

# Comparing the Effectiveness of Paradox Therapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Cognitive Avoidance and Meta-Worry in Women with Health Anxiety

Azam Madhi<sup>1</sup>, Farnaz Farshbaf Manisefat<sup>2\*</sup>, Mahin Etemadinia<sup>3</sup>

1- PhD Student, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

## OPEN ACCESS Research Article

\*Correspondence: Farnaz Farshbaf Manisefat \*  
[f.farshbaf@iau.ac.ir](mailto:f.farshbaf@iau.ac.ir)

Received: May 4, 2025  
Accepted: Jul 20, 2025  
Published: Winter 2026

**Citation:** Madhi, A, Farshbaf Manisefat, F, Etemadinia, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Paradox Therapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Cognitive Avoidance and Meta-Worry in Women with Health Anxiety. *Psycho Research and Behavioral Science Studies*, 3(4): 17-35.

**Publisher's Note:** MSDS stays neutral with regard to jurisdictional claims in published material and institutional affiliations.

[doi:org 10.71610/psych.2026.1208856](https://doi.org/10.71610/psych.2026.1208856)



**Copyright:** Authors retain the copyright and full publishing rights.

Publishing by Islamic Azad University of Zajedan. This article is an open access article licensed under the

[Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## Abstract

This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of paradox therapy with therapy based on acceptance and commitment on cognitive avoidance and meta-worry in women with health anxiety. It was a semi-experimental research with a pre-test-post-test design with experimental and control groups and a two-month follow-up period. The statistical population of the research included all women with health anxiety who referred to Sayad Hospital in Gorgan city in 2023 in the number of 127 people, who were selected by purposeful sampling of 60 people and randomly assigned to three equal groups of 20 people. Data collection was done with demographic information checklist and health anxiety questionnaire (Salkovskis & al, 2002), cognitive avoidance (Sexton & Dugas, 2008) and meta-worry (Wells, 2005). Paradox therapy was applied during 6 sessions and acceptance and commitment therapy during 8 sessions for the experimental groups. Data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements with SPSS-v26 statistical software. The results showed that both treatment approaches were effective in reducing the scores of cognitive avoidance and meta-worry in the subjects of the experimental groups ( $P < 0.05$ ). Also, the results of Benferroni's post hoc test showed that paradox therapy compared to acceptance and commitment therapy had a greater effect on reducing meta-worry in women with anxiety, but there was no significant difference between the effectiveness of the two treatment approaches on reducing cognitive avoidance ( $P < 0.05$ ). According to the results of using interventions based on acceptance and commitment and paradox therapy can improve cognitive and behavioral functions in people with health anxiety.

**Key words:** Paradox Therapy, Therapy Based on Acceptance and Commitment, Cognitive Avoidance, Meta-Worry, Health Anxiety.

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Women are more exposed to health anxiety than men due to mental and emotional sensitivities (Diamond et al, 2023). The extent of the effects of health anxiety has made the identification of relevant factors in this field a research priority. In this context, the results of some studies show that one of the common components between mood and anxiety disorders is avoidance (Fernández Rodríguez et al, 2022). Cognitive avoidance is related to psychological, emotional and physiological symptoms (Scotta et al, 2022). On the other hand, people with health anxiety constantly monitor their vital signs, and it is difficult for these people to reduce their mental disturbance, and this disturbance fuels extreme worries about health (Ingeman et al, 2024). Paranoia is associated with the lack of ability to cope with conflicting emotional symptoms and because the person imagines the need to worry as a kind of coping, it does not go in the direction of breaking the chain of worry, and in this way, worry acts as a factor to avoid failure in the future adaptation process. (Seyedtabaei et al, 2022). In recent years, intervention methods have tried to reduce psychological vulnerability. One of the newest approaches is paradox therapy. One of the advantages of paradox therapy is that it is a simple and short-term method, and it is also very affordable for people from an economic point of view (Besharat, 2020). On the other hand, acceptance and commitment therapy has been successful in different populations (Mohammadi et al, 2020). The main goal of acceptance and commitment therapy is to clarify goals and values with an emphasis on experiencing all emotions and situations without avoiding them (Navidi Poshtiri et al, 2022). Therefore, putting interventional programs and comparing these treatment methods in the agenda to expand the scientific knowledge of interventional programs in the field of mental health is necessary to determine the competitive capacity and the ability to use approaches to fit the conditions and needs of different clinical and non-clinical populations. According to what has been said and considering the importance of women's role in society, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of paradox therapy with therapy based on acceptance and commitment on cognitive avoidance and over-worrying in women with health anxiety.

### **Methodology**

It was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with experimental and control groups and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included all women with health anxiety who referred to Sayad Hospital in Gorgan city in 2023, who were selected by purposive sampling of 60 people and randomly assigned to three equal groups of 20 people. Data collection was done with demographic information checklist and health anxiety questionnaire (Saloskis and Warwick, 2002), cognitive avoidance (Sexton and Dugas, 2008) and paranoid anxiety (Wells, 2005). Paradox therapy was applied during 6 sessions and acceptance and commitment therapy during 8 sessions for the experimental groups. The data were analyzed by two-way analysis of variance with repeated measurements. Data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements with SPSS-v26 statistical software.

### **Discussion**

The results showed that both treatment approaches were effective in reducing the scores of cognitive avoidance and meta-worry in the subjects of the experimental groups. Also, the results of Benferroni's post hoc test showed that paradox therapy compared to acceptance and commitment therapy had a greater effect on reducing meta-worry in women with anxiety, but there was no significant difference between the effectiveness of the two treatment approaches on reducing cognitive avoidance. According to the results of using interventions based on acceptance and commitment and paradox therapy can improve cognitive and behavioral functions in people with health anxiety.

**Key words:** Paradox Therapy, Therapy Based on Acceptance and Commitment, Cognitive Avoidance, Meta-Worry, Health Anxiety.

## مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و فرانگرانی در زنان دارای اضطراب سلامت

اعظم مدحی<sup>۱</sup>، فرناز فرشباف مانی صفت<sup>۲\*</sup>، مهین اعتمادی نیا<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

### چکیده

دسترسی آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول\*: فرناز فرشباف مانی صفت

[f.farshbaf@iaau.ac.ir](mailto:f.farshbaf@iaau.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

تاریخ انتشار: زمستان ۱۴۰۴

استاد: مدحی، اعظم، فرشباف مانی صفت، فرناز، اعتمادی نیا، مهین. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و فرانگرانی در زنان دارای اضطراب سلامت. روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری، ۳(۴): ۱۷-۳۵.

یادداشت ناشر: MSDS در خصوص ادعاهای قضایی در مطالب منتشر شده و وابستگی های سازمانی بی طرف می ماند.

[doi.org/10.71610/psych.2026.1208856](https://doi.org/10.71610/psych.2026.1208856)



کپی رایت: نویسندگان حق نشر و حقوق کامل انتشار را برای خود محفوظ می دارند.

منتشر شده توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان. این مقاله، یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز

Creative Commons Attribution 4.0

International (CC BY 4.0) منتشر شده است.

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و فرانگرانی در زنان دارای اضطراب سلامت انجام شد. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه های آزمایش و کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان صیاد شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۲۷ نفر بود، که با نمونه گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. گردآوری داده ها با چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اضطراب سلامت (سالوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲)، اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸) و فرانگرانی (ولز، ۲۰۰۵) انجام شد. درمان پارادوکسی طی شش جلسه و درمان پذیرش و تعهد طی هشت جلسه برای گروه های آزمایش اعمال شد. داده ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر با نرم افزار آماری SPSS-v26 تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر کاهش نمرات اجتناب شناختی و فرانگرانی در آزمودنی های گروه های آزمایش اثربخش بود ( $P < 0.05$ ). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که پارادوکس درمانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی در در زنان دارای اضطراب تأثیر بیشتری داشته است، اما بین میزان اثربخشی دو رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب شناختی تفاوت معنادار نبود ( $P < 0.05$ ). با توجه به نتایج استفاده از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و پارادوکس درمانی می توانند موجب بهبود کارکردهای شناختی و رفتاری در مبتلایان به اضطراب سلامتی گردند.

**واژگان کلیدی:** پارادوکس در مانی، در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب شناختی، فرانگرانی، اضطراب سلامت.

## مقدمه

سلامت زنان یکی از مسائل مهم و اساسی است که توجه به آن می‌تواند به سلامت خانواده و در نتیجه سلامت جامعه منجر شود (پال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از گسترده‌ترین قلمروهای تحقیق در حوزه سلامت، اضطراب و مسائل وابسته به آن است و زنان بدلیل حساسیت‌های روانی و عاطفی بیشتر از مردان در معرض آسیب‌پذیری‌های روانی قرار دارند و از این رو اضطراب سلامت‌آلاتری را تجربه می‌کنند (دیاموند<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه سطوح عادی اضطراب سلامت منجر به رفتارهای مفید در حوزه سلامت می‌شود، اما سطوح بالای آن منجر به پیامدهای منفی بهداشتی و مالی می‌شود (شی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به اضطراب سلامت، هنگام تجربه افکار مرتبط با بیماری، برای کاهش استرس، از راهبردهای شناختی استفاده می‌کنند. در این میان، یکی از مؤلفه‌های مشترک در اختلالات خلقی و اضطرابی، اجتناب شناختی<sup>۴</sup> است (ویفلوگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

اجتناب شناختی<sup>۶</sup> باعث می‌شود فرد مشکل را فاجعه تلقی و توانایی‌های خود برای مقابله ناکافی بداند؛ از این رو، مشکل تهدید تلقی می‌شود و تلاش بیشتری برای اجتناب، به افزایش نگرانی می‌انجامد (زوسچلی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اسکات<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۲) گزارش کرده‌اند که اجتناب شناختی با علایم نگرانی، بی‌خوابی و افت تحصیلی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی مرتبط است. مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که اجتناب شناختی پیش‌بین علایم اختلال استرس پس از سانحه (کول<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و پیامدهای منفی سلامت روان می‌باشد (مارتینز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ مختاری فر و همکاران، ۱۴۰۳).

از دیگرسو، افراد دارای اضطراب سلامت دائماً علایم حیاتی خود را کنترل کرده و برای آنان دشوار است آشفته‌گی روانی را کاهش دهند و این آشفته‌گی به نگرانی‌های افراطی بابت سلامت دامن می‌زند (اینگمان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). فرانگرانی<sup>۱۲</sup> از مفاهیم مطرح در حوزه آسیب‌شناسی اختلالات اضطرابی است که بخشی از سندرم شناختی-توجهی را شکل می‌دهد (یارمحمدی واصل و همکاران، ۱۴۰۰). وچسلر<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند وجود علایم فیزیکی اضطراب سلامت می‌تواند با القای این اندیشه که فرد به بیماری خطرناکی مبتلا شده است، سطح بالایی از نگرانی و تنش را برای فرد رقم زند. فرانگرانی با عدم توانایی لازم جهت مقابله و نشانه‌های هیجانی متضاد همراه است و چون فرد نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می‌کند، در جهت قطع زنجیره نگرانی برنمی‌آید و به این ترتیب نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می‌کند (سیدطباطبایی و همکاران، ۱۴۰۱). اغلب افراد دارای اضطراب سلامت، مراجعات مکرر به متخصصان مختلف دارند و ممکن است درمان‌های متعدد و گاهی روش‌های تشخیصی و درمانی تهاجمی را انتخاب کنند که خود منجر به پدیدآمدن مشکلات دیگر می‌شود. در این زمینه، نتایج مطالعه‌ای سیستماتیک نشان داد اضطراب سلامت با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی از قبیل وسواس، اختلالات خواب، افسردگی و مشکلات هیجانی در ارتباط است و در صورت عدم درمان و مزمن شدن آن، هزینه‌های بالایی برای فرد و جامعه در پی دارد (هانان<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

<sup>1</sup>. Pal

<sup>2</sup>. health anxiety

<sup>3</sup>. Diamond

<sup>4</sup>. Shi

<sup>5</sup>. cognitive avoidance

<sup>6</sup>. Weibflog

<sup>7</sup>. cognitive avoidance

<sup>8</sup>. Zucchelli

<sup>9</sup>. Scotta

<sup>10</sup>. Coll

<sup>11</sup>. Martinez

<sup>12</sup>. Ingeman

<sup>13</sup>. Meta-worry

<sup>14</sup>. Wechsler

<sup>15</sup>. Hannah

در سال‌های اخیر شیوه‌های مداخلاتی سعی داشته‌اند با برنامه‌های آموزشی-درمانی خود در راستای کاهش آسیب‌پذیری روانی قدم بردارند. یکی از جدیدترین این رویکردها پارادوکس درمانی<sup>۱</sup> است که بر پایه دو عنصر تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری و تکلیفی که در زمان معین و برای مدت مشخص باید مراجع همان نشانه یا رفتار تجویز شده در قالب پارادوکس را بازسازی و تجربه کند، سرعت درمان را تسریع می‌کند (نیکان و همکاران، ۱۴۰۰). از مزیت‌های پارادوکس درمانی، این است که روشی ساده و کوتاه‌مدت است. این ویژگی‌ها احتمال ریزش آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد و از نظر اقتصادی نیز برای افراد بسیار مقرون به صرفه می‌باشد (بشارت، ۱۳۹۹).

پارادوکس درمانی به عنوان درمانی که مبانی، مفروضه‌ها و مدل‌های نظری مختلفی را در نظمی نوین یکپارچه کرده است، توانسته است حمایت پژوهشی قابل قبولی را بدست آورد (نجفی دهقانی و همکاران، ۱۴۰۳؛ محمدپور و اسلمی، ۱۴۰۱). نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که درمان پارادوکسی نقش مؤثری در کاهش علائم اضطرابی (اعتمادی پور و رمضان زاده مقدم، ۱۴۰۲)، مشکلات خلقی (شی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ سیتاک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، عملکردهای شناختی (گانوتولا و سینها<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹) و بهبود روابط بین فردی دارد (بشارت، ۱۳۹۹). بابایی و همکاران (۱۴۰۲) نیز طی پژوهشی نشان دادند که حساسیت اضطرابی و کانون توجه مبتلایان به اضطراب، با شرکت در جلسات درمان پارادوکسی بهبود یافته است. یافته محمدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان‌دهنده کاهش نگرانی در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری بعد از دریافت جلسات پارادوکس درمانی بود. با این وجود برنامه درمان پارادوکسی، درمان جدیدی محسوب می‌گردد که با کمبود شواهد پژوهشی روبرو است و محققین همواره در پی کشف بهترین نوع مداخلات روانشناختی با پشتوانه پژوهشی قوی هستند.

در همین راستا، مرور مطالعات طی سالیان اخیر نشان می‌دهد رویکردهای درمانی موج سوم است به ویژه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بسیاری از مشکلات روان‌شناختی کاربرد دارد و در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی موفق عمل کرده است (لارسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ کاینوک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ لیو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در این درمان سعی بر تغییر یا توقف مستقیم افکار یا احساسات ناخواسته مراجع نیست، بلکه مراجع را ترغیب می‌کند تا رابطه جدید و دلسوزانه‌ای با این تجربیات ایجاد کند (بونیر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). هدف اصلی این شیوه بر شفاف‌سازی در اهداف و ارزش‌ها با تأکید بر تجربه کردن تمامی هیجانات و موقعیت‌ها بدون اجتناب از آن‌ها قرار دارد (سانتیاگو-تورس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). تبریزی و همکاران (۱۳۹۸) طی پژوهشی نشان دادند درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت بر کاهش نگرانی و نشخوار فکری زنان مفید است. یافته الطافی و همکاران (۱۴۰۱) بیانگر تأثیرات مثبت درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب و مهارت‌های ارتباطی در زوجین بود. همچنین کوجوکارا<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۲۴) نیز طی پژوهشی نشان دادند این شیوه درمانی بر کاهش شدت اضطراب و مشکلات خلقی در گروهی از بیماران سودمند بوده است.

با وجود ادبیات گسترده‌ای که در مورد پیامدهای منفی ناشی از نگرانی و اجتناب شناختی وجود دارد و آمارهای قابل توجه از شیوع اضطراب سلامت در افراد جامعه، هنوز به نتایج درمانی مشخصی که بتوان برای کاهش این علائم روی آورد دست نیافته‌ایم. در عین حال، مروری بر مطالعات موجود نشان می‌دهد هر یک از این دو رویکرد درمانی ظرفیت‌های قابل توجهی برای کاهش آسیب و ارتقاء بهداشت روانی جمعیت‌های مختلف دارند و در مطالعات قبلی دو سازه اجتناب شناختی و فرانگرانی از سوی پژوهشگران مغفول مانده است. لذا در دستور کار قرار دادن برنامه‌های مداخلاتی و مقایسه این شیوه‌های درمانی و توجه به بهبود وضعیت شناختی-هیجانی مبتلایان به

1. paradoxical treatment

2. Shi

3. Çitak

4. Ganuthula & Sinha

5. Larsson

6. Kaynak

7. Liu

8. Bonnier

9. Santiago-Torres

10. Cojocar

اضطراب سلامت می تواند به تدوین پروتکل های درمانی در حیطه مذکور مؤثر واقع گردد. با توجه به آنچه بیان شد و نظر به اهمیت نقش زنان در جامعه، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و فرآینگری در زنان دارای اضطراب سلامت انجام شد.

## روش اجرای پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان صیاد شیرازی شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۲۷ نفر بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. به این ترتیب که از بین زنان دارای تشخیص اضطراب سلامت با توجه به نمره پرسشنامه غربالگری اضطراب سلامت، مصاحبه بالینی و با در نظر گرفتن ملاک های ورود به پژوهش تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه مساوی (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند.

ملاک های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال، داشتن حداقل سواد لازم جهت پاسخ دهی به سؤالات پرسشنامه، توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده، دریافت تشخیص ابتلای به مراجع به اضطراب سلامت براساس نمره پرسشنامه، مصاحبه بالینی با توجه به معیارهای *DSM-5* توسط متخصص روانشناسی و عدم دریافت درمان دارویی برای اضطراب سلامت، برخورداری از توانمندی جسمی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخلاتی و اعلام رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص ابزارهای خودگزارشی و یا انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، اعتیاد به الکل و موادمخدر، ابتلای به هر یک از بیماری های مزمن طبی، اختلال در هورمون های مترشحه داخلی، ابتلای به اختلالات محور ۲ (هر یک از اختلالات شخصیت به تشخیص متخصص روان درمانی)، دریافت خدمات مشاوره ای یا روان درمانی خارج از جلسات یا همزمان با اجرای پژوهش حاضر و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات بود. پس از قرار گرفتن آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش اول تحت ۶ جلسه برنامه درمان پارادوکسی براساس پروتکل بشارت (۱۳۹۸) و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل هیز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند اما گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. محتوای جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جهت انجام پژوهش ابتدا مجوز لازم برای انجام پژوهش از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه با کد (*IR.IAU.URMIA.REC.1402.022*) دریافت شد و پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان صیاد شیرازی شهر گرگان و توضیح کلی درباره اهداف پژوهش و اصول اخلاقی پژوهش، در بین زنان مراجعه کننده به بیمارستان مذکور با استفاده از پرسشنامه اضطراب سلامت غربالگری انجام شد. سپس، در میان زنانی که نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اضطراب سلامت کسب نمودند و سایر ملاک های ورود به پژوهش را نیز داشتند، به شیوه در دسترس تعداد نمونه لازم (۶۰ نفر) انتخاب و در مرحله بعدی با استفاده از ابزارهای خودگزارشی مرحله پیش آزمون اجرا گردید. سپس، افراد در سه گروه ۲۰ نفری جایگزین شده و برای آزمودنی های گروه های آزمایش طی جلسات معین و با توجه به پروتکل هر برنامه مداخله ای، طی روزهای متفاوتی در هفته در یکی از اتاق های بیمارستان برنامه مداخله مربوطه برای آن ها اجرا گردید. اما در این مدت آزمودنی های گروه کنترل هیچ یک از پروتکل های درمانی را دریافت نکرده و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. یک هفته الی ده روز بعد از اتمام جلسات مداخله مجدداً از تمامی افراد نمونه با ابزارهای خودگزارشی پس آزمون گرفته شد و به فاصله ۲ ماه نیز مجدداً مرحله پیگیری در میان آزمودنی های سه گروه انجام شد. لازم به ذکر است در این مطالعه، هر دو شیوه برنامه مداخله توسط پژوهشگر اجرا شد.

<sup>۱</sup>. Hayes

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI)<sup>۱</sup>

این پرسشنامه توسط سالو سکیس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد و شامل ۱۸ عبارت و سه عامل ابتلای به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است. هر عبارت چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر عبارت از صفر تا ۳ نمره است. بدین صورت که گزینه الف (صفر نمره)، ب (۱ نمره)، ج (۲ نمره) و د (۳ نمره) دارد. دامنه نمرات صفر تا ۵۴ است و نمره بالا بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. امتیاز کل کمتر از ۱۵ بیانگر اضطراب سلامت پایین، ۱۵ تا ۲۲ اضطراب سلامت متوسط، ۲۳ تا ۳۰ اضطراب سلامت شدید و امتیاز بالاتر از ۳۰ اضطراب سلامت خیلی شدید است. سازندگان پرسشنامه اعتبار آزمون-بازآزمون را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش نمودند و برای روایی از پرسشنامه باورهای بیماری استفاده کردند و روایی پرسشنامه را ۰/۶۳ بدست آوردند (سالو سکیس و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش داخل کشور پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد (نوبدی پشتیری و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه فرانگرانی (MWQ)<sup>۳</sup>

این پرسشنامه توسط ولز<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) ساخته شد. نسخه اصلی و اولیه پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال بود و سه عامل فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی را می‌سنجید. ولز در سال ۲۰۰۵ پس از جدا سازی ماده‌های مربوط به فرانگرانی در پرسشنامه افکار اضطرابی آن‌ها را در پرسشنامه مستقلی تحت عنوان پرسشنامه فرانگرانی گردآوری کرد که ۷ سؤال را در بر می‌گیرد. هدف از ایجاد این پرسشنامه از یکسو ارزیابی مستقل فرانگرانی و از سوی دیگر بررسی میزان فراوانی فرانگرانی می‌باشد. عبارات به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. بدین صورت که به گزینه هرگز (۱ نمره)، گاهی (۲ نمره)، اغلب (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره) تعلق می‌گیرد. دامنه امتیازات پرسشنامه بین ۷ تا ۲۸ می‌باشد. نمره برشی برای این پرسشنامه تعیین نشده است و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده نگرانی بالاتر آزمودنی است. ولز ضریب آلفای کرونباخ فراوانی فرانگرانی را ۰/۸۸ و باور به فرانگرانی را ۰/۹۵ گزارش کرده است و روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۴۸ بدست آورد (ولز، ۲۰۰۵). در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس فراوانی ۰/۸۲ و باور فرانگرانی ۰/۸۴ برآورد شد (سلمانیان و مرعشیان، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)<sup>۵</sup>

این پرسشنامه توسط سکستون و دوگاس<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) برای سنجش اجتناب شناختی افرادی ۱۵ سال به بالا ساخته شد و ۲۵ سؤال و ۵ زیرمقیاس فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصورات به افکار برابر دارد.

<sup>۱</sup>. Health anxiety Inventory

<sup>۲</sup>. Salkovskis

<sup>۳</sup>. Meta-Worry Questionnaire

<sup>۴</sup>. Wells

<sup>۵</sup>. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

<sup>۶</sup>. Sexton & Dugas

آزمودنی‌ها براساس طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. دامنه امتیازات پرسشنامه بین ۲۵ الی ۱۲۵ می‌باشد و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب شناختی بیشتر آزمودنی است. سازندگان پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی کل پرسشنامه را برابر با ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌ها را در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۸۱ برآورد شد (۲۰۰۸). در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ و کل پرسشنامه ۰/۸۳ برآورد شد (میرشکاری و خاشک‌کور شان‌دیز، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر) با رعایت پیش‌فرض‌های آماری انجام شد و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نرم‌افزار آماری تحلیل آماری، SPSS نسخه ۲۶ بود. همچنین، سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### پروتکل درمان پارادوکسی:

پروتکل درمان پارادوکسی تعداد ۶ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل تدوین شده بشارت (۱۳۹۸) است که به صورت برنامه هفتگی و به مدت ۶۰ دقیقه در جلسه اول و ۳۰ دقیقه در جلسات بعدی بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اعمال شد.

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان پارادوکسی

| جلسه | خلاصه جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | مرحله اجتماعی مصاحبه و بیان مشکل که شامل خوشامدگویی؛ نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته می‌شوند مثل وضعیت تاهل، مدت ازدواج؛ تعداد فرزندان؛ وضعیت اشتغال؛ و در صورت نیاز طرح مسایل خاص خانوادگی و اجتماعی - علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل (مشکلات) و/یا اختلال (اختلال‌ها) توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف‌های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان یک تکلیف حداقلی "برنامه زمانی پارادوکسی") |
| ۲    | شرح کامل اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/بیمار؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید (برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه‌ها).                                            |
| ۳    | شرح کامل اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، مراجع/بیمار موظف می‌شود که برای کاهش نشانه‌ها از سطح فعلی تلاشی نکند)                                                            |

۴ شرح کامل اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر- مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، از مراجع/بیمار خواسته می شود که نشانه ها را در سطح فعلی حفظ کند)

۵ شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛

۶ اعلام پایان دوره در صورت تحقق هدف های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف های درمان در صورت نیاز- شرح برنامه خوددرمانی مراجع/بیمار در آینده (این برنامه در جلسه پایانی برای مراجع/بیمار تشریح می شود)

#### پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعداد ۸ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل تدوین شده هیز و همکاران (۲۰۱۱) است که به صورت برنامه هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی آزمودنی های گروه آزمایش اعمال شد.

#### جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوای جلسات                                                                                     | تمرین                   |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ۱     | بیان اهداف جلسات و انجام پیش آزمون، هدایت خودکار، آموزش آگاهی (استفاده از بدن به عنوان یک کانون) | تمرین خوردن کشمش        |
| ۲     | رویاری با موانع، آگاهی از وقایع خوشایند                                                          | تمرین واریسی بدن        |
| ۳     | حضور ذهن و تنفس آگاهانه، مراقبه نشسته (به عنوان تمرین حضور ذهن)، سرگردانی ذهن                    | تمرین دیدن یا شنیدن     |
| ۴     | ماندن در زمان حال، کشف تجربه (دلبستگی و بیزاری)                                                  | تمرین مراقبه/یوگا       |
| ۵     | ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، به ذهن آوردن عمدی دشواری و مشکلات                                | فضای تنفس سه دقیقه ای   |
| ۶     | رویاری با افکار در رویکرد حضور ذهن، دیدن نوار در ذهن برای آگاهی از آنچه در ذهن می گذرد           | تمرین ایستادن پشت آبشار |

- ۷ چه زمانی استرس و اضطراب طاق فرسات؟ برنامه هایی برای پیشگیری از تمرین مشاهده ارتباط استرس و اضطراب فعالیت و خلق
- ۸ بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، حضور ذهن روزانه، اختتامیه، جمع بندی تمرین واریسی بدن و بازنگری پس آزمون و اجرای پس آزمون

## یافته ها

جدول ۳. ویژگی های جمعیت شناختی در زنان دارای اضطراب سلامت بر حسب گروه های مورد مطالعه

| متغیر                    | گروه پذیرش و تعهد          |         | گروه درمان پارادوکسی       |         | گروه کنترل                 |         |
|--------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
|                          | فراوانی                    | درصد    | فراوانی                    | درصد    | فراوانی                    | درصد    |
| ابتدایی                  | ۱۰ نفر                     | ۵۰ درصد | ۱۲ نفر                     | ۶۰ درصد | ۱۰ نفر                     | ۵۰ درصد |
| تحصیلات متوسطه (اول-دوم) | ۶ نفر                      | ۳۰ درصد | ۵ نفر                      | ۲۵ درصد | ۷ نفر                      | ۳۵ درصد |
| کاردانی-کارشناسی         | ۳ نفر                      | ۱۵ درصد | ۳ نفر                      | ۱۵ درصد | ۲ نفر                      | ۱۰ درصد |
| کارشناسی ارشد            | ۱ نفر                      | ۵ درصد  | -                          | -       | ۱ نفر                      | ۵ درصد  |
| ۲۵ - ۲۰ سال              | ۲ نفر                      | ۱۰ درصد | ۱ نفر                      | ۵ درصد  | ۲ نفر                      | ۱۰ درصد |
| سن (به سال) ۳۰ - ۲۶ سال  | ۶ نفر                      | ۳۰ درصد | ۷ نفر                      | ۳۵ درصد | ۷ نفر                      | ۳۵ درصد |
| ۳۵ - ۳۱ سال              | ۸ نفر                      | ۴۰ درصد | ۷ نفر                      | ۳۵ درصد | ۶ نفر                      | ۳۰ درصد |
| ۴۰ - ۳۶ سال              | ۴ نفر                      | ۲۰ درصد | ۵ نفر                      | ۲۵ درصد | ۵ نفر                      | ۲۵ درصد |
| سن                       | میانگین $\pm$ انحراف معیار |         | میانگین $\pm$ انحراف معیار |         | میانگین $\pm$ انحراف معیار |         |
|                          | ۴/۹۸ $\pm$ ۳۲/۷۰           |         | ۴/۵۳ $\pm$ ۳۳/۰۰           |         | ۴/۸۰ $\pm$ ۳۲/۸۵           |         |

در جدول ۳، ویژگی های جمعیت شناختی در افراد سه گروه ارائه شده است. با توجه به نتایج ملاحظه می شود که در آزمودنی های هر سه گروه بیشتر افراد در سطح تحصیلات در مقطع ابتدایی قرار داشتند. میانگین سن گروه درمان پذیرش و تعهد برابر با ۳۲/۷۰، گروه درمان پارادوکسی برابر با ۳۳/۰۰ و در گروه کنترل برابر با ۳۲/۸۵ است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در زنان دارای اضطراب سلامت بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

| متغیر وابسته              | گروه                | تعداد  | پیش‌آزمون<br>M ± SD | پس‌آزمون<br>M ± SD | پیگیری<br>M ± SD |
|---------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------|
| فرونشانی فکر              | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۱/۲۷ ± ۱۲/۹۵        | ۱/۹۶ ± ۱۰/۲۰       | ۱/۷۴ ± ۱۰/۰۰     |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۱/۵۲ ± ۱۳/۳۰        | ۲/۲۶ ± ۱۰/۱۰       | ۲/۰۲ ± ۹/۹۰      |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۱/۶۰ ± ۱۲/۹۵        | ۱/۵۹ ± ۱۳/۰۵       | ۱/۶۱ ± ۱۳/۱۰     |
| جانشینی فکر               | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۱/۴۶ ± ۱۴/۴۵        | ۲/۱۲ ± ۱۱/۲۵       | ۱/۷۷ ± ۱۱/۱۰     |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۱/۶۱ ± ۱۴/۲۵        | ۱/۹۷ ± ۱۰/۱۰       | ۱/۸۴ ± ۹/۹۵      |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۱/۶۲ ± ۱۴/۳۰        | ۱/۵۰ ± ۱۴/۲۰       | ۱/۴۲ ± ۱۴/۳۵     |
| حواسپرتی                  | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۱/۵۰ ± ۱۲/۲۰        | ۲/۳۲ ± ۹/۴۰        | ۲/۲۰ ± ۹/۳۰      |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۱/۵۸ ± ۱۳/۰۰        | ۱/۸۲ ± ۹/۸۰        | ۱/۶۸ ± ۹/۷۰      |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۱/۶۴ ± ۱۲/۸۰        | ۱/۵۵ ± ۱۳/۰۰       | ۱/۵۰ ± ۱۳/۰۵     |
| اجتناب از محرک تهدیدکننده | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۱/۷۷ ± ۱۴/۰۰        | ۲/۲۹ ± ۱۰/۸۰       | ۱/۷۵ ± ۱۰/۳۵     |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۱/۷۷ ± ۱۴/۲۵        | ۳/۰۱ ± ۱۱/۳۰       | ۳/۰۱ ± ۱۱/۳۰     |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۱/۷۶ ± ۱۳/۵۵        | ۱/۷۷ ± ۱۳/۷۵       | ۱/۶۶ ± ۱۳/۸۵     |
| تبدیل تصورات به افکار     | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۱/۶۷ ± ۱۲/۲۰        | ۱/۴۴ ± ۹/۲۵        | ۱/۴۶ ± ۹/۰۵      |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۱/۳۰ ± ۱۲/۳۵        | ۱/۹۴ ± ۹/۹۰        | ۱/۶۸ ± ۹/۷۰      |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۱/۴۶ ± ۱۲/۴۰        | ۱/۵۳ ± ۱۲/۵۵       | ۱/۵۳ ± ۱۲/۵۵     |
| اجتناب شناختی-کل          | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۷/۶۷ ± ۶۵/۸۰        | ۱۰/۱۳ ± ۵۰/۹۰      | ۸/۹۲ ± ۴۹/۸۰     |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۷/۷۸ ± ۶۷/۱۵        | ۱۰/۹۸ ± ۵۱/۲۰      | ۱۰/۲۳ ± ۵۰/۵۵    |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۸/۰۸ ± ۶۶/۰۰        | ۷/۹۴ ± ۶۶/۵۵       | ۷/۷۲ ± ۶۶/۹۰     |
| فرانگرانی-کل              | پذیرش و تعهد درمانی | ۲۰ نفر | ۳/۲۲ ± ۴۰/۹۰        | ۲/۵۸ ± ۳۰/۹۵       | ۲/۶۸ ± ۳۰/۶۵     |
|                           | پارادوکس درمانی     | ۲۰ نفر | ۳/۹۴ ± ۴۲/۲۰        | ۱/۸۹ ± ۳۰/۰۰       | ۱/۷۲ ± ۲۸/۹۸     |
|                           | کنترل               | ۲۰ نفر | ۳/۷۴ ± ۴۱/۶۰        | ۳/۵۶ ± ۴۱/۷۵       | ۳/۶۶ ± ۴۱/۶۵     |

در جدول ۴، آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در افراد سه گروه در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. براساس نتایج میانگین، نمره اجتناب شناختی و فرانگرانی در آزمودنی‌های دو گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در حالی که این تغییرات در گروه کنترل قابل توجه نبود.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون لوین نشان داد میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نشده است. لذا می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه مشابه است. بررسی نتایج آزمون ام‌باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است؛ به این صورت که در متغیر اجتناب شناختی ( $F = ۴/۶۵۴$ ,  $p = ۰/۲۱۳$  و  $\text{Box's } M = ۶۰/۴۹۶$ ) و فرانگرانی این مفروضه نیز رعایت شده است ( $F = ۱۰/۱۴۶$ ,  $p = ۰/۲۳۴$  و  $\text{Box's } M = ۱۳۱/۸۸۴$ ). همچنین، بررسی نتایج آزمون موچلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). با عدم فرض کرویت، از آزمون‌های جایگزین یعنی از آزمون محافظه‌کارانه گرین هاس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته در زنان

| متغیر وابسته          | منابع تغییر | مجموع مجذورات | مجموع مجذورات خطا | آماره F | p     | اندازه اثر | توان آماری |
|-----------------------|-------------|---------------|-------------------|---------|-------|------------|------------|
| فرونشانی فکر          | گروه        | ۱۵۳/۴۷۸       | ۷۶/۷۳۹            | ۱۰/۹۴۹  | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۷۸      | ۰/۹۸۸      |
|                       | زمان        | ۱۶۱/۷۴۴       | ۱۳۳/۷۳۶           | ۷۰/۸۴۶  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵۴      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان*گروه   | ۹۲/۷۸۹        | ۳۸/۳۶۱            | ۲۰/۳۲۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۱۶      | ۱/۰۰۰      |
|                       | گروه        | ۲۵۷/۶۷۸       | ۱۲۸/۸۳۹           | ۲۰/۰۶۶  | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۱۳      | ۱/۰۰۰      |
| جانشینی فکر           | زمان        | ۲۵۱/۷۴۴       | ۲۱۷/۰۵۸           | ۱۰۱/۷۹۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۴۱      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان*گروه   | ۱۲۹/۹۵۶       | ۵۶/۰۲۵            | ۲۶/۲۷۴  | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۰      | ۱/۰۰۰      |
|                       | گروه        | ۲۳۵/۷۴۴       | ۱۱۷/۸۷۲           | ۱۶/۶۱۲  | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۶۸      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان        | ۱۵۳/۴۷۸       | ۱۴۴/۶۰۰           | ۶۲/۸۰۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۲۴      | ۱/۰۰۰      |
| حواسپرتی              | زمان*گروه   | ۹۶/۵۵۶        | ۴۵/۴۸۵            | ۱۹/۷۵۵  | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۹      | ۱/۰۰۰      |
|                       | گروه        | ۱۲۷/۵۱۱       | ۶۳/۷۵۶            | ۵/۶۷۹   | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۶۶      | ۰/۸۴۵      |
|                       | زمان        | ۱۶۷/۱۴۴       | ۱۴۰/۰۷۶           | ۶۱/۳۶۰  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۸      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان*گروه   | ۱۰۸/۲۵۶       | ۴۵/۳۶۲            | ۱۹/۸۷۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۱۱      | ۱/۰۰۰      |
| تبدیل تصورات به افکار | گروه        | ۱۸۲/۰۱۱       | ۹۱/۰۰۶            | ۱۷/۱۵۹  | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۷۶      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان        | ۱۳۲/۵۴۴       | ۱۰۳/۶۴۱           | ۶۲/۵۲۴  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۲۳      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان*گروه   | ۷۹/۲۸۹        | ۳۰/۹۹۹            | ۱۸/۷۰۱  | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۹۶      | ۱/۰۰۰      |
|                       | گروه        | ۴۴۹۹/۴۷۸      | ۲۲۴۹/۷۳۹          | ۴۷/۹۳۴  | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۲۷      | ۱/۰۰۰      |
| اجتناب شناختی-کل      | زمان        | ۴۲۷۷/۶۴۴      | ۳۸۲۸/۳۱۲          | ۲۳۷/۵۵۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۰۶      | ۱/۰۰۰      |
|                       | زمان*گروه   | ۲۴۶۱/۲۸۹      | ۱۱۰۱/۳۷۵          | ۶۸/۳۴۲  | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۶      | ۱/۰۰۰      |
|                       | گروه        | ۲۶۷۴/۲۱۱      | ۱۳۳۷/۱۰۶          | ۶۱/۲۷۳  | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۳۸      | ۰/۸۸۶      |
|                       | زمان        | ۲۵۸۰/۲۷۸      | ۱۸۵۲/۹۸۶          | ۳۶۷/۴۱۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۶      | ۰/۹۹۶      |
| فرانگرانی-کل          | زمان*گروه   | ۱۴۶۰/۰۸۹      | ۵۲۴/۲۷۰           | ۱۰۳/۹۵۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۸۷      | ۱/۰۰۰      |

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان نیز برای نمرات کل اجتناب شناختی ( $\eta^2=0/706$ )،  $F=68/342$  و  $P=0/000$  و فرانگرانی ( $\eta^2=0/587$ )،  $F=103/953$  و  $P=0/000$  معنادار بوده است. این یافته بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل (درمان پذیرش و تعهد و پارادوکس درمانی)، متغیرهای وابسته شامل اجتناب شناختی و فرانگرانی را به صورت معناداری تحت تأثیر قرار داده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر متغیرهای پژوهش در زنان

| متغیر وابسته     | زمان‌ها   | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری |
|------------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| اجتناب شناختی-کل | پیش آزمون | ۱۰/۱۰۱*       | ۰/۶۸۶      | ۰/۰۰۰        |
|                  | پیش آزمون | ۱۰/۵۶۷*       | ۰/۶۲۷      | ۰/۰۰۰        |
|                  | پس آزمون  | ۰/۴۶۷         | ۰/۱۹۳      | ۰/۰۵۶        |
|                  | پیش آزمون | ۷/۳۳۳*        | ۰/۳۵۸      | ۰/۰۰۰        |
| فرانگرانی-کل     | پیش آزمون | ۸/۵۸۳*        | ۰/۴۲۲      | ۰/۰۰۰        |
|                  | پس آزمون  | ۱/۲۵۰         | ۰/۲۱۳      | ۰/۰۶۷        |
| متغیر وابسته     | گروه‌ها   | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری |

|       |       |          |                 |                     |                  |
|-------|-------|----------|-----------------|---------------------|------------------|
| ۱/۰۰۰ | ۱/۲۵۱ | -۰/۸۰۰   | پارادوکس درمانی | پذیرش و تعهد درمانی |                  |
| ۰/۰۰۰ | ۱/۲۵۱ | *-۱۰/۹۸۳ | کنترل           | پذیرش و تعهد درمانی | اجتناب شناختی-کل |
| ۰/۰۰۰ | ۱/۲۵۱ | *-۱۰/۱۸۳ | کنترل           | پارادوکس درمانی     |                  |
| ۰/۴۷۷ | ۰/۸۵۳ | ۱/۲۱۷    | پارادوکس درمانی | پذیرش و تعهد درمانی |                  |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۸۵۳ | *-۷/۵۰۰  | کنترل           | پذیرش و تعهد درمانی | فرانگرانی-کل     |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۸۵۳ | *-۸/۷۱۷  | کنترل           | پارادوکس درمانی     |                  |

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ برحسب مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد درمان پذیرش و تعهد و پارادوکس درمانی با گروه کنترل در اجتناب شناختی و فرانگرانی در مراحل مختلف سنجش (پس آزمون-پیگیری) معنی دار است. همچنین، نتایج نشان داد پارادوکس درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمره فرانگرانی در زنان دارای اضطراب سلامت سودمندی بیشتری داشته است ( $P < ۰/۰۵$ ). اما بین میزان اثربخشی دو رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب شناختی تفاوت معنادار نبود ( $P < ۰/۰۵$ ). همچنین نتایج نشان داد سودمندی دو رویکرد درمانی در مرحله پیگیری پایدار بود.

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و فرانگرانی در زنان دارای اضطراب سلامت انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر کاهش اجتناب شناختی افراد نمونه مؤثر بوده و تأثیر درمانی در دوره پیگیری پایدار مانده است. همچنین، نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر کاهش اجتناب شناختی، هر چند پژوهشی که به طور مستقیم به این متغیر بپردازد، یافت نشد اما می‌توان گفت این یافته با نتایج مطالعات نجفی دهقانی و همکاران (۱۴۰۳)، محمدپور و اسلمی (۱۴۰۱)، نیکان و همکاران (۱۴۰۰)، بشارت (۱۳۹۹)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، کوجوکارا و همکاران (۲۰۲۴) و گانوتولا و سینها (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. بسیاری از پژوهشگران معتقدند آنچه افراد مضطرب را به سمت آسیب‌شناسی روانی سوق می‌دهد، اجتناب (شناختی و تجربی) است. هنگامی که افراد دچار مشکلات اضطرابی با یک تهدید مرتبط با سلامتی روبه‌رو می‌شوند، کانون توجه‌شان را معطوف به درون می‌کنند، شروع به خودارزیابی دقیق و بررسی خودشان می‌کنند که این سوگیری، منجر به تداوم مشکلات اجتناب شناختی و نشانه‌های خلقی و اضطرابی و به طور بالقوه آغازگر آن می‌شود. مطالعات در عین حال نشان می‌دهد که افراد درگیر با مشکلات خلقی و اضطرابی هنگامی که توجه‌شان را بر خود متمرکز می‌کنند، تصاویر بسیار منفی از خود تصویرسازی می‌کنند و اعتقاد دارند این تصاویر درست هستند. این تصاویر منفی از خود با نگرانی نسبت به مسائل بیرونی و تندرستی مرتبط هستند. علاوه بر این، افراد مبتلا به اضطراب سلامتی تمایل دارند تا نشانه‌های مثبت مهم را در طول یک مواجهه با تندرستی نادیده بگیرند و در استنباط‌های مثبت که مشخصه پردازش شناختی افراد غیرمضطرب است، نقص دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد در پارادوکس درمانی رفتارهای ناخواسته، اجباری و مزاحم (توجه متمرکز به درون و اجتناب شناختی) توسط مراجعان در وقت‌های تعیین شده انجام می‌شود و انجام رفتارهای ناخواسته، اجباری و مزاحم به طور ارادی باعث شکستن عادات و پایان دادن به آن‌ها می‌شود. در نتیجه دور از انتظار نیست که انجام تمرینات پارادوکس درمانی توجه متمرکز به درون را به صورت ارادی کاهش داده و در نتیجه اجتناب‌های شناختی و تجربی را تحت تأثیر قرار داده و کاهش دهد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی، برخی از محققان از قبیل کوجوکارا و همکاران (۲۰۲۴)، کاینوک و همکاران (۲۰۲۴)، اسپنسر و همکاران (۲۰۲۳)، لیو و همکاران (۲۰۲۳)، مختاری فر و همکاران (۱۴۰۳)، الطافی و همکاران (۱۴۰۱) و فرجی و همکاران (۱۴۰۰) هر یک در مطالعات مستقلی از تأثیرات این شیوه مداخله بر کاهش اجتناب شناختی و مشکلات هیجانی و رفتاری در جمعیت‌های مختلف گزارش کرده‌اند. در درمان پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فراورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. درمان پذیرش و تعهد از طریق مداخلات

مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند. در این شکل از مداخله، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجع بیاموزد تا افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببیند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، به طور ذاتی برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که به صورت تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین، باید کنترل و حذف شوند. همچنین، از جمله تکنیک‌های مورد استفاده در این رویکرد، کاهش آمیختگی شناختی می‌باشد. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار فرانگرانی و آشفته‌ساز گسلیده شده است و بیان می‌کند که فرد توانسته است یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه، طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش). در نتیجه اجتناب شناختی فرد کاهش می‌یابد که پیامد آن نیز می‌تواند افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و ارتقای بهزیستی ذهنی و رفتاری باشد.

دیگر یافته مطالعه حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر کاهش فرانگرانی افراد نمونه مؤثر بوده و تأثیر درمانی در دوره پیگیری پایدار مانده است. همچنین، نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد و درمان پارادوکسی توانست بر کاهش فرانگرانی سودمندتر باشد. در تبیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر کاهش فرانگرانی می‌توان به برخی از مطالعات همسو از قبیل شی و همکاران (۲۰۲۴)، سیتاک و همکاران (۲۰۲۱)، اعتمادی پور و رمضان زاده مقدم (۱۴۰۲)، نیکان و همکاران (۱۴۰۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹) و بشارت (۱۳۹۹) اشاره داشت. انجام تکالیف پارادوکسی به صورت عملی و تجربی، همزمان با قطع رابطه بین نشانه و اضطراب، شناخت‌های بیمار و معنای ادراک شده بیمار از نشانه‌ها و بیماری را تغییر می‌دهد. وقتی بیماران یا مراجعان برحسب تجربه عملی شخصی خودشان متوجه می‌شوند که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند، معنا و ارزش آن نشانه‌ها دستخوش تحول و تغییر می‌گردد. تکرار تکالیف نیز این فرصت را در اختیار مراجعان قرار می‌دهد که بی‌اثر بودن نشانه‌ها را بازآزمایی و بازتجربه کنند. در نتیجه این تجارب، باورهای قبلی مراجعان نسبت به نشانه‌های اضطرابی مانند فرانگرانی یا نگرانی نسبت به مسائل اجتماعی و سلامتی تغییر می‌یابند. این شکل از روان درمانی برای تغییر معنای نشانه به روش‌های آموزشی و شناختی مرسوم و معمول متمسک نمی‌شود. بخشی از اضطراب سلامتی مراجع برخواسته از معنای منفی است که وی چه برای شخص مراجع و چه برای سیستمی که مراجع در آن زندگی می‌کند، دارد. این معنا با تجویز عین نشانه درون جلسه اول دستخوش تغییر می‌شود، تغییری مثبت که مستقیماً باعث کاهش فرانگرانی و سایر نشانه‌های مرتبط با افکار و رفتار اضطرابی می‌شود تا هم معنای نشانه تغییر کرده باشد و هم اجرای تکالیف برای مراجعان آسان گردد. به باور بشارت (۱۳۹۹) این تغییر معنای نشانه، پیش از اجرای تکالیف پارادوکسی تأثیرگذاری‌اش با اضطراب‌زدایی از نشانه‌ها شروع می‌شود. در گام بعدی نیز تجربه عملی مراجعان در انجام تکالیف پارادوکسی، تغییر معنای نشانه را هدف قرار خواهد داد.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی می‌توان به برخی از مطالعات همسو از قبیل لارسون و همکاران (۲۰۲۵)، ریسور و همکاران (۲۰۲۲)، لوین و همکاران (۲۰۲۲)، شیرازی پور (۱۴۰۰) و تبریزی و همکاران (۱۳۹۸) اشاره داشت. از نظرگاه رویکرد پذیرش و تعهد افرادی که از نظر روان‌شناختی و عاطفی آسیب‌پذیر هستند، کارکرد یکسانی دارند چون هدف‌شان اجتناب تجربه‌ای است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست بلکه هدف اصلی آن، تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. به نظر می‌رسد پذیرش که به معنی روبه‌رو شدن با دردها در مسیر رسیدن به ارزش‌ها، به جای اجتناب تجربه‌ای است، نقش زیادی در کاهش علائم مرتبط با اضطراب از جمله فرانگرانی دارد. ظاهراً اجتناب تجربه‌ای در طولانی‌مدت موجب بروز بیشتر علائم اضطرابی مانند نگرانی می‌گردد. حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب کردن از تجربه این دردها نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراد از پذیرش، تمایل به روبه‌رو شدن با این دردها و رنج‌ها است. تقریباً می‌توان گفت که مواجه شدن یک اصل تأکیدی در درمان‌های موج جدید است

که گاه به صورت عینی و گاه به صورت ذهنی انجام می‌شود. حضور ذهن به عنوان حالت شناختی مؤثر و بدیل نگرسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند غیرقضاوتی بودن، برابر نگرستن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی می‌تواند در خارج شدن مراجع از چرخه اندیشناکی کمک کند. پس در درمان به شیوه ذهن‌آگاهی بر عنصر پذیرش ذهنی و در روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر واقعیت بیرونی تأکید می‌شود که هر دو روش کارآمدی خود را در کاهش اضطراب و فرانگرانی نشان داده‌اند.

در رابطه با مکانیسم اثربخشی و تأثیرگذاری بیشتر درمان پارادوکسی بر کاهش فرانگرانی باید بیان نمود که به‌طور کلی چهار مکانیسم اصلی در این شکل از درمان وجود دارد که می‌توانند روند تغییر را تبیین نمایند. نخستین مکانیسم تأثیرگذار، دسترسی‌سازی-مصنوعی‌سازی می‌باشد که به نظر می‌رسد بر کاهش نگرانی تأثیرگذار باشد، چرا که زمان بازسازی و تجربه حالت‌های اضطرابی توسط درمانگر تجویز می‌شود و می‌توان انتظار داشت که اضطراب فرد به‌طور طبیعی فعال شود اما در ادامه این مکانیسم در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع با تأخیر اضطراب و فرانگرانی حاصل از تکلیف را کاهش می‌دهد. پس از قطع رابطه نشانه با فرانگرانی توسط مکانیسم نخست، دیگر نشانه‌ها نمی‌توانند برای بیمار یا مراجع فرانگرانی و به‌طور کلی اضطرابی ایجاد نموده و به صورت تحمیلی و اجباری در ذهن مراجعان تولید شوند. البته ادامه روند درمان یعنی مکانیسم چهارم را می‌توان دلیل نهایی دانست که ضامن پایداری مداخله و عدم عود فرانگرانی در مراجعان با اضطراب سلامتی باشد. به نحوی که پس از قطع رابطه نشانه و اضطراب و کاهش موقتی علائم فرانگرانی، تغییر معنی نشانه باعث می‌گردد این شکل از درمان بتواند معنای ادراک شده از سلامتی را که عامل اصلی اضطراب و فرانگرانی آن‌ها است، را تغییر دهند. هنگامی که مراجعان به شکل عملیاتی درک می‌کنند که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند، معنا و ارزش آن‌ها برای مراجعان کمتر می‌گردد. در واقع این‌جاست که بی‌اثر بودن نشانه‌ها توسط مراجعان تجربه شده و در نتیجه اضطراب و نشانه‌های همراه با آن مانند فرانگرانی کاهش می‌یابند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش بود. عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های دیگر پژوهش به شمار رود. کوتاه بودن دوره پیگیری در حالی که در مطالعات خارج از ایران دوره پیگیری ۶ الی ۱ ساله اجرا شده است. دیگر محدودیت پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری آن به صورت غیرتصادفی و هدفمند می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی جمعیت مورد مطالعه از بین مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و با روش نمونه‌گیری حتی الامکان تصادفی ساده انجام گیرد که توان تعمیم نتایج بالا باشد. برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسشنامه از دیگر روش‌ها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین با انجام دوره پیگیری طولانی‌تر به ارزیابی دقیق‌تر روایی این رویکردها در بهبود متغیرهای وابسته پرداخته شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود مسئولین بهداشت و درمان در مراکز درمانی متعدد سطح شهر علاوه بر ارائه خدمات بهداشت و درمانی متداول به وضعیت بهداشت روانی و رفتارهای اجتنابی در مراجعان دارای اضطراب سلامت توجه نموده و با قرار دادن کادری مجرب و دارای تخصص در زمینه هر یک از رویکردهای مداخلاتی مذکور به ارائه خدمات دقیق و تخصصی در این مراجعان در کنار درمان‌های متداول دارویی اقدام نمایند.

## سپاسگزاری

نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان و همچنین کارکنان بیمارستان صیاد شیرازی شهر گرگان اعلام می‌کنند.

## تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

## منابع

- Altafi, R., Vaziri, S., & Sabet, M. (2023). Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy Effectiveness on Couples' Avoidance, Marital Satisfaction, Communication Skills, and Sexual Self-Efficacy. *Clinical Psychology and Personality*, 20(2), 61-75. [Persian]. [10.22070/cpap.2022.14753.1118](https://doi.org/10.22070/cpap.2022.14753.1118)
- Babaie, V., Abolmaali Alhosseini, K., & Hobbi, M.B. (2023). Investigating the efficacy of paradoxical time table therapy on anxiety sensitivity and focused-attention in people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 967-83. [Persian]. doi: [10.52547/JPS.22.125.967](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.967)
- Besharat, M.A. (2019). Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Psychological Science*, 18(76), 383-96. [Persian]. [20.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3](https://doi.org/20.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3)
- Besharat, M.A. (2020). The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: a case report. *Journal of psychological science*, 19(95), 1371-87. [Persian]. [20.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9](https://doi.org/20.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9)
- Bonnier, R.A., Beames, J.R., Kiekens, G., Van Aubel, E., Schirmbeck, F., & Myin-Germeys, I. (2025). Predicting clinical outcomes in a blended care intervention for early psychosis: Acceptance and Commitment Therapy in Daily-Life (ACT-DL). *Translational Psychiatry*, 15(1), 1-10. [10.1038/s41398-024-03214-1](https://doi.org/10.1038/s41398-024-03214-1)
- Çitak, S., Avci, S.H., & Kahraman, B.B. (2021). The effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy in depression and anxiety disorders. *Psychodynamic Practice*, 27(4), 372-83. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1951825>
- Cojocaru, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Suciu, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine and Pharmacy Reports*, 97(1), 26-34. [10.15386/mpr-2661](https://doi.org/10.15386/mpr-2661)
- Coll, S.Y., Eustache, F., Doidy, F., Fraisse, F., Peschanski, D., Dayan, J., Gagnepain, P., & Laisney, M. (2022). Avoidance behaviour generalizes to eye processing in posttraumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2044661>
- Diamond, P.R., Dysch, L., & Daniels, J. (2023). Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 45(1), 27-33. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2022778>
- Eatesamipour, R., & Ramazanzade Moghadam, K. (2023). The Effectiveness of Paradox Therapy on Anger Rumination in People with Anxiety Caused by Corona Disease. *Clinical Psychology and Personality*, 21(2), 105-16. [Persian]. [10.22070/cpap.2023.17770.1370](https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17770.1370)
- Faraji, S.H., Agahheris, M., & Sheybani, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Education on Cognitive Avoidance and Marital Satisfaction of Women with Marital Problems. *Social Cognition*, 10(19), 119-34. [Persian]. [20.1001.1.23223782.1400.10.1.6.1](https://doi.org/20.1001.1.23223782.1400.10.1.6.1)
- Fatahi, M., Vaisi, A., & Moradi, O. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-compassion and family resilience of mothers exceptional Children. *Journal of Psycho Res and Edu Studies*, 2(1), 1-20. [Persian]. <https://sanad.iau.ir/Journal/psych/Article/1122737>

- Ganuthula, V. R. R., & Sinha, S. (2019). Flexibility in cognitive functioning: The play of paradox. *Global Journal of Flexible Systems Management*, 20(4), 303-312. [10.1007/s40171-019-00216-7](https://doi.org/10.1007/s40171-019-00216-7)
- Hannah, K., Marie, K., Olaf, H., Stephan, B., Andreas, D., Wilson Michael, L., ... & Peter, D. (2023). The global economic burden of health anxiety/hypochondriasis-a systematic review. *BMC Public Health*, 23(1), 223-239. [10.1186/s12889-023-17159-5](https://doi.org/10.1186/s12889-023-17159-5)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- Ingeman, K., Wright, K.D., Frostholm, L., Frydendal, D.H., Ørnbøl, E., & Rask, C.U. (2024). Measurement properties of the Health Anxiety by Proxy Scale (HAPYS): A new questionnaire to assess parents' worries about their child's health. *Journal of Psychosomatic Research*, 176 (2), 45-57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111555>
- Kaynak, H., Denizci Nazlıgöl, M., & Cengil, B. B. (2024). Your need for cognition, cognitive flexibility, and cognitive emotion regulation strategies matter! The path beyond a satisfied life. *The Journal of Psychology*, 158(7), 611-626. <https://doi.org/10.1080/00223980.2024.2352730>
- Larsson, A., Weineland, S., Nissling, L., & Lilja, J. L. (2025). The Impact of Parental Support on Adherence to Therapist-Assisted Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Primary Care for Adolescents With Anxiety: Naturalistic 12-Month Follow-Up Study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 8(3), 13-25. [10.2196/59489](https://doi.org/10.2196/59489)
- Levin, M. E., Krafft, J., Seifert, S., & Lillis, J. (2022). Tracking valued and avoidant functions with health behaviors: A randomized controlled trial of the acceptance and commitment therapy matrix mobile app. *Behavior Modification*, 46(1), 63-89. doi: [10.1177/0145445520913987](https://doi.org/10.1177/0145445520913987)
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), 1-12. [10.1016/j.heliyon.2023.e14057](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057)
- Martinez, J.H., Eustis, E.H., Arbid, N., Graham-LoPresti, J.R., & Roemer, L. (2022). The role of experiential avoidance in the relation between racial discrimination and negative mental health outcomes. *Journal of American college health*, 70(2), 461-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1754221>
- Mirshekari, M., & Khakshor Shandiz, F. (2022). Examining the role of self-compassion and dysfunctional cognitive processes (cognitive fusion, rumination and cognitive avoidance) in psychological symptoms (depression) of women with early marriage. *Quarterly magazine of new strategies in psychology and educational sciences*, 3(10), 89-73. [Persian]. <https://ijpk.ir/showpaper/38531940664b86b892903d>
- Mohammadpour, M., & Aslami, E. (2022). Evaluating the effectiveness of paradox therapy on components of psychological well-Bing of Conflicting Couples. *Journal of Psychology New Ideas*, 14(18), 1-24. [Persian]. <http://jnip.ir/article-1-812-fa.html>
- Mohammadi, Z., Soleimani, A., Fatehi Ashtiani, A., Ashrafi, E., & Mokhberi, K. (2020). The Effects of Paradoxical Time Table Therapy on Worry, Rumination, Thought-Action Fusion and Symptoms in Patients with ObsessiveCompulsive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10(70), 1-9. [Persian]. [10.29252/mejds.10.0.70](https://doi.org/10.29252/mejds.10.0.70)

MokhtariFar, A., Taher, M., Nouhi, S., RafieiNia, P. (2024). Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive and Experiential Avoidance in People with Obsessive Compulsive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 14(151), 1-8. [Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-1-3231-fa.html>

Najafi Dehaghani, J., Zanganeh Motlaq, F., & Esmaeilzadeh, Z. (2025). The Effectiveness of Paradox Therapy on Distress Tolerance and Experiential Avoidance of Conflicted Women Referring to Counseling Centers. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(12), 81-90. [Persian]. <http://frooyesh.ir/article-1-5578-fa.html>

Navidi Poshtiri, S.H., Hassanzadeh, R., & Emadian, S.O. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on tolerance failure and health anxiety in nursing and midwifery students with health anxiety. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(1), 222-31. [Persian]. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.1.18>

Nikan, A., Lotfi Kashani, F., Vaziri, S., & Mojtabaie, M. (2021). Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 10(1), 1-4. [Persian]. [20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5](https://doi.org/10.2383353.1400.10.1.15.5)

Pal, R. S., Pal, Y., Chaitanya, M. V. N. L., Sharma, N., Rani, A., Kumar, S., & Srivastava, P. (2025). Improving Women's Health and Immunity: A Thorough Mapping Micronutrients and Dietary Recommendations. *Current Drug Therapy*, 20(2), 180-188. <https://doi.org/10.2174/0115748855284781240202054050>

Risør, B.W., Frydendal, D.H., Villemoes, M.K., Nielsen, C.P., Rask, C.U., & Frostholm, L. (2022). Cost effectiveness of internet-delivered acceptance and commitment therapy for patients with severe health anxiety: a randomised controlled trial. *PharmacoEconomics-Open*, 6(2), 179-92. doi: [10.1007/s41669-021-00319-x](https://doi.org/10.1007/s41669-021-00319-x)

Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>

Salmaniyan, K., & Marashian, F.S. (2022). The Effectiveness of Sexual Skills Training on Genital Self-Image, Psychological Distress and Meta-worry of Infertile Women. *Community Health Journal*, 16(3), 70-9. [Persian]. [20.1001.1.23456248.1401.16.3.7.6](https://doi.org/10.23456248.1401.16.3.7.6)

Santiago-Torres, M., Mull, K.E., Sullivan, B.M., Matthews, A.K., Skinta, M.D., & Bricker, J.B. (2025). Do smartphone apps impact long-term smoking cessation for sexual and gender minority adults? Exploratory results from a 2-arm randomized trial comparing acceptance and commitment therapy with standard US clinical practice guidelines. *Journal of Homosexuality*, 72(1), 107-128. <https://doi.org/10.1080/00918369.2024.2309491>

Scotta, A.V., Cortez, M.V., & Miranda, A.R. (2022). Insomnia is associated with worry, cognitive avoidance and low academic engagement in Argentinian university students during the COVID-19 social isolation. *Psychology, health & medicine*, 27(1), 199-214. doi: [10.1080/13548506.2020.1869796](https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1869796)

Sexton, K.A., & Dugas, M.J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 355-70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005>

Seyedtabaei, S.R., Tayebi, K., Akbarabadi, F., & Aghaali, M. The relationship between difficulty in emotion regulation and metaworry and the tolerance of ambiguity in patients with schizophrenia. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5):29-39. [Persian]. [10.32598/shenakht.9.5.29](https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.29)

Shi, C., Wu, Y., Wei, H., Xiao, Y., Lv, X., & Ren, Z. (2024). Dropout From Psychological Interventions for Pathological Health Anxiety: A Three-Level Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(5), 306-318. <https://doi.org/10.1002/cpp.3064>

Shi, Y., Lu, W., & Zhou, Y. (2024). Reconciling the personalization–privacy paradox via DoctorBots: The roles of service robot acceptance model elements and technology anxiety. *Journal of Consumer Behaviour*, 23(3), 1446-1462. <https://doi.org/10.1002/cb.2283>

Shirazipour, M.M. (2022). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to reduce rumination and worry about body image of the elderly with depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 24(1), 21-28. [Persian]. [10.22038/jfmh.2022.19448](https://doi.org/10.22038/jfmh.2022.19448)

Spencer, S.D., Meyer, M.S., & Masuda, A. (2023). A case-series study examining acceptance and commitment therapy for experiential avoidance-related mixed anxiety and depression in a telehealth platform. *Clinical Case Studies*, 22(1), 78-96. <https://doi.org/10.1177/15346501221115113>

Tabrizi, F., Ghamari, M., Farahbakhsh, K., & Bazzazian, S. (2019). The effectiveness of integrating acceptance and commitment therapy (ACT) with Compassion on worry and rumination of divorced women. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 15(2), 41-60. [Persian]. [10.22051/psy.2019.23046.1777](https://doi.org/10.22051/psy.2019.23046.1777)

Wechsler, T.F., Schmidmeier, M., Biehl, S., Gerczuk, J., Guerrero-Cerda, F.M., & Mühlberger, A. (2022). Individual changes in stress, depression, anxiety, pathological worry, posttraumatic stress, and health anxiety from before to during the COVID-19 pandemic in adults from Southeastern Germany. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-20. doi: [10.1186/s12888-022-04148-y](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04148-y)

Weibflog, G., Ernst, J., Esser, P., Platzbecker, U., Vucinic, V., Mehnert-Theuerkauf, A., & Springer, F. (2025). The impact of experiential avoidance on anxiety and depressive disorders in hematological cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 48(2), 394-402. [10.1007/s10865-025-00553-2](https://doi.org/10.1007/s10865-025-00553-2)

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 29(1), 107-21. doi: [10.1007/s10608-005-1652-0](https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0)

Yarmohamadi Vasel, M., Zoghipaydar, M., & Pakravan, S. (2021). The Effect of Metacognitive Strategies Training on Meta-Worry and Anxiety among Students. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 9(17), 183-98. [Persian]. [20.1001.1.24237906.1400.9.17.11.5](https://doi.org/10.1001.1.24237906.1400.9.17.11.5)

Zucchelli, F., White, P., & Williamson, H. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Journal of Body Image*, 32(1), 121-7. doi: [10.1016/j.bodyim.2019.12.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002)