Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 3/ 2018
Page: 1-11

Investigation the role of experiential avoidance on anticipation general health in non-clinical samples

Nemat Allah Yarollahi[1], Mohammad Reza Shairi[2]

1- M.A. Sc. in clinical psychology, Shahed University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0003-0744-3405
E-mail:n.yaralahi@yahoo.com
2- Associate Professor of clinical psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-2037-3475

Received: 22/04/2018 **Accepted:** 29/08/2018

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

Abstract

Introduction: Experiential avoidance is one of the trans-diagnostic factors that can play an important role in formation and continuity many problems of individual's mental health.

Aim: The aim of the current study was to investigate the role of experiential avoidance on general health in non-clinical samples.

Method: In this cross-sectional study, the number of 150 students of Shahed University were selected via multi-stage cluster sampling method. Tools that used in this study were Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), and General Health Questionnaire (GHQ-12).

Results: Pearson correlation coefficient showed that there is a significant relationship between experiential avoidance with general health ($p<0.01$). Regression analysis also showed that experiential avoidance has a significant role on anticipation general health ($p< 0.01$). Regression analysis indicated that the experiential avoidance can predict 42% of variance of general health in university students.

Conclusion: Finding showed that experiential avoidance has a counterproductive effect on general health in college's students. Thus, it is necessary to considering suitable solutions to reduce experiential avoidance in order to prevent psychology problems.

Keywords: Experiential avoidance, General health, University students.

How to cite this article : Yarollahi N A, Shairi M R. Investigation the role of experiential avoidance on anticipation general health in non-clinical samples. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (3): 1-11 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-485-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۳، ۱۳۹۷
صفحات: ۱۱-۱

بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی

نعمت اله یارالهی[۱]، محمدرضا شعیری[۲]
۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: n.yaralahi@yahoo.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۰۲ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۶/۰۷

چکیده

مقدمه: اجتناب تجربه‌ای یکی از عوامل فراتشخیصی است که می‌تواند نقش مهمی را در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی افراد ایفا کند.

هدف: پژوهش حاضر به‌منظور بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی انجام گرفت.

روش: در این مطالعه مقطعی، تعداد ۱۵۰ دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و ارزیابی متغیرها با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-12) و پذیرش‌وعمل (AAQ-II) صورت پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و سلامت عمومی رابطه منفی و معنادار (P<۰/۰۱) وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هرچه میزان گرایش به اجتناب تجربه‌ای در فرد بیشتر باشد، نشانگان مرضی بیشتر و سلامت عمومی کمتر است. هم‌چنین، نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند ۴۲٪ از پراکندگی‌های سلامت عمومی دانشجویان را به‌طور معناداری پیش‌بینی نماید (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش و به‌منظور پیش‌گیری از مشکلات روان‌شناختی دانشجویان، لازم است راه‌کارهای مناسبی جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: اجتناب تجربه‌ای، سلامت عمومی، دانشجویان.

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت[1] (۲۰۱۰) سلامت را دارا بودن عملکرد مناسب در چهار حوزه جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند که دارای تأثیر متقابل و پویا هستند. مفهوم سلامت دربرگیرنده مفاهیمی همچون احساس خوب بودن و اطمینان از خود کارآمدی، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و غیره است و فقدان بیماری و علائم را نیز شامل می‌شود (پاکیزه، ۱۳۸۷). سازمان جهانی بهداشت، هم‌چنین، سلامت روانی را به‌عنوان "حالتی از سلامت بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، به نحو پرثمر و مولدی کار کند و برای اجتماع خود مفید باشد" تعریف می‌کند (بور[2] و همکاران،۱۹۹۶؛ به نقل از علیان فینی و قاسمی، ۱۳۹۵). سلامت روانی به‌عنوان یکی از ارکان سلامتی، لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و مسئولیت سنجش، ارزیابی، کنترل، درمان و بهبود بخشیدن آن قبل از هر کس بر عهده متخصصان علوم رفتاری و اجتماعی است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). از سوی دیگر، دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند و توجه به سلامت روانی آن‌ها به‌عنوان یکی از اقشار مؤثر و سازنده آینده کشور و مدیران و ایده پردازان نسل بعد بسیار مهم است (پاکیزه، ۱۳۸۷). در همه کشورهای دنیا مسائل دانشگاهی و مشکلات فراوان دانشجویی دامنه وسیعی به خود گرفته و به نظر می‌رسد عوامل مختلفی – که ممکن است ناشی از محرک‌های درونی، عوامل بیرونی و تنیدگی‌های محیطی و یا ترکیبی از آن‌ها باشد– می‌تواند سلامت روان‌شناختی آن‌ها را به خطر اندازد (کریمی و ایزدی، ۱۳۹۴). این نکته زمانی برجسته‌تر می‌شود که ایزدی و یعقوبی (۱۳۸۷) طی پژوهشی اعلام می‌کنند که وجود اختلال‌های روانی به‌تنهایی می‌تواند مهم‌ترین مسئولیت حرفه‌ای دانشجویان، یعنی عملکرد تحصیلی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به تعداد زیاد دانشجویانی که اختلال‌های روانی را تجربه می‌کنند، تقاضا برای خدمات مشاوره‌ای در محیط‌های دانشگاهی بالا است و این امر به چالشی برای دانشگاه‌ها جهت پاسخگویی به نیازهای دانشجویان تبدیل‌شده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). ازاین‌رو، در سال‌های اخیر به‌منظور حفظ سلامت روان دانشجویان به برنامه‌های پیش‌گیری توجه ویژه‌ای شده است.

هرچند تحقیقات آسیب‌شناسی به‌طور سنتی اختلال محور بوده است، اما با توجه به میزان بالای همبودی بین اختلال‌های روانی خاص، این جریان غالب در سطح نظام تشخیصی به سمت عوامل فراتشخیصی[3] در حال تغییر است (مانسل[4] و همکاران، ۲۰۰۹؛ منین و فرسکو[5]، ۲۰۰۹). چنان‌که کارگروه پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)[6] نیز برای بسیاری از اختلال‌هایی که به‌طور سنتی مجزا در نظر گرفته می‌شدند، رویکرد ابعادی[7] یا فراتشخیصی را لحاظ کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[8]، ۲۰۱۳). منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار

[1] World Health Organization (WHO)
[2] Boer
[3] trans-diagnostic
[4] Mansell
[5] Mennin, & Fresco
[6] Diagnosis and Statical Manual of Mental Disorders (DSM)
[7] dimensional
[8] American Psychiatric Association (APA)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

دادن این عوامل سبب‌ساز در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شده‌اند (کراسک[9]، ۲۰۱۲). به‌این‌ترتیب، باوجود این‌که امروزه برنامه‌های پیش‌گیری مؤثر برای اختلال‌هایی مانند اختلال خوردن، سوءمصرف الکل، افسردگی و اضطراب وجود دارد (کری[10] و همکاران، ۲۰۰۷؛ کریستنسن[11] و همکاران، ۲۰۱۰)، اما استفاده از این برنامه‌ها در دانشگاه‌ها به‌طورکلی محدود است؛ چراکه اکثر برنامه‌های پیش‌گیری، اختلال‌های خاص یا دامنه محدودی از مشکلات را هدف قرار داده‌اند و این‌گونه مداخلات نیاز به جلسات متعدد با متخصصان آموزش‌دیده دارند و بنابراین، امری پیچیده و پرهزینه خواهد بود (علیان فینی و قاسمی، ۱۳۹۵). یکی از روش‌های امیدوارکننده برای غلبه بر موانع فوق، اجرای برنامه‌های پیش‌گیری کننده‌ای است که بتواند با هدف قرار دادن عوامل خطرساز مشترک بین اختلال‌های روان‌شناختی به پیش‌گیری و بهبود طیف وسیعی از مشکلات بهداشت روان در قالب یک برنامه واحد بپردازد (دوزایس، سیدز و کولینز[12]، ۲۰۰۹)؛ بنابراین، شناسایی این عوامل مشترک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند به متخصصان بهداشت روانی در راستای ارائه راه‌کارهای مناسب جهت ارتقای سلامت روانی دانشجویان کمک شایانی بکند.

در سال‌های اخیر به اجتناب تجربه‌ای[13] به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی حائز اهمیت -که می‌تواند نقش مهمی را در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی ایفا کند- توجه زیادی شده است (بیگلان، هیز و پیستلرو[14]، ۲۰۰۸). اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار آن‌ها تعریف‌شده است (هرشنبرگ[15] و همکاران، ۲۰۱۷). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری؛ و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه‌مدت، به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (ایفرت[16] و همکاران، ۲۰۰۹). اجتناب تجربه‌ای در مقابل پذیرش - که به معنای تمایل فرد به پذیرش کامل افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری، بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است- قرار می‌گیرد و ازاین‌رو، با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی همراه است (ایزدی و عابدی،۱۳۹۱).

پژوهش‌های قابل‌توجهی نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای/ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با انواع مشکلات روان‌شناختی ازجمله اضطراب، سوءمصرف مواد، اختلال‌های خوردن، استرس، سازگاری با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی و فرسودگی شغلی رابطه دارد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶؛

[9] Craske
[10] Carey
[11] Christensen
[12] Dozois, Seeds, & Collins
[13] experiential avoidance
[14] Biglan, Hayes, & Pistorello
[15] Hershenberg
[16] Eifert

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

۲۰۰۶؛ کشدان و روتنبرگ[17]، ۲۰۱۰). علاوه براین، به عقیده هیز و همکاران (۲۰۰۴)، اجتناب تجربه‌ای ممکن است با بسیاری از پیامدهای منفی مانند مشکلات خلقی همراه باشد. باردین و فرگوس[18] (۲۰۱۶) و هرشنبرگ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش‌های جداگانه خود دریافتند افرادی که نمره اجتناب تجربی بالایی دارند؛ آشفتگی‌های روان‌شناختی ازجمله افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. آفتاب (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی نشان داد که دشواری‌های بین فردی ناشی از راهبرد اجتناب از برخی افکار، خاطره‌ها و فعالیت‌ها است که در درازمدت به افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود.

باوجود موارد ذکرشده، مطالعات انجام‌گرفته در این زمینه همواره از نقش مخرب راهبردهای اجتنابی و مبتنی بر کنترل مانند سرکوب کردن حمایت نکرده‌اند و برخی پژوهش‌ها اثربخشی راهبردهای ازاین‌دست را در سازش مؤثر با موقعیت‌ها نشان داده‌اند (یارالهی، شعیری و حسن‌زاده، زیر چاپ؛ دان[19] و همکاران، ۲۰۰۹). هم‌چنین، برخی مطالعات اذعان داشته‌اند که دیدگاه‌های عامیانه مردم در مورد راهبردهای مبتنی بر کنترل و استفاده از آن‌ها در رویارویی با هیجان‌ها از فرهنگی به فرهنگ دیگر تفاوت‌هایی وجود دارد. چنان‌که سرکوب در برخی فرهنگ‌ها مانند فرهنگ‌های آسیایی (بوتلر، لی و گراس[20]، ۲۰۰۷؛ به نقل از یارالهی، شعیری و حسن‌زاده، زیر چاپ) نیز امری رایج‌تر است.

به‌طورکلی، باوجود شواهد زیادی از تأثیر مخرب اجتناب تجربه‌ای بر مشکلات روان‌شناختی -و بعضاً وجود شواهد متناقض دراین‌باره، اما در ایران پژوهش‌های کمتری در رابطه با اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد انجام‌شده است. به‌این‌ترتیب، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که اجتناب تجربه‌ای چه نقشی در سلامت عمومی دانشجویان در فرهنگ ایرانی دارد.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد تهران در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود که از این میان، تعداد ۱۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله نخست، از بین دانشکده‌های دانشگاه شاهد چند دانشکده به‌تصادف انتخاب و سپس از میان هرکدام از آن‌ها چند کلاس انتخاب گردید. در آخر، نمونه پژوهش از بین کلاس‌های یادشده به‌تصادف انتخاب شد و ابزارهای پژوهش میان آن‌ها توزیع گردید. معیارهای ورود و خروج آزمودنی‌ها در مطالعه حاضر به شرح زیر بود:

الف: معیارهای ورود

۱. دانشجویان شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه شاهد

۲. بازه سنی بین ۱۸ تا ۲۸ سال

ب: معیارهای خروج

۱. دانشجویان شاغل به تحصیل در دوره دکتری دانشگاه شاهد

۲. سن بالاتر از ۲۸ سال

لازم به ذکر است پیش از شروع پژوهش، آزمودنی‌ها آمادگی و رضایت خود را جهت شرکت در تحقیق اعلام نمودند.

ابزار

[17] Kashdan, & Rottenberg
[18] Bardeen, & Fergus
[19] Dunn
[20] Butler, Lee, & Gross

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II)[21]: این پرسشنامه توسط باند[22] و همکاران (۲۰۱۱) تدوین‌شده و یک نسخه ۱۰ سؤالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که به‌وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته‌شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین‌شده و بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش داده‌اند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (باند و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). عباسی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرای قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. به‌این‌ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه‌ای در افراد استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی 12 گویه ای (GHQ- 12)[23]: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) یک ابزار غربالگری است که در سال ۱۹۷۰ توسط گلدبرگ[24] و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه اساساً به‌عنوان یک پرسشنامه ۶۰ گویه ای طرحی شد، اما هم‌اکنون فرم‌های کوتاه‌تر آن شامل GHQ-30، GHQ-28، GHQ-20 و GHQ-12 نیز به‌منظور استفاده در موارد گوناگون و فرهنگ‌های متفاوت گسترش یافته است. محققان اعتقاد دارند که فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از اعتبار و روایی بالا برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۹۸؛ به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). سؤالات پرسشنامه به بررسی وضعیت فرد در چهار هفته گذشته می‌پردازد و به همین جهت سؤال‌ها بر موقعیت "اینجا و اکنون" تأکید دارد. نمره‌گذاری این ابزار به‌صورت لیکرتی (۳-۲-۱-۰) است که *نمرات بالا نمایانگر علائم مرضی بیشتر و نمرات پایین‌تر نشان از میزان سلامت بیشتر است*. پژوهش‌های بین فرهنگی نشان داده‌اند که این مقیاس از اعتبار و پایایی بالا برخوردار بوده و ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری سلامت روان‌شناختی است (سالاما[25] و همکاران، ۲۰۰۹؛ تایت[26] و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این، بررسی‌های به‌عمل‌آمده از فرم ۱۲ سؤالی GHQ در ایران در ایران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲؛ و ضریب اعتبار تصنیفی گاتمن و اسپیرمن- براون هر دو ۰/۹۱ به دست آمد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱).

لازم به ذکر است، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد با میانگین سنی (انحراف معیار) ۲۲/۱۲ (۲/۹۰) انجام گرفت که تعداد ۸۰ نفر از آنان مذکر و ۷۰ نفر

[21] Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
[22] Bond
[23] General Health Questioner
[24] Goldberg, & Blackwell
[25] Salama
[26] Tait

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

مؤنث بودند. ۱۴۰ نفر از دانشجویان مجرد و ۱۰ نفر متأهل بودند. هم‌چنین، تعداد ۱۰۰ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در دوره کارشناسی و بقیه آن‌ها دانشجوی کارشناسی ارشد بودند. ۶۷ نفر (۴۴/۶۷ درصد) مربوط به دانشکده علوم انسانی، ۴۴ نفر (۲۹/۳۳ درصد) دانشکده فنی و مهندسی و ۳۹ نفر دیگر (۲۶ درصد) از دانشکده علوم پایه بودند.

برای بررسی رابطه اجتناب تجربه‌ای/ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با سلامت عمومی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱). یافته‌ها نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و نمرات فرد در پرسشنامه سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). به‌عبارت‌دیگر، نتایج نشان داد هر چه میزان گرایش به اجتناب تجربه‌ای بیشتر باشد، نشانگان مرضی و درنتیجه نمره کل فرد در آزمون GHQ-12 نیز بیشتر است؛ و برعکس، هر چه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر باشد، سلامت عمومی نیز بیشتر است.

جدول ۱. رابطه بین اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	اجتناب تجربه‌ای	سلامت عمومی
اجتناب تجربه‌ای	1	
سلامت عمومی	0.65**	1

** P<0.01

از سوی دیگر، یکی از اهداف فرعی این پژوهش مقایسه اجتناب تجربه‌ای/ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و سلامت عمومی دختران و پسران بود. مقایسه نتایج مربوط به جنسیت آزمودنی‌ها تفاوت معناداری را در گرایش به اجتناب تجربه‌ای و میزان سلامت عمومی بین دختران و پسران مشخص نکرد (جدول ۲).

جدول 2. مقایسه اجتناب تجربه‌ای و سلامت عمومی در بین دختران و پسران

شاخص متغیر	جنسیت	میانگین (انحراف معیار)	t	سطح معناداری
گرایش به اجتناب تجربه‌ای	مرد	51.44 (10.87)	1.25	0.21
	زن	49.00 (12.95)	1.24	0.22
سلامت عمومی	مرد	14.03 (5.28)	-0.39	0.70
	زن	14.39 (6.06)	-0.39	0.70

هم‌چنین، به‌منظور تعیین نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی از آزمون تحلیل رگرسیون و ضرایب بتا استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند ۴۲ درصد از پراکندگی‌های سلامت عمومی دانشجویان را به‌طور معناداری پیش‌بینی نماید.

جدول 3. نتایج تحلیل رگرسیون خطی سلامت عمومی بر اساس اجتناب تجربه‌ای

متغیر ملاک	شاخص‌های آماری متغیر پیش‌بین	R	R^2	ضرایب غیراستاندارد (B)	ضرایب رگرسیون استاندارد (β)	t	سطح معناداری
سلامت	**اجتناب تجربه‌ای**	0.65	0.42	0.31	0.65	10.30	0.001**

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

عمومی

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه شاهد بود. نتایج نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و نمرات سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به‌گونه‌ای که هر چه میزان گرایش به اجتناب تجربه‌ای در فرد بیشتر باشد، نشانگان مرضی و درنتیجه نمره کل فرد در آزمون GHQ-12 نیز بیشتر است. علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اجتناب تجربه‌ای نقش معناداری در پیش‌بینی مشکلات مربوط به سلامت عمومی دارد.

همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعات تجربی نشان داده‌اند افرادی که نمره بالایی را در اجتناب تجربه‌ای کسب می‌کنند، با پریشانی هیجانی و هم‌چنین شناخت‌های منفی بیشتری به مسائل هیجان زایی مثل مشکلات جسمانی (کارکلا[27] و همکاران، ۲۰۰۴) و فیلم‌های هیجانی (اسلون[28]، ۲۰۰۴) پاسخ می‌دهند (به نقل از کمپ بل- سیلز و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها، ارتباط اجتناب تجربه‌ای را با بسیاری از مشکلات مانند اختلال اضطراب و افسردگی (هیز و همکاران، ۲۰۰۴) و برخی اختلال‌های دیگر مانند پرخوری عصبی (کوپر، ولز و تاد[29]، ۲۰۰۴)، اختلال شخصیت مرزی (هیز و همکاران، ۱۹۹۶) نشان داده‌اند. هم‌چنین، نتایج پژوهش کریمی و ایزدی (۱۳۹۴) نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و حساس بودن به علائم اضطراب با افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت عمومی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بعلاوه، مشخص شد متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و حساس بودن به علائم اضطراب نقش معنی‌داری در پیش‌بینی پراکندگی‌های سلامت روان و سلامت عمومی پرستاران دارند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که از سطوح بالایی از اجتناب تجربه‌ای برخوردارند، معمولاً برای مدیریت تجارب هیجانی‌شان از سرکوب، اجتناب و دیگر راهبردهای مبتنی بر کنترل استفاده می‌کنند (کمپ بل- سیلز و همکاران، ۲۰۰۶). گرچه به‌طورکلی چنین راهبردهایی ممکن است به‌عنوان ابزاری برای فرار از تجارب هیجانی بیزاری آور به کار گرفته شود، اما یافته‌های پژوهشی آن را سازگارانه نمی‌دانند، زیرا معتقدند که راهبردهایی ازاین‌دست در درازمدت، شاخص‌های فیزیولوژیک، شناختی و روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (ریچارد[30] و گراس، ۲۰۰۰؛ برن[31] و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از زرگرانی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌عبارت‌دیگر، یافته‌ها بیانگر آن است که الگوهای بادوام اجتناب تجربه‌ای ممکن است بیشتر با افزایش واکنش‌دهی به محرک‌های هیجانی همراه باشد تا کاهش آن (کمپ بل- سیلز و همکاران، ۲۰۰۶)؛ و به ین ترتیب، ممکن است پریشانی روان‌شناختی را افزایش دهد (گراس و لوینسون، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷).

علاوه براین، در برخی رویکردهای درمانی جدید، اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان سازه‌ای کلیدی در ایجاد و تداوم مشکلات روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. برای مثال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)[32] به این امر می‌پردازد که اجتناب تجربه‌ای چگونه باعث می‌شود که افراد قوانینی را در مورد تجربه کردن افکار و هیجان‌های خاص برای خود ایجاد نمایند. این قواعد

[27] Karekla
[28] Sloan
[29] Cooper, Wells, & Todd

[30] Richards
[31] Burns
[32] Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

مبنای باورها درباره تلویحات منفی تجربه این هیجان‌ها را تشکیل می‌دهند و درنهایت فرد انرژی زیادی را بر روی هیجان‌ها و اجتناب از آن‌ها سرمایه‌گذاری می‌کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از صالح زاده، ۱۳۹۴). در این درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ که به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی، باوجود حضور رویدادهای روان‌شناختی چالش‌برانگیز یا ناخواسته (مانند افکار، احساسات، حس‌های بدنی، تصاویر ذهنی و خاطره‌ها) اشاره دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). به‌عبارت‌دیگر پذیرش/ تعهد جایگزین مهم برای اجتناب تجربه‌ای است که شامل تجربه کامل و پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها همراه است (هیز و همکاران ۱۹۹۹؛ نریمانی، تکلوی واحدی، ۱۳۹۱).

همان‌گونه که اشاره شد، مقایسه نتایج مربوط به جنسیت آزمودنی‌ها نیز تفاوت معناداری را در متغیرهای یادشده بین دختران و پسران مشخص نکرد. این یافته با نتایج پژوهش‌های باند و همکاران (۲۰۱۱) و ایمانی (۱۳۹۵) هم سو است. درواقع، بر اساس نظریه ACT، عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک عامل آسیب‌شناختی برای اختلال‌های روانی در تمام افراد است و وابسته به جنسیت نیست (هیز و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از ایمانی، ۱۳۹۵).

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نمایان ساخت اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی دانشجویان ارتباط معناداری دارد، به این صورت که هر چه میزان اجتناب تجربه‌ای در فرد بیشتر باشد، نشانگان مرضی نیز بیشتر است. هم‌چنین، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند نقش معناداری در پیش‌بینی مشکلات مربوط به سلامت عمومی افراد داشته باشد؛ بنابراین، به‌منظور پیش‌گیری/ و درمان مشکلات روان‌شناختی افراد و به‌ویژه قشر دانشجو به‌عنوان جمعیت جوان و فعال و آینده‌سازان کشور، لازم است راه‌کارهای مناسبی جهت کاهش گرایش به اجتناب تجربه‌ای در نظر گرفته شود. درواقع، یافته‌های این پژوهش می‌تواند رهنمودهایی را برای درمان مشکلات روان‌شناختی دانشجویان در نظر گیرد. برای مثال، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی باهدف کمک به افراد برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی نسبت به تجربیات درونی مانند افکار، خاطرات، احساسات و غیره؛ و نیز انواع روش‌های رفتاردرمانی (مانند رفتاردرمانی دیالکتیک) که برای کاهش الگوهای اجتناب ایجاد شده است، بهره جست.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند؛ و هم‌چنین از مسئولان دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد که در اجرای این پژوهش یاریگرشان بوده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

Abbasi, I., Ladan, F., Moloudi, R., & Zarabi.H. (2013). Psychometric adequacy the Persian vision of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *Psychological methods and models*, 2 (10), 65-80. (Persian)

Aftab, R. (2016). The mediator role of interpersonal difficulties in relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of*

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

Applied Psychology, Vol. 10, No. 4(40), 523-542. (Persian)

Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 5(1): 1-6.

Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention science*, *9*(3), 139-152.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K, M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T.,& Zettle, R., D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*.

Burns, J. W., Quartana, P. J., & Bruehl, S. (2007). Anger management style moderates effects of emotion suppression during initial stress on pain and cardiovascular responses during subsequent pain-induction. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 154-165.

Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: are the social consequences of emotion suppression culture-specific?. *Emotion*, *7*(1), 30.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1251-1263.

Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive behaviors*, *32*(11), 2469-2494.

Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I. B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *The journal of primary prevention*, *31*(3), 139-170.

Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 1-16.

Craske, M. G. (2012). Trans-diagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and anxiety*, *29*(9), 749-753.

De Boer, A. G., Wijker, W., Speelman, J. D., & De Haes, J. C. (1996). Quality of life in patients with Parkinson9s disease: development of a questionnaire. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *61*(1), 70-74.

Dozois, D. J., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Trans-diagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(1), 44-59.

Dunn, B. D., Billotti, D., Murphy, V., & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: A comparison of suppression and acceptance. *Behaviour research and therapy*, 47(9), 761-773.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(4), 368-385.

Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br med J*, *2*(5707), 439-443.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. NferNelson.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. Journal of Personality and social Psychology, 64(6), 970.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. Journal of abnormal psychology, 106(1), 95.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. *New York, NY: Guilford Press*.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, *44*(2), 180-198.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *New York, NY: Guilford Press.*

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1152_1168.

Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*, 208(1): 414-417.

Imani, M. (2016). Investigating the factor structure of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) in university students. *Journal of Teaching and Learning Studies*. 8 (1), 162-181. (Persian)

Izadi, R., & Abedi, M. R.(2015). Acceptance and Commitment Therapy, third edition. Tehran: Jungle publication. (Persian)

Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, *35*(4), 725-746.

Karimi, J., & Izadi, R. (2015). The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in Nursing Students. Iranian Journal of Nursing Research, Vol. 10 No.4, 32-42. (Persian)

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, *30*(7), 865-878.

Mansell, W., Carey, T. A., & Tai, S. J. (2009). A Transdiagnostic Approach to CBT. J. Cognit. Psychother, 23, 6-19.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23, 6-19.

Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 356-379.

Narimani, M., Taklavi, S., & Ahadi, B. (2013). The modern methods of psychotherapy. Ardabil: Mohaghegh Ardabili publication. (Persian)

Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 410.

Salehzadeh. E. Z. (2016). The study of Effect of thought suppression, emotional suppression and acceptance strategies on the type of memory retrieval. Master's Thesis of clinical psychology, *Shahed University*, Tehran, Iran. (Persian)

Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(11), 1257-1270.

World Health Organization (2010). Mental health: concepts, emerging evidence practice. University of Melbourne, Geneva.

Yaghubi, H., Karimi, M., Omidi, A., Barouti, E., & Abedi, M. (2012. Validity and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in university students. *Journal of Behavioral Sciences*, 6 (2), 153-160. (Persian)

Yarollahi, N. A., Shairi, M. R., & Hasanzadeh, Z. (in press). Investigating the effect of a brief period of praying in emotional suppression situation on mood and ego depletion. *Journal of Research on Religion & Health*. (Persian)

Zargarani N, Mashhadi A, Tabibi Z. (2016). Comparing the effectiveness of emotion regulation group training based on process model of gross on use of reappraisal and suppression strategies among adolescent girls with symptom of BPD and ADHD. *Pejouhandeh*;21(1):21-29. (Persian)

Zemestani, M., & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. Contemporary Psychology, 11 (1), 21-32. (Per sian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-25]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.3.6.3]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.3.1]