



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران
گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

اعظم سرآبادانی ^{id}

رمضان حسن زاده* ^{id}

حسینعلی قنازادگان ^{id}

hasanzadeh@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۸

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۵ | ۹۶-۱۱۴

تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(سرآبادانی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

سرآبادانی، اعظم، حسن زاده، رمضان، و قنازادگان، حسینعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *خانواده درمانی کاربردی*. (۲)۴، ۹۶-۱۱۴.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. **روش پژوهش:** از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه (یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه) و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خانه‌های سلامت مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود. نمونه شامل ۳۰ زن دارای اختلال اضطراب فراگیر بودند که با آزمون اضطراب فراگیر و دارا بودن ملاک‌های ورودی به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای؛ "مقیاس تحمل پریشانی"، "پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان" و "مقیاس اضطراب فراگیر"، استفاده شد. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکرد و یک دوره پیگیری بعد از سه ماه انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد به صورت معنادار تحمل پریشانی را بالا برده، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان را به صورت معنادار افزایش و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی را به صورت معنادار کاهش داده است و اختلاف معناداری در هر دو متغیر بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین بین پیش‌آزمون و دوره پیگیری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر می‌گذارد و تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان را در آنها بهبود می‌بخشد. توصیه می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱، به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می‌شود که در طول مدت ۶ ماه و اغلب روزها مشاهده می‌شود. علائم آن شامل بی‌قراری، تحریک پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تقریباً ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان پزشکی مراجع می‌کنند دچار اضطراب فراگیر می‌باشند. این اختلال از نظر شیوع در رتبه دوم پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلا به آن ۲ برابر مردان است. در ایران پژوهش‌های همه گیرشناسی نشان داده است که اختلال اضطراب فراگیر در میان اختلالات اضطرابی، بیشترین میزان شیوع را دارد (امیدی و همکاران، ۱۳۸۲). برخلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال با آسیب معنی‌دار در عملکرد روانی - اجتماعی مرتبط می‌باشد و به ندرت به خودی خود بهبود یافته و بیشتر از دیگر اختلال‌های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می‌ماند. از آنجائیکه متغیرهای بسیاری در اختلال اضطراب فراگیر دخیل می‌باشند. تحمل پریشانی یکی از متغیرهایی که با اضطراب ارتباط دارد. تحمل پریشانی از عوامل موثر برای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد (آلان و همکاران، ۲۰۱۴). تحمل پریشانی علائم اختلال را در طیف وسیعی از فراشناخت اختلالات اضطرابی مشخص پیش‌بینی می‌کند (کاتز و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین از بعد جسمانی - رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (مک کیلوپ و دویت، ۲۰۱۳). همه دیدگاه‌ها در مورد تحمل پریشانی به طور گسترده به حالت‌های تجربی مربوط می‌شود که از لحاظ ذهنی آزارنده یا از نظر فردی تا اندازه تهدیدکننده هستند (مانند هیجانات منفی و آشفتگی‌های بدنی) و همچنین تفاوت فردی در تحمل این حالت‌ها وجود دارد، و می‌توان گفت سازه‌ای است که خصوصیات شناختی، عاطفی و رفتاری را شامل می‌شود (زاولنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). ناتوانی در تحمل پریشانی‌ها و عدم مقاومت در برابر آنها، منجر به تجربه علائم اضطرابی در افراد می‌شود و احتمالاً انگیزه فرد برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای همچون اجتناب و دریافت کمک را تشدید می‌کند؛ همچنین این افراد اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند و در نتیجه سعی می‌کنند به وسیله راهبردهایی که هدفشان کاهش سریع هیجانات منفی است از این هیجانات منفی اجتناب کنند؛ این رابطه‌ها از این فرضیه حمایت می‌کنند که افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی، برای مقابله با هیجانات منفی خود در مواجهه با اضطراب از رفتارهای ناسازگاری همچون اجتناب و فرار استفاده می‌کنند (پادیاب و فیاض‌بخش، ۲۰۲۰؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ و با توجه به پژوهش‌ها می‌توان بیان کرد توانایی تحمل پریشانی موجب می‌شود تا افراد قادر به تسکین هیجانات خود بوده و در بحران‌ها، آشفتگی و فشار روانی را تحمل کنند که این خود سبب توانایی رویارویی با مشکلات و حل آنها می‌شود. به عبارت دیگر افراد دارای پریشانی هیجانی نمی‌توانند به خوبی هیجان‌های خود را در موقعیت‌های آسیب‌زای زندگی را مدیریت کرده و به حل مشکلات بپردازند (ملکی، ۱۴۰۰). به علاوه مشخص شده است که تحمل پریشانی متأثر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است؛ چرا که بدکارکردی تنظیم شناختی هیجان به کاهش تحمل پریشانی منجر می‌شود. تنظیم

شناختی هیجان و تحمل پریشانی از نظر مفهومی مرتبط به نظر می‌رسند و ممکن است یکدیگر را تحت تأثیر قرار دهند. افرادی که دارای مهارت تنظیم شناختی هیجان محدود هستند، احتمالاً سطح بالاتری از پریشانی هیجانی را تجربه می‌کنند که ممکن است این افراد را به این درک برساند که خود را کمتر قادر به کنار آمدن با پریشانی می‌دانند و برای فرار از پریشانی، دست به یکسری رفتارهای ناسازگار می‌زنند (کونوی و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به تحقیقات انجام گرفته افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی اغلب از راهبردهای تنظیم ناسازگارانه هیجان استفاده می‌کنند که در تداوم علائم‌شان نقش دارد؛ بنابراین، افزایش توجه بر عدم تنظیم هیجانی در درمان، با یافته‌های پژوهشی اخیر تأیید شده است. همچنین رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی تأیید شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در خصوص اختلال‌های اضطرابی نیز، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقیاس‌های خودسنجی تنظیم هیجان قادرند علائم این اختلال‌ها را پیش‌بینی کنند (جورمن و گوتلیب، ۲۰۱۰). علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی سطوح ناخوشایندی از پریشانی و برانگیختگی روانشناختی را در پاسخ به محرک‌های ناخوشایند نشان می‌دهند که با هیجان‌های منفی همراه است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم شناختی هیجان از مهمترین متغیرهای موثر بر سطح سلامت روان می‌باشد. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). سازه تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه‌ای است که برای حفظ، افزایش و کاهش یک هیجان استفاده می‌شود (عزازی بجنوردی و همکاران، ۱۳۹۹). تنظیم شناختی هیجان به تمامی راهبردهایی اطلاق می‌شود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند و نشان‌دهنده راه‌های کنار آمدن با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار هستند (گراس، ۲۰۱۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به طور کلی به دو طبقه راهبردهای مثبت (انطباقی) و منفی (غیر انطباقی) تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شود. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه هستند که سازگارانه بوده و منجر به بهبود عزت‌نفس، صالحیت‌های اجتماعی و غیره می‌شوند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌پنداری هستند که ناسازگارانه بوده و منجر به استرس، افسردگی، سایر آسیب‌های روانی و غیره می‌شوند (کای و همکاران، ۲۰۱۷). با این که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویکردهای درمانی مختلفی می‌توانند در درمان اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شوند، اما بحث پشتوانه تجربی داشتن، انواعی از روان‌درمانی‌ها در درمان اختلال اضطراب فراگیر، همواره با چالش‌هایی مواجه بوده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). تصمیم‌گیری درباره این که چه نوع درمانی مورد استفاده قرار بگیرد معمولاً مهم‌ترین مساله‌ای است که روانشناسان بالینی با آن رو برو هستند، مخصوصاً در مورد اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر (گنجی، ۱۳۹۷). هاکر و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده است که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش اضطراب شود. محمود علیلو و همکاران (۱۳۹۵)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش اجتناب و اضطراب و افسردگی اثربخش می‌دانند و با پیگیری‌های سه ماهه نیز نتایج را پایدار ارزیابی کرده‌اند. هیز و

همکاران (۲۰۱۲) از جمله بنیان گذاران اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد محسوب می‌شوند. اساساً درمان پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است؛ درباره عمل کردن است و از یکی از پیام‌های مرکزی‌اش گرفته است: بپذیرید هر آنچه خارج از کنترل شخص شماست و متعهد باشید به آنچه زندگی شما را پربار می‌سازد. درمانگر در جریان درمان بر روی ایجاد دو حالت پذیرش و تعهد در مراجع خود تلاش می‌نماید. در این درمان حالت پذیرش به معنای پذیرش افکار و احساسات خود و عدم تلاش برای کنترل آنها حتی زمانی که این افکار و احساسات ناخوشایند است. همچنین در این درمان حالت تعهد به معنای تلاش برای ایجاد حالتی در مراجع که در آن حالت مراجع متعهد به انجام فعالیت‌هایی برای ایجاد تغییر در برخی از رفتارهایش شود است. درمانگر در طول این نوع درمان تلاش می‌نماید که مراجع خود را به سمتی هدایت کند که در آن وی بدون آنکه قضاوتی را انجام دهد بتواند عاملی را که موجب برانگیخته شدن افکارش شده است را شناسایی نموده و آن را مورد پذیرش قرار دهد. در این روش درمان اعتقاد بر آن است که مردم به این علت در دام مشکلات روانشناختی می‌افتند که در برابر تجربیات خود الگوی خاصی از پاسخدهی دارند که وجود آن سبب قویتر شدن افکار منفی و حفظ هیجانات منفی می‌شود (مرشدی و همکاران، ۱۳۹۴). هیز و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقاتش نشان داده اند که فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. این روش درمانی باعث می‌شود افراد یاد بگیرند تجاربشان را ببینند و بررسی کنند و رفتارهای خود را بهتر کنترل کنند. با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، کنترل رفتار و اختلالاتی مثل افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان، باورهای خودکارآمدی، تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی از یک طرف؛ فقدان پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر را مورد مطالعه قرار داده باشند، از طرف دیگر و ضرورت پرداختن به عواملی چون تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان که تأثیر زیادی بر سلامت روان دارد، از دگر سو، این مسئله را مطرح می‌کند:

۱. آیا درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس از آزمون تأثیر دارد؟
۲. آیا درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پیگیری پایداری دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه (یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه) و پیگیری سه ماهه بود. متغیرهای مورد بررسی آموزش درمان تعهد و پذیرش به عنوان متغیر مستقل، و متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی متغیر (وابسته) بود. جامعه پژوهش زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خانه‌های سلامت مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه شامل ۳۰ زن دارای اختلال اضطراب فراگیر بودند که با آزمون اضطراب فراگیر ۷ سوالی و دارا بودن ملاک‌های ورودی به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. انتخاب حجم

نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهاد شده برای پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر صورت گرفت (دلاور، ۱۳۹۱). ملاک‌های ورود شامل: ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را داشته باشند، داشتن سواد خواندن و نوشتن، قبلاً یا در حین آموزش روان‌درمانی دیگری نداشته باشند، نداشتن اختلال شدید روانی. ملاک‌های خروج از درمان: غیبت در جلسات آموزشی بیش از ۲ جلسه، داشتن سابقه اختلال شدید روانی، مصرف مواد مخدر یا الکل.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس تحمل پریشانی.** این مقیاس توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). این پرسشنامه را برای نخستین بار در ایران، علوی و همکاران (۲۰۱۱) مورد استفاده قرار داده‌اند، و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ۰/۷۱ و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴). برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان.** ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایچ طراحی شده است، و نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت پنج درجه از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) می‌باشد. همچنین، شامل ۹ خرده مقیاس است. این راهبردها می‌تواند به دو بعد انطباقی یا تنظیم هیجانی مثبت شامل: (ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و کم اهمیت شماری) و غیرانطباقی یا بعد تنظیم هیجانی منفی شامل: (خودسرزنش‌گری، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنشگری) تقسیم شود. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تایید شد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). برای سنجش همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان برای کل شرکت‌کنندگان در خرده مقیاس‌ها (خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنشگری) به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ محاسبه شد. روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس نیز به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ محاسبه و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تایید شد (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای ساختار دو عاملی، راهبردهای غیرانطباقی ۰/۶۷ و راهبردهای انطباقی ۰/۸۵ برآورد گردید.

۳. مقیاس اختلال اضطراب فراگیر. پرسشنامه اضطراب فراگیر یک ابزار خودگزارشی توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) تدوین و دارای ۷ سوال می‌باشد که میزان و شدت اضطراب را طی دو هفته اخیر می‌سنجد. نمره گذاری آن به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (گزینه اصلاً نمره صفر تا تقریباً هر روز نمره ۳) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی در این ابزار بین صفر تا ۲۱ می‌باشد. نقطه برش این آزمون ۱۰، و آلفای کرونباخ آزمون توسط سازندگان مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. تریل و همکاران (۲۰۱۵) نیز با روش ضریب آلفای کرونباخ پایایی مقیاس را در بین زنان مبتلا به افسردگی و اضطراب ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. اعتبار فرم کوتاه و پایایی آن در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۶ می‌باشد (نائینیان و همکاران، ۱۳۸۸). نوش کیا و همکاران (۱۳۹۹)، ضریب آلفای کرونباخ را در بین افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بود.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با توجه به مراجع و مشکل طراحی و اجرا شد.

جلسه اول. هدف، برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع و هدف پژوهش و درمان، و بستن قرارداد همکاری و درمان. فعالیت‌ها: اجرای پیش آزمون، خوش آمدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است، از جمله: به موقع آمدن، عدم غیبت و وقت شناسی، انجام تکالیف و از این قبیل، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود و ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن.

جلسه دوم. هدف، کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تاثیر آنها و بحث در مورد موقتی بودن و کم اثر بودن آنها. فعالیت‌ها: ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار رابه عنوان افکار، احساسات را به عنوان احساسات، و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم. استفاده از استعاره مناسب، و ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری (بیان امتیاز پذیرش و عیب اجتناب تجربه ای).

جلسه سوم. هدف، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، و پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها. فعالیت‌ها: بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش این مطلب که اعضا بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود آنها را بپذیرند، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات، استفاده از استعاره مناسب، ارائه تکلیف اینکه چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟ (بیان امتیاز پذیرش و عیب اجتناب تجربه‌ای).

جلسه چهارم. هدف، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از استعاره و تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. فعالیت‌ها: بررسی تکالیف، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید بر شناخت

احساسات و افکار با نگاهی دیگر، استفاده از استعاره مناسب، ارائه تکلیف در این مورد که رویدادهای آزاردهنده زندگی را به نوعی دیگر نگاه کنیم و مشکلات و بیماری را پایان زندگی نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر (بیان امتیاز گسستگی شناختی و عیب هم جوشی).

جلسه پنجم. هدف، بیان ارتباط مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. فعالیت‌ها: بررسی تکالیف، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند، ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند، استفاده از استعاره مناسب، و ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت (بیان امتیاز تماس با لحظه حال و عیب تسلط گذشته مفهوم سازی شده و آینده ترسناک).

جلسه ششم. هدف، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. فعالیت‌ها: ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد نسبت به ارزش‌ها و لزوم آن در روند آموزش و درمان، استفاده از استعاره مناسب، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، و تمرین مجدد ذهن آگاهی (بیان امتیاز خود به عنوان زمینه و عیب دل‌بستگی به خود مفهوم سازی شده).

جلسه هفتم. هدف، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. فعالیت‌ها: ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که کارآمد و اثربخش باشد، و استفاده از استعاره مناسب (بیان امتیاز وجود ارزش‌ها و عیب فقدان ارزش‌ها).

جلسه هشتم. هدف، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون. فعالیت‌ها: بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب اخذ تعهد از اعضا جهت تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات و اجرای پس‌آزمون (بیان امتیاز عمل متعهدانه و عیب فقدان اعمال و تکانشی بودن) (حسن زاده، ۱۳۹۹).

شیوه اجرا. در پژوهش حاضر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. بعد از مراجعه افراد و ثبت نام در دوره آموزشی، هماهنگی‌های لازم در خصوص برگزاری دوره آموزشی صورت گرفت. کد اخلاق از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش به شماره IR.IAU.SARI.REC.1400.026 گرفته شد. قبل از شروع مداخله ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی دو ماه، هفته‌ای یک جلسه، درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد در گروه ه آزمایش انجام گرفت. در این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان دوره آموزشی هر دو گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. دو گروه پس از سه ماه در دوره پیگیری مجدد مورد آزمون قرار گرفتند، پس از جمع‌آوری داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کمک SPSS.27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد کل نمونه‌ی پژوهش ۳۰ نفر بودند که در یک گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه قرار گرفته بودند و هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. از نظر وضعیت تاهل: ۱۱ نفر مجرد و ۱۹ نفر متاهل بودند. از لحاظ وضعیت سنی: ۹ نفر در بازه سنی (۱۹ - ۳۰) سال؛ ۱۱ نفر در دامنه سنی (۴۰ - ۳۱) سال؛ ۱۰ نفر در دامنه سنی (۵۰ - ۴۱) سال بودند. تحصیلات شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر شامل: دوره دبیرستان ۴ نفر، کاردانی ۵ نفر، کارشناسی ۱۸ نفر و کارشناسی ارشد ۳ نفر بودند. ۹ نفر از اعضای نمونه تحقیق بدون فرزند، ۶ نفر دارای یک فرزند و ۱۵ نفر از آنها دارای دو فرزند بودند. از نظر ترتیب تولد تعداد ۱۶ نفر فرزند اول خانواده؛ ۶ نفر فرزند دوم، ۳ نفر فرزند سوم، ۲ نفر فرزند چهارم، ۲ نفر فرزند پنجم و ۱ نفر فرزند خانواده بودند. گروه‌های مورد مطالعه طی سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد آزمون قرار گرفتند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی به تفکیک مراحل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انطباقی	۲۶/۰۶	۵/۳۷	۴۰/۶۰	۲/۸۹	۳۹/۲۰	۲/۸۳
غیرانطباقی	۲۳/۴۶	۶/۲۵	۱۳/۸۰	۱/۸۲	۱۵/۴۰	۲/۱۹
تحمل پریشانی	۲۳/۲۶	۱۲/۱۴	۶۰/۰۶	۳/۱۲	۵۸/۴۰	۳/۲۹

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی، و لوین بررسی شد. از آن‌جایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است ($Mauchly's W=0/54$ ؛ $df=2$ ؛ $p<0/01$). بنابراین از

آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
انطباقی	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۵	۱۵	۰/۷۸۴	۴/۴۱	۰/۹۰
	گواه	۱۵	۰/۷۴۲	۱۵	۰/۶۴	۰/۵۱۲	۰/۱۵
غیرانطباقی	آزمایش	۱۵	۰/۶۳۸	۱۵	۰/۲۹۷	۴/۳۹	۰/۸۸
	گواه	۱۵	۱/۱۲	۱۵	۰/۱۶	۰/۹۶۷	۰/۱۳
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۵	۱/۱۵	۱۵	۰/۵۶۴	۳/۷۵	۰/۹۲
	گواه	۱۵	۰/۵۹۲	۱۵	۰/۲۱	۰/۶۷۰	۰/۱۶

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
انطباقی	زمان*گروه	۲۶۱/۶۲۲	۲	۱۳۰/۸۱۱	۴۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	گروه	۱۹۲۸/۳۱۱	۱/۱۲۰	۱۷۲۱/۲۶۹	۷۹/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱
غیرانطباقی	زمان*گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
	گروه	۷۹۳/۶۰۰	۱/۰۱۴	۷۸۲/۶۴۴	۳۱/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
تحمل پریشانی	زمان*گروه	۱۷۰/۵۵۶	۲	۸۵/۲۷۸	۲۵/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	گروه	۷۲۹۲/۸۴۴	۱/۰۰۳	۷۲۷۱/۴۵۰	۷۰/۸۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد تنظیم هیجانی ($p < 0/01$) و تحمل پریشانی ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر داشت. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود تنظیم هیجانی ($p < 0/01$) و تحمل پریشانی ($p < 0/01$) بود. برای مشخص ساختن اینکه این تفاوت معنادار بین کدام یک از مراحل زمانی وجود دارد از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج مقایسه دو به دو مراحل زمانی تحقیق در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون بن فرونی برای مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی

مؤلفه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
انطباقی	پیش آزمون	۱/۵۸۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۱۴/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۴۸۹	۰/۰۱۸
غیرانطباقی	پیش آزمون	۱/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۶۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۰۰۰	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۰/۱۶۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲۷/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲۶/۱۳۳	۰/۰۰۱
			۰/۰۰۱
			۱/۶۶۷

جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین‌های مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مراحل زمانی سه گانه تحقیق از نظر آماری معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی، کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان موثر می‌باشد و تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کشاورز و همکاران (۲۰۱۸) رسولی (۱۳۹۶)، فیاض بخش و منصوری (۲۰۱۹)، مقتدایی (۱۳۹۵)، کریمی (۱۳۹۶)، هاشمی (۱۳۹۷)، داورنیا (۱۳۹۸)، وارسته کالمرز (۱۳۹۸)، سیلیسون (۲۰۱۳)، گرینبرگ (۲۰۱۵)، لوپوسا و همکاران (۲۰۱۵)، رویز و همکاران (۲۰۲۰) و توماس و همکاران (۲۰۱۴)، هاگر و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش کشاورز و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمایش را کاهش می‌دهد. این کاهش در خصوص اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تأیید بیماران بسیار مطلوب بود. در پژوهشی از رسولی (۱۳۹۶)، با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و تحمل پریشانی زنان متاهل، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی و افزایش تحمل پریشانی برای زنان متاهل مفید می‌باشد. فیاض بخش و منصوری (۲۰۱۹)، در تحقیق خود که بر روی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی عدم تحمل ابهام و اجتناب تجربی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران دیابتی نوع ۲ پرداختند، به این نتایج رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب تجربی و نشانه‌های اضطراب فراگیر شد. مقتدایی (۱۳۹۵)، پژوهشی را با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان انجام داد، و نتایج نشان

داد که بین نمرات تحمل پریشانی دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بنابراین می‌توان گفت روش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی همسران جانبازان مؤثر بوده است. کریمی (۲۰۱۷)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب افسردگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان ناباور به این نتیجه رسید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب، افسردگی و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس آزمون شد و می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور پیشگیری و کاهش علائم روان شناختی زنان ناباور گزینه مناسبی بوده است. هاشمی (۲۰۱۸)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان تاب‌آوری و پریشانی روانشناختی در خواهران و برادران نوجوان افراد دارای اختلال اتیسم به این نتیجه رسید که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر کاهش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و افزایش معناداری تاب‌آوری مؤثر بوده است. پیگیری یک ماهه ثبات در تغییرات مذکور را نشان داد. تحقیقی از داورنیا (۱۳۹۸)، با عنوان مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، شرم درونی شده و تحمل پریشانی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی به این نتیجه رسید هر دو مداخله در افزایش تحمل پریشانی و مولفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) دارای اثربخشی یکسانی بودند. وارسته کالمرز (۱۳۹۸)، در تحقیقی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری گروهی بر استقامت ذهنی و تحمل پریشانی مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس (MS) شهرستان بندرعباس، به این نتیجه رسید که هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش معنادار استقامت ذهنی و تحمل پریشانی در اعضای گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با گروه گواه شده است. نتایج پژوهش سیلیسون (۲۰۱۳)، نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر نگرانی و آشکار فکری اثربخش است و باعث کاهش نگرانی و اضطراب و نشخوار فکری می‌شود. گرینبرگ (۲۰۱۵) در تحقیقی به بررسی تغییرات تحمل پریشانی با درمان (ACT) پرداخت، و نتایج نشان داد که تحمل پریشانی به طور معنی‌داری با اضطراب، استرس، افسردگی، پرخوری رابطه دارد و همچنین هنگام بررسی تحمل پریشانی و ساختارهای درمان (ACT) بین تحمل پریشانی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و ۴ مورد از ۵ فاکتور ذهن آگاهی رابطه وجود دارد، و تغییرات معنی‌داری بین میزان تحمل پریشانی قبل و بعد مداخله مشاهده شد. و از دیگر سو؛ می‌توان گفت تحمل پریشانی انعطاف‌پذیر است و می‌تواند یک ساعت بعد از مداخله به طور معنی‌دار و مثبتی تغییر کند. همچنین لوپوسا و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود به بررسی تحمل پریشانی در اختلالات اضطرابی و وسواس و رابطه آنها با شدت اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی پرداخت، و نتایج نشان داد در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواس تحمل پریشانی به طور منفی با شدت اضطراب رابطه دارد. تحمل پریشانی و عدم تحمل بلا تکلیفی با اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی رابطه دارند. در تحقیقی از رویز و همکاران (۲۰۲۰)، با عنوان ارزیابی چند پایه‌ای از درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری

برای اختلال اضطراب فراگیر همزمان و افسردگی، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودی علائم عاطفی، نگرانی آسیب شناختی، اجتناب از تجربه، همجوشی شناختی، تفکر تکراری بسیار زیاد بود. توماس و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی و ارتقاء رفتارهای بهداشتی در بیماران قلبی پرداختند. و نتایج نشان داد که اضطراب و افسردگی کاهش یافته است و همچنین در نمرات مربوط به رفتارهای بهداشتی دو گروه از بیماران قلبی تفاوت از نظر آماری معنادار بود. و با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد حالت پذیرش، پراکنده ساختن افکار، تغییر دادن حالت خود تصور شده به حالت خود مشاهده‌گر، توجه به زمان حال حاضر و روشن نمودن ارزش‌ها مراجع را به سمت حالت توجه آگاهی، پذیرش تجربیات ناخوشایند و تعهد بیشتر برای انجام فعالیت‌هایی که بر دوش او گذاشته شده است پیش رود، و با اتمام درمان مراجع به انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دست می‌یابد و در اثر رسیدن به حالت انعطاف‌پذیری شناختی وی می‌تواند رویدادها را به صورت هشیارانه و بدون آنکه نیاز به حالت دفاعی داشته باشد تجربه نماید. همچنین در هنگام اتمام درمان انتظار می‌رود مراجع بتواند در موقعیت‌های مختلف اقدام به تغییر رفتار خود نماید (هاکر و همکاران، ۲۰۱۶). در تبیین باید گفت که در این درمان به مراجع آموزش داده می‌شود که هر انسانی با درد رو به رو می‌شود و فقط کسانی با موفقیت با درد کنار می‌آیند که با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد، درد را به رنج تبدیل نکنند و تحمل پریشانی را در خود بالا ببرند و به واسطه آن بر اضطراب‌های روزانه‌ای که بر آنها وارد می‌شود صبور باشند. و همچنین با همجوشی زادی شناختی و فاصله گرفتن و صرفاً مشاهده افکارمان، رابطه خود با افکار را می‌توان تغییر داد و در نتیجه هیجانات حاصل از افکار را هم می‌توان تغییر داد و به تنظیم شناختی هیجانات رسید و از گفت و گوی درونی جدا شد، و بتوانیم به افکارمان و احساساتمان نگاه کنیم و نه اینکه از طریق افکار و احساسات به زندگی نگاه کنیم و با غرق نشدن در افکار بتوانیم انتخاب‌های بهتر و انعطاف‌پذیرتری داشته باشیم، و در راستای ارزش‌ها، اهدافمان را مشخص کنیم و دست به اقدام‌های متعهدانه بزنیم. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موثر بر اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد و بر متغیرهای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان اثرگذار می‌باشد. توصیه می‌شود این پژوهش برای گروه‌های دیگر هم صورت گیرد، و نتایج آزمون برای گروه‌های دیگر و در مناطق دیگر با احتیاط استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از مراکز و خانه‌های سلامت و مراجعین محترمی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- مقتدایی، مسعود. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی در همسران جانبازان. اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- کریمی، لیلا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب، افسردگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید باهنر.
- هاشمی، سها. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تاب‌آوری و پریشانی روانشناختی در خواهر و برادران نوجوان دارای اختلال اتیسم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نائیان، محمدرضا، شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه، هادیان، مهری. (۱۳۸۸). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت. ۳(۴): ۴۱-۵۰.
- نوش‌کیا، مهرناز، رسولی، محسن و زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی، ۹، تابستان ۹۹، ۶۹-۶۹.
- مرشدی، مهدی، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، محمودی، محمدجلال، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. مجله پژوهش پرستاری. ۱۰(۴): ۷۶-۸۷.
- محمودعلیلو، مجید، هاشمی نصرت‌آباد، تورج و سهرابی، فائزه. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر (GAD). مجله روانشناسی بالینی، ۸(۳۱): ۷۶-۶۱.
- علوی، خدیجه، مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد. ۱۳۹۰. اثربخشی رفتاردرمانی گروهی شیوه به دیالکتیکی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل‌پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. اصول بهداشت روانی، ۱۳: ۲، ۱۲۴-۱۳۵.

بشارت، محمدعلی، بزازیان، سعیده. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی. ۲۴ (۸۴): ۶۱-۷۰.

دلاور، علی. (۱۳۹۱). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.

حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۹). روانشناسی زندگی. تهران: ویرایش.

کشاورزافشار، حسین، رافعی، زهرا، میرزائی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب فراگیر. نشریه پژوهش‌های علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. ۱۷ (۳): ۲۸۹-۲۹۶.

رسولی، عهدیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و تحمل پریشانی زنان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.

داورنیا، رضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز برشفقت (CFT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشخوار فکری، شرم درونی شده و تحمل پریشانی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. رساله دکترا، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی.

امیدی، عبدالله، طباطبایی، اعظم السادات، سازور، سیدعلی، عکاشه، گودرز. (۱۳۸۲). همه گیر شناسی اختلال‌های روانی ر مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۸ (۴): ۳۲-۳۸.

ملکی، بهرام. (۱۴۰۰). رابطه تنظیم شناختی هیجان و اضطراب بیماری کرونا در سالمندان: نقش میانجی تحمل پریشانی. مجله روانشناسی پیری. ۷ (۴): ۳۱۷-۳۳۰.

عزازی بجنوردی، المیرا، قدم پور، سمانه، مرادی شکیب، آمنه، غضبان زاده، راضیه. (۱۳۹۹). پیش بینی اضطراب کرونا براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. نشریه روان پرستاری. ۸ (۲): ۳۴-۴۴.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 (جلد اول). تهران: ساوالان.

References

- Alavi, K., Modares Gharavi, M., Amin Yazdi, S. A., & Salehi Faderdi, J. (1390). The effectiveness of dialectical group behavior therapy (based on the components of comprehensive awareness, distress tolerance and emotional regulation) on depression symptoms in students. *Principles of Mental Health*, 13, 2, pp. 124-135. (In Persian)
- Allan, Nicholas P. Macatee, Richard J. Norr, Aaron M. Schmidt, Norman B. (2014). Direct and Interactive Effects of Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity on Generalized Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Reserch*; 38, 350-540.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM 5 diagnostic and statistical manual of mental disorders. In *DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (pp. 947-p).
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Basharat, M. A., & Bazazian, S. (2013). Examining the psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery*. 24 (84): 61-70. (In Persian)
- Cai, W. P., Pan, Y., Zhang, S. M., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. H. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry research*, 256, 71-78.

- Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. *Assessment*, 28(4), 1050-1064.
- Davarnia, R. (2019). Comparing the effectiveness of group counseling with compassion-focused therapy (CFT) and acceptance and commitment-based therapy (ACT) on rumination, internalized shame, and distress tolerance in women affected by marital infidelity. PhD Thesis, Khwarazmi University, Faculty of Psychology.
- Delavar, A. (2012). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd. (In Persian)
- Ezazi Bojnurdi, E., Ghadampour, S., Moradi Shakib, A., & Ghazbanzadeh, R. (2020). Prediction of corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health stubbornness and death anxiety in diabetic patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 8 (2): 34-44. (In Persian)
- Fayazbakhsh E, Mansouri A. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. *International Archives of Health Sciences*. 6(1): 30-35. (In Persian)
- Ganji, M. (2018). Psychopathology according to DSM-5 (Vol. I). Tehran: Savalan.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Greenberg, L. P. (2015). The flexibility of distress tolerance through a brief Acceptance and Commitment Therapy intervention: a pilot study (Doctoral dissertation).
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations In Gross JJ (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.[Google Scholar].
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551-565.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551-565.
- Hashemi, S. (2018). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive strategies of emotion regulation, resilience and psychological distress in adolescent siblings of individuals with autism. Master's thesis. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. (In Persian)
- Hassanzadeh, R. (2020). Psychology of life. Tehran: Virayesh. (In Persian)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298.
- Karimi, L. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies of infertile women. Master's thesis. Shahid Bahonar University. (In Persian)
- Katz D. Rector NA, Laposa, JM. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. 46(6), 459-477.

- Keshavarzafshar, H., Rafei, Z., & Mirzaei, A. (2018). The effectiveness of commitment and acceptance therapy on generalized anxiety. The publication of the research institute of academic health sciences. 17 (3): 289-296. (In Persian)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). " Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication": Erratum.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 33, 8-14.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds.). (2013). *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. (Eds.). (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press
- Mahmoud Alilo, M., Hashemi Nosrat Abad, T., & Sohrabi, F. (2016). The effectiveness of combined intervention based on acceptance and commitment therapy (ACT) along with coping techniques on symptom severity and dimensions of anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*, 8, 3(31), pp. 61-76.
- Maleki, B. (2021). The relationship between cognitive regulation of emotion and anxiety of corona disease in the elderly: the mediating role of distress tolerance. *Journal of Psychology of Aging*, 7 (4): 317-330.
- Moqtadaei, M. (2016). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on bearing distress in veterans' wives. The first National Congress of Community Empowerment in the field of Sociology, Educational Sciences and Social and Cultural Studies, Tehran, Community Cultural and Social Skills Empowerment Center.
- Morshidi, M., Davarnia, R., Zaharakar, K., Mahmoudi, M. J., Shakarami, M. (2015). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on reducing marital exhaustion of couples. *Journal of nursing research*. 10 (4): 76-87.
- Naeenian, M. R., Shaeeri, M. R., Sharifi, M., & Hadian, M. (2009). Investigating the reliability and validity of the short scale of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 3 (4): 41-50.
- Noushkia, M., Rasouli, M., & Zare Bahramabadi, M. (2020). Effectiveness of group-based dialectical behavior therapy training on rumination and cognitive regulation of emotion in people with generalized anxiety disorder. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 9, Summer 99, pp. 69-83.
- Omid, A., Tabatabai, A., Sazvar, S. A., & Akasheh, G. (2003). Epidemiology of mental disorders in urban areas in Natanz, Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 8 (4): 32-38.
- Rasouli, A. (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on feelings of loneliness and forehead tolerance of married women. Master's thesis. Al-Zahra University.
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M.,... & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.

- Slevison, M. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for worry and rumination (Doctoral dissertation, RMIT University).
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors*, 32, 95-100.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Padyab Z, Fayazbakhsh H. The Effectiveness of Positivism with an Emphasis on Quranic Verses in Improving Distress Tolerance and Personal Growth of Mothers with Mentally-Retarded Children. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling* 2(3): 32-48
- Terrill, A. L., Hartoonian, N., Beier, M., Salem, R., & Alschuler, K. (2015). The 7-item generalized anxiety disorder scale as a tool for measuring generalized anxiety in multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 17(2), 49-56.
- Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 14(3): 198-213.
- Varasteh Kalmers H. (2019). Comparison of the effectiveness of acceptance-based therapy and group cognitive-behavioral therapy on mental endurance and distress tolerance in patients with multiple sclerosis (MS) in Bandar Abbas. [Master Thesis], Bandar Abbas: Islamic Azad University, Faculty of Humanities.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS)

کاملاً مخالف	اندکی مخالف	به یک اندازه موافق و مخالف	اندکی موافق	کاملاً موافق	
۵	۴	۳	۲	۱	۱- داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیرقابل تحمل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲- وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳- من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴- احساسات پریشانی من آنقدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۵- هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۶- من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷- احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام قابل قبول نیستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۸- من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹- دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل

۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایش سختی است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی کنم از خودم خجالت می کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۶)

عبارت	هرگز	به ندرت	برخی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱- احساس می کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس زا خودم مقصوم.					
۲- فکر می کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم.					
۳- به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته ام فکر می کنم.					
۴- به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده ام فکر می کنم.					
۵- به کارهای خوبی که می توانم انجام دهم فکر می کنم.					
۶- به این فکر می کنم که می توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.					
۷- به این فکر می کنم که از این بدتر هم می توانست اتفاق بیفتد.					
۸- به این فکر می کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.					
۹- احساس می کنم دیگران مقصوم این اتفاق هستند.					
۱۰- حس می کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس زا خودم هستم.					
۱۱- فکر می کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم.					
۱۲- افکار و احساسی که در جریان تجربه ناگواریم داشته ام مرا به خود مشغول می کند.					
۱۳- به چیزهای خوبی فکر می کنم که پیش از آن، به آن ها نپرداخته ام.					
۱۴- به این فکر می کنم که چگونه می توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم.					
۱۵- به این فکر می کنم که می توانم بعد از این اتفاق فرد قوی تری باشم.					
۱۶- به این فکر می کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده اند.					
۱۷- مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه ای که داشته ام فکر می کنم.					
۱۸- احساس می کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.					
۱۹- به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده ام فکر می کنم.					
۲۰- فکر می کنم نمی توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.					
۲۱- تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته ام بفهمم.					
۲۲- در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می کنم.					

- ۲۳- به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.
- ۲۴- به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.
- ۲۵- به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است.
- ۲۶- فکر می‌کنم اتفاقی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.
- ۲۷- به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.
- ۲۸- فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس‌زا خودم هستم.
- ۲۹- فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.
- ۳۰- گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.
- ۳۱- به تجارب خوب فکر می‌کنم.
- ۳۲- به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.
- ۳۳- به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
- ۳۴- به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگواری وجود دارد که باید با آن روبرو شد.
- ۳۵- مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم.
- ۳۶- حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation in women with generalized anxiety disorder

Azam. Sarabadani¹, Ramezan. Hasanzadeh^{2*} & Hossein Ali. Ghanazadegan³

Abstract

Aim: The present study aims to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on distress tolerance and cognitive regulation of emotions in women with generalized anxiety disorder. **Method:** It was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group (one experimental group and one control group) and a three-month follow-up. The statistical population of women with generalized anxiety disorder referred to counseling centers and health homes in districts 1, 2, 3 and 5 of Tehran in the first half of 2021. The sample consisted of 30 women with generalized anxiety disorder who were selected in a purposeful and accessible manner with the generalized anxiety test and having the entry criteria. to collect data from tools; "Distress Tolerance Scale", "Cognitive Emotion Regulation Questionnaire" and "Pervasive Anxiety Scale" were used. The experimental group received acceptance and commitment-based treatment intervention during two months in 8 90-minute sessions. Meanwhile, the group Evidence of this intervention was not received during the research process and a follow-up period was conducted after three months. The collected data were analyzed in SPSS.27 software. **Results:** The results showed that the treatment of acceptance and commitment was significantly tolerated. increased distress, adaptive strategies significantly increased cognitive regulation of emotion, and non-adaptive strategies significantly decreased cognitive regulation, and there was a significant difference in both variables between pre-test and post-test, as well as between pre-test and follow-up period. **Conclusion:** Treatment based on acceptance and commitment affects women with generalized anxiety disorder and improves distress tolerance and cognitive regulation of emotion in them. It is recommended to use treatment based on acceptance and commitment for women with generalized anxiety disorder.

Keywords: *acceptance and commitment therapy, distress tolerance, cognitive emotion regulation, generalized anxiety disorder.*

1. PhD student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. ***Corresponding author:** Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran