

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه

گلناز انصاری^۱، مهدی خوروش^۲

^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران.
^۲ گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

گلناز انصاری

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه بود. پژوهش حاضر نیمه تجربی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل زنان مراجعه کننده به مشاور مدرسه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. در این پژوهش نمونه گیری هدفمند بود که تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش مقیاس سازگاری زن و شوهر گراهام بی اسپینر (DAS (۱۹۷۶)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) بود. پس از ارزیابی مداخله، آزمون های پژوهش مجددا در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. کلیه ی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS21 در دو سطح آمار توصیفی (تعداد فراوانی میانگین و انحراف معیار کوچکتر و بزرگتر) و استنباطی (تحلیل کواریانس) تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات اضطراب در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است ($P=0/05$).

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب.

مقدمه

خانواده کوچکترین و مهمترین واحد اجتماعی است که نقش مهمی در تکوین شخصیت، رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و اخلاقی افراد، رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای آن و بهبود مشکلات خانواده دارد. این واحد اجتماعی مهم، نیازمند سرمای گذاری گسترده روانی و اجتماعی و مداخله به موقع می باشد (ورثینگتون^[۱]، ۲۰۰۸). امروزه در مقایسه با گذشته مشکلات خانواده ها رشد چشمگیری داشته است که افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق شاهد این ادعا می باشد (رزاقی، نیکی جو، مومجمازی و ظهراپی مسیحی، ۱۳۹۰). در این واحد اجتماعی زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که به نظر می رسد مهمترین مشکلات آنان در خانواده، مشکلاتی در زمینه اضطراب^[۲] و رضایت زناشویی^[۳] باشد. بنابراین یکی از درمان هایی که درمانگران را متوجه خود نموده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^[۴] میباشد. این درمان یکی از درمانهای موج سوم رفتاردرمانی است که مبتنی بر هشیاری فراگیر (ذهن آگاهی^[۵]) است (زل و همکاران^[۶]، ۲۰۰۴). در این درمان، هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش. هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون، مشغول بودن کامل با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است. همچنین، در هشیاری فراگیر سعی میشود فرد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساسهای خود، به آنها اجازه دهد تا آنگونه که هستند، بیایند و بروند. (هاریس^[۷]، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نامش را از پیام اصلی اش می گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می سازد، متعهد باش. هدف ACT کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۲). هنگامی که با گشودگی و پذیرش، ناظر تجربه های خصوصی^[۸] (افکار و احساس ها) هستیم، حتی دردناکترین آنها کمتر تهدید کننده اند و قابل تحمل تر به نظر میرسند (هاریس، ۲۰۰۶). این درمان شامل ترکیبی از استعاره، مهارت های توجه آگاهی، طیف گسترده ای از تمرینهای تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده با توجه به ارزشهای مراجع توسط درمانگر به کاربرده میشود. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر، از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برای برقراری ارتباط با تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه های مختلف که مناسب تر است، نه عملی صرفاً جهت انتخاب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته (ایراندوست، ۲۰۱۴). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان شناختی از سایر درمانهای معمول کارآمدی بیشتری دارد (وایت^[۹]، ۲۰۱۵) و در طیف گستردهای از وضعیت های بالینی نظیر افسردگی^[۱۰]، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم اشتهاپی روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی مشخص شده است (روس^[۱۱]، ۲۰۱۴). با توجه به اهمیت و حساسیت بنابراین پژوهشگر قصد آن داشته که به بررسی تاثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب بپردازد.

خانواده یکی از مهمترین نهاد های اجتماعی است. با پیمان ازدواج ارتباطی شکل میگیرد که در مقایسه با دیگر ارتباطات انسانی، امنیتی بی نظیر دارد که در دیگر ارتباطات انسانی ممکن است یک بعد از ابعاد حیات را پوشش دهد، اما در ازدواج، ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی و ذهنی نیز پوشش داده شده و رابطه ای زیستی، اقتصادی، عاطفی، روانی-اجتماعی و معنوی نیز بین زن و شوهر برقرار میشود (لوکاس^[۱۲] و همکاران، ۲۰۰۳). مسائل به وجود آمده در زندگی زناشویی با گذر زمان همچون لایه هایی بر روی هم قرار میگیرند تا جایی ادامه پیدامیکند که زن یا شوهر از زندگی زناشویی اظهار نارضایتی (کلامی و غیر کلامی) میکند. بنابراین اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی مزمن، فراگیر و غیر قابل کنترل توصیف شده است (انجمن روانشناسی آمریکا^[۱۳]، ۲۰۰۰). برخلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است (ویچن^[۱۴] و همکاران، ۱۹۹۴) و به ندرت به خودی خود بهبود یافته (یانکرز^[۱۵] و همکاران، ۱۹۹۶) و بیشتر از دیگر اختلالهای اضطرابی، به صورت مزمن باقی میماند (وودمن^[۱۶] و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین با افزایش میزان نارضایتی در ازدواج ها و اثرات سوء آن بر سلامت جسم و روان همسران، ضرورت انجام بهسازی در تعاملات زناشویی و تدوین برنامه های گوناگون جهت ارتقاء کیفیت زندگی مطرح میگردد (کاظمی و همکاران، ۲۰۱۰) چرا که خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی پیچیده است که محبت، وفاداری و تداوم عضویت از ویژگی های مهم آن است (احمدزاده، ۲۰۰۴) بسیاری از صاحب نظران علم روان شناسی اعتقاد دارند که کیفیت زندگی و رضایت از نظر مفهوم متفاوت هستند تفاوت کیفیت زندگی و رضایت در این نکته است که رضایت یکی از نتایج کیفیت است (نورانی و همکاران، ۲۰۰۹). سازمان جهانی بهداشت^[۱۷] کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می کند، تفسیر می نماید (البرزی و البرزی، ۱۳۸۵). بنابراین برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمانهای دارویی، درمانهای روان شناختی متعددی نیز در طول سالهای متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی، بر پایه ی دیدگاه های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمانها تحت عنوان درمان "رفتاری-شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیش تر بر جنبه های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان ها بر نقش باورها، شناخت ها، طرحواره ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود

امروزه با نسل سوم این نوع درمان ها مواجه هستیم که در این درمانها به جای تغییرشناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز^{۱۰۰۰۰۰}، ۲۰۱۰). درمان مبتنی برپذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه ی فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی میشوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد(هیز، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی میشود تا پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی(افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به آموزش دهنده آموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده میشود. در مرحله سوم به فرد آموخته میشود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی که فرد بر خود در ذهنش ساخته است. پنجم، روشن سازی ارزشها. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی میتواند افکار ناعدالتی در سازمان، افسردگی، هراس ها، و بیماریهای روانشناختی و جسمانی و... باشند. (مسلک^{۱۱۱۱}، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب نقص هایی در زمینه ی روابط زناشویی، تنظیم هیجانی نشان میدهند (زایدر^{۱۲۱۲} و همکاران، ۲۰۱۰) به نظر میرسد درمان هایی که این متغیرها را آماج درمانی قرار میدهند، شاید بتوانند از کارایی لازمه در کاهش نشانه های این اختلال بر خوردار باشند. در این میان، درمانهای موج سوم رفتاردرمانی این ویژگی را دارند. ایفرت^{۱۳۱۳} و همکاران(۲۰۰۹) و اسمن^{۱۴۱۴} و همکاران(۲۰۰۶) درمان مبتنی برپذیرش و تعهد را بر اضطراب تاثیرگذار دانسته اند.

از جمله رویکردهای روانشناختی دیگری که میتواند بر تعدیل اضطراب افراد موثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است درمان مبتنی برپذیرش و تعهد است و هدف اصلی این رویکرد، ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. به همین جهت انجام این پژوهش با تکنیک درمان مبتنی برپذیرش و تعهد میتواند در ارتباط با پاسخگویی به نیازهای درمانگران برای درمان افراد انجام گیرد. این تحقیق به درمانگران کمک میکند، تا بتوانند در رفع مشکلات مراجعه کنندگان بهترین روش درمانی را بکار گیرند و در کمترین زمان و بدون برگشت پذیری اختلالات روانی افراد را درمان کنند و اضطراب افراد را کاهش دهند. همچنین این درمان مبتنی برپذیرش و تعهد میتواند با افزایش پذیرش روانی و ذهنی افراد، مقابله با مشکلات را آسان کند و اهداف و ارزشهای فرد را مشخص کند و همچنین میتوان گفت براین تحقیق میتواند برای سازمانهای اجتماعی از جمله مدرسه و مراکز مشاوره و دانشگاهیان مفید بوده و با کاهش اضطراب افراد در تربیت فرزندان تاثیرگذار بوده و جامعه ای بدون تنش را رقم بزنیم و در مدرسه دانش آموزانی عاری از اضطراب و اختلال داشته باشیم. بنابراین ضرورت این پژوهش برای سازمانهای اجتماعی، مدرسه، مراکز مشاوره، دانشگاهیان و افراد میباشد. همچنین این پژوهش به افراد کمک میکند که با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی با مشکلات خود مقابله کنند و با افکار مزاحم برخورد کنند. همچنین این تحقیق به دانش آموزان کمک میکند تعارضاتشان کاهش یابد و اضطراب آنها کاهش یابد.

روش تحقیق، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر نیمه تجربی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش نمونه آماری در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و پس از انجام پیش آزمون، بر گروه آزمایش مداخله درمانی صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پی گیری گرفته شد. این پژوهش از نوع تجربی و طرح تحقیقی به صورت دوگروهی از نوع گروه آزمایشی و گروه گواه، همراه با پیش آزمون و پس آزمون بوده است. سیمای کلی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: سیمای کلی پژوهش

گروه	گروه	انتخاب	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
مادران مراجعه کننده به مشاوره مدرسه	آزمایشی	R	T1	X	T2
	کنترل	R	T1	-	T2

پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل انجام گردید که در طرح مطرح شده ۳ متغیر وابسته که شامل اضطراب بود در ابتدای پژوهش اندازه گیری شد. سپس مداخله ی درمانی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت به طوری که هیچ نوع مداخله ای بر روی گروه کنترل انجام نشد و پس از مداخله ی درمانی آزمون مجدد جهت سنجش اثر مداخله درمانی انجام شد.

جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل مادران مراجعه کننده به مشاوره مدرسه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. در این پژوهش نمونه گیری دردسترس بود که با تشخیص ابتدایی اضطراب و فرسودگی زناشویی به وسیله ی پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و وبه صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (شامل ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها

مقیاس سازگاری دو نفری (DAS) □□□□

این مقیاس توسط اسپاینر (۱۹۷۶) ساخته شده است و شامل ۳۲ سؤال است که برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از زن و شوهر، به کار می رود و قابلیت استفاده با چند هدف را دارا می باشد. این مقیاس ۴ بعد رابطه را می سنجد: رضایت، تفاهم، جاذبه و ابراز احساسات در این مقیاس نمره کل بین ۰ تا ۱۵۱ میباشد و نقطه برش برای تعیین آشفتگی زناشویی ۱۰۱ است. نمرات بالا سازگاری زناشویی بیشتر را منعکس میکند (نظری و همکاران، ۱۳۹۰). اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ برآورد شده است. روایی این مقیاس با روش روایی محتوا چک شده است و با قدرت تمییز دادن زوجهای متأهل و مطلقه در هر سؤال روایی خود را برای گروههای شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک و لاس همسنگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). این مقیاس در سال ۱۳۷۳ توسط آموزگار و حسین نژاد ترجمه، اجرا و در ایران هنجاریابی شده است (نظری و همکاران، ۱۳۹۰). زوجین مد نظر در این پژوهش، زوجین آشفته بودند یعنی زوجینی که در این مقیاس نمره زیر ۱۰۱ بدست آوردند. زیرا در این مقیاس نمرات زیر ۱۰۱ نشان دهنده آشفتگی زناشویی می باشد و هر چه نمرات حاصل به ۱۰۱ نزدیکتر شود بدین معنی است که از درجه آشفتگی زناشویی کاسته میشود. در این پژوهش آلفای کرونباخ س ۰/۸۶ به دست آمد.

جدول ۲: آلفای کرونباخ خرده مقیاس پرسشنامه (اسپاینر، ۱۹۷۶)

متغیر	آلفای کرونباخ
سازگاری زناشویی	۰/۹۶
رضایت زناشویی	۰/۹۴
جاذبه	۰/۸۱
تفاهم	۰/۹۰
ابراز احساسات	۰/۷۳

پرسشنامه اضطراب بک

یک مقیاس خود سنجی ۲۱ سؤالی است که اضطراب را میسنجد. این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ برای هر سؤال) نمره ی بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان میدهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه ی فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس های مشخص و سایر سوالات آن نشانه های خودکار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجد. بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۸). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

جدول ۳: کرونباخ پرسشنامه اضطراب

مقیاس	کرونباخ
اضطراب	۰/۹۳

شیوه ی اجرای پژوهش

ابتدا مطالعات نظری پیرامون متغیرهای تحقیق انجام شد. این پژوهش به صورت پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. در این پژوهش ۳۰ نفر بعنوان نمونه آماری با تشخیص ابتدایی به وسیله ی پرسشنامه اضطراب بک (نمره برش؛ ۳۱ افرادی که دارای نمره ی بالاتر از میانگین در پرسشنامه های اضطراب (نمره برش؛ ۳۱) بودند، انتخاب شد و افراد انتخاب شده دارای اضطراب زناشویی بودند و آنها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پس از انجام پیش آزمون، بر گروه آزمایش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ی ۲ ساعته صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون و سپس پس از ۲ ماه پی گیری گرفته شد.

ملاک ورود و خروج

- افرادی که دارای نمره ی بالاتراز میانگین در پرسشنامه های اضطراب(نمره برش ؛ ۳۱)
- یا افرادی که دارای نمره ی پایینتر از ۷۵ آشفستگی زناشوی بودند.
- یا افرادی که دارای نمره ی پایینتر از میانگین در پرسشنامه کیفیت زندگی (نمره برش؛ ۶۵) بودند.
- افراد موظف به حضور در جلسات آموزشی می شدند.
- افراد دارای اضطراب براساس آزمون اضطراب بک
- غیبت بیش از ۲ جلسه در دوره ی آموزش ملاک خروج افراد بود.
- عدم همکاری در انجام تکالی

روش تحلیل داده ها

پس از ارزیابی مداخله، آزمون های پژوهش مجددا در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا خواهد گردید. کلیه ی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS21 در دو سطح آمار توصیفی (تعداد فراوانی میانگین و انحراف معیار کوچکتر و بزرگتر) و استنباطی (روش آماری آلفا کرونباخ^{۰۰۰۰}، آزمون کلوموگراف اسمیرنوف^{۰۰۰} و آنکوا^{۰۰۰۰}) تحلیل شده است.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون ، پس آزمون مؤلفه اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴: ارائه شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه اضطراب

گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
	STD	N	M	STD	N	M
آزمایش	۵/۱۴	۱۵	۱۸/۶۶	۶/۶۷	۱۵	۲۳/۳۳
کنترل	۳/۶۹	۱۵	۲۳/۶	۴/۶۵	۱۵	۲۱/۴

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد ، میانگین مؤلفه اضطراب در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۸/۶۶ و در گروه کنترل برابر با ۲۱/۴ می باشد. در مرحله پس آزمون میانگین نمرات این مؤلفه در گروه آزمایش برابر با ۲۳/۳۳ و در گروه کنترل برابر با ۲۳/۶ می باشد این نتایج در شکل ۴ نشان داده شده است.

پیش فرض های آماری جهت کاربرد آزمون های پارامتریک

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی داده های بدست آمده، از تحلیل مانکوا استفاده گردیده است. بنابراین لازم است تا پیش فرض های مورد نیاز جهت کار برد آزمون های پارامتریک بررسی گردند.

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه های نمونه در جامعه

یکی از پیش فرض های استفاده از آزمون های پارامتریک ، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می شود توزیع نمرات در جامعه نرمال بوده و اگر در گروه های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شده، به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه های نمونه و توزیع نرمال بودن نمرات در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. (مولوی و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک^{۰۰۰۰۰} استفاده گردید. نتایج این آزمون برای فرضیه های پژوهش در جداول ۴-۶ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

گروه ها	شاپیرو-ویلک		نرمال بودن توزیع نمرات
	آماره	درجه آزادی	
آزمایش	۰/۹۴۳	۱۵	اضطراب
کنترل	۰/۹۰۱	۱۵	

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرها تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات درپیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در جامعه

اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می شود واریانس های نمرات دو گروه نمونه در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین^{□□□□□□} استفاده می شود (مولوی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج این آزمون برای فرضیه های پژوهش در جدول ۴-۷ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
اضطراب	۰/۵۵۵	۱	۲۸	۰/۴۶۳

همانگونه که در جداول ۶ مشاهده می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات دو گروه در متغیرهای اصلی پژوهش در مرحله پس آزمون تأیید می شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای مقیاس های پژوهش تأیید شد. با توجه به رعایت پیش فرض نرمال بودن و انتخاب تصادفی نمونه ها و یکسانی واریانس ها، تحلیل مانکوا برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت. قابل ذکر است بعلاوه تصادفی بودن گمارش و مقیاس فاصله متغیر وابسته، می توان از آمار پارامتریک استفاده نمود.

فرضیه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان تأثیر دارد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات مولفه اضطراب

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین جذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۹۳/۹۲۲	۱	۹۳/۹۲۲	۵/۱۶۶	۰/۰۵۱	۰/۱۶۶	۰/۶۰۹
عضویت گروهی	۲۰۶/۲۳۳	۱	۲۰۶/۲۳۳	۱۱/۳۴۳	***۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	۰/۸۹
خطا	۴۵۴/۵۵۱	۲۵	۱۸/۱۸۲	-	-	-	-

همانطوریکه در جدول ۷ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات اضطراب در پس آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس آزمون ۳۱/۲ درصد بوده است. فرضیه ی مورد نظر تأیید شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه بود که ۳۰ نفر از افراد در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند و بر گروه آزمایش درمان انجام گرفت و پس از اتمام جلسات درمانی دو گروه آزمایش و کنترل مورد مقایسه قرار گرفتند بنابراین نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته بر کاهش اضطراب زنان تاثیر گذار باشد.

این پژوهش همسو با پژوهش های ایزدی (۱۳۹۱)، دهقانی ناژوانی (۱۳۹۲)، رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، مولوی و همکاران (۱۳۹۳)، میان بندی (۱۳۹۴)، اسمن و همکاران (۲۰۰۶)، ایفرت^{□□□□} و همکاران (۲۰۰۹)، آرچ^{□□□□} و همکاران (۲۰۱۲)، النبرگ و همکاران (۲۰۱۳) می باشد. در تبیین یافته ها میتوان گفت گرچه ACT مستقیماً به نشانه ها نمی پردازد، اما وقتی بیمار برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و جنگ با افکار و احساساتش را رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده در جهت های ارزشمند زندگی حرکت کند، کاهش نشانه اضطراب خود به خود رخ می دهد. ACT با تاکید بر فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی از یک سو، و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار از سوی دیگر باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی میشود و کاهش اضطراب در فرد نمایان میگردد.

اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی مزمن، فراگیر و غیرقابل کنترل توصیف شده است (انجمن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). بر خلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است، این اختلال با آسیب معنی دار در عملکرد روانی- اجتماعی مرتبط می باشد (ویچن، ژائو، کسلر و ایتن^{□□□□}، ۱۹۹۴) و به ندرت به خودی خود بهبود یافته (یونکرز، وارشا، میشن و کلر^{□□□□□□}، ۱۹۹۶) و بیشتر از دیگر اختلال های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می ماند (وودمن، نوبز، بلاک، اسکولوسر و یاگل^{□□□□□□□□}، ۱۹۹۹).

با این که پژوهش ها نشان داده اند که رویکردهای درمانی مختلفی می توانند در درمان اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شوند، اما بحث پشتوانه تجربی داشتن، انواعی از روان درمانی ها در درمان اختلال اضطراب فراگیر، همواره با چالش هایی مواجه بوده است (روئمر، اورسیلو، سالترس^{□□□□□□}، ۲۰۰۸). بعضی از پژوهش ها کاراً بودن رفتاردرمانی شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر را به لحاظ بالینی و آماری معنی دار گزارش نکردند. منین، هیمبرگ، تورک، فریسکو و ریتز^{□□□□}، نشان دادند که نسبت بالایی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، که درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند، معیارهای بهبودی در کارکرد را نشان ندادند (منین، هیمبرگ، تورک، فریسکو و ریتز، ۲۰۰۸).

در تبیین کارا نبودن رفتاردرمانی شناختی بر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، سفران^{□□□□□□} (۱۹۹۰) بر این باور است که درمانگران شناختی- رفتاری در فرآیند درمان عمدتاً پدیده ها و متغیر های درون روانی را هدف درمان قرار می دهند، و فرایندهای بین فردی که سهم عمده ای در آسیب شناسی اختلال اضطراب فراگیر دارند، مورد غفلت قرار داده اند (سفران، ۱۹۹۰). کریتس و کریستوفر^{□□□□□□□□} (۲۰۰۲) در همین راستا معتقدند که اختلال اضطراب فراگیر را می توان یک مشکل بین فردی و نگرانی را نوعی دفاع در مقابل اضطراب های بین فردی در نظر گرفت. هم چنین بوركوک و همکاران نشان داده اند که وجود مشکلات بین فردی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مانع اثر گذاری مثبت درمان های شناختی- رفتاری می شوند (بوركوک، نیومن، پینکاس و لایتل^{□□□□□□□□}، ۲۰۰۲).

با توجه به این که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقص هایی در زمینه روابط زناشویی، تنظیم هیجانی نشان می دهند، به نظر می رسد درمان هایی که این متغیرها را آماج درمانی قرار می دهند، شاید بتوانند از کارایی لازمه در کاهش نشانه های این اختلال برخوردار باشند. در این میان، درمان های موج سوم رفتاردرمانی این ویژگی را دارند.

امروزه درمان های جدید در روانشناسی که تحت عنوان موج سوم روان درمانی از آن یاد می گردد بر نقش منابع روانشناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود. از جمله درمان هایی که در این راستا مطرح می باشد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش میباشد، یک مداخله روانشناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به کار می گیرد. هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف ACT افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه هایی است که اجتناب تجربه ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می دارد. انعطاف پذیری روانشناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر است را افزایش می دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره های آشفته ساز انجام می شود را بر فرد تحمیل نماید. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است. بر همین اساس، در پژوهش حاضر از بین درمان های موج سوم رفتاردرمانی، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، انتخاب و کارایی آن ها در درمان زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، مورد بررسی قرار گرفت.

منابع و مراجع

- [۱] البرزی، ش. و البرزی، م. ۱۳۸۵. بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز. فصلنامه روان‌شناسی. ۱۰(۳): ۳۲۱-۳۳۴.
- [۲] ثنایی ب. ۱۳۷۹. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- [۳] دهقانی ناژوانی ب. ۱۳۹۲. بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان‌نامه.
- [۴] رجبی س. یزدخواستی ف. ۱۳۹۳. اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی. ۱(۲۱): ۲۹-۳۹.
- [۵] رزاقی ن. نیکی جو م. موجمبازی آ. کراسکیان ظ. مسیحی آ. ۱۳۹۰. رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۷(۲۷): ۱۷۷-۲۶۹.
- [۶] مولوی پ، میکائیلی ن، ندا ر، مهری س. ۱۳۹۳. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۴(۴): ۴۱۲-۴۲۳.
- [۷] میان بندی س. ۱۳۹۴. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران سرطانی. پایان‌نامه. غیر دولتی - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود - دانشکده ادبیات و علوم انسانی. کارشناسی ارشد.
- [۸] نظری و محمدخانی پ. دولت شاهی ب. ۱۳۹۰. مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۶(۲۲): ۱۷۵-۱۴۹.
- [9] Ahmadzadeh E.]The relationship between marital satisfaction and mental health among high school female and male teachers working in Tehran[. Tehran: Teacher Training University; 2004.
- [10] Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. 2012. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- [11] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th ed. rev). Washington, D.C 2000.
- [12] Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(2):288-98.
- [13] Crits-Christoph P. Psychodynamic-Interpersonal Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):81-4.
- [14] Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., Langer, D. 2009. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. Volume 16, Issue 4, November 2009, Pages 368-385.
- [15] Harris R. 2006. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherap Aust*. 2006; 21(4):2-8.
- [16] Hayes SC. 2004. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 35(4): 65-639.
- [17] Irandoost F, Taher Neshatdoost H, Nadi M. 2014. [The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Anxiety associated with Pain and depression among Women whom suffers from Chronic Backache]. *J Behav Sci*. 2014;8(1):89-96.
- [18] Izadi R, Abedi M R. 2012. Acceptance & Commitment Therapy. Tehran: Jungle Publication. [Persian].
- [19] Kaviani H, Mousavi AS. 2008. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) (Persian)]. *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(2):136-40.

- [20] Kazemi P, Aghamohamadian Sherbaf HR, Modares Gharvy M, Mahram B.2010. Effectiveness of life quality improvement program of couples on mental health and marital satisfaction. *Clinical Psychology Researches and Consulting of Ferdosi University of Mashhad* 2010; 1(2): 71-86.
- [21] Lucas, R. E. 2003.Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reaction to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, 84(3), 527-539.
- [22] Maslak, J.2008. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorder in the World Health Organization Work Mental Health Surveys.*JAMA* 291(21):2581-2590.
- [23] Mennin DS, Heimberg RG, Fresco DM, Ritter MR. Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depress Anxiety*. 2008;25(4):289-99. PubMed PMID: 18412056.
- [24] Norani Sh, Joneydi E, Shakeri MT, Mokhber N. 2009.Comparison of sexual satisfaction in infertile women referring to health centers of Mashhad. *Journal of Reproduction and Infertility* 2009; 10(4): 277-269.
- [25] 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. *Int J Psychol & Psychol Ther*.2006 ; (6):397-416.
- [26] Roemer, L., & Orsillo, S. M.2002.Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- [27] Russ H.2014. An Interview with Dr. Russ Harris Concerning Acceptance and Commitment Therapy . Tehran: Psychology Services and Life Consultation Website; 2014.
- [28] Safran JD. Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical psychology review*. 1990;10(1):87-105.
- [29] Spanier, G.B. 1976 . Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.*Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- [30] White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, 2015.. Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015;4(3):203-9. DOI: 10.1016/j.jcbs.2015.06.004
- [31] Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III—R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:355-64.
- [32] Woodman CL, Noyes Jr R, Black DW, Schlosser S, Yagla SJ.1999. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease* 1999;187(1):3-9.
- [33] Worthington, E.2008. An empathy humility. Commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*, 20, 59-76.
- [34] Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB.1996.Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*.168(3):308-13.
- [35] Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. 2010.Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology* 2010;119(1):163-73.
- [36] Zettle RD, Hayes SC.2004. Brief ACT treatment of depression. In: Bond F, Dryden W. Editors. *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. West Sussex : John Wiley & sons ltd; 2004.

پی نوشت ها

- i. Worthington
- ii. Anxiety
- iii. Marital Satisfaction
- iv. Acceptance and commitment therapy
- v. mindfulness
- vi. Zettle and etal
- vii. Harris
- viii. functional contextualism
- ix. White
- x. Depression
- xi. Russ
- xii. Lucas
- xiii. Association AP
- xiv. Wittchen
- xv. Yonkers
- xvi. Woodman
- xvii. WHO
- ^{xviii}. Hayes
- xix. Maslak
- xx. Zayder
- xxi. Eifert
- xxii. Ossman
- xxiii. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
- xxiv. Cronbach's alpha
- xxv. kolmogorov smirnov test
- xxvi. ancova
- xxvii. Shapiro-Wilk
- xxviii. Levenes Test
- xxix. Eifert
- xxx. Arch
- xxxi. Wittchen, Zhao, Kessler & Eaton
- xxxii. Yonkers, Warshaw, Massion & Keller
- xxxiii. Woodman, Noyes, Black, Schlosser & Yagla
- xxxiv. Roemer, Orsillo, Salters
- xxxv. Mennin, Heimberg, Fresco, Ritter
- xxxvi. Safran
- xxxvii. Crits, & Christopher
- xxxviii. Borkovec, Newman, Pincus, Lytle