

## اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی

زینب مهردوست<sup>۱\*</sup>، دکتر حمید طاهر نشاط دوست<sup>۲</sup>، دکتر احمد عابدی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف اساسی در این پژوهش عبارت از تبیین اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ دانشجوی دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر کدام از گروه‌ها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. روش پذیرش و تعهد درمانی در گروه آزمایشی طی یک ماه و به صورت هفته‌ای دو بار اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کانون توجه و مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی بود. نتایج نشان داد که توجه متمرکز بر خود در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به گونه معناداری کاهش یافت. و هم‌چنین نتایج بیانگر بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بود. یافته‌های حاصل از پژوهش بیانگر اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی بود و داده‌ها در این خصوص همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی بود.

**واژه‌های کلیدی:** پذیرش و تعهد درمانی، باورهای خودکارآمدی اجتماعی، توجه متمرکز بر خود

<sup>۱</sup>- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان

<sup>۲</sup>- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

<sup>۳</sup>- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

\*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: zeinabm94@gmail.com

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> یا هراس اجتماعی<sup>۲</sup> ترس آشکار یا پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است و از این باور فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به طرز خجالت‌آور یا تحقیرآمیزی<sup>۳</sup> رفتار خواهد کرد (رینگولد<sup>۴</sup>، هربرت<sup>۵</sup> و فرانکلین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین از این موقعیت‌ها بیش‌تر به واسطه اضطراب شدیدی که به همراه دارند، پرهیز می‌شود (ترک<sup>۷</sup>، هایمبرگ<sup>۸</sup> هایمبرگ<sup>۸</sup> و هوپ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). چندین مدل شناختی مطرح می‌کنند که اضطراب اجتماعی با "توجه متمرکز بر خود افزایش یافته" مرتبط است (مانسل<sup>۱۰</sup>، کلارک<sup>۱۱</sup> و اهلرز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳). بررسی‌های انجام شده بر پایه نظریه کلارک و ولس (۱۹۹۵)، به تأثیر توجه متمرکز بر خود بر اضطراب اجتماعی پرداخته و نشان داده‌اند که افراد مضطرب اجتماعی زمانی که با موقعیت‌های ترس‌آور اجتماعی روبرو می‌شوند، توجه به خود و دسترسی به افکار و احساسات منفی در آنان افزایش می‌یابد و با عملکرد آنان تداخل می‌کند (زیو<sup>۱۳</sup>، رایپی<sup>۱۴</sup> و هودسون، ۲۰۰۷؛ بیدل<sup>۱۵</sup>، ترنر<sup>۱۶</sup> و موریس<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۹؛ وودی، ۱۹۹۶).

در مطالعه‌ی مانسل (۲۰۰۳)، شواهدی متقاعد کننده مبنی بر ارتباط بین اضطراب اجتماعی و توجه متمرکز بر خود بدست آمد. افرادی که دچار اضطراب سخنرانی بودند هنگامی که با تهدید اجتماعی (ایراد سخنرانی) مواجه می‌شدند، توجه‌شان را بیش‌تر به محرکات درونی هدایت می‌کردند تا محرکات بیرونی. میلینگز<sup>۱۸</sup> و آدلن<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۰)، نشان دادند که توجه متمرکز بر خود در طول یک

1. Social anxiety disorder

2. Social phobia

3. Humiliating

4. Rheingold

5. Herbert

6. Franklin

7. Turk

8. Hiemberg

9. Hope

10. Mansell

11. Clark

12. Ehlers

13. Zue

14. Rapee

15. Beidel

16. Turner

17. Morris

18. Mellings

19. Adlen

تعامل اجتماعی بر سوگیری‌های منفی در قضاوت‌های اجتماعی که در روزهای بعدی ارزیابی می‌شود، مقدم است (بوگلس<sup>۱</sup> و مانسل، ۲۰۰۴).

شولتز<sup>۲</sup> و هایمبرگ (۲۰۰۸)، در مطالعه‌ای نشان دادند افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در تمام مدتی که در موقعیت اجتماعی قرار می‌گیرند، درگیر هر دو نوع تمرکز بیرونی و درونی می‌شوند. بنابراین پیشنهاد شده است که یک تعامل اجتماعی موفق به یک تعادل مناسب بین توجه متمرکز بر خود و توجه متمرکز بیرونی نیازمند است (ولس و متیوز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). مطالعات سبب شناختی، فوبی اجتماعی را یک واقعیت چند عاملی و نتیجه کنش متقابل عوامل فیزیکی، اجتماعی و روانشناختی تلقی می‌کنند (مسعود نیا، ۱۳۷۸). بندورا سه مسیر را مشخص کرده، که بر اساس آن خودکارآمدی پایین باعث فوبی اجتماعی می‌شود (بندورا، ۱۹۹۷). نخست، وقتی افراد با موقعیتی مواجه می‌شوند که باید استانداردهای بسیار ارزشمند را برآورده کنند، احساس خودکارآمدی پایین ممکن است هراس ایجاد کند. دوم، احساس خودکارآمدی پایین ممکن است از شکل‌گیری روابط اجتماعی مثبت که رضایت خاطر را برای افراد فراهم می‌کند و آنها را به کنترل تجربیات استرس‌زا قادر می‌کند، مانع شود و این امر فوبی اجتماعی را تقویت می‌کند. سوم آنکه، خودکارآمدی پایین نسبت به اعمال کنترل بر تفکرات منفی ممکن است هراس را افزایش دهد (موریس، ۲۰۰۲). بندورا، باربارانلی<sup>۴</sup> و پاستورلی<sup>۵</sup> (۱۹۹۸)، خودکارآمدی را عبارت از باور افراد به توانایی‌هایشان به بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رویداد معین، تعریف کرده‌اند. موریس (۲۰۰۱)، رابطه معنی‌داری را بین خودکارآمدی و ترس اجتماعی بیان داشت. زیمرمن<sup>۶</sup> زیمرمن<sup>۷</sup> و همکارانش (۱۹۹۴)، تأیید کرده‌اند که باورهای خودکارآمدی روی فرایندهای خودتنظیمی، همچون جهت‌گیری هدف، خود نظارتی و بکارگیری راهبرد، تأثیر دارد. رودباق<sup>۷</sup> (۲۰۰۶)، نشان داد افراد با خودکارآمدی پایین اغلب هراس از سخن گفتن در جمع را تجربه می‌کنند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بهبود خودکارآمدی می‌بایست به عنوان موضوعی پایه و بنیادی در زمینه روان‌درمانگری مدنظر قرار گیرد (باربر، ۱۹۸۳). الگوهای مفهومی، برخی افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را دارای توانمندی‌های زیادی برای انجام رفتارهای مناسب در موقعیت‌های اجتماعی می‌دانند، که از انجام آن ناتوان هستند، زیرا می‌اندیشند که این توانایی‌ها را ندارند و

<sup>1</sup>. Bogels

<sup>2</sup>. Schultz

<sup>3</sup>. Mathews

<sup>4</sup>. Barbaranelli

<sup>5</sup>. Pastorelli

<sup>6</sup>. Zimmerman

<sup>7</sup>. Rodebaugh

همچنین با توجه زیاد به خود گمان می‌کنند که دیگران ارزیابی منفی از آنان دارند، بنابراین تلاش در راستای بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی و کاهش توجه متمرکز بر خود شاید به عنوان بخشی از درمان مؤثر باشد. گروهی از پژوهشگران، روش‌های درمانی چندی را بررسی نموده‌اند. از جمله می‌توان به آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی بر کارآمدی اجتماعی اشاره نمود (هربرت و داریمپل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

درمان‌های شناختی رفتاری<sup>۲</sup>، بر عوامل شناختی که نگهدارنده اضطراب اجتماعی هستند، از قبیل باورهای منفی بزرگنمایی شده در مورد عملکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی و همچنین بر عوامل رفتاری از قبیل اجتناب از چنین موقعیت‌هایی، تأکید می‌ورزد. درمان‌های مذکور، این عوامل نگهدارنده را به منظور اصلاح باورهای منفی و تمرین مواجهه ساختگی و طبیعی به‌منظور کاهش اجتناب و آزمودن باورهای ناکارآمد، هدف قرار می‌دهد (هوب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). کلارک (۲۰۰۲)، نوعی از درمان مبتنی بر مدل شناختی کلارک و ولس (۱۹۹۵)، در مورد عوامل نگهدارنده اختلال اضطراب اجتماعی ایجاد نمود که فرض می‌کند، اضطراب اجتماعی با توجه متمرکز بر خود و تفسیر غلط اطلاعات درونی که منجر به استنباط منفی در مورد خود می‌شود و رفتارهای افراطی ایمنی بخش و پیش‌بینی‌های سوگیری شده و پردازش‌های پس از حادثه، نگهداری می‌شود. بر پایه این مدل، در درمان کلارک (۲۰۰۲)، بر این پیش‌بینی‌های مشکل آفرین و پردازش‌های پس از حادثه، کاهش توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی بخش و افزایش توجه به موقعیت‌های اجتماعی تأکید می‌شود. یکی از برنامه‌هایی که شواهد تحقیقاتی خوبی پشتوانه‌ی آن است و دارای یک برنامه جامع برای درمان اضطراب اجتماعی می‌باشد، روش پذیرش و تعهد درمانی<sup>۳</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنها مداخله روانی-تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روانشناختی را که به عنوان توانایی تغییر یا ثبات، همراه با رفتارهای عملکردی که از راه آن، اهداف تحقق یابند، تعریف شده است، افزایش دهد (هایس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان روانشناختی روانشناختی نسبتاً جدیدی است که پیشرفت‌هایی را در درمان اختلالات اضطرابی نشان داده است. بر طبق این درمان، تلاش به منظور داشتن یک زندگی خالی از اضطراب، غیرممکن است و منجر به انزوا، ناکامی و ناامیدی می‌شود. پذیرش و تعهد درمانی، با استفاده از مجموعه وسیعی از تکنیک-های ذهن آگاهی، استعاره و تمرین‌های تجربی، بیش‌تر بر انعطاف‌پذیری تفکر مؤثر واقع می‌شود، تا

<sup>۱</sup>. Dalrymple

<sup>۲</sup>. Cognitive & Behavioral therapy

<sup>۳</sup>. Acceptance and commitment therapy

<sup>۴</sup>. Hayes

بر زدودن افکار پریشان‌زا (ویلسون<sup>۱</sup> و دافرن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). چندین حمایت در مورد درمان اضطراب اجتماعی با روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مخصوصاً به صورت گروهی وجود دارد (بلاک<sup>۳</sup> و وولفرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ای تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای اجتنابی و مشکلات زندگی افراد با اختلال اضطراب اجتماعی بررسی گردید و داده‌ها کاهش چشمگیری را در ترس اجتماعی و رفتارهای اجتنابی نشان دادند (آسمن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات موردی متعددی در ارتباط با کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلالات اضطرابی متعدد شامل اختلال وسواس-اجباری (هایس، ۱۹۸۷)، اختلال اضطراب فراگیر (هرتا<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸) و آگورافوبیا<sup>۷</sup> با یا بدون حملات پانیک (کاراسکاسو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰)، انجام گرفته است. مطالعه دیگری بر روی ۲۴ دانش‌آموز با اضطراب ریاضی انجام شد و نتایج، کاهش چشمگیری در اضطراب ریاضی و اضطراب امتحان در پس‌آزمون نشان داد (زتلی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). کلارک در پژوهشی که سعی داشت کارایی پذیرش و تعهد درمانی برای اختلالات اضطرابی را بررسی نماید، نشان داد که این روش برای درمان بیماران دارای اختلالات اضطرابی مؤثر است (کلارک، ۲۰۰۲). با توجه به یافته‌های پژوهش‌های فوق و مبانی نظری منسجم، هدف اساسی این پژوهش عبارت از تبیین اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- ۱- پذیرش و تعهد درمانی، توجه متمرکز بر خود دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش می‌دهد.
- ۲- پذیرش و تعهد درمانی، توجه متمرکز بر خود دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل، کاهش می‌دهد.
- ۳- پذیرش و تعهد درمانی، باورهای خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی را در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل بهبود می‌دهد.

---

1. Wilson  
 2. Dufrene  
 3. Block  
 4. Wulfert  
 5. Ossman  
 6. Huerto  
 7. Agoraphobia  
 8. Carrascoso  
 9. Zettle

۴- پذیرش و تعهد درمانی، باورهای خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی را در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل بهبود می‌دهد.

#### روش پژوهش

طرح این پژوهش، بصورت تجربی می‌باشد. این طرح بصورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل با گمارش تصادفی است. روش پذیرش و تعهد درمانی به عنوان متغیر مستقل در گروه آزمایشی اعمال شد و توجه متمرکز بر خود و باورهای خودکارآمدی اجتماعی، متغیر وابسته بودند. پیش آزمون قبل از اعمال مداخلات درمانی، پس آزمون چهار هفته پس از اعمال آزمایشی و پیگیری، شش هفته پس از اعمال مداخله‌ها انجام گردید (به این دلیل یک ماه و نیم بعد پیگیری انجام شد که دسترسی به آزمودنی‌ها امکان پذیر نبود و این موضوع در محدودیت‌های پژوهش آمده است).

#### آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش عبارت است از تمامی دانشجویان دختری که در سال ۱۳۸۹ به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان مراجعه کرده‌اند و تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی گرفته‌اند که با توجه به آمار موجود در مرکز مشاوره تعداد ۱۲۱ نفر بودند. غربالگری اولیه با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی انجام گرفت و تشخیص نهایی به وسیله یک روانشناس بالینی صورت گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. هر کدام از گروه‌ها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود (دلاور، ۱۳۸۵). هم‌چنین با توجه به اینکه توان آماری بالاتر از ۰/۸ می‌باشد، نشان دهنده کفایت حجم نمونه است (جدول ۳ و ۴). هر دو گروه آزمودنی‌ها دختر و دارای میانگین سنی ۲۲ سال و مجرد بودند و در رشته‌های گوناگون علوم انسانی در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند.

#### ابزارهای پژوهش

- ۱- پرسشنامه جمعیت شناختی<sup>۱</sup>: شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و تعداد اعضای خانواده.
- ۲- پرسشنامه کانون توجه (FAQ)<sup>۲</sup>: این پرسشنامه به وسیله وودی، چامبلس<sup>۳</sup> و گلاس<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۷، ساخته شده و دارای دو زیر مقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره‌ای می‌باشد. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود (FAQ SELF) و مقیاس کانون

<sup>۱</sup>. Demographic

<sup>۲</sup>. Focus of Attention Questionnaire

<sup>۳</sup>. Chambless

<sup>۴</sup>. Glass

توجه بیرونی (FAQ External) (چامبلس و گلاس، ۱۹۹۷). آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه بر پایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. هر گویه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. نمره‌های هر زیر مقیاس با میانگین پنج گویه مقایسه می‌شود.

خیر و همکاران (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ بدست آوردند. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس را با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس بررسی نمودند و نشان دادند که دو مؤلفه جمعاً ۸۵/۵۵ درصد از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص داده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شده است. وودی و همکاران (۱۹۹۷) روایی سازه‌ای این مقیاس را با بهره‌گیری از تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی نموده و ساختار دوعاملی را تأیید نمودند.

برای تعیین شمار عامل‌ها در پرسشنامه کانون توجه، نمودار ارزش ویژه همه عامل‌ها ترسیم گردید و مقدار ضریب (KMO) برابر با ۰/۸۰ و آزمون بارتلت از نظر آماری معنادار بود ( $P > 0.0001$ ). بر پایه نمودار اسکری و به کمک روش چرخش واریماکس دو عامل استخراج گردید که به ترتیب دارای ارزش ویژه ۹۴/۳ و ۸۶/۱ بودند و جمعاً ۰/۸۰۵۸ واریانس را تبیین نمودند. در بررسی انجام شده، عامل‌های اول و دوم به ترتیب کانون توجه بیرونی و کانون توجه متمرکز بر خود نام‌گذاری گردیدند.

۳- مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی (SESS)<sup>۱</sup>: این مقیاس برای ارزیابی خودکارآمدی افراد مضطرب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی به‌وسیله گادیانو و هربرت در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای نه گویه است (گادیانو و هربرت، ۲۰۰۳). آزمودنی‌ها هر گویه را بر پایه یک مقیاس ده گزینه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم، اصلاً دردرساز نیستم، و اصلاً احتمال ندارد=۱ تا خیلی مطمئن هستم، خیلی دردرساز است، و خیلی احتمال دارد =۱۰) درجه بندی می‌کنند. گویه‌های دردرساز معکوس نمره گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر، خودکارآمدی بالاتری را برای موقعیت اجتماعی نشان می‌دهند.

این مقیاس سه مؤلفه خودکارآمدی را اندازه‌گیری می‌کند: خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای (گویه‌های ۱-۳) یا باوری که شخص مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های ترس-آور و تهدیدآمیز را دارد، خودکارآمدی برای کنترل شناختی<sup>۲</sup> (گویه‌های ۴-۶) یا باوری که شخص

<sup>۱</sup>. Self-efficacy for social situation scale

<sup>۲</sup>. Self-efficacy for cognitive control

می‌تواند افکار و نگرانی‌های دردسرساز را کنترل کند و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی<sup>۱</sup> (گویه-های ۹-۷) یا باوری که شخص توانایی کنترل ناراحتی و اضطراب خود را در موقعیت‌های تهدید کننده دارد.

گادیانو و هربرت (۲۰۰۳)، روایی سازه‌ای این مقیاس را به کمک تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی و سه عامل استخراج نمودند. آنان ثبات درونی مقیاس را به کمک آلفای کرونباخ /۰.۸۱ گزارش نمودند. همچنین مقدار ثبات درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس-های خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی به ترتیب ۰.۷۵، ۰.۷۰، ۰.۶۳، گزارش کردند. بررسی پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن یعنی خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی به ترتیب برابر با ۰.۸۴، ۰.۷۰، ۰.۶۲، ۰.۶۰، بدست آمد (خیر و همکاران، ۱۳۸۷). برای بررسی عوامل مقیاس خودکارآمدی برای موفقیت‌های اجتماعی در نمونه ایرانی، تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریانس به کار برده شد. مقدار ضریب KMO برابر با ۰.۸۹، و نتیجه آزمون بارتلت نیز معنی‌دار بود ( $P > 0.000$ ). نتایج تحلیل، دو مؤلفه را نشان دادند که این مؤلفه‌ها جمعاً ۷۸/۵۸ درصد از واریانس نمرات خودکارآمدی را به خود اختصاص دادند (استوار، ۱۳۸۷).

#### شیوه‌های مداخله

در این پژوهش برای آموزش پذیرش و تعهد درمانی از روش پذیرش و تعهد درمانی هاپس (۲۰۰۴)، استفاده شد. مراحل روش پذیرش و تعهد درمانی عبارت بودند:

- ۱- مرحله "ناامیدی خلاق": در این مرحله، آزمودنی‌ها را با این حقیقت روبرو می‌کنند که تلاش-های قبلی آنها برای پرهیز از افکار و احساسات ناخوشایندشان برای حل مشکل (اضطراب اجتماعی) ناکارآمد بوده است.
- ۲- در مرحله دوم آزمودنی‌ها متوجه می‌شوند که چرا تا بحال تلاش‌هایشان ناکارآمد بوده و راهبردهای پذیرش (تجربه کردن افکار و احساسات ناخوشایند درونی بدون تلاش برای کنترل آنها) و "درگیری با مشکل"، اجرا می‌شود.
- ۳- در مرحله سوم، به آزمودنی‌ها کمک می‌شود تا به تضعیف ائتلاف خود با افکار و احساسات و باورهای ناخوشایند، بپردازند. هم‌چنین مفهوم خود، به عنوان خود نظاره‌گر (این مفهوم که فرد می‌تواند خودش را در حال تفکر مشاهده نماید)، مطرح می‌شود.

<sup>1</sup>. Self-efficacy for affective control



۴- در این مرحله به الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از بکارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی پرداخته می‌شود، یعنی به آزمودنی‌ها کمک می‌شود تا در موقعیت‌های اجتماعی در لحظه حال باشند و آن موقعیت‌ها را تا آخرین حد تجربه نمایند.

۵- در مرحله آخر، به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود تا آنچه را بعنوان اصل می‌پذیرند و برای آنها مهم و معنادار است، مشخص نموده و خود را به انجام رفتارهایی که به موازات ارزش-هایشان می‌باشد، متعهد نمایند، حتی اگر مقداری اضطراب یا پریشانی به بار آورد.

تعداد جلسات آموزش، ۸ جلسه بود، که هفته‌ای دو جلسه اجرا گردید و هر جلسه یک ساعت به طول می‌انجامید و به‌گونه کلی درمان به مدت یک ماه به طول انجامید (به دلیل محدودیت این روش درمانی به صورت هفته‌ای دوبار بود، و هدف در این پژوهش درمان کامل نبوده، بلکه کاهش و بهبود علائم بوده است).

#### جدول ۱- موضوعات جلسات آموزش پذیرش و تعهد درمانی

جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسشنامه‌ها
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر
جلسه چهارم	درگیر شدن با اعمال هدفمند (مثلاً شرکت در مهمانی یا آغاز یک گفتگو)
جلسه پنجم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه ششم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه هفتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند
جلسه هشتم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه نهم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

#### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است (با توجه به اینکه در این پژوهش، پژوهشگر در صدد کنترل اثر پیش‌آزمون بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا از دو تحلیل کوواریانس استفاده شده است). بدین صورت که پس از بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای جمعیت شناختی و پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون، اثر متغیرهای کنترل از روی متغیرهای وابسته برداشته شده و پس گروه‌ها با هم مقایسه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات توجه متمرکز بر خود و باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	
توجه متمرکز بر خود	آزمایش	۱۵	۶/۳۲	۱۷/۳	۱۵	۲۶	۳۲/۲	۲۱/۲
	گواه	۱۵	۴/۳۴	۵۸/۲	۱۵	۷/۳۴	۶۳/۲	۷/۱
خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی	آزمایش	۱۵	۹/۳۰	۳/۴	۱۵	۴/۳۸	۳/۵	۶/۵
	گواه	۱۵	۳۰	۱/۳	۱۵	۲/۲۹	۶/۳	۹/۲

در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود که میانگین گروه درمانی (پذیرش و تعهد درمانی) در توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی تغییرات چشمگیری را در نمره‌های پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کاهش توجه متمرکز بر خود در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۲- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کاهش توجه متمرکز بر خود گروه آزمایش در مرحله

پس آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	(P) معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۷۵/۹۷۵	۷۵/۹۷۵	۲۱/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹	۰/۹۹۳
	عضویت گروهی	۴۱۰/۷۹۳	۴۱۰/۷۹۳	۱۱۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
پیگیری	پیش آزمون	۲۰/۳۰۵	۲۰/۳۰۵	۶/۱۲۱	۰/۰۲۰	۰/۱۸۵	۰/۶۶۵
	عضویت گروهی	۵۱۶/۸۵۳	۵۱۶/۸۵۳	۱۵۵/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲	۱/۰۰۰

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار بوده ( $p < 0/001$ ) و لذا فرضیه‌های اول و دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد.

جدول شماره ۳ نشانگر نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود باورهای خودکارآمدی در گروه آزمایش در مرحله

#### پس آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	(P) معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۴۲۶/۳۹۴	۴۲۶/۳۹۴	۷۴/۹۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۵۰۰/۰۹۳	۵۰۰/۰۹۳	۸۷/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۱/۰۰۰
پیگیری	پیش آزمون	۲۸۹/۲۹۴	۲۸۹/۲۹۴	۲۸/۲۸۳	۰/۰۲۰	۰/۵۱۲	۰/۹۹۹
	عضویت گروهی	۸۸۲/۵۳۳	۸۸۲/۵۳۳	۸۶/۲۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۱/۰۰۰

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پس آزمون و پیگیری، معنادار بوده ( $P < 0/001$ ) و لذا فرضیه‌های سوم و چهارم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود باورهای خودکارآمدی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که روش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است. یافته‌های حاصل از پژوهش در این خصوص، تأیید دیگری بر کارآمدی روش پذیرش و تعهد درمانی در اختلال اضطراب اجتماعی بود و با نتایج تحقیقات قبلی همسو و هماهنگ بود (بلاک و وولفرت، ۲۰۰۱؛ بلاک، ۲۰۰۲؛ آسمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ داسمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ هربرت و داریمپل، ۲۰۰۵).

یکی از فرضیه‌های پژوهش در مورد اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی بود که نتایج پس آزمون نشان داد که نمرات مربوط به مقیاس خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی، نسبت به نمرات پیش آزمون، افزایش قابل ملاحظه و معنی‌داری را داشته است. در همین راستا، در پژوهشی به‌وسیله ماسودا، هایس، ساکت و توهیگ در سال ۲۰۰۴، تأثیر تکنیک‌های گسلش شناختی بر افکار خود-انتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است، بررسی گردید و نتایج کاهش چشمگیری را در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی

نشان داد. هم‌چنین این نتایج با یافته‌های بدست آمده در دیگر مطالعات مربوط به درمان اختلال اضطراب اجتماعی، (هایمبرگ و بکر، ۲۰۰۲؛ تیلور، ۲۰۰۰) هماهنگ است.

هم‌چنین در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ انجام شده، مشخص گردید که یادگیری مهارت‌های مربوط به پذیرش و ذهن آگاهی در روش پذیرش و تعهد درمانی در بهبود کنش‌های روانشناختی، احتمالاً به‌وسیله شکل‌گیری سازگارانه‌ای از توجه متمرکز بر خود که نشخوارهای ذهنی و اجتناب‌های هیجانی را کاهش داده و باعث پیشرفت در خود-تنظیمی‌های رفتاری می‌شود، مؤثر است (روث، ۲۰۰۳). از یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که درمانگران می‌توانند به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید ورزند. با وجود اینکه، هدف مستقیم این مطالعه کاهش نشانه‌های عمومی اضطراب اجتماعی نبوده است، داده‌ها نشان می‌دهند که سطح کلی اضطراب اجتماعی دانشجویان شرکت کننده به‌گونه چشمگیری در پس آزمون کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری هم حفظ شده است. ارتباط مثبت بین کاهش در توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی با کاهش علائم عمومی اضطراب اجتماعی برای مطالعاتی که در آینده صورت می‌گیرد، مهم خواهد بود.

در مجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای سایر تحقیقاتی که در دنیا در زمینه درمان اضطراب اجتماعی انجام شده، تأیید کننده اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی در دانشجویان بود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش به دلیل در دسترس نبودن آزمودنی‌ها، درمان به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار گردید و هم‌چنین جلسات پیگیری هم یک ماه و نیم بعد انجام شد.

به دلیل جدید بودن این روش و محدودیت در مطالعات انجام شده در زمینه‌ی اثربخشی آن بر اختلالات گوناگون روانی مخصوصاً اختلالات اضطرابی، توصیه می‌گردد محققان به مطالعه‌ی مجدد اثربخشی این روش بر روی اختلالات اضطرابی و هم‌چنین اختلال اضطراب اجتماعی، با جمعیت‌های گوناگون، مورد مطالعه قرار گیرد.

#### منابع

دادستان، پریخ (۱۳۸۶) روانشناسی مرضی- تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول. چاپ هشتم. تهران: انتشارات سمت.

دلاور، علی (۱۳۸۵) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

- خیر، محمد، استوار، صغری، لطیفیان، مرتضی، تقوی، محمدرضا و سامانی، سیامک (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳۲-۳۴.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۷) خلاصه روانپزشکی، ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.
- سجادیان ایلناز. نشاط دوست، حمید. مولوی، حسین. معروفی، محسن (۱۳۸۵) تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجباری در زنان شهر اصفهان. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۸، ۱۴۱-۱۲۸.
- ابراهیم، مسعودنیا (۱۳۸۷) خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی: ارزیابی مدل شناختی- اجتماعی بندورا. *مطالعات روانشناختی*، ۱۲۷-۱۱۶.
- هاوتون، کیت. سالکووسکیس. کلارک (۱۳۸۷) رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی، ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. جلد اول. چاپ هفتم. تهران: انتشارات ارجمند.
- Barber, B. 1983. *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press Baumrind
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643-650.
- Block, J. A(2002) *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York.
- Block, Jennifer. Wulfert, E(2001) Acceptance or change: Treating socially anxious student with ACT or CBG. *The behavior today*, (2), 1, 1- 55 .
- Bogels, M., Susan. Mansell, Warren(2004) Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hiper vigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical psychology*, 24, 827- 856 .
- Bandura, A(1997) *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : Freeman .
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Pastorelli, C(1998) *Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspiration and career trajectories*. Stanford University.
- Carrascoso Lopez, F.J(2000) Acceptance and commitment therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain*, 4, 120-128.
- Clark, DM., Mcmanus, F(2002) Information processing in social phobia. *Biological psychology*, 51, 92-100 .
- Clarke, D. M., & Wells, A(1995) A cognitive model of social phobia. In R.G.Heimberg.M.R.Liebowitz, D.A. Hope ,& R. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York:

Guilford Press.

- Dssman, A., Wendy. Wilson, G., Kelly. Storaasli, D., Ragnar. Mcneill, W., John (2006) A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, (6), 3, 397- 416 .
- Gaudiano, B. A. and Herbert, J. D. (2003). Preliminary psychometric evaluation of a new self-efficacy scale and its relationship to treatment outcome in Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 537-555.
- Hayes, C, Steven & Strosahl, D., Kirk (2005) *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Printed on acid-free paper.
- Hayes, S.C. & Smith, S (2005) *Get out of your mind and into your life : The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA : New Harbinger.
- Hayes, S.C (1987) A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspective*, (pp.327-387). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical change strategies*. New York: Guilford.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1995) Dismantling cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Herbert, J.D., & Dalrymple, K. (2005). Social anxiety disorder. In A. Freeman, A.M. Nezu, M. A. Rinecke, C. M. Nezu, & S. Felgoise (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, 368-372. Norwell, MA : Springer.
- Huerto Romero, F., Gomez Martin, S., Molina Moreno, A.M., & Luciano Soriano, M.C (1998) Ansiedad generalizada: Un estudio de caso [*Generalized anxiety: A case study*]. *Analisis Modificacion de Conducta*, 24, 751-766.
- Mansell, D.M. Clark and A., Ehlers (2003) Internal versus external attention in social anxiety : An investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 555-572 .
- Mellings, T.M.B., And Alden, Lynn, E (2000) Cognitive processes in social anxiety : the effects of self-focused attention, rumination, and mood-congruent memory retrieval. *Behavior research and therapy*, 3, 243-257.
- Muris, T.L. (2001) *Social phobia*. In M.W. Vasey and M.R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 435-458). New York: Oxford University Press.
- Muris, P. (2002) Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.

- Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, & McNeill JW (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., & Schneier, F. R. (2006). The factor structure and screening utility of the social interaction anxiety scale. *Psychological Assessment*, 18, 231-237.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D., & Franklin, M.E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 639-655.
- Ruth A. Baer. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Prac*, 10: 125-143.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Taylor S. (2000) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 1996;27:1-9.
- Turk, C., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (2001). *Social Anxiety Disorder*. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, third edition*. New York: Guilford Press
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485
- Woody, S. R., Chambless, D. L, Glass, C. R. (1997) Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy* , 35, 117-129 .
- Wells and G., Matthews (1994) *Attention and emotion : A clinical perspective*, Lawrence Erlbaum Associates, Hove, UK.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Zimmerman, B. J., & Bandura, A. (1994). Impact of self-regulatory influences on writing course attainment. *American Educational Research Journal*, 31(4), 845-862.
- Zettle, R.D., & Hayes, S.C. (2003). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zue, J. B., Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2007). The effect of attention focus on social anxiety. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, 2326-2333.