



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

غلامرضا دریای لعل ^{id}

بهمن اکبری* ^{id}

akbari@iaurash.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۶۵-۵۱
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:
(دریای لعل و اکبری، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

دریای لعل، غلامرضا، و اکبری، بهمن. (۱۴۰۱).
اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های
هیجانی در دانشجویان دختر دارای اختلال
اضطراب اجتماعی. فصلنامه خانواده‌درمانی
کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۶۵-۵۱.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان دختر ۲۶ تا ۱۸ ساله مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان (۱۱۲۷۱ نفر) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. در این مرحله پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) بر روی تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند اجرا شد. جلسات درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی هیز (۲۰۰۴) در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته اجرا شد اما گروه گواه در لیست انتظار باقی ماند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود سرکوبی ($F=10/80$, $P=0/003$)، تجربه هیجانی ناخوشایند ($F=12/86$, $P<0/001$)، نشانه‌های هیجانی پردازش ($F=16/95$, $P<0/001$)، اجتناب ($F=19/65$, $P<0/001$) و کنترل هیجانی ($F=21/23$, $P<0/001$) آزمودنی‌های گروه آزمایش مؤثر بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بود.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، پردازش هیجانی، اضطراب اجتماعی.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یا هراس اجتماعی^۲ به عنوان یک اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی بعد از اختلال اضطراب فراگیر^۳ دومین اختلال اضطرابی شایع (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۴) و سومین اختلال شایع روان‌پزشکی بعد از افسردگی است (بوگل و همکاران، ۲۰۱۰). میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان و جوانان ۱۹ تا ۳۳ درصد (شیخان و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و شیوع کلی این اختلال در طول عمر، ۱۳٪ است (الکوزی و کوپروکرس ول، ۲۰۱۴). شیوع اضطراب اجتماعی در زنان بیش‌تر و نزدیک به ۲ برابر مردها است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران شیوع آن همانند افسردگی اساسی است (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۱). تقریباً ۲۱ درصد دانشجویان از اضطراب رنج می‌برند (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). تخمین زده می‌شود که ۴۰ درصد از دانشجویان درجاتی از اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند که در این میان تقریباً ۱۰ درصد از این افراد از اختلال اضطراب اجتماعی رنج می‌برند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰). در همین راستا، نتایج پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷) در یک مطالعه همه‌گیرشناسی بر روی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران مشخص شد که بیش از ۲۴ درصد از دانشجویان مبتلا به فوبی اجتماعی هستند. هم‌چنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال اضطراب اجتماعی شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی و اضطرابی بین دانشجویان است (منیریور و یعقوبی، ۱۳۹۰). اختلال اضطراب اجتماعی با کاهش چشمگیر عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی مبتلایان را در معرض خطر ابتلاء به افسردگی اساسی و کاهش کیفیت زندگی قرار می‌دهد (آندریوز، هندرسون و هال، ۲۰۰۱). در همین راستا می‌توان گفت که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، ادراک از خود^۴ دچار آسیب شده و این امر منجر به رشد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و حتی احتمالاً باعث رشد اختلالات هم‌بندی، همچون افسردگی اساسی گردد (جی، ۲۰۰۹).

افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است رفتار خجالت‌آوری داشته باشند و یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن اجتناب کنند (گنجی، ۱۳۹۵). آن‌ها به طور معمول از موقعیت‌های ترس‌آور پرهیز می‌کنند و به ندرت خود را مجبور به تحمل موقعیت اجتماعی یا عملکردی می‌نمایند و چنان‌چه با این موقعیت‌ها روبه‌رو شوند دچار اضطراب شدیدی خواهند شد (رینگولد و همکاران، ۲۰۰۳). برای تبیین آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی برخی از الگوهای آسیب‌شناختی بر پردازش شناختی اطلاعات هیجانی متمرکز شده‌اند (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). عوامل شناختی در نامناسب یا مبالغه‌آمیز بودن هیجان‌ها دخالت دارند و این ادراکات نادرست و غیر دقیق در خصوص وجود خطر، مسئول فعال شدن، کنترل و تداوم واکنش‌های هیجانی و رفتاری توأم با اختلال‌های اضطرابی هستند (هیمبرگ، تارک و منین، ۲۰۰۴).

این الگوها به طور کلی تجارب هیجانی را برآیند ساختارها و فعالیت‌های شناختی می‌دانند. هم‌چنین، شواهد جدید در خصوص اختلالات روان‌شناختی نشان می‌دهد که اشکال در تنظیم هیجان ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلالات باشد (قاسم پور و همکاران، ۲۰۱۳). به‌عنوان مثال، گلدین و همکاران

1. Social Anxiety disorder
2. Social phobia
3. Generalized Anxiety disorder
4. Self-Perception

(۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی دریافتند که آموزش مهارت تنظیم هیجانی منجر به کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب اجتماعی در این افراد می‌شود. در تنظیم شناختی هیجان، فرد با استفاده از راهبردهای ارزیابی مجدد استراتژیهای خاص شناختی بر احساسات خود و دیگران جهت تغییر احساسات منفی و گرایش به احساسات مثبت از خود بروز می‌دهد تا از آسیب‌های احتمالی در امان بماند و به هدف برسد (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از رایج‌ترین درمان‌ها برای اختلال اضطراب اجتماعی درمان پذیرش و تعهد^۱ است (هوفمان و اوتو، ۱۳۹۰). برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری که مستقیماً به تغییر افکار و احساسات می‌پردازند، درمان پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها، به افراد کمک می‌کند تا با افکار و احساسات خود ارتباط روان‌شناختی برقرار نمایند (گراهام و همکاران، ۲۰۱۶). این درمان فرایندهای تغییر رفتار و پذیرش و ذهن‌آگاهی را تلفیق می‌کند. در این رویکرد اعتقاد بر این است که بسیاری از شکل‌های آسیب روانی با تلاش‌های بهبودی و بی‌نتیجه فرد برای جلوگیری از تجربه درونی منفی مرتبط است و اثر بخشی آن برای اختلال‌های اضطرابی نشان داده شده است (براون و رین، ۲۰۱۳). در همین راستا، آنیونزیات، گرین و مارکس (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای که به منظور اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی انجام گرفت نشان دادند که این درمان منجر به پذیرش محدودیت‌ها و افزایش اعتماد به نفس در افراد شده و در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱). لذا با توجه به میزان شیوع نسبتاً بالای اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود؟

۲- آیا درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان دختر ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان (۱۱۲۷۱ نفر) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. در این مرحله پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) کانور و همکاران (۲۰۰۰) بر روی تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند اجرا شد (بدین ترتیب که در ابتدا فهرستی از دانشکده‌های دانشگاه گیلان تهیه شد و بعد از ایجاد هماهنگی‌های لازم با معاونت دانشجویی دانشگاه و دریافت مجوز و معرفی‌نامه

جهت انجام پروژه تحقیقی به واحدهای آموزشی دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی، هنر و معماری و کشاورزی معرفی و با همکاری مسئولین آموزشی دانشکده‌ها کلاس‌هایی به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس مجریان اجرای طرح با مراجعه به کلاس‌های انتخاب شده، با بیان اهداف پژوهش و توجیه دانشجویان از آن‌ها خواستند که در صورت تمایل در این تحقیق شرکت نمایند و در نهایت افرادی که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند انتخاب شدند. بر این اساس در مرحله شناسایی نمونه‌ای متشکل از ۷۸۹ نفر جمع‌آوری گردید. و پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) کانور و همکاران (۲۰۰۰) جهت غربالگری اولیه و سرند کردن افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در اختیار ۷۸۹ نفر، ۷ درصد از دانشجویان مقطع لیسانس مشغول به تحصیل دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ قرار گرفت. در این مرحله از بین ۷۸۹ نفر از دانشجویان سرند شده، ۸۴ نفر که با توجه به نمره برش پرسشنامه هراس اجتماعی نمره لازم برای ورود به مرحله بعد را کسب کردند انتخاب شدند و سپس با این افراد تماس تلفنی برقرار شد. با توجه به عدم تمایل تعدادی از آزمودنی‌ها به شرکت در پژوهش، با ذکر دلایلی چون عدم آمادگی، بی‌حوصلگی، بی‌اعتمادی، و یا نداشتن وقت برای شرکت در مصاحبه و شرکت در دوره‌های درمانی از یک‌سو و مقاومت روان‌شناختی افراد در مقابل تغییر و درمان از سوی دیگر، از تعداد ۸۴ نفری که نمره لازم را در این مرحله کسب کرده بودند، ۶۳ نفر به مرحله بعد وارد شدند.

قابل توجه است با توجه به این‌که انتخاب و تشخیص آزمودنی‌های مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) کانور و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی MINI بر اساس DSM-5 انجام گرفت. بنابراین، در این مرحله از تحقیق افرادی انتخاب شدند که دارای تشخیص اولیه نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بودند. نهایتاً از بین ۶۳ نفری که تحت مصاحبه بالینی MINI قرار گرفتند ۵۱ نفر (۸۱٪) دارای تشخیص اولیه اضطراب اجتماعی بودند و بقیه افراد علاوه بر اختلال مذکور تشخیص‌های دیگری هم دریافت کردند که عبارت بودند از ۳ نفر (۴/۸٪) تمایل به خودکشی، ۴ نفر (۶/۵٪) اختلال وسواس اجباری و ۵ نفر (۸٪) اختلال افسردگی اساسی بنابراین در این افراد اضطراب اجتماعی تشخیص ثانویه بود. از این مرحله ۵۱ نفر با تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب و وارد مرحله بعدی تحقیق شدند. در این پژوهش به منظور افزایش اعتبار بیرونی و احتمال افت آزمودنی ۲۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۰ نفر).

ملاک‌های به پژوهش شامل رضایت داوطلبانه و آگاهانه از شرکت در پژوهش، اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، محدوده سنی ۲۶ تا ۱۸ سال، دارا بودن علائم اختلال اضطراب اجتماعی (با استفاده از پرسشنامه SPIN با نمره برش ۴۰) و مصاحبه بالینی کوتاه (MINI) مصاحبه ساختار یافته برای اختلال روانپزشکی محور ۱ بر مبنای طبقه بندی DSM و ICD، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی بر اساس مصاحبه ساختار یافته MINI و بررسی نتیجه کارنامه سلامت روانی دانشجویان (GHQ) و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن و ناتوان‌کننده بر اساس استعلام از مرکز درمان دانشگاه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم رضایت آزمودنی برای شرکت در ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی-درمانی، ابتلا به سایر اختلالات محور I، دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II، استفاده از الکل، مواد و داروهای روان‌گردان، ابتلا به بیمارهای جسمانی ناتوان‌کننده، دریافت درمان‌های

دارویی و روان‌درمانی در گذشته، دریافت درمان‌های دارویی و روان‌درمانی به طور همزمان با مطالعه حاضر و افکار و اقدام به خودکشی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN). این مقیاس توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. پرسشنامه هراس اجتماعی براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود و نمره کلی آن در دامنه ۰ تا ۶۸ قرار دارد. این پرسشنامه می‌تواند افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز کند. کانور و همکاران پایایی به روش بازآزمایی و گروه‌های دارای تشخیص اضطراب اجتماعی ۰,۷۸ تا ۰,۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس ۰,۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰,۸۹، اجتناب ۰,۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک، ۰,۸۰ گزارش کرده اند. عبدی (۲۰۰۳) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰,۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰,۸۳ گزارش کرده است. در پژوهش حسونود عموزاده و همکاران (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰,۷۴ تا ۰,۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰,۶۸ و روایی خرده مقیاس‌های آن با خرده مقیاس‌های هراس اجتماعی R-90-SCL¹ (دراگوتیس، ۱۹۹۳) بین ۰,۷۴ تا ۰,۸۹ می‌باشد.

۲. مقیاس پردازش هیجانی. مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. این مقیاس، برگرفته از مقیاس پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۰۷) و در واقع نسخه تجدید نظر شده و کوتاه آن می‌باشد. این مقیاس خود گزارشی شامل ۲۵ ماده می‌باشد که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود و ۵ مولفه سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده و اجتناب هیجانی را می‌سنجد. مقیاس پردازش هیجانی به صورت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شود. باکر و همکاران (۲۰۱۰) ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در مولفه‌های سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده، اجتناب هیجانی و کل مقیاس را به ترتیب: ۰,۸۴، ۰,۷۶، ۰,۸۲، ۰,۸۵، ۰,۷۴، ۰,۹۲ و ضریب باز آزمایی آن را به ترتیب: ۰,۷۲، ۰,۴۸، ۰,۵۵، ۰,۵۹، ۰,۸۴ و ۰,۷۴ گزارش کردند. هم‌چنین ارتباط بین سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده و اجتناب هیجانی با کل مقیاس به ترتیب: ۰,۷۶، ۰,۷۳، ۰,۸۳، ۰,۸۱ و ۰,۷۳ گزارش شد. در ایران لطفی (۱۳۸۹) برای نسخه ۳۸ سوالی ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را ۰,۹۵ بدست آورد.

۳. پروتکل درمانی پذیرش و تعهد اضطراب اجتماعی هیز (۲۰۰۴). جلسات درمانی با در نظر گرفتن اهداف درمان و تمرکز بر پروتکل پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی (هیز، ۲۰۰۴)، به مراجعان ارائه شد. درمان در قالب جلسات گروهی ۲ ساعته، در قالب ۱۰ جلسه گروهی با یک درمان‌گر (۱۵ نفر در گروه) ارائه شد. رئوس کلی و محتوای درمان پذیرش و تعهد اختلال اضطراب اجتماعی (هیز، ۲۰۰۴) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. محتوای جلسات درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی مدل درمانی پذیرش و تعهد، آشنایی با ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی.	بررسی آثار منفی اضطراب در زندگی و تلاش‌های فرد برای کنترل آن
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مروری بر مباحث جلسه قبل، آشنایی با ناامیدی سازنده.	بررسی عادات قبلی در مواجهه با اضطراب و میزان ناکارآمدی آنها
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی مباحث جلسه قبل، بررسی واکنش مراجعان به جلسه قبل، معرفی کنترل به عنوان مسئله	آیا کنترل اضطراب امکان‌پذیر است با ذکر مثال
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی مباحث جلسه قبل، تعریف ذهن آگاهی، تمرین ذهن آگاهی، بررسی و تعریف مدل ذهن آگاهی و پذیرش اضطراب اجتماعی	-
پنجم	معرفی و توضیح اشتیاق و پذیرش، آشنایی با تعهد رفتاری.	توصیف احساسات، افکار و حالات جسمانی مراجعان زمان بروز اضطراب و روشهای کنترلی آنها
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرین پذیرش افکار و احساسات، مسئله کنترل در برابر اقدام متعهدانه، رویکرد پذیرش و عدم پذیرش و مقایسه آنها، آشنایی با اقدام متعهدانه	-
هفتم	معرفی گسلش شناختی، آشنایی با خود به عنوان بافتار ارائه تکلیف:	توصیف احساسات و افکار خود در موقعیت‌های اضطراب برانگیز
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه توضیح مفهوم گسلش شناختی و استعاره‌های مربوط به آن، ادامه توضیح خود به عنوان بافتار.	تمرین گسلش شناختی
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی مباحث جلسه قبل، معرفی ارزش‌ها و انواع آن، معرفی تعهد رفتاری رابطه ارزش‌ها با تعهد رفتاری.	بررسی ارزش‌های خود و درجه بندی آنها
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی مباحث جلسه قبل، مرور کلی برنامه پذیرش و تعهد، بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی و پیشگیری از عود.	-

روش اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های

آماري مربوط به هر يك از متغيرهاي پژوهش محاسبه گرديد. در بخش آمار استنباطي از آزمون تحليل واريانس با اندازه‌گيري مكرر و نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده گرديده است.

يافته‌ها

ميانگين (انحراف معيار) سن شركت‌كنندگان گروه آزمون ۲۳/۵ (۴/۷) و گروه گواه ۲۴/۹ (۵/۷) بود. هم‌چنين كمينه و بيستمينه سن در گروه آزمون ۱۸ و ۲۵ سال و در گروه گواه، ۱۸ و ۲۶ سال بود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیر	ابعاد	مرحله	گروه آزمون		گروه گواه	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پردازش هیجانی	سرکوبی	پیش‌آزمون	۱۳/۸۰	۲/۲۴	۱۲/۶۳	۲/۴۵
		پس‌آزمون	۹/۶۶	۱/۹۸	۱۱/۲۶	۳/۱۰
تجربه	هیجانی	پیگیری	۸/۷۹	۲/۳۹	۱۱/۲۹	۲/۰۳
		پیش‌آزمون	۱۳/۹۳	۲/۲۱	۱۲/۴۶	۳/۲۴
ناخوشایند	هیجانی	پس‌آزمون	۱۱/۴۶	۱/۴۰	۱۱/۷۳	۳/۱۰
		پیگیری	۹/۰۶	۱/۷۵	۱۱/۴۰	۲/۲۹
نشانه‌های پردازش	هیجانی	پیش‌آزمون	۱۴/۲۶	۲/۰۵	۱۳/۱۳	۲/۱۸
		پس‌آزمون	۱۱/۱۳	۱/۹۳	۱۲/۹۵	۲/۰۳
اجتناب	هیجانی	پیگیری	۹/۲۵	۱/۲۲	۱۱/۷۸	۱/۸۲
		پیش‌آزمون	۱۵/۴۰	۲/۴۱	۱۴/۵۳	۳/۴۶
کنترل هیجانی	هیجانی	پس‌آزمون	۱۱/۲۳	۲/۳۳	۱۴/۴۶	۲/۷۴
		پیگیری	۱۰/۰۶	۱/۸۳	۱۳/۸۶	۲/۷۴
کنترل هیجانی	هیجانی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۳/۰۵	۱۴/۳۸	۲/۶۶
		پس‌آزمون	۹/۵۴	۱/۸۲	۱۴/۱۶	۲/۵۷
		پیگیری	۸/۷۵	۱/۹۲	۱۳/۷۸	۲/۳۳

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره پردازش هیجانی در دو گروه آزمون و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری
سرکوبی	آزمون	۱۵	۱/۴۱	۲۸	۰/۲۲	۳/۱۵	۰/۱۶
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۲۸	۰/۸۵	۳/۱۵	۰/۸۴
آزمون	۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱	۲۸	۲/۳۳	۲/۶۹	۰/۲۷

تجربه هیجانی ناخوشایند	گواه	۱۵	۰/۹۷	۰/۱۶	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳	۳/۱۶	۰/۸۴	۰/۴۷
نشانه‌های هیجانی پردازش اجتناب	گواه	۱۵	۰/۹۳۳	۰/۳۳۴	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶	۲/۵۵	۰/۷۷	۰/۳۵
کنترل هیجانی	گواه	۱۵	۰/۷۴۸	۰/۵۱۶	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷	۲/۶۷	۰/۹۳	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۰/۷۴۵	۰/۱۶۵۱						

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پردازش هیجانی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای پردازش هیجانی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پردازش هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
سرکوبی	زمان*گروه	۲۶۱/۶۲۲	۲	۱۳۰/۸۱۱	۴۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	گروه	۵۴/۱۵۰	۱	۵۴/۱۵۰	۱۰/۸۰۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸
تجربه هیجانی ناخوشایند	زمان*گروه	۱۰۶/۴۶۷	۲	۵۳/۲۳۳	۱۵/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	گروه	۴۸/۶۰۰	۱	۴۸/۶۰۰	۱۲/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
نشانه‌های هیجانی پردازش اجتناب	زمان*گروه	۱۷۰/۵۵۶	۲	۸۵/۲۷۸	۲۵/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	گروه	۸۸/۸۱۷	۱	۸۸/۸۱۷	۱۶/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	زمان*گروه	۱۷۹/۲۸۹	۲	۸۹/۶۴۴	۳۱/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۱۹/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
کنترل هیجانی	زمان*گروه	۳۲/۲۸۹	۲	۱۶/۱۴۴	۲۰/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۲۱/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد پردازش هیجانی ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود پردازش هیجانی در دانشجویان شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود پردازش هیجانی ($p < 0/01$) بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان پذیرش و تعهد در ابعاد پردازش هیجانی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
سرکوبی	پیش	پس	۱/۲۵	۰/۰۰۲
	پس	پیگیری	۱/۲۵	۰/۰۱۲
تجربه هیجانی ناخوشایند	پس	پیگیری	۱/۲۲	۰/۰۶۱
	پیش	پس	۱/۲۵	۰/۰۰۲
نشانه‌های هیجانی پردازش	پس	پیگیری	۱/۳۱	۰/۰۲۹
	پس	پیگیری	۱/۲۹	۰/۰۲۹
اجتناب	پیش	پس	۱/۲۵	۰/۰۲۱
	پس	پیگیری	۱/۳۱	۰/۴۹
کنترل هیجانی	پس	پیگیری	۱/۳۳	۰/۱۳
	پیش	پس	۱/۱۵	۰/۰۰۴
	پس	پیگیری	۱/۱۵	۰/۰۵
	پس	پیگیری	۱/۱۲	۰/۱۳۱
	پیش	پس	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پس	پیگیری	۱/۲۱	۰/۰۱۳
	پس	پیگیری	۱/۱۹	۰/۰۸۱

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد پردازش هیجانی در گروه درمان پذیرش و تعهد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دختران دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. روش درمانی پذیرش و تعهد تاثیر مثبتی بر سبک‌های پردازش هیجانی کل و مولفه‌های سرکوب، تجربیات هیجانی بی‌خاصیت، اثرات هیجانات پردازش نشده، هیجانات غیرقابل تنظیم و اجتناب دارد. این یافته با نتایج پژوهش زاهدی و همکاران (۲۰۲۱)، محمدیان و همکاران (۲۰۲۱)، پورفرج عمران (۱۳۹۰)، کیوانی و بلقان‌آبادی (۲۰۱۹)، عرب‌شیبانی و سیدآبادی (۲۰۲۱)، داوودی و همکاران (۲۰۲۱) و عباسی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که روش درمانی پذیرش و تعهد با ایجاد آگاهی جهان شمول، و آگاهی آگاهانه نسبت به اینجا و اکنون، گشودگی، علاقه و پذیرش نسبت به جریان زندگی را در فرد شکل دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آگاهی فراگیر شامل زندگی در اینجا و در حال حاضر، مشغول فعالیت بودن و اجتناب از افکار منحرف شده نسبت به مشکلات موجود می‌باشد. به عبارتی در آگاهی فراگیر، فرد اجازه می‌دهد تا افکار و احساسات خود بدون کنترل خاصی به

خودآگاه منتقل شود تا فرد بتواند با پذیرش آن، تهدیدها را به فرصت تبدیل کرده و دردناک‌ترین اتفاقات را قابل تحمل‌تر ببیند و در جستجوی حل مسأله باشد. این اتفاق می‌تواند ضمن کاهش اضطراب فرد در شرایط دشوار، و شکل‌دهی یک رویکرد مسأله محور، به جای هیجان-محور، سازگاری شغلی و اجتماعی فرد را حفظ کند (حیدری و همکاران، ۲۰۱۸). هر چه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیش‌تر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیش‌تر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و همین باعث بهبود سبک‌های پردازش هیجانی در آنان می‌گردد و برعکس دانشجویانی که از موقعیت‌های استرس آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. در حقیقت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش (و نیز گسلش) ابزار اصلی برای مقابله با این افکار است. هدف بازسازی شناختی برخورد مستقیم با ارزیابی‌ها، به منظور اصلاح سیستم‌های باور عمیق تر و نیمه هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم آسیب پذیری هیجانی ایفا می‌کنند. اما از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازسازی شناختی بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدن وسیله چرخه نشخوار افکار غیرمنطقی را زنده نگه می‌دارد (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). هیز و همکاران (۱۹۹۹) به منظور حمایت از رویکرد پذیرش محور، از پژوهش‌های مربوط به بازداری فکر مثل پژوهش وگنر (۱۹۹۴) استفاده کردند که نشان داد بازداری هشیار و ناهشیار فکر، ضد مولد بوده و بازگشت بسیاری از افکاری که فرد می‌خواهد از آن‌ها اجتناب کند را تسهیل می‌کند. هدف فرایند پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نیاز به بازداری فکر است. با توجه به این‌که تمامی دانشجویان دختر و پسر ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی نمونه پژوهش از دانشگاه گیلان انتخاب شدند، در تعمیم نتایج به سایر مناطق استان و کشور بایستی با احتیاط انجام شود. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه بوده است که خود یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر است چرا که آزمودنی‌ها ممکن است تحت اثر مطلوبیت اجتماعی به سوال‌ها پاسخ داده باشند. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را نداشت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع‌تری انجام شود تا با اطمینان بیش‌تری نسبت به تعمیم نتایج پرداخته شود. با توجه به این‌که این پژوهش بر روی جامعه تمامی دانشجویان دختر و پسر ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی انجام شده است پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردها فراهم گردد. در پژوهش‌های آتی طبقه و پایگاه اجتماعی نمونه‌ها به عنوان متغیر متداخل در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه مورد توجه قرار گیرد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌ای میتنی بر مصاحبه نیمه ساخت یافته) استفاده شود. با توجه به محدودیت‌های روش‌های تحقیق بین گروهی (تحقیقات آزمایشی) پیشنهاد می‌شود محققان در آینده جهت بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد از طرح‌های آزمایشی از نوع تک آزمودنی استفاده کنند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به

متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر سلامت روان دانشجویان بیافزایند. با توجه به تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر پردازش هیجانی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از درمان پذیرش و تعهد به صورت گسترده‌ای به صورت گروهی بهره‌گیرند. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره با اجرای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان‌شناسان با این مفاهیم فراهم سازند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

شیخان، ریحانه، محمدخانی، شهرام، و حسن‌آبادی، حمیدرضا. (۲۰۱۳). اثر آموزش گروهی تکنیک آموزش توجه بر اضطراب، توجه معطوف به خود و فرانگرانی‌های نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی. *مجله روان‌شناسی شناختی*، ۱(۱): ۳۳-۴۵.

عابدی، محمدرضا، و ایزدی، مرضیه. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل و کاوشیار. علیلو، مجیدمحمود، و حمیدی، صمد، و شیروانی، امیر. (۱۳۹۰). *راهنمای گام به گام درمان شناختی رفتاری فوبی/اجتماعی*. تهران: مرکز انتشارات جهاد دانشگاهی.

قاسم‌پور، عبدالله، و فلاح، علیرضا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی بر علائم ترس از ارزیابی مثبت نوجوانان پسر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *سلامت جامعه*، ۸(۴): ۵۹-۶۷.

کاوینانی، حسین، جواهری، فروزان، بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲(۱): ۳۷-۵۰.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.
عباسی، فروغ؛ مرادی منش، فردین، نادری، فرح، و بختیارپور، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ادراک از بیماری در افراد مبتلا به آسم. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۷): ۷-۲۰.

منیرپور، نادر، خوسفی، هلن، و یعقوبی، حمید. (۱۳۹۰). *مشاوره همسالان و همسالان مشاور*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی شهید بهشتی.

هوفمان، استفان، و اتو، میشل. (۱۳۹۰). *درمان‌های شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی*. ترجمه مسعود چینی فروشان. تهران: نشر ارجمند.

اعراب شیبانی، خدیجه، و سیدآبادی، سمیرا. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان رکتوم. *پژوهش پرستاری*، ۱۶(۴): ۴۰-۴۹.

References

- Alkozei, A., Cooper, P. J., & Creswell, C. (2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of affective disorders, 152*, 219-228.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry, 178*(2), 145-153.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM V. *Depression and anxiety, 27*(2), 168-189.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2013). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing.
- Davoudi, M., Taheri, A. A., & Foroughi, A. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Anxiety and Cessation in Marijuana Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Sciences, 15*(3), 194-200.
- Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 56*, 7-15.
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review, 46*, 46-58.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In *Social anxiety* (pp. 395-422). Academic Press.
- Heydari, M., Masafi, S., Jafari, M., Saadat, S. H., & Shahyad, S. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of Razi Psychiatric Center staff. *Open access Macedonian journal of medical sciences, 6*(2), 410.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Keyvani, E., & Bolghan-Abadi, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving self-concept, depression, and anxiety in obese women. *International Archives of Health Sciences*, 8(2), 79.
- Mohammadian, S., Asgari, P., Makvandi, B., & Naderi, F. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Cognitive Avoidance and Empathy among Couples Visiting Counseling Centers in Ahvaz City. *Journal of Research and Health*, 11(6), 5-5.
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Taheri, A. A., Foroughi, A. A., Mohammadian, Y., Ahmadi, S. M., Heshmati, K., Hezarkhani, L. A., & Parvizifard, A. A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance and pain perception in patients with painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *Diabetes Therapy*, 11(8), 1695-1708.
- Zahedi, Z., Azizi, A., Rahmani, S., Zarein, F., & Ranjbar, M. (2021). Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Satisfaction. *Family Counseling and Psychotherapy*, 10(2), 75-100.

پرسشنامه هراس اجتماعی

ردیف	سوال	۱	۲	۳	۴	۵
۱	من از افراد صاحب قدرت می‌ترسم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	از این که جلوی مردم سرخ شوم ناراحت هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها مرا می‌ترساند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	من از صحبت کردن با افرادی که نمی‌شناسم، اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	مورد انتقاد قرار گرفتن خیلی مرا می‌ترساند.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	ترس از دستپاچه شدن موجب می‌شود تا از انجام کارها یا صحبت کردن با افراد اجتناب کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	عرق کردن در برابر دیگران مرا آشفته می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	از رفتن به مهمانی‌ها اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	از فعالیت‌هایی که در آن‌ها مرکز توجه باشم، اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	صحبت کردن با غریبه‌ها مرا می‌ترساند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	من از صحبت در حضور جمع اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	من همه کار انجام می‌دهم تا مورد انتقاد قرار نگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	زمانی که با مردم هستم تپش قلب مرا ناراحت می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی دیگران مرا زیر نظر دارند، از انجام کارها دچار ترس می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	احساس خجالتی بودن یا احمق به نظر رسیدن از جمله ترسهای جدی من است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	از صحبت کردن با فردی که صاحب قدرت و مقام است، اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	دچار لرزش شدن در جلوی دیگران برایم ناراحت کننده است.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان

کاملاً موافقم	موافقم	ناحدودی موافقم	خنثی	ناحدودی مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت‌تری داشته باشم (مثل لذت یا سرگرمی) آنچه درباره‌اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- هیجاناتم را برای خودم نگه می‌دارم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری داشته باشم (مثل ناراحتی یا عصبانیت) آنچه درباره‌اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- وقتی هیجان منفی دارم، دقت می‌کنم آن را نشان ندهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- وقتی با شرایط تنش‌زا مواجه می‌شوم، خود را مجبور می‌کنم طوری فکر کنم که مرا آرام نگه دارد.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- من هیجاناتم را با نشان ندادنشان کنترل می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت‌تر احساس کنم، راه فکر کردن درباره شرایط را عوض می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- من هیجاناتم را با تغییر روش فکر کردن به شرایط که در آن هستیم کنترل می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- وقتی هیجان منفی دارم، مطمئنم که آن را نشان می‌دهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- وقتی می‌خواهم کمتر هیجان منفی داشته باشم، روش فکر کردن به شرایط را تغییر می‌دهم.

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional processing in female students with social anxiety disorder

Gholamreza. Daryaye Lal¹, & Bahman. Akbari^{2*}

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional processes in girls with social anxiety disorder.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population of the present study included all 26 to 18 years old female undergraduate students of Guilan University (11271 people) in the academic year 1397-98. At this stage, the Social Panic Questionnaire (SPIN) of Connor et al. (2000) was administered to all undergraduate female students of Guilan University who were selected using random sampling method. Acceptance and commitment therapy sessions for social anxiety disorder (Hayes, 2004) were conducted in 10 2-hour group sessions, but the control group remained on the waiting list. Analysis of variance with repeated measures and SPSS software were used to analyze the data.

Results: The results showed that acceptance and commitment therapy on the improvement of repression ($F=10.80$, $P=0.003$), unpleasant emotional experience ($F=12.86$, $P<0.001$), emotional symptoms Processing ($F=16.95$, $P<0.001$), avoidance ($F=19.65$, $P<0.001$) and emotional control ($F=21.23$, $P<0.001$) of the experimental group subjects It was effective.

Conclusion: It can be concluded that acceptance and commitment therapy was effective on emotional processes in girls with social anxiety disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment, Emotional Processing, Social Anxiety.

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. *Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: akbari@iaurasht.ac.ir