

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته

ابوالفضل عباسی شورباخلو<sup>۱\*</sup>

حسن خضری<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

### چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی هستند که به کلینیک پیام سلامت شهرستان فیروزآباد و اورژانس اجتماعی اداره بهزیستی شهرستان فیروزآباد، فارس در سال ۱۴۰۳ مراجعه، و تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته دریافت کرده اند، بوده که در مجموع بالغ بر ۱۰۰ نفر می باشد که از بین ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر که بیشترین شدت اضطراب را داشته، به صورت هدفمند انتخاب شده و در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)، به صورت تصادفی گمارش شده اند. به منظور جمع آوری داده پرسشنامه های اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، خودکارآمدی عمومی (GSE-17)، سبک های دفاعی (DSQ-40) (و پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و ...) و آمار استنباطی (کوواریانس) استفاده شد. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهای مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد ( $P < 0.05$ ).

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، مکانیزم های دفاعی، خودکارآمدی و اضطراب تعمیم یافته

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یک حالت اضطرابی مزمن است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل و نشانه‌های جسمانی مرتبط با آن مشخص می‌شود. نگرانی، فرایند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به راهبردهایی برای کشف و کنار آمدن با خطر تهدید کننده تبدیل می‌شود. تنش عضلانی مزمن، آشفتگی خواب و انواع نشانه‌های جسمانی دیگر نیز ایجاد می‌شوند. اغلب این افراد، تخریب عملکرد را در دامنه‌ای از تمرکز در کار تا خستگی از روابط بین فردی، تحمل می‌کنند. آشفتگی ذهنی شدید و دلواپسی دائمی در مورد نگرانی و نشانه‌های اضطرابی مزمن نیز به همان اندازه شایع هستند [۱].

محور نگرانی فرد رویدادهای روزمره است. اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده، همچنین به عنوان یک عامل خطر در سبب شناسی گستره‌ای از اختلالات روانشناختی به ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه‌ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از دل مشغولی‌های قابل ملاحظه محافل بالینی است [۲]. در مبتلایان به اختلالات اضطرابی، اجتناب از مواجهه با رویدادهای اضطراب برانگیز، سبک زندگی فرد را محدودتر می‌سازد، تحول روانشناختی و اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار داده و مانع تعاملات بین فردی می‌شود. اگرچه رفتارهای اجتنابی به طور موقت اضطراب را در فرد مبتلا کاهش می‌دهد، اما اضطراب را از بین نمی‌برد زیرا شخص نمی‌آموزد که می‌تواند بدون بروز پیامدهای نامطلوب، با منبع اضطراب مواجه شود یا اینکه قادر است به شکلی موثر با استرس ناشی از آن مقابله کند [۳].

شایان ذکر است که تنظیم شناختی هیجان از مولفه‌های مهم در بحث اضطراب می‌باشد. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند [۴]. در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی خود یا واقعه فراخواننده هیجان به کار می‌گیرند [۵]. تنظیم موفق هیجان را با پیامدهای سلامت، روابط بین فردی، عملکرد شغلی و تحصیلی مطلوب مرتبط دانسته اند [۶]. بلعکس، بروز مشکلات در تنظیم هیجان مرتبط با اختلال‌های روانی است [۷]. تنظیم شناختی هیجان به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد، به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب زا برای آنها اطلاق می‌شود [۸]. در بیشتر مطالعات همسان با مقابله شناختی فرض می‌شود و در کل به راه‌های شناختی مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات برانگیخته هیجانی گفته می‌شود. فرایندهای شناختی می‌توانند به ما کمک کنند تا بتوانیم مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها و تنظیم هیجان شناختی همراه همیشگی آدمی است که به مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان‌ها کمک می‌کند؛ به انسان توان سازگاری بیشتر به خصوص بعد از تجارب هیجانی منفی را می‌دهد [۹].

همچنین مکانیزم‌های دفاعی یکی از مهمترین مفاهیم در نظریه روانکاوی می‌باشد. فروید بیان کرد که من به وسیله استفاده از مکانیزم‌های دفاعی مختلف از خودش در برابر اضطراب مراقبت می‌کند. مکانیزم‌های دفاعی، تعریفات ناهوشیاری هستند که به وسیله تحریف خاطرات، احساسات و تکانه‌های اضطراب آور، اضطراب را کاهش می‌دهند. بنابر عقیده فروید، دفاع‌ها برای عملکرد یک شخصیت سالم ضروری هستند [۱۰]. اگرچه مکانیزم‌های دفاعی خصوصیات مختلفی دارند اما دارای دو ویژگی مشترک هستند، همه آنها تعریف یا انکار واقعیت می‌باشند و فعالیت شان به صورت ناهشیار است. بایستی گفت مکانیزم‌های دفاعی فرایندهای خودکار روانشناختی هستند که فرد را بر علیه اضطراب و از

هوشیار شدن نسبت به خطرات یا استرس های درونی یا بیرونی ، محافظت می کنند. استفاده از مکانیزم های دفاعی یکی از ابعاد مهم شخصیت می باشد [۱۱].

از طرفی نیز خودکارآمدی در تمام دوره های تحصیلی به ویژه در بین دانشجویان به لحاظ شرایط سنی و تغییرات فیزیولوژیک آنها بحث وسیع ای را در بین متخصصین ایجاد کرده است. خودکارآمدی ریشه در نظریه شناختی اجتماعی دارد. بندورا در نظریه خود، سازه های بهترین پیش بینی کننده های رفتار و تغییر رفتار را معرفی می نماید و تصویری از رفتار انسان را ترسیم می کند که مهمترین عنصر آن خودکارآمدی است [۱۲]. خودکارآمدی درجه ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر می باشد، به عبارت دیگر خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با توجه موقعیت معین به اجرا گذاشته و انتظار نتایج مورد نظر را دارد [۱۳].

در واقع باورهای خودکارآمدی تعیین می کنند که انسان ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می گذارند، هنگام برخورد با دشواری ها تا چه مدت مقاومت می کنند و در برخورد با موقعیت های گوناگون چه اندازه نرمش می پذیرند. همچنین باورهای خودکارآمدی بر الگوهای اندیشه و کنش های اجتماعی افراد تاثیر می گذارد. بنابراین افراد با خودکارآمدی پایین شاید باور کنند که مشکل حل ناشدنی است و این باوری است که تنیدگی، افسردگی و دیدی باریک بینانه برای گره گشایی پرورش می دهد. از سوی دیگر، کارآمدی بالا در هنگام نزدیک شدن به کار و کنش های دشوار به پدید آمدن احساس آسانی کمک می کند. از طرفی نیز حس قوی خودکارآمدی به تلاش و پشتکار برای کسب موفقیت منجر می گردد [۱۴].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نامش پیام اصلیش را می گیرد که آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می سازد متعهد باش. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی ، کامل و معنادار است، در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً به خود دارد. اساساً درمانی زمینه گر است که می کوشد به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی ، زمینه اجتماعی- کلامی آن را تغییر دهد [۱۵].

در حقیقت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تمرکز کمتری بر کاهش نشانه ها دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است [۱۶]. نکته جالب و قابل تامل این است که راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با این هدف موافق است. طبق این راهنما مثلاً در مورد وسواس ، اگر پریشانی قابل ملاحظه ای یا آسیبی در عملکرد وجود نداشته باشد ، افکار و اعمال وسواسی می توانند رخ دهند ، بدون اینکه فرد تشخیص وسواس دریافت کند [۱۷].

هدف از درمان پذیرش و تعهد، شکستن این چرخه با تخریب تمایل به اجتناب و فرار و افزایش انعطاف پذیری و پذیرش نسبت به تجربه اضطراب است. همزمان ، پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی به مراجعان کمک می کند تا بر حوزه های ارزشمند زندگی شان متمرکز شوند. حوزه های ارزشمندی که در طول کشمکش با اضطراب در حاشیه قرار داشت [۱۸].

مطالعات گوناگون نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ب متغیرهایی شبیه متغیرهای پژوهش حاضر اثربخش بوده است که عبارت اند از:

عقلی ، مهقانی قشلاق و اصغری (۱۴۰۲) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ، تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب دیده اجتماعی شهر گرگان به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود تنظیم هیجان در دختران آسیب دیده اجتماعی می شود [۱۹].

کریمیان، اکبری اسدی مجره (۱۴۰۲)، در پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی در شهر رشت به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود و افزایش تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مواد افیونی می‌گردد [۲۰].

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیزم‌های دفاعی و بخشودگی در زنان متعلقه در شهر تهران عنوان تحقیقی است که توسط خرمی و رازقی (۱۴۰۲)، صورت گرفته است. که نتیجه عبارت است از بر پذیرش و تعهد سبب بهبود استفاده از مکانیزم‌های دفاعی در زنان مطلقه می‌شود [۲۱].

در پژوهشی تحت عنوان مروری بر تحقیقات در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و وسواس و اختلالات مرتبط که توسط توهیگ، کاپل و لوین (۲۰۲۴)، دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش اضطراب و بهبود وسواس و اختلالات مرتبط می‌گردد [۲۲].

پاوا پیتیل و راودزه غزالی (۲۰۲۳)، در پژوهش خود بدین نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیزم‌های دفاعی و کاهش وزن تاثیر مثبت و معناداری دارد [۲۳]. شی، کائو، لئو، لیو، یانگ و ونگ (۲۰۲۳)، در پژوهشی مشخص کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس و خودکارآمدی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در حال بهبودی تاثیر مثبت و معناداری دارد [۲۴].

با توجه به مطالب فوق و اهمیت نقش متغیرهای مکانیزم‌های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی و اضطراب تعمیم یافته، در پژوهش حاضر و در چهارچوب متغیرها، پژوهش مدونی صورت نگرفته است بنابراین انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. در نتیجه پژوهش حاضر در پی آن است که به این سوال پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم‌های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته اثربخش است؟

#### هدف

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهایی همچون مکانیزم‌های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته.

#### فرضیه

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مکانیزم‌های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.
- ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

## روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی چند گروهی با پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه می باشد. در پژوهش حاضر روش های درمانی به عنوان متغیر مستقل ( در دو سطح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عدم مداخله یا گروه گواه) و متغیرهای مکانیزم های دفاعی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می شوند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعان کلینیک روانشناختی پیام سلامت فیروزآباد و اورژانس اجتماعی اداره بهداشتی شهرستان فیروزآباد، فارس در سال ۱۴۰۳ می باشد که تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته دریافت نموده اند که در مجموع بالغ به ۱۰۰ نفر می باشند. سپس از بین این ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر که بیشترین شدت اضطراب را دارند، در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند.

## ابزار پژوهش

## پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر-GAD-7

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیترز و همکاران (۲۰۰۶) به منظور سنجش میزان تمایل به اعتیاد در افراد طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال می باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (احساس ترس به دلیل اینکه ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد) به سنجش اختلال اضطراب فراگیر در افراد می پردازد [۰.۲۵].

## روایی و پایایی پرسشنامه:

ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۹۰) [۲۶]، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ و در پژوهش سرمد، حجازی و بازرگان (۱۳۹۰)، ۰/۸۵ می باشد [۰.۲۷].

## جدول شماره ۱: نمره گذاری پرسشنامه اضطراب تعمیم یافته

اصلا	چندین روز	بیش از نیمی از روز	تقریباً هر روز
۰	۱	۲	۳

نمره کل اضطراب از هفت گویه در دامنه ای از ۰ تا ۲۱ می باشد. این نمره از مجموع نمره های ۰، ۱، ۲ و ۳ به ترتیب به پاسخ های اصلا، چندین روز، بیش از نیمی از روز و تقریباً هر روز، محاسبه می شود.

## جدول شماره ۲: میزان شدت اختلال بر حسب امتیاز در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر

میزان	نمره
خفیف	۵-۰
متوسط	۱۰-۶
نسبتاً شدید	۱۵-۱۱
شدید	۲۱-۱۶

پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) ۱۸)

پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی است که شامل ۹ خرده مقیاس می باشد [۲۸]. هر خرده مقیاس نیز از ۴ آیتم تشکیل شده است. هر آیتم به چگونگی تفکر هر شخص بعد از تجربه یک رویداد تهدید آمیز یا استرس زا می پردازد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) برای اندازه گیری استراتژی های شناختی که سبک واکنش به رویداد های استرس آمیز افراد را مشخص می کند، کاربرد دارد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ)، پرسشنامه خود گزارش دهی است که می توان در افراد ۱۲ سال به بالا انجام گیرد. هر آیتم بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت که عبارت است از ۱ (اغلب/هرگز) الی ۵ (همیشه). نمره هر خرده مقیاس با جمع کردن آیتم های هر خرده مقیاس به دست می آید، بنابراین دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۴ تا ۲۰ می باشد. هر چه نمره فرد در خرده مقیاس ها بیشتر باشد نشان دهنده استفاده بیشتر از آن استراتژی شناختی می باشد. تعداد مطالعاتی که خواهان نسخه کوتاه شده این پرسشنامه بودند، به شدت افزایش یافت. تهیه نسخه کوتاه شده CERQ به دلیل بررسی و تحلیل سریع اطلاعات بسسیار مهم می باشد. گرانیفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) برای اولین بار بررسی و تهیه نسخه ۱۸ آیتمی این پرسشنامه پرداختند در این پژوهش تعداد آیتم های هر خرده مقیاس از ۴ به ۲ کاهش یافت. به مانند نسخه ی ۳۶ آیتمی این پرسشنامه نیز ۹ خرده مقیاس دارد، اما به دلیل حذف بعضی از گویه ها، برای هر خرده مقیاس تنها دو آیتم در نظر گرفته شده است، این تعداد در نسخه ۳۶ آیتمی، ۴ آیتم می باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه:

مشخصات روانسنجی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) در مطالعات خوب و مناسب گزارش شده است [۲۹]. ضریب آلفای کرونباخ در بیشتر موارد بالای ۰/۷۰ بوده و حتی در برخی مطالعات آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ می باشد. همچنین نتایج نشان دهنده اعتبار سازه و اعتبار عاملی خوب و مناسب این پرسشنامه بوده است. نتایج پژوهش گرانیفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) نیز در بررسی همسانی درونی خرده مقیاس ها پرسشنامه خوب گزارش شده است (۰/۶۲ الی ۰/۸۵).

نتایج آنالیز مولفه های اصلی حمایت تجربی مستحکمی را برای آیتم های تعیین شده در نسخه کوتاه پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) فراهم آورد. همچنین نتایج در بررسی پایایی پرسشنامه نشان دهنده پایایی بالا و قابل

قبول پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) بود. همچنین در بررسی همسانی درونی CERQ به نتایج زیر دست یافتند:

جدول شماره ۳: همسانی درونی آیتم های پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان

آیتم ها	خرده مقیاس
۰/۶۸	ملاحت خود
۰/۷۳	پذیرش
۰/۷۹	تمرکز بر روی افکار / نشخوار فکری
۰/۸۰	تمرکز مجدد مثبت
۰/۷۹	تمرکز بر برنامه ریزی مجدد
۰/۸۱	ارزبایی مجدد مثبت
۰/۷۹	دیدگاه دیگری
۰/۸۱	فاجعه سازی
۰/۷۷	ملاحت دیگران

همانطور که در جدول با مشاهده می کنید کمترین آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خود ملاحت گری (۰/۶۸) و بیشترین آلفای کرونباخ به خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت و فاجعه سازی (۰/۸۱) اختصاص دارد. بنابراین نتایج نشان دهنده همسانی درونی مناسب خوب نسخه ۱۸ آیتمی CERQ می باشد

جدول شماره ۴: طریقه نمره گذاری پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان

هرگز	گاهی	مرتباً	اغلب	همیشه
۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه سبک دفاعی آندرز و همکاران (DSQ-۴۰) پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ-۴۰) (توسط آندرز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تنظیم شد. این پرسشنامه براساس پرسشنامه اولیه باند و همکاران که در ۱۹۸۳ تهیه شده بود تحول یافت. ۲۰ مکانیزم دفاعی را در ۳ عامل رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده وار از یکدیگر مورد بازشناسی و تفکیک قرار داده است.

مکانیزم های دفاعی همچون بسیاری از مفاهیم روان تحلیل گری، مفهومی مبهم و ناشناخته به نظر می رسد، و این ابهام و رازآلودگی تردید را در مورد حضور و یا تاثیر آن در کنش های روانی آدمی دامن زده است و آنچه که این ابهام را می گستراند جایگاه آن است چرا که از فروید تا روانشناسان من(ایگو) همگی بر اهمیت گستره ی ناهشیاری در پدیدآیی و ظهور این مکانیزم ها تاکید داشته و برآن پای می فشردند. مکانیزم های دفاعی در پی فزون خواهی بن و تکانه های ناهشیار و ناخواستنی اش به راه می افتند و هدف آنها کاهش اضطراب برآمده از چنین جنبشی و یا مهار آن و یا برآوردن تمنای بن به طریق مدارا می باشد. در این پژوهش منظور از نمره استاندارد سبک های دفاعی نمره های است که فرد به سوالات ۴۰ گویه ای پرسشنامه می دهد.

پایایی و روایی پرسشنامه:

اندروز و همکاران (۱۹۹۳)، آلفای کرونباخ را برای سبک های رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته به ترتیب ۰/۶۸ ، ۰/۵۸ ، ۰/۸۰ گزارش کردند. [۳۰]. همچنین در ایران بشارت، شریفی و ایروانی (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ در فرم فارسی پرسشنامه را برای هر یک از سبک های رشد یافته، رشد نیافته و نورو تیک به ترتیب، ۰/۷۵ ، ۰/۷۳ ، ۰/۷۴ گزارش کردند که بیانگر همسانی درونی رضایت بخش برای فرم فارسی پرسشنامه سبک های دفاعی می باشد [۳۱].

روش نمره گذاری پرسشنامه:

مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه ای (۹ کاملاً موافق الی ۱ کاملاً مخالف) اعلام می کند.

فرد در هر یک از مکانیزم های دفاعی نمره ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می آورد، در هر کدام از مکانیزم های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنی استفاده فرد از آن مکانیزم است و در سبک های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک های دیگر مقایسه می شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد.



جدول شماره ۵: سبک های و مکانیزم های دفاعی و آیتم های مرتبط

شماره سوال	مکانیزم دفاعی	سبک های دفاعی
۴-۱۶	دلیل تراشی	
۶-۲۹	فرافکنی	رشد نیافته
۸-۱۸	انکار	
۹-۱۵	همه کار توانی	
۱۰-۱۳	نارزنده سازی	
۱۱-۲۰	گذرا به عمل	
۱۲-۲۷	بدنی سازی	
۱۴-۱۷	خیال پردازی اوتیستیک	
۱۹-۲۲	لایه سازی	
۲۳-۳۶	پرخاشگری منفعلانه	
۳۱-۳۳	جابجایی	
۳۴-۳۷	مجزاسازی	
۲-۲۵	فرونشانی	
۳-۳۸	والایش	رشد یافته
۵-۲۶	شوخ طبعی	
۳۰-۳۵	پیشاپیش نگری	
۱-۳۹	دیگر دوستی کاذب	
۷-۲۸	تشکل واکنشی	روان آزرده
۲۱-۲۴	عقلانی سازی	
۳۲-۴۰	ابطال	

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (-۱YGSE)

خودکارآمدی عمومی یعنی باور شخص به شایستگی کلی خود برای اجرای عمل موثر که مستلزم کارایی در همه موقعیت های پیشرفت است. یا به عنوان ادراک فرد در مورد توانایی خود برای عمل موثر در همه موقعیت های متفاوت تعریف شده است. بنابراین از یک سو خودکارآمدی عموماً یک وضعیت با دامنه وسیع یا خاص در نظر گرفته می شود. یعنی شخص می تواند باورهای محکم یا سستی در یک محدوده وسیع یا موقعیتی خاص از کنش وری داشته باشد. از سوی دیگر برخی

از پژوهشگران به نوعی خودکارآمدی تعمیم یافته اشاره دارند که نشان دهنده نوعی اطمینان کلی به توانایی مقابله در همه قلمروها یا موقعیت های جدید است [۳۲].

این مقیاس توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک-دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) تهیه شده است. نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که سازندگان آن براساس تحلیل های انجام شده، سوالاتی را نگه داشتند که بار ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس ۱۳ سوال که دارای این ویژگی نبودند، حذف و آزمون به ۲۳ سوال کاهش یافت. از این ۲۳ سوال ۱۷ سوال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار ۱۲/۸۰ می سنجد.

مولفه ها:

- ۱- آموزشی
- ۲- شغلی
- ۳- اجتماعی

روایی و پایایی:

ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد [۳۳].

جدول شماره ۶: آلفای کرونباخ یا همسانی درونی کلی سوالات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

نام متغیر	میزان آلفای کرونباخ
خودکارآمدی	۰/۷۹

روش نمره گذاری:

جدول شماره ۷: نحوه ی نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

گزینه	کاملاً مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملاً موافقم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

برای هر سوال مقیاس خودکارآمدی، ۵ پاسخ پیشنهاد شده است. به همین دلیل به هر سوال ۵ امتیاز تعلق می گیرد. سوالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می یابد. و بقیه سوالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می یابد.

جدول شماره ۸: نحوه نمره گذاری معکوس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

گزینه	کاملا مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملا موافقم
امتیاز	۵	۴	۳	۲	۱

بر اساس این روش از تحلیل شما نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید

جدول شماره ۹: حد پایین نمرات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۱۷	۵۱	۸۵

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی ضعیف می باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسطی می باشد. در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می باشد.

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

آموزش پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی، انتشارات جنگل (۱۳۹۲)، تنظیم شد [۳۴]، که شامل مواردی مانند توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین، آشنایی با مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه)، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش تحمل پریشانی، آموزش تنظیم هیجان، افزایش خودکارآمدی بین فردی، آموزش مهارت های فردی مهم و مرحله جمع بندی خواهد بود.

## جدول شماره ۱۰: ساختار جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسات درمانی	محتوا و هدف	تکلیف خانگی
۱	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون ، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌های ، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام درمان ، ه کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکانپذیر است و توزیع فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد ، معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط میتوان بر نادیده گرفتن ارزشها ، قطع ارتباط ، واکنشها ، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد معرفه سیستمهای ناکارآمد گذشته ، ( آشنایی با تلاشهای گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف ) .	- ثبت کاربرگ تشریح مشکل - ثبت روزانه سرزندگی در برابر رنج
۲	برقراری اتحاد درمانی، بررسی سوالات و مرور تکالیف، پل زدن به جلسه قبلی، مقدمه با هدف القای ناامیدی خلاق، سوال در مورد تلاش های قبلی	- ارایه کاربرگ راه حل های به کار برده شده و تأثیرات بلند مدت آنها
۳	تعریف کنترل گری، ناکارآمدی کنترل و معرفی ذهن قصه گو	- کاربرگ من کیستم؟ - کاربرگ قلاب شدن
۴	همجوشی / همجوش زدایی، تمرینات ذهن آگاهی و دلبستگی به خود مفهوم سازی شده	- روزانه ده تا بیست دقیقه تنفس توجه آگاهانه - ارائه کاربرگ تمرین تنفس توجه آگاهانه
۵	اجتناب تجربه ای، عمل ناکارآمد، تکنیک های مراقبه	- کاربرگ اکتشاف دردها و اجتناب ها - تمرینات ذهن آگاهی مشاهده کردن، نفس کشیدن و بسط دادن
۶	پذیرش و فضا دادن، تکنیک های مایندفولنس(ذهن آگاهی)	- کاربرگ کشمکش در برابر فضا دادن
۷	تماس با اینجا و اکنون ، معرفی خود محتوایی ، خود مفهومی و خود مشاهده گر، معرفی زمان حال	- تمرین روزانه لنگر انداختن
۸	معرفی ارزش ها، شناسایی ارزش ها و استعاره های مرتبط	- کاربرگ قطب نمای زندگی - کاربرگ مشکلات و ارزش ها
۹	رسیدن به ارزش ها، بیان ارزش ها در مقایسه با اهداف و آوردن ارزشها به زندگی	- کاربرگ حلقه هدف - لیست اعمال ارزشی

یافته ها

در این بخش اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی و یافته های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه، ارائه شده است.

جدول شماره ۱۱: میانگین و انحراف استاندارد سن گروه های مورد پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۱۵	۳۴/۸	۶/۲۵	۴۶	۲۶
کنترل	۱۵	۳۳/۸	۶/۲۶	۴۶	۲۴

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه اکت  $(ACT) ۳۴/۸ \pm ۶/۲۵$  و در گروه کنترل  $۳۳/۸ \pm ۶/۲۶$  است.

جدول شماره ۱۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه			
		اکت	کنترل		
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۶/۱۳	۲/۰۳	۱۶/۰۶	۲/۰۸
	پس آزمون	۹/۶۶	۱/۶۳	۱۶/۳۳	۲/۱۲
خودکارآمدی	پیش آزمون	۴۱/۲۶	۱۰/۰۱	۵۵/۸	۹/۰۱
	پس آزمون	۵۹/۱۳	۸/۹۹	۵۵/۲	۸/۹۶
تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون	۴۹/۹۳	۷/۲۰	۵۱	۶/۱۱
	پس آزمون	۵۹/۸۰	۷/۱۹	۵۰/۴۰	۵/۶۶
مکانیزم های دفاعی	پیش آزمون	۲۱۰/۵۳	۴۶/۰۶	۱۸۸/۰۰	۴۶/۳۳
	پس آزمون	۱۳۳/۲۰	۳۸/۲۹	۱۸۸/۳۳	۴۸/۶۱

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی

در گروه های آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه کنترل را نشان می دهد که به منظور مقایسه این میانگین ها از آمار استنباطی استفاده شده و نتایج آن در زیر ارائه گردیده است.

یافته های استنباطی

استفاده از آزمون های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که با رعایت پیش فرض ها و تأیید آنها می توان از این آزمون ها استفاده کرد. با توجه به اینکه روش های به کار برده شده در این پژوهش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) است، این پیش فرض ها شامل قرار گرفتن متغیر وابسته حداقل در سطح فاصله ای/نسبی، نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته و همگنی واریانس ها است که در ابتدای بررسی هر فرضیه به بررسی این پیشفرض ها پرداخته می شود. از آنجایی که نوع پرسشنامه به کار گرفته شده در این پژوهش از نوع طیف لیکرت است، بنابراین تمامی متغیرهای وابسته حداقل در سطح مقیاس فاصله ای هستند.

برسی نرمال بودن

جدول شماره ۱۳: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف برای برسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه گیرنده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر	مرحله	شاپیرو - ویلک	کولموگروف - اسمیرنوف
		آماره	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۰/۱۹۹	۰/۱۱۵
	پس آزمون	۰/۱۸۱	۰/۹۳۹
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۱۱۳	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۷۱	۰/۹۷۳
تنظیم شناختی	پیش آزمون	۰/۱۰۳	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۹۴۷
هیجان	پیش آزمون	۰/۱۷۱	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۲۹۶	۰/۹۴۶
مکانیزم های دفاعی	پیش آزمون	۰/۲۶۱	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۲۹	۰/۸۶۶

برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی، در هر دو مرحله معنادار نیست ( $P < 0.05$ )، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است.

جدول شماره ۱۴: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه کنترل پژوهش

متغیر	مرحله	شاپیرو - ویلک	کولموگروف - اسمیرنوف
		آماره	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۰/۱۳۹	۰/۹۵۸
	پس آزمون	۰/۱۳۲	۰/۳۰۵
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۱۹۶	۰/۹۲۳
	پس آزمون	۰/۱۵۸	۰/۴۱۹
تنظیم شناختی	پیش آزمون	۰/۱۰۰	۰/۹۷۸
	پس آزمون	۰/۱۶۳	۰/۲۷۷
مکانیزم های	پیش آزمون	۰/۱۳۱	۰/۹۵۳
دفاعی	پس آزمون	۰/۱۵۱	۰/۴۳۶

برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در گروه کنترل از آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، از آنجایی که مقادیر آزمون برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی، در هر دو مرحله معنادار نیست ( $P < 0.05$ )، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است.

همگنی واریانس ها

هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، مساوی بودن واریانس های گروه ها است. بدین منظور از آزمون لون استفاده شده است. نتایج آزمون لون برای متغیرهای پژوهش در جدول زیر قید گردیده.

جدول شماره ۱۵: نتایج آزمون لون در مورد همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	۱/۶۴۱	۲	۴۲	۰/۲۰۶
خودکارآمدی	۲/۸۶۷	۲	۴۲	۰/۰۶۸
تنظیم شناختی هیجان	۱/۴۵۸	۲	۴۲	۰/۲۴۴
مکانیزم های دفاعی	۳/۵۷۷	۲	۴۲	۰/۰۸۷

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لون استفاده گردیده است. همانطور که در جدول فوق مشاهده می

گردد، مقدار آماره F برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی معنادار نیست)  $P > 0.05$ ، از این رو پیش فرض برابری واریانس های متغیرها تأیید می شود.

جدول شماره ۱۶: بررسی همگنی شیب خط رگرسیون مابین متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	۱۶/۲۰۱	۱۱	۱/۴۷۳	۱/۳۳۱	۰/۲۶۸
خودکارآمدی	۱۷۹/۷۲۶	۹	۱۹/۹۷۰	۲/۳۹۶	۰/۱۵۰
تنظیم شناختی هیجان	۱۰۵/۸۷۹	۱۴	۷/۵۶۳	۳/۴۹۱	۰/۰۵۱
مکانیزم های دفاعی	۱۲۰۰/۴۳۰	۷	۱۷۱/۴۹۰	۱۱/۲۴۵	۰/۰۸۴

با توجه به جدول فوق، مقدار آماره F برای متغیرهای اضطراب فراگیر، خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان معنادار نیست ( $P > 0.05$ )، بنابراین رابطه بین متغیر کمکی با متغیر وابسته تحقیق برای همه گروه ها مشابه می باشد. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری رعایت شده است، می توان از این آزمون استفاده کرد.

جدول شماره ۱۷: نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۲۲	۲/۶۹۵	۱۲	۱۰۲/۰۰۰	۰/۰۰۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳۸۶	۳/۰۶۴	۱۲	۸۴/۹۵۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۳۱۸	۳/۳۶۸	۱۲	۹۲	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه	۱/۰۸۳	۹/۲۰۸	۴	۳۴	۰/۰۰۰

روی

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون های چندمتغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری به دست آمده، بین گروه های آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته اضطراب فراگیر،



خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و مکانیزم های دفاعی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد)  $P > 0.05$ ).

فرضیه شماره یک:

۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۱۸: برای تحلیل فرضیه ی اول پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
مکانیزم های دفاعی	اکت	۱	۱۰۷۷۷/۷۰	۰/۰۳۵	۰/۰۰۲	۰/۵۲۵
	کنترل	۱	۵۵/۸۳	۳/۶۳	۰/۰۷۹	۰/۲۱۹

بر اساس یافته های جدول شماره ۱۸ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ( $P > 0.05$ )، و مقدار ضریب اتا برای متغیر مکانیزم های دفاعی (۰/۵۲۵) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مکانیزم های دفاعی می باشد.

فرضیه شماره دو:

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۱۹: برای تحلیل فرضیه ی دوم پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
تنظیم شناختی هیجان	اکت	۱	۶۱۳/۴۷	۷۱/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۸۴۷
	کنترل	۱	۹/۴۴	۱/۷۹	۰/۲۰۳	۰/۱۲۲

بر اساس یافته های جدول شماره ۱۹ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال

اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ( $P > 0.05$ )، و مقدار ضریب اتا برای متغیر تنظیم شناختی هیجان ( $0.847$ ) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم شناختی هیجان می باشد.

فرضیه شماره سوم:

۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره ۲۰: برای تحلیل فرضیه ی سوم پژوهش از روش کوواریانس استفاده گردیده است که تحلیل های مرتبط با آن در جدول های زیر ارائه گردیده اند

متغیر	گروه ها	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
خودکارآمدی	اکت	۱	۸۴۹/۴۹	۳۸/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴۹
	کنترل	۱	۰/۳۲۸	۰/۰۸	۰/۷۷۶	۰/۰۰۶

بر اساس یافته های جدول شماره ۲۰ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر واقع شده ( $P > 0.05$ )، و مقدار ضریب اتا برای متغیر خودکارآمدی ( $0.749$ ) بدست آمده که نشان دهنده میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی می باشد. بحث و نتیجه گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک رویکرد نوین در روان درمانی است که به طور خاص بر روی پذیرش احساسات و افکار منفی و تعهد به تغییر رفتارها تمرکز دارد. این رویکرد به افراد کمک می کند تا با چالش های روانی خود به شیوه ای سالم تر و مؤثرتر برخورد کنند. یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر آن بر مکانیزم های دفاعی است که افراد به طور ناخودآگاه برای محافظت از خود در برابر استرس و اضطراب به کار می برند. مکانیزم های دفاعی، مانند انکار، سرکوب، و توجیه، به عنوان راهکارهایی برای کاهش تنش های روانی عمل می کنند. با این حال، استفاده مداوم از این مکانیزم ها می تواند به مشکلات عمیق تری منجر شود و فرد را از تجربه واقعی زندگی و احساساتش دور کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش، به افراد کمک می کند تا به جای فرار از احساسات منفی، آن ها را بپذیرند و با آن ها مواجه شوند. این پذیرش به معنای تسلیم شدن نیست، بلکه به معنای ایجاد فضایی برای تجربه احساسات و افکار بدون قضاوت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عمل و تغییر رفتار تأکید دارد. افراد در این رویکرد تشویق می شوند تا به ارزش ها و اهداف شخصی خود پایبند باشند و به جای استفاده از مکانیزم های دفاعی، به سمت اقداماتی که به بهبود کیفیت زندگی شان کمک می کند، حرکت کنند. این تعهد به عمل می تواند به تقویت خودآگاهی و افزایش توانایی در مدیریت احساسات و افکار منفی منجر شود.

همچنین، تمرین های ذهن آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گنجانده شده اند، به افراد کمک می کنند تا از الگوهای دفاعی خود آگاه شوند و در نتیجه، توانایی مدیریت بهتر احساسات و افکار را پیدا کنند. این آگاهی می تواند به

کاهش اضطراب و استرس کمک کند و به افراد اجازه دهد تا با چالش های زندگی به شیوه ای مؤثرتر و سازنده تر برخورد کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای تغییر الگوهای دفاعی عمل کند و به افراد کمک کند تا با احساسات و افکار منفی به شیوه ای سالم تر و مثبت تر برخورد کنند. این رویکرد نه تنها به بهبود سلامت روانی کمک می کند، بلکه می تواند کیفیت زندگی را نیز به طور کلی افزایش دهد.

در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۱۸، یافته های فرضیه شماره یک با یافته های پژوهش های خرمی و رازقی (۱۴۰۲) و پاوا پیتیل و راودزه غزالی (۲۰۲۳)، همسو بوده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مکانیزم های دفاعی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می کند تا به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب احساسات منفی، آن ها را بپذیرند و با آن ها مواجه شوند. این پذیرش به افراد اجازه می دهد تا احساسات خود را بدون قضاوت تجربه کنند و از این طریق، به کاهش تنش های روانی و اضطراب کمک می کند. در واقع، پذیرش به عنوان یک ابزار مؤثر برای تنظیم هیجان عمل می کند، زیرا افراد را قادر می سازد تا به جای فرار از احساسات، آن ها را درک کنند و به آن ها پاسخ دهند.

علاوه بر پذیرش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد به عمل و تغییر رفتار تأکید دارد. این رویکرد به افراد کمک می کند تا به ارزش ها و اهداف شخصی خود پایبند باشند و به جای استفاده از استراتژی های ناکارآمد برای تنظیم هیجان، به سمت اقداماتی که به بهبود کیفیت زندگی شان کمک می کند، حرکت کنند. این تعهد به عمل می تواند به تقویت خودآگاهی و افزایش توانایی در مدیریت احساسات و افکار منفی منجر شود. تمرین های ذهن آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گنجانده شده اند، به افراد کمک می کنند تا از الگوهای فکری و هیجانی خود آگاه شوند و در نتیجه، توانایی مدیریت بهتر احساسات را پیدا کنند. این آگاهی می تواند به کاهش اضطراب و استرس کمک کند و به افراد اجازه دهد تا با چالش های زندگی به شیوه ای مؤثرتر و سازنده تر برخورد کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای بهبود تنظیم شناختی هیجان عمل کند. با پذیرش احساسات و تعهد به عمل، افراد می توانند به شیوه ای سالم تر و مثبت تر با هیجانان خود برخورد کنند و در نتیجه، کیفیت زندگی و سلامت روانی خود را بهبود بخشند. این رویکرد نه تنها به کاهش مشکلات روانی کمک می کند، بلکه می تواند به ایجاد یک زندگی معنادار و رضایت بخش نیز منجر شود.

در نهایت، در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۱۹، یافته های فرضیه شماره دو با یافته های پژوهش های عقیلی، مهقانی قشلاق و اصغری (۱۴۰۲) و کریمیان، اکبری اسدی مجره (۱۴۰۲)، همسو بوده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

یکی از جنبه های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش است. این رویکرد به افراد آموزش می دهد که به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب احساسات و افکار منفی، آن ها را بپذیرند و با آن ها مواجه شوند. این پذیرش می تواند به کاهش تنش های روانی و اضطراب کمک کند و به افراد اجازه می دهد تا احساسات خود را بدون قضاوت تجربه کنند. این کار، افراد می توانند به تدریج احساس کنترل بیشتری بر روی وضعیت های خود پیدا کنند و این امر به تقویت خودکارآمدی آن ها منجر می شود.

علاوه بر پذیرش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد به عمل و تغییر رفتار تأکید دارد. این رویکرد به افراد کمک می کند تا به ارزش ها و اهداف شخصی خود پایبند باشند و به جای استفاده از استراتژی های ناکارآمد برای مدیریت

اضطراب، به سمت اقداماتی که به بهبود کیفیت زندگی شان کمک می کند، حرکت کنند. این تعهد به عمل می تواند به تقویت خودآگاهی و افزایش توانایی در مدیریت احساسات و افکار منفی منجر شود. تمرین های ذهن آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گنجانده شده اند، به افراد کمک می کنند تا از الگوهای فکری و هیجانی خود آگاه شوند و در نتیجه، توانایی مدیریت بهتر احساسات را پیدا کنند. این آگاهی می تواند به کاهش اضطراب و استرس کمک کند و به افراد اجازه دهد تا با چالش های زندگی به شیوه ای مؤثرتر و سازنده تر برخورد کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای بهبود خودکارآمدی افراد مبتلا به اضطراب تعمیم یافته عمل کند. با پذیرش احساسات و تعهد به عمل، افراد می توانند به شیوه ای سالم تر و مثبت تر با اضطراب خود برخورد کنند و در نتیجه، کیفیت زندگی و سلامت روانی خود را بهبود بخشند. این رویکرد نه تنها به کاهش مشکلات روانی کمک می کند، بلکه می تواند به ایجاد یک زندگی معنادار و رضایت بخش نیز منجر شود. در نهایت، با توجه به یافته های جدول شماره ۲۰، یافته های فرضیه شماره سوم با یافته های پژوهش های شی، کائو، لئو، لیو، یانگ و ونگ (۲۰۲۳) و توهیگ، کاپل و لوین (۲۰۲۴)، همسو بوده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تاثیر مثبت و معناداری دارد.

#### منابع

1. Hazlett-Stevens, H. (۲۰۱۰). *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder: A Clinician's guide to Assessment and Treatment*. New York: Springer.
2. Durham, R. C. (۲۰۰۵). Treatment of general-ized anxiety disorder. *Psychiatry*, Vol. ۶, Is-sue ۵, Pages, ۱۸۷-۱۸۳.
3. Glickman, M., Weatherford, P., and Ryser, N. (۲۰۰۰). Cognitive- behavioral therapy for anxiety disorders. Why and how it works. *Bulletin of the Menninger clinic*, ۶۴, (۳).
4. Bargh, J. A., & Williams, L. E. (۲۰۰۷). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp.۴۴۵-۴۲۹). New York: Guilford Press.
5. Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (۲۰۰۳). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing selfregulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, ۲۷, ۱۵۶-۱۲۵.
6. Brackett, M. A., & Salovey, P. (۲۰۰۴). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher *Measurement of emotional intelligence* (pp.۱۹۴-۱۷۹). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (۲۰۱۰). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, ۳۰, -۲۱۷ ۲۳۷.
8. Gross, J. J. (۲۰۱۳). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, ۱۳ (۳), ۳۵۹.

۹. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Mayors S, Robinson LR(۲۰۰۷). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* ۱۶(۲):۸۸-۳۶۱.
۱۰. Oltmanns, T., Emery, R. (۲۰۱۲). *Abnormal psychology*, Seventh edition, Pearson Education, Inc. Oschner KN, Gross JJ(۲۰۰۵). The cognitive control of emotion. *Trend Cogn Sci.*; ۹(۵):۹-۲۴۲.
۱۱. Cramer P., Jones C. J. (۲۰۰۷). Defense mechanisms predict differential lifespan change in self-control and self-acceptance, *Journal of research in personality*, Vol ۴۱, Issue ۴, pages ۸۵۵-۸۴۷.
۱۲. Zimmerman BJ. Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemp Educ Psychol.* ۲۰۰۰Jan;۲۵(۱):۹۱-۸۲.
۱۳. Purang A, Yazdi A. [Self efficacy beliefs and examination anxiety in student of university of south Khorasan]. *Med J Gonabad Univ.* ۵(۳), ۲۰۰۹.persian.
۱۴. Rajabi, G. [Reliability and Validity of the General Self-Efficacy Beliefs Scale (GSE-۱۰) Comparing the Psychology Students of Shahid Chamrin University and Azad University of Marvdasht]. *New Thought Educate* ۲(۱),۲۰۰۶, PP۱۲۲-۱۱۱. Persian.
۱۵. Hayes, S. C., Strosahi, K., and Wilson, K. G. (۱۹۹۹). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford press.
۱۶. Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., and Pistorello, J. (۲۰۱۱). *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral Science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. *Behavior Therapy*.
۱۷. American Psychiatric Association [Available from: <https://www.psychiatry.org/>].
۱۸. Eifert, H. G., and Forsyth, P. J. (۲۰۰۵). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbinger.
۱۹. عقیلی ، سید مجتبی ؛ مهقانی قشلاق ، زهرا ؛ اصغری ، آرزو. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و برگول تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب دیده اجتماعی. پژوهش های نوین روانشناختی ، ۱۸ (۷۰) ، ۱۸۷ - ۱۹۴.
۲۰. کریمیان ، زینب ؛ اکبری ، بهمن ؛ اسدی مجره ، سامره. (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی. مطالعات ناتوانی ، ۱۳ (۱) ، ۱۵۱ - ۱۶۱.
۲۱. خرمی ، مریم ؛ رزاقی ، نرگس. (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیزم های دفاعی و بخشودگی در زنان مطلقه. مطالعات ناتوانی ، ۱۳ (۱) ، ۶۷ - ۷۶.
۲۲. Twohig, Michael P.; K. Capel, Leila; E. Levin, Michael.(۲۰۲۴). A Review of Research on Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, ۴۷(۴), ۷۲۲-۷۱۱.

۲۳. Pawa Pital, P., Raudzah Ghazali, S., (۲۰۲۳). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological defense mechanism and weight loss program: A randomized controlled trial among university students during COVID-۱۹ movement control order. *Journal of Contextual Behavioral Science*, ۲۹(۱), ۱۸۱-۱۷۱.
۲۴. Shi, Jun-Yan; Cao, Yan-Mei; Luo, Hou-Yuan; Liu, Sha; Yang, Fa-Ming; Wang, Zhen-Hong. (۲۰۲۳). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on self-esteem and psychological flexibility in patients with schizophrenia in remission. *Schizophrenia Research*, ۲۵۵(۱), ۲۲۱-۲۱۳.
۲۵. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (۲۰۰۶). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-۷. *Archives of internal medicine*, ۱۶۶(۱۰), ۱۰۹۷-۱۰۹۲.
۲۶. نائینیان، محمد رضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار): ۵۰-۴۱.
۲۷. سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و عباس، بازرگان. (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه.
۲۸. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۲). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, ۳۰, ۱۳۲۷-۱۳۱۱.
۲۹. Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (۲۰۰۵). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and individual differences*, ۱۳۲۷-۳۸, ۱۳۱۷.
۳۰. Andrews, G, Singh, M , and Bond, M (۱۹۹۳) . the defense style Questionnaire The *Journal of Nervous and Mental Disease*, ۱۹(۱)۲۵۶-۲۴۶.
۳۱. بشارت، م؛ شریفی، م؛ ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مکانیسم های دفاعی. *مجله روانشناسی*، ۵۰(۱)، ۲۷۷-۲۸۹.
۳۲. Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (۱۹۸۲). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, ۵۱, ۶۷۱-۶۶۳.
۳۳. Sherer, M., & Adams, C. H. (۱۹۸۳). Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports*, ۵۳, ۹۰۲-۸۹۹.
۳۴. ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. چاپ اول، تهران؛ انتشارات جنگل.