

تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان

حسین محقق^۱

پیمان دوستی^۲

داود جعفری^۳

تاریخ وصول: ۹۴/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۵

چکیده

پژوهش حاضر در پی بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان بود. پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد همدان به تعداد ۱۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۳۰ دانشجو (۲۰ دختر و ۱۰ پسر) از جامعه مذکور بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار سنجش این پژوهش، مقیاس افکار اضطرابی ولز بود. این ابزار سه مقیاس اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر (فرانگرانی) و اضطراب سلامتی را می‌سنجد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مداخله ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و هفتگی در مرکز پژوهشی منشور مهر اجرا شد. آزمودنی‌ها قبل از درمان، و یک ماه پس از درمان به پرسشنامه پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش فرانگرانی و اضطراب اجتماعی می‌شود، اما نگرانی سلامتی کاهش پیدا نکرد. پیشنهاد می‌گردد، پژوهشگران مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پروتکل مورد استفاده در این پژوهش را در سایر جوامع و گروه‌های سنی استفاده نمایند.

۱. استادیار روانشناسی دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی؛ دانشگاه بوعلی سینا همدان (نویسنده مسئول)

hm293na@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان peyman@dousti.net

۳. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملایر davood_jafari5361@yahoo.com

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرانگرانی، اضطراب اجتماعی، نگرانی

سلامتی

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی جزو شایع‌ترین اختلالات است، و می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان گردد (شیخ محمدی، اصلی آزاد، عارفی و فرهادی، ۱۳۹۱). امروزه به دلیل عوارضی نظیر افت تحصیلی که اضطراب بر دانشجویان به جا می‌گذارد، اضطراب یکی از مشکلات آموزشی دانشگاه‌های سراسر کشور محسوب می‌شود. که علاوه بر صرف وقت و هزینه گزاف باعث ایجاد مشکلات روانی، خانوادگی، و اجتماعی دانشجویان می‌شود (قاسم نژاد، جلال منش، رصدی، محمودی، ۱۳۹۰). اگرچه ترس و اضطراب، شباهت‌های زیادی به هم دارند ولی تفاوت‌های آن‌ها نیز آشکار است. ترس بر اتفاق ناگوار در حال وقوع یا تجربه‌ای که به زودی اتفاق خواهد افتاد دلالت دارد، در حالی که اضطراب بر ترسی توجیه‌ناپذیر دلالت دارد (روحی، ۱۳۹۳). اضطراب زمانی مایه نگرانی بالینی می‌شود که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شده باشد که مشخصه آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است. افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی قادر نیستند فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند. اضطراب آن‌ها ناخوشایند است و باعث می‌شود نتوانند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند، اما علاوه بر آن، آن‌ها می‌کوشند از موقعیت‌هایی که باعث می‌شود احساس اضطراب کنند، اجتناب ورزند. آن‌ها فرصت‌هایی را برای خوش‌گذرانی یا عمل کردن طبق تمایلاتشان را از دست می‌دهند (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۴؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). برخی از افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب می‌کنند. این اضطراب در حالت شدید به اختلالی به نام اضطراب اجتماعی^۱ تبدیل می‌شود که علائم مشخص آن عبارت‌اند از: ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی، که ممکن است موجب شرمساری در این موقعیت‌ها شود. فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، این حالت موجب اجتناب از چنین موقعیت‌هایی می‌شود و در نهایت این اضطراب در عملکرد و روابط اجتماعی فرد اختلال

ایجاد می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های جنسیتی در شیوع فویبای اجتماعی (اضطراب اجتماعی) بیشتر به این اشاره دارد که اضطراب اجتماعی در میان زنان شایع‌تر است (حیدریان فرد، بخشی پور، فرامری، ۱۳۹۴). همچنین عده‌ای از افراد به‌طور مداوم دل‌مشغولی‌هایی در خصوص سلامتی خود دارند. آنها مرتباً بدن خود را بررسی^۱ و بر آن نظارت^۲ می‌کند. این افراد دائماً علائم حیاتی خود را کنترل کرده و نگرانی‌های افراطی بابت سلامتی خود دارند. اگر این نگرانی‌ها بیش از ۶ ماه ادامه پیدا کند، برای چنین اشخاصی می‌توان نگرانی سلامتی را تشخیص داد (آبرامویتز و براداک و او تام^۳، ۲۰۱۱). اختلال اضطراب فراگیر^۴ موجب ادامه نگرانی افراطی و تعمیم‌یافته‌ای می‌شود که ویژگی آشفته ساز اصلی این اختلال به شمار می‌رود. افراد مبتلا به اضطراب فراگیر دارای باورهای منفی درباره نگرانی (مانند باور به غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی) می‌باشند (بهرامی و رضوان، ۱۳۸۶). به نظر نمی‌رسد، مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و افرادی که نگرانی‌های غیر مرضی دارند در محتوای نگرانی با یکدیگر متفاوت باشند و وجه تمایز این دو گروه در شدت و فراگیری نگرانی آنهاست (ادریسی، خان زاده، بحرینیان، ۱۳۹۴). شیوع اختلال اضطراب فراگیر بین ۱ تا ۳ درصد و نسبت زن به مرد ۲ به ۱ است. همچنین شیوع اضطراب اجتماعی ۷ درصد بوده که در میان کودکان و نوجوانان و البته زنان شایع‌تر است. و شیوع اختلال نگرانی سلامتی ۴ تا ۶ درصد گزارش شده است که نسبت ابتلای زن و مرد یکسان است و شروع معمولاً بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی اتفاق می‌افتد (گنجی، ۱۳۹۳) و به طور کلی حدود ۲۱ درصد دانشجویان از اضطراب رنج می‌برند (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰).

اختلالات اضطرابی اغلب توسط درمان‌های شناختی رفتاری، درمان می‌شود. اما بسیاری از مبتلایان از این درمان بهره‌ای نبرده‌اند و یا بهبودی کمی را تجربه کرده‌اند. بنابراین متخصصین و محققان به دیگر رویکردها کشیده شده‌اند. از جمله این رویکردهای جدید، می‌توان به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد

1. checking
2. monitoring
3. Abramowitz, Braddock, Autumn
4. generalized anxiety disorder (GAD)

(مککنزی^۱ و کاوسکی^۲، ۲۰۱۰). درمان پذیرش و تعهد^۳، با درمان شناختی رفتاری متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل: (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها (۲) عمل^۴ مبتنی بر ارزش^۵ یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است. روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی، منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (والیز^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). هدف نهایی این مدل، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جز بهنجار تجربه انسان است (هیز، استروساهی و ویلسون^۷، ۲۰۱۲). در این روش تغییر به‌صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. برخلاف درمان‌های شناختی-رفتاری^۸ که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می‌پردازند درمان پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن، و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد کمک می‌کند، افکار و هیجانات مسئله‌ساز را به‌گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی شان تلاشی نظام‌مند صورت دهند (لینهان^۹، ۱۹۹۳). در این درمان، به درمان‌جو آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (فورمان و هربرت^{۱۰}، ۲۰۰۸).

-
1. MacKenzie
 2. Kocovski
 3. acceptance and commitment therapy
 4. action
 5. Values
 6. Vallis
 7. Hayes, Strosahl, Wilson
 8. cognitive behavior therapy (CBT)
 9. Linehan
 10. Forman and Herbert

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد: گستره‌ای از پژوهش‌ها، تاکنون، علاقه جهانی به مدل تغییر رفتار از منظره نظری چارچوب ارتباطی^۱ و درمان پذیرش و تعهد را تأیید کرده‌اند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به مطالعه سوین^۲ و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که نشان دادن با درمان پذیرش و تعهد می‌توان علائم بالینی افسردگی و اضطراب را کاهش داد. همچنین ایفرت^۳ و فورسیث^۴ (۲۰۰۵) و لویت^۵ (۲۰۰۴) نشان دادند که با درمان پذیرش و تعهد می‌توان اضطراب فراگیر را کاهش داد. پورفرج (۱۳۹۰) نیز کاهش اضطراب اجتماعی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان دادند. لذا با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات اضطرابی، این مطالعه در پی سنجش تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی، با عنوان طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در پی بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی در دانشجویان دانشگاه آزاد همدان بود. انجام مداخلات و نمونه‌گیری در این پژوهش، مجموعاً به مدت ۳ ماه از مهر تا آذر ۱۳۹۴ به طول انجامید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد همدان به تعداد ۱۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۳۰ دانشجو کارشناسی (۲۰ دختر و ۱۰ پسر) از جامعه مذکور بود. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این منظور تعداد ۴۰۰ پرسشنامه بین دانشجویان توزیع شد. نمونه این تحقیق، از بین داوطلبینی که بیشترین نمره را در آزمون افکار اضطرابی ولز کسب کردند انتخاب، و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش شامل تشخیص فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی، دانشجو دوره کارشناسی، و رضایت‌مندی از شرکت در

1. relational frame theory(RFT)

2. Swain

3. Eifert

4. Forsyth

5. Levitt

پژوهش بود. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و مداخله انفرادی در مرکز پژوهشی منشور مهر با پیگیری یک ماهه بروی گروه آزمایش صورت پذیرفت، در حالی که گروه گواه چنین مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار سنجش این پژوهش پرسشنامه افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) بود. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه است و هدف آن سنجش افکار اضطرابی می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسشنامه اضطراب اجتماعی (سوالات ۸-۹-۱۲-۲۰-۱-۱۴-۱۷-۱۸)، اضطراب سلامتی (سوالات ۵-۷-۱۵-۴-۱۰-۱۹) و فرانگرانی (سوالات ۳-۶-۱۳-۱۶-۱۱-۲۱-۲۲) می‌باشند. این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. نمره بین ۲۲ تا ۴۴، افکار اضطرابی کم؛ بین ۴۴ تا ۵۵، افکار اضطرابی متوسط و نمره بالاتر از ۵۵، افکار اضطرابی زیاد است. روایی پرسشنامه افکار اضطرابی از روش میزان همبستگی آن مورد بررسی قرار گرفته است. برای پایایی نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰.۹۱ بود (فتی، موتابی، مولودی و ضیایی، ۱۳۸۹). در پرسشنامه دموگرافیک فقط اطلاعاتی چون سن، جنسیت و مقطع تحصیلی آورده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS22 استفاده شد. محتوای جلسه‌های درمانی به شرح ذیل بود:

جدول ۱. خلاصه جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

(۱) توضیح مختصر درمان‌جو در مورد مشکل (۲۰-۲۵ دقیقه).	
(۲) ناامیدی سازنده (۱۰ دقیقه).	
جلسه اول	(۳) سنجش اولیه ارزش‌ها (۱۰ دقیقه)
	(۴) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)
جلسه دوم	
	(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)
	(۲) تمرین فرونشانی فکر (۱۰ دقیقه)
	(۳) راهبردهای پذیرش (۲۵ دقیقه)
	(۴) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)
جلسه سوم	
	(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)
	(۲) مرور جلسه گذشته (۱۰ دقیقه)
	(۳) راهبردهای گسلش (۲۵ دقیقه)
	(۴) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)

جلسه چهارم	<p>(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)</p> <p>(۲) مرور جلسه گذشته (۱۰ دقیقه)</p> <p>(۳) راهبردهای بافتار انگاشتن (۲۵ دقیقه)</p> <p>(۴) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)</p>
جلسه پنجم	<p>(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)</p> <p>(۲) مرور جلسه گذشته (۱۰ دقیقه)</p> <p>(۳) راهبردهای روشن سازی ارزش ها (۲۵ دقیقه)</p> <p>(۴) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)</p>
جلسه ششم	<p>(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)</p> <p>(۲) مرور جلسه گذشته (۱۰ دقیقه)</p> <p>(۳) راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش ها (۲۵ دقیقه)</p> <p>(۴) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)</p>
جلسه هفتم	<p>(۱) راهبردهای توجه آگاهی (۲۵ دقیقه)</p> <p>(۲) مرور جلسه گذشته (۱۵ دقیقه)</p> <p>(۳) ارائه تکلیف جلسه آینده (۵ دقیقه)</p>
جلسه هشتم	<p>(۱) تمرین توجه آگاهی (۵ دقیقه)</p> <p>(۲) برگشت به جلسات گذشته (۱۰ دقیقه)</p> <p>(۳) خلق الگوهای بزرگ تر عمل متعهدانه (۱۵ دقیقه)</p> <p>(۴) آماده سازی درمان جو برای پایان جلسات (۱۰ دقیقه)</p>

یافته های پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
فرانگرانی	آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۴۶	۲/۴۴
	پس آزمون		۱۳/۷۳	۳/۱۵

۲/۹۸	۱۶/۹۳	پیش‌آزمون	کنترل	
۳/۰۳	۱۷/۰۶	پس‌آزمون		
۳/۲۲	۱۴/۴۶	پیش‌آزمون	آزمایش	
۳/۴۵	۱۱/۹۳	پس‌آزمون		نگرانی اجتماعی
۳/۵۱	۱۴/۲۶	پیش‌آزمون	کنترل	
۳/۶۰	۱۴/۲۰	پس‌آزمون		
۳/۵۸	۱۰/۴۰	پیش‌آزمون	آزمایش	
۳/۶۲	۱۰/۰۰	پس‌آزمون		نگرانی سلامتی
۴/۷۹	۱۰/۶۶	پیش‌آزمون	کنترل	
۴/۸۷	۱۰/۷۳	پس‌آزمون		

با توجه به جدول ۲ میانگین نمرات فرانگرانی در گروه آزمایش از ۱۷/۴۶ (پیش‌آزمون) به ۱۳/۷۳ (پس‌آزمون) کاهش یافته است. همچنین میانگین نمرات نگرانی اجتماعی در گروه آزمایش از ۱۴/۴۶ (پیش‌آزمون) به ۱۱/۹۳ (پس‌آزمون) کاهش یافته است. اما میانگین نمرات نگرانی سلامت در گروه آزمایش و کنترل تغییر محسوسی نداشته است.

جهت ورود به بخش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش فرض‌های آزمون پارامتریک کوواریانس کنترل شد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۱ استفاده شد که این پیش فرض برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لون^۲ استفاده شد که این پیش فرض هم برقرار بود ($P > ۰/۰۵$) و بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس میسر بود که نتایج آن گزارش می‌شود.

1. Kolmogorov - Smirnov test
2. levene

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی دانشجویان

سطح معنی داری	مقدار آزمون F	پایگین مجذوران	درجه آزادی	مجموع مجذوران	ابعاد افکار اضطرابی	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۲۱/۷۹	۲۱/۸۱	۱	۲۱/۸۱	فرانگرانی	گروه
۰/۱۳	۲/۳۵	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	نگرانی سلامتی	
۰/۰۱	۱۳/۹۶	۱۰/۷۱	۱	۱۰/۷۱	نگرانی اجتماعی	
		۱/۰۰	۲۵	۲۵/۰۳	فرانگرانی	خطا
		۰/۴۰	۲۵	۱۰/۱۴	نگرانی سلامتی	
		۰/۷۶	۲۵	۱۹/۱۹	نگرانی اجتماعی	
			۲۹	۲۱۰/۸۰	فرانگرانی	کل
			۲۹	۵۰۱/۴۶	نگرانی سلامتی	
			۲۹	۳۱۸/۹۶	نگرانی اجتماعی	

تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات بخش فرانگرانی افکار اضطرابی دانشجویان مضطرب اثر دارد ($p = 0/001$, $df = 1,25$, $F = 21/79$) و اثر از نظر آماری معنی دار است. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات بخش نگرانی اجتماعی افکار اضطرابی دانشجویان مضطرب اثر دارد ($p = 0/01$, $df = 1,25$, $F = 13/96$) و اثر از نظر آماری معنی دار است. اما بخش نگرانی سلامتی افکار اضطرابی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر نپذیرفت ($p = 0/13$, $df = 1,25$, $F = 2/35$). لذا می‌توان گفت درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی اجتماعی و فرانگرانی مؤثر است اما بر کاهش نگرانی سلامتی مؤثر نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی که ابعاد افکار اضطرابی هستند انجام شد. بدین منظور ابتدا دانشجویان دانشگاه آزاد همدان باکمک مقیاس افکار اضطرابی ولز غربال شدند و سپس دانشجویان مضطرب نمونه به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایابی شدند و روش درمانی بر روی نمونه آزمایش به صورت انفرادی انجام شد. یافته‌های این پژوهش، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی و اضطراب اجتماعی را مورد تأیید قرار داد، اما تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی سلامتی تأیید نشد که یافته‌های این پژوهش در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی با یافته‌های سوین و همکاران (۲۰۱۳)، ایفرت و فورسیث (۲۰۰۵)، لویت (۲۰۰۴)، و در خصوص نگران اجتماعی با یافته‌های پورفرج (۱۳۹۰) همسو می‌باشد.

آنچه در تبیین این یافته‌ها در خصوص کاهش تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی و اضطراب اجتماعی می‌توان گفت این است که، از نظرگاه درمان پذیرش و تعهد (مبتلایان به اختلال وسواس، اختلال‌های اضطرابی، سو مصرف مواد و جز این‌ها) کارکرد یکسانی دارند چون هدفشان اجتناب تجربه‌ای است (ویلسون و دوفرنی، ۲۰۰۹). هدف درمان پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (فلکسمن، بلک لچ، فرانک، ۲۰۱۱: ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد پذیرش، که به معنی روبرو شدن با دردها در مسیر رسیدن به ارزش‌ها، به‌جای اجتناب تجربه‌ای است، نقش زیادی در کاهش علائم اضطرابی دارد. ظاهراً اجتناب تجربه‌ای در طولانی‌مدت، موجب بروز بیشتر علائم اضطرابی می‌شود. حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب کردن از تجربه این دردها نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست. تقریباً می‌توان گفت که مواجه شدن یک اصل تأکیدی در

درمان‌های موج جدید است که گاه به صوت عینی و گاه به صورت ذهنی انجام می‌شود. حضور ذهن^۱ به عنوان حالت شناختی موثر و بدیل نگرسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند نیت مند بودن، غیر قضاوتی بودن، برابر نگرستن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی می‌تواند در خارج شدن مراجع از چرخه اندیشناکی کمک کند (خانی پور، برجعلی، محمد خانی و سهرابی، ۱۳۹۲). پس درروش ذهن آگاهی بر عنصر پذیرش ذهنی و درروش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش واقعی بیرونی تاکید می‌شود که هر دو روش کارآمدی خود را اثبات نموده‌اند.

برای تبیین علت عدم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی سلامتی در این پژوهش می‌توان گفت طرز بیان اختلال نگرانی سلامتی با اختلالات اضطرابی دیگر متفاوت است. در این اختلال اشتغال ذهنی با نشانه‌های بدنی منجر به ناراحتی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، خانوادگی و سایر زمینه‌های مهم می‌شود. به نظر می‌رسد برای کاهش علائم این اختلال باید از استعاره‌ها و تمرین‌های متفاوت تری نسبت به فرانگرانی و نگرانی اجتماعی استفاده کرد. درمواقعی که مراجع نشانگان جسمانی افکار اضطرابی را نشان می‌دهد انگار به سطح بالایی از درد روانی گرفتار شده است که گاه نیازمند توجه کامل روانپزشکی از جنبه‌های جسمانی و تبیین نبود نشانه در وضعیت جسمانی فرد با انجام آزمایش واقعی است. بنابراین روش درمانی پذیرش و تعهد که به دنبال آشتی دادن فرد با شرایط موجود است؛ در مسایل جسمانی موثر نیست.

این پژوهش که یک مطالعه دانشگاهی بود مثل تمام پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از دانشجویان است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد، بنابراین به نظر می‌رسد، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت بعدی این پژوهش فقر پیشینه داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش بود که امکان مقایسه یافته‌های این پژوهش با دیگر پژوهش‌ها میسر نبود. محدودیت دیگر شامل، عدم امکان کنترل کافی بر متغیرهای محیطی، خانوادگی و مسائل مربوط به حضور به موقع افراد، انجام دادن تکالیف و نداشتن دوره پیگیری طولانی مدت بود. با این وجود نتایج این مطالعه، درک بهتری از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد فرانگرانی، نگرانی سلامتی و نگرانی اجتماعی

نشان می‌دهد و به محققان پیشنهاد می‌شود که، این تحقیق را در سایر جوامع با دامنه سنی گسترده‌تر انجام دهند. همچنین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی، اجرا نمایند. ضمناً به صورت مقایسه‌ای این روش را با سایر روش‌های درمان روانشناختی مقایسه نمایند. به روان‌درمانگران هم پیشنهاد می‌شود این روش را در درمان افکار اضطرابی و به ویژه افکار اضطرابی فرا نگرانی و نگرانی اجتماعی در مراکز خدمات روانشناختی دانشجویان به کار بگیرند و با این روش نگرانی آن‌ها را در مسایلی چون ارابه مطلب درسی در کلاس و یا مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و غیره کاهش دهند.

منابع

- ادریسی، فروغ؛ خان زاده مصطفی و بحرینیان، عبدالمجید. (۱۳۹۴). مدل ساختاری نظم بخشی هیجانی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان. *فصل نامه مطالعات بالینی*. ۲۰(۵): ۲۰۳-۲۲۶.
- بهرامی، فاطمه و رضوان، شیوا. (۱۳۸۶). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳(۳): ۲۴۹-۲۵۵.
- پورفرج عمران مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*. دوره ۶(۲): ۱-۵.
- خانی پور، حمید؛ برجعلی، احمد؛ محمد خانی، پروانه و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک موردی. *فصل نامه مطالعات بالینی*. ۱۳(۴): ۲۳-۴۱.
- حیدریان فرد، زینب؛ بخشی پور، باب اله و فرامرزی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصل نامه مطالعات بالینی*. ۲۱(۶): ۱۵۰-۱۷۵.
- شیخ محمدی، روح اله؛ اصلی آزاد، مسلم؛ عارفی، مژگان و فرهادی، طاهره. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای

- اختلال اضطراب و افسردگی در دوره دبستان. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۲: ۷۱-۹۰.
- روحي، عليرضا. (۱۳۹۳). رويکردهای نظری و کاربردی در اختلال‌های اضطرابی کودکان. *تعلیم و تربیت/استثنایی*. سال چهاردهم. شماره ۳. ص ۴۷-۵۸.
- فتی ل، موتابی ف، مولودی ر، ضیایی ک. (۱۳۸۹). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل فکر و پرسشنامه افکار اضطرابی در دانشجویان ایرانی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. شماره ۱. ص ۸۱-۱۰۳.
- فلکسمن پ، بلک لچ ج، باند فرانک و. (۲۰۱۱). *تند آموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی*. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- قاسم نژاد، سید مدینه؛ جلال منش، شمس الملوک؛ رصدی مریم و محمودی، محمود. (۱۳۹۰). بررسی رابطه اضطراب و خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان در سال ۱۳۸۷. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۲۱(۳): ۲۲۲-۲۲۶.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. *تازه‌های علوم شناختی*. ۷(۱): ۴۹-۵۹.
- گنجی مهدی. (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5*. تهران: نشر ساوالان.
- محمد زاده، علی و نجفی، محمود. (۱۳۸۸). نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴(۱): ۶۶-۵۹.
- هالچین ر، کراس ویتبورن س. (۲۰۱۴). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5*. یحیی سید محمدی (۱۳۹۴). نشر روان، جلد ۱.

- Abramowitz, J; Braddock, Autumn E. (2011). *Hypochondriasis and health anxiety*. Hogrefe Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Dhsorder* (Revised 5 ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Block J A. & Wulfert E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*. 1 (2). 1-55.

- Eifert, H G. & Forsyth, P J. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbinger.
- Forman, E M. & Herbert, D. (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. 263-26.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K .G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K .G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Levitt, J. T; Brown, T A; Orsillo, S. M. & Barlow, D. H. (2004). *The effects versus suppression of emotion on subjective and psychological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder*. behavior therapy. 35: 747-766.
- Linehan, M. (1993). *cognitive-Behavioral treatment of Borderline personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- MacKenzie, M. B. & Kocovski, N. L. (2010). Self-Reported Acceptance of Social Anxiety Symptoms: Development and Validation of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 6(3): 214-232.
- Swain, J; Hancock, K; Dixon, A; Koo, S. & Bowman J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial*. (Retrieved 18 OCT 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662565>).
- Vallis, M; Ruggiero, L; Greene, G; Jones, H; Zinnman, B; Rossi, R; Edwards, L; Rossi, J. & Prochaska, L. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: Relationships to Demographic, eating related, health care utilization and psychosocial factors. *Diabetes Care*. 26(5) 1468-74.
- Wells, A. & Davies, M.I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*. 32: 871-878.
- Wilson, KG. & DuFrence, T. (2009). *Mindfulness for two: an Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.