

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به اضطراب شهر اهواز

The effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on psychological well-being of people with anxiety in Ahvaz

Erfan Safdarinia

bachelor of general psychology, Azad University of Ahvaz, Iran.

Nastaran Igder

bachelor of general psychology, Azad University of Ahvaz, Iran.

Azita Javadifard

bachelor of general psychology, Azad University of Ahvaz, Iran.

Davood Hayati (Corresponding author)

PhD student of human resource management, NISOC, Ahvaz, Iran.

Email: david.hayati@gmail.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and reality therapy on psychological well-being of people with anxiety in Ahvaz.

Method: The population was included of all people with anxiety who were referred to psychological therapeutic clinics in Ahvaz in year 2020. The sample consisted of 45 people who were selected through purposeful method and assigned into 3 groups (2 experimental groups of ACT and reality therapy and one control group). Research design was pretest-posttest with control group. Ryff (1989) questionnaire of psychological well-being was conducted to gather the data. Intervention of acceptance and commitment therapy and reality therapy was performed during 8 sessions and 10 sessions (120 minutes), respectively. Data analysis was done via SPSS-23. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy had more effectiveness on psychological well-being than reality therapy.

Conclusion: anxious people have low quality of life and psychological well-being which can modify it through psychotherapy. Acceptance and commitment therapy is one of the effective therapies among them.

Keywords: acceptance and commitment therapy, reality therapy, psychological well-being, anxiety.

عرفان صفدری نیا

کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران

نسترن ایگدر

کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران

آزیتا جوادی فرد

کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران

داود حیاتی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، شرکت ملی مناطق نفت خیز جنوب، اهواز، ایران.

Email: david.hayati@gmail.com

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به اضطراب شهر اهواز بود. **روش:** جامعه آماری این پژوهش، افراد مبتلا به اختلال اضطراب بودند که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک های درمانی روان شناختی شهر اهواز مراجعه کرده بودند که با روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایشی پذیرش و تعهد، و واقعیت درمانی، و یک گروه گواه) قرار گرفتند. طرح پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه و واقعیت درمانی طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای اجرا گردید.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس در نرم افزار SPSS-23 انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی در مراجعین مبتلا به اضطراب تاثیر بهتری داشت. **نتیجه گیری:** افراد مبتلا به اضطراب کیفیت زندگی و بهزیستی پایتتری دارند که برای بهبود این وضعیت باید از درمان های روانشناختی بهره گرفت که در میان این درمان ها، روش مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بالاتری دارد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی، بهزیستی روان شناختی، اضطراب

مقدمه

اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی است و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود (مولر-پیتزler، گازولا و کیسرز، سومر، جانسون، فراسل و کراج، ۲۰۱۵) که اغلب بر کنش‌های عاطفی افراد تاثیر می‌گذارد (هیگامک میلان، فرانسیس، ریس و کوریتا، ۲۰۱۶). اضطراب پدیده‌ای روان‌شناختی است که همگان با آن آشنا هستند و در ابعاد آسیب‌شناسی روانی نیز شایع‌ترین اختلالات روانی را شامل می‌گردد (عبداله زاده، باقرپور، بوقمهرانی و لطفی، ۱۳۸۹). فرد مبتلا به اضطراب، مدام دچار دلشوره و نگرانی است و فاکتورهای متفاوت روانی از جمله کیفیت زندگی و سلامت روانی وی شدیداً تحت تاثیر قرار می‌گیرد. از جمله محدودیت‌های اجتماعی و روانی ناشی از ابتلا به اضطراب، بهزیستی روانشناختی است. با ظهور روانشناسی مثبت‌نگر، این شگفت‌آور نیست که جنبه‌های مثبت بهداشت و سلامت در روانشناسی سلامت شغلی، طرفداران بیشتری پیدا کند. یکی از این جنبه‌های مثبت، بهزیستی روانشناختی است. مبحث سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی و شغلی کشیده شده است (نی، چوا، یونگ، رایان و چان^۱، ۲۰۱۵). در راستای تعریف این سازه مفهومی باید گفت که شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر بدست می‌آیند و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شوند (رایان، ۲۰۱۵). عبارت دیگر، بهزیستی روانشناختی به درجه‌ای که فرد کارکرد روانشناختی بهینه‌ای را تجربه می‌کند اطلاق می‌گردد. سلامت روان شناختی به طور گسترده به عنوان توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی و ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و دست‌یابی به سرسختی روان‌شناختی تعریف شده است. روان‌شناسان مثبت‌گرا معتقدند به جای تاکید صرف بر آسیب‌شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود رنج، بیماری تا شکوفایی بهزیستی و شادمانی بود. با توجه به مشکلات روانشناختی که افراد مبتلا به اضطراب تجربه می‌کنند که پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی را به همراه دارد این افراد در معرض آسیب‌های روانی بیشتری قرار دارند و نیازمند آموزش‌های ویژه می‌باشند تا بتوانند نیازهای خاص خود را برآورده سازد. یکی از این درمان‌ها و مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ از جمله مداخله‌های نسل سوم روان‌شناختی و مبتنی بر هوشیاری فراگیر (حضور ذهن) است که افراد را تشویق می‌کند تا احساسات و هیجانات منفی خود را که به عنوان مانعی برای شرکت در برنامه‌های درمانی محسوب می‌گردند، تجربه و مدیریت نمایند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دست‌یابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند. تمایل برای تجربه هیجانات ناخوشایند و اجتناب کردن از آنها فرایند اساسی و کلیدی در این شیوه درمانی است. در طی آن، به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. ریف بهزیستی روان‌شناختی را بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی

¹ Nie, Chua, Yeung, Ryan, Chan

² Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

توانمندی های انسانی مفهوم سازی کرده و خاطر نشان کرد که این دیدگاه در بر دارنده ملاک های مشابه و مکمل سلامت روان شناختی مثبت هستند. بر اساس الگوی ریف بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل تشکیل می شود که عبارت است از پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی) خود مختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی) زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن) رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۹). در واقع میتوان گفت بهزیستی روان شناختی مستلزم درک چالش های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روان شناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش های وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت به توسعه انسانی، دنبال نمودن اهداف معنا دار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران تاکید دارد (کیز^۱، شوموتیکین^۲ و ریف، ۲۰۰۲).

پژوهش های متعددی دال بر وجود رابطه بین پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان شناختی موجود می باشند که از آن جمله می توان به اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علایم افسردگی (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی نسبت به درد (قومیان و نصیری، ۱۳۹۵)، کاهش کلی علایم اضطراب فراگیر (علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵)، افزایش تاب آوری و سطح امید به زندگی (متین فر و عابدی، ۱۳۹۵) اشاره نمود.

درمان دیگری که در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامتی افراد مبتلا به اضطراب می تواند تاثیر گذار باشد، واقعیت درمانی است که اثربخشی آن در گروه های جمعیتی گوناگون به اثبات رسیده است. واقعیت درمانی یکی از جدید ترین تلاش های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری، چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. گلاسر، بنیانگذار این رویکرد، معتقد است هر فردی هویتی دارد که به وسیله آن احساس موفقیت و یا عدم موفقیت نسبی می کند. وی هویت را آن تصویری می داند که فرد از خود دارد. هویت یابی ابتدایی تمام افراد با هویت توفیق آغاز می شود، اما مقارن با سن ۴ یا ۵ سالگی، که همزمان با سن مدرسه رفتن است، هویت شکست هم ظاهر می گردد، زیرا در این سن است که فرد به ایجاد و توسعه مهارت های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکر می پردازد و اگر نتواند ارزیابی درستی از خود داشته باشد و فقط به ارزیابی دیگران توجه کند، هویت شکست در او شکل می گیرد. رفتار نیز مؤلفه ای از رویکرد واقعیت درمانی است که در آن بر تغییر زندگی از طریق تغییر رفتار تأکید می شود و بیماران باید تشخیص دهند که چه رفتارهایی برای آنها مؤثر و چه رفتارهایی زیان بخش هستند؛ این امر به معنای کشف کلیت رفتار می باشد (فرمانی، تقوی، فاطمی و صفوی، ۲۰۱۵). در این شیوه، مواجهه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق مورد تأکید است (ووبولدینگ و گلاسر^۳، ۲۰۰۳). واقعیت درمانی بر حل مشکلات و کنار آمدن با واقعیت جامعه از طریق انتخاب موثر متمرکز بوده و در این مکتب توجه زیادی به تغییرات رفتاری افراد برای بر آوردن نیازهای آنها دارند. انسانها می توانند

¹ Keyes

² Shomotikin

³ Wubbolding & Glasser

از طریق به تجربه در آوردن نیازها و خواسته‌های خود کیفیت زندگی را بهبود ببخشند و رشد کنند (پروچسکا و نارکروس^۱، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱).

تحقیقات گوناگونی به صورت جداگانه تاثیر این دو پروتکل درمانی را بر روی بهزیستی روانشناختی در جوامع مختلف نشان داده‌اند. برای مثال؛ پژوهشگران در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی تاثیر داشته‌اند (عظیمی فر، فاتحی زاده، بهرامی، احمدی و عابدی، ۲۰۱۶). در پژوهش دیگری نشان داده شد که مداخلات مبتنی بر واقعیت درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی کارکنان به طور معناداری تأثیر دارد (علّا توکلی روزبهرانی، حیدری و داودی^۲، ۲۰۱۷). در مطالعه ای محققان به این نتیجه رسیدند که در گروه آزمایشی ترکیبی دارای اضطراب و افسردگی نسبت به دیگر گروه‌ها، پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر واقع شده است (حیدری، مصفی، جعفری، حسن سادات و شهید، ۲۰۱۸). در مطالعه دیگری به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر چشمگیری بر روی علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران سکتی ای دارد (سیانتوری، کلیات، وردانی^۳، ۲۰۱۸). محققان در طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش روان‌شناختی اعضای خانواده، خود برچسب زنی و افسردگی زنان خانه دار دچار ایدز را کاهش داده‌اند (سویانتی تیتی، کلیات بودی و داولیمای نوی^۴، ۲۰۱۸). پژوهشگران در مطالعه ای یافتند که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر روی روابط بین فردی و در کل سلامت روان آموزش دیدگان بهتر از قبل از دوره آموزش شده است (لوچک، بوتراک، پوساوک، ماراس، کرانزلیچ و باکوویچ^۵، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های زیادی در ایران در مورد افراد مبتلا به اضطراب انجام گرفته است ولی تحقیقات بیشتر به یک شیوه درمان اشاره داشته‌اند. همین موضوع یکی از دلایل انجام این پژوهش بود. از سویی؛ وجود رابطه بین هرکدام از این متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک و تأثیرگذاری آنها و یا متغیرهای دیگر مورد توجه بوده است. در این پژوهش، محقق به دنبال پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که آیا بین تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به اضطراب شهر اهواز تفاوت وجود دارد؟ و نیز، کدام روش درمانی بر روش دیگر ارجح است؟

روش

پژوهش حاضر یک کارآزمایی آموزشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. جامعه هدف، شامل تمامی افراد مبتلا به اضطراب بودند که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های درمانی روانشناختی شهر اهواز مراجعه کرده بودند. از جامعه مورد نظر به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی، و یک گروه گواه) قرار گرفتند. البته می‌توان در چنین مطالعاتی بر اساس فرمول کوکران و در نظر گرفتن خطای نوع اول و دوم و تفاوت میانگین مورد انتظار در گروه‌های مطالعه، حجم نمونه برابر با ۱۲ نفر به عنوان نمونه استفاده کرد که محقق به دلیل توجه به فاکتور اندازه اثر، افت آزمودنی‌ها و ماهیت تحقیق به سه

¹ Prochaska & Norcross

² Alla Tvakoli Rozbahani, Heydari, Davoodi

³ Sianturi, Keliat, Wardani

⁴ Suyanti Titi, Keliat Budi, Daulima Novy

⁵ Lojk, Butorac, Posavec, Maras, Kranželić, Baković

گروه ۱۵ نفر در هر گروه را انتخاب کرد. معیار ورود به مطالعه تایید اضطراب با استفاده از آزمون بک بود. بدین ترتیب که این آزمون توسط پژوهشگران بر روی افراد اجرا و کسانی که نمره ۲۶ یا بالاتر از مجموع ۸۴ نمره این آزمون را کسب کردند، وارد مطالعه شدند. ورود به پژوهش کاملاً اختیاری و بر اساس رضایتمندی و تمایل به حضور بود. معیار خروج نیز عدم رضایت شرکت کننده در هر یک از مراحل پژوهش یا دارا بودن اختلال دیگری غیر از اضطراب بود که بصورت خودگزارشی و در قالب یک سوال کلی از شرکت کننده پرسیده می شد. همچنین جهت رعایت اخلاقیات، اصل محرمانگی برای کلیه آزمودنی ها تشریح و به ایشان اطمینان لازم داده شد. پس از امضای رضایت نامه کتبی، پیش آزمون اجرا و پس آزمون نیز در پایان مداخلات انجام گرفت. دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری ارائه شد. طی این دو ماه، گروه های آزمایش هیچ نوع مداخله ای دریافت نکردند. بدین شکل، دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز، واقعیت درمانی به عنوان متغیرهای مستقل اعمال گردید تا تاثیر آنها بر بهزیستی روانشناختی نمونه مورد مطالعه بررسی و نقش درمان موثرتر، مشخص گردد.

ابزار

برای سنجش بهزیستی روانشناختی از مقیاس بهزیستی روانی ریف استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روانی ریف. ریف (۱۹۸۹) برای سنجش مدل نظری خود، در مورد بهزیستی روانی، یک ابزار خود گزارشی تهیه کرد که از مهمترین سنجه های بهزیستی روانی به شمار میرود. نخستین نسخه این ابزار دارای ۱۲۰ سوال بود. در سالهای بعد براساس پژوهش هایی که روی ویژگی های روان سنجی آن انجام شد، نسخه های کوتاهتر ۴۰، ۴۴، ۴۲، ۲۴، ۱۸، ۱۴، ۹ و ۳ سئوالی تدوین شد. ریف خود معتقد است که نسخه ۸۴ سئوالی آزمون در مقایسه با سایر نسخه ها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روانی دارد. او نسخه ۸۴ سئوالی را در سال ۱۹۸۹ تدوین نمود. در نوشتار ۸۴ سئوالی برای هر عامل ۱۴ سوال اختصاص یافته است. این عوامل شامل خویشتن پذیری، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدف در زندگی و خود پیروی هستند. ضمن اینکه مجموع نمرات این شش عامل نیز به صورت نمره کلی بهزیستی روانی محاسبه می شود (ریف و کیز، ۱۹۹۵). در ایران، بیانی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی نسخه ۸۴ سئوالی را روی نمونه ای از دانشجویان بررسی کردند. پایایی از طریق بازآزمایی، ضریب به دست آمده برای نمره کلی را ۰/۸۲، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، پذیرش خود ۰/۷۱، تسلط بر محیط ۰/۷۷، خود پیروی ۰/۷۸، هدف مندی در زندگی ۰/۷۰، و رشد شخصی را ۰/۷۸ نشان داد. جهت بررسی روایی نیز از آزمون های رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و عزت نفس روزنبرگ استفاده شد و همبستگی نمرات این آزمونها با بهزیستی روانی، به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نمره کلی بهزیستی روانشناختی مد نظر قرار داشت که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماري SPSS-23 و روش های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره و تحلیل اندازه های تکراری و آزمون های تعقیبی جهت تعیین تفاوت استفاده گردید. همچنین، سطح معنی داری برای آزمون ها نیز $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

روش اجرا

گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) بصورت گروهی پروتکل درمانی را دریافت نمودند. محتوای جلسات در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

شماره جلسه	شرح جلسه
۱	آشنایی گروه با یکدیگر، تکمیل پرسشنامه‌ها توسط اعضای گروه، سنجش و مفهوم سازی، تکمیل مفهوم سازی و تعریف ذهن و افکار، جایگاه ذهن و دنیای درون و بیرون، روشن سازی تفاوت ذهن و واقعیت از طریق کاربرد تمثیل
۲	ایجاد درماندگی خلاق، تمثیل بیلچه و دادن تکلیف مربوط به این تمثیل به شرکت کنندگان
۳	کنترل، مساله است نه راه حل. شرح اینکه کنترل در دنیای بیرونی موثر است اما در دنیای درون مساله ساز است و ارائه تمثیل‌های مربوطه
۴	توضیح مفاهیم (الف) آغوش باز (ب) تمرکز (ج) اشتیاق و اینکه این مفاهیم شیوه برخورد سالم با دنیا است. اجرای گروهی برای بسط مفهوم گسلش.
۵	تعریف رنج پاک و چگونگی ایجاد رنج ناپاک، استفاده از تمثیل و بحث گروهی در مورد آن، استفاده از استعاره برای روشن سازی مفهوم ارزش و تفاوت آن با اهداف، نقص آمیختگی‌ها در مسیر ارزش‌ها، ارائه تکلیف جهت تعیین اهداف و چگونگی برنامه ریزی جهت رسیدن به آنها
۶	بررسی ارزش‌های فردی افراد در بحث گروهی، بررسی مجدد مفاهیم آمیختگی و گسلش از زبان اعضای گروه.
۷	تعریف انواع خود و خود مفهوم سازی شده با استفاده از استعاره مربوطه، از افراد خواسته شد به منظور عمق بخشیدن به مفهوم گسلش قراردادهای ذهنی خود را بیان کنند. تماس با لحظه حاضر، بحث گروهی در مورد قراردادهای ذهنی افراد و اینکه آیا توانسته‌اند این قراردادها را لغو کنند یا خیر؟
۸	بسط مجدد مفهوم پذیرش و روشن سازی عمل متعهدانه که همان گام برداشتن شخص در جهت مسیر ارزشهای او میباشد. بحث گروهی و تکمیل پرسشنامه‌ها

به همین منوال، در جدول ۲، پروتکل واقعیت درمانی نشان داده شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات پروتکل واقعیت درمانی

شماره جلسه	شرح جلسه
۱	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضا با گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه
۲	شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آنها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها.
۳	دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد اشتغال و زندگی مشترک فعلی شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی
۴	توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به طور غیر مستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد.
۵	تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهای شان چه کمکی می‌تواند بکند.
۶	دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناخت رفتار و احساس کنونی شان، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تاکید بر کنترل درونی نسبت به اشتغال
۷	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آنها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند.
۸	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریعتر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک
۹	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیفی هرچند کوچک، بر مبنای افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و پذیرفتن هیچگونه عذر و بهانه
۱۰	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تاکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌شود.

یافته‌ها

از بین ۴۵ شرکت کننده در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قبل و بعد آموزش با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سن آزمودنیها در گروه درمان

پذیرش و تعهد ۳۶/۳ با انحراف استاندارد ۴/۴۷، در گروه واقعیت درمانی ۳۸/۸۷ انحراف استاندارد ۵/۳۴ و در گروه گواه ۳۷/۴ با انحراف استاندارد ۴/۸۸ بود که دامنه سنی از ۳۰ تا ۵۱ سال را شامل میشد. توزیع جنسیتی شرکت کنندگان به قرار جدول ۳ است.

جدول ۳. فراوانی و درصد جنسیت اعضای نمونه در سه گروه

جنسیت	فراوانی		درصد	
	مرد	زن	مرد	زن
گروه ACT	۹	۶	۶۰	۴۰
گروه واقعیت درمانی	۷	۸	۴۶/۶	۵۴/۴
گروه گواه	۹	۶	۶۰	۴۰

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روانشناختی در سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بعد از دو ماه مداخلات را نشان می دهد.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روانشناختی در سه گروه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	درمان پذیرش و تعهد		واقعیت درمانی		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۲۵۱/۳۰	۲۱/۱۴	۲۴۹/۶۷	۱۹/۱۹	۲۷/۱۸
	پس آزمون	۳۸۱/۴۷	۲۶/۷۶	۳۷۰/۳۸	۲۵/۶۷	۲۹/۷۶
	پیگیری	۳۵۶/۶۴	۲۵/۵۶	۳۴۳/۳۳	۲۶/۳۳	۲۷/۸۵

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس متغیرهای مستقل را نشان می دهد که بیانگر اثربخشی هر یک از گروه ها در زمینه درمان و نیز تفاوت انواع درمان است.

جدول ۵. نتایج تحلیل اندازه گیری تکراری و آزمون بین گروهی نمره های بهزیستی روانشناختی در گروه های مورد مطالعه

منبع تغییرات	وضعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معنی داری
درون گروهی	مراحل	۹۰۰/۹۸	۱	۹۰۰/۹۸	۲۳/۳	۰/۰۰۰۱
بین گروهی	مداخله	۳۱۸۳/۴۵	۲	۱۵۹۱/۷۶	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱
تعامل	مراحل * مداخله	۴۲۷۲۴/۲۳	۲	۲۳۰۱/۴۵	۲۰۹/۵۴	۰/۰۰۰۱
خطا		۱۲۹۶/۵۴	۴۲	۳۰۹/۶۷		

نتایج به دست آمده از تحلیل اندازه گیری تکراری و آزمون بین گروهی نمره های بهزیستی روانی در گروه های مطالعه نشان می دهد که تفاوت میان نمره های بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). علاوه بر این، نتایج آزمون بین گروهی نشان می دهد که تفاوت میان گروه ها از نظر آماری معنادار است. بنابراین؛ می توان وجود اختلاف بین گروه های مورد مطالعه را در پس آزمون و پیگیری در نمره های بهزیستی روانشناختی را پذیرفت. همچنین، نتایج آزمون توکی حاکی از تفاوت معنی دار پس آزمون دو گروه مداخله با هم بود ($P < 0/05$ ، $F = 18/24$). با توجه به نمره بالاتر گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه میانگین بهزیستی روانشناختی، میتوان نتیجه گرفت که این درمان، بر روی بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به اضطراب به میزانی بهتر از واقعیت درمانی عمل می کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی مقایسه ای اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به اضطراب بود. نتایج به دست آمده، در بهزیستی روانشناختی بین گروه تعهد و پذیرش با گروه واقعیت درمانی از نظر آماری تفاوت معنا داری وجود داشت. بدین صورت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی افراد مبتلا به اضطراب موثرتر می باشد. به عبارت دیگر نتایج نشان می دهد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در افزایش بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به اضطراب موثر هستند. اما اثر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از واقعیت درمانی است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵)، حیدری و همکاران (۲۰۱۸)، سیانتوری و همکاران (۲۰۱۸) و لوجک و همکاران (۲۰۱۸) هم راستا است.

دلیل اینکه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به اضطراب اثری بیشتر داشته اند این است که مولفه های این دو پروتکل در جلسات تعیین شده دارای ساختارها و مفاهیم بهداشت روانی بوده که می‌توانند بهزیستی روان شناختی را بالاتر برده و حتی در طول زمان تداوم داشته باشد (حاجی کرم، قمری و امیری مجد، ۱۳۹۸).

باتوجه به اهمیت و ارزش سطح بهزیستی روانشناختی، آموزش چنین مهارت‌هایی به افراد مبتلا به اضطراب، تاثیر به سزایی دارد که باعث تغییر اهداف متناسب با مشکل می شود. داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت یابی و هدفمندی، مبنای سلامت روانی به شمار می رود. در این راستا به نظر می رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدف‌مندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی رها می کند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک فرد می گردد. در الگوی واقعیت درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به هدف‌های‌شان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند؛ به عبارتی موجب افزایش بهزیستی روانشناختی می گردد.

در نظریه پذیرش و تعهد درمانی که اینجا لحاظ شد، به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید، به فرد کمک می‌کند تا هیجانانگیز و شناخت‌های کنترل شده خود را در محیط پذیرفته و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده، خلاص نماید و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. می‌توان بیان کرد که بهزیستی روانشناختی زمانی به وجود می‌آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص داده و به رشد شخصی برسد. یعنی برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشد کند. در واقع؛ فرد به طور مداوم در کارها درگیر می‌شود تا مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنای توانایی فرد برای مدیریت زندگی وی است. با این توصیف فردی که حس تسلط بر محیط دارد، می‌تواند در جنبه‌های

مختلف محیط مداخله کرده، تغییر دهد و ارتقا بخشد. ویژگی پذیرش و تعهد آن است که آدمی را نسبت به ریشه‌های مشکل شخصی‌اش و مکانیزم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌کند و بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به وی امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش سلامت و بهزیستی انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی مشکل فکر کند و فردیت خود را بیابد. اما واقعیت درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به کارکنان می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آنها نه در اتفاقات گذشته زندگی است، بلکه در دستان خود آنهاست و آنها می‌توانند آینده خود را همان گونه که دوست دارند رقم بزنند.

باتوجه به اینکه یادگیری، تغییرات نسبتاً پایدار در رفتار است و پایداری نیز یکی از ویژگی‌های یادگیری است، پس رفتارهای آموخته شده بر اثر یادگیری به سرعت از بین نمی‌روند و وقتی فرد مهارت تصمیم‌گیری صحیح را آموخت و تجاربش را بالا برد، نمی‌تواند به رفتار قبل از آن بازگشت کند. بلکه در هر شرایطی سعی می‌کند از مهارت‌های آموخته شده بهره‌گیرد. لذا طبیعی است که نتایج به دست آمده پایدار باشند و نتیجه این بین‌پایداری و اثر بخشی الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی در کاهش افراد مبتلا به اضطراب در طول زمان وجود دارد.

پژوهش حاضر عاری از محدودیت نبوده و مهم‌ترین آن‌ها محدود بودن جامعه تحقیق به جامعه افراد مبتلا به اضطراب کلینیک‌های درمانی شهر اهواز بود که در نتیجه امکان تعمیم‌پذیری داده‌ها باید با احتیاط صورت گرفت. لذا جهت مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود تا نمونه‌های بزرگتر، در سایر شهرها و بر روی افراد متفاوت دیگر به منظور دستیابی به نتایج گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کارشناسانی که در جمع‌آوری اطلاعات نقش داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود نداشته است.

منابع

- پروچسکا، ج. و نارکروس، ج. (۲۰۱۳). نظریه های روان درمانی: تحلیل میان نظری. ترجمه یحیی سیدمحمدی، (۱۳۹۸). تهران: انتشارات روان.
- حاجی کرم، آ.، قمری، م. و امیری مجد، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت درمانی بر تعارض کار-خانواده و بهزیستی روانی زنان متاهل شاغل با اثر ماندگاری. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره بیست و چهارم. صص. ۲۰-۳۳.
- عبداله زاده، ح.؛ باقرپور، م.؛ بوقمهرانی، س.؛ و لطفی، م. (۱۳۸۹). هوش معنوی (مفاهیم، ابزار و کاربرد). تهران: انتشارات روانسنجی.
- عظیمی فر، س. فاتحی زاده، م. بهرامی، ف. احمدی، ا. و عابدی، ا. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی شهر اصفهان : یک پژوهش مورد منفرد. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. دوره سوم شماره ۲، صص. ۵۶-۸۱.
- Alla Tvakoli Rozbahani H, Heydari H, Davoodi H. The effectiveness of Reality Therapy Group on Psychological quality of life of the Didan conference participants in Kalame Zنده research center. Forth international conference recent innovation in psychology, counselling & behavioral sciences. 2017 Jul, 13, Tehran: Iran.
- Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). IJABS journals 2015; 2: 33-8.
- Heydari M, Masafi S, Jafari M, Hassan Saadat S, Shahyad S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of razi psychiatric center staff. Open Access Maced J Med Sci. 2018; 6: 410-15.
- Higa-Mcmillan, C.K., Francis, S.E., Rith-Najarian, L., Chorpita, B.F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. Journal of clinical child and Adolescent Psychology. 45(2): 91-113.
- Keyes, C.L., Shomotikin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing Well-being the empirical encounter of two traditions. J Personal Soc psychol; 82: 1007 -22.
- Lojk L, Butorac D, Posavec M, Maras T, Kranželić V, Baković A. Reality therapy training efficiency in helping participants to better their relationships & improve their psychological wellbeing. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy 2018; 31:111-21.
- Muller-Pinzler, L., Gazzola, V., Keysers, C., Sommer, J., Jansen, A., Frassle, S., Krach, S. (2015). Neural path way of embarrassment and their modulation by social anxiety. Neuroimage. 119(1): 252-261.
- Nie Y, Chua BL, Yeung AS, Ryan RM, Chan WY. The importance of autonomy support and the mediating role of work motivation for wellbeing: Testing self-determination theory in a Chinese work organization. Int J Psychol 2015;1; 50: 245-55.
- Ryan LH. Subjective Well Being. The Encyclopedia of Adulthood and Aging. Wiley-Blackwell. 2015:1003-21.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or it is explorations on the meaning of psychological wellbeing. J Personal Soc psychol; 57: 1069-81.
- Glasser, W. & Wubbolding, R. E (2003). Reality therapy. Retrieved from <http://www.thomsonedu.com/>.
- Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. Enfermería Clínica. 2018; 28: 94-7.
- Suyanti Titi S, Keliat Budi A, Daulima Novy HC. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. Enferm Clin 2018; 28: 98-101.