم فاصله می‌گیرم
							۵ حتی وقتی که چیزی برایم مهم است، اگر احتمال داشته باشد که مرا آشفته کند، به ندرت آن را انجام می‌دهم
							۶ من سخت تلاش می‌کنم تا احساسات ناراحت‌کننده را از خودم دور کنم
							۷ من می‌توانم افکار و احساسات را همانطور که می‌آیند، بدون تلاشی برای کنترل یا اجتناب از آنها، دریافت کنم
							۸ من مایلیم به طور کامل افکار، احساسات و حس کردن‌هایی که به سراغم می‌آیند، بدون تلاشی برای تغییر یا دفاع درمقابل آنها، تجربه کنم
							۹ من به قدری گرفتار افکارم شده‌ام که قادر به انجام چیزهایی که اغلب می‌خواهم انجام بدهم، نیستم
							۱۰ افکار صرفاً افکار هستند، آنها آنچه را که من انجام می‌دهم کنترل نمی‌کنند
							۱۱ به نظر میرسد من به طور «خودکار در حال عمل» هستم، بدون آگاهی زیادی از آنچه که انجام می‌دهم
							۱۲ حتی زمان انجام کارهایی که برایم مهم هستند، متوجه می‌شوم که بدون توجه، آنها را انجام می‌دهم
							۱۳ من فعالیتهای مهم را بدون توجه واقعی بدان‌ها، با عجله انجام می‌دهم
							۱۴ من کارها و وظایف را به صورت خودکار انجام می‌دهم، بدون آگاهی از آنچه انجام می‌دهم
							۱۵ برایم مشکل است که بر روی آنچه که در حال انجام است، متمرکز شوم
							۱۶ من انتخاب‌هایم را بر اساس آنچه که برایم مهم است، انجام می‌دهم، حتی اگر آنها تنش‌زا باشد
							۱۷ ارزش‌هایم واقعا در رفتارم منعکس شده است
							۱۸ من قادرم طرح‌های بلندمدتم را دنبال کنم، حتی زمانی که پیشرفت کندی داشته باشم
							۱۹ من زمانی که چیزی برایم مهم است می‌توانم آن را ادامه بدهم
							۲۰ من در راستای ارزشهای شخصی‌ام رفتار می‌کنم
							۲۱ من انجام چیزهایی را برعهده می‌گیرم که برایم مهم است، حتی وقتی متوجه سختی انجام آنها شوم
							۲۲ من به شیوه‌ای عمل می‌کنم که متناسب با آن‌چه که آرزو دارم زندگی کنم، باشد
							۲۳ من می‌توانم چیزهایی را که در زندگی واقعا برایم مهم است، شناسایی و دنبال کنم

نمره‌گذاری: نحوه‌ی نمره‌گذاری پرسشنامه از کاملاً مخالفم: صفر تا کاملاً موافقم: ۶ می‌باشد، سوال‌های ۲-۳-۴-۶-۸-۹-۱۱-۱۲-۱۵-۱۶-۱۸-۱۹ به صورت معکوس از ۶ به صفر نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات تمام سوالها بدست می‌آید (۰ تا ۱۳۸). هم چنین پرسشنامه شامل ۳ خرده مقیاس گشودگی به تجربه: مجموع نمرات سوال‌های ۲-۴-۶-۸-۱۱-۱۳-۱۵-۱۸-۲۰-۲۲، آگاهی رفتاری: مجموع نمرات سوال‌های ۳-۹-۱۲-۱۶-۱۹ و عمل متعهدانه: مجموع نمرات سوال‌های ۱-۵-۷-۱۰-۱۴-۱۷-۲۱-۲۳ می‌باشد.