

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving of cognitive control and cognitive flexibility in anxious students

H. Zare^{1*} & M. Baradaran²

1*. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The present research aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Improving cognitive control and flexibility in anxious students. **Methods:** The design of was quasi-experimental with control group and pretest, posttest and a two month follow-up. The statistical population of this study included all female students of Payame Noor University of Guilan (N= 8000). After screening 200 students for test anxiety, thirty anxious students were randomly selected and assigned to an experimental and a control group (15 persons in each group). The instruments used were the Stroop test, (Stroop, 1935), the Flexibility Scale (Dennis and Vander Wal, 2009). In addition, participants took part in eight 90 minute sessions of Acceptance and Commitment therapy in accordance with Hayes and Rose's (2008) ACT protocol. Data was analyzed using ANOVA with repeated measures. **Results:** Findings indicated a significant difference between the scores of the two groups in the correct response congruence ($F= 5.05, P= 0.03$), reaction times to congruent stimuli ($F= 4.56, P= 0.04$), correct response incongruence ($F= 4.32, P= 0.05$), reaction times to incongruent stimuli ($F= 4.30, P= 0.05$) and cognitive flexibility ($F= 17, P= 0.03$) in post-test and after two months follow up. **Conclusions:** According to the results of the present research, it can be concluded that *ACT can reduce the anxiety of anxious students by improving cognitive control and enhancing cognitive flexibility.*

Key words: anxiety, acceptance, commitment, control, flexibility

Citation: Zare, H., & Baradaran, M. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving of cognitive control and cognitive flexibility in anxious students. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4): 491-511.

Received: 29 January 2018
Accepted: 05 August 2018

Corresponding author:
h_zare@pnu.ac.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب

حسین زارع^{۱*} و مجید برادران^۲

*۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری دانشجویان مضطرب بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۸۰۰۰ نفر دانشجوی دختر دانشگاه پیام نور استان گیلان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. پس از آزمون غربالگری اضطراب بک ۱۹۹۱ در مورد ۲۰۰ نفر که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده و دارای شرایط ورود به پژوهش بودند؛ ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش آزمون استروپ (۱۹۳۵)، مقیاس انعطاف‌پذیری، دنیس و وندروال (۲۰۰۹) و برنامه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هیز و رز (۲۰۰۸) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه اجرا و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه در پاسخ درست همخوان ($P=0/03, F=5/05$)، زمان واکنش به محرک همخوان ($P=0/04, F=4/56$)، پاسخ درست ناهمخوان ($P=0/05, F=4/32$)، زمان واکنش به محرک ناهمخوان ($P=0/05, F=4/30$) و انعطاف‌پذیری شناختی ($P=0/03, F=17$) در مرحله پس‌آزمون و پس از دو ماه پیگیری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود مهار شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب می‌تواند اضطراب آن‌ها را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، انعطاف‌پذیری، پذیرش، تعهد، مهار

استناد به این مقاله: زارع، حسین، و برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۱۲) (پیاپی ۴۸): ۵۱۱-۴۹۱.

دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۰۹
پذیرش مقاله: ۹۷/۰۵/۱۴

نویسنده مسئول:
h_zare@pnu.ac.ir

مقدمه

دانشجویان به‌عنوان فرهیختگان جوان، اصلی‌ترین سرمایه‌های ملی در رشد و توسعه اجتماعی هستند که می‌توانند در جریان فعالیت‌های جامعه برای نیل به پیشرفت و ترقی روزافزون نقش مهمی را برعهده گیرند و زمانی می‌توانند؛ در پیشبرد اهداف مورد نظر موفق باشند که از سلامت روان‌شناختی لازم برخوردار باشند. از این‌رو، توجه به وضعیت سلامتی دانشجویان و شناخت سازه‌های مؤثر در آن، برنامه‌ریزی در جهت شکوفایی استعدادها و حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها از رسالت‌های مهم مؤسسات آموزشی و دانشگاه‌ها است. هر چه افراد، کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به‌ویژه شرایط استرس‌آفرین زندگی بیشتر باشد؛ احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباروری آن‌ها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و برعکس افرادی که از موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی رنج می‌برند؛ از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی هستند؛ به‌طور معمول با تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهایشان هستند (رودیتی و رابینسون، ۲۰۱۱).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده در ایران، بیش از ۳۵ درصد دانشجویان از اضطراب متوسط تا شدید رنج می‌برند (دشتی، ۱۳۹۰). شواهد حاکی از آن است که محیط‌های آموزشی و حمایتگر می‌تواند توانایی مقابله و تاب‌آوری افراد را رشد دهد. اما برعکس، تجارب منفی در محیط‌های آموزشی افراد را در برابر استرس‌ها و رویدادهای سخت آینده آسیب‌پذیر می‌سازد (شرینات، رمپل و کانسن، ۲۰۰۴؛ نقل از رودیتی و رابینسون، ۲۰۱۱). دانشجویانی که سطوح استرس بالاتری را تجربه می‌کنند؛ احتمال عدم موفقیت در آن‌ها افزایش می‌یابد و اگر با فشار روانی به گونه‌ای مؤثر مقابله نشود؛ منجر به بروز اضطراب می‌شود (بامبر و اشناپدر، ۲۰۱۶). باید دانست که حذف فشار روانی به‌طور کامل بسیار دشوار و حتی غیر ممکن است و همچنین از نظر جسمانی، نداشتن هیچ فشار روانی مساوی با مرگ است. باید تلاش شود تا فشار روانی در جامعه کاهش یابد و اشخاص به توانایی‌هایی تجهیز شوند که بتوانند در سطح مناسب فشار روانی فعالیت کنند. هر اندازه ظرفیت مقابله در افراد بیشتر باشد؛ به همان اندازه قادر خواهند بود تا کیفیت زندگی، سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگهدارند و به شیوه‌ای مثبت، سازگارانه و کارآمدتر به حل مشکلات خود بپردازند (کمپیل-سیلز، کوهن و استین، ۲۰۰۶؛ نقل از ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). لذا کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بسیار مهم است.

در این راستا، درمان‌های روان‌شناختی از جایگاه ارزشمندی برخوردارند. یکی از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. شارپ (۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد برای مفهوم سازی و درمان اختلال‌های اضطرابی مناسب است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمام تلاش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می‌کند تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد (ایفرت و فورسیت، ۲۰۰۵، نقل از هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که شامل پذیرش، گسلس^۲، خود به‌عنوان زمینه^۳، ارتباط با زمان حال^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶؛ نقل از هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). این شش فرایند اصلی با هم در تعامل هستند و ویژگی‌های کارکردی مشترکی دارند. برای مثال پذیرش و گسلس به تدریج تأثیر لفظی فرایندهای زبانی را تضعیف می‌کنند؛ خود به‌عنوان زمینه و در زمان حال بودن شامل افزایش تجربه اینجا و اکنون است و ارزش‌ها و عمل متعهد در هدایت جنبه‌های عملی و مؤثر زبان به سوی الگوهای تغییر رفتار را شامل می‌شوند (هیز، ۲۰۰۴؛ نقل از هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته‌اند؛ نشان داده‌اند که این درمان به‌عنوان درمان مناسب برای امیدواری و شادکامی (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶)، افسردگی (فولک، ۲۰۱۲؛ زتل، ۲۰۱۵)، اختلال استرس پس از سانحه (تهیگ، ۲۰۰۹)، اختلال هراس (پورفرج عمران، ۱۳۹۰)، درد مزمن (جانستون، فاستر، شنان، استارکی و جانسون، ۲۰۱۰؛ ایراندوست، نشاط دوست و نادى، ۱۳۹۳)، کاهش استرس شغلی (حسینائی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری، ۱۳۹۲)، اختلال وسواس (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲)، سرطان سینه (هالبرت-ویلیامز، استوری و ویلسون، ۲۰۱۵)، تصلب شرایین چندگانه^۷ (رجبی و یزد خواستی، ۱۳۹۳)، دیابت (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲) شناخته شده است.

نظریه‌پردازان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نشان دادن فرایندی که شناخت از طریق آن در آسیب شناسی نقش بازی می‌کند؛ از چهارچوب رابطه‌های ذهنی استفاده می‌کنند. چون نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، نظریه‌ای زمینه‌گرا است؛ تأکید کمی بر محتوای شناخت و هیجان دارد اما در عوض بر زمینه‌ای تأکید دارد که فکر و هیجان در آن رخ می‌دهد و نیز بر ویژگی‌های زمینه‌ای

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. defusion
3. self as context
4. being present
5. valuing
6. committed action
7. Multiple Sclerosis (MS)

که تنظیم می‌کنند؛ تمرکز می‌کند که چگونه این زمینه بر عمل تأثیرگذار است (الاتانچی، فورسیت و فلدنر، ۲۰۰۷؛ نقل از هیز، لوین، پلامب-ویلاردگا، ویلات و پیسترلو، ۲۰۱۳). هیز و همکاران (۲۰۱۲؛ نقل از نظری، فلاح زاده و نظربلند، ۱۳۹۶) نشان دادند که این رویکرد در گستره وسیعی از مسائل کاربردی و حیطه‌های رشدی تغییرات مثبتی را به همراه داشته است. هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر این افکار و احساسات رنج آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند؛ به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی است که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادارند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰؛ نقل از فقیهی و کجباف، ۱۳۹۵). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد را در انتخاب عملی افزایش می‌دهد که در بین گزینه‌های مختلف مناسبتر است و انتخاب عملی را که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته ساز انجام می‌شود؛ بر فرد تحمیل نمی‌کند. همچنین توانایی فرد را برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی تقویت می‌کند (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان انسان‌هشیاری تعریف کرد که به‌طور کامل و بدون هیچ دفاعی با لحظه حاضر ارتباط دارد؛ آنگونه که هست نه آنگونه که می‌گوید که هست و ادامه یا تغییر رفتار در خدمت ارزش‌های انتخاب شده‌اش قرار دارد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). آسیب‌های روانی عمده نیز بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی به وسیله افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله رفتارهایی ارزش‌محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است؛ شرح داده می‌شود (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). از نظر کابات زین (۲۰۰۳؛ نقل از هیز و همکاران، ۲۰۱۳) نتیجه نهایی انعطاف‌پذیری شناختی، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. ارزشمند زیستن تأکید بر فرایند رفتاری دارد که همسو با ارزش‌های فرد است. مزیت عمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (ایفرت و فورسیت، ۲۰۰۵؛ نقل از هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

در این راستا، یکی دیگر از فرایندهایی که در مطالعه حاضر به آن پرداخته شد؛ مهار شناختی^۲ است که تحت عنوان فرایندهایی تعریف می‌شود که به انسان‌ها اجازه می‌دهد تا رفتارشان را برای رسیدن به اهداف رفتاری اصلاح کنند (زارع و لطفی، ۱۳۹۴). در اغلب شرایط، توانایی مهار شناختی

1. psychological flexibility
2. cognitive control

برای تمرکز بر اطلاعات مهم‌تر و نادیده گرفتن اطلاعات نامربوط، عامل اساسی برای عملکرد موفق است و نقص و کمبود در کنترل شناختی، مشخص کننده دامنه وسیعی از آسیب‌های روان‌شناختی است (لاستیگ، هاشر و تونی، ۲۰۰۱؛ نقل از بدلی، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلاند (۲۰۱۱) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فشار روانی مددکاران اجتماعی مفید است. به این صورت که بعد از اجرای مداخله، تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در زمینه کاهش فشار روانی و فرسودگی و افزایش سلامت عمومی معنادار بود. زونگ، کائو، کائو، شی، وانگ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند که دانشجویانی که نشانگان افسردگی داشتند؛ شمار بیشتری از وقایع منفی را نسبت به دانشجویان دیگر تجربه کرده‌اند و به همین جهت وقایع استرس‌زا را در واقع غیر قابل کنترل ادراک می‌کنند.

به‌رغم پژوهش‌های بسیاری که در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته است؛ اما پژوهش‌های اندکی در مورد نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های شناختی از جمله مهار شناختی انجام شده است و از این‌رو انجام این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، پژوهش حاضر برای پاسخگویی به سؤال‌های زیر انجام شد.

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری و مهار شناختی دانشجویان مضطرب اثرگذار است؟

۲. آیا این اثرگذاری در مرحله پیگیری نیز پایدار می‌ماند؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه و جامعه آماری تمامی دانشجویان دختر دانشگاه پیام‌نور استان گیلان به تعداد ۸۰۰۰ نفر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا پرسشنامه اضطراب بک ۱۹۹۱ در مورد ۲۰۰ نفر از دانشجویانی به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده و دارای شرایط ورود به پژوهش بودند؛ اجرا شد. ملاک‌های ورود شامل سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، دانشجوی کارشناسی دانشگاه پیام‌نور، داوطلب بودن، کسب نمره بالای ۱۶ در پرسشنامه اضطراب بک ۱۹۹۱ و ملاک‌های خروج شامل سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی، شرکت همزمان در جلسات رواندرمانی، مصرف داروهای روانپزشکی، داشتن بیماری‌ها یا معلولیت‌های روانی و جسمی آشکار و غیبت بیش از دو جلسه بود. بر این اساس ۳۶ نفر انتخاب و ۱۸ نفر در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و ۱۸ نفر در گروه گواه که بر اساس سن و تحصیلات هم‌تا شده بودند؛ جای داده شدند. سه نفر در هر دو گروه آزمایش و گواه از جریان این مطالعه خارج شدند؛ در گروه آزمایش سه نفر غیبت بیش از دو جلسه داشتند و در گروه گواه نیز سه نفر در

مرحله پس از آزمون حاضر به همکاری نشدند؛ بنابراین داده‌های حاصل از ۱۵ نفر از هر گروه و در مجموع ۳۰ نفر از شرکت کنندگان تحلیل شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی^۱. این پرسشنامه ۲۰ سؤالی توسط دنیس و وندروال (۲۰۰۹) مطرح شد و بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که نمره کل آزمودنی از ۷ تا ۱۴۰ است؛ لذا برای تفسیر آن از پیوستاری استفاده می‌شود که در یک سوی آن انعطاف پذیری بالا و در سوی دیگر عدم انعطاف پذیری قرار دارد؛ لذا اگر نمره آزمودنی از متوسط نمره کل ۷۴ بیشتر باشد؛ میزان انعطاف پذیری بالاتر و هرچه کمتر از ۷۴ باشد؛ انعطاف پذیری کمتر یا عدم انعطاف پذیری او را نمایش می‌دهد. این پرسشنامه سه بُعد دارد که شامل میل به درک موقعیت‌های سخت شامل سوال‌های ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷ توانایی درک چندین توجیه جایگزین شامل سوال‌های ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و توانایی ایجاد چندین راه‌حل شامل سوال‌های ۸ و ۱۰ است. سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای ضرایب اعتبار بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۹۰ و برای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش کردند. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۲ و ۰/۶۷ به دست آمد.

۲. آزمون استروپ^۲. این آزمون توسط ریدلی استروپ در سال ۱۹۳۵ معرفی شد و یکی از پرکاربردترین آزمون‌های توجه انتخابی یا توجه متمرکز و بازداری پاسخ است. محرک‌های همخوان و ناهمخوان اجزاء این آزمون را تشکیل می‌دهند. آبی، قرمز، سبز و زرد رنگ‌های مورد استفاده در آن است (چان، چن و لائو، ۲۰۰۶). در این پژوهش تعداد پاسخ‌های درست همخوان و ناهمخوان، زمان واکنش به محرک‌های همخوان و ناهمخوان ثبت شد. فرد باید در مدت ۱۲ ثانیه تا آنجا که می‌تواند نام رنگی را که کلمه‌ها با آن چاپ شده‌اند؛ بخواند. برای بررسی پایایی آزمون استروپ، ضریب بازآزمایی به فاصله یک ماه در پاسخ درست همخوان استروپ ۰/۷۷ و در پاسخ درست ناهمخوان ۰/۹۱ به دست آمد (زارع، فرزاد، علیپور و ناظر، ۱۳۹۱). در این پژوهش نیز ضرایب بازآزمایی برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۶۴ و ۰/۶۶ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه اضطراب بک^۳. این پرسشنامه ۲۱ سؤالی توسط بک در سال ۱۹۹۱ و به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده و تأکید آن بیشتر بر جنبه‌های جسمانی اضطراب است و علائم اضطراب

1. Cognitive Flexibility Inventory
2. Stroop Test
3. Beck Anxiety Inventory (BAI)

بر اساس حضور یا عدم حضور علامت و شدت آن در هفته گذشته سنجیده می‌شود (بلکر، ۲۰۰۵؛ نقل از افشاری، امیری، حسن پور، رحمانی و حق شناس، ۱۳۹۲). نمره برش این پرسشنامه ۱۶، لذا نمره بالاتر نشان از اضطراب فرد است. در مطالعه کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤال‌های آن بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ بود. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد.

۴. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در این مطالعه از بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و رز که در سال ۲۰۰۸ تدوین کرده بودند؛ طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک مرتبه به شرح زیر استفاده شد. قبل از شروع جلسات از هر دو گروه در مرکز مشاوره دانشگاه، پیش آزمون به عمل آمد.

جلسه اول. در جلسه آغازین، نخست رابطه درمانی ایجاد شد و افراد با یکدیگر آشنا شدند. هدف جلسه این بود که دانشجویان به این بینش برسند که کارهایی که تا کنون انجام داده‌اند؛ نتیجه بخش نبوده است و لذا لازم است که از این راه حل‌ها دست بردارند. برای رسیدن به این هدف از استعاره جنگ با هیولا و انسان در چاه استفاده و به آن‌ها گفته شد که تصور کنید شما را با چشم بسته و یک جعبه ابزار کوچک در مزرعه‌ای قرار داده‌اند. دیر یا زود در چاهی بزرگ می‌افتید. ناگهان یادتان می‌افتد که جعبه ابزاری دارید؛ بعد با کمک بیلچه‌ها شروع به کندن می‌کنید ولی چاله را عمیق‌تر می‌کنید. لذا کندن راه خروج نیست. اما به این معنی نیست که هیچ راهی برای خروج وجود ندارد. شاید راه‌هایی که استفاده می‌کنید جای دیگری به خوبی به شما جواب بدهد؛ اما اینجا کار شما را سخت‌تر می‌کند.

جلسه دوم. هدف جلسه این بود که شرکت‌کنندگان درک کنند؛ کنترل راه حل نیست؛ بلکه خود مسأله است. دنیای درونی و بیرونی برای افراد بیان و در این راستا با استفاده از استعاره کیک شکلاتی و تمرین اعداد؛ به آزمودنی‌ها گفته شد که اکنون در این جلسه یک مسابقه حافظه برگزار می‌شود. سپس ۳ تا عدد ۱، ۲ و ۳ بیان و از آن‌ها خواسته شد که این ۳ عدد را به گونه‌ای حفظ کنند که اگر ۱۰ سال دیگر از آن‌ها بپرسند آن را به یاد داشته باشند. به آزمودنی‌ها گفته شد که حال اگر این ۳ عدد را فراموش کنید؛ به شما پاداش می‌دهیم. پس فکری که در ذهن شما کاشته می‌شود؛ بیرون نمی‌روند. ۱، ۲ و ۳ فکری هستند که دیگران هم ممکن است آن‌ها را در ذهن ما کاشته باشند. فکری که قابل حذف نیستند. این احساسات و عواطف، حرف‌های نامربوط ذهن هستند. از افراد خواسته شد ۱، ۲ و ۳ را که فکری آن‌ها هستند؛ خارج از جلسه یادداشت کنند.

جلسه سوم. هدف این جلسه توضیح و تمرین گسلش شناختی بود. بنابراین به افراد کمک شد تا ویژگی‌های پنهانی زبان را که موجب همجوشی می‌شوند؛ شناسایی و بدون اینکه درباره افکار و

احساسات خود قضاوت کنند؛ بتوانند مشاهده‌گر خود باشند. سپس از استعاره مسافران در اتوبوس استفاده و به آن‌ها گفته شد؛ تصور کنید اتوبوسی وجود دارد و شما راننده آن هستید. در این اتوبوس، تعدادی مسافر وجود دارد. مسافران در واقع، افکار، احساسات، حالت‌های بدنی، خاطرات و جنبه‌های دیگر تجربه شما هستند. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد که به‌عنوان تکلیف، مسافرانی را که در این روزها اذیت‌شان کرده‌اند؛ شناسایی کنند و در جلسه بعد با خود بیاورند.

جلسه چهارم. هدف این جلسه تماس با لحظه حال بود. به افراد گفته شد که شاید زندگی در زمان حال، شادی و نیز همراه با رنج باشد؛ ولی زندگی همین چیزی است که در حال حاضر اتفاق می‌افتد. از افراد خواسته شد که برای تمرین ذهن آگاهی چشم‌های‌شان را ببندند و صدا را دنبال و به چیزهایی که می‌شنوند تمرکز کنند. به‌عنوان مثال دقت کنند که چه چیزی روی بدن‌شان فشار می‌آورد؟ فشار کفش، جوراب، لباس، جایی از بدن و نظایر آن را که درد دارد؛ احساس کنند. فکر را ببینند. دریابند که چه احساسی دارند؟ غمگین هستند؟ مضطربند؟ عصبانی هستند؟ در پایان، تمرین ذهن آگاهی از طریق تمرکز به افکار و احساسات به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. هدف این جلسه در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه بود. به افراد کمک شد تا خود مفهومی و زمینه‌ای را از هم متمایز کنند و به این نکته دست یابند که خود شخص مساوی با افکار و احساساتش نیست. استعاره صفحه شطرنج در این جهت استفاده و طی آن گفته شد که تصور کنید که یک صفحه شطرنج وجود دارد و روی آن، مهره‌های سیاه و سفید دیده می‌شود که در جنگ بین مهره‌های و سیاه، این مهره‌ها هستند که جا به جا می‌شوند؛ بیرون می‌روند و تغییر می‌کنند؛ نه صفحه شطرنج. شما می‌توانید به افکار، احساسات و باورهایتان به‌عنوان این مهره‌ها نگاه کنید. سپس به‌عنوان تکلیف از افراد خواسته شد که تا جلسه آتی صفحه شطرنج باشند.

جلسه ششم. هدف این جلسه شناسایی ارزش‌های مهم بود که آزمودنی‌ها دریابند که چه چیزهایی در زندگی اهمیت دارند. به آن‌ها گفته شد که فرض کنید امروز قدرت این را دارید که در تشییع جنازه خود شرکت کنید؛ همسران و دوستان‌تان قرار است که راجع به شما برای ۵ دقیقه صحبت کنند. دوست دارید که در مورد شما چه بگویند؟ آنچه افراد می‌گویند؛ همان ارزش‌های آن‌ها هستند. دوست دارید که در مورد شما بگویند؛ همسر خوبی بوده‌اید؟ آدم موفق بوده‌اید؟ پدر مهربانی بوده‌اید؟ سپس به‌عنوان تکلیف از افراد خواسته شد که با بررسی ارزش‌های اصلی، اهداف و اعمال و موانع رسیدن به ارزش‌ها، در جهت ارزش‌های‌شان برنامه‌ریزی و حرکت کنند.

جلسه هفتم. هدف این جلسه عمل متعهدانه و راهبردهای مربوط به آن در مسیر ارزش‌ها بود. استعاره حباب از جمله موارد به‌کار گرفته شده در این جلسه بود. در استعاره حباب، به افراد گفته شد که آیا تا به حال حباب صابون را دیده‌اند. حباب‌های کوچک و بزرگ با هم در فضا حرکت می‌کنند. فرض کنند که حباب بزرگی هستند و چند حباب کوچک در اطراف‌شان در حال حرکت

است. دو حباب کوچک به سمت آن‌ها که حباب بزرگ‌ترند؛ می‌آیند. شما خود را به آن‌ها می‌زنید و آن‌ها جذب شما می‌شوند. حباب‌های کوچک‌تر موانع درونی هستند. حباب‌های کوچک‌تر افکار و احساسات هستند که قادر نیستند که شما را بترکانند اما شما که حباب بزرگ‌تر هستید؛ قادرید که آن‌ها را در خود حل و به جلو حرکت کنید. مثلاً خشم حبابی کوچک است؛ آن را جذب کنید و به جلو حرکت کنید. در پایان تعیین موانع عوامل متعهدانه به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه هشتم. هدف این جلسه ارزیابی تعهد به عمل و جمع بندی بود. به افراد آموزش داده شد تا بتوانند پذیرش، انتخاب ارزش‌ها و عمل متعهدانه را جایگزین همجوشی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل آوری برای رفتارها کنند. زمانی که تغییر در راستای ارزش‌ها رخ دهد و افراد در راستای اهداف گام بردارند؛ زمان پایان دادن به درمان فرا رسیده است. بنابراین در این وهله از افراد خواسته شد که نمره ۱ تا ۱۰ را ۱ یعنی هیچ تعهدی نیست و ۱۰ مساوی تعهد کامل را به خود برای اینکه چه قدر نسبت به حرکت به سوی اعمال طراحی شده حتی اگر مجبور باشند؛ برای لحظاتی ناراحتی را در خود جای دهند؛ متعهد هستند؛ بدهند. افراد نمره بالاتر از ۷ را در این بخش به خود دادند که مطلوب بود.

شیوه اجرا. نخست از ریاست و حراست دانشگاه پیام نور گیلان، مجوز برگزاری جلسه‌های گروه درمانی اخذ و سپس فراخوان عمومی برای شرکت دانشجویان مضطرب در این طرح پژوهشی داده و دانشجویان واجد شرایط انتخاب شد و از تمامی شرکت کنندگان رضایت نامه جهت شرکت در این دوره درمانی گرفته و پس از آزمون اجرا شد. ۸ جلسه مداخله گروهی برای گروه آزمایش در مرکز مشاوره دانشگاه پیام نور در روزهای شنبه ساعت ۱۳ الی ۱۴:۳۰ برگزار شد و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. هر دو گروه در پایان آموزش و پس از گذشت ۲ ماه به آزمون‌های این پژوهش پاسخ دادند. موازین اخلاقی نظیر رازداری رعایت و پس از پایان پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه نیز اجرا و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان زن در گروه آزمایش با $26/67$ و $2/82$ و در گروه گواه $26/20$ و $2/98$ بود. در گروه آزمایش ۲۸ درصد دانشجویان مجرد و ۷۲ درصد متأهل و در گروه گواه ۴۲ درصد دانشجویان مجرد و ۵۸ درصد متأهل بودند. ۱۸ درصد وضعیت اقتصادی ضعیف، ۷۳ درصد متوسط و ۹ درصد در وضعیت خوبی بودند. میانگین مدت اضطراب در گروه آزمایش و گواه به ترتیب $1/48$ و $1/67$ سال و از نوع اضطراب اجتماعی بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه در سه مرحله

متغیر	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون
پاسخ درست همخوان	۴۲/۹(۵/۳)	۴۷/۹(۵/۵)	۴۷/۳(۵/۴)	۴۲/۶(۵/۶)	۴۰/۹(۵/۸)
واکنش به محرک همخوان	۸۶۷/۹(۴۳/۳)	۸۲۶/۱(۴۵/۱)	۸۲۹/۶(۵۰/۱)	۸۷۲/۱(۶۶/۹)	۸۹۲/۵(۶۸/۹)
پاسخ درست ناهمخوان	۳۹/۷(۴)	۴۶/۱(۴/۲)	۴۵/۹(۴/۱)	۴۰/۹(۷/۴)	۳۸/۷(۷/۴)
واکنش به محرک ناهمخوان	۹۵۷/۴(۸۱/۱)	۹۰۰/۹(۷۲/۲)	۸۹۹/۹(۷۴/۳)	۹۶۶/۳(۸۱/۱)	۹۸۴/۲(۸۴/۶)
انعطاف پذیری شناختی	۷۶/۶(۶/۲)	۸۸/۸(۵/۱)	۸۶/۷(۵)	۷۵/۳(۶/۹)	۷۵/۹(۶/۴)

بر اساس جدول ۱، میانگین نمره انعطاف پذیری و زیرمقیاس های آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه افزایش و میزان مهار شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر محسوسی یافته است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده ها در سه مرحله

متغیر	مقدار آماره		معناداری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
پاسخ درست همخوان	۰/۵۷۲	۰/۴۵۱	۰/۹۰۰	۰/۹۸۷
واکنش به محرک همخوان	۰/۵۶۷	۰/۴۹۷	۰/۹۰۴	۰/۹۶۶
پاسخ درست ناهمخوان	۰/۶۲۳	۰/۹۷۸	۰/۸۳۲	۰/۲۹۴
واکنش به محرک ناهمخوان	۰/۹۲۰	۰/۵۵۴	۰/۳۶۵	۰/۹۱۹
انعطاف پذیری شناختی	۰/۶۷۸	۰/۴۵۹	۰/۴۹۸	۰/۹۸۴

یافته های جدول ۲ نشان می دهد که مفروضه توزیع طبیعی داده ها در متغیرهای این مطالعه طی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون ام باکس، موخلی و لون متغیرهای پژوهش

متغیر	ام. باکس		موخلی		لون
	F	M	W	χ^2	F
پاسخ درست همخوان	۱/۱۹	۸/۲۹	۰/۸۵	۲/۰۴	۱/۸۱
زمان واکنش به محرک همخوان	۰/۵۳	۳/۷۱	۰/۷۹	۲/۲۱	۰/۲۱
پاسخ درست ناهمخوان	۱/۶۳	۱۲/۴۸	۰/۹۹	۰/۲۸	۱/۲۰
زمان واکنش به محرک ناهمخوان	۰/۴۷	۲/۹۸	۰/۹۳	۱/۱۴	۰/۰۸
انعطاف پذیری شناختی	۱/۰۸	۷/۶۳	۰/۸۱	۲/۱۳	۰/۴۸

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار ...

در جدول ۳، با توجه به عدم معناداری آزمون ام. باکس، مفروضه همگنی ماتریس‌های کواریانس برقرار است. نتیجه آزمون موخلی نیز حاکی از برقراری مفروضه کرویت است و نتایج آزمون لون نیز نشان از برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در پژوهش حاضر دارد.

جدول ۴. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته در سطوح عامل

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص آماری
۱/۳۴	۱۳/۱۷	۲	۲۶/۳۴	پاسخ درست همخوان
۲/۰۱	۷۱/۷۱	۲	۱۴۳/۴۱	زمان واکنش به محرک همخوان
۲/۵۸	۴۲/۹۲	۲	۸۵/۸۳	پاسخ درست ناهمخوان
۲/۲۶	۴۲/۹۲	۲	۱۸۶/۶۴	زمان واکنش به محرک ناهمخوان
۲/۳۱	۱۶/۵۷	۲	۳۳/۱۴	انعطاف پذیری شناختی

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

بر اساس نتایج جدول ۴، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش آزمون و پس آزمون در پاسخ صحیح همخوان ($P = 0.27$)، زمان واکنش به محرک همخوان ($P = 0.15$)، پاسخ درست ناهمخوان ($P = 0.08$)، زمان واکنش به محرک ناهمخوان ($P = 0.11$) و انعطاف پذیری شناختی ($P = 0.12$) با توجه به F محاسبه شده در هیچ‌یک از عامل‌ها معنادار نیست؛ لذا این مفروضه رعایت شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	اندازه اثر
پاسخ درست همخوان	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۲۱/۱۳**	۲ و ۲۸	۰/۳۸
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۸۹	۲ و ۲۸	-
زمان واکنش به محرک همخوان	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۴۵/۳۸**	۲ و ۵۶	۰/۶۲
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۲/۳۲**	۲ و ۲۸	۰/۳۰
پاسخ درست ناهمخوان	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۲۳	۲ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۳/۵۱**	۲ و ۵۶	۰/۳۳
انعطاف پذیری شناختی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۳۴/۰۶**	۲ و ۲۸	۰/۴۹
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۹۸	۲ و ۲۸	-
زمان واکنش به محرک ناهمخوان	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۹۵/۸۴**	۲ و ۵۶	۰/۷۷
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۵/۰۵**	۲ و ۲۸	۰/۳۵
انعطاف پذیری شناختی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۷۳	۲ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۵۴/۵۴**	۲ و ۵۶	۰/۶۶
انعطاف پذیری شناختی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۲/۱۲**	۲ و ۲۸	۰/۲۹
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۱۸	۲ و ۲۸	-
مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۹۸/۰۵**	۲ و ۵۶	۰/۷۸	

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش تفاوت میانگین‌های سه مرحله در نمره‌های پاسخ درست همخوان معنادار است ($P = 0.01$)؛ اما در گروه گواه معنادار نیست ($P = 0.41$) و میزان

تأثیر درمان، حدود ۶۲ درصد است. تفاوت میانگین‌های سه مرحله در نمره‌های زمان واکنش به محرک همخوان در گروه آزمایش معنادار است ($P=0/01$)؛ اما در گروه گواه معنادار نیست ($P=0/32$) و میزان تأثیر گذاری حدود ۳۳ درصد است. تفاوت میانگین‌های سه مرحله در نمره‌های پاسخ درست ناهمخوان معنادار است ($P=0/01$)؛ اما در گروه گواه معنادار نیست ($P=0/39$) و میزان این تأثیر حدود ۷۷ درصد است. همچنین تفاوت میانگین‌های سه مرحله در نمره‌های زمان واکنش به محرک ناهمخوان معنادار است ($P=0/01$)؛ اما در گروه گواه معنادار نیست ($P=0/53$) و میزان تأثیر حدود ۶۶ درصد است. تفاوت میانگین‌های سه مرحله در انعطاف پذیری نیز در گروه آزمایش معنادار است ($P=0/01$) و میزان تأثیر حدود ۷۸ درصد است؛ اما در گروه گواه معنادار نیست.

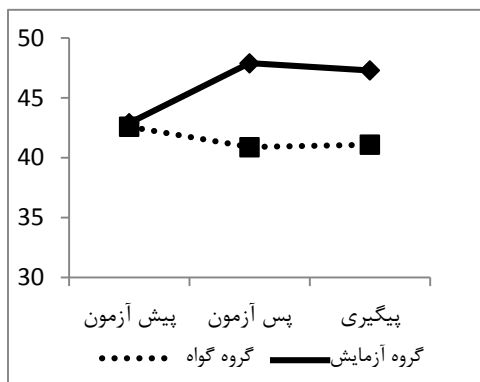
جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
پاسخ درست	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۹۳**	۰/۲۵	۰/۴۸	۰/۱۷
همخوان	پیش آزمون-پیگیری	۴/۳۳**	۰/۳۳	۰/۴۲	۰/۱۴
	پس آزمون-پیگیری	۰/۶۰	۰/۱۹	۰/۲۷	۰/۱۰
زمان واکنش به محرک همخوان	پیش آزمون-پس آزمون	۴۱/۸۷*	۳/۰۳	۲/۵۹	۰/۹۴
	پیش آزمون-پیگیری	۳۸/۳۳*	۳/۸۴	۱/۶۳	۰/۷۱
	پس آزمون-پیگیری	۳/۵۳	۱/۷۰	۰/۸۳	۰/۵۸
پاسخ درست ناهمخوان	پیش آزمون-پس آزمون	۶/۳۳**	۰/۲۵	۰/۵۲	۰/۲۲
	پیش آزمون-پیگیری	۶/۱۳**	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۱۳
	پس آزمون-پیگیری	۰/۲۰	۰/۲۴	۰/۱۲	۰/۰۸
زمان واکنش به محرک	پیش آزمون-پس آزمون	۵۶/۵۳*	۳/۹۳	۲/۵۷	۰/۸۴
	پیش آزمون-پیگیری	۵۷/۴۷*	۴/۴۰	۱/۰۳	۰/۶۲
	پس آزمون-پیگیری	۰/۹۳	۰/۶۲	۰/۳۶	۰/۱۵
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون-پس آزمون	۱۲/۲۰*	۰/۷۱	۰/۸۷	۰/۲۳
	پیش آزمون-پیگیری	۱۰/۰۷*	۱/۰۶	۰/۶۲	۰/۱۸
	پس آزمون-پیگیری	۲/۱۳	۰/۷۲	۰/۱۹	۰/۱۲

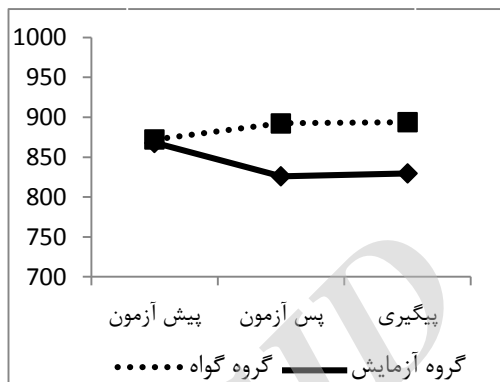
* $P<0/05$ ** $P<0/01$

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین همه مؤلفه‌ها در پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری در گروه آزمایش معنادار است، اما بین پس آزمون-پیگیری در گروه آزمایش این تفاوت معنادار نیست که حاکی از ماندگاری اثر درمان بر متغیرهای مذکور است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنادار نیست.

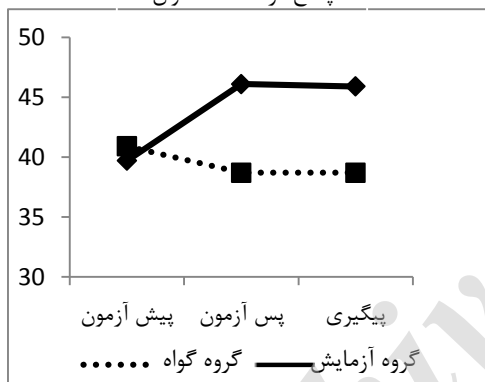
پاسخ درست همخوان



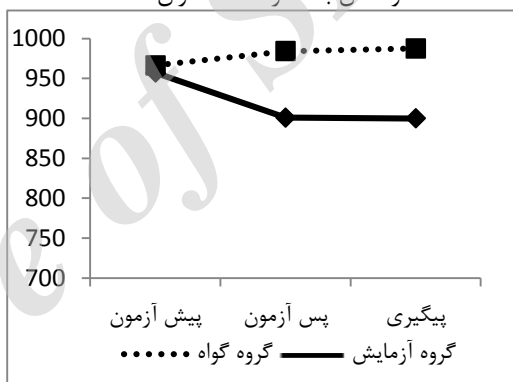
واکنش به محرک همخوان



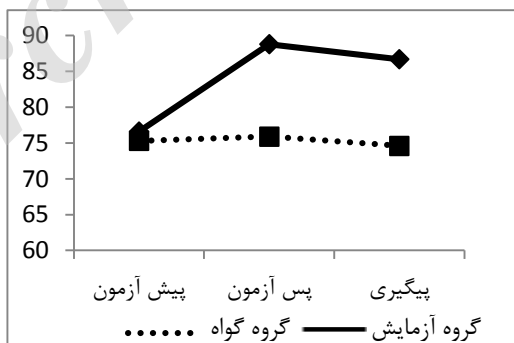
پاسخ درست ناهمخوان



واکنش به محرک ناهمخوان



انعطاف پذیری شناختی



شکل ۱. نمودارهای اثر تعاملی درمان پذیرش و تعهد و متغیرهای پژوهش در سه مرحله

بر اساس نمودارهای شکل ۱، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود مؤلفه‌های پاسخ درست همخوان، ناهمخوان و انعطاف پذیری شناختی و کاهش واکنش به محرک همخوان و ناهمخوان در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش آزمون شده و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه طی سه مرحله تغییر معناداری در مؤلفه‌های یاد شده رخ نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان مهار شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری تغییر یافته است. همانطور که وینستین، براون و رایان (۲۰۰۹) بیان می‌کنند؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت که درکل، افراد دارای مشکلات اضطرابی در ارائه پاسخ نسبت به گروه سالم کندتر عمل می‌کنند یا به عبارت دیگر، زمان واکنش آن‌ها برای پاسخدهی طولانی‌تر است و در نتیجه بازداری شناختی در این افراد ضعیف‌تر است. از آنجا که توجه، یکی از مؤلفه‌های بنیادی ذهن آگاهی است و مهارت‌های ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است؛ ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله ساگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ کنند. افزون بر این بررسی‌های آزمایشی صورت گرفته نشان داده است؛ افرادی که در تمرین‌های ذهن آگاهی شرکت می‌کنند؛ نمره بالاتری در آزمون استروپ کسب می‌کنند (وینستین و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین نظریه‌های شناختی، فرض می‌کنند که محرک یا موقعیت، نخست بایستی مورد توجه قرار گیرد؛ شناسایی و طبقه‌بندی شود و با تجارب قبلی ذخیره شده در حافظه ارتباط برقرار نماید تا بتوانند مورد ارزشیابی قرار بگیرد و یا پاسخ هیجانی ویژه‌ای را برانگیزاند. از آنجایی که مغز را خاستگاه رفتار می‌دانیم؛ هر نوع تغییر رفتار نیازمند تغییرات ساختاری و عملکردی مغز است. ارتباط بین روش‌های روان‌درمانی با کارکردهای شناختی مغز و کشف تأثیرات عصب روان‌شناختی آن، علاوه بر مستدل نمودن تأثیر درمانی، ارائه‌کننده راهکارهایی برای ارتقای این روش‌های درمانی است. (زارع و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته دیگر این پژوهش این بود که میزان انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری افزایش یافته است. این یافته با نتایج مطالعه ماسودا و تالی (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در فرایند درمان پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود. بنابراین به کارگیری این روش به علت ساز و کار نهفته در آن نظیر پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی، می‌تواند تا حد زیادی از علائم را کاهش دهد. انعطاف پذیری به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیاتی که

در آن قرار دارد؛ رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است؛ تغییر یا ادامه دهد (رودیتی و رابینسون، ۲۰۱۱). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند؛ از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند؛ چهارچوب فکری خود را به‌صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند؛ از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود؛ بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین آموزش پذیرش و تعهد با بهبود این توانایی‌ها و ترغیب مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌تواند در جهت بهبود انعطاف‌پذیری آن‌ها مفید و مؤثر واقع شود.

رویکرد پذیرش و تعهد به جای آنکه بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند؛ به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است؛ خلاص کنند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. پذیرش و تعهد اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه و بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند.

با در نظر گرفتن سلامتی به‌عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی باید اذعان کرد که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست؛ بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی و روان‌شناسان به بررسی آن علاقمند هستند. بدون شک، نتایج پژوهش‌هایی که به‌صورت مداخله‌ای انجام می‌گیرد؛ می‌بایست به ارائه الگوی پیشنهادی برای محیط‌های اجرایی و ارائه ایده‌ای به پژوهشگران آینده که در زمینه‌های مشابه مطالعه می‌کنند؛ منجر شود که البته مورد غفلت قرار گرفته است. برای تبیین نحوه تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب دانشجویان و ارائه الگوی کاربردی، ذکر این نکته ضروری است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مداخله‌ای روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کار می‌گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به درمانگران بالینی پیشنهاد می‌شود که در درمان اضطراب، از این شیوه جهت ارتقاء انعطاف‌پذیری شناختی و مهار شناختی استفاده کنند.

در یک جمع‌بندی باید گفت که درمان پذیرش و تعهد به افراد یاد می‌دهد که به جای اینکه تلاش کنند که افکار و احساساتشان را متوقف سازند؛ آن‌ها تجربه کنند و در جهت اهداف و

ارزش‌هایشان کار کنند. با استفاده از این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد که در نهایت افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان را برای فرد در پی خواهد داشت.

در این مطالعه محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از جمله اینکه به دلیل محدودیت زمانی و مکانی، امکان پیگیری زمانی طولانی‌تر فراهم نشد؛ درحالی‌که پیگیری افراد به مدت طولانی‌تر می‌تواند به یافته‌های جدید و کامل‌تری بیانجامد. تعداد محدود نمونه در این پژوهش به دلیل محدودیت مکانی و افت آزمودنی بعد از مداخلات، می‌تواند بر تعمیم یافته‌ها اثرگذار باشد. افزون بر این پژوهش در مورد نمونه دانشجویی انجام شد. بدیهی است تکرار این پژوهش در قشرهای دیگر جامعه با سنجش‌های مستمر می‌تواند به نتایج اطمینان بخش‌تری منتهی شود

سپاسگزاری

لازم است از همکاری تمام مسئولان دانشگاه پیام نور گیلان و دانشجویانی که با شرکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند؛ قدردانی شود. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی شماره ۵۵۱۸/ص/۱۰۰۲ است که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور گیلان انجام شده است.

منابع

- افشاری، رامین، امیری، یگانه، حسن پور، مریم، رحمانی، فهیمه، حق شناس، حسن. (۱۳۹۲). ویژگی‌های شخصیتهای بیماران دچار اختلال وسواس و سایر اختلال‌های اضطرابی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۳): ۲۵-۳۷.
- ایراندوست، فروزان، نشاط دوست، حمید طاهر، و نادى، محمد علی. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۱): ۸۶-۸۶.
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *فیض*، ۱۷(۳): ۲۸۶-۲۷۵.
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲): ۵-۱.
- حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد، و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲): ۱۲۸-۱۲۱.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار ...

حسینائی، علی، احدی، حسن، فتی، لادن، حیدری، علیرضا، و مظاهری، محمد علی. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲): ۱۰۹-۱۲۰.

دشتی، محمد. (۱۳۹۰). *ارتباط حیطه های نگرانی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی*. پایان نامه دکترای حرفه ای. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی. رجبی، ساجده، و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. *مجله روان شناسی بالینی*، ۶(۱): ۲۹-۳۸.

زارع، حسین، فرزاد، ولی اله، علیپور، احمد، و ناظر، محمد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش شکل دهی توجه بر تقویت توجه رانندگان حادثه دیده. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۱۴(۲): ۸۷-۹۷. زارع، حسین، و لطفی، راضیه. (۱۳۹۴). اثر میزان بار و ظرفیت حافظه کاری بر فرآیند مهار شناختی در تکلیف استروپ. *مجله روان شناسی*، ۱۹(۴): ۱۸۷-۱۷۴.

سلطانی، اسماعیل، شاره، حسین، بحرینیان، سید عبدالمجید، و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۲). نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی پژوهنده، ۱۸(۲): ۸۸-۹۶.

فقیهی، محمد صالح، و کجباف، محمد باقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۰(۴): ۴۵۳-۴۷۶.

کاوایانی، حسین، و موسوی، اشرف سادات. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲): ۱۳۶-۱۴۰.

مرمرچی نیا، مژگان، و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۱(۲): ۱۵۷-۱۷۴.

نظری، امین، فلاح زاده، هاجر، و نظربلند، ندا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و کیفیت زناشویی زن ها. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۱(۳): ۴۳۳-۴۵۳.

References

- Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1): 1-29.
- Bamber, M. D. & Schneider, J. K. (2016). Mindfulness-based mediation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research and Reviews*, 18(1): 1-32.

- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6): 389-398.
- Chan, R. C. K., Chen, E. Y. H., & Law, C. W. (2006). Specific executive dysfunction in-patient with first-episode medication-naïve schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 82(1): 51-64.
- Folke, F. (2012). Parling T. Melin L. Search results for Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4): 517-525.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*. In: O'Donohue WT, Fisher JE. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. New Jersey: Wiley & Sons.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. The Guilford Press: New York London.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2): 180-198.
- Hulbert-Williams, N. J, Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1): 15–27.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical of Journal of Pain*, 26(5): 393-402.
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary Alternative Medicine*, 17(1): 66-71.
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4(1): 41-9.
- Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3): 359-372.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1): 243-52.
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43(3): 374–385.

Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*, 2(1): 65-69.

Zong, J., Cao, X., Cao, Y., Shi, Y., Wang, Y., Yan, C., Abela, J., Gan, Q., Gong, Q., & Chan, R. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1): 1-6.

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی

کاملاً موافقم	موافقم	ناحدی موافقم	نه موافق و نه مخالفم	ناحدی مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم	گزینه‌ها
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱. در ارزیابی موقعیت‌ها توانایی خوبی دارم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲. هنگام روبرویی با موقعیت‌های دشوار برای تصمیم‌گیری مشکل دارم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳. قبل از تصمیم‌گیری، گزینه‌های گوناگون را در نظر می‌گیرم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴. وقتی با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، احساس می‌کنم کنترل خودم را از دست خواهم داد.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵. دوست دارم به موقعیت‌های دشوار از نقطه نظرهای مختلف نگاه کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶. قبل از انجام هر رفتار دنبال اطلاعاتی می‌گردم که سریعاً در دسترس نیستند.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷. هنگامی که با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، احساس پزیشانی می‌کنم و نمی‌توانم برای حل موقعیت فکر کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸. سعی می‌کنم مسائل را از نقطه نظر افراد دیگر نگاه کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹. اینکه برای برخورد کردن با موقعیت‌های دشوار یک راه معین و قطعی وجود ندارد آزرده می‌شوم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. خود را در موقعیت‌های دیگران گذاشتن برایم آسان است.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. وقتی با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، نمی‌دانم چه کاری باید انجام دهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. از جنبه‌های گوناگون به موقعیت‌های دشوار نگاه کردن مهم است.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. در موقعیت‌های دشوار قبل از اینکه تصمیم بگیرم چگونه رفتار کنم، گزینه‌های مختلف را در نظر می‌گیرم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. من به‌طور معمول به یک موقعیت از نقطه نظرهای مختلف نگاه می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. من قادرم بر دشواری‌هایی که در زندگی با آنها روبرو می‌شوم غلبه نمایم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. من هنگام نتیجه‌گیری در مورد علل رفتار، تمام اطلاعات و واقعیت‌های موجود را در نظر می‌گیرم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. در موقعیت‌های دشوار حس می‌کنم هیچ قدرتی برای تغییر ندارم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. وقتی با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، درنگ کرده و سعی می‌کنم به راه‌های مختلف برای حل آن فکر کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. می‌توانم به بیشتر از یک راه حل برای حل موقعیت دشواری که با آن روبه‌رو شده‌ام فکر کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. قبل از پاسخ دادن به شرایط دشوار، می‌توانم گزینه‌های مختلف را در نظر بگیرم.

پرسشنامه اضطراب بک

گزینه‌ها	اصلاً	زیاد ناراحت نیستم (خفیف)	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	شدید (نمی‌توانستم تحمل کنم)
۱. کرختی و گزگز شدن (مور مور شدن)	۰	۱	۲	۳
۲. احساس داغی (گرما)	۰	۱	۲	۳
۳. لرزش در پاها	۰	۱	۲	۳
۴. ناتوانی در آرامش	۰	۱	۲	۳
۵. ترس از وقوع حادثه بد	۰	۱	۲	۳
۶. سرگیجه و منگی	۰	۱	۲	۳
۷. تپش قلب و نفس زدن	۰	۱	۲	۳
۸. حالت متغیر (بی ثبات)	۰	۱	۲	۳
۹. وحشت زده	۰	۱	۲	۳
۱۰. عصبی	۰	۱	۲	۳
۱۱. احساس خفگی	۰	۱	۲	۳
۱۲. لرزش دست	۰	۱	۲	۳
۱۳. لرزش بدن	۰	۱	۲	۳
۱۴. ترس از دست دادن کنترل	۰	۱	۲	۳
۱۵. به سختی نفس کشیدن	۰	۱	۲	۳
۱۶. ترس از مردن	۰	۱	۲	۳
۱۷. ترسیده (حالت ترس)	۰	۱	۲	۳
۱۸. سوءهاضمه و ناراحتی شکم	۰	۱	۲	۳
۱۹. غش کردن (از حال رفتن)	۰	۱	۲	۳
۲۰. سرخ شدن صورت	۰	۱	۲	۳
۲۱. عرق کردن (نه در اثر گرما)	۰	۱	۲	۳
