



ولی زاده، مهدی؛ منشی، غلامرضا؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۷). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۴۳-۶۰.
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.66591

اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان

مهدی ولی زاده^۱، غلامرضا منشی^۲، حسین کارشکی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان جدید الورود دانشگاه فردوسی مشهد.

روش: شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گمراهه شدند. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

یافته‌ها: در پس آزمون و پیگیری، علائم غم غربت و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است و تنظیم هیجانی دانشجویان بهبود یافت. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس غربت و اضطراب دانشجویان می‌گردد و نیز تنظیم هیجانی آنان را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: غم غربت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، تنظیم شناختی هیجانی، دانشجویان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) mvalizade65@gmail.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، (نویسنده ی مسئول) smanshaee@yahoo.com
۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اکثر ما به زادگاهمان یا محلی که آن را خانه می‌نامیم به شدت وابسته‌ایم. وقتی شما خانه را به قصد حضور در دانشگاه ترک می‌کنید، چه‌بسا درجاتی از غم غربت^۱ و دل‌تنگی را حس کرده باشید. فعالیت‌های تحصیلی و ضرورت‌های مهم زندگی، افراد را از خانه و خانواده دور کرده و به تماس با مکان‌ها، افراد و فرهنگ‌های دیگر برای مدتی کوتاه یا طولانی وا می‌دارد، پدیده‌هایی از این قبیل، مسائل و مشکلاتی را فرا می‌خواند که احساس غربت یکی از آنهاست (Van Tilburg & Vingerhoets, 2005). زندگی دانشجویی شرایطی تازه بوده که برای دانشجویان جدید ورود دلتنگی‌های خاص خود را به همراه دارد. پذیرفتن نقش‌های جدید، تقاضاهای تحصیلی، مشکلات مالی، کاهش اعتماد به نفس، احساس غربت، نقص در مهارت‌های مطالعه، کم‌جرات بودن در هنگام تعاملات اجتماعی، اضطراب و تنش زیاد، نمونه‌ای از این مشکلات می‌باشند. مجموعه‌ی این تغییرات می‌تواند با ایجاد استرس شدید در فرد، به برهم خوردن تعادل بین منابع درونی و خواسته‌های بیرونی منجر شوند و بروز پدیده‌ایی به نام احساس غربت را در پی داشته باشند (VanVliet, 2001).

غم غربت، اصطلاحی کلی است که اندوه، غمگینی، از دست دادن معنا، ترس از پیش‌بینی و احساس تنهایی را دربرمی‌گیرد. رفتن به دانشگاهی در شهر دیگر همواره معادل با تغییرات بسیاری از قبیل تنها زندگی کردن در شهر جدید، یافتن دوستانی جدید، آشنا شدن با محیط دانشگاه، سازگار شدن با موقعیت‌ها و شیوه زندگی بدون حضور والدین و دوستان قدیمی می‌باشد (Bardelle, & Lashley, 2015). احساس غربت دارای مجموعه‌ای از نشانه‌ها توصیف شده است مانند نشانه‌های بدنی مثل مشکلاتی در معده و روده؛ سردرد، بی‌اشتهایی و اختلال خواب؛ نشانه‌ای انگیزشی مانند اشتیاق بازگشت به خانه؛ نشانه‌ای شناختی شامل افکار وسواسی^۲ در مورد خانواده، ناتوانی در تمرکز بر فعالیت‌های روزانه، ارزیابی منفی از محیط جدید و افکار آرمانی در مورد محیط قبلی؛ و نشانه‌های عاطفی مشابه نشانه‌های مربوط به اختلال‌های خلقی و اضطرابی مخصوصاً احساس افسردگی؛ نشانه‌های رفتاری مانند تلاش برای حفظ تماس با خانواده، بستگان و دوستان.

علاوه بر این، احساس غربت می‌تواند موجب عزت‌نفس پایین (Hojat & Herman, 1985) اضطراب و استرس گردد (VanVliet, 2001) که به بروز مشکلات هیجانی در دانشجویان مبتلا منجر می‌شود. به همین علت، مطالعه عوامل روان‌شناختی و محیطی پیش‌بینی‌کننده احساس غربت و عوامل

1. Homesickness
2. Obsessive Thoughts

محافظت کننده‌ای که می‌توانند به کاستن از عواقب ناخوشایند آن کمک کنند، ضروری به نظر می‌رسد. به بیان دیگر احساس غربت عبارت است از وضعیت پیچیده‌ی شناختی، انگیزشی و هیجانی خاصی که با اشتغالات ذهنی فراوان در مورد محیط قبلی همراه می‌شود (Benn, Harvey, Gilbert & Irons, 2005). این پدیده معمولاً یک واکنش طبیعی در برابر محیط جدید و در عین حال پدیده‌ی بالقوه تضعیف کننده است که افراد همه فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Van Tilburg, Vingerhoets & van Heck, 1996). گزارش‌های متعدد نشان دادند حدود ۶۵ درصد دانشجویان غیر بومی دچار احساس غربت می‌شوند (Van Tilburg & et al, 1996)، که از این عده ۷ تا ۱۰ درصد به انواع شدیدی از احساس غربت مبتلا می‌گردند (Eurelings-Bontekoe, Brouwers, Verschuur, & Duijsens, 1998). تحقیقات متفاوتی بروز این پدیده را در جمعیت دانشجویانی که به منظور ادامه تحصیل دیار خود را ترک گفته‌اند، گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش، متغیرهای وابسته‌ای که مورد نظر هستند شامل اضطراب و تنظیم شناختی-هیجانی می‌باشند که بر اساس پیشینه پژوهش‌هایی که در زمینه غم غربت انجام شده است انتخاب شده‌اند تا تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آنها مورد سنجش قرار گیرد. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که اگر مداخله‌ای ترکیب عناصر بالا را داشته باشد می‌تواند از شدت احساس دل‌تنگی و غم غربت بکاهد و احساس اضطراب آن را کاهش دهد (Cao, Zhu, & Meng, 2016, Calaguas, 2014, Thurber & Walton, 2007, Thurber, 2005 & Tognoli, 2003). در ادامه به نتایج چند نمونه از این پژوهش‌ها اشاره می‌شود:

نتایج پژوهش بینفت و پسمور (Binfet & Passmore, 2016) نشان می‌دهد که افرادی که برنامه درمانی غم غربت را دریافت کرده بودند، بعد از هشت هفته نسبت به افرادی که درمانی را دریافت نکرده بودند، رضایتمندی بیشتری را گزارش کردند و آنهایی که وارد برنامه درمان شده بودند نسبت به گروه کنترل رابطه‌ی بیشتری با محوطه دانشگاه داشته و در متغیر غم غربت کاهش معناداری را نشان دادند. همچنین اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبوت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015) پیشنهاد دادند با بکارگرفتن راهبردهای بهبود دهنده‌ی عزت‌نفس می‌توان احتمال بروز غم غربت را کاهش داد. همچنین کالاکاس (Calaguas, 2014) در پژوهش خود، ۴۱۶ دانشجو را مورد مطالعه قرار داد. وی با بیان اینکه تجربه احساس دل‌تنگی در میان دانشجویان جدیدالورود باید جدی گرفته شود پیشنهاد داد که فکر کردن درباره جنبه‌های مثبت باعث ایجاد احساس بهتر در دانشجو شده که این خود یکی از راهبردهای درمانی است که

توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007) کرده بودند. او در ادامه تصریح کرد که مداخلاتی که در قالب بهبود فعالیت‌ها و مهارت‌های اجتماعی برای دانشجویان جدیدالورود انجام می‌شود، می‌تواند برای کاهش تجربه غم غربت کمک موثری باشد.

همچنین نتایج پژوهش سوینس و گیزیر (Sevins & Gizir, 2014) در مورد دانشجویان سال اولی نشان داد که سازگاری اجتماعی تحت تأثیر میزان روابط دوستانه و مشارکت در فعالیت‌های سرگرم‌کننده و مدیریت اوقات فراغت است. علاوه بر این، عوامل فردی مانند کمرویی، ترس از شکست، عدم رضایت، تنهایی و غم غربت هم در این مساله دخیلند. همچنین توربر و والتون در پژوهش‌های متعدد خود حول محور احساس دل‌تنگی و غم غربت به شواهدی دست یافتند که بیان‌گر این حقیقت بود که آموزش‌های درست باعث می‌شود فرد احساس کنترل بیشتری نسبت به موقعیت جدید حس کند. با آموزش مناسب عزت‌نفس فرد بالا رفته و در هنگام بروز علائم دل‌تنگی (که طی روند آموزش و درمان با آن‌ها به‌طور کامل آشنا شده است)، حمایت اجتماعی لازم را خواست و دریافت کند. فردی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده باشد، توانایی بیشتری در مدیریت احساسات و هیجانات خود دارد و به بیان علمی‌تر راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری را به خدمت می‌گیرد تا با هیجانات و شرایط جدید به وجود آمده کنار بیاید. آموزش و درمان به موقع احساس دل‌تنگی و غم غربت سبب می‌شود فرد علائم را زود شناسایی کرده و آن‌ها را با استفاده از راهبردهای مناسب در کوتاه‌ترین زمان ممکن فرونشاند و این خود به بهبود عملکرد فرد منجر می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر، علائم مانع از انجام تکالیف اصلی که فرد به‌خاطر آن تن به جابه‌جایی و دوری از خانه داده است، نخواهد شد (Thurber & Walthon, 2007., 2012). در پژوهشی دیگر که تربر و والتون بر روی کودکان و نوجوانان و همچنین دانشجویانی که به دور از خانواده مشغول تحصیل بودند انجام دادند، دریافتند که احساس غربت با اضطراب و افسردگی و به‌طور کلی با روان‌رنجوری رابطه‌ی معناداری دارد، همچنین دل‌بستگی نایمن به والدین و داشتن شخصیت وابسته نیز با احساس غربت رابطه‌ی معنادار دارد (Thurber & Walthon, 2012).

همانطور که پژوهش‌ها نشان دادند یکی از مشکلاتی که در افراد مبتلا به احساس غربت به وفور دیده می‌شود احساس اضطراب به دلیل دوری از خانه و خانواده است. احساس غربت می‌تواند به کمبود روابط اطمینان‌بخش و احساس تنهایی منجر شود و زمینه‌ساز احتمال بروز اضطراب، افسردگی، مصرف مواد و الکل و حتی خودکشی باشد (Tabe Bordbar, Rasoolzadeh, Fallah & Samani, 2009).

همچنین گفته شد که بین غم غربت و اضطراب ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و عوامل سبب‌ساز مشترکی دارند. همه انسانها اضطراب را در زندگی خود تجربه می‌کنند و طبیعی است که مردم هنگام مواجهه

با موقعیت های تهدید کننده و تنش زا مضطرب می شوند، اما احساس اضطراب شدید و مزمن در غیاب علت واضح، امری غیرعادی است. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. منظور از اضطراب هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با کلماتی مانند نگرانی، تشویش، تنش، و ترس توصیف می شود؛ احساساتی که همه با شدت های مختلف آن را تجربه می کنند (Sadook, 2007).

به طور کلی اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند حس جسمی مانند احساس خالی شدن سردل، تنگی قفسه سینه، طیش قلب، تعریق، سردرد و... همراه است. اضطراب نوعی احساس نگرانی است که انسان را برای مقابله با یک حادثه و خطر تجهیز می کند و ریشه و علل آن مبهم است و به شکل یک بحران حاد غالباً چند دقیقه طول می کشد، اما موارد افراطی آن چندین ساعت ادامه دارد. نگرانی فکری و اضطراب در واقع جزئی از زندگی است که وجود اندکی از آن به تمرکز و انگیزه کمک می کند اما اضطراب زیاد از حد باعث احساسی از ناامیدی به همراه گیجی می شود (Sadook & Sadook, 2007). در همین راستا قنبری، حبیبی و شمس الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) در پژوهش خود نشان دادند با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی می توان تنش ها و اضطراب را کاهش داد. افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و تنش ناشی از احساس غربت را کاهش می دهند. با توجه به اینکه احساس غربت اغلب به عنوان افسردگی و اکنشی به ترک خانه در نظر گرفته می شود، لذا به طور منطقی می توان انتظار داشت بازسازی شناختی که افسردگی را کاهش می دهد در بهبود احساس غربت نیز مؤثر واقع شود.

اسکنتیزر، آندریز و لبر (Scantizer, Aneris & Leber, 2007) در بررسی های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی-اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار موثر می باشد (Anvari & etal, 2014). دوناس (Duenas, 2016) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نوجوانان با مشکلات تنظیم هیجانی پرداخت و به این نتیجه دست یافت که این درمان باعث بهبود قابل توجهی در مشکلات تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی و عملکرد کلی روزانه و کاهش اجتناب و افکار و هیجاناناکارآمد و افزایش سطح فعالیت رفتاری نوجوانان شده است. هیجان ها همواره مورد توجه کامل انسان بوده اند؛ زیرا در هر تلاش و در هر اقدام مهم بشری، هیجانان به طریقی دخالت دارند. در واقع، هر یک از هیجان های آدمی، نوعی تمایل و انگیزه ی آنی برای عمل و طرحی ضروری برای اداره زندگی که تکامل در درون انسان جایگزین کرده، هستند. هیجان یک حالت روان شناختی و

فیزیولوژیک است که با دامنه وسیعی از احساسات، افکار و رفتارها همراه است. به تعریف دیگر، هیجان، حالت پیچیده احساسی که دارای اجزای روانی، جسمی و رفتاری است (Sadook & Sadook, 2007).
تنظیم شناختی هیجان به شیوه‌های شناختی مدیریت آگاهانه ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001) و می‌تواند به عنوان جزئی از نظریه وسیع‌تر تنظیم هیجان باشد که بدین صورت تعریف می‌گردد: «کلیه فرایندهای درونی و بیرونی مسئول برای کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی خصوصا در موقعیت‌های فشرده و موقتی» (Garnefsky & Kraaij, 2006). سال‌ها تحقیق نشان داده است که تنظیم هیجان از طریق شناخت و افکار به طور لاینفکی با زندگی انسان‌ها مرتبط است و به افراد کمک می‌کند تا بر هیجان‌اتشان در طی و یا بعد از تجربه وقایع تهدیدکننده و اضطراب‌آور کنترل داشته باشند (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001., Garnefsky & Van den kummer, 2002).

تنظیم شناختی هیجان به معنای فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او برعهده دارد. دشواری در تنظیم هیجان‌ات، اغلب به عنوان مولفه‌ای اساسی در بسیاری از اختلالات رفتاری مطرح می‌شود. از طرفی عدم کنترل هیجانی به شرایطی اشاره دارد که در آن، پاسخ‌های هیجانی افراد اغلب خارج از کنترل آن‌هاست. توانایی برای تنظیم و کنترل هیجان بدین معناست که فرد قادر به انتخاب افکار، احساسات و رفتارهایی باشد که در طولانی مدت به نفع اوست و به عنوان ابزاری برای فهمیدن این است که چگونه فرد می‌تواند توجه و فعالیت خود را سازمان دهد؛ و اعمال راهبردی و مصرانه را برای غلبه بر موانع و حل کردن مسائل به دست آورد. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ات می‌تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی چون افسردگی و اضطراب و فشار روانی آسیب‌پذیر سازد. در انتها می‌توان گفت، تنظیم شناختی هیجان به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Garnefsky & Kraaij, 2006).

در راستای مبانی ذکر شده و با توجه به شمار اندک پژوهش‌های انجام شده در زمینه غم غربت و این که امروزه ورود به دانشگاه برای کثیری از جوانان حائز اهمیت است، بنابراین، مسئله نقل مکان از زادگاه و عواقب روان شناختی آن نیازمند توجه و بررسی می‌باشد. لذا پرداختن به غم غربت و شناسایی درمان‌های اثربخش بر کاهش آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای درمان مشکلات روانشناختی درمان‌های روانشناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. امروزه درمانگران با نسل سوم این نوع درمان

ها مواجه اند و آنها را می توان تحت مدل های مبتنی بر پذیرش^۱، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، درمان فراشناختی^۳ و درمان پذیرش و تعهد^۴ برشمرد (Hayes & Strosahl, 2010).

در این نوع درمان ها تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد (Roditi & Robinson, 2011). مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تاکید می کنند. در درمان های مبتنی بر پذیرش با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. درمان های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان ها بر تغییر مراجع نسبت به تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید دارد. پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خود آیند کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم هیجانات و رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (Romer & Orsillo, 2005).

لی، آسپلوند و اندرسون (Ly, Asplund & Andersson, 2014) در پژوهشی به ارزیابی کارآمدی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به وسیله اسمارت فون در مدیران میانی شهر استکهلم پرداختند. در نهایت نتایج نشان داد که افراد گروه آزمون پس از دریافت برنامه آموزشی درمانی کاهش معنادار استرس شغلی و افزایش سلامت روان عمومی و انعطاف پذیری روان شناختی، افزایش توان بودن در اینجا و اکنون و تطبیق دادن رفتار با ارزش های شخصی را به طور معنادار نشان دادند.

نتایج پژوهش بابوت (Babutt, 2011) نیز نشان می دهد که بطور کلی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند فشار روانی را کاهش دهد (به نقل از Anvari, 2014). همچنین هیوبرت در پژوهش خود، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار داد. وی در این پژوهش بیان میکند که مداخله گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب

1. Acceptance based Models
2. Based Cognitive Therapy Mindfulness
3. Meta-Cognitive
4. Acceptance and Commitment Therapy

رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و نشانه‌های ویژه‌ی اختلال شخصیت مرزی و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس داشته است (Hubert, 2011).

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم احساس غربت و اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان دارای احساس غربت موثر می‌باشد. با این وجود تاکنون تحقیقی در داخل کشور انجام نشده است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد.

روش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی علاوه بر بررسی پیش فرض‌های لازم (نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، همگنی شیب رگرسیون، همراه با بررسی پیش فرض استقلال) برای بررسی داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل می‌دهد. علی‌رغم این که برای پژوهش‌های آزمایشی یا شبه‌آزمایشی مانند پژوهش حاضر نمونه ۸ تا ۱۰ نفری برای هر گروه پیشنهاد شده است، با این حال به دلیل احتمال کناره‌گیری برخی از اعضای نمونه و افت تعداد نهایی، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که بر روی آن هیچ گونه درمانی اجرا نشد و در لیست انتظار برای درمان قرار داده شدند و یک گروه نیز به عنوان گروه آزمایش که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آن اجرا شد. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (دانشجوی سال اولی، عدم سابقه روانپزشکی، عدم استفاده از داروی ضد روانپزشکی و نمره بالا در آزمون غم غربت) از بین افراد جامعه آماری انتخاب شد. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین در این مطالعه از شیوه نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد.

در گروه کنترل، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۶۶ درصد)

دارای تحصیلات لیسانس، ۴ نفر (معادل با ۲۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. در گروه درمانی اکت، ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۸ نفر (معادل با ۵۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۵ نفر (معادل با ۳۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲۳/۲۵ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۲۵/۱۵ سال بود.

ابزارها

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر ویرایش دوم (STAI-Y): پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر فرم تجدید نظر شده‌ی STAI (۱۹۷۰) است که در سال ۱۹۸۳ توسط اسپیلبرگر به منظور سنجش اضطراب تهیه شده است. پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر از ۴۰ سوال تشکیل شده که ۲۰ سوال اول حالت اضطراب و ۲۰ سوال دوم صفت اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش مهram (۱۳۷۳) برای محاسبه‌ی پایایی مقیاس اضطراب آشکار از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی به دست آمده ۰/۹۱ بود. جهت محاسبه‌ی پایایی در مقیاس اضطراب پنهان (صفت) از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای ۶۰۰ نفر گروه هنجار پایایی به دست آمده ۰/۹۰ بود. پژوهش‌های انجام شده نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب این ابزار است. پناهی شهری (Panahi Shahri, 1993) ضریب آلفا برای مقیاس حالت اضطراب و صفت اضطراب را ۰/۹۰ محاسبه کرده‌اند که ضریب بالایی است. اعتبار این پرسشنامه در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است.

ب) پرسشنامه تنظیم هیجان: گارنفسکی و همکاران (Garnefsky & etal, 2001) با تمرکز بر راهبردهای شناختی هیجان در مواجهه با حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی « پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان » را ساختند. آنها این پرسشنامه را براساس یک رویکرد نظریه محور با استفاده از راهبردهای مقابله شناختی موجود، تغییر راهبردهای مقابله غیر شناختی به شناختی و اضافه کردن راهبردهای جدید تهیه کردند. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه در مقیاس ۵ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب نه مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس آن یک فرآیند مقابله شناختی را می‌سنجد. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست

آوردند (Garnefsky & etal, 2001). پایایی این آزمون در ایران، مورد تایید قرار گرفته است و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس ما بین ۰/۶۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است (Abdi, 2007). همچنین، در تحقیق گارانفسکی و همکاران پایایی کل راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است.

پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۵ و برای راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان ۰/۷۵ به دست آمده است (Firoozi, 2012). خرده مقیاس های تنظیم هیجانی مثبت در این پرسشنامه شامل پذیرش، بازتمرکز مثبت، باز ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی و رسیدن به یک دورنما است. همچنین خرده مقیاس های تنظیم هیجانی منفی شامل مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، فاجعه سازی و نشخوار فکری است.

ج) پرسشنامه احساس غربت: ابزاری ۴۵ گویه ای و حاوی ۵ عامل دلتنگی برای خانواده، میل برگشت به زادگاه، سازگاری، احساس تنهایی و دلتنگی برای افراد و محیط آشنا است. نمره گذاری سوالات بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت می باشد. بدین ترتیب که آزمودنی با انتخاب هر یک از گزینه های هر گز، کمی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره کسب می کند. ضریب الفای کرونباخ برای هر یک از عوامل بالا به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۶۹ به دست آمده است که همگی نمایانگر همسانی درونی بالای آن است.

این پرسشنامه ۳ سوال تکمیلی نیز دارد که دو سوال نخست فراوانی تجربه احساس غربت را در موقعیت کنونی و در گذشته و سوال آخر شدت احساس غربت را می سنجد (Ejeyi, dehghani, Ganjavi, & Khodapanahi, 2006., VanVliet, 2001).

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص برنامه ی مداخله توضیحاتی به گروه آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه ای داشته باشند، سپس پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنترل نیز خواسته شد به پرسشنامه ها پاسخ دهند. درمان پذیرش و تعهد طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

در ساختار ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل اجرایی هیز، استروسال، بونتینگ، توهیگ و ویلسون (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2010) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چارچوب و ساختار کلی جلسات

| جلسات | محتوا |
|-------|--|
| اول | آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه‌ی درمانی و سنجش کلی |
| دوم | درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مساله است نه راه حل |
| سوم | شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع |
| چهارم | بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه |
| پنجم | بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره |
| ششم | توضیح مفاهیم نقش و زمینه و مشاهده‌ی خویشتن به عنوان یک بشتر |
| هفتم | تاکید بر زمان حال |
| هشتم | آموزش تعهد، داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و جمع‌بندی |

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی بر روی دانشجویان عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه می‌گردد. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌های بالا را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی

| گروه | متغیر | تعداد | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|--------|--------------|-------|-----------|---------|----------|---------|--------|---------|
| | | | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین |
| - | - | - | معیار | معیار | معیار | معیار | معیار | معیار |
| آزمایش | غم غربت | ۱۵ | ۵/۴۸ | ۱۳۲/۸۶ | ۲/۱۳ | ۷۳/۸۶ | ۲/۱۳ | ۱۰۵/۸۸ |
| گواه | غم غربت | ۱۵ | ۶/۷۴ | ۱۴۱/۲۰ | ۴/۱۳ | ۱۳۹/۹۳ | ۴/۱۳ | ۱۳۸/۸۶ |
| آزمایش | اضطراب | ۱۵ | ۴/۱۸ | ۶۱/۸۶ | ۳/۹۸ | ۳۳/۸۰ | ۳/۹۸ | ۴۳/۳ |
| گواه | اضطراب | ۱۵ | ۴/۷۷ | ۶۳/۲۶ | ۳/۵۴ | ۶۶/۸۶ | ۳/۵۴ | ۶۶/۲۶ |
| آزمایش | تنظیم هیجانی | ۱۵ | ۸/۲۶ | ۶۲/۲۰ | ۶/۰۶ | ۸۲/۶۶ | ۶/۰۶ | ۸۴/۵۳ |
| گواه | تنظیم هیجانی | ۱۵ | ۷/۲۷ | ۶۴/۶۰ | ۷/۶۲ | ۶۱/۳۳ | ۷/۶۲ | ۵۷/۹۳ |

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های غم غربت و اضطراب اعضای گروه آزمایش، در

مرحله پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است و میانگین نمرات تنظیم هیجانی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های متغیرها و مفروضه تعامل پیش از آزمون و گروه مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

| متغیر | Z اسمیرنوف | سطح معناداری |
|--------------|------------|--------------|
| غم غربت | ۰/۷۸۲ | ۰/۵۷۴ |
| اضطراب | ۰/۸۳۶ | ۰/۵۰۳ |
| تنظیم هیجانی | ۰/۷۱۰ | ۰/۶۹۵ |

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه‌های متغیرهای مورد مطالعه دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

| متغیر | آماره لوین | سطح معناداری |
|--------------|------------|--------------|
| غم غربت | ۰/۶۶۰ | ۰/۵۲۲ |
| اضطراب | ۰/۶۹۴ | ۰/۵۰۵ |
| تنظیم هیجانی | ۰/۹۲۶ | ۰/۴۰۴ |

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر قابل اجراست.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای غم غربت،

اضطراب، تنظیم هیجانی

| اثر | شاخص آماری | مقدار | F | درجه آزادی | معناداری |
|------------------------------------|-------------------|---------|---------|------------|----------|
| زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) | اثر پیلای | ۰/۹۹۳ | ۳۵۵/۶۰۲ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | لامبدای ویلکس | ۰/۰۰۷ | ۳۵۵/۶۰۲ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر هتلینگ | ۱۳۷/۶۵۲ | ۳۵۵/۶۰۲ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۱۳۷/۶۵۲ | ۳۵۵/۶۰۲ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| گروه (اکت، کنترل) | اثر پیلای | ۱/۷۱۴ | ۳۷/۸۸۰ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | لامبدای ویلکس | ۰/۰۰۷ | ۶۵/۶۴۰ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر هتلینگ | ۳۶/۸۴۵ | ۱۱۰/۵۳۶ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۳۳/۹۶۸ | ۲۱۵/۱۳۰ | ۶ | ۰/۰۰۱ |
| تعامل زمان×گروه | اثر پیلای | ۱/۸۹۴ | ۴۷/۷۷۷ | ۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| | لامبدای ویلکس | ۰/۰۰۱ | ۶۶/۲۹۲ | ۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر هتلینگ | ۷۳/۱۵۵ | ۹۱/۴۴۳ | ۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۶۳/۰۵۸ | ۱۶۸/۱۵۵ | ۱۲ | ۰/۰۰۱ |

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عامل زمان معنادار است. به این معنی که تفاوت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. همچنین، عامل گروه نیز معنادار است. به این معنی که تفاوت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. در نهایت تعامل زمان با عضویت گروهی نیز معنادار است. به این معنی که متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی بر حسب عضویت گروهی (پذیرش و تعهد) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم

هیجانی دانشجویان می‌گردد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بینفت و پسمور (Binfet & Passmore, 2016)، کاو، ژو و منگ (Cao, Zhu, & Meng, 2016)، اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015)، کالاکاس (Calaguas, 2014)، سوینس و گزیر (Sevins & Gizir, 2014)، توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007)، توگنولی (Tognoli, 2003)، قنبری، حبیبی و شمس‌الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) و تابع بردبار، رسول زاده طباطبائی، آزاد فلاح و سامانی (Tabe bordbar, Rasoolzade tabatabaei & Azade fallah, 2009) که به تأثیرات مثبت روان‌درمانی‌ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و بهبود هیجانات اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به وسیله‌ی تکنیک‌های شناختی از قبیل، ارزشمند زیستن، تعهد و پابندی، ناامیدی‌سازنده، استفاده از تمثیل، ناهم‌آمیزی شناختی، استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی و روشن‌سازی ارزش‌ها و راهبردهای هیجانی از قبیل بودن در زمان حال، ارتقای پذیرش فعال، تمرین‌های رویارویی، مراقبه و تن‌آرامی، استفاده از تمثیل و تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌توان اضطراب و احساس غربت را کاهش و تنظیم هیجانی افزایش داد. درمانگر با استفاده از مفاهیم مربوط به پابندی/تعهد به فرد می‌آموزد پای‌بندی در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است، نه فقط قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن. پای‌بندی همچنین ممکن است تعیین‌فعالیت‌هایی برای دستیابی به هدف‌های فرد باشد. در پی این برنامه‌ریزی، فرد اغلب به استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی، به هنگام مواجهه با موانع شناختی و هیجانی، پای‌بند می‌شود. بعد از اینکه ارزش‌ها تصریح شدند زمان کمک به شرکت‌کنندگان برای جابجایی تمرکز روی پرداختن به رفتارهای جدید آموخته شده می‌باشد. شرکت‌کنندگان برای افزایش میلشان در سرتاسر درمان تعهداتی داده‌اند و حالا تعهد باید بر درگیری بر روی این فعالیت‌های ارزشمند متمرکز شود (Mc key & et al, 2014).

در ادامه، درمانگر با استفاده از تکنیک‌های ناامیدی‌سازنده با آشکار کردن آن طبقه از رفتارهایی که در خزانه‌ی رفتاری شرکت‌کنندگان است و همگی در جهت‌گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می‌کند، درمانگر به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا همه‌ی کارهای مختلفی که برای کاهش یا اجتناب از اضطراب انجام می‌دهند را کشف کنند و اثربخشی این راهبردها را ارزیابی کنند. آنچه درمانگر و مراجع به دنبال آن هستند روش‌هایی است که در درازمدت موثر می‌باشد (Twohig, Hayes & Masuda, 2006).

همچنین درمانگر در تمامی جلسات درمان، بسته به موضوع مطرح شده تمثیل های مرتبط با موضوع را برای شفاف سازی تکنیک ها و تکالیف ارائه شده استفاده می کرد.

همچنین برای کاهش افکار اضطرابی از تمرین فرونشانی فکر استفاده شد: این تمرین خاصه برای درمانجویانی مفید است که با نشخوار فکری یا شناخت واره های مزاحم دست و پنجه نرم می کنند. در تمرین مزبور از درمانجویان خواسته می شود چشمان خود را ببندند و با جدیت تمام سعی کنند به موضوع مشخصی فکر نکنند (برای مثال، به موز فکر نکن). درمانگر در حین تمرین با بیان مواردی از این دست، وارد کارزار می شود: به پوست زرد موز فکر نکن؛ به نحوه ای که داری موز رو پوست می کنی فکر نکن؛ مخصوصا به خوردن موز فکر نکن؛ و جز اینها. تمرین فرونشانی فکر به روشن شدن این مطلب کمک می کند که تلاش برای فکر نکردن به موضوعی خاص به ندرت با موفقیت همراه است. همچنین درمانگر با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی سعی در کاهش احساسات اضطرابی شرکت کنندگان و کاهش نشخوار فکری که منجر به احساسات افسرده وار در شرکت کنندگان می شود داشت. دستورالعمل تمرین های ذهن آگاهی بدین شرح است که به درمانجو تنقلات داده می شود (کشمش، پاستیل، شکلات و...) و از او خواسته می شود قبل از خوردن، توجه متمرکز و کنجکاوانه ای را بر تمام ویژگیهایش (شکل، اندازه، رنگ، جنس، بو و احساس ناشی از آن) معطوف کند. نحوه خوردن نیز باید آهسته و همراه با آگاهی تمام عیار از حس های ناشی از جویدن، چشیدن و بلعیدن باشد. تمریناتی از این دست را می توان به راحتی در قالب تکالیف خانگی نیز به اجرا درآورد. برای مثال مسواک زدن با آگاهی طی هفته آینده (Doosti, Gholami & Torabian, 2016).

به طور کلی در مورد استنتاج یافته ها، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان می گردد. بنابراین نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش های گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان و متعاقبا بهبود عملکرد دانشجویان در دانشگاه حمایت می کند.

قدردانی

در پایان پژوهش بر خود لازم می دانیم از زحمات کارکنان دانشگاه فردوسی قدردانی کنیم. این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دکتری اینجانب مهدی ولی زاده می باشد و هیچگونه حمایت مالی سازمانی نشده است و با هزینه شخصی بوده است.

References

- Abdi, S., Babapoor, K., Fathi, H. (2010). Relationship between models of cognitive emotional regulation and general health in students, *Journal of AJA mums*, 8(4), 258-264. (In Persian)
- Bardelle, C., & Lashley, C. (2015). Pining for home: Studying crew homesickness aboard a cruise liner. *Research in Hospitality Management*, 5(2), 207-214.
- Benn, L., Harvey, J. E., Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38, 1813-1822.
- Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment & Human Development*, 7(2), 171-85.
- Binfet, J. T., & Passmore, H. A. (2016). Hounds and Homesickness: The Effects of an Animal-assisted Therapeutic Intervention for First-Year University Students. *Anthrozoös*, 29(3), 441-454.
- Calaguas, G. M. (2014). Cypriot Journal of Educational Sciences. *Sciences*, 9(4), 270-279.
- Cao, C., Zhu, D. C., & Meng, Q. (2016). An exploratory study of inter-relationships of acculturative stressors among Chinese students from six European Union (EU) countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 55, 8-19.
- Doosti, P., Gholami, S., Torabian, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of aggression in internet addicted student. *Journal of Health and Care*, 18(1), 63-72. (In Persian)
- Duenas, J. A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Difficulties with Emotion Regulation: An Open Trial. *Western Michigan University*, 2016.
- Ejei, J., Dehghani, M., Ganjavi, A., Khadapanahi, M. (2010). Validation of homesickness questionnaire in students. *Journal of Behavioral science*, 2(1), 1-12. (In Persian)
- Eurelings-Bontekoe, E., Brouwers, E., Verschuur, M., & Duijsens, I. (1998). DSM-III-R and ICD-10 personality disorder features among women experiencing two types of self-reported homesickness: An exploratory study. *British Journal of Psychology*, 89, 405-416.
- Firoozi, A. (2012). Relation between body image concern, attachment style and emotion regulation with symptoms of eating disorder in students of Jondishapoor University, *thesis for M.A degree, Chamran University, Ahvaz, Iran. (In Persian)*
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Ghanbari, N., Habibi, M., Shamseddini, S. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral stress management on improving of psychological, emotional and sociological well being in students with homesickness. *Journal of Clinical Psychology*, 1(17), 47-56. (In Persian)

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). New York, NY: Springer ScienceBusiness Media.
- Hojat, M., & Herman, M. (1985). Adjustment and psychosocial problems of Iranian and Filipino physicians in the U.S. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 130-136.
- Hulbert-Williams, N.J., Storey, L. & Wilson, K.G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care, 2015; 24(1):15-27*.
- Ly, K. H., Asplund, K., & Anderson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions, 1*, 95-101.
- Mc key. M., Fining. P., Liyof. A., Skin. M. (2015). *Get ride of interpersonal problems: Acceptance and commitment therapy*. Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Mokhtari. D. M. (2014). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving of thought-action intersection and improve of quality life in women with OCD, *Thesis for M.A degree, Ferdowsi university of Mashhad*, Mashhad, Iran. (In Persian)
- Panahi shahri. M. (1993). Elementary study of validity and reliability of inventory of STAI, *Thesis for M.A degree, Tarbiat Modarress University*, Tehran, Iran. (In Persian)
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage, 4*:41-9.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol, 76(6):1083-1089*.
- Sadook, B., & Sadook. J. (2009). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry, (Poorafkari)*. Tenth edition, Tehran: Shahrab. (In Persian)
- Sevinc, S., & Gizil, C. A. (2014). Factors Negatively Affecting University Adjustment from the Views of First-Year University Students: The Case of Mersin University. *Educational Sciences: Theory & Practice, 14(14)*, 1301-1308.
- Smith, B., Hanrahan, S., Anderson, R. & Abbott, A., (2015). Predicting Homesickness in Residential Athletes, *Journal of Clinical Sport Psychology, 9*, 138 -155.
- Tabe bordbar. F., Rasoolzade tabatabaei. K., Azade fallah. P., Samani. S. (2009). The effectiveness of assertiveness training on homesickness in girl students. *Journal of Mazandaran University, 19(73)*, 28-33. (In Persian)
- Thurber, C. A. (2005). Multimodal homesickness prevention in boys spending 2 weeks at a residential summer camp. *Journal of consulting and clinical psychology, 73(3)*, 555.
- Thurber, C. A., & Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Pediatrics, 119(1)*, 192-201.
- Thurber, C. A., & Walton, E. A. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health, 60(5)*, 415-419.
- Tognoli, J. (2003). Leaving home: Homesickness, place attachment, and transition among residential college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 18(1)*, 35-48.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther, 37(1)*: 3-13.

- Van Tilburg, M., & Vingerhoets, A. (Eds.). (2005). Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress. *Amsterdam University Press*.
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, Ad., & van Heck, G. L. Homesickness: A Review of the *Literature Psychological Medicine*, 1996; 26: 899-912.
- VanVliet, T. (2001). Homesickness: Antecedents, consequences, and mediating processes. Wageningen, *The Netherlands: Ponsens & Looijen*.

