

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف پذیری و همجوشی شناختی

\*حسین زارع

استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۳/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۱۲)

**Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion**

\* Hossein Zare

Professor of Psychology, Payame Noor University

(Received: Jun. 04, 2017 - Accepted: Aug. 03, 2017)

**Abstract**

**Introduction:** The purpose of this study was the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on Improving flexibility and cognitive fusion in anxious students. **Method:** This study was a quasi-experimental study with a pretest, post-test and follow-up. The statistical population of the study included female students of Payame Noor University of Guilan. Subjects were first screened using the inclusion and exclusion criteria. Therefore, 30 anxious students were selected and randomly divided into experimental and control groups (15 persons in each group). All of the sample groups completed flexibility and Cognitive Fusion Scales. The ACT group received 8 sessions of treatment, while the control group did not receive any treatment. **Findings:** The results showed that there were significant differences between the two groups in terms of flexibility and cognitive fusion. **Conclusion:** The results indicate that ACT is an effective intervention in anxious students.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Flexibility, Cognitive Fusion.

**چکیده**

**مقدمه:** هدف اساسی مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود انعطاف پذیری و همجوشی شناختی دانشجویان مضطرب بود. روش: این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، دربرگیرنده دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور استان گیلان بود. نخست، آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج غربال شدند. سپس، ۳۰ دانشجوی مضطرب انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). همه افراد مقیاس انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی را تکمیل کردند. افراد در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه در انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی در سطح ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک مداخله مؤثر در دانشجویان مضطرب است.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری، همجوشی شناختی.

## مقدمه

مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۸</sup> و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر است را افزایش می‌دهد. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (فورمن و هربرت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ACT از طریق شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه<sup>۱۰</sup>، در زمان حال بودن<sup>۱۱</sup>، ارزش‌ها<sup>۱۲</sup> و عمل متعهدانه<sup>۱۳</sup> انجام می‌گیرد (هیز و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش‌های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته‌اند نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به‌عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی (فولک، پارلینگ و ملین، ۲۰۱۲)، اختلال استرس پس از سانحه (ارسیلو و باتن، ۲۰۰۵؛ تهیگ، ۲۰۰۹)، اختلال هراس (پور فرج عمران، ۱۳۹۰)، درد مزمن

امروزه درمان‌های جدید در روانشناسی که تحت عنوان موج سوم روان‌درمانی از آن یاد می‌گردد بر نقش منابع روان‌شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود. از جمله درمان‌هایی که در این راستا مطرح است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش<sup>۱</sup> است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مبتنی بر نظریه زمینه‌گرایی کارکردی<sup>۲</sup> است. طبق نظریه زمینه‌گرایی کارکردی هیچ فکر، احساس یا خاطره‌ای ذاتاً مشکل‌ساز، ناکارآمد یا آسیب‌زا نیست، بلکه وابسته به زمینه است. در زمینه‌ای که اجتناب تجربه‌ای<sup>۳</sup> و همجوشی شناختی<sup>۴</sup> را در بر دارد، افکار، احساسات و خاطرات ما کارکردی زهرآگین و آسیب‌زا دارند، اما محیطی که پذیرش<sup>۵</sup> و گسلش<sup>۶</sup> را در بر دارد؛ همان افکار، احساسات و خاطرات کارکرد بسیار متفاوتی دارند، این تجارب درونی شاید دردناک باشند، اما آسیب‌زا و زهرآگین نیستند و مهم‌تر اینکه مانع زندگی ارزشمند ما نمی‌شوند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌نمایند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد (ویلاردگا و هیز، ۲۰۰۹؛ به نقل از بریکر و تولیسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر

---

8. Psychological flexibility  
9. Forman, E. M. & Herbert, J. D.  
10. Self as context  
11. Being present  
12. Valuing  
13. Committed action  
14. Hayes, S. C. & et al

---

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)  
2. Functional Contextualism  
3. Experimental avoidance  
4. Cognitive fusion  
5. Acceptance  
6. Defusion  
7. Bricker & Tollison

است که همجوشی شناختی از طیف همجوشی زیاد به گسلش شناختی اتفاق می‌افتد برای مثال: من افسرده‌ام (بسیار همجوش)، من احساس می‌کنم افسرده‌ام (تا حدودی همجوش)، من در حال افسرده شدن هستم (کمی همجوش)، من در حال حاضر حسی را تجربه می‌کنم که معمولاً به آن افسردگی اطلاق می‌شود (گسلش شناختی). گسلش شناختی فرایند تضعیف تدریجی کارکردهای تنظیم رفتاری و تأثیرات لفظی رویدادهای درونی است. ACT مراجعان را تشویق می‌نماید که رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. مراجعان می‌آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد، فرایندهای پذیرش و گسلش شناختی به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانین تنظیم‌کننده آن‌ها کمک می‌نماید (هیز، ۲۰۰۴).

بر اساس رویکرد تعهد و پذیرش، آسیب‌شناسی روانی از درگیری با تجارب درونی نظیر محتوای افکار (همجوشی شناختی) که به تلاش برای کنترل یا تغییر شکل آن منجر می‌گردد (اجتناب تجربه‌ای) شکل می‌گیرد و این تلاش‌های اجتنابی، اغلب اثرات متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موضوعات مورد اجتناب (مثل افکار، احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهند و هم ناراحتی را افزایش می‌دهند و با کیفیت زندگی تداخل

(گاتیرز، لوسیانو، رودریگوئز و فینک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ ایراندوست، نشاط دوست و نادى، ۱۳۹۳؛ مولوى، میکائیلی، رحیمی و مهری، ۱۳۹۳ و جانستون، فاستر، شنان، استارکی و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰)، کاهش استرس شغلی (حسینائی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری، ۱۳۹۲)، اختلال وسواس (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲)، سرطان سینه (هالبرت - ویلیامز، استوری و ویلیامز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵)، ام اس (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳)؛ دیابت (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲) و سردرد مزمن (قرایی اردکانی، آزاد فلاح و تولایی، ۱۳۹۱) باشد.

مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج مطالعه دینیس، کاروالو، جاویا و استانکوویرو<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای در نشانگان افسردگی نقش اساسی ایفا می‌نماید.

منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از زارع، ۱۳۹۳).

برنت (۲۰۱۲؛ به نقل از زارع، ۱۳۹۳) معتقد

1. Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink
2. Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson
3. Hulbert-Williams, Storey & Wilson
4. Dinis, Carvalho, Gouveia & Estanqueiro

و افرادی که نمره بالای ۱۶ کسب نمودند و در مصاحبه نیز همین نکته تأیید شد، به‌عنوان دانشجویان مضطرب شناخته شدند. برای غربالگری افراد از ملاک‌های ورود و خروج استفاده گردید. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: زن بودن، سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ملاک خروج عبارت‌اند از: سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی. البته بعد از انتخاب افراد، چنانچه هر فرد در مداخله، بیش از دو جلسه غیبت داشت، از گروه خارج گردید. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. در این راستا، بر اساس ملاک‌های ورود و اعلام رضایت از جانب اعضای جامعه در مطالعه شرکت نمودند، بر این اساس ۳۶ نفر انتخاب و در دو گروه (۱۸ نفر در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و ۱۸ نفر در گروه کنترل) جای داده شدند. با توجه به آزمایشی بودن طرح، باید اینجا مطرح نمایم که از هر گروه آزمایش و کنترل سه نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و نتایج حاصل از ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل گردید. ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از:

۱- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و وندرول جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی مطرح گردید که دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه شامل سه بعد است: میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و توانایی ایجاد چندین راه‌حل

می‌کنند (باند و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

زتلی<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی پرداخت و نشان داد که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه انتظار، بعد از مداخله و در دوره پیگیری، افسردگی کمتری را تجربه نموده‌اند.

زتلی، رئیس و هیز (۲۰۱۱) نیز مطرح نمودند که در همجوشی شناختی، افکار قابل قبول است و از طریق مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش در مبتلایان افسرده، این خصیصه تعدیل می‌گردد.

نتایج پژوهش برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلاند<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش فشار روانی مددکاران اجتماعی مفید است؛ به این صورت که بعد از اجرای مداخله، تفاوت بین دو گروه در زمینه کاهش فشار روانی و فرسودگی و افزایش سلامت عمومی معنادار بود.

در راستای مطالب پیشین، مطالعه حاضر قصد دارد تا به بررسی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش همجوشی شناختی در دانشجویان مضطرب بپردازد.

روش

جامعه، نمونه و روش انتخاب نمونه: جامعه آماری مطالعه حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه پیام نور استان گیلان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند. ابتدا ۲۰۰ نفر از دانشجویان با پرسشنامه اضطراب بک موردبررسی قرار گرفتند

1. Bond & et al
2. Zettle & et al
3. Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund

می‌گیرد و به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. کویانی و موسوی (۱۳۸۷) اعتبار و روایی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بسیار مطلوب ارزیابی نمودند.

#### یافته‌ها

در مطالعه حاضر گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن هم‌تا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل به ترتیب برابر با  $۲۶/۶۷(۲/۸۲)$  و  $۲۶/۲۰(۲/۹۸)$  بود. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیگیری را در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. بر این اساس میانگین نمره همجوشی شناختی کاهش و میانگین نمره انعطاف‌پذیری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است.

جایگزین برای موقعیت‌های سخت (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰). سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای، ضرایب اعتبار بازمیابی برای کل مقیاس را  $۰/۹۰$  و برای زیرمقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار به ترتیب  $۰/۸۷$ ،  $۰/۸۹$  و  $۰/۵۵$  گزارش نمودند.

۲- پرسشنامه همجوشی شناختی. این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰)؛ به نقل از زارع، (۱۳۹۳) ارائه دادند که حاوی ۱۳ سؤال است که دارای دو زیرمقیاس همجوشی و گسلس است و بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. زارع (۱۳۹۳) جهت هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور و سنتی را مورد آزمون قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس همجوشی و گسلس به ترتیب  $۰/۷۶$  و  $۰/۸۵$  به دست آمد.

۳- پرسشنامه اضطراب بک. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که علائم شایع اضطراب را در بر

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	ACT	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
همجوشی	پیش‌آزمون ۲۹/۴(۱/۹)	پس‌آزمون ۲۷/۷(۱/۸)	پیش‌آزمون ۲۸/۹(۲/۳)	پس‌آزمون ۲۷/۷(۱/۸)	پیگیری ۲۷/۹(۱/۸)
گسلس	پیش‌آزمون ۹/۷(۱/۵)	پس‌آزمون ۱۰/۳(۱/۳)	پیش‌آزمون ۱۰/۱(۱/۱)	پس‌آزمون ۱۰/۳(۱/۳)	پیگیری ۹/۷(۱/۵)
ادراک کنترل‌پذیری	پیش‌آزمون ۳۰/۴(۱/۴)	پس‌آزمون ۲۹/۲(۳)	پیش‌آزمون ۲۹/۴(۱/۸)	پس‌آزمون ۲۹/۲(۳)	پیگیری ۲۸/۹(۳/۱)
ادراک گزینه‌های مختلف	پیش‌آزمون ۳۸/۱(۴/۴)	پس‌آزمون ۳۷/۴(۴/۲)	پیش‌آزمون ۳۷/۱(۴/۴)	پس‌آزمون ۳۷/۴(۴/۲)	پیگیری ۳۷/۱(۴/۴)
ادراک توجیه رفتار	پیش‌آزمون ۸/۱(۱/۴)	پس‌آزمون ۹/۳(۱/۴)	پیش‌آزمون ۸/۷(۱/۵)	پس‌آزمون ۹/۳(۱/۴)	پیگیری ۸/۶(۱/۴)
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون ۷۶/۶(۶/۲)	پس‌آزمون ۷۵/۳(۶/۴)	پیش‌آزمون ۷۵/۳(۶/۹)	پس‌آزمون ۷۵/۳(۶/۴)	پیگیری ۷۴/۶(۶/۳)

همجوشی شناختی افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در دانشجویان مضطرب از آزمون تحلیل

در ادامه جهت بررسی مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزی در کاهش

بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه پس‌آزمون و پیگیری از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به برقراری مفروضه‌های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره هستیم که نتایج آن در جدول ۲، ارائه گردیده است.

کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان نمود. به‌منظور نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته (همجوشی شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی) از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج نشان داد تمامی مؤلفه‌ها دارای توزیع نرمال هستند، لذا پیش‌فرض مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین جهت

جدول ۲. مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر		پس‌آزمون		پیگیری			
		F	SS	Eta	Sig	F	SS
همجوشی	۲۰/۶۹	۵/۱	۱۶/۷۴	۰/۱۶	۰/۰۳	۴/۷۶	۱۶/۷۴
گسلش	۱/۴۳	۷/۷۹	۳/۱۳	۰/۲۳	۰/۰۱	۷/۳۰	۳/۱۳
ادراک کنترل‌پذیری	۳/۴۱	۴/۹۵	۱۹/۸۹	۰/۱۶	۰/۰۴	۴/۵۶	۱۹/۸۹
ادراک گزینه‌های مختلف	۶/۸۱	۵/۴۲	۷/۰۱	۰/۱۷	۰/۳۰	۵/۱۴	۷/۰۱
ادراک توجیه رفتار	۵/۹۸	۷/۱۲	۳/۷۶	۰/۲۲	۰/۰۱	۵/۱۱	۳/۷۶
انعطاف‌پذیری شناختی	۳۰/۴۹	۷/۹۳	۵۲/۶۴	۰/۲۳	۰/۰۱	۶/۹۴	۵۲/۶۴

زتل، رنيس و هيز (۲۰۱۱) همسو است. باید دانست که هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خستی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حال حرکت است، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد.

بر اساس نتایج جدول ۲، بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری همه مؤلفه‌های مطالعه حاضر بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مؤلفه‌های فوق، تفاوت معناداری را نشان داده است.

#### نتیجه‌گیری و بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همجوشی شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته است که با نتایج برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلاند (۲۰۱۱) و

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌گردد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که قابل‌تغییر مثل رفتار آشکار است، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر فشارخون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز دارد (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به افراد کمک می‌نماید تا راهبردهای مقابله سازگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند (وینستین، براون و رایان، ۲۰۰۹). کلینین - یاباس و همکاران (۲۰۱۶) ذهن آگاهی را قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی دانستند. افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش‌های ذهن آگاهی یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل گردید. یکی از محدودیت‌های این مطالعه، نمونه‌گیری در دسترس بود و اینکه صرفاً در دانشجویان خانم انجام گرفت که می‌بایست در پژوهش‌های آتی مدنظر داشت. مسئولان محترم مراکز مشاوره دانشگاه با فراگیری این مداخله، می‌توانند برای دانشجویان مضطرب، گام‌های ارزشمندی بردارند.

در پایان لازم می‌دانم که از تمامی دانشجویانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل‌اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد. به باور هیز (۲۰۰۴)، پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر - منجر به تضعیف همجوشی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی نیز بهبود می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد که میزان انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته است. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد (رودیتی و راینسون، ۲۰۱۱).

در فرایند درمان تعهد و پذیرش،

## منابع

- ایراندوست، ف.؛ نشاط دوست، ح. ط و نادى، م. ع (۱۳۹۳). «تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن». *مجله علوم رفتاری*، ۸(۱)، ۸۶-۹۶.
- ایزدی، ر و عابدی، م. ر (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)، ۲۷۵-۲۸۶.
- پورفرج عمران، م (۱۳۹۰). «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان». *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲)، ۱-۵.
- حر، م؛ آقایی، ا؛ عابدی، ا و عطاری، ع (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.
- حسینائی، ع؛ احدی، ح؛ فتی، ل؛ حیدری، ع و مظاهری، م. ع (۱۳۹۲). «تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی». *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲)، ۱۰۹-۱۲۰.
- زارع، ح (۱۳۹۳). «هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز بر اساس الگوی بوهرنستات». *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۴(۱۵)، ۱۷-۲۸.
- قرایی اردکانی، ش؛ آزاد فلاح، پ و تولایی، س. ع (۱۳۹۱). «اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن». *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۱۴)، ۳۹-۵۰.
- سلطانی، ا؛ شاره، ح؛ بحرینیان، س. ع و فرمانی، ا (۱۳۹۲). «نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی». *پژوهنده*، ۱۸(۲)، ۹۶-۸۸.
- کاویانی، ح و موسوی، ا. س (۱۳۸۷). «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی». *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶(۲): ۱۳۶-۱۴۰.
- مولوی، پ؛ میکائیلی، ن؛ رحیمی، ن و مهری، س (۱۳۹۳). «تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان - یزدخواستی، ف (۱۳۹۳).



پزشکی اردبیل، ۱۴(۴)، ۴۲۳-۴۱۲.

- Bond, F. W.; Hayes, S. C.; Baer, R. A.; Carpenter, K. C.; Guenole, N.; Orcutt, H. K.; Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance". *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- 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.
- Dinis, A.; Carvalho, S.; Gouveia, J. P. & Estanqueiro, C. (2015). "Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 63-86.
- Dennis, J. P. & Vander Wal, J. S. (2009). "The relationship between life event, stress, cognitive flexibility, coping, and depression: A longitudinal study". *Manuscript in preparation. Saint Louis University, MO.*
- Folke, F.; Parling, T. & Melin, L. (2012). "Search results for Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave". *Cog behave prac.* 2012; 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.
- Gutiérrez, O.; Luciano, C.; Rodríguez, M. & Fink, B.C. (2004). "Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain". *Behavior Therapy*, 35, 767-83.
- Hayes, S. C. (2004). "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy". *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C.; Luoma, J.B.; Bond, F.W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes". *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- 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.
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 865-878.
- Klainin-Yobas, P.; Ramirez, D.; Fernandez, Z.; Sarmiento, J.; Thanoi, W.; Ignacio, J. & Lau, Y. (2016).

“Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being among undergraduate students: A structural equation modelling approach”. *Personality and Individual Differences*, 91, 63–68.

- Orsillo, S.M. & Batten S.V. (2005). “Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder”. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129.

- Roditi, D. & Robinson, M. E. (2011). “The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain”. *Psychology Research Behavior Management*, 4, 41-9.

- Twohig, M. P. (2009). “Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study”.

*Cognitive Behavioral Practice*, 16, 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, 65-69.

- Zettle, R. D.; Rains, J. C. & Hayes, S. C. (2011). “Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989)”. *Behavior Modification*, 35, 265-283.