بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای دانشجویان

محدثه نوروزی[1]، فاطمه زرگر[2]، حسین اکبری[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT)، درمان جدیدی برای مشکلات بین فردی به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش ACT بر مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance) دانشجویان دختر دارای مشکلات بین فردی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی در دسترس بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در رشته‌های پرستاری، مامایی، علوم آزمایشگاهی، مدیریت، حقوق، حسابداری و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بود که ۶۶ نفر آن‌ها به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. مداخله در گروه آزمایش بر اساس تحقیق McKay و همکاران، به صورت گروهی و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های مشکلات بین فردی (۳۲-Inventory of Interpersonal Problems یا IIP-۳۲) و پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-II یا AAQ-II) بود که اجتناب تجربه‌ای را مورد سنجش قرار داد. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون کواریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مشکلات بین فردی ($P < ۰/۰۰۱$) و اجتناب تجربه‌ای ($P < ۰/۰۰۱$) بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: روش ACT می‌تواند تأثیر مطلوبی بر مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روابط بین فردی، رفتار اجتنابی، دانشجویان

ارجاع: نوروزی محدثه، زرگر فاطمه، اکبری حسین. **بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای دانشجویان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۱۷۴-۱۶۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۱۰

مقدمه

مشکلات بین فردی، به مشکلات تکراری که افراد در روابط اجتماعی خود تجربه می‌کنند، اطلاق می‌شود (۲، ۱). این مشکلات با به کارگیری پاسخ‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه که در دوره کودکی یاد گرفته می‌شود، منجر به سبک تعاملی ناکارامد می‌گردد و شامل سبک‌های اجتناب، سرزنش، وابستگی، حمله یا تسلیم می‌باشد (۳). بیشتر اختلالات روانی با مشکلاتی در عملکرد بین فردی همراه است، اگرچه اغلب به عنوان پیامد اختلال روانی مفهوم‌سازی می‌شود. همچنین، بهبود عملکرد بین فردی در میان بیشترین اهداف روان درمانی جهان طبقه‌بندی شده است (۴). علاوه بر این، مشکلات بین فردی به طور ذاتی با بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط دارد (۵). روابط بین فردی برای برخی منبع لذت و پاداش است و برای افراد دارای مشکلات بین فردی، اغلب یکی از ناراحت کننده‌ترین عوامل استرس‌زا به شمار می‌رود که آن‌ها به صورت روزانه با آن مواجه می‌شوند (۶). این افراد بیشتر به صورت تهاجمی یا منفعلانه برخورد می‌کنند. مشکلات بین فردی خصیصه‌ای است که منجر به پریشانی شخصی می‌شود و از عملکرد مناسب فرد در روابط اجتماعی جلوگیری می‌کند و نقش مهمی در دوام اختلالات و ناراحتی‌های روان‌شناختی دارد (۸، ۷).

از طرف دیگر، تئوری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological inflexibility) شامل اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance) و فرایند ارزیابی منفی افراطی از احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه این رویدادها و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها می‌باشد (۹). طیف گسترده‌ای از تحقیقات بیانگر آن است که اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی به عنوان تلاش‌های ناسالم برای

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
نویسنده مسؤول: فاطمه زرگر
Email: fatemehzargar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

فرار یا اجتناب از احساسات، افکار، خاطرات و سایر تجارب خصوصی به کار گرفته می‌شود (۱۰). همچنین، اجتناب تجربه‌ای در طیف وسیعی از اختلالات به عنوان عامل آسیب‌پذیری و مکانیزم اصلی در رشد و نگهداری آشفتگی روان‌شناختی محسوب می‌شود (۱۱، ۹). در تئوری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای مانعی برای عمل کردن افراد در راستای ارزش‌ها و سهیم در آشفتگی‌های روانی- اجتماعی است (۱۱).

اجتناب تجربه‌ای نمونه‌ای از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد که منجر به بروز رفتارهای بین فردی غیر مؤثر می‌گردد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس کامل با لحظه حال، تحمل افکار و هیجانات دشوار بدون نیاز به دفاع و تداوم یا تغییر رفتار در خدمت ارزش‌های انتخاب شده می‌باشد (۱۲). افراد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند فعالانه رفتار خود را بر اساس موقعیت و ارزش‌های خود انتخاب کنند و یا ادامه و تغییر دهند؛ در حالی که افراد با عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در رفتارهای ناسازگارانه یا رفتارهای اجتنابی و اجتناب از موقعیت‌های آشفته کننده باقی می‌مانند. به عبارت دیگر، عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با تداوم رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه همراه است (۱۳). افرادی که اجتناب تجربه‌ای بیشتری را تجربه می‌کنند، از انعطاف‌پذیری رفتاری کمتری برخوردار هستند و انعطاف‌پذیری رفتاری کمتر، مشکلات بین فردی بیشتری را در افراد به همراه خواهد داشت (۱۴).

تاکنون درمان‌هایی مانند رویکرد روان‌پویشی کوتاه مدت (۱۵)، رویکرد بین فردی (Interpersonal psychotherapy) (۱۶) و رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectic behavior therapy)، در درمان مشکلات بین فردی به کار گرفته شده است (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT)، از جمله درمان‌هایی است که برای درمان مشکلات بین فردی و طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی به کار می‌رود و در جستجوی تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری عملکردهای بین فردی در بافت روابط درمانی حمایتی است (۱۹، ۱۸).

روش ACT یکی از بیشترین درمان‌های ارایه شده موج سوم از درمان رفتاری به شمار می‌رود و بر اساس شواهد تجربی، از کارامدی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (۲۰، ۱۹، ۱۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مفهوم مرکزی ACT است. هدف این مدل، از بین بردن اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تماس با لحظه حال، رفتار متعهدانه و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها می‌باشد (۲۱، ۱۲). تأکید اصلی ACT، کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده و افزایش کارامدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند می‌باشد (۲۲). این درمان شامل شش فرایند محوری شامل «پذیرش،گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان بافتار، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۲۳)» است که هر کدام از دیگری حمایت می‌کند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تعامل بین فرایندها ایجاد می‌شود (۱۲).

اجتناب تجربه‌ای و الگوهای پاسخدهی مشابه و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به عنوان اتفاقی فراگیر در رفتار انسان -که متضمن آسیب‌شناسی روانی است- توسط Hayes و همکاران ارایه شد (۱۰). بنابراین، با توجه به وضعیت بیماری‌های روانی، اهمیت فهم فرایندهای متضمن رنج، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و بیماری‌های روانی بیش از پیش مشهود و لازم است. این نکته به طور خاص درست است که شواهدی در جهت حمایت و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای اختلالات و بیماری‌های مختلف در طیف گسترده‌ای از جمعیت کودکان و بزرگسالان انجام شود (۱۲). بنابراین، از آن‌جا که دانشجویان نقش مهمی در پیشرفت و تعالی هر کشوری به عهده دارند و با توجه به اهمیت نقش دانشجویان و این که ورود به دانشگاه دوره حساسی در زندگی به شمار می‌رود و اغلب با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی همراه است (۲۴) و همچنین، شیوع روزافزون مشکلات در حیطه روابط بین فردی به خصوص در میان دانشجویان، اهمیت بررسی این مسأله بیشتر در جامعه احساس می‌شود. از این‌رو، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش ACT بر مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی در دسترس بود که در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان انجام شد. شرکت کنندگان پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر ۱۸ تا ۳۵ ساله بود که در رشته‌های پرستاری، مامایی، علوم آزمایشگاهی، مدیریت، حقوق، حسابداری و معماری مشغول به تحصیل بودند. مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل دانشجویان دختر ۳۵-۱۸ سال، دریافت نمره بالاتر از ۴۰ در پرسش‌نامه مشکلات بین فردی (Inventory of Interpersonal Problems-۳۲ یا IIP-۳۲)، تمایل فرد برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات سایکوتیک و محور II [مطابق با مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) محور I Structured Clinical Interview for DSM یا SCID-I) که توسط روان‌شناس بالینی انجام شد]، عدم دریافت روان درمانی یا دارو درمانی حداقل طی شش ماه گذشته و عدم سابقه اعتیاد و خودکشی بود. افرادی که بیش از دو جلسه در مداخله حضور نداشتند، از مطالعه حذف شدند.

حجم نمونه بر اساس مطالعه McKay و همکاران که اثربخشی ACT بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را بررسی کرده بودند (۳)، محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار مشکلات بین فردی قبل از مداخله ۰/۶۶ ± ۱/۶۴ بود که پس از مداخله به ۰/۶۲ ± ۱/۰۹ تغییر کرد (۳). با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و با استفاده از فرمول Cohen، حداقل نمونه لازم ۲۹ نفر در هر گروه برآورد گردید. پس از محاسبه حجم نمونه، نمونه‌گیری در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول با ارایه فراخوان در دانشکده‌ها و روش نمونه‌گیری آسان، ۱۵۰ دانشجو وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه IIP-۳۲ را تکمیل کردند. در مرحله دوم، ۸۰ دانشجو بر اساس نمراتشان در آزمون مذکور، برای مطالعه انتخاب شدند. ۱۴ نفر از آن‌ها به دلیل عدم قبول شرکت در مطالعه و عدم تطابق با معیارهای ورود، حذف شدند. سپس ۶۶ نفر از افراد به شرکت در مطالعه دعوت شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، در دو گروه آموزش ACT (۳۳ نفر) و شاهد (۳۳ نفر) قرار گرفتند. درمان ACT بر اساس تحقق McKay و همکاران (۳) روی گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده انجام شد. گروه شاهد هیچ آموزشی را دریافت نکرد. اهداف و محتوای جلسات به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

جدول ۱. پروتکل درمانی بر اساس تحقق McKay و همکاران (۳)

جلسات	محتوا
جلسه اول	توضیح درباره قوانین گروه مانند محرمانه بودن، جهت آگاهی از طرحواره‌های ناسازگار، پرسش‌نامه مرتبط با ده طرحواره ناسازگار در روابط بین فردی تکمیل، اجرا و نمره‌گذاری شد. درباره طرحواره‌ها و رفتارهای مقابله‌ای توضیح و بحث گردید و تمرینات ذهن آگاهی (مانند تمرین کشمش و تمرکز روی حواس بدن) نیز به شرکت کنندگان آموزش داده شد.
جلسه دوم	تمرین حضور ذهن، شناسایی راه‌اندازهای طرحواره‌ها، افکار و احساسات مرتبط با طرحواره‌ها و رفتارهای مقابله‌ای
جلسه سوم	تمرین حضور ذهن و پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای ناکارامد توضیح داده شد.
جلسه چهارم	تمرین حضور ذهن و ارزش‌ها در روابط بین فردی آموزش داده شد. موانع عمل مبتنی بر ارزش‌ها شناسایی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها در دستور کار قرار گرفت.
جلسه پنجم	تمرین حضور ذهن، آموزش مهارت‌های گسلش و تکنیک‌های آن و تمرین تکنیک‌های گسلش با افراد گروه انجام شد.
جلسه ششم	تمرین حضور ذهن، تمرکز روی آموزش توصیف به جای قضاوت در روابط بین فردی
جلسه هفتم	تمرین حضور ذهن، درباره خشم و پیامدهای آن به عنوان رایج‌ترین رفتار مقابله‌ای بحث شد.
جلسه هشتم	تمرین حضور ذهن، آموزش رها کردن راهبردهای ناکارامد تنظیم هیجان انجام شد.
جلسه نهم	بحث درباره ارتباطات مؤثر، انجام تمرین گسلش و پاسخ‌های جایگزین انجام شد.
جلسه دهم	آموزش‌های داده شده در جلسات قبل خلاصه گردید و راه‌هایی برای گسترش عمل در محدوده موانع و عمل مبتنی بر ارزش‌ها رسیدگی و پس‌آزمون اجرا شد.

پرسش‌نامه‌های IIP-۳۲ و پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-II یا AAQ-II) به عنوان پیش‌آزمون قبل از جلسه اول در گروه ACT و بعد از ۱۰ جلسه آموزش به صورت پس‌آزمون روی دو گروه اجرا گردید.

مقیاس IIP-۳۲ فرم ۳۲ سؤالی این پرسش‌نامه توسط Barkham و همکاران تدوین و به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۵ (به شدت) نمره‌گذاری گردید. مقیاس IIP-۳۲ نوعی ابزار خودگزارش‌دهی می‌باشد و گویه‌های آن در ارتباط با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند (۲۶). نمره بالا در این پرسش‌نامه بیانگر عملکرد بین فردی پایین است (۲۵). پرسش‌نامه IIP-۳۲ دارای ۸ زیرمقیاس «مردم‌آمیزی، جرأت‌ورزی، مشارکت با دیگران، حمایت از دیگران، پرخاشگری، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران و وابستگی به دیگران» می‌باشد. میزان همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ و برای نمره کل ۰/۸۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۶). پایایی نسخه فارسی مقیاس IIP-۳۲ با استفاده از همسانی درونی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آمد (۲۷).

مقیاس AAQ-II این پرسش‌نامه توسط Hayes و همکاران تدوین شده است. نسخه اولیه آن شامل ۳۲ پرسش است که به صورت مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۸). نسخه‌های بعدی به ترتیب ۱۶ و ۹ پرسشی می‌باشند و آخرین نسخه این پرسش‌نامه نیز ۱۰ پرسش دارد که توسط Bond و همکاران تدوین گردید. مقیاس AAQ-II، پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش Bond و همکاران دو عامل به دست آمد که ضریب Cronbach's alpha عامل اول ۰/۵۵ و ضریب Cronbach's alpha عامل دوم ۰/۸۸ گزارش شد و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد (۱۱). در ایران نیز عباسی و همکاران در مطالعه خود مشخصات روان‌سنجی پرسش‌نامه AAQ-II را بررسی کردند و نشان دادند که تحلیل عاملی اکتشافی، دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را مشخص می‌کند. همچنین، همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسش‌نامه رضایت‌بخش بود (۰/۸۹-۰/۷۱) و ضریب Cronbach's alpha برای نمره کل، ۰/۸۱ به دست آمد (۲۹).

یافته‌ها

آزمون کواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و شاهد در مورد مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای، آزمون t جهت مقایسه تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و آزمون‌های χ^2 و Cramer برای مقایسه متغیرهای جمعیتی دیگر مانند سطح تحصیلات و رشته تحصیلی در دو گروه استفاده گردید. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

ویژگی‌های دموگرافیک افراد در جدول ۲ ارایه شده است. از میان ۶۶ آزمودنی، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۴ نفر از گروه شاهد به دلیل این که بیشتر از دو جلسه غیبت نمودند و تمایلی به تکمیل پرسش‌نامه نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

با توجه به یافته‌های توصیفی حاصل از تحلیل ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها، ۲۳ درصد از نمونه‌ها در دامنه سنی ۲۰-۱۸ سال، ۵۳ درصد در دامنه سنی ۲۴-۲۱ سال و ۲۴ درصد در دامنه سنی بالای ۲۵ سال قرار داشتند. شرکت کنندگان در رشته‌های مامایی، علوم آزمایشگاهی، پرستاری، مدیریت، حسابداری، حقوق و معماری مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک گروه آزمایش و شاهد

متغیر	گروه آزمایش	گروه شاهد	مقدار P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات			۰/۲۱۰
کارشناسی	۲۸ (۱۰۰)	۱۷ (۵۸/۶)	
کارشناسی ارشد	۰ (۰)	۱۲ (۴۱/۴)	
رشته تحصیلی			۰/۰۰۹
حسابداری	۶ (۲۱/۴)	۶ (۲۰/۷)	
حقوق	۰ (۰)	۲ (۶/۹)	
مامایی	۹ (۳۲/۱)	۳ (۱۰/۳)	
پرستاری	۶ (۲۱/۴)	۲ (۶/۹)	
مدیریت	۱ (۳/۶)	۶ (۲۰/۷)	
علوم آزمایشگاهی	۰ (۰)	۶ (۲۰/۷)	
معماری	۶ (۲۱/۴)	۴ (۱۳/۸)	

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس در نمرات مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	F	مقدار P
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار		
مشکلات بین فردی	آزمایش	۵۶/۲۰ ± ۹/۰۴	۴۰/۸۵ ± ۸/۶۳	۸۰/۸۶۰	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۵۳/۶۰ ± ۹/۳۰	۵۴/۶۰ ± ۱۰/۱۰		
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۴۵/۱۰ ± ۷/۴۰	۳۰/۹۶ ± ۷/۲۰	۵۱/۰۳۶	< ۰/۰۰۱
	شاهد	۴۲/۱۷ ± ۸/۷۴	۴۱/۵۸ ± ۷/۳۱		

میانگین نمرات متغیرهای وابسته (مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای) و مقایسه آن‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارایه شده است. میانگین نمرات مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت (P < ۰/۰۰۱). بر اساس داده‌های جدول، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، جلسات مداخله درمان ACT مؤثر بود و موجب کاهش معنی‌دار میانگین نمرات مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای در اعضای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شد (P < ۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان ACT بر مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای دانشجویان با مشکلات بین فردی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد ACT، مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج تحقیقات آزاده و همکاران (۳۰) و Lev (۳۱) همخوانی داشت. بشارت و همکاران به این نتیجه رسیدند که که روش ACT بر مشکلات بین فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است (۳۰). همچنین، Lev در مطالعه خود بر روی افراد مصرف کننده مواد، نتیجه‌گیری کرد که روش ACT تأثیر مطلوبی بر مشکلات بین فردی دارد (۳۱).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که رویکرد ACT می‌تواند مشکلات بین فردی را در افراد کاهش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آن‌جا که علت مشکلات بین فردی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است و این راهبردها الگوهای انعطاف‌ناپذیری هستند، روش ACT می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق ذهن‌آگاهی و فرایند پذیرش، گسلش از افکار، هیجانات، باورها (طرحواره‌ها)، ارزش‌ها و عمل متعهدانه پرورش دهد (۱۲، ۳). ذهن‌آگاهی، حالت آگاهانه ذهن و تمرکز می‌باشد که جزء کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به شمار می‌رود (۳۲) و ابزاری جهت رشد و توسعه خودآگاهی، پذیرش، هوش هیجانی و آگاهی از فرایند افکار است که واکنش به تجربیات دردناک را کاهش و روابط سالم را پرورش می‌دهد (۳۳). در واقع، تمرینات ذهن‌آگاهی با معطوف کردن آگاهی به این‌جا و اکنون (مانند تمرین توجه به تنفس)، آموزش پذیرش، مشاهده‌گری و توصیف به جای قضاوت به افراد، برای حذف واکنش‌های ناکارامد موقعیت‌های بین فردی کمک می‌کند و مشکلات بین فردی را در افراد کاهش می‌دهد (۳۴).

روش ACT با افزایش پذیرش روانی تجربیات ذهنی (مانند افکار و احساسات، خاطرات، حس‌ها) و کاهش اجتناب تجربه‌ای، فرایند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. در واقع، این تجربیات ناخوشایند باید به طور کامل پذیرفته شود (بدون تلاش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها)؛ چرا که تلاش برای کنترل تجربیات درونی اغلب ناموفق است یا حتی اثرات معکوس دارد و می‌تواند منجر به ایجاد رفتارهای بین فردی ناسازگارانه گردد (۳۵، ۳). همچنین، آموزش تکنیک‌های گسلش شناختی برای تجربیات ذهنی و افکار خاص، از دیگر راهبردهای درمانی ACT برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش مشکلات بین فردی می‌باشد. گسلش شناختی تحت عنوان توانایی فاصله گرفتن خود از یک فکر و به گونه‌ای مستقل عمل کردن نسبت به افکار اطلاق می‌شود. ACT طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های گسلش شناختی را ارایه می‌دهد. مشاهده افکار، برچسب زدن، رهایی و فاصله گرفتن، از جمله افکار تسهیل کننده گسلش شناختی هستند و این مهارت‌ها با انجام تمرینات مختلف در این درمان کسب می‌گردد و در نتیجه، افراد یاد می‌گیرند که افکار خود را کمتر جدی بگیرند. همچنین، روش ACT به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود در حوزه‌های بین فردی (کار، دوستان، خانواده، والدین و جامعه) را که نقش مهمی در بهبود روابط بین فردی دارد، شناسایی کنند و با توضیح درباره ارزش‌ها و استفاده از استعاره، تلاش می‌کند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را ارتقا بخشد (۳۵).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، تفاوت قابل توجهی بین نمرات اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد وجود داشت. به عبارت دیگر، با انجام مداخله ACT، اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش یافت. این یافته با نتایج پژوهش‌های Ruiz (۱۹)، Masuda و همکاران (۳۶) و Ossman و همکاران (۳۷) همسو می‌باشد. نتایج مطالعه مروری Ruiz نشان داد که آموزش ACT در کاهش اجتناب تجربه‌ای مؤثر است (۱۹). همچنین، نتایج پژوهش Masuda و همکاران بر روی افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، مشخص کرد که درمان ACT اثر مطلوبی در ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای دارد (۳۶). Ossman و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای بر روی افراد دارای اضطراب اجتماعی، به این نتیجه دست یافتند که مداخله ACT به طور قابل توجهی میزان اجتناب تجربه‌ای را کاهش و برقراری ارتباط مبتنی بر ارزش‌ها را افزایش می‌دهد و به طور مطلوبی مؤثر بوده است (۳۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت که اهداف عمده ACT، پرورش پذیرش افکار و احساسات ناخواسته، تضعیف اجتناب تجربه‌ای و تلاش برای مدیریت افکار هیجانی ناخوشایند و دیگر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان است. تکنیک‌های این درمان برای رسیدن به اهداف درمانی شامل پذیرش روانی، گسلش شناختی، حضور در لحظه حال، خود به عنوان بافتار، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. در واقع، اجتناب تجربه‌ای بر این فرایند مبتنی است که فرد تلاش‌هایی برای کنترل یا تغییر دادن شکل، فراوانی یا حساسیت

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

موقعیتی افکار و احساسات ناخواسته خود انجام می‌دهد و تمایلی به تجربه کردن این رویدادها ندارد (۳۸). پذیرش به عنوان جایگزینی برای اجتناب تجربه‌ای عمل می‌نماید و شامل در برگرفتن فعال و آگاهانه تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر شکل و فراوانی آن‌ها است؛ به ویژه هنگامی که انجام آن موجب آسیب روانی می‌شود (۱۲).

در نظریه پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که اجتناب تجربه‌ای، یکی از عوامل مهم در بدتنظیمی هیجانی، سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی به شمار می‌رود (۳۹) و از آن‌جا که ارتباط معنی‌داری با اضطراب، افسردگی، هیجانات منفی و مشکلات بین فردی دارد (۴۰)، منطقی است افرادی که اجتناب تجربه‌ای بیشتری را تجربه می‌کنند، اضطراب، افسردگی، ناراحتی عاطفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر و مشکلات بین فردی بیشتری را نشان دهند. این یافته که اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده مشکلات بین فردی می‌باشد، با نتایج مطالعه Gerhart و همکاران (۱۴) همخوانی داشت.

مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش ACT و تلفیقی از فرمول‌بندی مبتنی بر طرحواره‌ها از طریق توضیح و آگاه کردن افراد نسبت به طرحواره‌های ناکارامد بین فردی و تأثیر آن‌ها در روابط، فرایند ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال و پذیرش هر آنچه در لحظه احساس می‌شود، فاصله گرفتن از افکار و باورهای ناکارامد به جای همجوشی با آن‌ها و همچنین، تشویق افراد به زندگی مبتنی بر ارزش‌های خود می‌تواند برای بهبود روابط بین فردی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای مفید و مؤثر واقع شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از جنس مؤنث به عنوان نمونه، اندازه کوچک نمونه و عدم پیگیری اشاره نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از گروه‌های بزرگ‌تر، دوره پیگیری و گروه درمانی برای هر دو جنس استفاده شود. همچنین، با توجه به اهمیت روابط بین فردی در دوران دانشجویی که دوره حساس و مهمی تلقی می‌شود، ضروری به نظر می‌رسد که این تحقیق در نقاط دیگر کشور با نمونه‌های متنوع‌تری انجام بگیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد به شماره ۹۴۳۵ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. بدین وسیله از مسؤولان دانشگاه، دانشجویان و کلیه کسانی که در روند انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 885-92.
2. Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1993; 61(4): 549-60.
3. McKay M, Lev A, Skeen M. Acceptance and Commitment Therapy for Interpersonal Problems: Using Mindfulness, Acceptance, and Schema Awareness to Change Interpersonal Behaviors. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2012.
4. Lipsitz JD, Markowitz JC. Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). Clin Psychol Rev 2013; 33(8): 1134-47.
5. Horowitz LM, Vitkus J. The interpersonal basis of psychiatric symptoms. Clin Psychol Rev 1986; 6(5): 443-69.
6. Bolger N, DeLongis A, Kessler RC, Schilling EA. Effects of daily stress on negative mood. J Pers Soc Psychol 1989; 57(5): 808-18.
7. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, DC: The Association; 2000.
8. Markey P, Markey C, Nave C, August K. Interpersonal problems and relationship quality: An examination of gay and lesbian romantic couples. J Res Pers 2014; 51: 1-8.
9. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. Behav Res Ther 2006; 44(9): 1301-20.
10. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol 1996; 64(6): 1152-68.
11. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther 2011; 42(4): 676-88.
12. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.
13. Myler CJ. Increasing psychological flexibility regarding interpersonal conflict between religious beliefs and attitudes towards sexual minorities: An acceptance and commitment therapy (act) intervention [Thesis]. Logan, UT: Utah State University; 2013.
14. Gerhart JI, Baker C, Hoerger M, Ronan GF. Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. J Contextual Behav Sci 2014; 3(4): 291-8.
15. Levenson H. Time-limited dynamic psychotherapy: An integrative perspective. In: Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP, Editors. The art and science of brief psychotherapies: An Illustrated guide. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2012. p. 195-237.
16. Klerman GL, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy. Lanham, MD: Jason Aronson, Incorporated; 1994.
17. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. Behav Res Ther 2004; 42(5): 487-99.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

18. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change. New York, NY: Guilford Press; 2011.
19. Ruiz FJ. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2010; 10(1): 125-62.
20. Ost LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther 2014; 61: 105-21.
21. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2012.
22. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features CBT distinctive features. London, UK: Routledge; 2010.
23. Ciarrochi J, Godsell C. Mindfulness-based emotional intelligence: Research and training. In: Sala F, Druskat VU, Mount G, Editors. Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006. p. 21-52.
24. Ozsaker M, Muslu GK, Kahraman A, Basbakkal Z. A study on the effects of loneliness, depression and perceived social support on problematic internet use among university students. Anthropologist 2015; 19(2): 533-42.
25. Gullo S, Lo Coco G, Salerno L, La Pietra F, Bruno V. A study of personality subtypes in treatment seeking obese patients. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome 2013; 16(2): 85-92.
26. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. Br J Clin Psychol 1996; 35 (Pt 1): 21-35.
27. Fath N, Azadfallah P, Rasoolzadeh Tabatabaee K, Rahimi CH. Validity and reliability of the inventory of interpersonal problems (IIP-32). Journal of Clinical Psychology 2013; 5(3): 69-80. [In Persian].
28. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RC, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. Psychol Rec 2004; 54(4): 553-78.
29. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. Journal of Psychological Models and Methods 2013; 3(10): 65-80. [In Persian].
30. Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, Besharat MA. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students With Social Anxiety Disorder. Glob J Health Sci 2015; 8(3): 131-8.
31. Lev A. A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and Schema Therapy in the treatment of interpersonal disorders: A randomized controlled trial [PhD Thesis]. Berkeley, CA: The Wright Institute; 2011.
32. Fletcher L, Hayes SC. Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. J Ration Emot Cogn Behav Ther 2005; 23(4): 315-36.
33. Harris R. The happiness trap: Stop struggling, start living. Wollombi, Australia: Exisle Publishing; 2013.
34. Dekeyser M, Raes F, Leijssen M, Leysen S, Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behaviour. Pers Individ Dif 2008; 44(5): 1235-45.
35. O'Donohue WT, Fisher JE. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2009.
36. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. Behav Res Ther 2007; 45(11): 2764-72.
37. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JR. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. Rev Int Psicol Ter Psicol 2006; 6(3): 397-416.
38. Leahy RL, Tirch DD, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2011.
39. Kingston J, Clarke S, Remington B. Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. Behav Modif 2010; 34(2): 145-63.
40. Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. J Anxiety Disord 2010; 24(5): 528-34.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students

Mohadeseh Norouzi[1], Fatemeh Zargar[2], Hossein Akbari[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Acceptance and commitment therapy (ACT) is a novel method for resolving interpersonal problems. The aim of the present study was to determine the effectiveness of ACT on interpersonal problems and experiential avoidance among female students with interpersonal problems.

Methods and Materials: In this convenience clinical trial, the study population consisted of all female students in the Islamic Azad University of Gorgan, Iran, in the fields of nursing, midwifery, laboratory sciences, management, law, accounting, and architecture. The participants consisted of 66 individuals selected via purposive sampling. The study population was randomly categorized into intervention (ACT group) and control groups. The intervention consisted of 10 90-minute ACT sessions, which were held by a trained clinical psychologist according to a study by McKay, Lev, and Skeen (2012). The data collection tools included two short-form questionnaires, i.e., the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) and Acceptance and Action questionnaire (AAQ-II). Pretest and posttest scores were analyzed using ANCOVA

Findings: After controlling of pretest scores, a significant difference was observed between the groups in terms of the average scores of interpersonal problems ($P < 0.001$) and experiential avoidance ($P < 0.001$) in the posttest.

Conclusions: Based on the findings, ACT can be effective on improvement of interpersonal problems and experiential avoidance.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Interpersonal relations, Avoidance behavior, Students

Citation: Norouzi M, Zargar F, Akbari H. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 168-74.

Received: 04.05.2017 Accepted: 01.07.2017

1- Department of Clinical Psychology, School of Medical Sciences, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2- Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
Corresponding Author: Fatemeh Zargar, Email: fatemehzargar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.5.6]