

## درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روانشناختی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر دبیرستان

تاریخ دریافت مقاله: خرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش مقاله: تیر ۱۳۹۹

مریم فولادی<sup>۱</sup>، احمد عابدی<sup>۲</sup>، افسانه بوستان<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه رودهن

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

<sup>۳</sup> استادیار، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

نویسنده مسئول:

مریم فولادی

### چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر عبارت از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر دبیرستان مبتلا به هراس اجتماعی است. این پژوهش آزمایشی و به صورت پیش آزمون و پس آزمون بود و جامعه آماری آن را دانش آموزان دختر مبتلا به هراس اجتماعی تشکیل می دهند. نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر دانش آموز دختر دبیرستان که مبتلا به هراس اجتماعی بود و از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر گروه به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. روش پذیرش و تعهد درمانی در گروه آزمایشی طی دو ماه و هفته ای دوبار اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روانشناختی (PWB) و پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) بود. در این پژوهش جهت آزمون فرضیه ها از روش تحلیل کواریانس استفاده گردید. نتایج نشان داد که روش درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بود. بنابراین می توان از روش پذیرش و تعهد در کنار سایر روشها برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی استفاده نمود.

**کلمات کلیدی:** پذیرش و تعهد درمانی، بهزیستی روانشناختی، اضطراب اجتماعی، دانش آموزان دختر

دبیرستان.

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> اغلب در دوران نوجوانی آغاز می شود و با ترس های اجتماعی پیوسته ای مشخص می شود که آسیب در کارکردهای شغلی، تحصیلی و اجتماعی افراد را در پی دارد. برای درمان افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، باید این افراد را به مواجهه فعال با تجارب ذهنی هراس انگیز خود به همراه تغییر رفتار و ایجاد هدف و انگیزه برای تعهد به سبک زندگی اجتماعی تر تشویق کرد (رابینسون<sup>۱</sup>، شاور و راتسمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱).

بهزیستی روانشناختی آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های زندگی فرد را شامل می شود و بدون شک داشتن بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی می تواند نقش به سزایی در زندگی انسان داشته باشد. در تحقیقی که انگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) انجام دادند، نتایج نشان داد که بین بهزیستی روانی و رضایت زندگی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه منفی معنی داری وجود دارد (انگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهشی بوتون<sup>۳</sup> و همکاران (بوتون و همکاران، ۱۹۹۷). با بررسی بهزیستی روانی دریافتند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از سلامت روانی پایین تری در مقایسه با افراد عادی برخوردار بودند. همچنین در پژوهشی که ویلسون و رپی (۲۰۰۵) انجام دادند نتایج نشان داد که افراد با اختلال های اضطرابی، احتمال و پیامد رخداد رویدادهای منفی را بالاتر از افراد بهنجار برآورد می کنند (ویلسون و رپی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

یکی از مشکلات اصلی در اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات روانی دیگر، اجتناب تجربی<sup>۵</sup> فعالیت به منظور تغییر شکل، محتوا، فراوانی یا مدت یک تجربه شخصی ناخواسته است (هایس و گیفورد، ۱۹۹۷). این اجتناب تجربی به دو صورت نمایان می شود جلوگیری رفتاری<sup>۶</sup> یا انجام اعمالی جهت فرار از تجارب آزاردهنده یا فاصله گیری از شرایطی که با آغاز آن تجارب ذهنی به نحوی ارتباط دارند. گرچه این اجتناب تجربی موقتاً موجب کاهش اضطراب و علائم آن می شود، ولی تداوم آن تأثیرات منفی اجتماعی، روانی و حتی جسمانی بلند مدت تری را به بار می آورد (هایس، ۲۰۰۴). در رویکرد درمانی ACT، برای درمان افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی باید این افراد را به مواجهه فعال با تجارب ذهنی هراس انگیز خود به همراه تغییر رفتار و ایجاد هدف و انگیزه برای تعهد به سبک زندگی اجتماعی تر تشویق کرد.

به همین منظور در این پژوهش از روش درمان مبتنی پذیرش و تعهد<sup>۷</sup> (ACT) که هدف اصلی آن، ایجاد انعطاف پذیری روانی است، و به افراد دارای اختلال هراس اجتماعی، آموزش می دهد تا به جای اجتناب از افکار و احساسات خود، توانایی عمل در بین گزینه های مختلف را پیدا کنند و بتوانند روش مناسب تر برای زندگی اجتماعی تر و راحت تر را پیدا کنند. و با توجه به شیوع هراس اجتماعی در جمعیت دانش آموزان، که در عملکرد تحصیلی و شغلی و اجتماعی آن ها اختلال ایجاد می کند، هدف این پژوهش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و کاهش علائم اختلال هراس اجتماعی دانش آموزان دختر است.

با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می رسد و می تواند در روان درمانی اختلالات روانی تحولی ایجاد کند.

**روش پژوهش**

این پژوهش یک مطالعه آزمایشی (تجربی) از نوع پیش آزمون - پس آزمون بوده است. مداخله درمانی (پذیرش و تعهد درمانی) برای گروه آزمایشی به صورت گروهی اجرا شد. در حالی که گروه گواه این مداخلات درمانی را دریافت نکرد. جامعه مورد مطالعه را کلیه دانش آموزان دختر دبیرستان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی شهر اصفهان در سال (۹۱-۹۲) تشکیل دادند که ۱۵ نفر به صورت تصادفی چند مرحله ای، برای هر گروه آزمایشی و گروه گواه انتخاب شدند. روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای بود به این ترتیب که از بین نواحی ۵ گانه آموزش و پرورش اصفهان، ناحیه ۳ انتخاب شد و سپس از بین دبیرستانهای دخترانه این ناحیه، ۴ دبیرستان به تصادف انتخاب و ۳۰ نفر مبتلا به هراس اجتماعی انتخاب شدند.

در این مطالعه ما از مقیاس ریف که در سال ۱۹۸۰ طراحی گردیده استفاده کردیم. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل می شود، ولی در مطالعات بعدی فرم های کوتاهتر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. پژوهشگر در این تحقیق از فرم کوتاه ۸۴ سؤالی استفاده کرد که این ابزار دارای مقیاس های بهزیستی روان شناختی با ۶ خرده آزمون شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط می باشد. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل از ۱۴ سؤال تشکیل می شود. از آزمودنی خواسته می شود سؤالات را خوانده و قضاوت درباره خودش را بر روی یکی از گزینه های کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، خیلی کم مخالف، خیلی کم موافق، تا حدودی موافق و کاملاً موافق مشخص سازد. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ نمره گذاری می شود. نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بهتر است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

ریف در پژوهشی برای پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای بدست آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می رود. دایرنودک<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) همسانی درونی<sup>۹</sup> خرده مقیاس ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. چمت<sup>۱۰</sup> و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس ها های بهزیستی روان شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش داده اند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۸۷) مطلوب گزارش شده است. بیانی و همکاران به منظور هنجاریابی مقیاس های بهزیستی روانشناختی در ایران آن را بر روی ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب: ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۸ به دست آورد که از نظر آماری معنادار بود.

برای سنجش هراس اجتماعی از پرسش نامه هراس اجتماعی (کونور و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده شد. پرسشنامه هراس اجتماعی یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه ای، ۳ = زیاد، ۴ = خیلی زیاد) درجه بندی می شود. نمرات هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع نمرات ماده های مربوط به آن خرده مقیاس بدست می آید (جدول ۳-۱). در این پژوهش، نمره کل هراس اجتماعی در نظر گرفته شده است.

**جدول (۳-۱) خرده مقیاس های پرسشنامه هراس اجتماعی**

| ماده ها                | تعداد ماده ها | خرده مقیاس ها      |
|------------------------|---------------|--------------------|
| ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵    | ۶             | ترس                |
| ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶ | ۷             | اجتناب             |
| ۲، ۷، ۱۳، ۱۷           | ۴             | ناراحتی فیزیولوژیک |

بر اساس نتایج بدست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارآیی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ کارآیی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می کند (کانور و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از فتحی آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۸).

این پرسشنامه نیز از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معنی داری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالا است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

در ایران نیز در پژوهش حسونوند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۶۸ و روایی همگرایی خرده مقیاس های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می باشد (حسونوند عموزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

### روش مداخله

پس از انتخاب نمونه ها در گروه مورد پژوهشگر در یک برنامه مشخص در یک دوره ۱۲ جلسه ای به همه افراد تحت مطالعه آموزش های لازم را انجام داد. بدین ترتیب که موضوعات مورد آموزش از قبل مشخص بوده است. در جلسه اول و دوم: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسشنامه، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه در جلسه سوم و چهارم: بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند (مثلاً شرکت در مهمانی یا آغاز گفتگو)، کاربرد تکنیک های گسلس شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف در جلسه سوم: مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود بعنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود بعنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار جلسه ششم و هفتم: کاربرد تکنیک های ذهن آگاهی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش های عملی زندگی جلسه هشتم و نهم: درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب و جلسات دهم، یازدهم و دوازدهم: در ۳ جلسه آخر، به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به افکار اضطرابی، خزانه رفتاری اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف تر پاسخ دهی به اضطراب را ایجاد نماید. رضایت، تعهد به اعمال و ارزش ها حتی با وجود موانع، ذهن آگاهی، پیشامدهای منفی و پیشگیری از عود.

### تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار (SPSS 15) در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت می گیرد. بدین صورت که پس از بررسی رابطه ی بین متغیرهای جمعیت شناختی و پیش آزمون با نمرات پس آزمون، اثر متغیرهای کنترل از روی متغیرهای وابسته برداشته می شود و پس گروه ها با هم مقایسه می شوند بیمار آموخت به جای اجتناب از افکار اضطرابی، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد، آنها را بشناسد و با آنها روبرو شود و در بین گزینه های مناسب، بتواند بهترین راه ممکن را برای غلبه بر اضطراب خود را پیدا کند.

## نتایج

| P value<br>۰/۰۵< | پس آزمون            |         | پیش آزمون           |         | مؤلفه                | گروه   |
|------------------|---------------------|---------|---------------------|---------|----------------------|--------|
|                  | انحراف<br>استاندارد | میانگین | انحراف<br>استاندارد | میانگین |                      |        |
| *                | ۹/۱                 | ۵۹      | ۹/۳                 | ۵۴      | پذیرش خود            | آزمایش |
| *                | ۴/۹                 | ۶۲/۸    | ۷/۸                 | ۵۵/۷    | روابط مثبت با دیگران |        |
| *                | ۴/۴                 | ۵۳/۸    | ۴                   | ۵۳/۱    | خودمختاری            |        |
| *                | ۶/۲                 | ۶۲/۸    | ۷/۳                 | ۵۴/۸    | تسلط بر محیط         |        |
| *                | ۶/۳                 | ۶۲/۸    | ۷/۷                 | ۶۰      | زندگی هدفمند         |        |
| *                | ۷/۶                 | ۶۷/۳    | ۸/۷                 | ۶۱/۱    | رشد شخصی             |        |
| *                | ۳۲/۲                | ۳۷۸/۴   | ۲۶/۳                | ۳۳۸/۹   | بهزیستی کل           |        |
| -                | ۹/۱                 | ۵۴      | ۱۰/۱                | ۵۵      | پذیرش خود            | گواه   |
| -                | ۶/۶                 | ۵۵      | ۶/۸                 | ۵۵/۶    | روابط مثبت با دیگران |        |
| -                | ۷/۲                 | ۵۴/۸    | ۶/۴                 | ۵۴/۴    | خودمختاری            |        |
| -                | ۶/۴                 | ۵۶      | ۸/۱                 | ۵۵      | تسلط بر محیط         |        |
| -                | ۷/۳                 | ۶۲/۸    | ۷/۶                 | ۶۲/۶    | زندگی هدفمند         |        |
| -                | ۷/۵                 | ۶۳/۱    | ۷/۶                 | ۶۲/۱    | رشد شخصی             |        |
| -                | ۲۴/۹                | ۳۴۹     | ۲/۵۸                | ۳۴۵/۵   | بهزیستی کل           |        |

در جامعه مورد مطالعه که شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی شهر اصفهان در سال (۹۱-۹۲) بودند و به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای به تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه گواه) انتخاب و وارد مطالعه شدند مشاهده شد میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به نمرات پس آزمون افزایش یافته است (جدول یک) که در گروه آزمایش نتایج قبل و بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند.

جدول یک: مقایسه مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه  
\* از نظر آماری P value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. علامت خط تیره به معنای عدم تفاوت معنی دار قبل و بعد از آزمون در گروه گواه می باشد.

همچنین میانگین کل نمرات متغیر فوبی اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۵۵/۴ و این میانگین در گروه گواه برابر با ۵۶/۸ می باشد در حالی که در پس آزمون، میانگین کل نمرات متغیر فوبی اجتماعی گروه آزمایش برابر با ۴۷/۶ و در گروه گواه، این میانگین معادل ۵۷/۶ می باشد که از نظر آماری تفاوت معنی دار بود (جدول دو).

جدول دو- مقایسه نمرات فوبی اجتماعی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه.

| P value<br>۰/۰۵< | پس آزمون            |         |       | پیش آزمون           |         |       | گروه   |
|------------------|---------------------|---------|-------|---------------------|---------|-------|--------|
|                  | انحراف<br>استاندارد | میانگین | تعداد | انحراف<br>استاندارد | میانگین | تعداد |        |
| *                | ۵/۶                 | ۴۷/۶    | ۱۵    | ۴/۸                 | ۵۵/۴    | ۱۵    | آزمایش |
| -                | ۵/۵                 | ۵۷/۶    | ۱۵    | ۳/۲                 | ۵۶/۸    | ۱۵    | گواه   |

\* از نظر آماری P value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. علامت خط تیره به معنای عدم تفاوت معنی دار قبل و بعد از آزمون در گروه گواه می باشد.

جهت بررسی توزیع نرمال نمرات در جامعه آزمایش و گواه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد هر دو گروه توزیع نمرات متغیر بهزیستی روانشناختی نرمال داشتند.

در تحلیل کوواریانس انجام گرفته در دو مورد مطالعه مشاهده شد گروه آزمایش بعد از مداخلات آموزشی تعهد و پذیرش درمانی انجام گرفته، به طور معنی داری در ۶ مولفه بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود (p value = 0.001)، خودمختاری (p value = 0.02)، روابط مثبت با دیگران (p value = 0.001)، تسلط بر محیط (p value = 0.001)، زندگی هدفمند (p value = 0.001)، رشد شخصی (p value = 0.001) و کاهش علائم هراس اجتماعی (p value = 0.001) نسبت به گروه گواه از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش تعهد و پذیرش درمانی بر بهزیستی روانشناختی موثر است. بدین ترتیب که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می تواند بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی اثر بخش باشد.

همچنین نتایج به دست آمده از ۶ مولفه بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد شخصی مشاهده شد که هر ۶ مولفه، تفاوت معناداری بدست آمده است. به عبارتی می توان گفت احتمالاً نمرات بدست آمده از تکمیل پرسشنامه در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله پس از آزمون بدست آمده است به عبارتی می توان گفت احتمالاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ۶ مولفه بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش اثر بخش بوده است.

آنچه یافته های مطالعات دیگر نشان داده بافت ساختارمند منجر به پیامدهای مثبت از جمله بهزیستی روانشناختی برای افراد می شود. وقتی فردی در روابط بین فردی مؤثر باشد، نوع نگاه و تفسیرش از خود نیز تغییر می کند و بنابراین پذیرش خود به عنوان یک ویژگی افراد سالم گسترش می یابد؛ این افراد قادرند نگرش مثبت به خود و پذیرش واقع بینانه ای از جنبه های خود داشته باشند، این یافته با مطالعه وود ۱۱ و همکاران همخوانی دارد (وود و همکاران، ۲۰۰۹).

از آنجا که تأثیر روش تعهد و پذیرش درمانی بر بهزیستی روانشناختی اولین بار توسط محقق کار شده است، دسترسی به تعمیم یافته های پژوهشگران دیگر و مطالعات مستقیم این روش بر بهزیستی روانشناختی وجود نداشت؛ اما با توجه به یافته های دیگر محققان در رابطه با اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش اختلالات روانی دیگر (افسردگی، هراس اجتماعی، وسواس) نشان دهنده تأثیر مثبت این روش بر انواع اختلالات روانی است.

در تحقیقی که عابدی و همکاران (۱۳۸۹) با استفاده از روش تعهد و پذیرش درمانی بر روی نمونه ای شامل ۱۵۰ نفر دانش آموز مبتلا به اضطراب ریاضی شهر اصفهان انجام دادند، نشان از معنادار بودن این روش دارد. که نتایج پژوهش همسو با یافته های این پژوهش، و حاکی از مؤثر بودن این روش درمانی دارد.

و همین طور نتایج تحقیق های انجام شده توسط پور فرج عمران (۱۳۹۰)، اشجع و همکاران (۱۳۹۱)، ایزدی و همکاران (۱۳۹۲)، ایزدی و عابدی (۱۳۹۲)، حر و همکاران (۱۳۹۲)، که به ترتیب اثربخشی روش تعهد و پذیرش درمانی را بر کاهش هراس اجتماعی دانشجویان، کاهش افسردگی زنان خانه دار، فراوانی و شدت نشانه های اختلال وسواسی جبری، کاهش واسواس فکری و عملی و تأثیر روش پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام داده اند، نشان دهنده اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انواع اختلالات درمانی دارد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت، کاهش بهزیستی روانشناختی، اضطراب، افسردگی و درماندگی های دیگر روانشناختی، سلامت روانی افراد را تهدید می کند و با کاهش هر یک از این اختلال ها می توان زندگی سالم تری را برای افراد رقم زد.

یافته های مؤلفه پذیرش خود، این نکته را به ذهن متبادر می سازد که وقتی این ویژگی در فردی قوی باشد می تواند گستره روابط اجتماعی، فراهم نمودن بر زمینه های رشد شخصی و خوش بینی اثر گذاشته، با ارضای نیازها اساسی روانشناختی، ابعاد مختلف فردی را تحت تأثیر قرار دهد، سبب عملکرد تحصیلی مطلوب و رشد باورهای خودکارآمدی در فرد گردد (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته های مؤلفه خودمختاری نشان می دهد اگر شرایط زندگی فرد به گونه ای باشد که امکان تأثیرپذیری از محیط را کمتر فراهم سازد یا به عبارتی «خودمختاری» را در فرد بیشتر کند طبیعتاً احساس رضایت بیشتری از زندگی حاصل می گردد و فرد کیفیت زندگی خود را بالا گزارش می کند. اما اگر شرایط محیطی بیرونی (خانواده، محیط تحصیل و محیط کار) به گونه ای باشد که فرد همواره نتواند مستقلانه عمل کند رضایت کمتری از زندگی احساس می کند (البرزی و البرزی، ۱۳۸۵).

در تحقیقی که مهردوست (۱۳۹۰)، بر روی ۳۰ دانشجوی دختر مبتلا به هراس اجتماعی در دو گروه کنترل و آزمایش صورت گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی به طور معناداری سبب کاهش علائم هراس اجتماعی در گروه آزمایش گردید. در تبیین این فرضیه می توان گفت اضطراب در زندگی عاملی ویران کننده است که بر روی جسم و روان تأثیر منفی می گذارد و او را از انجام هر کاری منع می کند. پس در چنین موقعیتی نمی توان انتظار داشت فرد با دید مثبتی به زندگی بنگرد و هر چه نگرانی و دل شوره شخص در موقعیت های عمومی بیشتر باشد، این نگرانی در موقعیت های اجتماعی زمینه مساعدتری را برای اضطراب اجتماعی ایجاد خواهد کرد و باعث خواهد شد که میزان سلامت روانی و بهزیستی شخص کاهش یابد و نسبت به زندگی ناامیدتر باشد (ورزنده ۱۲، ۲۰۰۸).

هیدی و ورینگ ۱۳ (۱۹۹۲) معتقدند که افراد دارای اضطراب اجتماعی، به دلیل وابستگی و ترسو بودن همواره شرایطی را برای خود فراهم می کنند که به تنها بودن و نگرانی هایشان دامن می زند. بنابراین این افراد دستاوردهای اندکی را در زندگی کسب می کنند و در زندگی زناشویی و شغلی رضایت کمتری را نشان می دهند. به همین دلیل نیز همواره دارای عواطف منفی، خشنودی، رضایت از زندگی و در نتیجه بهزیستی پایین تری هستند.

مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی این روش درمانی بر دیگر اختلالات روانی ضروری می رسد. در رویکرد درمانی ACT، برای درمان افراد اختلال هراس اجتماعی باید آنها را به مواجهه با تجارب ذهنی هراس انگیز خود به همراه تغییر رفتار و ایجاد هدف و انگیزه برای تعهد به یک سبک زندگی اجتماعی تر تشویق کرد (پورفرج عمران، ۱۳۹۰).

به طور کلی نتایج فوق حاکی از تأثیر ارتباط ابعاد مختلف شخصیت بر بهزیستی روانشناختی دارد و می توان گفت پذیرش خود، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران داشتن، زندگی هدفمند و رشد شخصی سالم داشتن، همه این ابعاد با بهزیستی روانشناختی به طور مؤثری با هم درآمیخته اند و بر یکدیگر تأثیر می گذارند.

## منابع و مراجع:

## منابع فارسی

- احمدی، علی اصغر. (۱۳۷۹). اصول تربیت. تهران: انتشارات سازمان انجمن اولیاء و مربیان.
- اتکسیون و هیلگارد. زمینه روان شناسی. ترجمه حسن رفیعی و محسن ارجمند. (۱۳۸۸). جلد اول، تهران: نشر ارجمند.
- اصلانی، خالد. (۱۳۸۳). نقش مهارت های ارتباطی بر کارایی خانوادگی دانشجویان متأهل. فصل نامه رفاه اجتماعی، سال اول، شماره ۲، ۱۳۷-۱۳۱.
- اشجع، مهرناز. فرح بخش، کیومرث. سدرپوشان، نجمه. ستوده، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. فصل نامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده، سال هفتم، شماره ۱۹.
- ایزدی، راضیه. عسگری، کریم. نشاط دوست، حمیدطاهر. عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). گزارش موردی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه های اختلال وسواسی جبری. مجله علوم پزشکی زاهدان، دوره و شماره مشخص نیست.
- ایزدی، راضیه. عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. دومه نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۳، ۲۸۶-۲۷۵.
- البرزی، شهلا. البرزی، محبوبه. (۱۳۸۵). بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه های شیراز. دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز. سال دهم، شماره ۳.
- آزاد، حسین. (۱۳۸۷). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- آزاد، حسین. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا.
- بک، جودیت اس. راهنمای گام به گام شناخت درمانی. ترجمه ایرج دوراهکی و محمدرضا عابدی. (۱۳۸۰). اصفهان: گلپای محمدی.
- بهادری، خسروشاهی. جعفر، هاشمی نصرت آباد. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی خوش بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۳، شماره دوم، ۱۱۵-۱۲۲.
- بیانی، اصغر. حسینیه، گودرزی. عاشور محمد، کوچکی. علی، بیانی. (۱۳۸۱). ابعاد بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر (۸۶-۱۳۸۵). دانش و پژوهش در روان شناسی، شماره ۳۵ و ۳۶، ۱۶۴-۱۵۳.
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصل نامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲.
- چینی فروشان، مسعود. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان و اختلالات روانشناختی در دانش آموزان پسر داوطلب کنکور سراسری شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- حسنونند عموزاده، مهدی. باقری، اکرم و شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه های غیربالینی ایرانی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- حیدری، محمود. مظاهری، محمد علی. پوراعتماد، حمیدرضا. (۱۳۸۴). رابطه باورهای ارتباطی با احساسات مثبت نسبت به همسر. فصل نامه خانواده پژوهی، سال اول، شماره ۲.
- حر، مریم. آقایی، اصغر. عابدی، احمد. عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مرکز تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۱۱(۲)، ۱۲۸-۱۲۱.
- خواجه، لاله. مسعود، حسینچاری. (۱۳۹۰). بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو روانی \_ اجتماعی کلاس با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دوره راهنمایی. فصل نامه روان شناسی، سال هفتم، شماره بیستم.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۶). روانشناسی مرضی \_ تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول، چاپ هشتم. انتشارات سمت.
- دادستان، پریخ، اناری، آسیه و صالح صادق پور، بهرام. (۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری. فصل نامه روان شناسان ایرانی، ۴، ۴۰-۳۲.



- دستجردی، رضا. فرزاد، ولی اله. کدیور، پروین. (۱۳۹۰). نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش بینی بهزیستی روانشناختی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، شماره ۱۸(۲)، ۱۲۶-۱۳۳.
- ژاگو، پل. چگونه بر خود مسلط شویم. ترجمه ایرج مهربان. (۱۳۸۰). تهران: انتشارات ققنوس.
- سادوک، ویرجینیا. سادوک، بنیامین. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- سادوک، بنیامین. سادوک، ویرجینیا. خلاصه روانپزشکی. ترجمه رضاعی. (۱۳۸۷). جلد دوم، چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.
- سادوک، ویرجینیا الکوک. سادوک، بنجامین. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روان پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضایی. (۱۳۸۹). چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
- ساراسون، ایروین جی. ساراسون، باربارا آر. روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. (۱۳۹۰). جلد اول، تهران: انتشارات رشد.
- شیرالی، خدیجه. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای ارتباطی بر الگوهای ارتباطی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زوجین شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- شیلینگ، لوئیس. نظریه های مشاوره. ترجمه خدیجه آرین. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات اطلاعات.
- طارمیان، فرهاد. ماهجویی، ماهیار. فتحی، طاهر. (۱۳۷۸). مهارتهای زندگی. اداره کل مشاوره و بهداشت مدارس، انتشارات تربیت.
- عابدی، احمد. عریضی، حمیدرضا. لعلی، محسن. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و پذیرش و تعهد درمانی در کاهش اضطراب ریاضی دانش آموزان سال دوم دبیرستانهای اصفهان. تازه های پژوهشهای مشاوره، شماره ۹(۳۳). ۱۲۵-۱۴۳.
- غلام زاده، مریم. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر کارآیی خانواده در زوجین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر اهواز. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۴۱، ۸۷-۱۱۰.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی \_ ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. انتشارات: بعثت.
- کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. جی. خلاصه روانپزشکی. ترجمه عباس رفیعی. (۱۳۸۱). جلد ۲، تهران: ارجمند.
- کاپلان، هارولد. سادوک، ویرجینیا. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روان پزشکی بالینی. ترجمه نصرت اله پورافکاری. (۱۳۸۹). جلد دوم، تهران: انتشارات شهرآب.
- کنرلی، هلن. اختلالات اضطرابی(آموزش کنترل و درمان). ترجمه سیروس مبینی. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات سمت.
- کمال الدین، شارین. معجزه باور. ترجمه مهدی قراچه داغی. (۱۳۷۹). تهران: نشر اوحدی.
- کرد تمینی، بهمن. (۱۳۸۴). نقش ازدواج مجدد در سلامت روانی همسران و فرزندان شاهد استان سیستان و بلوچستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- گلدر، مایکل و گدز، جان. روانپزشکی آکسفورد. ترجمه مهدی نادری فر و همکاران. (۱۳۸۱). تهران: تیمورزاده.
- گلدنبرگ، ایرنه. گلدنبرگ، هربرت. خانواده درمانی. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی براواتی و سیامک نقشبندی. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات روان.
- میکائیلی منیع، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه. فصلنامه افق دانش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره ۱۶ شماره ۴، ۷۳-۶۵.
- میکائیلی، منیع. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه ای اثربخشی آموزش سه مهارت زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۱، شماره ۸۵ آذر ۱۳۹۰، ۱۳۷-۱۲۷.
- میننگر، ویلیام. مایر، جان. وایتمن، ایس. رشد شخصیت و بهداشت روانی. ترجمه سیما نظیری. (۱۳۸۱). تهران: نشر بهمن.
- مهردوست، زینب. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود، باورهای خودکارآمدی اجتماعی و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- نریمانی، محمد. صیامی، توحید. (۱۳۸۰). کاربرد روان شناسی در خانه و مدرسه. تهران: نشر عابد.

- ولز، کوین. سول، جان. زندگی با درد مزمن «رویکرد مبتنی بر پذیرش». ترجمه: فاطمه مسگریان. (۱۳۹۱). انتشارات: ارجمند.
- هاوتون، کیت. سالکووسکیس، کلارک. رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. (۱۳۸۷). جلد اول. چاپ هفتم. تهران: انتشارات ارجمند.

## منابع لاتین

- Bond FW. & Bunce D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*;88:1057-1067.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Barbaranelli, c., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child development*, 67, 1206-1222.
- Compton, W.C. (2001). Towards A Tripartite Factor Structure of Mental health: Subjective Well-being, Personal Growth, and Teligiosity, *The Journal of Psychology*, 135: 486-500.
- Connor, K.M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E & Weisler, R.H. (2002). Psychometric properties of the Social phobia Inventort (SPIN). *British journal of Psychiatry*, 179, 379-386.
- Diener ED, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. (2003). Subjective well-being. Three decades of wellbeing. *Psychol Bull*; 125 (2): 276-302.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff Scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*. 36, 629-643.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., & Franklin, M. E. (2006). Traumatic and Socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 896-914.
- Forman EM, Herbert JD. (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;263-265.
- Hertel, PT, Brozovich, F, Joormann, J. & Gotlib, IH. (2008). Biases in interpretation and memory in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 278-288.
- Herbert, J. D., & Dalrymple, K. (2005). Social anxiety disorder. In A. Freeman, A.M. Nezu, m.a. Reinecke, C.M. Nezu, & S. Felgoise (Eds), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, 368-375. Norwell, MA: Springer.
- Hofmann, SG. & Barlow, DH. (2002). Social phobia (social anxiety disorders). In *Anxiety and Panic* (2nd ed., p. 454-476). New York, NY: Guilford Press.
- Hofmann, SG. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 239-242.