

Research Paper

Comparing the Effect of Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy on the Cognitive Flexibility of Students with Social Anxiety



Mehran Shahroyi¹, Abdol Majid Bahrainian^{2*}, Mahrnaz Mehrabizade Honarmand³, Ghasem Ahi⁴

1. PhD Student, Department of Psychology, Bi.c, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Bi.c., Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Science and Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Bi.c, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Shahroyi M, Bahrainian AM, Mehrabizade Honarmand M, Ghasem A . [Comparing the Effect of Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy on the Cognitive Flexibility of Students with Social Anxiety (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2025; 24(2):207-221. 10.32592/jsmj.24.2.207



<http://www.doi.org/10.32592/jsmj.24.2.207>

ABSTRACT

Background and Objectives The purpose of this study was to compare the effect of acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive behavioral therapy on the cognitive flexibility of students with social anxiety of first-year high school students aged 13-16 years with social anxiety in Ahvaz.

Subjects and Methods This research employed a pre-test-post-test follow-up design with a control group. In the initial sampling stage, one district (comprising three girls' and three boys' schools) was selected from Ahvaz's four districts using random cluster sampling. All students in the selected district were then screened using the Leibovitz Social Anxiety Scale (Misa & Warren, 2003). Individuals scoring above the cutoff were identified as having social anxiety, and 60 of these individuals were randomly assigned to four experimental and control groups (15 participants per group). The Cognitive Flexibility Questionnaire (Dennis & Fenderwall, 2010) was used as the research instrument. The acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive behavioral therapy groups each received 8 intervention sessions. Fifteen participants were assigned to the control group, which received no treatment and was placed on a waiting list.

Results The research findings indicated a significant difference in mean cognitive flexibility scores between the three experimental groups and the control group.

Conclusion Specifically, the results suggest that acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive behavioral therapy can improve cognitive flexibility in students with social anxiety.

Keywords Cognitive flexibility, Acceptance and commitment therapy, Compassion therapy, Cognitive behavioral therapy

Received: 16 February 2025
Accepted: 15 March 2025

* **Corresponding Author:**

Abdol Majid Bahrainian
Professor, Department of Psychology, Bi.c, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
Tel: 09168547044
E-Mail:: abdolmajeed2025@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Students are vital members of society facing numerous challenges. Their multifaceted roles within family, education, and social spheres in today's industrial world can contribute to psychological distress. Consequently, addressing student issues has become a significant area of discussion. This study aimed to compare the effects of acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive behavioral therapy on the cognitive flexibility of 13- to 16-year-old first-year high school students with social anxiety in Ahvaz.

Methods

This study employed a pre-test-post-test follow-up design with a control group. In the initial sampling stage, one district (comprising three girls' and three boys' schools) was selected from the four districts of Ahvaz using random cluster sampling. All students within the chosen district were screened using the Leibovitz Social Anxiety Scale (Misa & Warren, 2003). Individuals scoring above the established cutoff were identified as having social anxiety, and 60 of these participants were then randomly assigned to four groups: acceptance and commitment therapy, compassion therapy, cognitive behavioral therapy, and a control group, with 15 participants in each. The Cognitive Flexibility Questionnaire (Dennis & Fenderwall, 2010) served as the primary research instrument. The three intervention groups each received eight sessions of their respective therapies. The control group consisted of 15 participants who received no intervention and were placed on a waiting list.

Results

The research findings revealed a significant difference in mean cognitive flexibility scores between the three experimental groups and the control group. Furthermore, in both the post-test and follow-up stages, the acceptance and commitment therapy group showed a significantly greater improvement in cognitive flexibility compared to the cognitive-behavioral therapy group, indicating a substantially stronger effect.

Conclusion

According to the results, acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive behavioral therapy can effectively enhance cognitive flexibility in students with social anxiety.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Birjand (Code: IR.IAU.BIRJAND.REC.1403.031).

Funding

This thesis is not financially supported by any organization.

Authors contributions

Mehran shahroiee: Wrote and revised the manuscript. Abdol Majid Bahrainian, Mahnaz Mehrabizade Honarmand performed the statistical analysis, and Ghasem Ahi wrote the manuscript, and prepared the tables and data. All authors have read and approved the article.

Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

Acknowledgements

I would like to thank my supervisors, Dr. Abdolmajid Bahrenian and Dr. Mahnaz Mehrabizadeh, the artist, and my advisor, Dr. Ghasem Ahi, as well as Dr. Shahriar Shahrui and Dr. Abdolazim Shahrui from the Superior Mind Psychology and Counseling Center, who collaborated with me in conducting this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی

مهرا ن شهروئی^۱، سید عبدالمجید بحرینیان^{۲*}، مهناز مهربانی^۳، زاده هنرمند^۳، قاسم آهی^۴

۱. دانشجوی دکترا، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم و تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Shahroyi M, Bahrainian AM, Mehrabizade Honarmand M, Ghasem A. [Comparing the effect of acceptance and commitment therapy, compassion therapy, and cognitive-behavioral therapy on the cognitive flexibility of students with social anxiety (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2025; 24(2):207-221. 10.32592/jsmj.24.2.207

 <http://www.doi.org/10.32592/jsmj.24.2.207>

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب، احساسی ناخوشایند، مبهم و اغلب به شکل دلوایسی تعریف می‌شود که با حس تردید نسبت به یک عامل ناشناخته همراه می‌شود. این احساس ناخوشایند می‌تواند با مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیک، عاطفی و روحی بروز یابد و به شکل یک احساس عاطفی شدید ظاهر شود. اختلال اضطراب معمولاً در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و شروع آن اغلب در اواخر کودکی یا اواسط نوجوانی گزارش شده‌است. طبق دیدگاه انجمن روان‌پزشکی آمریکا، شروع اختلال فوبی اجتماعی بعد از سن شروع خیلی کم است شروع ممکن است. این اختلال ممکن است به‌طور ناگهانی، در پی یک تجربه تنش‌زا یا تحقیرکننده بروز کند، یا به تدریج و مداوم شکل بگیرد. در اغلب موارد، این اختلال سیری پیوسته دارد و ممکن است شدت آن در بزرگسالی کاهش یابد، لذا هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی در دوره‌ی اول دبیرستان (سنین ۱۳ تا ۱۶ سال) در شهر اهواز بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. برای نمونه‌گیری، در مرحله اول از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. از میان چهار ناحیه آموزش و پرورش شهر اهواز، یک ناحیه (سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه) انتخاب شدند و به همه دانش‌آموزان مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز (مبسا و وارن، ۲۰۰۳)، جهت غربالگری داده شد. دانش‌آموزانی که نمرات آن‌ها از نمره برش بالاتر بود، به عنوان افراد دارای اضطراب اجتماعی شناخته شدند. از میان این افراد، ۶۰ نفر به طور تصادفی در چهار گروه (آزمایش و کنترل) هر گروه شامل ۱۵ نفر، جایگذاری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و فندروال، ۲۰۱۰) بود. گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه شفقت‌درمانی و گروه درمان شناختی-رفتاری، هر یک به مدت ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. در مقابل، ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگذاری شدند که هیچ درمان مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در سه گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل می‌توان برای انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی، از درمان پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری سود جست.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری

تاریخ دریافت: ۲۸ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ اسفند ۱۴۰۳

نویسنده مسئول:

سید عبدالمجید بحرینیان

نشانی: استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

تلفن: ۰۹۱۶۸۵۴۷۰۴۴

رایانامه: abdolmajeed2025@iau.ac.ir

مقدمه

مکانیزم بالقوه مرتبط با اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده است؛ به گونه‌ای که هرچه سطح انعطاف‌پذیری شناختی در فرد بالاتر باشد، میزان اضطراب در وی کمتر خواهد بود (۵).

برای بهبود وضعیت دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی، رویکردهای درمانی متعددی وجود دارد. یکی از درمان‌های مورد نظر در پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان شش فرآیند اصلی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. این شش فرآیند اصلی عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، شناسایی ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه و عمل متعهدانه. هدف نهایی این درمان، دستیابی به انعطاف‌پذیری روان شناختی است (۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی افراد می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار فرد می‌گذارند. بنابراین، یکی از شیوه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن‌ها اجتناب کرده است (۹). با این حال، یکی از انتقادهایی که به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وارد شده، این است که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است (۱۰). درمان دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته، شفقت‌درمانی است. این درمان بر این اصل استوار است که خودشفقت‌ورزی شامل ارتباط مثبت با خود، مراقبت از خود و پشتیبانی از خود در زمان تجربه درد است. نف (۱۱) شفقت‌ورزی به خود را متشکل از سه مؤلفه مهربانی به خود در برابر خود انتقادگری، درک اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل حساسیت بیش‌ازحد معرفی کرده است. ترکیب این عناصر، سبب ایجاد یک قالب خودشفقت‌ورز در ذهن فرد شده که در هنگام بروز اشتباهات شخصی، بدون آن که متوجه اتفاق افتادن روند آن گردد، او را آماده رویارویی با تجارب مختلف و دشوار زندگی می‌گرداند. خودشفقت‌ورزی مستلزم عشق‌ورزیدن، مهربانی، درک خود، ایجاد حس آرامش و آرامش‌بخشیدن به خود در زمان تلاش برای رسیدن به اهداف است. این پاسخ در مقابل یک رویکرد خودخواهانه است که در آن فرد به عنوان یک قاضی، خود را به خاطر عدم کفایت برای با چالش‌های زندگی قضاوت می‌کند. در این روش، افراد خود را غیرقابل قبول و جدا از تجربیات خود نمی‌دانند، بلکه تجربه‌های ناقص انسانی را به عنوان بخشی از فرآیند رشد پذیرفته و برای سامان‌بخشیدن به تمامیت فردی تلاش می‌کنند. خودشفقت‌ورزی در زمان‌هایی چون از دست دادن یا شکست، حس عمیق تعلق را جایگزین حس آسیب‌دیدگی و جدایی از دیگران می‌کند. در نهایت، می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی، شامل مجموعه‌ای از پاسخ‌های فکری فرد به پریشانی است که نه منجر به

دانش‌آموزان، از اعضای مهم در ساختار جامعه به شمار می‌روند و با مسائل مختلفی گریبان‌گیر هستند. آن‌ها به عنوان یکی از ارکان اصلی تعادل، آرامش و تعالی در نظام خانواده و جامعه محسوب می‌شوند. تعدد نقش‌های دانش‌آموزان، چه در خانواده و چه در زمینه‌های تحصیلی و اجتماعی، در دنیای صنعتی امروز، زمینه‌ساز بروز برخی بحران‌های اساسی روانشناختی در آن‌ها شده است. از این‌رو، پرداختن به مسائل دانش‌آموزان، به ویژه در دوره‌های اخیر، همواره مورد بحث و گفت‌وگوی فراوان بوده است (۱). همچنین، مسئله سلامتی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانی از اهمیت زیادی برخوردار است (۲). اختلال اضطراب اجتماعی^۱ در حدود ۸۰ درصد موارد در اوایل کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود و یک دوره بدون وقفه را طی می‌کند. در واقع، این اختلال از ابتدای نوجوانی شکل می‌گیرد و تا دهه دوم زندگی (دوران جوانی) ادامه می‌یابد (۳). اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که بین ۷/۱-۱۲/۱ درصد شیوع دارد. این اختلال با ایجاد آسیب‌هایی در عملکرد فردی همراه است می‌شود و به عنوان سومین اختلال روانی و شایع‌ترین اختلال اضطرابی شناخته می‌شود (۴). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، در مقایسه با افرادی که فاقد اختلال روانی هستند، دستمزد پایین‌تری دریافت می‌کنند، احتمال کمتری برای اخذ مدرک دانشگاهی دارند، کمتر در مشاغل مدیریتی، فنی یا حرفه‌ای حضور دارند و در روابط خانوادگی، عاطفی و اجتماعی خود با ناتوانی بیشتری مواجه‌اند. همچنین سابقه اقدام به خودکشی در طول عمر ندارند (۳).

یکی دیگر از متغیرهایی که در اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان نقش دارد، انعطاف‌پذیری شناختی است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد در سازگار کردن افکار و رفتار خود در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی اشاره دارد. به عبارت دیگر، این توانایی به آگاهی شخص از وجود گزینه‌های دیگر در هر موقعیت مشخص، تمایل به انعطاف‌پذیری و انطباق با موقعیت و نیز احساس خودکارآمدی در منعطف‌بودن مربوط می‌شود (۵). انعطاف‌پذیری شناختی که گاهی انعطاف‌پذیری ذهنی نیز نامیده می‌شود، ممکن است یک خرده مؤلفه از انعطاف‌پذیری روان شناختی باشد (بدون آن که پیش‌نیاز آن باشد). مشابه انعطاف‌پذیری روان شناختی، این توانایی شامل تغییر در افکار یا اعمال فرد در پاسخ به تغییرات محیطی است (۶). فرآیندهای زیربنایی انعطاف‌پذیری شناختی، ماهیتی پویا دارند و شامل چرخه‌هایی از تولید و فرونشانی افکار هستند که در نتیجه تعاملات فرد با عوامل محیطی در حال تغییر شکل می‌گیرند (۷). از سوی دیگر، انعطاف‌ناپذیری شناختی به عنوان بازنمایی فقدان آگاهی از گزینه‌های موجود در مواجهه با شرایط غیرمنتظره و عدم تمایل و یا ناتوانی در انطباق با چالش‌های محیطی تلقی می‌شود. انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یک

¹ social anxiety disorder

اجتناب از آن می‌شود و نه تشدید و تقویت آن (۱۲).
 آخرین درمانی که در این پژوهش مورد مقایسه قرار گرفته، درمان شناختی-رفتاری است. درمان‌های شناختی-رفتاری بر این اصل استوارند که باورهای نادرست و ناامیدکننده فرد (مثلاً اسنادها و باورهای فاجعه‌آمیز در مورد بیماری، کمال‌گرایی و سایر افکار منفی) در شکل‌گیری و تداوم اضطراب نقش دارند. همچنین، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد در برخورد با فشارها و مشکلات مختلف زندگی (مانند رفتارهای اجتنابی)، به همراه حالات خلقی منفی (نظیر اضطراب و افسردگی)، مشکلات اجتماعی (نظیر شرایط شغلی، تعارض‌های زندگی و...) و نیز فرآیندهای آسیب‌شناختی و فیزیولوژیکی، همگی با تداوم و استمرار اضطراب، تعامل دارند (۱۳).

تفکر فاجعه‌آمیز درباره علائم منجر به افزایش سطح ناتوانی و افسردگی در این بیماران ایجاد می‌شود و این باور شکل می‌گیرد که فعالیت‌کردن می‌تواند منجر به تشدید اضطراب و علائم دیگر گردد. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا در حوزه‌های مختلف از جمله باورها، نگرش‌ها، خلق، رفتار، محیط اجتماعی و جنبه‌های فیزیولوژیک تغییراتی ایجاد کند. از طریق این درمان، بیمار ترغیب می‌شود که برنامه‌ریزی فعالیت‌ها را آغاز کرده و با افزایش تدریجی سطح فعالیت‌ها، به بازسازی اسنادهای نادرست درباره بیماری بپردازد. همچنین، این باور در بیمار تقویت می‌شود که ارتباط قابل توجهی بین سبب‌شناسی بیماری و کاهش عملکرد وجود ندارد. درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر کاهش نگرش‌های کمال‌گرایانه و انعطاف‌ناپذیر درباره عملکرد، به افزایش اعتماد به نفس و توانایی انجام وظایف تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی کمک می‌کند. همچنین در کاهش تفکرات شخصی‌سازی و ارزیابی افراطی از احساسات بدنی نیز موثر واقع می‌شود (۱۴). اختلال اضطراب اجتماعی، غالباً تضعیف‌کننده بوده و همراه با آشفتگی‌های هیجانی قابل توجه و اختلال عملکردی در کار و حوزه اجتماعی و تحصیلی همراه است. با وجود کارآمدی درمان شناختی-رفتاری در درمان این اختلال، افراد زیادی به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند و یا علائم باقیمانده و پسرقت، بعد از درمان نشان می‌دهند (۱۵).
 مروری بر تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد از مداخلات مختلفی در زمینه اختلالات روان‌شناختی نوجوانان استفاده شده‌است. به عنوان مثال، اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی مورد بررسی قرار گرفته‌است (۱۶). همچنین، اثربخشی این درمان بر افزایش شفقت به خود، تحمل پربشانی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نیز تایید شده‌است (۱۷).
 پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی دختران نوجوان (۱۸) و تقویت عزت‌نفس دانش‌آموزان (۱۹) موثر است. همچنین، نقش شناخت به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در روابط بین خودشفقت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی در پیش‌بینی اعتماد به نفس افراد در جامعه ژاپن بررسی شده است (۲۰). در زمینه دیگر درمان‌ها، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز تأیید شده است (۲۱). علاوه بر این، پیش‌بینی اختلال

اضطراب فراگیر بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان نیز مورد پژوهش قرار گرفته است (۲۲).
 به طور کلی تجارب ذهنی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی به طور معمول منفی‌تر و شدیدتر از دیگران است و شدت این تجارب احتمالاً می‌تواند کیفیت ذهن‌آگاهی و نظم‌جویی‌هیجانی را در فرد تعیین کند. همچنین، در سنینی که نوجوان با تغییرات گسترده هیجانی و رفتاری همراه است و باتوجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند در عملکرد اجتماعی نوجوانان مشکلاتی ایجاد کند، مداخلات روان‌درمانی در این دوره اهمیت ویژه‌ای دارند. بررسی‌های حاضر گویای آن است که به کارگیری روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری، از طریق ارتقای کیفیت انعطاف‌پذیری شناختی افراد، می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان مؤثر واقع شود. با توجه به مطالب ذکر شده و از آن‌جا که بررسی شیوه‌های کارآمد و موثر از جمله ضروریات پژوهش در حوزه درمان دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی است، پژوهش حاضر بر آن است تا سه رویکرد درمانی نوین، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری را در قالب یک طرح مداخله‌ای، مورد بررسی و مقایسه قرار دهد. نتایج چنین پژوهشی می‌تواند در طراحی چارچوب‌های درمانی مناسب جهت ارتقا ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی موثر واقع شود. از سوی دیگر، مرور ادبیات و پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات اندکی به بررسی تأثیر این سه رویکرد درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند، لذا این پژوهش می‌تواند خلا موجود در این حوزه را تا حدی پوشش دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، در دسته پژوهش‌های آزمایشی قرار می‌گیرد و طرح پژوهش آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. متغیرهای مستقل فقط در گروه آزمایش اعمال شدند و تأثیر آن‌ها بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی دوره اول دبیرستان (سنین ۱۳ تا ۱۶ سال) در شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در حال تحصیل بودند. در مرحله نخست، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. از میان چهار ناحیه آموزشی شهر اهواز، یک ناحیه (سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شد. به کلیه دانش‌آموزان، مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتر (۲۳)، جهت غربالگری ارائه شد. دانش‌آموزانی که نمرات آن‌ها از نمره برش بالاتر بود، به عنوان افراد دارای اضطراب اجتماعی شناخته شده و ۶۰ نفر از آن‌ها به طور تصادفی در چهار گروه آزمایش و کنترل، هر کدام با ۱۵ نفر جایگذاری شدند. گروه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی

جنیدی شاپور

همبستگی‌ها در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۷۷ قرار داشت. همبستگی‌های مشاهده شده در مورد مقیاس اضطراب اجتماعی کمتر بود و در دامنه‌ای از ۰/۳۱ تا ۰/۷۲ قرار داشت (۲۴). امتیاز آزمودنی‌های مضطرب از آزمودنی‌های غیرمضطرب در این مقیاس بالاتر بود. در مطالعه عطری فرد و همکاران روی نمونه‌های ایرانی، نشان داد که اعتبار بازآزمایی LSAS-SR و خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۷۶ قرار دارد و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن‌ها نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده و روایی همگرایی LSAS-SR با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی از جمله مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (SIAS)، مقیاس هراس اجتماعی (SPS)، پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE) و مقیاس فراوانی اجتناب ظریف و هوشمندانه (SAFE) نیز در حد قابل قبولی است (۰/۹۴ تا ۰/۴۶) (۲۵).

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی در سال ۲۰۱۰ توسط دنیس و فندروال تهیه شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی کوتاه درباره نوع انعطاف‌پذیری شناختی مورد نیاز کودکان، برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن موفق افکار غیر انطباقی با افکار متعادل‌تر و انطباقی‌تر است. این پرسش‌نامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. پرسش‌نامه مطرح‌شده، برای اندازه‌گیری سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شده است: تمایل به درک موقعیت‌های دشوار به صورت کنترل‌پذیر، توانایی درک تبیین‌های جایگزین چندگانه برای رخدادها و رفتارهای انسانی و توانایی ایجاد راه حل‌های جایگزین چندگانه برای شرایط دشوار. با این حال، این ابزار یک سازه دو عاملی معتبر است. به عبارتی، نسخه نهایی این مقیاس شامل ۲۰ سوال است که ۱۳ سوال برای خرده مقیاس جایگزین‌ها و ۷ سوال برای خرده مقیاس کنترل است، که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود. شایان ذکر است که گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی این ابزار با مجموع نمره‌ی گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره‌ی بالاتر به معنای انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است (۲۶). دنیس و وندروال (۲۶)، روایی همگرایی این ابزار را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ و روایی واگرایی آن را با پرسشنامه‌ی افسردگی بک منفی ۰/۳۹ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ب ل روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین مرادزاده و پیرخانی (۲۷)، پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ است.

و درمان شناختی-رفتاری هر کدام به مدت ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند که هیچ درمانی بر روی آن‌ها صورت نگرفت (در لیست انتظار قرار گرفتند). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: شرط سنی بین ۱۳ تا ۱۶ سال، داشتن انگیزه و رغبت برای شرکت در جلسات، نداشتن سابقه انقباضی یا اخراج از مدرسه، عدم حضور در بین دانش‌آموزان نخبه یا المپیادی مدرسه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: ابتلا به بیماری‌های جسمی که در کنش‌های حرکتی یا کلامی برای دانش‌آموز محدودیت ایجاد کند، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن سابقه انقباضی یا اخراج از مدرسه و قرار داشتن در بین دانش‌آموزان نخبه یا المپیادی مدرسه بود. در روند اجرای پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان افراد بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، پرسش‌نامه‌ها در محل امن نگهداری شدند تا اسامی افراد محفوظ بماند. در تمامی مراحل پژوهش به دلیل حساسیت و عدم رضایت افراد، عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نگرفت. تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار افراد قرار گرفت. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان^۲

این مقیاس توسط باکر و همکاران (23)، با اقتباس از نسخه بزرگسالان مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز، و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای سنین پایین‌تر طراحی شده است. این مقیاس برای سنین ۷ تا ۱۸ سال به صورت خودگزارش دهی و یا مصاحبه، قابل استفاده است. این مقیاس ۲۴ گزینه دارد و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (هیچ، کم، متوسط و شدید) سنجیده می‌شود. نقطه برش این مقیاس ۶۰ در نظر گرفته شده است و کودکانی که در این پرسش‌نامه نمره بالای ۶۰ را می‌گیرند دارای اضطراب اجتماعی هستند. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس «هراس و اضطراب» و «اجتناب» است. برای محاسبه نمره هر خرده مقیاس، باید امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع شود. همچنین برای محاسبه نمره کلی نیز، نمرات مربوط به هراس و اضطراب و اجتناب همه عبارات با هم جمع می‌شوند. حداکثر نمره در خرده مقیاس اضطراب عملکرد ۷۸، حداکثر نمره اضطراب موقعیت‌های اجتماعی ۶۶ و حداکثر نمره کلی ۱۴۴ است. با توجه به جمع این دو زیر مقیاس می‌توان به میزان اضطراب اجتماعی فرد پی برد. برای بررسی پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کلی برابر با ۰/۹۵، ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیرمقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار همگرا، این آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفته است (۲۴).

3. Cognitive Flexibility Questionnaire

2 Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)

روش اجرا

پروتکل دوره‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری، هر کدام به صورت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) برای گروه آزمایش اجرا گردیدند که محتویات این جلسات به صورت زیر است (۳۰).

ساختار جلسات درمان

اهداف جلسه اول

برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن بیمار با درمان شناختی-رفتاری، آشنا کردن بیمار با بیماری خود، مدل شناختی و فرآیند درمان و تهیه فهرستی از اهداف درمان با استفاده از این اطلاعات

اهداف جلسات درمانی دوم به بعد

کمک به بیمار در انتخاب یک مشکل یا یکی از اهداف درمان و تمرکز بر آن، آشنایی بیشتر بیمار با مدل شناختی، کمک به بیمار در حل مشکلات و از بین بردن علائم بیماری با استفاده از فنون شناختی رفتاری، آموزش استفاده از فنون رفتاری و شناختی به بیمار، تقویت ارتباط درمانی، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد بیمار و تکمیل مفهوم‌پردازی، ارزیابی پیشرفت درمان، پیش‌گیری از عود بیماری و آماده‌کردن بیمار برای اختتام درمان

تجزیه تحلیل اطلاعات با استفاده از بسته آماری علوم اجتماعی نسخه ۲۲، در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری چند متغیره استفاده گردید. سطح اطمینان برای آزمون فرضیه ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

خلاصه جلسات درمانی برگرفته از بسته درمانی هایس و استروسال (۸)؛ عابدی و آزادی (۲۸)

آشنایی، برقراری رابطه‌ی درمانی، بحث در مورد امیدواری و تاب‌آوری دانشجویان، قواعد اصلی، مرور درمان‌های قبلی، تکلیف
مرور تکالیف هفته‌ی قبل، ایجاد درمان‌دگی خلاق، استعاره چاه، ذهن آگاهی، تکلیف
مرور تکلیف هفته‌ی قبل، معرفی کنترل به عنوان مشکل، استعاره کیک شکلاتی، پذیرش، ذهن آگاهی و تکلیف
معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش، تمرین ذهن آگاهی، تکلیف
مرور تکالیف قبلی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود، تکلیف
گزارش پیشرفت، ارزش‌ها، استعاره پیتزا و سفر، تکلیف
ارزش‌ها، معرفی تعهد، تکلیف
تعهد، عود، عود چیست و آیا برای شما اتفاق می‌افتد

چارچوب جلسات شفقت درمانی (۲۹)

جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت زمان جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون
بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه، آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریس بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح و تشریح سازه شفقت
تفکر درباره شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، تعیین تکلیف جهت شناسایی اقدامات و رفتارهایی که در زمینه شفقت به دیگران در طول هفته انجام داده‌اند
مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت و یا غیر شفقت باتوجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران) و آموزش بخشایش
مرور تکالیف خانگی، افزایش گرمی و انرژی، تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، پذیرش مسائل (پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف) و عدم قضاوت
تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌آمیز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان
نامه‌نگاری شفقت‌ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی متمرکز بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون

یافته ها

درصد اطمینان می‌توان گفت که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بوده و از این رو می‌توان از آزمونهای پارامتریک که در این تحقیق آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر می‌باشد.

نتایج اثرات چندمتغیره برای متغیر انعطاف پذیری شناختی در جدول شماره ۳ آورده شده است. از بین همه این آزمون‌ها، آزمون لامبدای ویلکز از معروفیت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها برخوردار است. با این حال آزمون پیلاوی در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها است.

در جدول ۴، نتایج آزمون چند متغیره برای متغیر انعطاف پذیری شناختی نشان می‌دهد که اثر زمان (قبل از شروع مطالعه، پس از آن و در مرحله پیگیری) با مقدار معناداری کمتر از $0/05$ ، معنادار است. همچنین اثر متقابل زمان و گروه نیز کمتر از $0/05$ است در نتیجه معنادار محسوب می‌گردد. در جدول زیر اثر اتا نیز نمایش داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد اثر زمان برابر با $0/937$ بوده یعنی اندازه اثر زمان در حد قوی است. برای اثر متقابل زمان و گروه مقدار اتا در آزمون لاندای ویلکز برابر با $0/521$ بوده که یعنی اندازه اثر متقابل زمان و گروه در حد قوی است. جدول ۵ نتایج آزمون کرویت موچلی را نشان می‌دهد. آزمون کرویت این فرض صفر را آزمون می‌کند که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال یک ماتریس همسان است. در این آزمون چنانچه سطح معناداری کمتر از $0/05$ باشد، فرض صفر رد و فرض تحقیق تایید می‌شود. چنانچه فرض صفر رد شود نمی‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته را پذیرفت و باید از سه آزمون دیگر یعنی گرین هاوس-گیسر، هیون-فلت و یا حد پایین استفاده نمود، که این آزمون‌ها درجه آزادی را تصحیح می‌کنند. در جدول ۵ نتایج آزمون کرویت موچلی برای متغیر انعطاف پذیری شناختی آمده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد میزان معنادار برای متغیر انعطاف پذیری شناختی کمتر از $0/05$ است، یعنی فرض صفر رد و فرض تحقیق تایید می‌گردد و در نتیجه باید از یکی از آزمون‌های گرین هاوس-گیسر، هیون-فلت و یا حد پایین استفاده نمود. در جدول ۶ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها برای متغیر انعطاف پذیری شناختی نشان داده شده است. چون در قسمت قبل کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس از

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش را در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شفقت درمانی و درمان شناختی-رفتاری) و گروه کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که نشان‌دهنده افزایش نمره‌های گروه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل در متغیرهای ذهن‌آگاهی و نظم‌جویی شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. به منظور تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه شماره ۲۶ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۴ استفاده شد. قبل از استفاده از این روش، پیش فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲ و ۳ قابل مشاهده است. نتیجه آزمون شاپیرو ویلک^۵ حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها است و نتیجه آزمون M-BOX نیز نشان‌دهنده برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف است. نتیجه آزمون کرویت موچلی^۶ نشان داد که فرض کرویت گروه‌ها و ثابت بودن واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها در متغیر پژوهش (انعطاف پذیری شناختی) برقرار است و در نهایت نتایج آزمون لوین^۷ نشان از برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابسته مورد مطالعه داشت.

باتوجه به جدول شماره ۱، میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون، برای گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، $45/64$ بوده، اما در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $73/40$ و $70/53$ گزارش شده است. میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون برای گروه شفقت‌درمانی $66/40$ بوده و در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $72/13$ و $69/73$ گزارش شده است. میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون برای گروه درمان شناختی-رفتاری $65/31$ بوده ولی در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $69/78$ و $66/75$ مشاهده شده است. همچنین در گروه کنترل، میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون برای گروه کنترل $63/21$ در پس‌آزمون و پیگیری نیز به ترتیب $65/07$ و $60/78$ گزارش شده است. این تغییرات در نمودار ۴-۲ به وضوح قابل مشاهده است.

بر اساس جدول شماره ۲، نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان می‌دهد که مقدار معناداری برای تمامی متغیرها بیش از $0/05$ است؛ بنابراین، با ۹۵

⁶- riance (RM-MANOVA) of Sphericity

⁷ - Levene's Test

⁴ - Repeated Measures Analysis of Variance (RM-MANOVA)

⁵ - Repeated Measures Analysis of Va

برای این مطالعه از این جهت که چهار گروه مورد مطالعه قرار گرفته است و تعداد آزمودنی‌ها هر چهار گروه با هم مساوی هستند (هر گروه ۱۵ نفر)، از آزمون تعقیبی LSD استفاده می‌شود که در ادامه نتایج این آزمون در جدول‌های زیر گزارش شده است.

جدول ۹، انعطاف‌پذیری شناختی در گروه را بر حسب زمان نشان می‌دهد و همان‌گونه که مشاهده می‌گردد میانگین ذهن‌آگاهی در تمامی زمان‌ها نسبت به یکدیگر تفاوت معناداری داشته است.

همان‌طور که در جدول ۱۰ قابل مشاهده است، میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تمامی گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شفقت درمانی و درمان شناختی- رفتاری) با گروه کنترل تفاوت معنادار دارند. همچنین، گروه مبتنی بر تعهد و پذیرش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نسبت به گروه درمان شناختی- رفتاری دارد و به طور معنادار اثر قوی‌تری نسبت به درمان شناختی- رفتاری دارد.

طریق آزمون کروییت موجلی رد شد، در این قسمت برای آزمون معناداری و غیر معناداری هر اثر از سه آزمون آورده شده، استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد هم اثر زمان به تنهایی و هم اثر متقابل زمان و گروه برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی معنادار است. جدول ۷ نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر انعطاف‌پذیری شناختی را نشان می‌دهد.

همان‌طور، که در جدول ۷ مشاهده می‌گردد، فرض برابری واریانس برای همه زمان‌ها معنادار می‌باشد ($SIG > 0.05$). جدول زیر مهم‌ترین نتایج پژوهش را در بر دارد و بیان‌گر اثر گروه است.

همان‌طور که در جدول ۸ مشخص شده، متغیر انعطاف‌پذیری شناختی معناداری کمتر از 0.05 کسب کرده که به معنی تفاوت معنادار بین میانگین آن‌ها در گروه‌های مورد مطالعه است. برای مشخص شدن اینکه تفاوت معنادار میانگین‌ها حاصل اختلاف کدام یک از گروه‌ها است، لازم است میانگین انعطاف‌پذیری شناختی گروه‌ها در سه زمان مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت جفتی با یکدیگر مقایسه شوند. در چنین مواردی، استفاده از آزمون‌های تعقیبی ضرورت دارد. آزمون تعقیبی مناسب

جدول ۱. خلاصه نتایج شاخص توصیفی گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت و درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (N=60)

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون			پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه
انعطاف‌پذیری شناختی	ACT	۶۵/۴۶	۲/۷۲	۷۳/۴۰	۲/۴۷	۷۰/۵۳	۲/۵۵
شفقت‌درمانی	۶۶/۴۰	۵/۷۸	۷۲/۱۳	۳/۵۰	۶۹/۷۳	۳/۱۰	
CBT	۶۵/۳۱	۵/۷۸	۶۹/۸۷	۶	۶۶/۷۵	۵/۳۲	
کنترل	۶۳/۲۱	۵/۲۳	۶۵/۰۷	۵/۴۵	۶۰/۷۸	۵/۶۴	
گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون			پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه
انعطاف‌پذیری شناختی	ACT	۶۵/۴۶	۲/۷۲	۷۳/۴۰	۲/۴۷	۷۰/۵۳	۲/۵۵
شفقت‌درمانی	۶۶/۴۰	۵/۷۸	۷۲/۱۳	۳/۵۰	۶۹/۷۳	۳/۱۰	
CBT	۶۵/۳۱	۵/۷۸	۶۹/۸۷	۶	۶۶/۷۵	۵/۳۲	
کنترل	۶۳/۲۱	۵/۲۳	۶۵/۰۷	۵/۴۵	۶۰/۷۸	۵/۶۴	

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک به منظور تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته تحقیق به تفکیک گروه

متغیر	گروه	زمان			
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	معداری
انعطاف	ACT	آماره شاپیروویلک	آماره شاپیروویلک	آماره شاپیروویلک	معداری
	شفقت درمانی	۰/۹۵۴	۰/۵۹۵	۰/۹۴۶	۰/۴۶۸
پذیری	CBT	۰/۹۱۲	۰/۱۴۷	۰/۹۱۳	۰/۱۵۲
		شناختی	۰/۹۶۸	۰/۷۹۸	۰/۹۶۸
شناختی	گواه	۰/۹۷۷	۰/۹۵۰	۰/۹۷۵	۰/۹۲۳
		۰/۹۵۴	۰/۵۹۵	۰/۹۴۶	۰/۴۶۸

جدول ۳. بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیر زمان

متغیر	آماره Box M	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	مقدار معناداری
انعطاف پذیری	۳۱/۰۷۶	۱/۰۳	۱۸	۱۱۰۸۱/۸۱۶	۰/۴۱۶

جدول ۴. آزمون اثرات بین گروهی برای متغیرهای وابسته

منبع	متغیر	ضریب	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معداری	ضریب تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	اثر پیلائی	۰/۹۳۷	۴۰۶/۸۵۲	۲	۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۷	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۶۳	۴۰۶/۸۵۲	۲	۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۷	۱/۰۰۰
انعطاف پذیری شناختی	بزرگترین ریشه روی	۱۴/۷۹۵	۴۰۶/۸۵۲	۲	۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۷	۱/۰۰۰
	اثر پیلائی	۰/۸۲۳	۱۳/۰۴۶	۶	۱۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
زمان*گروه	بزرگترین ریشه روی	۳/۱۳۳	۲۸/۱۹۶	۶	۱۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۰	۱/۰۰۰
	اثر پیلائی	۰/۲۲۹	۱۹/۹۴۸	۶	۱۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	بزرگترین ریشه روی	۳/۰۵۹	۵۷/۰۹۵	۳	۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۴	۱/۰۰۰
	اثر پیلائی	۰/۸۲۳	۱۳/۰۴۶	۶	۱۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰

جدول ۵. بررسی کرویت موجلی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر انعطاف پذیری شناختی

زیر مقیاس	اثر درون آزمودنی	آماره W موجی	خی دو تقریبی	درجه آزادی	مقدار معناداری
انعطاف پذیری شناختی	۰/۸۷۷	۷/۲۱۷	۲	۲	۰/۰۲۷

جدول ۶. آزمون درون آزمودنی‌ها برای زیر متغیر انعطاف پذیری شناختی

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	مقدار معناداری	اندازه اثر
زمان	گربین هاوس-گیسر	۱/۷۸۱	۴۴/۹۶۰	۲۴۷/۸۸۱	۰/۰۰۰	۰/۸۳۱
	هیون-فلت	۱/۹۳۴	۴۰۶/۰۷۴	۲۴۷/۸۸۱	۰/۰۰۰	۰/۸۳۱
زمان*گروه	حد پایین	۱	۷۸۵/۳۴۴	۲۴۷/۸۸۱	۰/۰۰۰	۰/۸۳۱
	گربین هاوس-گیسر	۵/۳۴۳	۵۱/۲۸۰	۳۱/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱
حد پایین	هیون-فلت	۵/۸۰۲	۴۷/۲۲۳	۳۱/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱
	حد پایین	۳	۹۱/۳۳۰	۳۱/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱

جدول ۷. بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیر زمان

زیر مقیاس	زمان	آماره آزمون لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار معناداری
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۲/۸۴۳	۳	۵۶	۰/۰۵۱
	پس آزمون	۲/۷۴۸	۳	۵۶	۰/۰۵۲
پیگیری	۲/۷۵۰	۳	۵۶	۰/۰۵۶	

جدول ۸. اثرات بین گروهی برای متغیر انعطاف پذیری شناختی

زیرمقیاس	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار معناداری	اندازه اثر
عرض از مبدا		۸۱۹۱۸۰/۲۷۲	۱	۸۱۹۱۸۰/۲۷۲	۱۳۵۳۳/۲۴۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶
انعطاف پذیری شناختی	گروه	۱۰۶۵/۶۶۱	۳	۳۵۵/۲۲۰	۵/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
	خطا	۳۲۸۹/۷۳۳	۵۶	۶۰/۵۳۱			

جدول ۹. آزمون تعقیبی مقایسه بین زمان‌ها

زمان آ	زمان ز	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	نتیجه
پیش‌آزمون	۲	-۵/۰۶۷	۰/۱۸۶	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار
	۳	-۱/۹۱۷	۰/۲۵۲	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار
پس‌آزمون	۱	۵/۰۶۷	۰/۱۸۶	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار
	۳	۳/۱۵۰	۰/۲۱۲	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار
پیگیری	۱	۱/۹۱۷	۰/۲۵۲	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار
	۲	-۳/۱۵۰	۰/۲۱۲	<۰/۰۰۱	تفاوت معنادار

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی در اثر متقابل زمان و گروه

زمان	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معناداری
پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شفقت‌درمانی	-۰/۹۳۳	۱/۶۶۸	۰/۵۷۸
		درمان شناختی-رفتاری	۰/۸۰۰	۱/۶۶۸	۰/۶۳۳
	شفقت‌درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۹۳۳	۱/۶۶۸	۰/۵۷۸
		درمان شناختی-رفتاری	۱/۷۳۳	۱/۶۶۸	۰/۳۰۳
	درمان شناختی-رفتاری	کنترل	۲/۴۰۰	۱/۶۶۸	۰/۱۵۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۰۰	۱/۶۶۸	۰/۶۳۳
	کنترل	شفقت‌درمانی	-۱/۷۳۳	۱/۶۶۸	۰/۳۰۳
		کنترل	۰/۶۶۷	۱/۶۶۸	۰/۶۹۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۴۶۷	۱/۶۶۸	۰/۳۸۳
		شفقت‌درمانی	-۲/۴۰۰	۱/۶۶۸	۰/۱۵۶
پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شفقت‌درمانی	۱/۲۶۷	۱/۷۳۰	۰/۴۶۷
		درمان شناختی-رفتاری	۳/۹۳۳	۱/۷۳۰	۰/۰۲۷
	شفقت‌درمانی	کنترل	۷/۶۰۰	۱/۷۳۰	<۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۲۶۷	۱/۷۳۰	۰/۴۶۷
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۲/۶۶۷	۱/۷۳۰	۰/۱۲۹
		کنترل	۶/۳۳۳	۱/۷۳۰	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۹۳۳	۱/۷۳۰	۰/۰۲۷
		شفقت‌درمانی	-۲/۶۶۷	۱/۷۳۰	۰/۱۲۹
	کنترل	کنترل	۳/۶۶۷	۱/۷۳۰	۰/۰۳۹
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۷/۶۰۰	۱/۷۳۰	<۰/۰۰۱
شفقت‌درمانی	شفقت‌درمانی	-۶/۳۳۳	۱/۷۳۰	۰/۰۰۱	
	درمان شناختی-رفتاری	-۳/۶۶۷	۱/۷۳۰	۰/۰۳۹	
پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شفقت‌درمانی	۰/۸۰۰	۱/۶۳۶	۰/۶۲۷
		درمان شناختی-رفتاری	۳/۹۳۳	۱/۶۳۶	۰/۰۲۰
	شفقت‌درمانی	کنترل	۹/۲۰۰	۱/۶۳۶	<۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۰۰	۱/۶۳۶	۰/۶۲۷
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۳/۱۳۳	۱/۶۳۶	۰/۰۶۱
		کنترل	۸/۴۰۰	۱/۶۳۶	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۹۳۳	۱/۶۳۶	۰/۰۲۰
		شفقت‌درمانی	-۳/۱۳۳	۱/۶۳۶	۰/۰۶۱
	کنترل	کنترل	۵/۲۶۷	۱/۶۳۶	۰/۰۰۲
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۹/۲۰۰	۱/۶۳۶	<۰/۰۰۱
شفقت‌درمانی	شفقت‌درمانی	-۸/۴۰۰	۱/۶۳۶	<۰/۰۰۱	
	درمان شناختی-رفتاری	-۵/۲۶۷	۱/۶۳۶	۰/۰۰۲	

جندی شاپور

بحث

زنان متأهل، همسویی مستقیم دارد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که تفاوت‌های فردی در سطح خودشفقت‌ورزی تا حدود زیادی به تجربیات دوران اولیه کودکی گره خورده‌است. افرادی که فاقد خودکفایی هستند ممکن است مادران بحرانی داشته باشند که از خانواده‌های ناکارآمد به ارث رسیده باشند و الگوهای دلبستگی ناامن را نشان دهند یا تجربه ترومای کودکی را تجربه کنند (۳۵). از طرفی، در این درمان، فرد از طریق افزایش تفکر واقع نگر، مؤثر، منطقی و کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی به طور غیرمستقیم و افزایش آگاهی از وجود آن‌ها با متمرکز کردن توجه بر زمان حال، معنای واقعی زندگی را درک کرده و مراجع می‌آموزد تا خود را از آشفتگی‌های ناشی از اجتناب به خردمند بودن و همدلی با دیگران، آموزش راه‌های بخشیدن و کنترل تنفس باعث می‌شود تا افراد بهتر بتوانند بر هیجانات خود کنترل داشته باشند و انعطاف‌پذیری بیشتری در آنها ایجاد شود. نگاه مثبت به آینده مهمترین فایده خودشفقتی است و مداخله خودشفقت‌ورزی در افزایش خوش‌بینی و امید به زندگی در افراد، نسبت به توانایی‌های آن‌ها به هنگام رویارویی با موقعیت‌های چالش برانگیز تأثیرگذار است، شاید به این دلیل که این نوع رویکرد، خودقضوتی را کاهش داده و موجب رشد ادراک شایستگی می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای خودشفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خودشفقتی هستند، بسیار خوش‌بین‌ترند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (۳۶). همچنین درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در برگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است. درمان ذهن شفقت‌ورز بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، از طریق ایجاد مراقبت، توجه به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه، به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی-روانی-عصبی تعبیر و تفسیر شود. از سوی دیگر، چون درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی منجر شود (۳۷).

همچنین همانگونه که ۴ مشاهده شد، اثر زمان (قبل از شروع درمان شناختی رفتاری، پس از آن و در مرحله پیگیری) با مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵، معنادار است. اثر متقابل زمان و گروه نیز کمتر از ۰/۰۵ است در نتیجه معنادار محسوب می‌گردد. در جدول زیر اثر اتا نیز نمایش داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد اثر زمان برابر با ۰/۹۲۰ است، یعنی اندازه اثر زمان در حد قوی می‌باشد. برای اثر متقابل زمان و گروه مقدار اتا در آزمون لاندای ویلکز برابر با ۰/۵۹۶ می‌باشد که یعنی اندازه اثر متقابل زمان و گروه در حد قوی است. نتایج این یافته با یافته‌های فاضلی و همکاران (۳۸)، مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده و پژوهش رحمانیان و همکاران (۳۹)، مبنی بر اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز همسویی مستقیم دارد. نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بر ماهیت یادگیری در حیطه‌های پیچیده و بد ساختار تمرکز می‌کند. طبق این نظریه، یاد

هدف از پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی بود. همان‌طور که در یافته‌ها مشاهده شده‌است، اثر زمان (قبل از شروع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پس از آن و در مرحله پیگیری) با مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ معنادار گزارش شد. همچنین اثر متقابل زمان و گروه نیز کمتر از ۰/۰۵ بود در نتیجه معنادار محسوب می‌گردد.

نتایج این یافته با یافته‌های مقدم فر و امرایی (۳۱)، در پژوهش خود مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، همسویی غیر مستقیم دارد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه به لحظه حال و درگیری فعال در ارزشهای شخصی را در دانش آموزان افزایش می‌دهد (۳۲). افراد دارای اضطراب اجتماعی همواره در افکار تکرار شونده و گذشته خود غرق هستند و سعی در اجتناب از تجارب خود دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی جلسات، حضور در لحظه را با استفاده از استعاره‌های مختلف آموزش می‌دهد، کشمکش‌ها را تضعیف می‌کند و بنابراین تأکید بر وجه اقدام آگاهانه ذهن آگاهی این افراد در این رویکرد، به افزایش ذهنی انعطاف‌پذیری منجر می‌شود، لذا بالابودن انعطاف‌پذیری باعث می‌شود فرد این توانایی را در خود بهبود ببخشد که در برابر اضطراب حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را درگیر نکند. درواقع مولفه‌های ذهن آگاهانه این رویکرد، اجازه پذیرش و تصدیق دردناک‌ترین هیجانها را به فرد می‌دهد، بدون آن‌که اسیر آن‌ها شود و بنابراین این رویکرد با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب در فرد می‌گردد و موجب توقف چرخه تجارب منفی مانند نشانه‌های اضطراب یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب آمیختگی شناختی خود را کاهش می‌دهد (۳۳).

همان‌طور که مشاهده شد، زمان (قبل از شروع درمان شفقت خود، پس از آن و در مرحله پیگیری) با مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵، معنادار است. اثر متقابل زمان و گروه نیز کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه معنادار محسوب می‌گردد. در جدول زیر اثر اتا نیز نمایش داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد اثر زمان برابر با ۰/۹۳۵ است یعنی اندازه اثر زمان در حد قوی می‌باشد. برای اثر متقابل زمان و گروه مقدار اتا در آزمون لاندای ویلکز برابر با ۰/۷۷۱ است که یعنی اندازه اثر متقابل زمان و گروه در حد قوی می‌باشد. نتایج این یافته با یافته‌های قزلسفلو و همکاران (۳۴)، مبنی بر رابطه سلامت خانواده اصلی و شفقت خود با تعهد زناشویی از نوع توصیفی با طرح همبستگی در جامعه آماری

باورهای مخالف، شرایط جدیدی را تجربه کنند. این روند همچنین تجربه‌های جدیدی را در اختیار آن‌ها قرار داد و چرخه تکرارشونده پیامدهای منفی حاصل از افکار و رفتارهای پیشین را متوقف ساخت، به گونه‌ای که افراد توانستند به احتمال‌های جایگزین و غیر از پیش‌دوری‌های منفی بیندیشند و از تعمیم ناکامی‌ها به تمام موقعیت‌ها بکاهند. شرکت‌کنندگان با استفاده از تکنیک تنبیه و پاداش، حتی بعد پایان جلسات گروه، موفق شدند که دستاوردهای خود را حفظ کنند؛ علاوه بر این مهارت‌ها، خودآگاهی آن‌ها در مورد انگیزه‌های رفتاری و عدم دستیابی به نتیجه‌ی دلخواه با وجود تلاش مداوم، به خصوص در روابط بین فردی، نیز در آن‌ها تقویت شد و این امر در بهره‌مندی بیشتر از انعطاف‌پذیری شناختی و تغییر شرایط فعلی مؤثر واقع شد.

در انجام هر پژوهش محدودیت‌هایی وجود دارد که مانع از دستیابی دقیق به اهداف تحقیق می‌شود و بنابراین سطح اطمینان نتایج را کمی دست‌خوش تغییر قرار می‌دهد. محدودیت‌های این تحقیق عبارت‌اند از: این پژوهش صرفاً بر روی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود، با توجه به اینکه این پژوهش در شهر اهواز صورت گرفته است تعمیم آن به مناطق دیگر، نیازمند دقت و بررسی‌های بیشتر است. یافته‌ها مربوط به یک دوره از مقطع زمانی است و گذشت زمان یا رویدادهای اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی ممکن است بر نتایجی که در این پژوهش حاصل شده است، اثرگذار باشد. بنابراین از حیث تعمیم آن، باید دقت لازم اعمال شود. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود ضمن رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر، مطالعات مشابهی بر روی جمعیت‌های آماری متفاوت صورت گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین توصیه می‌شود طرح مداخله‌ای مشابه با طراحی پنج‌گروهی و با گنجاندن یک گروه شبه‌آزمایشی اجرا گردد. بهتر است در پژوهش‌های آتی از جامعه آماری وسیع‌تر و متنوع‌تری استفاده شود، از مداخلات روان‌شناختی دیگر در پژوهش‌های مشابه استفاده گردد تا یافته‌های عینی‌تری حاصل گردد و نقش متغیرهای میانجی مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، بر سلامت روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند (کد:

گیرنده موفق (یعنی انعطاف‌پذیر شناختی) فردی است که می‌تواند در پاسخ به خواست‌های موقعیتی متنوع به راحتی دانش را مجدداً سازماندهی کرده و به کار ببرد. یادگیرندگان برای به دست آوردن این انعطاف‌پذیری شناختی باید پیچیدگی کامل مسائل را درک کنند و به دفعات فضای مساله را بررسی کنند تا ببینند چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می‌تواند فضا را تغییر دهد. این که فرد چگونه می‌تواند این کار را انجام دهد، تابعی از شیوه‌ی بازنمایی دانش (برای مثال، ابعاد مفهومی متعدد به جای یک بعد واحد) و فرآیندهایی است که بر پایه‌ی بازنمایی‌های ذهنی عمل می‌کنند (برای مثال، فرآیندهای ساخت طرحواره به جای بازیابی کامل طرحواره). این نظریه تا حد زیادی با انتقال دانش و مهارت‌ها فراتر از موقعیت‌های یادگیری اولیه ارتباط دارد. به همین دلیل بر ارائه اطلاعات از دیدگاه‌های متعدد و استفاده از مطالعات موردی زیاد تاکید می‌کند. از دیدگاه این نظریه، یادگیری کارآمد به گونه‌ای به بافت وابسته است که آموزش بسیار خاصی را می‌طلبد؛ علاوه بر این، نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بر اهمیت دانش ساخت‌یافته تاکید می‌کند؛ بدین منظور که یادگیرندگان به شیوه‌ی مناسبی یاد گیرند، باید این فرصت را در اختیار داشته باشند که بازنمایی‌های خود را از اطلاعات توسعه دهند (۴۰) و درمان شناختی- رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌تواند موجب کاهش خلق منفی و مضطرب این بیماران شود و نیز تاب‌آوری آن‌ها را افزایش دهد و سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد. سامانه‌ی دانشی که شناخت درمانی بر آن مبتنی است یک سامانه‌ی باز است؛ بدین معنی که در هر لحظه از زمان این امکان وجود دارد که حقایق تازه، تجربه‌های تازه، حتی نیازها و ترجیح‌های تازه‌ای، متناسب با نیاز فرد برانگیخته شود (۴۱). تکنیک‌های شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر است که این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، منجر به تغییر واکنش‌های او به وسیله‌ی کیفیت شناختی شده و فرد می‌تواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (۴۲).

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان بیان کرد که پژوهش حاضر بر اساس یافته‌ها و دانش علمی موجود و با تاکید بر کارکردهای شناختی و به کارگیری تکنیک‌های مبتنی بر شناخت، توانست شرکت‌کنندگان را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رها کرده و مهارت انتخاب سبک‌های مختلف فکری را به فرد ارائه دهد. همچنین توانست به افراد کمک کند تا با استفاده از تکنیک‌های درمانی، در خود چرخش ذهنی ایجاد کرده و خود را از فشاری که بر آن‌ها تحمیل شده است، رها سازند. با توجه به پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان توانستند از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شده و با استفاده از تکنیک سود و زبان، بازداری قشری اختیاری و استفاده از

(IR.IAU.BIRJAND.REC.1403.031)

حامی مالی

این رساله تحت حمایت مالی ارگانی قرار ندارد.

مشارکت نویسندگان

مهران شهرویی نگارش و اصلاح نسخه خطی را بر عهده داشت. عبدالمجید بحرینیان، مهرناز مهرابی‌زاده هنرمند تحلیل آماری را انجام دادند و قاسم آهی نگارش نسخه خطی و تهیه جداول و داده‌ها را بر عهده داشت. همه نویسندگان مقاله را خوانده و تأیید کرده‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی با یکدیگر ندارد.

تشکر و قدردانی

از اساتید راهنما، دکتر عبدالمجید بحرینیان و دکتر مهرناز مهرابی‌زاده هنرمند و استاد مشاور، دکتر قاسم آهی و همچنین از دکتر شهریار شهرویی و دکتر عبدالعظیم شهرویی از مرکز روانشناسی و مشاوره ذهن برتر که در انجام این پژوهش با من همکاری داشته‌اند، تشکر می‌کنم.

References

- [1] AYAR D, BEKTAŞ İ, BEKTAŞ M, SÜLÜN A. The Impact of Personality Traits and Intercultural Sensitivities of Nursing Students on Their Professional Values. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2019;6(2):110-20.
- [2] Arimitsu K, Hitokoto H, Kind S, Hofmann SG. Differences in compassion, well-being, and social anxiety between Japan and the USA. *Mindfulness*. 2019 May 15;10:854-62. [[10.1007/s12671-018-1045-6](https://doi.org/10.1007/s12671-018-1045-6)] [PMID]
- [3] Baer RA. Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*. 2007 Oct 19;18(4):238-42. [PMID]
- [4] Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 2004 Sep;11(3):191-206. [[10.1177/1073191104268029](https://doi.org/10.1177/1073191104268029)] [PMID]
- [5] Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2015 Apr 21;58(2):96-105.
- [6] Baker SL, Heinrichs N, Kim HJ, Hofmann SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002 Jun 1;40(6):701-15. [[10.1016/s0005-7967\(01\)00060-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00060-2)] [PMID]
- [7] Di Ruscio A, Fienga A, Durante D, Iess L, Laskar J, Gastineau M. Analysis of Cassini radio tracking data for the construction of INPOP19a: A new estimate of the Kuiper belt mass. *Astronomy & Astrophysics*. 2020 Aug 1;640:A7.
- [8] Garnevski D. Implementation of software architecture for complex analysis of solar corona images. *TECHSYS 2017*. 2017.
- [9] Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain®*. 2011 Mar 1;152(3):533-42. [[10.1016/j.pain.2010.11.002](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002)] [PMID]
- [10] Johnson W, Krueger RF. How money buys happiness: genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. *Journal of personality and social psychology*. 2006 Apr;90(4):680. [[10.1037/0022-3514.90.4.680](https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.4.680)] [PMID]
- [11] Heins MJ, Knoop H, Burk WJ, Bleijenberg G. The process of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: which changes in perpetuating cognitions and behaviour are related to a reduction in fatigue?. *Journal of psychosomatic research*. 2013 Sep 1;75(3):235-41. [[10.1016/j.jpsychores.2013.06.034](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.034)] [PMID]
- [12] Kocovski NL, Fleming JE, Rector NA. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009 Aug 1;16(3):276-89.
- [13] Kirk U, Staiano W, Hu E, Ngnoumen C, Kunkle S, Shih E, Clausel A, Purvis C, Lee L. App-based mindfulness for attenuation of subjective and physiological stress reactivity in a population with elevated stress: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2023 Oct 13;11:e47371. [[10.2196/47371](https://doi.org/10.2196/47371)] [PMID]
- [14] Kudlek L, Jones RA, Hughes C, Duschinsky R, Hill A, Richards R, Thompson M, Vincent A, Griffin SJ, Ahern AL. Experiences of emotional eating in an Acceptance and Commitment Therapy based weight management intervention (SWiM): A qualitative study. *Appetite*. 2024 Feb 1;193:107138. [[10.1016/j.appet.2023.107138](https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107138)] [PMID]
- [15] Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023 Jan 18;74(1):193-218. [[10.1146/annurev-psych-032420-031047](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047)] [PMID]
- [16] Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*. 2011 Jan;5(1):1-2.
- [17] Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006 Nov;13(6):353-79.
- [18] Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013 Jan;69(1):28-44. [[10.1002/iclp.21923](https://doi.org/10.1002/iclp.21923)] [PMID]
- [19] Morgan TA, Dalrymple K, D'Avanzato C, Zimage S, Balling C, Ward M, Zimmerman M. Conducting outcomes research in a clinical practice setting: The effectiveness and acceptability of acceptance and commitment therapy (ACT) in a partial hospital program. *Behavior Therapy*. 2021 Mar 1;52(2):272-85. [[10.1016/j.beth.2020.08.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.004)] [PMID]
- [20] Zhang Z, Zhou K, Li J. Effect of labor opportunity cost on hog production fluctuation: an empirical study based on China. *Cogent Food & Agriculture*. 2025 Dec 31;11(1):2445762.
- [21] Sharma P, Noronha FS, Nayak AK. A correlational study to assess the relationship between body image, appearance contingent self-worth, and self-compassion among youth of Karnataka. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024 Jan 1;25:101461.

Authors retain the copyright and full publishing rights.

Published by [ahvaz_jundishapur university of medical science](https://www.jundishapur.edu). This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

