MEJDS. 2021; 11:6.

Published online 2021 Apr. **Research Article**

The Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy on Rumination and Emotional Processing in Women With Generalized Anxiety Disorder

Tanha Doust K[1], Zahiri Mojdehi A[2], Zamani M[3], *Zabihi Oskooei F[4], Amani O[5]

Author Address
1. MA Family Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;
2. MA Clinical Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. MA Clinical Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
4. MA Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Malayer, Malayer, Iran;
5. PhD Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** F.zabihi71@yahoo.com

Received: 2020 January 26; **Accepted:** 2020 March 14

Abstract

Background & Objectives: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is among the most prevalent anxiety disorders. GAD is characterized by excessive, chronic, and uncontrolled anxiety about multiple activities or events associated with experiencing physical symptoms. A feature of this disorder is the presence of negative repetitive thoughts or ruminations that aggravate and persist the condition. Numerous psychological interventions have emerged over the past decades to treat this disorder. Accordingly, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as the third generation of these interventions is among the newest forms of cognitive–behavioral therapy. The goal of ACT is to eliminate experimental avoidance and increase psychological flexibility. Due to the high prevalence, chronic episodes, and prolonged course of GAD; the comorbidity of this disorder with other psychiatric disorders, and its multiple effects on the lives of affected individuals, ACT seems to be an appropriate option to manage their conditions. Thus, this study aimed to investigate the effects of group–based ACT on rumination and emotional processing in women with GAD.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the study included all women with GAD referring to counseling and psychological services centers in the west of Tehran City, Iran, in 2018–2019. Of them, 30 were selected using the convenience sampling method based on the inclusion and exclusion criteria of the study, as the research sample. The inclusion criteria of the study included voluntarily completing the informed consent form to participate in the research; a minimum of secondary education; presenting the characteristics of GAD as per the Generalized Anxiety Disorder Scale–7 (GAD–7) (Spitzer et al., 2006) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), and not participating in similar studies. The exclusion criteria of the study consisted of the presence of any bio psychological illnesses affecting the process of intervention; absence from >2 intervention sessions, and dissatisfaction with participating in the research. The research data were collected in the pretest, posttest, and one–month follow–up phases using the Ruminative Response Scale (Nolen–Hoeksema & Morrow, 1991) and the Emotional Processing Scale (Baker et al., 2007). ACT was administered to the experimental group for 12 sessions (one session per week for an average of 90 minutes); however, no intervention was provided to the controls. The protocol used in the present investigation was based on a study by Steven Hayes, developed by Orsillo et al. (2004) for anxiety disorders. The obtained data were analyzed using descriptive statistics (mean & standard deviation) and inferential statistics, i.e., repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained data suggested significant differences in the mean pretest–posttest–follow–up scores of distraction (F=60.96, p<0.001), reflection (F=30.41, p<0.001), brooding (F=24.07, p<0.0۱), total rumination score (F=70.40, p<0.001), and total emotional processing score (F=29.68, p<0.001) between the experimental and control groups. In other words, the provided group–based ACT reduced rumination and improved emotional processing in the explored women with GAD in the posttest and follow–up phases. The Eta–squared value also revealed that the effect of group–based ACT on distraction was measured as 0.68, the same for reflection was calculated as 0.52, the score of brooding was 0.46, total rumination score equaled 0.72, and the same for emotional processing was computed as 0.51.

Conclusion: The present study results indicated the beneficial effects of group ACT on rumination and emotional processing in women with GAD. Thus, implementing short–term, group–based, and evidence–based therapies, such as ACT may alleviate the signs and symptoms of GAD, leading to improved mental health status in this population.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Rumination, Emotional processing, Generalized Anxiety Disorder.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

کتایون تنهادوست[۱]، عاطفه ظهیری مژدهی[۲]، منیر زمانی[۳]، *فائزه ذبیحی اسکویی[۴]، امید امانی[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران؛

۵. دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** F.zabihi71@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۶ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: از فرایندهای فراتشخیصی مشترک در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی، افکار تکرارشوندهٔ منفی است که با تأثیر بر علائم هیجانی موجب تشدید و تداوم این اختلالات می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی غرب شهر تهران در سال ۹۸ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از آن تعداد سی نفر به‌روش دردسترس انتخاب شدند و پس از همتاسازی به‌صورت تخصیص تصادفی به دو گروه پانزده‌نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس نشخوار فکری (نولن‌ـهوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و مقیاس پردازش هیجانی (باکر و همکاران، ۲۰۰۷) گردآوری شد. پروتکل مداخله براساس مطالعهٔ استیون هیز بود که توسط اورسیلو و همکاران (۲۰۰۴) برای اختلالات اضطرابی تنظیم شد. گروه آزمایش به‌مدت دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای مداخله دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به‌کمک نرم‌افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین میانگین نمرات مؤلفه‌های حواس‌پرتی، تأمل، خودخوری و نمرهٔ کل نشخوار فکری و همچنین نمرهٔ کل پردازش هیجانی، در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های مطالعهٔ حاضر می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان‌های کوتاه‌مدت، گروهی و مبتنی‌بر شواهدی همچون پذیرش و تعهد، بر کاهش نشخوار فکری و بهبود در پردازش هیجانی زنان دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، پردازش هیجانی، اختلال اضطراب فراگیر.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

۱ مقدمه

از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی می‌توان اختلال اضطراب فراگیر[1] را نام برد. این اختلال سیری مزمن دارد و هم‌زمان با دیگر اختلالات روان‌پزشکی دیده می‌شود. شاخصهٔ اصلی آن نگرانی مفرط، مزمن و کنترل‌نشدنی دربارهٔ چندین فعالیت یا رویداد همراه با تجربهٔ علائم جسمانی است که اکثر اوقات و حداقل به‌مدت شش ماه تداوم دارد (۱). برآورد شیوع اختلال اضطراب فراگیر در کشورهای مختلف بسیار متفاوت است. شیوع مادام‌العمر آن در کشورهای با درآمد بالا درمقایسه با کشورهای با درآمد متوسط/کم‌درآمد ۵ درصد درمقابل ۱/۵ تا ۳ درصد است (۲)؛ همچنین در ایران شیوع اختلال اضطراب فراگیر ۲۸/۳ درصد برآورد می‌شود (۳). از فرایندهای فراتشخیصی[2] بسیار مهم مشترک در شکل‌گیری اغلب اختلالات هیجانی، افکار تکرارشوندهٔ منفی[3] است. این افکار به‌عنوان هستهٔ اصلی و پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلالات خُلقی و اضطرابی است و با تأثیر بر علائم اختلال اضطراب فراگیر موجب تشدید و تداوم این اختلال می‌شود (۴). نشخوار فکری به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی و به‌معنای نوعی سبک تفکر متمرکز بر محتوای منفی است که افکار تکراری و کنترل‌ناپذیر مزاحم را در بر می‌گیرد (۵). این افکار به‌صورت آگاهانه، مکرر و اغلب حتی در نبود محرک‌های محیطی نیز ظاهر می‌شود و با ممانعت از حل مسئله به‌صورت سازگارانه منجربه مختل‌شدن پردازش هیجانی و افزایش هیجانات منفی می‌گردد (۶). پردازش هیجانی[4] فرایندی است که با استفاده از آن آشفتگی‌های هیجانی به اندازه‌ای کاهش پیدا می‌کند که فرد بتواند رفتارها و تجارب دیگری را به‌منظور کاهش مشکلات هیجانی خود به‌کار گیرد. به بیانی دیگر، به‌دنبال رویدادی هیجانی، پردازش به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های افزایش اضطراب به‌شمار می‌رود (۷). براساس طبقه‌بندی باکر و همکاران، پردازش هیجانی در سه جنبهٔ تشخیص و تجربه، کنترل و بیان و پردازش ناکافی هیجان صورت می‌گیرد. روش پردازش در هریک از این سطوح متفاوت است؛ به‌طوری‌که در تشخیص و تجربهٔ هیجانی سبک‌های فقدان همسویی، ناموزونی و برونی‌سازی به‌کار می‌رود. سبک‌های سرکوب، تجزیه، اجتناب و نبود کنترل تکانه، مرتبط با کنترل و بیان هیجانات بوده و روش مربوط به پردازش ناکافی، مزاحمت است (۸). بررسی‌ها نشان داده است که در برخی آسیب‌های روانی، یک یا چند مؤلفه از سطوح پردازش هیجانی مختل می‌شود؛ به‌طوری‌که فرد در انجام یک یا چند کارکرد هیجانی دچار مشکل می‌گردد (۹).

طی دهه‌های گذشته به‌منظور درمان اختلال اضطراب فراگیر مداخلات روان‌شناختی متعددی پدید آمده است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان نسل سوم این درمان‌ها از شکل‌های بسیار جدید درمان‌های شناختی‌ـ رفتاری است که توسط هیز و همکارانش از ابتدای دههٔ ۱۹۸۰ معرفی شد. این درمان به‌عنوان رویکردی بافتارگرا بر این فرض بنا شده است که علت بیشتر مشکلات روان‌شناختی انسان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که به‌دلیل همجوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد می‌شود (۱۰). اجتناب تجربی فرایندی است که شامل ارزیابی‌های منفی و افراطی از افکار، هیجانات، حس‌ها و تجربیات درونی ناخواسته و تلاش‌های مداوم فرد به‌منظور تغییر شکل یا شدت تجربیات شخصی است (۱۱)؛ ازاین‌رو هدف این درمان ازبین‌بردن اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ازطریق تعامل شش فرایند زیربنایی آن شامل پذیرش، ناهمجوشی، برداشت متفاوت از خود، ارتباط با لحظهٔ کنونی، روشن‌سازی ارزش‌ها و رفتار متعهدانه درجهت ارزش‌های منتخب است (۱۲). مطالعات چندی به بررسی اثربخشی این درمان بر ابعاد روانی و رفتاری همچون نشخوار فکری، بهزیستی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناخت هیجانی در طیف مختلف افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی پرداخته است (۱۷ـ۱۳) و سودمندی بالینی این درمان را نشان داده است.

باتوجه به شیوع فراوان، سیر مزمن و طولانی‌بودن دوره‌های بیماری، همبودی این اختلال با سایر اختلالات روان‌پزشکی و آسیب‌های جدید و چندگانهٔ آن بر زندگی افراد مبتلا و با درنظرداشتن اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان یکی از اختلالات ناتوان‌کنندهٔ بسیار مهم برای بزرگسالان، اقدام درمانی مناسب جزو ضروریات به‌نظر می‌رسد. باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش‌های اخیر مبنی‌بر مؤثربودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از تحولات درمانی بسیار جدید بر معالجهٔ بسیاری از آسیب‌های روانی و نیز با تکمیل خلأهای موجود در مطالعات پیشین، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر روش‌شناختی نیمه‌تجربی و از طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی غرب شهر تهران در سال ۹۸ـ ۱۳۹۷ تشکیل دادند که با دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در آن مراکز پرونده داشتند. به‌منظور انتخاب نمونهٔ پژوهش تعداد سی نفر از میان افراد مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود زنان به پژوهش شامل داشتن رضایت و پرکردن فرم رضایت آگاهانهٔ مشارکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، دارابودن ویژگی‌های اضطراب فراگیر با استفاده از مقیاس هفت‌سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (۱۸) و ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (۱) و شرکت‌نکردن در مطالعات مشابه بود. معیارهای خروج زنان از مطالعه عبارت بود از: ابتلا به هرگونه بیماری جسمی یا روان‌شناختی مؤثر بر روند اجرای مداخله؛ غیبت بیش از دو جلسه در فرایند مطالعه؛ رضایت‌نداشتن از شرکت در

1. Generalized Anxiety Disorder
2. Transdiagnostic
3. Repetitive negative thoughts
4. Emotional processing

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

پژوهش. روش انجام پژوهش بدین‌ترتیب بود که پس از انتخاب افراد براساس معیارهای ورود، آزمودنی‌ها به مقیاس نشخوار فکری (۱۹) و مقیاس پردازش هیجانی (۸) پاسخ دادند و پس از همتاسازی آن‌ها به دو گروه پانزده‌نفره، به‌صورت تصادفی و با روش پرتاب سکه یک‌گروه به‌عنوان آزمایش و دیگری به‌عنوان گواه نام‌گذاری شد. پس از آن، گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌مدت دوازده جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه با زمانی به‌طور متوسط نود دقیقه، دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از اتمام دورهٔ درمان، آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون به مقیاس نشخوار فکری (۱۹) و مقیاس پردازش هیجانی (۸) پاسخ دادند. یک ماه پس از اتمام مداخله، برای هر دو گروه مرحلهٔ پیگیری انجام شد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس هفت‌سؤالی اختلال اضطراب فراگیر[1]: مقیاس هفت‌سؤالی اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر و همکاران در سال ۲۰۰۶ به‌منظور شناسایی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و شدت نشانه‌های بالینی آن ساخته شد (۱۸). این مقیاس شامل هفت پرسش است که بر مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود (۱۸). اعتبار سازهٔ این مقیاس ازطریق تحلیل کوواریانس بین مقیاس هفت‌سؤالی اضطراب فراگیر با فرم کوتاه بیست‌سؤالی پرسشنامهٔ زمینه‌یابی سلامت عمومی[2] بررسی شد. همسانی درونی پرسشنامه نیز ازطریق آلفای کرونباخ ۹۲درصد به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی خوب این مقیاس است. اعتبار همگرای این مقیاس ازطریق محاسبهٔ همبستگی آن با مقیاس اضطراب بک[3] ۰/۷۲ و با خرده‌مقیاس اضطراب چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی[4]، ۰/۷۴ گزارش شد که بیانگر اعتبار همگرای مناسب این مقیاس است (۱۸). در ایران در پژوهش نائینیان و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۸۵درصد و پایایی آزمون‌ـ‌بازآزمون آن برابر با ۴۸درصد به‌دست آمد. اعتبار هم‌زمان این مقیاس ازطریق بررسی آن با پرسشنامهٔ اضطراب حالت‌ـ‌صفت اشپیلبرگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت ۰/۵۲ و ازطریق خرده‌مقیاس اضطراب چک‌لیست تجدیدنظر شدهٔ اختلالات روانی[5]، ۰/۶۳ به‌دست آمد که بیانگر اعتبار پذیرفتنی برای مقیاس مذکور در جامعهٔ ایرانی است (۲۰).

ـ مقیاس نشخوار فکری[6] : مقیاس نشخوار فکری توسط نولن‌ـ هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ تدوین شد (۱۹). این پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال خودگزارشی است و روی مقیاس چهاردرجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمره‌های این مقیاس بین ۲۲تا۸۸ است و نمرهٔ کل پرسشنامه از جمع نمرات همهٔ گویه‌ها محاسبه می‌شود. نمرات بیشتر، نشخوار فکری بیشتر را نشان می‌دهد. همچنین نقطهٔ برش پرسشنامه ۳۳ بیان شد. به این صورت که افراد با نمرهٔ کمتر از آن دارای نشخوار فکری کم و افراد با نمرهٔ بیشتر از آن دارای نشخوار فکری زیاد گزارش می‌شوند (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه طی پژوهشی بین ۸۸تا۹۲درصد و ضریب همبستگی بازآزمایی آن نیز برای پاسخ‌های نشخواری ۶۷درصد به‌دست آمد (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط منصوری و همکاران ۹۰درصد گزارش شد که بیانگر پایایی مناسب این ابزار برای سنجش نشخوار فکری است (۴).

ـ مقیاس پردازش هیجانی[7] : مقیاس پردازش هیجانی، مقیاسی خودگزارشی است که توسط باکر و همکاران در سال ۲۰۰۷ به‌منظور اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی ساخته شد و دارای ۳۸ گویه است (۸). هر گویهٔ این پرسشنامه براساس مقیاس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) طراحی شده است و هشت خرده‌مقیاس مزاحمت، تجزیه، سرکوبی، عدم کنترل، فقدان همسویی، اجتناب، ناموزونی و برونی‌سازی‌شده را در بر می‌گیرد. خرده‌مقیاس‌های تجزیه، سرکوبی، اجتناب و عدم کنترل مرتبط با دشواری در کنترل و بیان هیجانات و خرده‌مقیاس‌های ناموزونی، برونی‌سازی و تجزیه مرتبط با دشواری در تشخیص و تجربه‌کردن هیجانات است؛ همچنین خرده‌مقیاس مزاحمت با پردازش ناکافی هیجانات مرتبط است (۸). در مطالعهٔ باکر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۹۲درصد و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۷۹درصد گزارش شد. همچنین این پژوهشگران به‌منظور تعیین اعتبار مقیاس، همبستگی آن را با پرسشنامهٔ تنظیم هیجان[8] اندازه‌گیری کردند و نتایج همبستگی منفی معنادار (r=۰/۵۴) را نشان داد (۸). در ایران نیز لطفی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای نمرهٔ کل این مقیاس ۰/۸۵ و برای دشواری در تشخیص هیجانات ۰/۸۲، دشواری در بیان هیجانات ۰/۷۵ و پردازش ناکافی هیجانات ۰/۷۲ به‌دست آوردند (۲۱).

ـ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازجمله روش‌های درمانی موج سوم است؛ این درمان دارای شش فرایند محوری همچون پذیرش، آگاهی از زمان حال، جداسازی، روشن‌سازی ارزش‌ها، خود به‌عنوان زمینه و تعهد به عمل است و منجربه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. پروتکل به‌کاررفته در پژوهش حاضر براساس مطالعهٔ استیون هیز بود که توسط اورسیلو و همکاران در سال ۲۰۰۴ برای اختلالات اضطرابی تنظیم شد (۱۰)؛ همچنین روایی محتوای آن به تأیید روان‌شناس بالینی طرح که مسئول اجرای مداخله بود و دوره‌های این درمان را سپری کرده است، رسید. محتوا و شیوهٔ اجرای گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌مدت دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای ارائه شد (جدول ۱).

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از تمامی آزمودنی‌های پژوهش فرم رضایت آگاهانهٔ شرکت در پژوهش دریافت شد. به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آزمودنی به‌صورتی محرمانه نزد پژوهشگر ارشد باقی می‌ماند و نتایج حاصل از پژوهش به‌صورت میانگین و بدون اشاره به اطلاعات شخص منتشر خواهد شد. همچنین به آزمودنی‌های گروه

1. Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)
2. 20-Item Short-Form Health Survey
3. Beck Anxiety Scale
4. Symptom Checklist (SCL-90)
5. Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)
6. Rumination Reflection Scale (RRS)
7. Emotional Processing Scale (EPS)
8. Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

آزمایش اطلاع داده شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامهٔ مداخله انصراف دهند. به گروه گواه نیز گفته شد در صورت تمایل، مداخلهٔ ارائه‌شده برای گروه آزمایش پس از اتمام فرایند پژوهش برای آن‌ها نیز ارائه می‌شود. داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و به‌کمک نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. شرح اهداف و محتوای جلسات گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف و محتوا
اول و دوم	آشنایی با اعضای گروه و بیان استعارهٔ دوکوه به‌منظور برقراری رابطهٔ درمانی، آشنایی مراجعان دربارهٔ موضوع پژوهش و قواعد دورهٔ آموزشی، معرفی اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های آن و سنجش توقع و رغبت افراد از جلسات درمان.
سوم و چهارم	بررسی ماهیت ناکارآمدی راهکارهای قبلی و ایجاد درماندگی سازنده با استفاده از استعارهٔ انسان درون چاه، ببر گرسنه و طناب‌کشی با هیولای اضطراب. تمرین تمرکز و ذهن‌آگاهی به‌منظور آموزش مراجعان برای یادگیری استفاده از ذهن‌آگاهی جهت جایگزین‌کردن مشاهدهٔ اضطراب به‌جای واکنش به نشانه‌های آن، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
پنجم و ششم	ایجاد تمایل به جایگزین‌کردن راهکارهای کارآمد به‌جای راهبردهای ناکارآمد، روشن‌سازی الگوهای اجتناب و آموزش چگونگی پذیرش رویدادهای درونی به‌جای پرهیز از آن با استفاده از استعارهٔ مهمان ناخوانده، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث دربارهٔ تفاوت ارزش‌ها و اهداف زندگی، بیان استعارهٔ شیر، شیر به‌منظور تغییر معانی کلامی، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
هفتم و هشتم	استفاده از استعاره‌های رانندهٔ اتوبوس و رژهٔ سربازان به‌منظور آموزش مراجعان برای توانایی جداشدن از افکار، احساسات و خاطرات و فاصله‌گرفتن از آن‌ها به طوری که فرد بتواند تجربیات درونی را به صورت یک مشاهده‌گر بیرونی نظاره کند و با آن‌ها آمیختگی پیدا نکند.
نهم و دهم	روشن‌سازی دو مفهوم نقش و زمینه در درمان پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌های آسمان و شرایط جوی و خانه و اثاثیهٔ آن تا مراجع این توانایی را پیدا کند تا بین محتوای تجربه‌های درونی خود و بافت و زمینه‌ای که آن تجارب اتفاق می‌افتد، تمایز قائل شود و با آگاهی از دریافت‌های حسی این دریافت‌ها را از محتوای ذهنی آن جدا کند.
یازدهم و دوازدهم	شناسایی الگوهای رفتاری درجهت ارزش‌های مراجعان و ایجاد تعهد به عمل در راستای آن ارزش‌ها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات آموزشی با همراهی مراجعان، اجرای پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از شاخص‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن افراد نمونه در گروه آزمایش ۲/۲۷±۴۳/۷۶ سال و در گروه گواه ۳/۳۸±۴۴/۰۳ سال به‌دست آمد. در بُعد تحصیلات افراد گروه آزمایش به‌ترتیب ۱۱ درصد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۹ درصد دیپلم، ۴۲ درصد کارشناسی و ۱۸ درصد کارشناسی‌ارشد و دکتری بودند. تحصیلات گروه گواه نیز به‌ترتیب ۱۴ درصد کمتر از دیپلم، ۲۲ درصد دیپلم، ۳۷ درصد کارشناسی و ۲۷ درصد کارشناسی‌ارشد و دکتری به‌دست آمد. از نظر شغلی ۶۳ درصد از افراد گروه آزمایش و ۵۷ درصد از افراد گروه گواه شاغل بودند. میانگین و انحراف معیار یافته‌های حاصل از آمار توصیفی در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج به‌دست‌آمده از یافته‌های توصیفی بیانگر آن بود که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش، نمرات مؤلفه‌های حواس‌پرتی، تأمل و خودخوری به‌همراه نمرهٔ کل متغیر نشخوار فکری درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. همچنین در متغیر پردازش هیجانی یافته‌های توصیفی نشان‌دهندهٔ کاهش در نمرهٔ مذکور بود. باتوجه به اینکه این یافته‌ها در سطح توصیفی است و استنباط علّی از آن‌ها نمی‌توان کرد، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی و اعمال پیش‌فرض‌های این آزمون، در گام نخست طبیعی‌بودن توزیع متغیرهای پژوهش با به‌کارگیری آزمون شاپیرو- ویلک بررسی و تأیید شد ($p>۰/۰۵$). مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها نیز با به‌کارگیری آزمون لون بررسی شد و تحلیل انجام‌گرفته این مفروضه را تأیید کرد ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون کرویت موچلی نیز بیانگر معنادارنبودن در متغیرهای پژوهش بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین می‌توان فرض یکسان‌بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس را برقرار دانست. باتوجه به این پیش‌فرض‌ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اجرایی بود.

همان‌طورکه از نتایج جدول مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که به‌دنبال درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری در مؤلفهٔ حواس‌پرتی ($F=۶۰/۹۶$، $p<۰/۰۰۱$)، تأمل ($F=۳۰/۴۱$، $p<۰/۰۰۱$)، خودخوری ($F=۲۴/۰۷$، $p<۰/۰۰۱$)، نمرهٔ کل نشخوار فکری ($F=۷۰/۴۰$، $p<۰/۰۰۱$) و نمرهٔ کل پردازش هیجانی ($F=۲۹/۶۸$، $p<۰/۰۰۱$) بین گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه وجود دارد. براساس نتایج جدول، میانگین نمرات مؤلفهٔ حواس‌پرتی گروه آزمایش از ۲۴/۰۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۱۵/۳۳ در مرحلهٔ پس‌آزمون و ۱۳/۸۶ در مرحلهٔ پیگیری کاهش یافت؛ همچنین میانگین نمرات مؤلفهٔ تأمل گروه آزمایش از ۱۱/۳۷ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۸/۲۶ در مرحلهٔ پس‌آزمون و ۸/۰۰ در مرحلهٔ پیگیری کاهش یافت. درنهایت میانگین نمرات مؤلفهٔ خودخوری گروه آزمایش از ۱۲/۴۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۹/۰۶ در مرحلهٔ پس‌آزمون و ۹/۲۲ در مرحلهٔ پیگیری کاهش یافت ($p<۰/۰۰۱$)؛ درحالی‌که این تغییر معنادار در گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین میانگین نمرات نمرهٔ کل

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

نشخوار فکری گروه آزمایش از ۴۷/۸۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۳۲/۶۶ ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما این نمرات در گروه کنترل تفاوت معناداری نداشت و بیانگر اثرگذاری مداخلهٔ به‌کاررفته بر نشخوار فکری است. در متغیر پردازش هیجانی نیز یافته‌های توصیفی نشان داد، میانگین نمرهٔ کل گروه آزمایش از ۷۳/۶۶ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۶۴/۲۰۰ در مرحلهٔ پس‌آزمون و ۶۶/۱۴ در مرحلهٔ پیگیری کاهش داشته است ($p<۰/۰۰۱$)؛ درحالی‌که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. در مرحلهٔ پس‌آزمون و ۳۱/۱۳ در مرحلهٔ پیگیری کاهش پیدا کرد باتوجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؛ همچنین مقدار اتا نشان می‌دهد، تأثیر روان‌درمانی گروهی بر مؤلفهٔ حواس‌پرتی ۰/۶۸، تأمل ۰/۵۲، خودخوری ۰/۴۶، نمرهٔ کل نشخوار فکری ۰/۷۲ و متغیر پردازش هیجانی ۰/۵۱ است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر نشخوار فکری و پردازش هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتایج آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
حواس‌پرتی	آزمایش	۲۴/۰۰	۴/۱۴	۱۵/۳۳	۳/۵۲	۱۳/۸۶	۳/۲۹	۶۰/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	گواه	۲۵/۰۰	۳/۵۰	۲۴/۵۳	۲/۶۴	۲۵/۹۲	۲/۵۶			
تأمل	آزمایش	۱۱/۳۷	۱/۶۳	۸/۲۶	۱/۴۸	۸/۰۰	۱/۳۲	۳۰/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	گواه	۱۱/۶۹	۱/۲۴	۱۱/۲۲	۱/۸	۱۰/۸۰	۱/۵۶			
خودخوری	آزمایش	۱۲/۴۰	۱/۰۱	۹/۰۶	۱/۳۳	۹/۲۲	۱/۰۹	۲۴/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	گواه	۱۲/۱۵	۱/۴۰	۱۱/۶۶	۱/۷۲	۱۱/۴۲	۱/۵۹			
نمرهٔ کل نشخوار فکری	آزمایش	۴۷/۸۰	۴/۳۷	۳۲/۶۶	۳/۶۱	۳۱/۱۳	۳/۷۱	۷۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
	گواه	۴۸/۵۳	۴/۴۰	۴۷/۳۳	۳/۷۵	۴۶/۲۶	۴/۴۳			
پردازش هیجانی	آزمایش	۷۳/۶۶	۳/۷۵	۶۴/۲۰۰	۴/۶۰	۶۶/۱۴	۳/۸۴	۲۹/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گواه	۷۴/۵۱	۳/۴۵	۷۳/۲۶	۶/۰۸	۷۴/۴۰۰	۶/۳۴			

۴ بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های حواس‌پرتی، تأمل، خودخوری و نمرهٔ کل نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. این نتایج را می‌توان همسو با یافته‌های حاصل از شواهد موجود در ادبیات پژوهش دانست. در همین راستا دمهری و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در نمونهٔ چهل‌نفری از دانش‌آموزان بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که این درمان در کاهش نشخوار فکری و افزایش بهزیستی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه مؤثر است (۱۳). مطالعهٔ آینسورتس و همکاران مشخص کرد، تمرینات پذیرش و توجه بر کاهش افکار مزاحم و نگرانی تأثیر دارد (۱۴). تأثیر پروتکل یک‌جلسه‌ای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز بر ایجاد اختلال در تفکر منفی تکراری توسط روئیز و همکاران مطالعه و تأیید شد (۱۵).

در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت، نشخوار فکری ازجمله الگوهای تفکر ناسازگارانه در اختلالات هیجانی به‌شمار می‌رود. در میان مؤلفه‌های شناختی اضطراب فراگیر، نگرانی و تحمل‌نکردن بلاتکلیفی ممکن است برای فرد مبتلا نقش محافظت‌کننده داشته باشد؛ به‌طوری‌که فرد باور دارد بدین‌وسیله می‌تواند از وقوع اتفاقات یا پیامدهای منفی آن پیشگیری کند (۶). ازآنجاکه بین تحمل‌نکردن بلاتکلیفی، نگرانی و نشخوار فکری رابطهٔ علّی موجود است، درگیرشدن در هریک از این مؤلفه‌ها نشخوار فکری را نیز به‌دنبال دارد. این افراد اعتقاد دارند، نشخوار فکری می‌تواند درک و بینش آن‌ها را بهبود بخشد و در حل مشکلات به آن‌ها کمک کند (۴). نشخوار فکری سبکی از پاسخدهی است که فرد توسط آن بر پریشانی و علل و پیامدهای آن تمرکز می‌کند و دربرگیرندهٔ تفکر تکراری و بازگشت‌کننده دربارهٔ علائم علت و معنای نشانه‌های خُلق منفی است. این افکار حول محور موضوعی معمول دور می‌زنند و بدون آنکه فرد بخواهد وارد آگاهی او می‌شوند و توجهش را از مسائل کنونی و اهداف مدنظر منحرف می‌کنند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر این فرض مبتنی است که افراد همواره به‌دنبال تغییر شکل یا شدت تجربیات درونی ازجمله افکار و احساسات منفی خود هستند (۱۱). ممکن است این راهکارها به‌طور موقت کاهش آشفتگی را در پی داشته باشند؛ اما در درازمدت به‌طور متناقضی با پیامدهای منفی روان‌شناختی و رفتاری همراه‌اند. تحمل‌نکردن وقوع احتمالی رویدادهای منفی در آینده و نگرانی، افراد مضطرب را به نشخوار فکری ترغیب می‌کند (۴). طبق نظریهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، افکار، احساسات یا خاطرات به‌خودی خود مشکل‌ساز، ناکارآمد یا آسیب‌زا نیستند؛ بلکه به زمینه‌ای که در آن اتفاق می‌افتند بستگی دارد. بر این اساس زمانی که اجتناب تجربی و همجوشی شناختی وجود دارد، زمینهٔ آسیب‌زابودن افکار و تجربیات درونی فراهم می‌شود (۱۰). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر آن است که افراد ممکن است به‌نحوی تحت‌تأثیر افکارشان قرار

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

بگیرند که آن‌ها را واقعی ادراک کنند. بدین‌ترتیب این افکار با تسلط بر اقدام به رفتار را تعیین می‌کنند. بر این اساس افراد به‌جای تجربهٔ مستقیم دنیای اطراف خود، توسط محتوای کلامی افکارشان هدایت می‌شوند. هنگامی که رفتار بیشتر تحت‌تأثیر شبکه‌های کلامی است تا پیامدهای محیطی، فرد درگیر همجوشی شناختی می‌شود. در همین راستا نولن‌ـ هوکسما و دیویس افکار تکراری و منفعلانه را در ارتباط با علل، پیامدها و معنای هدفی خارج از دسترس، نشخوار فکری می‌دانند. آن‌ها اعتقاد دارند محتوای نشخوار فکری افراد مضطرب دربرگیرندهٔ احساس نگرانی و بلاتکلیفی در این باره است که چگونه می‌توانند موقعیت‌های کنونی را تحت کنترل خود درآورند (۶).

دربارهٔ متغیر دوم نتایج پژوهش نشان داد، روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر پردازش هیجانی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر اثرات مثبت معناداری بر جای گذاشته است و موجب بهبود در پردازش هیجانی زنان گروه آزمایش درمقایسه با همتایان گروه گواه شده است. این یافته‌ها را می‌توان هم‌راستا با پیشینهٔ موجود در ادبیات پژوهش دانست. در همین راستا ترخان نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معنادار اثربخش بوده است (۱۶). عسگری و همکاران نیز مشخص کردند، این درمان اثرات سودمندی بر علائم خُلقی دارد (۱۷).

در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت، پردازش هیجانی فرایندی است که به‌کاهش آشفتگی هیجانی منجر می‌شود و فرد به‌وسیلهٔ آن قادر به تجربهٔ رفتارها و تجارب دیگر خواهد بود. توانایی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر در جذب و کاهش هیجانات با نقصان روبه‌رو است؛ به‌طوری‌که این افراد محیط را تهدیدکننده و چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنند. از عوامل دخیل در مشکلات پردازش هیجانی، اجتناب شناختی است که به‌وسیلهٔ آن ذهن در تلاش است از روبه‌روشدن و پذیرش وقایع و رویدادها اجتناب کند (۷). در اختلال اضطراب فراگیر، اجتناب شناختی به‌واسطهٔ نگرانی اتفاق می‌افتد. بدین‌ترتیب که افراد مبتلا از آن به‌عنوان راهبردی اجتنابی در پاسخ به تهدیدهای ادراک‌شده استفاده می‌کنند. نگرانی ازطریق بازداری و سرکوب فوری واکنش‌های جسمانی و هیجانی همراه با اضطراب منجربه تداخل در پردازش هیجانی محرک‌ها می‌شود (۹). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تمایل‌نداشتن به تجربه‌کردن احساسات، افکار و تجربیات درونی، حواس فیزیولوژیک و تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری به‌منظور کنترل یا اجتناب از آن‌ها، اجتناب تجربی نامیده می‌شود که با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای ارتباط دارد. در این درمان اجتناب اساس بسیاری از مشکلات روان‌شناختی است و اعتقاد بر آن است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با ارزیابی‌های منفی افراطی از تجارب درونی خود از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای اجتناب یا کنترل این تجارب استفاده می‌کنند (۱۲). بر این اساس کار درمان با تضعیف عامل کنترل و اجتناب شروع می‌شود و اجتناب تجربی قطب مخالف پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. هدف اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و به فرد کمک می‌شود تا عمل مناسب را جایگزین اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و احساسات ناخوشایند کند. در راستای این هدف، ابتدا درمانجو با رفتار و تجربه، دیگر منابع تنظیم رفتاری را نادیده می‌گیرند و چگونگی استفاده از مداخله‌هایی که فرد را به پذیرش تشویق می‌کنند، به مواجه‌شدن و پذیرش رویدادهای روان‌شناختی ترغیب شده و به او آموخته می‌شود، اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته هزینه‌هایی را در پی دارد و حتی موجب تشدید آن‌ها می‌شود. پس از آن، باور فرد به‌دلایلی که برای استفاده از راهکارهای ناکارآمد خود ازجمله اجتناب دارد، توسط تمثیل‌های درمانی و جملات متناقض تضعیف‌شدهٔ درمانجو، کارایی‌نداشتن راهبردهای کنترل اضطراب را درمی‌یابد؛ درعین‌حال به درمانجو کمک می‌شود به‌وسیلهٔ برقراری ارتباط با آنچه در لحظهٔ کنونی در حال وقوع است، در فرایند تجربهٔ مداوم آگاهی از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال قرار بگیرد و بتواند افکار منفی را همان‌گونه که هستند بپذیرد و تجربه کند. با ایجاد حس پذیرش در درمانجو برای تجربهٔ افکار، احساسات و حس‌های خود، او قادر به تجربهٔ برانگیختگی هیجانی و جسمانی بدون هیچ‌گونه ارزیابی می‌شود و به‌طور طبیعی می‌تواند به فعالیت شناختی به‌منظور پردازش هیجانی بپردازد (۱۰). بر این اساس پاسخ‌های مقابله‌ای غیرمفید ازجمله نگرانی و اجتناب که با شکست پردازش هیجانی ارتباط دارد، رو به کاهش می‌گذارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد نمونهٔ آماری اندک، کنترل‌نکردن وضعیت اجتماعی‌اقتصادی آزمودنی‌ها و اکتفا به یک جنس اشاره کرد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به جنبه‌های یادشده توجه کنند و با کنترل متغیرها، بر اعتبار یافته‌های پژوهش بیفزایند. همچنین پیشنهاد می‌شود روش درمانی به‌کاررفته در این مطالعه به‌صورتی گسترده‌تر و در غالب کارگاه‌های آموزشی برای طیف گستردهٔ افراد دارای انواع اختلالات اضطرابی استفاده شود و با افزایش توان‌مندی‌های روان‌شناختی بیماران، رضایت از زندگی آن‌ها نیز افزایش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از مطالعهٔ حاضر بیانگر آن بود که گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و بهبود در پردازش هیجانی زنان دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر اثرات سودمندی دارد. این نتایج نشان می‌دهد، استفاده از درمان‌های کوتاه‌مدت، گروهی و مبتنی‌بر شواهدی همچون پذیرش و تعهد، زمینه‌ساز کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌شود و افزایش سلامت روان آن‌ها را در پی خواهد داشت.

۶ بیانیه

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از تمامی آزمودنی‌های پژوهش فرم رضایت آگاهانهٔ شرکت در پژوهش دریافت شد. به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آزمودنی به‌صورتی محرمانه نزد پژوهشگر ارشد باقی می‌ماند و نتایج حاصل از پژوهش به‌صورت میانگین و بدون اشاره به اطلاعات شخص منتشر خواهد شد. همچنین به آزمودنی‌های گروه آزمایش اطلاع داده شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامهٔ مداخله انصراف دهند. به گروه گواه نیز گفته شد در صورت تمایل، مداخلهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]

ارائه‌شده برای گروه آزمایش پس از اتمام فرایند پژوهش برای آن‌ها نیز ارائه می‌شود.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013, pp:133-7.
2. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA Psychiatry. 2017;74(5):465–75. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
3. Omani-Samani R, Ghaheri A, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizade S. Prevalence of generalized anxiety disorder and its related factors among infertile patients in Iran: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2018;16(1):129. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0956-1
4. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M. The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2010;17(3):189–95. [Persian]
5. Brinker M, Brosché M, Vinocur B, Abo-Ogiala A, Fayyaz P, Janz D, et al. Linking the salt transcriptome with physiological responses of a salt-resistant populus species as a strategy to identify genes important for stress acclimation. Plant Physiol. 2010;154(4):1697–709. doi:10.1104/pp.110.164152
6. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. Journal of Personality and Social Psychology. 1999;77(4):801–14. doi:10.1037/0022-3514.77.4.801
7. Rachman S. Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. International Review of Psychiatry. 2001;13(3):164–71. doi:10.1080/09540260120074028
8. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. Journal of Psychosomatic Research. 2007;62(2):167–78. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.09.005
9. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS; editors. Generalized anxiety disorder: advances in research and practice. New York: Guilford Press; 2004.
10. Orsillo SM, Roemer L, Block-Lerner J, LeJeune C, Herbert JD. ACT with anxiety disorders. In: Hayes SC, Strosahl KD; editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA: Springer US; 2004. pp: 103–32. doi:10.1007/978-0-387-23369-7_5
11. Lewis M, Naugle A. Measuring experiential avoidance: evidence toward multidimensional predictors of trauma sequelae. Behavioral Sciences. 2017;7(4):9. doi:10.3390/bs7010009
12. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. Second ediotion. Guilford Press; 2011.
13. Demehri F, Saeedmanesh M, Jala N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:25. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-960-en.html
14. Ainsworth B, Bolderston H, Garner M. Testing the differential effects of acceptance and attention-based psychological interventions on intrusive thoughts and worry. Behaviour Research and Therapy. 2017;91:72–7. doi:10.1016/j.brat.2017.01.012
15. Ruiz FJ, Hernández DR, Suárez Falcón JC, Luciano Soriano MC. Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: a randomized multiple-baseline design. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2016;16(3):213–33. https://www.ijpsy.com/volumen16/num3/443.html
16. Tarkhan M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women. Journal of Psychological Studies. 2017;13(3):64–147. [Persian]
17. Asghari M, Faleh Kar A, Zaree A, Mirza Hoseini F, Amani O. Comparison of the efficacy of acceptance commitment therapy and electrical stimulation with alternating current on mood symptoms in depressed patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(4):16–23. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-2111-en.html
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
19. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol. 1991;61:115-21. doi: 10.1037//0022-3514.61.1.115
20. Naeinian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7). Clinical Psychology & Personality. 2011;3(4):41–50. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en
21. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. A comparison of emotional processing and fear of positive/negative evaluations in women with social phobia and normal women. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology. 2013;14(3):101–11. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.164.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.154]