

اثر بخشی آموزش ACT بر افزایش کیفیت زندگی و نشانگان اضطراب اجتماعی

در بین ورزشکاران پرس سینه

مهسا اکبری ۱ و احد آهنگر ۲

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی اهر

۲ عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی شبستر

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در بین ورزشکاران پرس سینه شهر تبریز انجام شد. این پژوهش از نوع طرح های نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش، ورزشکاران پرس سینه شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند، که با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از ورزشکارانی که نمره پایینی با توجه به نقطه برش از کیفیت زندگی و نمره بالایی از اضطراب اجتماعی داشتند انتخاب گردید و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت آموزش پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در نهایت اطلاعات با استفاده از کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در ورزشکاران پرس سینه می شود ($P < 0/01$). در نتیجه پیشنهاد می گردد که در جامعه ورزشکاران پرس سینه که تحت فشار روانی هستند از آموزش پذیرش و تعهد برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب اجتماعی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، اضطراب اجتماعی، پرس سینه.

مقدمه

در طی سالهای اخیر پژوهش در زمینه بررسی سلامت روان در ورزشکاران مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه بررسی وجود سایکوپاتولوژی در ورزشکاران انجام نشده است. علی رغم تصور مصون بودن ورزشکاران نسبت به مشکلات روانی و به خصوص اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی، این افراد در برابر مشکلات روانی ایمن نیستند و دخالت ترکیبی از عوامل روانی، اجتماعی و زیست شناسی در بروز این اختلال مطرح می باشد. یکی از دغدغه‌های اصلی محققان علوم ورزشی، پیدا کردن راهکارهایی جدید برای افزایش سطح عملکرد ورزشکاران و به خصوص ورزشکاران پرس سینه می باشد. در سال های اخیر جهت دستیابی به این مهم از روشها و آموزش های مختلفی استفاده شده است، که یکی از آنها آموزش پذیرش و تعهد می باشد. تاکنون بزرگ‌ترین پیشرفت در زمینه شناخت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ در سال ۲۰۰۵ اتفاق افتاده است، زمانی که استیون هایز اولین کتاب ACT با عنوان "از ذهن خود خارج شده و وارد مطلبی در زمینه ACT نوشت. اگرچه ACT برای مؤسسات انتشاراتی مهم نسبتاً تازه‌وارد است، اما این موضوع از ابتدای ۱۹۸۰ با مباحثاتی که در درجه اول بین دانشگاهیان صورت گرفت و تحقیقاتی مقدماتی که در مجلات دانشگاهی و جلسات حرفه‌ای عنوان می‌شد، مطرح بود. اما تا سال ۲۰۰۷، بیش از ده‌هزار متخصص بهداشت روان آموزش‌های ACT را دریافت کردند و بیش از صد مطالعه تجربی به چاپ رسیده است. این مطالعات تأثیر فرآیندهای ACT و کاربرد آن را در درمان مشکلات بهداشت روان بررسی کرده و نظریه چارچوب ارتباطی و مدل اصلی زبانی و شناختی زیربنای ACT را مورد کاوش قرار دادند. این مطالعات ادامه دارد و نتایج بررسی‌های اولیه، از سودمندی ACT در درمان دامنه وسیعی از مشکلات بالینی حمایت می‌کند.

فرضیه های پژوهش

آموزش ACT بر افزایش کیفیت زندگی و مولفه هایش در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد.
آموزش ACT بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد.

تعاریف مفهومی

کیفیت زندگی: ادراک افراد از موقعیت شان در زندگی، در متن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهایشان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

سلامت جسمانی: به میزان ادراک افراد از سلامت کارکردهای جسمانی اطلاق می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

سلامت روانی: به معنای حداقل میزان تنش در فرد اطلاق می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

روابط اجتماعی: به میزان توانمندی فرد در ارتباط با دیگران اطلاق می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

سلامت محیط: به میزان شادابی و نشاط موجود در محیط فرد اطلاق می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

اضطراب اجتماعی: ترس یا اضطراب قابل ملاحظه درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن‌ها احتمال دقت نظر به بیمار و تجزیه و تحلیل دیگران وجود دارد. نمونه ها شامل تعاملات اجتماعی (مثلا مکالمه یا ملاقات با افراد غریبه)، مشاهده شدن (مثلا خوردن یا آشامیدن) و اجراکردن در حضور دیگران (مثلا سخنرانی کردن) است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-5، ۲۰۱۴، ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۳).

درمان پذیرش و تعهد: درمان مبنی بر پذیرش و تعهد رایج‌ترین درمان مبنی بر پذیرش برای کمک به افراد برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شامل پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (هایز، ۲۰۰۴).

¹ -Acceptance and Commitment Therapy

² WHOQOL

تعاریف عملیاتی:

کیفیت زندگی: عبارت است نمره‌ای که افراد در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بدست می‌آورند.

سلامت جسمانی: عبارت است نمره‌ای که افراد در مولفه سلامت جسمانی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بدست می‌آورند.

سلامت روانی: عبارت است نمره‌ای که افراد در مولفه سلامت روانی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت می‌آورند.

روابط اجتماعی: عبارت است نمره‌ای که افراد در مولفه روابط اجتماعی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بدست می‌آورند.

سلامت محیط: عبارت است نمره‌ای که افراد در مولفه سلامت محیط، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بدست می‌آورند.

اضطراب اجتماعی: در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور^۱ (۲۰۰۰) به دست آورده‌اند.

درمان پذیرش و تعهد: در این پژوهش منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش‌هایی است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه به مدت ۸ هفته) به صورت گروهی براساس راهنمای درمانی واولز و سورل^۲ (۲۰۱۱) داده می‌شود.

درمان مبنی بر پذیرش و تعهد

تاریخچه

تاکنون بزرگ‌ترین پیشرفت در زمینه شناخت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۲۰۰۵ اتفاق افتاده است، زمانی که استیون هایز اولین کتاب ACT با عنوان "از ذهن خود خارج شده و وارد مطلبی در زمینه ACT نوشت (کلود^۳، ۲۰۰۶). اگرچه ACT برای مؤسسات انتشاراتی مهم نسبتاً تازه‌وارد است، اما این موضوع از ابتدای ۱۹۸۰ با مباحثاتی که در درجه اول بین دانشگاهیان صورت گرفت و تحقیقاتی مقدماتی که در مجلات دانشگاهی و جلسات حرفه‌ای عنوان می‌شد، مطرح بود. اما تا سال ۲۰۰۷، بیش از ده‌هزار متخصص بهداشت روان آموزش‌های ACT را دریافت کردند و بیش از صد مطالعه تجربی به چاپ رسیده است. این مطالعات تأثیر فرآیندهای ACT و کاربرد آن را در درمان مشکلات بهداشت روان بررسی کرده و نظریه چارچوب ارتباطی و مدل اصلی زبانی و شناختی زیربنای ACT را مورد کاوش قرار دادند. این مطالعات ادامه دارد و نتایج بررسی‌های اولیه، از سودمندی ACT در درمان دامنه وسیعی از مشکلات بالینی حمایت می‌کند (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات ACT در زمینه انواعی از اختلالات ذهنی و مشکلات بالینی رایجی که افراد را به روان‌درمانی می‌آورد، انجام شده است. اگرچه لیست زیر کامل نیست، اما تعدادی از زمینه‌هایی که از نظر بالینی مورد علاقه ACT هستند و درباره نتایج درمان آن‌ها با ACT مطالعاتی منتشر شده عبارت‌اند از اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی، سوءمصرف چندگانه مواد، ترس از مکان‌های باز، روان‌پریشی‌ها، استرس شغلی، درد مزمن، سیگار کشیدن، وسواس کندن مو و خودزنی (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این‌ها، مطالعات بسیاری فرآیندهای اختصاصی ACT را مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته جالب این بود که نتایج ACT به‌طور عجیبی از مطالعات پیامدی سایر رویکردهای درمانی متفاوت است (باخ^۴ و هایز، ۲۰۰۲).

1 . Canver

2 - Vowles, Sorrell

3 -Claude

4 - Bach

تفاوت نتایج ACT با سایر رویکردهای درمانی

تفاوت اولیه واضحی که بین ACT و سایر رویکردهای درمانی وجود دارد، درمان رنج انسان است. بسیاری از رویکردهای درمانی با این فرض شرع می‌کنند که احساسات و افکاری که به‌طور منفی ارزیابی شده‌اند (مثلاً اضطراب، افسردگی، وسواس فکری یا هذیان‌ها) مشکلاتی هستند که باید از دست آن‌ها خلاص شویم. در مقابل، در ACT این افکار و احساسات ناخواسته، به عنوان اهداف درجه اول درمان قرار نمی‌گیرند. بلکه تلاش برای اجتناب از این رویدادهای خصوصی ناخواسته، ناکارآمد تلقی می‌شود، زیرا رفتارهای اجتنابی معمولاً ناکارآمد هستند و می‌توانند مراجع را از تجربه پیامدهای مطلوب زندگی بازدارند. مدلی که ACT از رنج انسان ارائه می‌دهد، مطرح می‌کند که افکار و احساسات دشوار، جنبه اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان هستند نه اینکه مشکلاتی باشند که باید از آن‌ها خلاص شد. زندگی شامل رویدادهای دردناک است و تلاش برای اجتناب از درد، به جای از بین بردن باعث گسترده‌تر شدن آن می‌شود (هایز، ۱۹۹۹).

ACT بر رفتار فرد و بافتی که در آن روی می‌دهد تمرکز می‌کند. بنابراین، در ارزیابی، علاوه بر مشکلات فعلی مراجع، گذشته و محیط کنونی وی را نیز در نظر می‌گیرد. ملاک ACT برای ارزیابی نتیجه درمان، "کارکرد موفقیت‌آمیز" است. به این معنا که هدف ACT این است که رفتارهای فرد را به جایی برساند که با توجه به ارزش‌ها و اهداف مطلوب فرد و در بافت کنونی وی کارکرد موفق داشته باشد، بنابراین تمام تجربیات گذشته فرد را در نظر می‌گیرد. این روش در تضاد با بیشتر مدل‌های طبی مکانیزمی است که ارزیابی در آن‌ها بر تعیین برچسب‌های تشخیصی تأکید می‌کند و اولین ملاک درمان کاهش نشانه است. برای مثال، ارزیابی و درمان اضطراب در مدل طبی ممکن است بر کاوش زمینه‌هایی که اضطراب در آن‌ها رخ می‌دهد تأکید کند با این هدف که یک برچسب تشخیصی را معین نماید، مثلاً اختلال اضطراب اجتماعی در مقابل اختلال اضطراب فراگیر. بعد از اینکه تشخیص معین شد، درمانگر دارویی را برای کاهش اضطراب تجویز می‌کند یا با هدف کاهش اضطراب از بازسازی شناختی استفاده می‌کند (یعنی جایگزین کردن باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی‌تر). در مقابل، درمانگر ACT ممکن است زمینه‌هایی را که اضطراب در آن روی می‌دهد و کارهایی که فرد هنگام احساس اضطراب انجام می‌دهد را بررسی کند. مثلاً آیا مراجع از اضطراب اجتناب یا فرار می‌کند؟ کارکردهای رفتارهای مضطربانه، مثلاً اجتناب از موقعیت‌های خاص با انجام رفتارهای آیینی برای کاهش یا اجتناب از اضطراب در کانون اصلی کار بالینی ACT قرار دارد. مرکزیت این کارکردها در ACT، باعث شده است که طبقه‌بندی تشخیصی فهرست آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM) نسبتاً بی‌اهمیت باشد. (مطمئناً DSM یک ابزار کاربردی برای ارتباط با سایر متخصصان و کار با پرداخت‌کنندگان شخص ثالث باقی می‌ماند) درمان ACT به جای در نظر گرفتن اضطراب کاهش‌یافته به عنوان تنها پیامد درمانی مطلوب، بر این تأکید می‌کند که مراجع نوع ارتباط خود را با اضطراب تغییر دهد؛ به این منظور که در بافت‌هایی که اجتناب یا فرار از اضطراب منجر به نتایج نامطلوب در زندگی می‌شود بتواند کارکرد مؤثرتری داشته باشد (هایز، ۱۹۹۹).

تأکید نکردن بر کاهش نشانه در ACT منجر به بعضی یافته‌های تحقیقی خلاف انتظار شده است. مثلاً افرادی که برای درد مزمن تحت درمان قرار گرفتند، در طول درمان ACT ممکن است کاهش کمتری در درد خود گزارش کرده باشند اما افزایش فعالیت و کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای درد را گزارش کرده‌اند (دال، ویلسون و نیلسون^۱، ۲۰۰۴). مراجعان افسرده‌ای که با ACT درمان شده‌اند هیچ تغییری در یک مقیاس افسردگی نشان ندادند در حالی که گزارش کردند که میزان فعالیت و تمایل آن‌ها برای شرکت در فعالیت‌هایی که قبلاً به دلیل افسردگی از آن‌ها اجتناب می‌کردند، افزایش یافته است. البته چندین ماه پس از پایان درمان، کاهش نمره در مقیاس‌های افسردگی را نشان دادند (زتل و رینز^۲، ۱۹۹۹). مراجعان روان‌پریشی که با ACT درمان شده بودند، در واقع گزارش دادند که باورهای هذیانی و توهماتشان بیشتر شده است اما نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت درمان ACT قرار نگرفتند مدت زمان بیشتری خارج از بیمارستان ماندند (باخ و هایز، ۲۰۰۲). مطمئناً این یافته‌ها فقط از دیدگاه سایر رویکردها خلاف انتظار در نظر گرفته می‌شوند و در راستای اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاملاً

^۱ -Dahl, Wilson and Wilson

^۲ - Zettle, Rains

منطقی است. نتایج ACT بر تغییر رفتارهای آشکار تأکید می‌کند، مثلاً رفتن به محل کار هنگامی که فرد احساس افسردگی می‌کند یا پاسخ مثبت به دعوت یک مراسم اجتماعی که مطمئناً اضطراب‌انگیز است، به جای تأکید بر اینکه برای تغییر رفتار در مراجع افسردگی، اضطراب یا هر نشانه دیگری باید کاهش یابد. تغییرات مطلوب به دنبال درمان ACT در سطحی اتفاق می‌افتد که نحوه ارتباط فرد را با نشانه‌های بیماری تغییر دهد نه در سطحی که فقط نشانه‌ها تغییر کنند. منظور این نیست که ACT منجر به رهایی از نشانه نمی‌شود. بسیاری از دوره‌های آزمایشی ACT نشان دادند که کاهش در شدت نشانه‌های بیماری معمولاً یا کمی دیرتر در سیر درمان یا حتی چند هفته پس از پایان درمان شروع می‌شود. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که درمان ACT را دریافت می‌کنند ابتدا تغییر رفتاری را نشان می‌دهند که متعاقب آن کاهش در شدت نشانه‌ها دیده می‌شود، در حالی که مراجعان در سایر موقعیت‌های درمانی تغییر رفتاری کمتری را نشان می‌دهند اما خیلی سریع‌تر شدت نشانه‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، در طول درمان ACT حتی در مراجعانی که هیچ تغییری در نشانه‌های آن‌ها نظیر اضطراب یا توهمات ایجاد نشده یا تغییر خیلی کم بوده، تغییرات رفتاری مشاهده شده است. درمانگران و محققان ACT از تاریخچه طولانی سایر درمان‌های شناختی رفتاری آگاهی دارند و متوجه هستند که سایر رویکردهای درمانی خاص نیز کارایی دارند. اما درمانگران و محققان ACT باور دارند که ACT با مکانیزمی متفاوت از سایر رویکردهای شناختی و رفتاری کار می‌کند و کارایی خاص خودش را دارد (هایز و همکاران، ۲۰۱۳).

پیشینه تجربی متغیرهای پژوهش

عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) در پژوهش خود با هدف مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه نشان دادند که از بین درمان‌های فوق درمان پذیرش و تعهد بیشترین اثربخشی را بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دارد.

آقایوسفی، خانی و فدایی مقدم (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی حرکتی تأثیر معنادار دارد.

سعیدی و خلعتبری (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری و کیفیت زندگی در معلولین تحت پوشش بهزیستی می‌شود.

اسمعیلی، علیزاده و غنی زاده (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

سبوحی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد.

محققی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش فرآنگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی می‌شود.

در مطالعه ی دیگری نیز آموزش پذیرش و تعهد به صورت فردی روی ۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت؛ نتایج حاکی از کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال اضطرابی و اجتنابی بود (آزادی و عابدی، ۲۰۱۲).

در پژوهش دیگری پور فرج عمران (۲۰۱۱)، اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی دانشجویان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که نمرات اضطراب اجتماعی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، به طور معناداری کاهش یافت و در طول مدت پیگیری نیز تغییر چشمگیری نداشت.

تحقیقی توسط فلوگل و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی میزان کیفیت زندگی افرادی که برای اولین بار در برنامه پذیرش و تعهد در کلینیک مایو شرکت کردند، انجام شد نتایج این بررسی نشان داد از نظر آماری بهبودی به طور کلی در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، میزان فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی این افراد ایجاد شده است. همچنین تغییرات مثبت در میزان درد، شدت درد، میزان فرسودگی، میزان حمایت از سوی دوستان و خانواده و نگرانی‌های مالی و حقوقی مشاهده شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش آزمون و پس آزمون بود.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه ساخت سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴) می باشد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشند) دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است (خزایی و همکاران، ۱۳۹۰). این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می‌باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). پایایی محاسبه شده نشان داد که در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ می‌باشد. و مقدار سازگاری درونی بر اساس آلفای کرونباخ در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ محاسبه گردید (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: مقیاس اضطراب اجتماعی توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است، ۱۷ سؤال دارد و براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه تا بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل غیر روانپزشکی و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را از گروه کنترل روانپزشکی فاقد اضطراب اجتماعی تمیز می‌دهد. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی در گروه‌های دارای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش شده است. طهماسبی مرادی (۱۳۸۴) پایایی باز آزمایی این ابزار را در ایران ۰/۸۲ و همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرد.

آموزش پذیرش و تعهد: براساس راهنمای درمانی واولز و سورل (۲۰۱۱) تهیه می‌شود و در طی ۸ جلسه (هفته ای ۱ جلسه به مدت ۸ هفته) به صورت گروهی به صورت زیر اجرا شد:

جلسه اول: معرفی و آشنایی اعضا، بستن قرارداد درمانی.

جلسه دوم: کشف و بررسی روش‌های ارتباط و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم اثر بودن تأثیر این روش‌ها با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه سوم: کمک برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بی‌پهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه چهارم: توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه پنجم: معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع بندی

جلسات و اجرای پس آزمون.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای پاسخگویی به فرضیه اول پژوهش و از تحلیل کوواریانس تک متغیره برای پاسخگویی به فرضیه دوم استفاده شد.

یافته های تحقیق

فرضیه اول: آموزش ACT بر افزایش کیفیت زندگی در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد.

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل در کیفیت زندگی

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	سلامت جسمانی	۱۸۰/۷۲	۱	۱۸۰/۷۲	۱۲/۷۰	۰/۰۰۲
	سلامت روانی	۸۰/۴۳	۱	۸۰/۴۳	۲۰/۰۸	۰/۰۰۱
	سلامت محیط	۲۷۴/۳۹	۱	۲۷۴/۳۹	۲۱/۵۷	۰/۰۰۱
	روابط اجتماعی	۵۶/۸۱	۱	۵۶/۸۱	۶/۴۷	۰/۰۱۹
	کیفیت زندگی	۲۱۶۳/۶۳	۱	۲۱۶۳/۶۳	۶۰/۵۵	۰/۰۰۱

در راستای پاسخ به فرضیه اول، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده، آموزش پذیرش و تعهد تاثیر معنی‌داری روی کیفیت زندگی دارد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی را افزایش داده است، که با $F=۶۰/۵۵$ و در سطح $P<0/01$ معنی دار می باشد. همچنین مولفه سلامت جسمانی $F=۱۲/۷۰$ ، سلامت روانی $F=۲۰/۰۸$ ، سلامت محیط $F=۲۱/۵۷$ و روابط اجتماعی $F=۶/۴۷$ همگی در سطح $P<0/01$ معنی دار می باشند.

فرضیه دوم: آموزش ACT بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل در اضطراب اجتماعی

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	اضطراب اجتماعی	۷۰۶/۲۰	۱	۷۰۶/۲۰	۴۵/۸۴	۰/۰۰۱

در راستای پاسخ به فرضیه دوم، از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده گردید. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده، آموزش پذیرش و تعهد تاثیر معنی‌داری روی اضطراب اجتماعی دارد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد، اضطراب اجتماعی را کاهش داده است. که با $F=۴۵/۸۴$ و در سطح $P<0/01$ معنی دار می باشد.

نتیجه گیری

فرضیه اول: آموزش ACT بر افزایش کیفیت زندگی در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در ورزشکاران پرس سینه تاثیر مثبتی دارد، که این یافته تا حدود زیادی با نتایج مک کران و همکاران (۲۰۰۷)، مک کران و همکاران (۲۰۱۰)، میسون (۲۰۰۸)، گوتیر (۲۰۰۹)، سپتون (۲۰۰۷)، فلوگل (۲۰۱۰)، مورن و همکاران (۲۰۰۸)، روزنویک و همکاران (۲۰۱۰) همسویی دارد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بی قید و شرط مشکل است، باعث می شود که افراد مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این افراد ممکن است دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد باشند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نا ارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می شود، بلکه تاثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می گذارد. آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان پذیرش و تعهد، گسلش شناختی نام دارد با تاثیر بر روی این جنبه ها می تواند در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی در ورزشکاران پرس سینه شود. به طور کلی می توان گفت که اجرای مداخله پذیرش و تعهد با تمرکز بر اصلاح سبک های اسنادی، ذهن آگاهی، چالش با باورهای غیر منطقی، همدلی، پذیرش و قبول مشکل، آرام سازی عضلانی، آموزش مهارت های حل مساله، مراقبه، پس خوراند زیستی و تصویرسازی هدایت شده از جمله راهبردهای درمانی است که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی را کاهش می دهد، بلکه باعث افزایش پایبندی به توصیه های درمانی نیز می شود (کابات زین، ۲۰۰۴).

همچنین رویکرد پذیرش و تعهد مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری روان شناختی می داند که توسط هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه ای ایجاد شده است. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، ناهم جوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش ها، انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند. اگر بخواهیم ساده تر بگوییم، ACT از پذیرش و فرایندهای توجه آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند و به همین خاطر باعث افزایش کیفیت زندگی می شود. به عبارت دیگر فرصتی است برای مراجع تا برای دست یافتن به اهداف و پیامدهای ارزشمند، رفتار خود را نگه دارد یا تغییر دهد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). ACT بر مبنای این مفروضه است که اصلی ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می شوند اجتناب تجربه ای است، که به اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس و سایر رویدادهای خصوصی گفته می شود. همچنین می توان گفت در ACT تلاش برای کنترل تجربیات خصوصی به جای اینکه راه حل باشد، به عنوان مشکل در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، راهبردهایی که برای کنترل تجربیات خصوصی به کار برده می شوند به جای راهگشا بودن، مشکلات بیشتری ایجاد می کنند (هایز و استراشل^۱، ۲۰۱۰).

وقتی که آزمودنی یاد می گیرد با لحظه اکنون ارتباط برقرار کند، یاد می گیرد همه آنچه را که آن لحظه در اختیار دارد (مثلاً افکار افسرده یا شاد، تصاویر اضطراب برانگیز یا خنده آور و غیره) در آغوش بگیریم و بپذیریم و مشاهده کنیم که افکار، احساسات و حواس در یک رود بی انتها می آیند و می روند و چیزی بیشتر یا کمتر از رویدادهای خصوصی نیستند. با این طرز تلقی از ارتباط با لحظه اکنون، ما می توانیم حتی وقتی که در حال تجربه رویدادهای خصوصی ناخواسته هستیم با توجه آگاهی و براساس ارزش های انتخابی خود عمل کنیم. تمرینات تمایل و توجه آگاهی نظیر آرام سازی، دو نوع از مداخلاتی است که

¹ - Strosahl

ارتباط با لحظه اکنون را افزایش می‌دهند (فلکسمن، بلک لیچ و باند^۱، ۲۰۱۱). متعهدانه رفتار کردن در جهت ارزش‌های انتخابی است. در بسیاری از مفهوم‌سازی‌ها، اقدام متعهدانه در درمان زمانی اتفاق می‌افتد که مراجع واقعاً درگیر پاسخ‌های مهم آشکاری شده است که تمام زندگی خود را صرف آن کرده است. این می‌تواند رفتارهایی باشد که مراجع قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌کرده یا مهارت‌هایی که تازه یاد گرفته است. مراجعان در راستای اهداف تأییدکننده زندگی، رفتاری را انجام می‌دهند که باید برای انجام آن بسیار انعطاف‌پذیر باشند. مداخلات مربوط به اقدام متعهدانه عمدتاً از رفتاردرمانی سنتی گرفته شده است و منحصر به ACT نیست. راهبردهای اصلی ACT به طور مطلق از هم جدا نیستند اما بحث کردن درباره آن‌ها به طور مجزا نیز سودمند است. همچنین توصیف آن‌ها فقط به عنوان مداخلات درمانی نیز دشوار است. هرکدام از این راهبردهای اساسی می‌تواند به عنوان پیامد سایر مداخلات توصیف شود (باخ و مورگان، ۱۳۹۴). همچنین می‌توان گفت که ارزش‌ها تمایل به داشتن افکار و احساسات ناخواسته را افزایش داده و دردی که معمولاً همراه آن‌ها می‌آید را ارج می‌نهند و در نهایت کیفیت زندگی بهبود پیدا می‌کند.

فرضیه دوم: آموزش ACT بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در بین ورزشکاران پرس سینه تاثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد باعث کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در ورزشکاران پرس سینه می‌شود، که این یافته تا حدود زیادی با نتایج ویان و همکاران (۲۰۰۳)، استیو (۲۰۰۷)، ویکسل (۲۰۰۹)، برانستر، ۲۰۰۴؛ به نقل از هافمن، ۲۰۰۷)، فرنام (۲۰۰۸)، اسمن (۲۰۰۶)، آزادی و عابدی (۲۰۱۲)، پورفرج عمران (۲۰۱۱)، براون و ریان (۲۰۰۳)، روس و روبینز (۲۰۰۴)، آستین (۱۹۹۷) و مورن و جیرگو (۲۰۰۷) همسویی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌آور اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی تر و تعهد به آنها، با اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و موثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می‌توان جز عوامل اصلی موثر در این روش درمانی دانست.

همچنین، در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت که بخشی جدایی ناپذیر از تنظیم هیجان و کاهش اضطراب، عبارت است از ظرفیت تحمل اضطراب و کاهش آن. طبق الگوی طرح‌واره‌ی هیجانی، باورهای مربوط به قابلیت کنترل هیجان، خطر، اختلال و طول مدت هیجان می‌توانند بدتنظیمی هیجانی را بیش از پیش تشدید کنند. کاهش استرس با استفاده از انواع گوناگونی از تکنیک‌های شناختی و رفتاری می‌تواند تأثیری مثبت بر این فرآیند داشته باشد، و به فرد نشان می‌دهد که هیجان، قابل کنترل و موقت و بی‌خطر بوده و مختل‌کننده نیست. هدف ACT این است که رفتارهای فرد را به جایی برساند که با توجه به ارزش‌ها و اهداف مطلوب فرد و در بافت کنونی وی کارکرد موفقی داشته باشد، بنابراین تمام تجربیات گذشته فرد را در نظر می‌گیرد. این روش در تضاد با بیشتر مدل‌های طبی مکانیزمی است که ارزیابی در آن‌ها بر تعیین برچسب‌های تشخیصی تأکید می‌کند و اولین ملاک درمان کاهش نشانه است. برای مثال، ارزیابی و درمان اضطراب در مدل طبی ممکن است بر کاوش زمینه‌هایی که اضطراب در آن‌ها رخ می‌دهد تأکید کند با این هدف که یک برچسب تشخیصی را معین نماید، مثلاً درمانگر دارویی را برای کاهش اضطراب تجویز می‌کند یا با هدف کاهش اضطراب از بازسازی شناختی استفاده می‌کند (یعنی جایگزین کردن باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی‌تر). در مقابل، درمانگر ACT ممکن است زمینه‌هایی را که اضطراب در آن روی می‌دهد و کارهایی که فرد هنگام احساس اضطراب انجام می‌دهد را بررسی کند و همین امر باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود. درمان ACT به جای در نظر گرفتن اضطراب کاهش‌یافته به عنوان تنها پیامد درمانی مطلوب، بر این تأکید می‌کند که مراجع نوع ارتباط خود را با اضطراب تغییر دهد؛ به این منظور که در بافت‌هایی که اجتناب یا فرار از اضطراب منجر به نتایج نامطلوب

¹ Flaxman, Blackledge & Bond

در زندگی می‌شود بتواند کارکرد مؤثرتری داشته باشد (هایز، ۱۹۹۹). تغییرات مطلوب به دنبال درمان ACT در سطحی اتفاق می‌افتد که نحوه ارتباط فرد را با نشانه‌های بیماری تغییر دهد نه در سطحی که فقط نشانه‌ها تغییر کنند. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که درمان ACT را دریافت می‌کنند ابتدا تغییر رفتاری را نشان می‌دهند که متعاقب آن کاهش در شدت نشانه‌ها دیده می‌شود، در حالی که مراجعان در سایر موقعیت‌های درمانی تغییر رفتاری کمتری را نشان می‌دهند اما خیلی سریع‌تر شدت نشانه‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، در طول درمان ACT حتی در مراجعانی که هیچ تغییری در نشانه‌های آن‌ها نظیر اضطراب یا توهمات ایجاد نشده یا تغییر خیلی کم بوده، تغییرات رفتاری مشاهده شده است (هایز و همکاران، ۲۰۱۳). با در نظر گرفتن گذشته مراجع و مسیری که برای رفتن انتخاب کرده است، رویدادهای خاصی (نظیر اضطراب و خشم) محتمل است. درمانگر ACT به مراجع فرصت می‌دهد که احساساتی که در مسیر زندگی به طور اجتناب‌ناپذیری ایجاد می‌شوند داشته باشد و آن احساسات را همان‌طور که هستند (یعنی فقط احساس) تجربه کند و نه به عنوان چیزی که باید از آن اجتناب کند. مداخلات پذیرش مترادف با تمایل هستند و مراجع یاد می‌گیرد خودش را به خاطر مشکلاتش سرزنش نکند، برای تغییر تجربیات خصوصی تلاش نکند و تمایل داشته باشد با ترس و سایر رویدادهای روان‌شناختی ناخواسته مواجه شود و در مسیری که انتخاب کرده در یک جهت ارزشمند حرکت کند (باخ و مورگان، ۱۳۹۴).

پیشنهاد‌های پژوهشی

۱- پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه تشخیصی بر مبنای DSM-5 برای غربال‌گری افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی استفاده گردد.

۲- پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده از پیگیری چند ماهه نیز استفاده شود تا مشخص شود که آیا اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد برای ورزشکاران در طول زمان ماندگار خواهد بود یا خیر.

پیشنهاد‌های کاربردی

۱- پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌های ورزشی برای افزایش کیفیت زندگی از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

۲- پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌های ورزشی برای کاهش اضطراب اجتماعی از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

منابع

- اسمعیلی، احد؛ علیزاده، معصومه، غنی زاده، کبری (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۷(۵)، ۲۳-۱۵.
- آقایوسفی، علیرضا؛ خانی، زهرا؛ فدایی مقدم، ملیحه (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی حرکتی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷(۳)، ۲۲-۱۱.
- باخ، پ؛ مورگان، دنیل. جی. (۱۳۹۴). *ACT در عمل مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*، ترجمه سارا کمالی و نیلوفر کیان‌راد، تهران: انتشارات ارجمند.
- خزایی، مهدی (۱۳۹۰). رابطه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی، *مجله شناخت اجتماعی*، ۳(۱)، ۳۳-۲۲.
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۳۹۳). ترجمه ی فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو. ویرایش پنجم، انتشارات ارجمند.
- رودکی، مهدی (۱۳۸۲). *تحلیل دینامیکی کیفیت زندگی کاری*. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت سیستم و بهره‌وری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب.
- سبوحی، راحله (۱۳۹۴). تاثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۲(۱)، ۵۳-۴۲.
- سعیدی، مزده؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی. *مجله روان‌شناسی تربیتی*، ۷(۱)، ۶۲-۵۳.

- طهماسبی مرادی، زیبا. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش راهبردهای فراشناختی در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه اول راهنمایی در درس ریاضی شهرستان اسلامشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی.
- عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹)، ۳۱۲-۲۰۸.
- غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۸۸). کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی. تهران: شیرازه.
- غیاثوند، الهام (۱۳۸۸). تاثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی ساکنان محلات شهری. فصلنامه مهندس مشاور. ۴۵ (۳)، ۲۷-۳۴.
- فریش، مایکل بام (۱۳۸۹). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ترجمه اکرم خمسه، تهران: ارجمند: نسل فردا، جلد ۱-۲.
- محققی، حسین (۱۳۹۴). تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. مطالعات روان شناسی بالینی، ۶(۲۳)، ۸۱-۹۴.
- مختاری، مرضیه و جواد، نظری (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی تهران: جامعه شناسان.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی نیا، مریم السادات (۱۳۸۴). ترجمه تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36، مجله پایش، ۴۹-۵۶.
- وکیلان، سعید؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی تلفیق گروه درمانی شناختی رفتاری آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی. مجله روانشناسی بالینی، ۱(۲)، ۲۸-۱۱.
- Asten A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom*; 66: 97- 106.
- Azadi P& Abedi SC. (2012). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5):1129-1139.
- Bach P, Hayes SC. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5):1129-1139.
- Baldwin, S., C. Godfrey, & C. Propper (1994). *Quality of life: Perspectives and Policies*, New York: Rutledge.
- Branster, G. S., King, A. C., & Bliwise, D. L. (2004). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1234-1240.
- Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 84: 822-848.
- Chen, Y.P.; Ehlers, A.; Clark, D.M. & Mansell, W. (2002). "Patients with generalized social phobia directs their attention away from faces". *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Clark, D. A., & Wels, A. T. (1998). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*, New York: Guilford Press.
- Clod S. (2006). Sociability and susceptibility to the common cold. *Psychological Science*, 14, 389-395.

- Conor, K. M.(2000). Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. *Inter. J of Cogn Ther*; 1(1): 33-44.
- Dahl J Wilson KG, Nilsson A. (2004). Acceptance and Commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized Trial. *Behav Therapy*, (35):785-801.
- Dane s, Erzurumluoglu A. (2004). Sex and handedness difference in eye-hand visual reaction times in handball players. *Int J Neurosci*. 113(7):923-9.
- Daurat A, Foret J. (2004). Sleep strategies of 12-hour shift nurses with emphasis on night sleep episodes. *Scand J Work Environ Health*. 30 (4): 299-305.
- Dehghani Arani, F. (2007) *Efficacy of Neurofeedback treatment of mental health and brain wave pattern associated with opioid medication surveillance*. (Master's thesis) Tehran University.
- Diwan, R. (2002). Relational Wealth and Quality of Life, *Journal of Socio-Economics*, 29 (3):21-29.
- Doppelmayr. M., Sauseng. P., & Doppelmayr. H. (2007). Modifications in the human EEG during extreme physical activity. *Neurophysiology*, 39, 76-81.
- Farnam AR, Arfaei A, Noohi S, Azar M, ShafieeKandjani AR, Imani S.(2008). Relationship between Depression and Degree of Pain Feeling in Patients with Migraine Headache. *J Behav Sci*. 2(2): 143-148.
- Fleksman EM, Hebert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modifi*, 31(6): 772-99.
- Flugel Colle, K F. Cha, S S. Loehrer, L. Bauer, B A. Wahner-Roedler, D L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 16, 36-40.
- Furmark, T. (2016). [Social Phobia – From Epidemiology to Brain Function](#), *behavioral psychology*, 4(1), 13-32.
- Gatchel RJ, Turk DC. (1997). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. The Guildford Press.
- Gauthier LR, Rodin G, Zimmermann C, Warr D, Moore M, Shepherd F. (2009). Acceptance of pain: A study in patients with advanced cancer. *J Pain*; (143): 147-154.
- Gorbani, R. (2008). Effects of cognitive intrusion manipulation on the sleep onset latency of good sleepers. *Behaviour Therapy*, 13, 112-116.
- Haffman, G., & Leitenbeg, H. (2007). An experimental analysis role of cognitive errors in the development of depressed mood following negative social feedback. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 242-260.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1):1-25.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1):1-25.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. (54): 553-578.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D. (2002). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. (54): 553-578.

- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford, 3(1): 165-171.
- Hayes SC, Strosahl KD. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press.
- Hayes SC. (1994). *Content, context, and the types of psychological acceptance*. Chapter in Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 35(4):639-65.
- Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. (2013). An Acceptance-Based Behavioral Therapy for Individuals With Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3) : 264-81
- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2017) .*Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*.New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., Kessler, R. C. (2000). ["Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades"](#) *Eur. Psychiatry*.15 (1): 29-37.
- Heirsh J,E (2004). A Processing Model of Emotion Regulation:Insights from the Attachment System.*Psychology Dissertations*. 77, 1087-1100.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, KernsRD. (2009). Meta-Analysis of Psychological Interventionsfor Chronic Low Back Pain. *Orig Res ArticleHealth Psychol.* 26(1): 1-9.
- Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA. (2005). Quality of life of people with venous leg ulcers: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Qual Life Res.* 14(7): 1705-18.
- Keragen, F. J.(2007). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: The role of catastrophizing. *Pain*, 87, 235-334.
- Lewis, R. A. & Spanier, G. B. (1976). *Theorizing about the quality and stability of marriage*. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye & I. L. Reiss (Eds.) *ontemporary theories about the family*. Vol 1. Research-based theories. New York: The Free Press.
- Lim, S. T., Dragull, K., Tang, C. S., Bittenbender, H. C., Efird, J. T, Nerurkar, P. V (2007). Effects of kava alkaloid, pipermethystine, and kavalactones on oxidative stress and cytochrome P450 in F-344 rats *Toxicol. Sci.* 97(1): 214-221.
- Mason VL, Mathias B, Skevington SM. (2008). Accepting low back pain: is it related to a goodquality of life? *Clin J Pain.* (24): 22-29.
- McCracken LM, Zhao-O'Brien J. (2010). Generalpsychological acceptance and chronic pain: There ismore to accept than the pain itself. *Euro J Pain.* (14): 170-175.
- McCracken LM. (2007). A contextual analysis ofattention to chronic pain: what the patient does withtheir pain might be more important than theirawareness or vigilance alone. *J Pain.* (8):230-236.
- Min-Chi Chiu, BS Mao-Jiun J, Wang, Chih-Wei Lu, Shung-Mei Pan, Masaharu K, Juhani I. (2017). *Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan*. P . 318-26.

- Moitra, E., Herbert, J. D & Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates the relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 1205–1213.
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2008). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554.
- Morin, J. M. (2007). Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Medicine Reviews*, 4(3), 263–276.
- Oztrvik WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol & Psychol Ther*. (6):397-416.
- Pourfaraj Omran M. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *J Knowl & Health* 5(1), 2-6.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Rapee, R. M., Lim, L. (1992). "[Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics](#)" *J Abnorm psycho*. 101 (4): 728-731.
- Roth B, Robbins D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*. 66: 113–123.
- Sadoughi M, Akkashe G. (2009). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy of Reduction of Chronic Tension Headache. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 11(3): 85-92.
- Schenk S, Lamm K, Gundel H, Ladwig KH. (2005). Neurofeedback-based EEG alpha and EEG beta training. Effectiveness in patients with chronically decompensated tinnitus. *Hno*. 53(1):29-37.
- Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with Fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*. (57):77-85.
- Stive, M. J. L. (2007). Gender differences in pain and pain behavior: The role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 121-134.
- Stopa, L., (1993). The relationship among tacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behavioral therapy*, 39(1), 64-71.
- Stopa, L., Clark, D. (2000). "Cognitive processes in social phobia ." *Behav Res Therapy*. 67 (3):255-267.
- Terner, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (1990). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106
- Veiksel, L., M. (2009). *The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality*. In M. G. Ory & H. R. Warner (Eds.), *Gender, health, and longevity: Multidisciplinary perspectives* (pp. 159-199). New York: Springer.
- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van-Houdenhove B. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental wellbeing in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *J Pain*. (106): 65-72.
- Vowles KE, Sorrell JT. (2011). *Life with chronic pain: An acceptance-based approach, therapist guide and patient workbook*. Translated by F, Mesgarian. Tehran: Ketab Arjmand.

- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., Sroufe, L. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 36: 637-644.
- WHOQOL group .(2004). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version*, World Health Organization, Geneva.
- Wodi, K. G., & Rodrogirs, T. (2003). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Zettle RD, Rains JC. (1999). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45(6), 436-445.