مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، اردیبهشت ۱۳۹۸، ۱۳۲-۱۲۱

مقایسه مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی

نسترن عطارد[۱]، محمد نریمانی[۲]، گودرز صادقی[۳]، مجیدمحمود علیلو[۴]، اکبر عطادخت[۵]

دریافت مقاله: ۹۷/۴/۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۷/۴/۲۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۷/۱۰/۴ پذیرش مقاله: ۹۷/۱۰/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در دانشجویان و نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در طیف وسیعی از مسائل روان‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی، ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی اساسی، ۳۰ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر و ۳۰ فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی به روش نمونه‌گیری هدف‌مند و ۳۰ فرد به‌هنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و مقیاس ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد گردآوری شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره و Scheffe test استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که افراد به‌هنجار در تمام مولفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نمرات پایین‌تری از سه گروه بیمار کسب کردند ($p<۰/۰۰۱$). در بین سه گروه بیمار نیز افراد افسرده در مؤلفه هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ($F=۲۴۰/۳۷$، $p<۰/۰۰۱$) و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مؤلفه خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده ($F=۱۰۸/۷۶$، $p<۰/۰۰۱$) ، به طور معنی‌داری نمرات بالاتری از دو گروه دیگر کسب کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌توانند به عنوان عواملی مهم در آسیب‌شناسی روانی افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، دانشجویان، تبریز

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
تلفن: ۵۵۱۲۰۸۱-۰۴۵۱، دورنگار: ۵۵۱۶۴۰۲- ۰۴۵۱، پست الکترونیکی: m-narimani@uma.ac.ir
۳- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۴- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۵- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

مقدمه

پژوهش‌های انجام گرفته حاکی از شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در میان دانشجویان است [۲-۱]. اختلال‌های اضطرابی و افسردگی که تحت عنوان اختلال‌های هیجانی شناخته می‌شوند، به ترتیب با شیوع طول عمر ۲۹٪ و ۱۹٪ [۳]، دو علت از پنج علت برجسته ناتوانی در سراسر جهان محسوب می‌شوند [۴]. در میان افرادی که به اختلال‌های اضطرابی تشخیص داده می‌شوند، همبودی (Comorbidity) با افسردگی از ۲۸ تا ۶۳ درصد متغیر است. این همبودی با مزمن بودن و شدت بیشتر اختلال همراه است [۵، ۳]. هم‌چنین این اختلال‌ها همبودی بالایی با سایر اختلال‌ها از جمله اختلال مصرف مواد دارند. به دلیل مزمن بودن، عود مکرر و بازگشت، درصد بهبود بدون درمان این اختلال‌ها پایین است [۳].

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به عنوان اختلال‌های شایع، پرهزینه، مزمن و تضعیف‌کننده کیفیت و کارکردهای سالم زندگی، سالانه زندگی میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند [۳] و با مسائل بسیاری از قبیل خودکشی [۶]، اختلالات خوردن [۸-۷]، اختلالات خواب [۹]، بدکارکردی اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی [۱۱-۱۰] و ابراز پرخاش‌گری [۱۲] مرتبط هستند. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که انعطاف ناپذیری روان‌شناختی (Psychological inflexibility) عامل خطر مهمی برای دامنه‌ی گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب اجتماعی، مصرف مواد، گذرهراسی، فوبی خون، اختلال موکنی، تنش‌های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی محسوب می‌شود [۱۶-۱۳].

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هسته‌ی اصلی نظریه فراتشخیصی از سلامت روان است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment therapy: ACT) براساس آن استوار است و با شش فرآیند مربوط به هم مشخص می‌شود: یعنی اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دل‌بستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان تماس با لحظه حال، عدم وضوح ارزش‌ها، عمل غیرمتعهدانه [۱۷]. از این فرآیندها، اجتناب تجربه‌ای بیش‌ترین توجه تجربی را دریافت کرده است [۱۷]. به طور نظری، استدلال شده که تمام این شش فرآیند در تمام جهت‌ها با یکدیگر مرتبط هستند اما تجربیات خاص زندگی، الگوهای فرد و موقعیت‌های جاری این فرآیندها و ارتباطات آن‌ها را با یکدیگر کاهش یا افزایش می‌دهند [۱۳].

براساس این تئوری، رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، بهزیستی آدمی را حفظ می‌کند در حالی که رفتار انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی موجب ایجاد و حفظ مشکلات سلامت روان می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به «تغییر یا تداوم رفتار در راستای ارزش‌های انتخاب شده» اشاره دارد [۱۸] در حالی‌که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی زمانی رخ می‌دهد که رفتار به طور سفت و سخت، توسط واکنش‌های روان‌شناختی مانند هم‌جوشی شناختی و اجتناب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

تجربه‌ای هدایت می‌شود نه توسط وابستگی‌های مستقیم یا ارزش‌های شخصی [۱۹].

با توجه به شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در دانشجویان [۲۱-۲۰] و در نظر داشتن نقش انعطاف ناپذیری روان‌شناختی در طیف وسیعی از مسائل روان‌شناختی به ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی [۲۳-۲۲ ،۱۴] و نیاز به درک بیش‌تر و نظریه بهتر از فرآیندهای آسیب‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه مؤلفه‌های آسیب‌شناسی روانی ACT در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دادند که در سه ماهه سوم و چهارم سال ۹۷-۱۳۹۶ به دفاتر مشاوره دانشکده‌های پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، پیراپزشکی، توان‌بخشی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، تغذیه و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه کرده بودند. با توجه به این که در پژوهش‌های از نوع علی- مقایسه‌ای حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه پیشنهاد می‌شود [۲۴]، به همین دلیل از میان افراد مراجعه کننده، تعداد ۳۰ فرد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی براساس ملاک‌های تشخیصی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۲۵]، به روش نمونه‌گیری هدف‌مند توسط روان‌شناس بالینی مرکز مشاوره انتخاب شدند. یک گروه ۳۰ نفری از افراد به‌هنجار نیز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد.

افراد هر چهار گروه بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماری‌های جسمی و عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های روانی همتاسازی شدند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- ابتلاء به هرگونه بیماری جسمی مانند دیابت، فشار خون بالا، کم کاری یا پرکاری تیروئید، ۲- ابتلاء به سایر اختلالات روانی همراه مانند اختلال دوقطبی، اختلال وسواس فکری عملی، اختلال وحشت‌زدگی، آگورافوبیا و غیره، ۳- سابقه بستری در بیمارستان روانی و ۴- عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه. شرکت در مطالعه اختیاری و با رضایت‌مندی آگاهانه بوده است. هم‌چنین در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و جنبه‌های اخلاقی آن، به دانشجویان اطمینان کامل داده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره و تست تعقیبی scheffe استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مقیاس ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد (Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processe: compACT): این مقیاس توسط Francis و همکاران برای ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد و در پاسخ به محدودیت‌های ابزارهای کنونی ساخته شده است. compACT دارای ۲۳ سؤال است و سؤال‌ها در یک مقیاس ۷ نقطه‌ای از صفر (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) رتبه‌بندی می‌شوند. تحلیل عامل اکتشافی، سه عامل منسجم را نشان می‌دهد که شامل پذیرش- گسلش؛ خود به عنوان زمینه-تماس با لحظه حال؛ و ارزش‌ها- اقدام متعهدانه می‌باشد [۲۶].

سؤالات ۱ تا ۱۰ به ارزیابی زیرمقیاس پذیرش-گسلش (۸ سؤال پذیرش؛ ۲سؤال گسلش؛ آلفای کرونباخ = ۰/۹۰)، سؤالات ۱۱ تا ۱۵ به ارزیابی زیرمقیاس خود به عنوان زمینه - تماس با لحظه حال (آلفای کرونباخ = ۰/۸۷) و سؤالات ۱۶ تا ۲۳ به ارزیابی زیر مقیاس ارزش‌ها-اقدام متعهدانه (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰) اختصاص دارند. آلفای کرونباخ برای مجموع آزمون برابر با ۰/۹۱ می‌باشد. سؤالات ۷، ۸، ۱۰، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمره بالا نشان دهنده انعطاف‌ناپذیری روانشناختی بالا است[۲۶].

Francis و همکاران هم‌سانی درونی و روایی هم‌گرایی و واگرایی بالای compACT را با سایر ابزارها نشان داده‌اند. سطوح بالای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با سطوح بالای پریشانی و سطوح پایین سلامتی و بهزیستی مرتبط است. تحلیل compACT هم‌بستگی قابل توجهی با AAQ-II نشان می‌دهد (r=۰/۷۹) که حاکی از روایی هم‌گرایی بالای این مقیاس است. compACT روابط مثبت بزرگی (۰/۶۵- rs =۰/۵۷) را با هر سه خرده مقیاس DASS-21 به ویژه خرده مقیاس افسردگی (r=۰/۶۵)، رابطه منفی بزرگی با خرده مقیاس سلامت روانی SF-12v2 (r = -۰/۶۷) و رابطه منفی معنی‌دار اما کوچکی با خرده مقیاس سلامت فیزیکی آن (r= -۰/۲۳) دارد [۲۶]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های پذیرش- گسلش؛ خود به عنوان زمینه - تماس با لحظه حال؛ و ارزش‌ها-اقدام متعهدانه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

نتایج

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و افراد عادی به ترتیب ۴/۹۲ ± ۲۵/۳۴، ۴/۴۶ ± ۲۴/۶۶، ۴/۹۲ ± ۲۳/۱۶، ۴/۴۹ ± ۲۳/۳۵ بود. آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد چهار گروه از نظر میانگین سنی تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر ندارند(p=۰/۳۴۵). در جدول ۱، نتایج سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش گزارش شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

جدول ۱- متغیرهای جمعیت شناختی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶

متغیرها		افسردگی اساسی (n=۳۰)		اضطراب فراگیر (n=۳۰)		اضطراب اجتماعی (n=۳۰)		افراد عادی (n=۳۰)		مقدار P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تحصیلات	لیسانس	۲۲	۷۳/۳۴	۲۳	۷۶/۶۷	۲۳	۷۶/۶۷	۲۳	۷۶/۶۷	۰/۰۹۶*
	فوق‌لیسانس	۷	۲۳/۳۳	۶	۲۰/۰۰	۵	۱۶/۶۶	۶	۲۰/۰۰	
	دکتری	۱	۳/۳۳	۱	۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	۳/۳۳	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۵	۸۳/۳۳	۲۶	۸۶/۶۷	۲۷	۹۰/۰۰	۲۵	۸۳/۳۳	۰/۰۸۷*
	متأهل	۵	۱۶/۶۷	۴	۱۳/۳۳	۳	۱۰/۰۰	۵	۱۶/۶۷	
وضعیت شغلی	شاغل	۹	۳۰/۰۰	۱۱	۳۶/۶۷	۱۲	۴۰/۰۰	۱۱	۳۶/۶۷	۰/۱۲۶*
	بیکار	۲۱	۷۰/۰۰	۱۹	۶۳/۳۳	۱۸	۶۰/۰۰	۱۹	۶۳/۳۳	

**** آنالیز واریانس یک‌طرفه***

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که در هر سه متغیر جمعیت شناختی تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در ۴ گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

در جدول ۲، نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به تفکیک ۴ گروه مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات مولفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶

متغیرها	افسردگی اساسی (n=۳۰)		اضطراب فراگیر (n=۳۰)		اضطراب اجتماعی (n=۳۰)		افراد عادی (n=۳۰)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای	۴۴/۴۰	۳/۴۶	۳۸/۵۳	۳/۷۸	۳۲/۹۳	۳/۶۶	۲۵/۰۶	۳/۵۰
خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده	۲۰/۷۰	۳/۶۳	۲۳/۶۶	۳/۷۷	۱۷/۷۳	۳/۴۴	۱۳/۴۰	۳/۰۸
فقدان ارزش ها و عمل متعهدانه	۲۸/۴۶	۳/۱۱	۲۸/۷۳	۳/۵۴	۲۸/۲۶	۳/۲۲	۱۷/۷۳	۳/۱۹

میانگین و انحراف معیار

برای بررسی تفاوت در چهار گروه، از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، لازم است پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گیرد. یکی از پیش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

فرض‌های این آزمون، هم‌بستگی متعارف بین متغیرهای مقایسه‌ای است که به وسیله Bartlett's test of sphericity بررسی می شود. مندرجات جدول Bartlett's test of sphericity نشان داد که متغیرهای مورد مطالعه دارای همبستگی متعارف بوده و قادرند متغیر ترکیبی به وجود آورند زیرا مقدار کای دو محاسبه شده (X^2=۲/۲۱۲) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین پیش فرض هم‌بستگی متعارف متغیرها محقق شده است. یکی دیگر از پیش شرط‌ها برابری ماتریس واریانس/کوواریانس است. براساس Box's test، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است (df=۱۸، P=۰/۰۷۹، F=۱/۵۰). پیش شرط دیگر، همگنی واریانس‌های خطاست.

مندرجات جدول آزمون Levene نشان داد که این پیش فرض نیز در هر سه مؤلفه هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای (df_2=۱۱۶، df_1=۳، P=۰/۳۳۰، F=۱/۱۵)، خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده (df_2=۱۱۶، df_1=۳، P=۰/۰۷۴، F=۲/۳۷) و فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه (df_2=۱۱۶، df_1=۳، P=۰/۵۴۵، F=۰/۷۱) محقق شده است. با توجه به این که هر سه پیش شرط انجام تحلیل واریانس چند متغیره مورد تایید قرار گرفت، در ادامه برای بررسی اثر متغیر گروه بر متغیرهای وابسته از مانوا استفاده شد و نتایج آن نشان داد که تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی متغیرها بین چهار گروه وجود دارد (۰/۰۰۱ >P و ۰/۵۹= مجذور Eta و ۵۶/۱۰۸ =F و۱/۷۷= ***Bartlett's test of sphericity***).

پس نتیجه می گیریم که بین چهار گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اتای ۰/۵۹ نشان دهنده اندازه اثر زیاد است. این مقدار از Eta، دلیل بر سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید، یعنی عامل گروه می‌باشد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای هر یک از مؤلفه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

چنان‌چه جدول ۳ نشان می‌دهد بین چهار گروه در تمامی مؤلفه ها تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین مجذور Eta دلیلی بر سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید یعنی گروه می‌شود و در اینجا مقادیر بالای مجذور Eta نشان دهنده تأثیر گروه‌ها در تفاوت معنی‌دار بین آنها می‌باشد.

جدول۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و عادی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ (n=۱۲۰)

متغیرها	مجموع مجذورات بین گروهی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور Eta
هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه ای	۶۱۰۷/۰۶	۳	۲۰۳۵/۶۹	۲۴۰/۳۷	۰/۰۰۱*	۰/۸۶
خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده	۱۷۲۷/۰۹	۳	۵۷۵/۷۰	۱۰۸/۷۶	۰/۰۰۱*	۰/۷۴
فقدان ارزش ها و عمل متعهدانه	۲۶۰۶/۱۳	۳	۸۶۸/۷۱	۱۷۳/۴۲	۰/۰۰۱*	۰/۸۲

**** ۰/۰۰۱>p به عنوان اختلاف معنی‌دار***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

در ادامه به منظور تعیین این‌که بین کدام یک از جفت گروه‌ها از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار وجود دارد، از *Scheffe test* استفاده شد. نتایج *Scheffe test* مشخص کرد که افراد به‌هنجار در تمام مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (مولفه‌ی هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای، مولفه خود مفهوم‌سازی شده و تسلط گذشته و آینده و مؤلفه‌ی فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه) نمرات پایین‌تری نسبت به سه گروه دیگر دارند (P<۰/۰۰۱). در بین سه گروه بیمار نیز افراد افسرده در مؤلفه هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به طور معنی‌داری نمراتشان بالاتر از دو گروه دیگر می باشد (P<۰/۰۰۱) و در مؤلفه‌ی خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده، نمرات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معنی‌داری از دو گروه دیگر بالاتر است(P<۰/۰۰۱). اما در مؤلفه فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه بیمار مشاهده نشد (P=۰/۹۹۹).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در افراد افسرده، مضطرب و به‌هنجار متفاوت است؛ البته این تفاوت بیش‌تر میان افراد بهنجار با سه گروه بیمار وجود داشت. افراد به‌هنجار در تمام مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نمرات پایین‌تری از سه گروه بیمار کسب کردند. در بین سه گروه بیمار نیز افراد افسرده در مؤلفه هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مؤلفه خودمفهوم‌سازی شده و تسلط گذشته و آینده به طور معنی‌داری نمرات بالاتری نسبت به دو گروه دیگر کسب کردند. در مؤلفه فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه تفاوت معنی‌داری بین سه گروه مشاهده نشد.

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، تاکنون پژوهشی که مستقیماً این مؤلفه‌ها را در گروه‌های بیمار و به‌هنجار مورد مقایسه قرار داده باشد انجام نشده است، اما نتایج این پژوهش با چندین پژوهشی که در زمینه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای صورت گرفته، همسو می‌باشد. برای مثال Kato [۱۴] در یک زمینه‌یابی بر روی ۹۰۰ فرد بزرگ‌سال آسیایی، به بررسی رابطه بین انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و علائم افسردگی پرداخت. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بالا به طور معناداری با سطوح بالاتری از علائم افسردگی مرتبط است. هم‌چنین نتایج پژوهش Levin و همکاران نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با اختلالات اضطرابی، افسردگی، مصرف مواد و خوردن مرتبط است [۲۲]. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر است که افراد به‌هنجار در تمام مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نمرات پایین‌تری نسبت به سه گروه بیمار کسب کردند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

در زمینه اجتناب تجربه‌ای نیز، پژوهش‌ها حاکی از نقش این مؤلفه به عنوان یک عامل آسیب‌شناختی برای مشکلات روان‌شناختی است. برای مثال در پژوهشی که Mellick و همکارانش انجام دادند، یافته‌های پژوهش از نقش اجتناب تجربه‌ای به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی حمایت کرد [۲۳]. نتایج پژوهش Bardeen و همکاران حاکی از اثر تعاملی هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بود. افرادی که نمرات هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای بالاتری داشتند، در برابر اختلال‌های هیجانی آسیب‌پذیرتر بودند [۲۷]. Spinhoven و همکاران نشان دادند که اجتناب تجربه‌ای، پیش‌بینی‌کننده پریشانی (اختلال افسردگی اساسی، افسرده‌خویی و اضطراب فراگیر) و اختلال‌های ترس (اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی با/ بدون آگورافوبیا، آگورافوبیا بدون وحشت‌زدگی) است.[۲۸]. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر است که افراد افسرده در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای و هم‌جوشی شناختی نمرات بالاتری از گروه‌های دیگر کسب کردند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از دیدگاه ACT، رنج انسان عمدتاً از فرایندهای روان‌شناختی به‌هنجار در برگیرنده زبان سرچشمه می‌گیرد. انسان‌ها عمدتاً به برکت توانایی‌شان در پرداختن به فعالیت‌های نمادین، موجودات بسیار متفاوتی هستند. آن‌ها می‌توانند رویدادهای آزارنده را جلو بیاندازند؛ بین رویدادها تشابه و اختلاف بیابند؛ و براساس شباهت‌های ایجاد شده میان رویدادهای گذشته و جاری، رابطه برقرار نمایند. انسان‌ها می‌توانند درباره موقعیت‌هایی که هنوز تجربه نشده‌اند به پیش‌بینی بپردازند. آن‌ها می‌توانند به گونه‌ای پاسخ دهند که انگار یک رویداد آزارنده که مدت‌ها قبل رخ داده است، اکنون حضور دارد. نقش تأثیرگذاری غیرمستقیم زبان و شناخت‌های سطح عالی، امکان ایجاد ناراحتی روانی را در غیاب علامت‌های جاری محیط فراهم می‌آورد؛ در حالی که این‌ها همان توانایی‌های شناختی هستند که برای انسان بسیار ارزش‌مند بوده و موجبات پیشرفت او را فراهم آورده‌اند [۲۹].

اگر بپذیریم که زبان منشا درد و رنج انسان‌هاست، باید این را نیز بپذیریم که همه انسان‌ها به گونه‌ای گرفتار رنج، ناشادمانی و نگرانی‌هایی می‌شوند که در حوزه آسیب‌شناسی روانی به آن‌ها برچسب «بیماری» زده می‌شود. در رویکرد درمان وابسته به پذیرش و تعهد چیزی به اسم بیماری روانی به معنی متداول آن پذیرفته نشده است [۲۹].

درمان وابسته به پذیرش و تعهد یک الگوی سلامت را دنبال می‌کند نه بیماری، و فرض می‌کند که مشکلات روان‌شناختی انسان ناشی از زبان هستند. مشکل این نیست که مردم به غلط فکر می‌کنند- مشکل خودِ فکر است و این که چگونه جامعه کلامی استفاده از آن را به صورت مشکلی از تنظیم رفتاری مورد حمایت قرار می‌دهد [۳۰]. برای کمک به انسان‌ها در مقابله با مشکلات شناختی و هیجانی، درمان وابسته به پذیرش و تعهد عمدتاً بر روی زبان کار می‌کند. ما باید یاد بگیریم که زبان را مورد استفاده قرار دهیم بدون این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

که مورد استفاده آن قرار گیریم. ما باید یاد بگیریم آن را اداره کنیم، بدون این که به وسیله آن اداره بشویم [۳۰].

علی‌رغم نتایج مهمی که از پژوهش حاضر حاصل شده است، به علت محدودیت‌هایی که وجود دارد باید در تعمیم این نتایج جوانب احتیاط را رعایت نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جامعه آماری پژوهش حاضر اشاره داشت که محدود به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جمعیت‌های بالینی و گروه‌های سنی دیگر مورد بررسی قرار گیرند. هم‌چنین در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد که عدم دقت آزمودنی‌ها در پاسخ‌گویی به سؤالات یا تمایل به ارائه تصویر نادرست از خود، می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مؤلفه‌های انعطاف ناپذیری روان‌شناختی می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی نقش داشته باشد از این رو لازم است، این مؤلفه‌ها به عنوان عواملی مهم در این بیماران مورد توجه درمانگران قرار گیرند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با تاکید بر این مؤلفه‌ها، موجب تسهیل روند درمان و هم‌چنین بهبود علائم این گونه بیماران شوند.

تشکر و قدردانی

به این وسیله نویسندگان این مقاله از کلیه دانشجویانی که در این پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

[1] Motaz BI, Moataz HA. Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. *Alexandria Med J* 2015; 51(2): 167-73.

[2] Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university studentsJ. *Psychiatr. Res* 2013; 47(3): 391-400.

[3] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617–27.

[4] Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 28(10009): 2145-91.

[5] Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, SpinhovenP, van Balkom AJ, et al. Comorbidity

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* 2011; 72(3): 341–348.

[6] Shoaa Kazemi M, Momeni Javid M. The relationship between mental health and women's tendency to suicide in sardasht. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1381- 6.

[7] Santos AM, Benute GR, Santos NO, Nomura RM, Lucia MC, Francisco RP. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwitery* 2017; 51: 12-15.

[8] Al maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Pediatric Nursing* 2017; 36: 132- 40.

[9] Rutten S, Vriend C, van der Werf YD, Berendse HW, Weintraub D, van der Heuvel OA. The bidirectional longitudinal relationship between insomnia, depression and anxiety in patients with early-stage, medication-naïve Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders* 2017; 39: 31- 36.

[10] Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2016*;* 69: 313-32.

[11] Al-Quisy LM. The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology and Counselling* 2011; 3 (5): 96- 100.

[12] Khakbaz H, Karami H, Shafi'e-Abadi A, Malmir M, Farhadi M H. The Relationship between Depression, Anxiety, Stress and Aggression in Patients with Drug Dependence. *Jrehab* 2014; 14 (S1): 15-20. [Farsi]

[13] Hayes SC, Strosahl K, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is Acceptance and Commitment Therapy? In Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (Eds.), A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science + Business Media 2005; 3-29.

[14] Kato T. Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian English speakers: A study on Indian, Philippine ,and Singaporean samples. *Psychiatry Research* 2016; 23(8): 1–7.

[15] Masuda A, Mandavia A, Tully EC. The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian Am J Psychol* 2014; 5: 230–36.

[16] Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness* 2014; 5: 410–21.

[17] Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *J. Clin. Psychol.* 2007; 63: 871–90

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

[18] Zettle RD, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Biglan A. *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science.* John Wiley & Sons 2016; 458-60.

[19] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1-25.

[20] Bahrami M, Dehdashti A, Karami M. Investigation Depression Prevalence and Related Effective Factors Among Students at Health Faculty Semnan University of Medical Sciences in 2017, Iran. *ZANKO Journal of Medical Sciences* 2017; 18(58): 24-32.

[21] Labbafinejad Y, Bossaghzade A. Assessment of anxiety prevalence and its contributing factors in female medical students of Tehran University of Medical Sciences in 2010-2011. *Iran Occupational Health* 2012; 9 (3): 32-8.

[22] Levin ME, MacLane C, Daflos S, Seeley J, Hayes SC. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014; 3(3): 155-63.

[23] Mellick W, Vanwoerden S, Sharp C. Experiential avoidance in the vulnerability to depression among adolescent females. *J. Affective Disord* 2016; 208: 497-502.

[24] Delavar A. Research methods in psychology. Tehran, Virayesh Publications. [Farsi]

[25] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, 2013; 133-234.

[26] Ferancis A, Dawson D, Golijani- Moghaddam N. The development and validation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (compACT). *Journal of Contextual Behavioral Science* 2016; 5 (3): 134-45.

[27] Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2016; 5(4): 1–6.

[28] Spinhoven P, Drost J, de Rooji M, van Hemert AM, penninx BW. A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behavior Therapy* 2014; 45(6): 840-50.

[29] Hayes SC, Strosahel KD, Wilson KG. (2012). Acceptance and Commitment therapy; The process and practice of mindful change (2nd, ed.), New York: Guilford Press 2012; 1-25.

[30] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press 1999; 12-50.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]

Comparison of Components of Psychological Inflexibility in Students with Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Normal Students of Tabriz University of Medical Sciences in the 2017-2018 Academic Year: A Descriptive Study

N. Otared[1], M. Narimani[2], G. Sadeghi[3], M. Mahmood Aliloo[4], A. Atadokht[5]

Received: 26/06/2018 Sent for Revision: 17/06/2018 Received Revised Manuscript: 25/12/2018 Accepted: 06/01/2019

Background and Objectives: According to the high prevalence of anxiety and depression disorders in college students and the role of psychological inflexibility in a wide range of psychological issues, the present study was conducted aiming at comparing components of psychological inflexibility in students with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and normal students.

Materials and Methods: In this descriptive study, 30 individuals with major depression disorder, 30 individuals with generalized anxiety disorder and 30 individuals with social anxiety disorder were selected through purposive sampling and 30 normal individuals by available sampling method among students of Tabriz University of Medical Sciences in the 2017-2018 academic year. The required information was collected through demographic characteristics questionnaire and the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes. MANOVA and Scheffe's test were used to analyze data.

Results: The findings of this study showed that normal individuals got significantly lower scores in all components of psychosocial inflexibility ($p<0.001$). Among the three groups of patients, depressed individuals got significantly higher scores in the cognitive fusion and experiential avoidance component ($F=240.37$, $p<0.001$) and patients with generalized anxiety disorder got significantly higher scores in the self-conceptualized and past and future domination component ($F=108.76$, $p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it seems that the components of psychological inflexibility can be considered as important factors in the psychopathology of individuals with depression and anxiety disorders.

Key words: Major depressive disorder, Generalized anxiety disorder, Social anxiety disorder, Students, Tabriz

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Mohaghegh Ardebili University approved the study.

How to cite this article: Otared N , Narimani M, Sadeghi G, Mahmood Aliloo M, Atadokht A. Comparison of Components of Psychological Inflexibility in Students with Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Normal Students of Tabriz University of Medical Sciences in the 2017-2018 Academic Year: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2019; 18 (2): 121-32. [Farsi]

1- PhD Student of Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran, ORCID:0000-0002-3240-6713
2- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran ORCID:0000-0003-2838-0974
(Corresponding Author) Tel: (0451) 5512081, Fax: (0451) 5516402, E-mail: m-narimani@uma.ac.ir
3- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran ORCID:0000-0002-3355-9375
4- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran ORCID:0000-0003-3355-9375
5- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran, ORCID:0000-0001-5538-9242

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.2.3.1]