MEJDS. 2018; 8:25.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder

*Farangis Demehri[1], Mohsen Saeedmanesh[2], Narges Jala[3]

Author Address
1. PhD of Exceptional Children, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2 PhD in Cognitive Neuroscience, Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
3 MSc in Children and Adolescents, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Address:** Shohadaye Gomnam Blv., Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran.
Email: farangis-demehri@yahoo.com

Received: 2018 January 2; **Accepted:** 2018 February 10

Abstract

Background & Objective: Generalized anxiety disorder (GAD) is an anxiety disorder characterized by excessive and unreasonable worries about everyday event and activities. In general, anxiety disorder has a more chronic course than a panic attack, and can last for months. The prevalence of anxiety disorders in women, in general, is twice that of men. The 12-month prevalence of generalized anxiety disorder in adolescent and adult in the American public community is 9 percent and 9.2 percent respectively. The risk of developing a lifespan of 9.9% is estimated. The main difference that can be seen in different categories of patients is the concern of the individual. Children and adolescent are more concerned about school and sports issues, while older people are more concerned about family health and physical well-being, so it seems that the content of an individual's concerns is appropriate to his or her age. The severity of the symptoms in younger adults is higher than in older adults. The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance commitment therapy on rumination and well-being of adolescent with generalized anxiety disorder. Rumination is defined in psychology as the necessary focus of one's attention on the symptom and cause of distress. And the consideration of its reasons and its results rather than focusing on its solution. The similar rumination is a concern, with the difference that rumination focuses on bad feelings and past experiences, while worries about the potential for adverse events in the future Acceptance commitment therapy is a form of counseling similar to cognitive-behavior therapy. It is an empirically-based psychological intervention that uses acceptance and mindfulness strategies mixed in different ways. With commitment and behavior-change strategies, to increase psychological flexibility. The approach was initially called comprehensive distancing. As begun in 1982 by Steven C. Hayes and was first tested by Robert Zettle in 1985, but was built out into its modern form in the late 1980s. There are a variety of protocols for ACT, depending on the target behavior or setting.

Methods: The method of this study is a quasi-experimental type with pre-test and post-test. That 40 male students with a generalized anxiety disorder are selected randomly and are considered randomly and evenly in experimental and control groups. Treatment has been performed in 12 sessions through 1-hour session over three months on the experimental group. To collect data, researchers there have been used generalized anxiety questionnaire (2006), psychological well-being questionnaire of Ryff (1980) and rumination questionnaire (Nollen Hoeksema, 1991). Generalized anxiety questionnaire is easy to use the 7-item instrument, based on DSM-IV criteria, for identifying probable GAD cases. It has excellent psychometric properties, is easy to administer and does not involve any burden for the patient or the clinician. Carol ryff develops ryff psychological well-being. Carol Ryff has conceptualized psychological well-being as consisting of 6 dimensions: autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, purpose in life, self-acceptance. Nolen-Hoeksema of rumination questionnaire is a self-report measure of rumination that has 22 items and excellent psychometric properties.

Results: The result shows that acceptance commitment therapy can increase psychological well -being and reduce rumination. The mean for psychological well-being in the experimental group was 306.60 in pretest, and in post-test it was 348. While in the control group it was 326.75 in pre-test and 318.35 in post-test. Covariance analysis shows that there is a significant difference between two groups ($P<0.05$). Also, the result shows that the mean of rumination in the experimental group was 60.60 in pretest and 41.15 in the posttest. While in the control group it was 47.10 in pretest and 47.55 in the posttest.

Conclusion: In acceptance and commitment therapy, participants are encouraged to improve their commitment to have a healthier, better life, this also includes behavioral strategies when faced with negative thoughts and emotions. Therefore, acceptance and commitment therapy can improve psychological well- being and reduce rumination, for this reason, the use of this treatment was recommend to psychologist and counselors.

Keywords: Acceptance commitment therapy, Rumination, Psychological Well-being, Generalized anxiety disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۲۵.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوارفکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

*فرنگیس دمهری[۱]، محسن سعیدمنش[۲]، نرگس جلا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری کودکان استثنایی، گروه آموزشی، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران؛

۲. دکتری علوم اعصاب شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران؛

۳. کارشناسی ارشد بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: یزد، بلوار شهدای گمنام، دانشکدهٔ علوم انسانی دانشگاه علم و هنر یزد.

*رایانامه: farangis-demehri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۲ دی‌ماه۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ بهمن۱۳۹۶

چکیده

هدف: اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال اضطرابی است که به‌صورت نگرانی بیش‌ازاندازه دربارهٔ اتفاقات روزمره تعریف می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوارفکری در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر آزمایشی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۵ سالهٔ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷ ـ ۹۶ بود. نمونهٔ مطالعه به‌شیوهٔ غربالگری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این‌صورت که از بین دانش‌آموزان، آن‌هایی که در پرسشنامهٔ اضطراب فراگیر (اسپیتزر، ۲۰۰۶) دارای نمرهٔ بالاتر از میانگین (بالاتر از ۱۰) بودند، ۴۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب گردیده و در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌مدت ۱۲ جلسه آموزش دیدند. با استفاده از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۰) و نشخوارفکری (نالن و هوکسما، ۱۹۹۱) پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها در سطح آمارتوصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) توسط نرم‌افزار SPSS-21 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشخوارفکری (پس‌آزمون گروه آزمایش: ۱۷/۱۵±۴۱/۱۵ و گواه:۴۷/۵۵±۸/۶۱ و $p=۰/۰۰۳$) می‌شود و همچنین میزان بهزیستی روان‌شناختی را در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر افزایش می‌دهد (پس‌آزمون گروه آزمایش۱۵/۵۱±۳۴۸ و گواه ۱۳/۹۷±۳۱۸/۳۵ و $p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوارفکری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی استفاده از این درمان به متخصصین در این حوزه توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، نشخوارفکری، اضطراب فراگیر.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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.

۱ مقدمه

اختلالات اضطرابی از اختلال‌های روانپزشکی بسیار شایع هستند و هر ساله میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند. این اختلال، نوعی اختلال اضطرابی است که به‌صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول دربارهٔ اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود (۱). در پژوهشی نشان دادند که نشخوارفکری، سازه‌های شناختی به‌هم پیوسته‌ای است که بر علائم افسردگی و اضطراب تأثیر می‌گذارد و سبب تشدید و تداوم اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند (۲). به‌طورکلی نشخوارفکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه است که جنبهٔ تکراری دارد و مانع حل‌مسئلهٔ سازگارانه شده و به افزایش عاطفهٔ منفی می‌انجامد؛ بنابراین این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر وسواس اجباری و اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود (۳). به عقیدهٔ موریس نشخوارفکری یکی از ویژگی‌های عمدهٔ اختلالات اضطرابی است (۴). از ویژگی‌های مرتبط با نشخوارفکری می‌توان به: عاطفهٔ منفی و علائم افسردگی، تفکر جهت‌دار منفی، حل‌مسئلهٔ ضعیف، انگیزش آسیب‌دیده و بازداری رفتارهای مثبت، تمرکز آسیب‌دیدهٔ افزایش استرس، اشاره کرد (۳).

تمامی این موارد باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر[1] می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان رشد یافتگی استعدادهای واقعی هر فرد تعریف شده و دارای شش مؤلفه شامل: زندگی هدفمند، رابطهٔ مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط است (۵). خودمختاری به‌معنای احساس خودتعیین‌گری، استقلال و ارزیابی خود با معیارهای شخصی است و رشد شخصی به‌معنای داشتن احساس رشد مداوم و ظرفیت آن و احساس کارآمدی و دانایی روزافزون است. هدفمندی در زندگی به‌معنای داشتن هدف و جهت‌گیری در زندگی و دنبال‌کردن آن‌ها است (۶). تسلط بر محیط نیز به‌معنای احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیچیدهٔ اطراف است (۷). روابط مثبت با دیگران به‌معنای داشتن روابط گرم، رضایت‌بخش و توأم با اطمینان و همدلی است، پذیرش خود به‌معنای داشتن نگرش مثبت به خود و پذیرفتن جوانب متفاوت خود است (۸). بهزیستی به‌معنای تلاش جهت ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد است. به‌طورکلی بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان ارزیابی‌های شناختی و مؤثر زندگی تعریف کرد. این ارزیابی علاوه بر قضاوت‌های شناختی، شامل واکنش‌های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می‌شود؛ ازاین‌رو بهزیستی مفهومی کلی است که شامل تجربهٔ هیجان‌های خوشایند، سطوح پایین خُلق منفی و رضایت بالا از زندگی است. پژوهشی نشان داده است که اضطراب از بهزیستی روان‌شناختی می‌کاهد (۸). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که بین بهزیستی روان‌شناختی و اختلال اضطراب فراگیر همبستگی منفی وجود دارد (۶). روان‌شناسان می‌توانند براساس نتایج چنین پژوهش‌هایی به گسترش روش‌های بالینی مناسب برای بهبود روابط عاطفی و پرورش مهارت‌های مدیریت هیجانات به‌منظور مدیریت اثرات نامطلوب اختلالات روانی اقدام نمایند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور مداوم از نگرانی، دلهره و ترس مبهم رنج می‌برند که در موقعیت‌های مختلف رخ می‌دهد، بنابراین بهزیستی روان‌شناختی این افراد مختل می‌شود (۸).

در پژوهش‌های اخیر، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری سنتی، به‌عنوان خط اول مداخلات روانی‌ـ‌اجتماعی برای درمان اختلالات اضطرابی در بزرگسالان شناخته شده است. درمان شناختی‌ـ‌رفتاری سنتی یک «استاندارد طلایی» برای درمان اضطراب در بزرگسالان درنظرگرفته شده است ؛ اما در میان کودکان اثربخشی آن برای برخی از اختلالات اضطرابی مشخص نشده و در میان افراد دیگر هم متغیر بوده است. علاوه‌براین تحقیقات نشان داده‌اند که بسیاری از بزرگسالان با اختلال اضطراب اجتماعی) و اختلال اضطراب فراگیر به درمان سنتی پاسخ ندادند (۹،۱۰) یا نشانه‌های باقی‌مانده و نقص زیادی در پایان درمان نشان دادند (۱۱). امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی‌بر پذیرش نامید. مانند درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[2]، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد[3]. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان پذیرش و تعهد از جمله درمان‌هایی ست که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است (۱۲).

اساس این درمان نظریهٔ نظام ارتباطی[4] است، براساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازند که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند، این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. هدف این درمان «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» است یعنی توانایی تماس کامل‌تر با لحظهٔ حال به‌عنوان انسان هشیار یا تغییر و حفظ آن مشروط بر اینکه در خدمت اهداف ارزشمند باشد (۱۳).

هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در پژوهشی با عنوان تغییر تعامل والدین و فرزندان مشکل‌ساز در اختلالات اضطرابی کودک، وعدهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، معتقدند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اختلالات اضطراب فراگیر می‌گردد (۱۴). در پژوهشی دیگر دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال مؤثر است (۱۵). هیدن و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم اجتناب، اضطراب و افسردگی می‌گردد (۱۶). در زمینهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و

[1] Generalized anxiety disorder
[2] Mindfulness_based Cognitive
[3] Acceptance and commitment therapy
[4] Relational Frame Theory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

نشخوارفکری در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر پژوهشی توسط محققین یافت نشد؛ اما پژوهش های رویز و آینزورث حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش نشخوارفکری و نگرانی‌ها و افکار تکراری بود (۱۷،۱۸) و پژوهش‌های اسپاتولا (۱۹) و برزگری (۲۰) نیز نشان داد این درمان باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب و افراد مبتلا به صرع می‌شود.

با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات اضطرابی، اثری که این اختلال در زندگی و آیندهٔ نوجوانان از خود به جای می‌گذارد، همچنین نقش نشخوارفکری و بهزیستی روان‌شناختی در کیفیت زندگی و سیر درمان افراد مبتلا به این اختلال و نیز کمبود پیشینهٔ پژوهشی دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوارفکری نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر این مطالعه انجام شد. هدف از انجام این مطالعه، سنجش تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوارفکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر بود

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و با طرح آزمایشی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و گروه گواه بود. این مطالعه اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر نشخوارفکری و بهزیستی روان‌شناختی در دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی کرد. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۵ سالهٔ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷ ـ ۹۶ بود. نمونهٔ مطالعه به‌شیوهٔ غربالگری به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای، انتخاب شدند، به این‌صورت که از بین دانش‌آموزان آن‌هایی که در پرسشنامهٔ اضطراب فراگیر دارای نمرهٔ بالاتر از میانگین (بالاتر از ۱۰) بودند، ۴۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه داشتن نمرهٔ بالاتر از ۱۰ در پرسشنامهٔ اضطراب فراگیر، رضایت برای شرکت در مطالعه، نداشتن درمان همزمان با مداخله و شرایط خروج عدم شرکت منظم در کلاس‌های آموزشی، عدم انجام تکالیف منزل، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

پس از انتخاب آزمودنی‌ها، در یک جلسه ضمن توضیح اهداف مطالعه، آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌های نشخوارفکری (نالن و هوکسما، ۱۹۹۱) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۸) ارزیابی شدند و نمرهٔ هریک از آزمودنی ها به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ جلسهٔ یک‌ساعته تحت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آن‌ها، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تجزیه‌وتحلیل کوواریانس) استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS21 در سطح ۹۵ درصد اطمینان تحلیل شدند. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور تعدیل اثر پیش‌آزمون بود.

ـ مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران تهیه شده و دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفتهٔ گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به‌صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گسترهٔ نمرهٔ مقیاس از ۰ تا ۲۱ است. در آخر پرسشنامه سؤال ۸ ارائه می‌شود که به این نکته می‌پردازد که هر یک از مشکلات مطرح‌شده در ۷ سؤال اول تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده است؟ گزینه‌های انتخابی عبارتند از به‌هیچ‌وجه، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارتند از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید). اسپیتزر و همکاران اعتبار سازهٔ مقیاس را از طریق تحلیل کوواریانس بین مقیاس نهایی GAD-7 و مقیاس‌های کارکردی فرم کوتاه ۲۰ سؤالی زمینه‌یابی سلامت عمومی (SF-20) بررسی کرد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ ذکر شده که حاکی از همسانی درونی فوق‌العاده GAD-7 در نمونهٔ خارجی است و ضریب بازآزمایی آن به‌فاصلهٔ دو هفته، ۰/۸۳ به دست آمد که بیانگر پایایی خوب مقیاس است (به نقل از ۲۱). در نمونهٔ ایرانی نیز نائینیان و همکاران نشان دادند که ضرایب بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۴۸ است. همچنین برای بررسی اعتبار همگرای آزمون، همبستگی آزمون بازآزمون حالت‌صفت اسپیلبرگر و خرده‌مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک‌لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90-R) محاسبه شد. ضریب همبستگی بین GAD-7 و خرده‌مقیاس‌های عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و تغییر سلامت به ترتیب ۰/۳۳ ـ ، ۰/۳۶، ۰/۳۰ ـ ، ۰/۲۸ ـ و ۰/۳۷ بود (۲۱).

پرسشنامهٔ نشخوارفکری: این پرسشنامه را نالن ـ هوکسما و مورو در سال برای ارزیابی نشخوارفکری ساخته‌اند و ۲۲ ماده دارد که ماده های آن روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل از جمع نمرات همهٔ ماده‌ها محاسبه می‌گردد. پاپاجورجیو و ولز پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند که بیانگر روایی و پایایی بالای این مقیاس است (۵). فرنام و همکاران نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند (۲).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف طراحی شد. فرم اصلی دارای ۱۲۱ سؤال بوده که در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۸ و ۱۸ سؤالی آن نیز طراحی شده است. مقیاس بهزیستی روان شناختی دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ سؤال است وضریب پایایی این ابزار به‌وسیلهٔ ریف و کیس بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و روایی این مقیاس به روش باز آزمایی ۰/۸۵ بدست آمده است (۷). در ایران نیز میکائیلی ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) این آزمون را برای تمام مؤلفه‌ها بیش از ۰/۷۰ گزارش نموده که بر این اساس ابزار مناسبی است. علاوه‌براین بررسی روایی سازهٔ ابزار فوق از طریق تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، مدل شش‌عاملی پیشنهادی سازندگان در قیاس با مدل‌های یک و سه عاملی برازش بهتری داشته و در این نمونه نیز تأییدشده است (۲۲).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

همانطور که قبلاً بیان شد مداخله در این درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بود که آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسهٔ یک‌ساعته به‌صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. این شیوه نوعی روان‌درمانی است که مبتنی‌بر اصول پذیرش مشکل و تعهد به انجام اهداف است. پروتکل استفاده‌شده در این پژوهش براساس رویکرد استیون‌هایز است که سوبین آن را برای کودکان و نوجوانان طراحی کرده است (۱۱). خلاصهٔ جلسات در جدول۱ آمده است:

جدول۱. خلاصهٔ جلسات مربوط به درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
پیش‌جلسه	برقراری رابطهٔ مناسب و ایجاد اعتماد، آشنایی اولیه با دانش‌آموزان و پرکردن پرسشنامه‌ها و اجرای پیش‌آزمون
جلسهٔ اول	توافق آگاهانه و موافقت دربارهٔ اهداف اولیه درمان و تعداد جلسات، معرفی درمان پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم
جلسهٔ دوم	مرور جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان. شفاف کردن اهداف هیجان واهداف شخص مرده برای دانش‌آموزان و همسو کردن اهداف با ارزش‌ها از طریق تمثیل سؤال عصای جادویی، انجام تمرین ده تنفس توجه آگاهی.
جلسهٔ سوم	مرور جلسات قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، توضیح مثلث شناختیفکر، احساس و رفتار. تمرین ناامیدی خلاقانه از طریق سه پرسش و تمرین تنفس ۳ ثانیه ای، ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ چهارم	مرور جلسات قبل و دریافت بازخورد، معرفی هم‌جوشی‌زدایی از طریق نوشتن خودگویی‌های منفی بر روی کارت‌هایی که به دانش‌آموزان داده شد و استفاده از تمثیل‌ها و به چالش‌کشیدن آن‌ها برای ایجاد هم‌جوشی. ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ پنجم	ادامهٔ تمرینات برای رسیدن به همجوشی زدایی جهت فاصله گرفتن از فکر یا احساس. تمرین تکرا تیتچنری و استفاده از تکنیک‌های مراقبه مانندانجام برگ تکلیف در رودخانه
جلسهٔ ششم	آگاهی از پذیرش، برای اجازه دادن به افکار و احساساتمان همانطور که هستند، باشند. معرفی هیجان‌ها (۹ هیجان اصلی در انسان)، انجام تمرین توجه آگاهی که شامل هشت تکنیک است: (مشاهده، نفس کشیدن، بسط‌دادن، اجازه دادن، عینی‌سازی، عادی‌سازی، نشان دادن خوددلسوزی و بسط آگاهی).
جلسهٔ هفتم	مرور جلسهٔ قبل و انجام تمرین تماشای افکار، استفاده از تمثیل دیوها در قایق.
جلسهٔ هشتم	مرور جلسات قبل و دریافت بازخورد، انجام تمرین تنفس توجه آگاهانه، آموزش راهبرد کنارآمدن با مشکلات از طریق: ۱) مهربان بودن با خود؛۲) لنگر انداختن؛ ۳) موضع گرفتن؛ ۴) یافتن گنج.
جلسهٔ نهم	مرور جلسهٔ قبل، انجام تمرین (دستی دلسوز) برای راهبرد مهربان بودن با خود، ادامهٔ تمرینات برای راهبردهای کنار آمدن با مشکلات (رهایش کن و لنگرها را بیاندازید)، انجام تمرین ذهن‌آگاهی. ارائه تکلیف (ارائه فهرست ارزش‌ها)
جلسهٔ دهم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و هدف‌ها از طریق استعاره‌ها (قطب نما و دو بچه در ماشین)، تمرین ذهن‌آگاهی.
جلسهٔ یازدهم	ادامهٔ بحث پیرامون شفاف سازی ارزش‌ها، تمرین جشن تولد ۸۰ سالگی، بحث پیرامون فهرست ارزش‌ها، اجرای تمرین ذهن آگاهی و تنفس آگاهانه؛
جلسهٔ دوازهم	استفاده از ارزش‌ها برای تعیین اهداف و شکستن اهداف به اعمال خاص. اقدام به عمل، از طریق برداشتن گام‌های کوچک، تعیین هدف‌های مبتنی‌بر ارزش‌ها، استفاده از استعاره (دوچرخه قراضه)، اجرای پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۰ نوجوان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر بود که در فاصلهٔ سنی۱۳تا ۱۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی برای گروه ازمایش ۱۳/۵سال و برای گروه گواه ۱۴ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون مانند همگنی واریانس‌ها و طبیعی بودن توزیع نمرات انجام گردید و ملاحظه شد همهٔ پیش‌فرض‌ها برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که ملاحظه گردید مقدار پی برای متغیر نشخوارفکری (F= ۴۶۴/۱ و P= ۰/۷۱۸)، متغیر بهزیستی روان‌شناختی (F= ۴۵۱/۸ و P= ۰/۲۶۲) بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات نیز نشان داد که مقدارP برای متغیر نشخوارفکری (P=۰/۲۰۸)، برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۲۰۹) نیز بالاتر از ۰/۰۵ است که فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز برقرار شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی و نشخوارفکری در گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	مقدارP	توان آزمون
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۳۰۶/۶۰	۱۶/۸۹	۳۴۸	۵۱/۱۵	۴۳/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	گواه	۳۲۶/۷۵	۱۷/۸۳	۳۱۸/۳۵	۱۳/۹۷			
نشخوارفکری	آزمایش	۶۰/۶۰	۱۲/۸۷	۴۱/۱۵	۱۵/۱۷	۱۰/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۳۰
	گواه	۴۷/۱۰	۱۳/۱۲	۴۷/۵۵	۸/۶۱			

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش که مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند و گروه گواه که هیچ‌نوع مداخله‌ای دریافت نکرده بودند در میانگین بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). یعنی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر می‌گردد. همچنین نتایج نشان می‌دهد این درمان باعث کاهش نشخوارفکری در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر نیز می‌شود (p=۰/۰۰۳).

نتایج مربوط به خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی نیز در جدول ۳ ارائه شده و همانطور که این جدول نشان می‌دهد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر همهٔ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به جز خرده‌مقیاس مربوط به رشد فردی تأثیر دارد. در واقع درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش خود، تسلط بر محیط، بهبود روابط اجتماعی، هدفمندی بیشتر و رشد خودمختاری می‌گردد.

جدول۳. اطلاعات توصیفی مربوط به خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی درگروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	مقدارP
پذیرش خود	ازمایش	۵۱/۳۰	۵/۸۱	۵۸/۵۰	۴/۳۲	۱۴/۱۹۴	<۰/۰۰۱
	گواه	۵۴/۴۰	۵/۲۲	۵۳/۲۵	۴/۴۴		
تسلط بر محیط	آزمایش	۵۵	۷/۱۰	۶۲/۳۰	۶/۵۰	۳۲/۴۱۶	<۰/۰۰۱
	گواه	۵۴/۷۰	۱۰/۴۲	۵۲/۲۰	۵/۴۲		
روابط اجتماعی	آزمایش	۵۱/۲۵	۶/۵۰	۶۰/۳۰	۶/۸۷	۶/۲۳۶	۰/۰۱۷
	گواه	۵۶/۲۰	۱۰/۹۸	۵۵	۵/۰۴		
هدفمندی	آزمایش	۴۸/۱۰	۶/۳۶	۵۴/۸۰	۴/۴۳	۱۰/۴۷۱	۰/۰۳۵
	گواه	۵۶/۶۵	۷/۸۱	۵۴/۴۰	۶/۷۵		
رشد فردی	آزمایش	۴۷/۷۵	۶/۵۶	۵۷/۵۰	۷/۴۵	۳/۷۸	۰/۰۷۳
	گواه	۵۶/۱۵	۶/۳۲	۵۴/۶۰	۵/۷۶		
خودمختاری	آزمایش	۵۰/۴۵	۵/۶۷	۵۳/۲۰	۴/۶۷	۱۰/۳۵	۰/۰۴۴
	گواه	۴۸/۶۰	۹/۶۵	۴۸/۶۵	۳/۵۴		

۴ بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان نشخوارفکری نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار است و باعث کاهش این خصیصه در آنان می‌شود. در راستای این یافته پژوهش حاضر، رویز و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر کاهش افکار منفی تکراری (که شامل نگرانی و نشخوارفکری است) پرداختند. نتایج نشان داد که این روش درمانی باعث کاهش این افکار منفی و مؤلفه‌های آن (نگرانی و نشخوارفکری) می‌شود (۱۷). همچنین محققین در پژوهشی دیگر به بررسی تأثیرات دو روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و درمان مبتنی‌بر توجه بر افکار و اعمال نگرانی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد هر دو گروه هم درمان مبتنی‌بر پذیرش و هم درمان مبتنی‌بر توجه افکار منفی کمتری را در مقایسه با گروه گواه تجربه کردند (۱۸).

در تبیین نتایج حاضر می‌توان گفت نالن هوکسما نشخوارفکری را به‌عنوان تفکر تکراری و منفعلانه در رابطه با علل، عواقب و معنای یک هدف خارج از دسترس تعریف کرده است (۳). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دربارهٔ مشکلات آینده سخت فکر می‌کنند. این درحالی است که آن‌ها تحمل فرایند ایجاد تصورات مرتبط با تهدید را ندارند؛ چون این تصورات عواطف منفی و فعالیت دستگاه خودمختار را برمی‌انگیزد. به عبارت دیگر آن‌ها از همهٔ عواطف منفی مرتبط با خطر اجتناب می‌کنند. در نتیجه آن‌ها با اجتناب از ناخوشایندی عواطف و تصورات منفی، هیچگاه قادر نخواهند بود

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

روی مشکلات خودکار کنند و راه حلی برای آن‌ها بیابند (۲). در واقع اجتناب، از مواجههٔ فرد با شرایط ترسناک جلوگیری می‌کند و او را از انطباق و حل‌مسئلهٔ واقعی بازمی‌دارد. (۱). همانطور که بیان شد اثر بخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش را می‌توان به‌واسطهٔ فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد؛ بنابراین مؤلفهٔ تمایل و پذیرش، این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد و انجام این کار باعث می شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و آن تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد. این مهارت به فرد کمک می‌کند تا بتواند با آگاهی توجه خود را به آنچه که مفیدتر است معطوف کند (۱۷) و لذا فرد را یاری می‌دهد که افکار وسوسه‌برانگیز را از ذهن عبور دهد و در جهت هدفی والاتر ذهن خویش را هدایت کند. همچنین تمرین فرونشانی فکر در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که خاصه برای افرادی است که مبتلا به نشخوارفکری هستند، به درمان‌جویان کمک می‌کند تا با نشخوارفکری یا شناخت‌واره‌های مزاحم دست‌وپنجه نرم کنند و بتوانند آن‌ها را از ذهن خود بیرون کنند (۲۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان بهزیستی روانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار است و باعث افزایش این خصیصه در آنان می‌شود. هم‌راستا با یافتهٔ حاضر اسپاتولا و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران کرونری قلب دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان می‌شود (۱۹). همچنین نتایج پژوهش برزگری نشلان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به صرع می‌گردد (۲۰).

بهزیستی روان‌شناختی به‌معنای تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. ریف و همکاران بیش از هر چیز تلاش کرده‌اند بر اساس مبانی فلسفی ملاک‌های بهزیستی روانی را تعیین و دسته‌بندی کنند. این مؤلفه‌ها عبارتند از: رابطهٔ مثبت با دیگران، رشد شخصی در زندگی، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود (۷). مؤلفهٔ پذیرش خود بهزیستی روانی یعنی داشتن نگرش مثبت به خود و پذیرش زندگی گذشتهٔ خویش. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به فرد یاد می‌دهد که احساسات و افکار خویش را در این مرحله بدون اجتناب و قضاوت و تلاش برای تغییر آن‌ها بپذیرد و مهارت گسلش شناختی این درمان به فرد یاد می‌دهد که افکار و احساسات خود را بدون آغشته‌شدن با آن‌ها بپذیرد و نظاره‌گر آن‌ها باشد. با توجه به مهارت‌هایی که در این نوع درمان می‌آموزیم، تمام ویژگی‌های خود را چه خوب و چه بد می‌پذیریم و نگرش مثبت به خود پیدا می‌کنیم.

مؤلفهٔ هدفمندی در زندگی، به‌معنای داشتن اهداف بلند و کوتاه‌مدت در زندگی و همچنین یافتن معنا برای تلاش های خود است (۷). هدفمندی در زندگی، داشتن روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی در زندگی و تسلط بر محیط می‌تواند به‌عنوان ارزش‌هایی در زندگی مورد توجه قرار گیرند و مؤلفهٔ تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه به آن در این روش درمانی موجب می‌شود تا فرد در جهت رسیدن به این اهداف و ارزش ها تلاش کند. در واقع ایدهٔ زیربنایی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که آنچه را از تسلط و ارادهٔ ما خارج است بپذیریم ونیروی خود را به جای صرف در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به سوی آنچه که برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم و بنابر این از این طریق بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد.

همچنین فرایند تماس با لحظهٔ اکنون در ACT یعنی تجربهٔ اینجا و اکنون، باگشودگی، علاقه، پذیرش و آگاهی کامل؛ و درگیری کامل و با تمرکز با هر آنچه انجام می‌شود. ACT تماس بدون قضاوت با حوادث روانی و محیطی همانطور که آن ها اتفاق می‌افتد را ترویج می‌کند. هدف این است که درمان‌جویان جهان را به‌طور مستقیم تجربه کنند به‌طوری که رفتار آن‌ها انعطاف‌پذیرتر شود و در نتیجه فعالیت‌های بیشتری را برای سازگاری با ارزش‌ها در آن‌ها فراهم گردد (۱۳). این فرایند موجب تسلط فرد بر محیط می‌شود. مؤلفهٔ خودمختاری بهزیستی روانی به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌گردد؛ بنابراین فردی که براساس باورهای خود در زندگی تصمیم بگیرد، خودمختار است و توانایی مقابله با فشارهای روانی را دارد (۷). خودمختاری از طریق پذیرش تحت تأثیر قرار می‌گیرد. وقتی فرد یاد می‌گیرد افکار و احساسات خود را جدای از وجود واقعی خود بپذیرد و و با آن‌ها آمیخته نشود، خود را از تجربیاتش جدا ببیند، موجب می‌شود تا به آن افکار و احساسات وابسته نباشد و به‌صورت مستقل و خودمختار به تصمیم‌گیری بپردازد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و همچنین نبود دورهٔ پیگیری بود؛ لذا به پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مصاحبهٔ بالینی به‌جای پرسشنامه استفاده کرده و تداوم اثرات این درمان را پس از گذشت زمان، بررسی کنند. همچنین توصیه می‌گردد اثربخشی این درمان دربارهٔ سایر اختلالات دوران کودکی و نوجوانی نیز بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشخوارفکری در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود. باتوجه به نقشی که بهزیستی روان‌شناختی و نشخوارفکری در کیفیت زندگی و همچنین سیر درمان این افراد دارد، استفاده از این درمان به متخصصین در این حوزه توصیه می‌گردد.

۶ تشکر و قدردانی

این پژوهش از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد دانشگاه علم و هنر یزد، استخراج شده است و از همهٔ کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند متشکریم. ضمناً نویسندگان اعلام می‌دارند، هیچ تضاد منافعی در رابطه با نویسندگی یا انتشار این مقاله ندارند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

References

1. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2rd ED. New York: Guilford Pres; 2002. [Link]
2. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour RA, Mahmood AM. The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Sabzevar University of Medical Sciences. 2010; 17(3): 189-95. [Persian] [Link]
3. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science. 2008 Sep;3(5):400-24. [Link]
4. Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Personality and Individual Differences. 2005 Oct 1;39(6):1105-11. [Link]
5. Papageorgiou C, Wells A, editors. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. John Wiley & Sons; 2004. [link]
6. Mohammadpour S, Jooshanlou M. The Relationship between Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder with Psychological Well-Being in Students of Lorestan University of Medical Sciences in 2014: The Mediating Role of Passionate Obsessive Love. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015 Jul 15;14(5):353-66. [Persian] [Link]
7. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of happiness studies. 2008 Jan 1;9(1):13-39. [Link]
8. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the factor structure of the Keyes' comprehensive scale of well-being. Journal of Iranian Psychologists. 2006 Jan 1;9:35-51. [Persian] [Link]
9. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. Behavior modification. 2007 Sep;31(5):543-68. [link]
10. Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media; 2004. [link]
11. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013 Dec;14(1):140. [Link]
12. Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. G Ital Med Lav Ergon. 2011;33(1 Suppl A):A53-63. [Link]
13. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. Clinical Psychology: science and practice. 2004 Sep;11(3):255-62. [link]
14. Raftery-Helmer JN, Moore PS, Coyne L, Reed KP. Changing problematic parent–child interaction in child anxiety disorders: The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Journal of Contextual Behavioral Science. 2016 Jan 1;5(1):64-9. [link]
15. Aliloo M, Hashemi T, Sohrabi F. Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient'sAnxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). Journal of clinical psychology. 2016; 8(31): 61-75. [Persian] [link]
16. van der Heiden C, ten Broeke E. The when, why, and how of worry exposure. Cognitive and Behavioral Practice. 2009 Nov 1;16(4):386-93. [Link]
17. Ruiz FJ, Hernández DR, Falcón JC, 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(1):213-33. [Link]
18. 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 Apr 1;91:72-7. [Link]
19. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, Baruffi M, Molinari E. The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. Health and quality of life outcomes. 2014 Feb 19;12(1):134- 149.[link]
20. Hossinsabet F. efficiency of the acceptance and commitment therapy on individual's psychological

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]

well-being in people with epilepsy in Imam Hossein Hospital in the autumn and winter of 2015. Scientific Journal of Ilam University of medical sciences. 2017 May 15;25(1):138-47. [Persian] [link]
21. Naeinian MR, SHAIRI M, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). Clinical Psychology and personality. 2011; 3(4): 41-50. [Persian][link]
22. Michaeili MF. The Study of Ryff Psychological Well-being Scale Factorial Structure between Urmia University Students. Journal of Psychology (Tabriz University). 2010; 5(18): 143-165. [Persian] [link]
23. Mojdehi M, Etemadi R, Falsafinejad MR. Studying the therapy mediations and the effect of therapy commitment in the reduction of the symptoms of general anxiety disorder. Counseling Culture and psychotherapy.2012; 2(7):1-30. [Persian][Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.77.2]