

## اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خود توانمندسازی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز

عزت اله احمدی<sup>۱</sup>، فاطمه فتح الهی مرند<sup>۲\*</sup>

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، مرند، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۱۴۴-۱۳۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خود توانمندسازی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز صورت گرفته است. روش پژوهش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمام زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه خود توانمندسازی فلنر و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن (کفایت شناختی، کفایت رفتاری، کفایت هیجانی و کفایت انگیزشی) تأثیر دارد. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله مؤثری در افزایش خود توانمندسازی زنان است. **کلیدواژه:** آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، خود توانمندسازی، کفایت شناختی، کفایت رفتاری، کفایت هیجانی و کفایت انگیزشی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

## مقدمه

توجه روزافزون به موضوع‌های بهداشت و خود توانمندسازی در هیچ‌جا محسوس‌تر و چشم‌گیرتر از متون مربوط به نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان نیست (مالتی و پرِن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). توجه بیشتر به مسائل مربوط به بهداشت روانی و انطباق‌سازنده برای این جمعیت در حال رشد، به اعتبار این برداشت منجر شده که اکتساب یا فراگیری مهارت‌ها و کفایت‌های متناسب با سن نه تنها برای انطباق موفقیت‌آمیز در خلال مرحله کنونی رشد کودک و نوجوان، بلکه به‌عنوان مبنایی ضروری جهت ارتقای توانمندی‌های فردی-اجتماعی که برای سیر موفقیت‌آمیز مراحل بعدی رشد الزامی هستند، از اهمیت اساسی برخوردار است (پاراحمدیان، ۱۳۹۱). نقص در خود توانمندسازی، نقشی عمده در سبب‌شناسی مسائل افراد داشته و سبب می‌شود که تا حد بالایی نسبت به فشارهای بیرونی (محیط اجتماعی) و درونی (تعارض‌های شناختی) آسیب‌پذیر شوند و مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری را برای آنان پدید آورد. ۳ تا ۱۲ درصد از افراد دچار اختلالات روانی و رفتاری شدید می‌شوند که به شکل‌های مختلفی نظیر افسردگی، انواع ترس‌های مرضی، پرخاشگری، خشونت، فراز از مدرسه، خودکشی، کشیدن سیگار و مصرف مواد و اضطراب بروز می‌نمایند (سگرین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). خود توانمندسازی شامل مجموعه مهارت‌هایی است که اکتساب آن‌ها سبب ارتقای آگاهی اجتماعی افراد می‌شود، آگاهی که بر توانایی درک دیگران و برقراری ارتباط مؤثر با آن‌ها، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حفظ استقلال شخصی و مدیریت کردن روابط تمرکز می‌کند. به‌عبارت‌دیگر، خود توانمندسازی شایستگی داشتن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی و رفتارهایی است که برای رشد سالم و تطابق با محیط اجتماعی ضروری هستند (بابوسیک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بنا به گفته داینر و کیم<sup>۴</sup> اگر شخصی بتواند بر رفتار دیگران به طریقی که قصد دارد و از نظر اجتماعی مقبول است تأثیر بگذارد، دارای خود توانمندسازی است (داینر و کیم، ۲۰۱۴). فلنر<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۰) چهار مقوله مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت‌های هیجانی و آمایه‌های انگیزشی را به‌عنوان ابعاد اصلی خود توانمندسازی معرفی کرده‌اند: مهارت‌های شناختی<sup>۶</sup>: تصمیم‌گیری و یا مهارت‌ها و توانایی‌های مربوط به قضاوت، شامل توانایی یادگیری و همچنین توانایی اکتساب اطلاعات ضروری. مهارت‌های رفتاری<sup>۷</sup>: شامل مذاکره، ایفای نقش، جرأت‌مندی، اکتساب حمایت، مهارت‌های محاوره‌ای برای شروع و تداوم مذاکره و مهارت‌های رفتار مهربانانه با دیگران. مهارت‌های هیجانی<sup>۸</sup>: نظم‌بخشی و ظرفیت کنترل برانگیختگی هیجانی و ظرفیت‌های عاطفی برای برقراری روابط مثبت با دیگران مثل ظرفیت برقراری پیوند مثبت‌سازنده با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دوجانبه. مهارت‌های انگیزشی<sup>۹</sup>: شامل سه حوزه جداگانه

1. Malti & Perren

2. Segrin

3. Babosik

4. Diener, Kim

5. Felner

6. cognitive skills

7. behavioral skills

8. emotional skills

9. motivational skills

از عوامل انگیزشی و انتظار که برای رفتار با خود توانمندسازی حائز اهمیت هستند: ساختار ارزشی فرد، سطح رشد اخلاقی فرد و احساس اثربخشی و کنترل خود.

در سال‌های اخیر، توجه زیادی به درمان‌گری‌هایی از نوع گروه درمانگری شده است (عریضی، دانشمندی و عابدی، ۱۳۹۴). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر ارتقاء خود توانمندی افراد تأثیر داشته باشد، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد (فورمن و هربرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). درمان پذیرش و تعهد به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، برافزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند. در واقع هدف این نوع درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۲</sup> است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هایز و استروسال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر درمان تعهد و پذیرش به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (هایز، ۲۰۱۴). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد و به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته 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 به طور کامل پذیرفت (مرتنز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). در قدم دوم بر آگاهی روانی<sup>۵</sup> فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد (فرای<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی<sup>۷</sup> یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است (بابالیس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه<sup>۹</sup>، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و ... باشند (دال ریمپل و هربرت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷).

1. Forman & Herbert

2. psychological flexibility

3. Hayes and Strosahl

4. Mertens

5. Psychological Awareness

6. Frey

7. Cognitive Defusion

8. Babalis

9. Committed Action

10. Dalrymple and Herbert

اخیراً پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه پذیرش/تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، بهزیستی روانی-اجتماعی و ارتقاء توانمندی افراد پرداخته‌اند (براون و ریان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی گروه‌درمانی تعهد/پذیرش بر خود توانمندی افراد می‌باشد (کانتز، باروج و گاینور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ قدم پور، رادمهر و یوسف‌وند، ۱۳۹۵؛ عریضی و همکاران، ۱۳۹۴). در این ارتباط شواهد پژوهش‌های نشان می‌دهد که رویکرد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود انتقادی و شایستگی (بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۶)، کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان (محمدی، ۱۳۹۴) و خود توانمندی اجتماعی (کیمبولیک و آرنکوف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵، راسموس-هال و پالم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ ویلانوا و رتزلاف<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ اسمیت و آلن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳) تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. با مروری مختصر بر سوابق مطالعات انجام‌گرفته درباره آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مشخص می‌شود که به‌رغم اهمیتی که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در توانمندسازی افراد دارد تحقیقات و پژوهش در مورد اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مقوله خود توانمندسازی در کشور ما محدود است؛ از این‌رو، در این پژوهش به این سؤال پرداخته است که اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خود توانمندسازی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز مؤثر است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق، شامل تمام زنانی بود که در سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره تبریز مراجعه کرده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و حداقل نمره در متغیرهای موردنظر، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی جدی، عدم شرکت در برنامه‌های درمانی و یا مشاوره‌های به‌طور همزمان از ملاک‌های ورود به پژوهش و همچنین غیبت بیش از دو بار در جلسات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر به‌طور همزمان از ملاک‌های خارج از پژوهش بود. بعد از این مرحله گروه آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند هیچ‌گونه آموزشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ندیدند. توضیح ماهیت پژوهش، اطلاعات و آگاهی از تعداد جلسه‌ها و فرایند مداخله به تک‌تک این مراجعان، تأکید بر نتایج محرمانه و بدون نام افراد و ارائه جلسات درمانی به‌صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای پس‌آزمون از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. افراد به همان پرسشنامه‌ای که در پیش‌آزمون به آن‌ها پاسخ داده بودند به سؤالات آن به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های از روش‌های آمار

1. Brown & Ryan

2. Kanter, Baruch, Gaynor

3. Cimboic, Arnkoff

4. Rasmussen-Hall & Palm

5. Villanueva & Retzlaff

6. Smith & Allen

توصیفی از قبیل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش جهت تحلیل موارد ذکر شده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه خود توانمندسازی فلتر (۱۹۹۰): پرسشنامه خود توانمندسازی که توسط فلنر و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شده است. پرسشنامه خود توانمندسازی که چهار بعد مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت‌های هیجانی و آمایه‌های انگیزشی را در برمی‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۴۷ سؤال در مقیاس لیکرت می‌باشد. کفایت شناختی با ۳ سؤال، کفایت رفتاری با ۳۴ سؤال، کفایت هیجانی با ۳ سؤال، کفایت انگیزشی با ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در پرسشنامه خود توانمندسازی هر سؤال دارای ۷ گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم می‌باشد و آزمودنی باید گزینه‌ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرتی می‌باشد و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می‌کند؛ به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تا حدی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، تا حدی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم نمره ۷ می‌گیرد. همچنین سؤالات شماره ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، به این صورت که به کاملاً موافقم نمره ۱ و به کاملاً مخالفم نمره ۷ تعلق می‌گیرد.

این آزمون توسط پرندین (۱۳۸۵) در استان تهران، بر روی ۴۵۰ نفر هنجاریابی شده است. جهت برآورد ضریب پایایی مقیاس، از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بین دو بار اجرا (بازآزمایی) استفاده شده است. از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس‌ها استفاده گردیده است. ضریب آلفای به دست آمده از حذف سولاتی که همبستگی کمی با نمره کل داشتند برابر با ۰/۸۸ می‌باشد، که نشان می‌دهد پرسشنامه از ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است. در ادامه خلاصه جلسات برنامه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مبتنی بر الگوی باند و هیز، ۲۰۱۱) در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان تعهد و پذیرش

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد خود توانمندسازی، اجرای پیش‌آزمون
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در افراد نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، مطرح کردن مفهوم کنترل به عنوان مشکل
جلسه ۳	آموزش نومی‌دلی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکل‌هایی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش نموده است.
جلسه ۴	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
جلسه ۵	کار روی مفهوم گسلش و تمرین «قدم زدن با افکار» و مفهوم پذیرش و استعاره، آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف
جلسه ۶	کار روی مفهوم ارزش‌ها و ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها و فعالیت متعهدانه
جلسه ۷	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد
جلسه ۸	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

<sup>1</sup> . Bond & Hayes

## یافته‌ها

در بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش، دامنه‌ی سنی افراد در هر دو گروه آزمایش و گواه از ۲۰ تا ۴۶ سال بود. به طوری که میانگین سنی و انحراف معیار در گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۵ و ۶/۱۹ و در گروه گواه به ترتیب ۲۸ و ۵/۱۳ بود. همین‌طور میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج در گروه آزمایش به ترتیب ۶/۶۵ و ۴/۰۹ و در گواه ۶/۸۶ و ۴/۹۸ بود. میزان تحصیلات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه به ترتیب در سطح دیپلم ۲۴/۶۱ و ۱۹/۱۱ درصد، کارشناسی به ترتیب ۴۷/۸۳ و ۴۹/۰۱ درصد، و کارشناسی ارشد به ترتیب ۲۷/۵۶ و ۳۱/۸۸ درصد به دست آمد. در ادامه میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود توانمندسازی (کل)	آزمایش	۱۵	۱۶۷/۵۷	۱۲/۶۸	۱۸۸/۷۳	۱۲/۶۸
	کنترل	۱۵	۱۷۰/۸۳	۱۶/۶۳	۱۶۹/۳۵	۷/۹۲
کفایت شناختی	آزمایش	۱۵	۹/۹۵	۴/۰۳	۱۲/۲۴	۳/۵۸
	کنترل	۱۵	۱۲/۴۳	۲/۸۳	۱۰/۰۲	۲/۷۲
کفایت انگیزشی	آزمایش	۱۵	۲۷/۲۲	۵/۸۵	۳۱/۴۰	۴/۵۲
	کنترل	۱۵	۲۶/۳۵	۶/۱۳	۲۷/۰۵	۵/۱۶
کفایت هیجانی	آزمایش	۱۵	۷/۱۰	۲/۰۷	۸/۹۰	۳/۶۰
	کنترل	۱۵	۹/۴۰	۳/۳۱	۹/۸۵	۳/۵۰
کفایت رفتاری	آزمایش	۱۵	۱۲۳/۳۰	۹/۲۳	۱۳۵/۱۳	۶/۱۹
	کنترل	۱۵	۱۲۲/۶۵	۸/۹۴	۱۱۹/۴۳	۱۲/۶۲

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای متغیرهای خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن میانگین گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون تفاوت فراوانی داشته است ولی در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود. جهت بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود توانمندسازی از تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. در ابتدا مفروضه‌های این آزمون بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ( $P > 0.05$ ). آزمون لوین برای متغیر خود توانمندسازی ( $F(1/29) = 0.01, P = 0.897$ )، مؤلفه‌های آن، مؤلفه کفایت شناختی ( $F(1/29) = 0.02, P = 0.781$ )، مؤلفه کفایت انگیزشی ( $F(1/29) = 0.38, P = 0.239$ )، مؤلفه کفایت هیجانی ( $F(1/29) = 0.12, P = 0.431$ ) و مؤلفه کفایت رفتاری ( $F(1/29) = 0.07, P = 0.871$ ) حاکی از آن است که همگنی واریانس در دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مقیاس برقرار می‌باشد ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل خود توانمندسازی ( $F(1/29) = 1.25, P = 0.234$ )، مؤلفه‌های آن، مؤلفه کفایت شناختی ( $F(1/29) = 0.29, P = 0.358$ )، مؤلفه کفایت انگیزشی ( $F(1/29) = 1.12, P = 0.705$ )، مؤلفه کفایت هیجانی ( $F(1/29) = 0.89, P = 0.310$ ) و مؤلفه کفایت رفتاری ( $F(1/29) = 1.12, P = 0.980$ ) نشان داد که شیب رگرسیون در هر گروه برابر است. نتایج آزمون ام‌باکس برای خود توانمندسازی و جسمی ( $Box's M = 17.81, F = 1.70, P = 0.475$ )، مؤلفه‌های آن، مؤلفه کفایت شناختی ( $P = 0.362$ ).

مؤلفه کفایت انگیزشی ( $Box's M=11/04, F=1/12$ )، مؤلفه کفایت انگیزشی ( $Box's M=12/43, F=1/30, P=0/433$ )، مؤلفه کفایت هیجانی ( $0/512$ )، مؤلفه کفایت رفتاری ( $Box's M=13/13, F=1/30, P=0/4123$ ) و مؤلفه کفایت رفتاری ( $Box's M=10/07, F=1/23, P=0/4123$ ) در گروه‌ها نشان داد که پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته رعایت شده است. لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
خود توانمندسازی	۹۳۲۲/۶۵	۱	۹۳۲۲/۶۵	۱۹/۸۰	۰/۳۶	۰/۲۴۷
گروه	۵۹۴۴/۶۸	۱	۳۸۸۷/۳۰	۱۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
خطا	۱۲۷۰۰/۸۵	۲۷	۴۷۰/۶۸			
کفایت شناختی	۹۸۲/۲۳	۱	۹۸۲/۲۳	۵/۶۷	۰/۴۷	۰/۰۴۳
گروه	۱۴۹۲/۵۲	۱	۱۴۹۲/۵۲	۸/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹
خطا	۴۶۷۴/۵۷	۲۷	۴۶۷۴/۵۷			
کفایت انگیزشی	۸۹۵/۱۴	۱	۸۹۵/۱۴	۵/۰۳	۰/۴۹	۰/۰۸۸
گروه	۱۹۷۴/۲۴	۱	۱۹۷۴/۲۴	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱
خطا	۴۸۰۰/۵۴	۲۷	۱۷۷/۷۹			
کفایت هیجانی	۱۰۳۴/۷۵	۱	۱۰۳۴/۷۵	۴/۹۴	۰/۲۵	۰/۰۹۸
گروه	۱۹۰۱/۶۷	۱	۱۹۰۱/۶۷	۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
خطا	۵۶۵۰/۶۳	۲۷	۲۰۹/۲۸			
کفایت رفتاری	۱۲۷۱/۸۵	۱	۱۲۷۱/۸۵	۵/۷۷	۰/۷۴	۰/۰۴۷
گروه	۱۷۳۴/۱۴	۱	۱۷۳۴/۱۴	۷/۸۷	۰/۰۰۵	۰/۲۳۵
خطا	۵۹۴۱/۹۱	۲۷	۲۲۰/۰۷			

بر اساس مندرجات جدول ۳ متغیر خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن از طریق آزمون کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. با توجه به لزوم کنترل سطح خطای نوع اول با استفاده از روش بن‌فرونی، سطح معنی‌داری هرکدام از مقایسه‌ها (برای هر مؤلفه)،  $0/007$  (آلفای  $0/05$  بخش بر تعداد مقایسه‌ها) در نظر گرفته شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت متغیر خود توانمندسازی ( $0/001$ )،  $F=12/63, P<0/001$  و تفاوت همه مؤلفه‌های آن برای (کفایت شناختی  $F=8/62, P<0/001$  کفایت انگیزشی  $F=11/11, P<0/001$  کفایت هیجانی  $F=9/08, P<0/001$  و کفایت رفتاری  $F=7/87, P<0/005$  معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان ادعان نمود که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خود توانمندسازی و همه و مؤلفه‌های آن در افراد گروه آزمایش شده است. اندازه اثر مداخله برای متغیر خود توانمندسازی  $34/2$  درصد، و مؤلفه‌های آن کفایت شناختی  $16/9$  درصد، کفایت انگیزشی  $14/1$  درصد، کفایت هیجانی  $24/0$  درصد و کفایت رفتاری  $23/5$  درصد است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خود توانمندسازی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز بود. یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش بیانگر این است که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود توانمندسازی افراد در تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج تحقیقات بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶)، قدم پور، رادهمر و یوسف وند (۱۳۹۵)، عریضی و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی (۱۳۹۴)، کانتر و همکاران (۲۰۱۶)، کیمبولیک و آرنکوف (۲۰۱۵)، راسموس-هال و پالم (۲۰۱۴)، ویلانوا و رتزلوف (۲۰۱۴) و اسمیت و آلن (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. این پژوهشگران نیز در مطالعات خود به‌نوعی بیان کرده بودند که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش خود توانمندسازی و مؤلفه‌های آن در افراد

شده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد فردی که از خود توانمندسازی مطلوبی برخوردار نیست، در تطابق با محیط اجتماعی، شروع و تداوم مهارت‌های اجتماعی مثبت، در گوش دادن و سخن گفتن، هنگام ارتباط با دیگران و نیز در توانایی پاسخ دادن و کنار آمدن با موقعیت‌های جدید دچار مشکلاتی است. با آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند چگونه تصمیم‌گیری کنند، چگونه احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب یا همسالان را یاد بگیرند. خود توانمندسازی افراد را قادر به انتخاب رفتارهای مناسب در زمینه‌های مختلف برای تفسیر مؤثر این نشانه‌های اجتماعی در موقعیت‌های مختلف و پیش‌بینی پیامد رفتارها برای خود و دیگران می‌کند و همچنین احساس باارزش بودن و فرصت شرکت در اجتماع را به فرد می‌دهد و از طرفی دیگر کمبود کفایت اجتماعی به‌صورت مشکلات رفتاری در دانش آموزان بروز می‌کند. از طرفی، فرد با خودپنداره ضعیف اغلب دید بسیار منفی نیست به خود داشته، به خود به‌عنوان یک فرد ناتوان و بی‌کفایت می‌نگرد. با توجه به مشکلات ناشی از ضعف در خودپنداره و کفایت اجتماعی، متخصصان در جهت بهبود این دو متغیر گام‌هایی برداشته‌اند و از روش‌های مختلف برای بهبود خود توانمندسازی و خودپنداره استفاده کرده‌اند که از آن جمله آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت به دلیل اینکه آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار جدید و مناسب و احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد، در نتیجه خودکارآمدی بعد از آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به قبل افزایش می‌یابد. این امر منجر به افزایش خود توانمندسازی مراجعان می‌گردد.

دلایل احتمالی دیگر این است که افراد بعد از آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای توانایی تشخیص افکار ناکارآمد و بی‌اثرسازی آن‌ها می‌شوند و می‌توانند احساس‌ها و افکار منفی خود را کنترل کنند. این افراد وجود مسئله یا مشکل را دلیل بر ضعف، بی‌کفایتی، بی‌لیاقتی، بی‌استعدادی و نادانی و یا ناتوانی و... نمی‌دانند و می‌توانند پیامد راه‌حل‌ها و نتیجه تصمیم‌گیری‌های خود را پیش‌بینی کنند. افراد بعد از آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در آنان احساس کفایت و تسلط و خودکارآمدی تقویت می‌شود. آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنبذگی نشانه‌های روانی را کاهش می‌دهد. آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش باور فرد نسبت به توانایی‌هایش می‌شود. اگر فردی باور داشته باشد که نمی‌تواند نتایج مورد انتظار را به دست آورد و یا به این باور برسد که نمی‌تواند مانع رفتارهای غیرقابل قبول شود، انگیزه او برای انجام کار کم خواهد شد. آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک افراد از کفایت خود، ارتقای اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس و خودکارآمدی آنان تأثیر می‌گذارد و نقشی مهم در سلامت روانی دارد.

آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر آگاهی فرد از مسائل، انتظار اثربخشی تلاش‌ها برای حل مسائل می‌گردد. این موضوع موجب کاهش حالات عاطفی و فیزیولوژیکی منفی از جمله غم، ترس، خشم، نگرانی و افسردگی می‌شود و به‌جای آن احساسات مثبتی از جمله توانمندی، هیجان و سبقت‌جویی جایگزین می‌گردد. به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله توانایی و ظرفیت اداره و کنترل مسائل پیچیده زندگی روزمره را افزایش می‌دهد و همین امر به مراجع کمک می‌کند تا از زندگی و روابط با دیگران لذت ببرد و علاوه بر بهبود روابط با همسالان، احساسی از تسلط بر خود و رویدادهای تنش‌زای زندگی به دست آورد. نوجوان در جریان



تصمیم‌گیری برای راه‌حل‌ها به همدلی می‌رسد و از اشتغال ذهنی با خود خارج می‌شود. این خصوصیت میزان پذیرش اجتماعی و عضویت در گروه‌های اجتماعی را بالا می‌برد، باعث تغییرات کیفی و کمی در دوستی‌ها می‌شود، روابط دوجانبه را که به‌خصوص در رشد و نمو هر نوجوانی با اهمیت است، افزایش می‌دهد و در نهایت خود توانمندسازی آن‌ها افزایش می‌یابد. پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌های به دنبال داشته است، مانند: محدود کردن ابزار سنجش و جمع‌آوری اطلاعات به پرسشنامه، عدم کنترل متغیرهای مانند شغل، سطح درآمد میزان تحصیلات، مدت ازدواج، تعداد فرزندان؛ همچنین محدود بودن دامنه تحقیق به زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با رفع این محدودیت‌ها در مطالعات آتی دنبال شود تا توان تعمیم‌یافته‌ها افزایش یابد. از این رو می‌توان در مراکز مشاوره و بهزیستی و مراکزی که به نحوی با زوجین و مسائل روان‌شناسی در ارتباط هستند استفاده کرد.

### منابع

- بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۶). تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود انتقادی و شایستگی در دانش آموزان دارای تجربه خودآزاری، *پژوهش‌های تربیتی*، (۳۴)، ۴، ۳۴-۱۸.
- پرن‌دین، شهرام (۱۳۸۵). *هنجاریابی پرسشنامه کفایت اجتماعی در نوجوانان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- عریضی، حمیدرضا؛ دانشمندی، سعیده؛ و عابدی، احمد. (۱۳۹۴). فرا تحلیل اثربخشی مداخله‌های گروهی در اختلال اضطراب اجتماعی، *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، (۴۶)، ۱۲، ۱۳۴-۱۲۱.
- قدم پور، عزت‌اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف وند، لیللا. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، *ارمغان دانش*، (۲۱)، ۱۱، ۱۱۲۱-۱۱۰۰.
- محمدی، زهرا. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست زنان خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- یاراحمدیان، نسرین. (۱۳۹۱). ارتقای توانمندی‌های فردی-اجتماعی و سلامت عمومی نوجوانان از طریق افزایش کفایت اجتماعی، *مجله علوم رفتاری*، (۳)، ۶، ۲۸۸-۲۷۹.
- Babosik, Z. (2008). Social competence. *Practice and theory in systems of education*, Vol 3, N 1. P 23-26.
- Babalis, T., Tsoi, K., Constantinos, T., Iro, A., Keke, M., & Xanthakou, Y. (2013). The impact of social and emotional learning programs on the emotional competence and academic achievement of children in Greek Primary School. *Journal of Education*, 3(6), 1-54.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42 (4), 676-688.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2013). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Cimboric, P., Arnkoff, D.B. (2015). Effectiveness Acceptance and commitment therapy on Social Competence: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964.
- Dalrymple, K.L., Herbert, J.D. (2017). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.

- Diener, M.L., Kim, D. (2014). Maternal and child predictors of preschool children's social competence. *Journal of applied developmental psychology*, 25(1), 13-24.
- Felner, R.D., Lease, A.M., Philips, RC. (1990). *Social competence and the language of adequacy as a subject matter for psychology: A quadripartite travel framework*. In: Gullotta TP, Adams GR, Montemayor R, editors. *Developing Social Competence in Adolescence: Advances in Adolescent Development*; Newbury Park: Sage.
- Frey, KS. (2015). Effects of a school-based social-emotional competence program: inking children's goals, attributions, and behavior. *Applied Developmental Psychology*, 26(2), 171-200.
- Forman, E.M., Herbert, JD. (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,263-265.
- Hayes, SC. (2014). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies.*Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S C, Strosahl, K D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2016). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behavior Analyst*, 29(2), 161.
- Malti, T. & Perren, S. (2011). "Social competence". *Encyclopedia of Adolescence*, 2:332-340.
- Mertens, N. B. L. (2010). *Social Competence in Bullies, Defenders and Neutrals: A Comparison* (Bachelor's thesis).
- Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2014). Acceptance and commitment treatment for Social Competence, *Behavior therapy*, 35(4), 689-705.
- Segrin, C. (2010). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3): 379-403.
- Smith, G.T., & Allen, K.B. (2013). Effectiveness Acceptance and commitment therapy on Social Competence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Villanueva, M., & Retzlaff, P.J. (2014). Effectiveness Acceptance and commitment therapy on *Social Competence* in female college students with public speaking anxiety, *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.