

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های تحمل پریشانی در زنان دارای اضطراب سلامت

اعظم مدحی^۱، فرناز فرشلاف مانی صفت^{۲*}، مهین اعتمادی نیا^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

خلاصه

مقدمه: افراد با پریشانی، بیش‌تر از نشانه‌های بیماری جسمانی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری جسمی، پیش‌بینی کننده قوی وقوع آسیب در کارکردهای روانی-اجتماعی و جسمانی است. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های تحمل پریشانی در مبتلایان به اضطراب سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای اضطراب سلامتی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید شیرازی شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۴۴ نفر بودند. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های اضطراب سلامت Salkovskis و تحمل پریشانی Simons را در مراحل مختلف سنجش تکمیل کردند. درمان پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه و درمان پارادوکسی طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه‌های آزمایش اعمال شدند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: پارادوکس درمانی و درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل باعث بهبود مؤلفه‌های تحمل ($F=۱۹/۶۳۴$ و $\eta=۰/۴۰۸$)، جذب ($F=۱۵/۳۷۲$ و $\eta=۰/۳۵۰$)، ارزیابی ($F=۱۹/۵۷۰$ و $\eta=۰/۴۰۷$)، تنظیم ($F=۱۲/۴۴۲$ و $\eta=۰/۳۰۴$) و تحمل پریشانی ($F=۵۹/۵۴۳$ و $\eta=۰/۵۶۶$) شدند ($P<۰/۰۵$). از نظر میزان سودمندی دو رویکرد درمانی بر بهبود تحمل پریشانی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد پارادوکس درمانی و درمان پذیرش و تعهد می‌توانند سبب بهبود تحمل پریشانی در مبتلایان به اضطراب سلامت شوند و برتری بر هم ندارند.

واژه‌های کلیدی: درمان پارادوکسی، درمان پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، اضطراب سلامت

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

پست الکترونیکی: Behrouz.psych64@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

مقدمه

سلامت زنان یکی از موضوعات کلیدی حوزه بهداشت و درمان است [۱]. زنان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و هیجانی بیش تر از مردان در معرض آسیب های روانی قرار دارند و از این رو، اضطراب سلامت (Health anxiety) بالاتری را تجربه می کنند [۲]. اگرچه سطوح عادی اضطراب سلامت اثر محافظتی دارد و منجر به رفتارهای پیشگیرانه در حوزه سلامت می شود، اما اضطراب با شدت بالا به لحاظ سلامت روان مشکل ساز بوده و مضر است. سطوح بالای اضطراب سلامتی با تأثیرگذاری بر مسائل شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی موجب افزایش تنش و اختلال در سیستم ایمنی بدن می گردد [۳].

مرور مطالعات نشان داد که افراد با اضطراب سلامت در تحمل پریشانی (Distress tolerance) دچار مشکلاتی هستند و بر این باورند که تجربه اضطراب و پریشانی، تحمل ناپذیر است و می تواند برایشان دشوار باشد [۴]. از این رو، Gaher و Simons در تعریف خود از تحمل پریشانی آورده اند که تحمل پریشانی به توانایی انسان برای ایستادگی در برابر و مقابله با هیجان های منفی اشاره دارد. افراد با تحمل پریشانی پایین تمایل به واکنش منفی به موقعیت های مبهم دارند که این امر می تواند به دلیل دشواری در تنظیم هیجان و سایر عوامل رخ داده باشد [۵]. در پژوهشی Gary و همکاران، به این نتیجه دست یافتند که میان اضطراب سلامت و برخی جنبه های تحمل پریشانی رابطه معنی دار وجود دارد [۳].

افراد با تحمل پایین پریشانی به این واقعیت واقف هستند که نمی توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و حس می کنند که دیگران شرایط بهتری برای مقابله با هیجان های منفی نسبت به آن ها دارند. در نتیجه، این افراد به دلیل ناتوانی برای تحمل هیجان های منفی احساس

سرخوردگی و ضعف می کنند. با توجه به فقدان توانایی رویارویی ادراک شده و ناتوانی در مدیریت هیجان های آزارنده، این افراد برای اجتناب از تجربه هیجان های منفی به سختی تلاش می کنند. چنانچه نتوانند از موقعیت های آزاردهنده دوری و اجتناب بجویند، می کوشند تا حالات هیجانی آزارنده خویش را از شیوه های ناسالمی کاهش بدهند. اگر این راهکارهای ناسالم اثری نداشته باشند، تمامی انرژی خود را بر هیجان های منفی متمرکز نموده و در نهایت، کارکردهای روان شناختی و اجتماعی آن ها مختل خواهد شد [۵-۳].

در سال های اخیر روش ها و شیوه های مداخلاتی سعی داشته اند با برنامه های آموزشی-درمانی خود در راستای کاهش آسیب پذیری روانی قدم بردارند. پارادوکس درمانی (Paradoxical treatment) یکی از جدیدترین این رویکردها 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 می بخشد [۶]. پارادوکس درمانی به عنوان درمانی که مبانی مفروضه ها و مدل های نظری مختلفی را در نظمی نوین یکپارچه کرده، توانسته است حمایت پژوهشی قابل قبولی را بدست آورد [۹-۶]. نتایج پژوهشی نشان می دهد درمان پارادوکسی نقش مؤثری در کاهش علائم اضطراب فراگیر داشته و این تغییرات درمانی در مرحله پیگیری نیز دارای ثبات بوده است. همچنین مشخص شد درمان پارادوکسی نقش مؤثری در کاهش نگرانی و نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی دارد و این نوع از درمان، نسبت به درمان شناختی-رفتاری، از برتری نسبی برخوردار است [۸]. نتایج پژوهش Chitgar-zadeh و همکاران، نیز حاکی از آن بود که درمان پارادوکسی به عنوان رویکردی

برای مشخص شدن ظرفیت رقابتی و قابلیت استفاده از این رویکردها به تناسب شرایط و نیازهای جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی، امری ضروری است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های تحمل پریشانی در زنان دارای اضطراب سلامت اجرا شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی شهید صیاد شیرازی شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۴۴ نفر بود، که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Tavakoli و همکاران [۱۳]، و با توجه به مقادیر $\sigma=3/8$ (انحراف معیار نمره تحمل پریشانی)، $d=4/82$ (اختلاف میانگین پس‌آزمون تحمل پریشانی در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha=0/9$ توان آماری و سطح خطا یا α برابر با $0/05$ ، حجم نمونه برابر با ۲۰ نفر برای هر گروه بدست آمد. آزمودنی‌ها، به صورت تصادفی ساده (پرتاب تاس) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای درمان پارادوکس، اعداد ۳ و ۴ برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از دامنه سنی (۲۰ الی ۴۰ سال)، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت، توانایی شرکت در جلسات مداخله، برخورداری از سواد لازم برای تکمیل ابزارهای پژوهش، عدم دریافت درمان دارویی

کوتاه‌مدت، ساده و کارآمد و در عین حال اقتصادی، برای مدیریت آشفتگی هیجانی و حل تعارضات زوجین ناسازگار می‌تواند در دستور کار درمانگران قرار گیرد [۹].

از دیگر سو، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه مداخلات درمانی مربوط به مشکلات اضطرابی و آشفتگی روانی، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن نشانگان بیماری مواجه هستیم [۱۰]. در این میان، دسته‌ای از مداخلات روان‌شناختی که در سال‌های اخیر علاقه رو به افزایشی را سبب شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment-based Therapy) می‌باشد. در این نوع درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری شناختی و در نهایت، زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد [۱۱]. در این درمان، پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی افزایش می‌یابد و هرگونه عملی که موجب اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته شود، بی‌اثر شده یا اثر آن به طور کامل حذف می‌شود [۱۲].

در مجموع، تلاش‌های مکرر برای یافتن پژوهش‌هایی که اثربخشی دو درمان پارادوکسی و پذیرش و تعهد را مقایسه کرده باشند، مطالعه‌ای را در دسترس قرار نداد. مروری بر پژوهش‌های موجود نشان داد هر یک از این دو رویکرد درمانی ظرفیت‌های قابل توجهی برای کاهش آسیب روانی-رفتاری و ارتقای بهداشت روانی جمعیت‌های مختلف دارند [۹، ۱۲]. از آن‌جا که تاکنون در هیچ پژوهشی به مقایسه این دو درمان پرداخته نشده است، چنین مقایسه‌هایی برای بسط دانش علمی برنامه‌های مداخلاتی حوزه سلامت روان

پرونده پزشکی)، ابتدا با کمک فرم کوتاه پرسش نامه اضطراب سلامت در میان ۷۱ نفر که جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی نموده بودند، غربالگری انجام شد. سپس، زنانی را که علاوه بر کسب نمره ۲۳ و بالاتر در پرسش نامه اضطراب سلامت، از ملاک های ورود به پژوهش برخوردار بودند، ضمن انجام مصاحبه بالینی توسط متخصص روانشناسی (دارای تجربه کار روان درمانی) تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه مساوی گمارش شدند. پس از گرفتن رضایت کتبی از بیماران، با توزیع پرسش نامه تحمل پریشانی مرحله پیش آزمون به عمل آمد.

در گام بعد، گروه های آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. به این صورت که برای گروه آزمایش اول، پارادوکس درمانی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Besharat [۶] طی ۶ جلسه (هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) در روز یکشنبه عصر و برای گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Hayes [۱۱] طی ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) در روز چهارشنبه عصر توسط متخصص دارای تجربه در رویکرد درمانی مورد نظر و به صورت مجزا در سالن همایش بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان اجرا شد. بعد از اعمال مداخلات در گروه های آزمایش، از هر سه گروه پس آزمون و پیگیری دو ماهه گرفته شد. در جداول ۱ و ۲ محتوای جلسات دو رویکرد مداخلاتی به تفکیک ارائه شده است.

برای اضطراب سلامت و دریافت تشخیص ابتلای به اضطراب سلامت بر اساس مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5) توسط متخصص روانشناسی، عدم سوء مصرف هر نوع مواد مخدر یا الکل، عدم ابتلای به هر یک از بیماری های طبی مزمن یا اختلال های محور دوم DSM-5 (هر یک از اختلال های شخصیت) و عدم ابتلای به اختلال در هورمون های مترشحه داخلی. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل پاسخ دهی ناقص به ابزارهای خود گزارشی و یا انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، 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.

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی های لازم با مسئولین بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان انجام و مجوز حضور در بیمارستان دریافت شد. سپس با مراجعه به بیمارستان مذکور، با کمک پرسنل پرستاری و با توجه به پرونده بیماران مراجعه کننده طی شش ماه اخیر و از طریق تماس تلفنی (ضمن توضیح کلی در خصوص اجرای پژوهش و رایگان بودن شرکت در آن برای افراد واجد شرایط)، از افراد درخواست شد در طول ایام هفته و ساعات صبح به بیمارستان و قسمت پرستاری مراجعه نمایند. در گام بعدی، بیماران مبتلا به اضطراب سلامت جهت مشارکت در پژوهش شناسایی شدند؛ به این ترتیب که در میان زنان دارای تشخیص اضطراب سلامت (با توجه به اطلاعات مندرج در

جدول ۱- خلاصه محتوای درمان پارادوکسی در زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسه
۱	تعامل اجتماعی و برقراری ارتباط با کمک مصاحبه شامل خوشامدگویی؛ نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته می شوند مثل وضعیت تاهل، مدت ازدواج؛ تعداد فرزندان؛ وضعیت اشتغال؛ در صورت نیاز طرح مسایل خاص خانوادگی و اجتماعی - علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل و یا اختلال توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات
۲	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیت های 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 یا همراه با تکالیف جدید	
۳ 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؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی، تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز	
۴ 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؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی، تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز	
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 هدفهای درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدفهای درمان در صورت نیاز - شرح برنامه خوددرمانی مراجع/بیمار در آینده	

جدول ۲- خلاصه محتوای درمان پذیرش و تعهد در زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی با آزمودنی ها، عنوان کردن قوانین و انتظارات از درمان، معرفی درمان پذیرش و تعهد
۲	ارتباط میان علائم بیماری با خلق-عواطف، معرفی مفهوم درماندگی خلاق، مطرح کردن مفهوم ارزش ها، استفاده از استعاره ها
۳	پرداختن به مفهوم پذیرش و شناخت هیجانات و عواطف، آموزش رابطه بین خلق و خو با پرداختن به مفهوم پذیرش
۴	تمایز میان ارزش ها و اهداف، شفاسازی ارزش ها، معرفی مفهوم گسلس از افکار و احساسات منفی، استفاده از استعاره
۵	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت ها، تمرین ذهن آگاهی، تمایز خود مشاهده گر و خود به عنوان بافت
۶	شفاسازی ارزش ها در مقابل ابهام ارزش ها، فرم جستجوی ارزش ها و قلمروهای زندگی
۷	عمل متعهدانه در مقابل انفعال، ارائه تکلیف با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد ساختن بیمار به فعالیت های خاصی که با اهداف ارزش های بزرگ تر مشخص شده اند.
۸	شفاسازی ارزش ها، آموزش بیمار برای خود درمانگری و پرداختن به نگرانی های بیمار برای خاتمه دادن به درمان

نمره گذاری برای هر سؤال از صفر تا ۳ در نوسان است، بدین صورت که به گزینه الف (امتیاز صفر)، گزینه ب (امتیاز ۱)، گزینه ج (امتیاز ۲) و گزینه د (امتیاز ۳) تعلق می گیرد. دامنه نمرات اکتسابی در این ابزار بین صفر تا ۵۴ در نوسان بوده و نمره اکتسابی بالاتر نشان دهنده میزان بیش تری از اضطراب سلامتی است. امتیاز کل کم تر 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. Salkovskis و همکاران، اعتبار آزمون-بازآزمون این ابزار را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کرده اند [۱۴]. Nargesi و همکاران [۱۵] برای اولین بار این پرسش نامه را در ایران ترجمه و هنجاریابی کرده اند. در مطالعه آن ها، روایی و پایایی این پرسش نامه تأیید گردید و ضریب آلفای

در این پژوهش جمع آوری داده ها علاوه بر چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی (شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأمل، وضعیت شغلی، سابقه بیماری روان پزشکی در خانواده)، با استفاده از فرم کوتاه پرسش نامه اضطراب سلامت (Short health anxiety inventory) و پرسش نامه تحمل پریشانی (Distress tolerance scale) انجام شد. فرم بلند پرسش نامه اضطراب سلامت در سال ۱۹۸۹ توسط Salkovskis و Warwick طراحی و بر اساس آن مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین و در سال ۲۰۰۲ فرم کوتاه آن با ۱۸ سؤال توسط Salkovskis و همکاران طراحی شد. هر سؤال چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه ها شامل توصیف فرد از مؤلفه های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است، که پاسخگو باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند، انتخاب نماید.

روند مطالعه در صورت نیاز، کاملاً رعایت شد. همچنین، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، یکی از پروتکل های درمانی را به صورت رایگان دریافت خواهند نمود.

تحلیل داده های پژوهش توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده ها آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر بود. قبل از تحلیل آماری ابتدا پیش فرض های آمار پارامتریک مربوط به تحلیل واریانس بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni و برای مقایسه اطلاعات دموگرافیک در سه گروه از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه های پارادوکس درمانی، پذیرش و تعهد درمانی و کنترل به ترتیب $4/53 \pm 33/00$ ، $4/98 \pm 32/70$ و $4/80 \pm 32/85$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای در جدول ۳ در خصوص وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلی و سابقه بیماری روانپزشکی در خانواده نشان داد که بین شرکت کنندگان در پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد. در جدول ۴ آماره های توصیفی مربوط به تحمل پریشانی کل و مؤلفه های آن ارائه شده است.

کرونباخ آن برابر با ۰/۷۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۷۲ محاسبه شد. پرسش نامه تحمل پریشانی در سال ۲۰۰۵ توسط Simons و Gaher با ۱۵ سؤال و ۴ مؤلفه تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم طراحی شد. نمره گذاری پرسش نامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای به صورت کاملاً موافق (۱ امتیاز)، اندکی موافق (۲ امتیاز)، نه موافق/نه مخالف (۳ امتیاز)، اندکی مخالف (۴ امتیاز) و کاملاً مخالف (۵ امتیاز) انجام می شود. دامنه نمرات اکتسابی از ۱۵ تا ۷۵ در نوسان بوده و کسب نمرات بالاتر، نشان دهنده تحمل پریشانی بیش تر است. Simons و Gaher، روایی ملاکی و همگرایی این پرسش نامه را تأیید و برابر با ۰/۶۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲ گزارش کرده اند [۵]. Tofangchi و همکاران [۱۶] برای اولین بار این پرسش نامه را در ایران ترجمه و هنجاریابی کردند. در مطالعه آن ها، روایی و پایایی این پرسش نامه تأیید شد و روایی آن برابر با ۰/۶۹ و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ گزارش گردید. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۷۸ محاسبه شد.

این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1402.022) بود و ملاکها و ضوابط اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی، تحلیل داده ها و انتشار نتایج به صورت کلی و بدون ذکر نام و مشخصات، توضیح شفاف درباره اهداف و مراحل اجرای پژوهش، اولویت دادن به سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و احترام به درخواست آن ها برای خروج از

جدول ۳- ویژگی های جمعیت شناختی در زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه = ۲۰ نفر)

P	متغیر جمعیت شناختی		پارادوکس درمانی		گروه کنترل
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)
۰/۱۷۹	متأهل	۶۵ (۱۳)	۶۵ (۱۳)	۶۵ (۱۳)	۶۵ (۱۳)
	وضعیت تأهل	۳۵ (۷)	۴۰ (۸)	۳۵ (۷)	۳۵ (۷)
۰/۴۶۴	سطح تحصیلی	۶۰ (۱۲)	۵۰ (۱۰)	۶۰ (۱۲)	۵۰ (۱۰)
	ابتدایی	۲۵ (۵)	۳۰ (۶)	۳۵ (۷)	۳۵ (۷)
	متوسطه	۱۵ (۳)	۲۰ (۴)	۱۵ (۳)	۱۵ (۳)
۰/۱۲۲	وضعیت شغلی	۱۰ (۲)	۱۵ (۳)	۱۰ (۲)	۱۰ (۲)
	شاغل دولتی/آزاد	۹۰ (۱۸)	۸۵ (۱۷)	۹۰ (۱۸)	۹۰ (۱۸)
۰/۳۰۱	سابقه بیماری روانپزشکی در خانواده	۳۰ (۶)	۲۵ (۵)	۳۰ (۶)	۳۰ (۶)
	ندارد/خیر	۷۰ (۱۴)	۷۵ (۱۵)	۷۰ (۱۴)	۷۰ (۱۴)

نوع آزمون: مجذور کای، * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

در جدول ۴ آماره های توصیفی مربوط به تحمل پریشانی کل و مؤلفه های آن ارائه شده است. نتایج نشان می دهد میانگین نمره کل تحمل پریشانی و مؤلفه های آن در مراحل

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل پریشانی به تفکیک گروه و مراحل سنجش در زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه = ۲۰ نفر)

مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	بی گیری
تحمل	پارادوکس درمانی	۹/۲۰ ± ۱/۲۳	۱۲/۱۵ ± ۱/۸۱	انحراف معیار ± میانگین
	پذیرش و تعهد درمانی	۹/۵۰ ± ۱/۴۶	۱۲/۲۰ ± ۱/۴۳	
	کنترل	۹/۶۰ ± ۱/۳۹	۹/۶۵ ± ۱/۳۸	
جذب	پارادوکس درمانی	۹/۱۷ ± ۲/۲۳	۱۱/۹۵ ± ۱/۸۴	
	پذیرش و تعهد درمانی	۸/۶۵ ± ۱/۸۷	۱۱/۲۵ ± ۱/۲۰	
	کنترل	۹/۵۵ ± ۱/۹۰	۹/۳۵ ± ۱/۸۴	
ارزیابی	پارادوکس درمانی	۱۲/۵۵ ± ۳/۲۳	۱۶/۳۰ ± ۱/۸۳	
	پذیرش و تعهد درمانی	۱۲/۳۵ ± ۱/۹۸	۱۵/۸۰ ± ۱/۸۸	
	کنترل	۱۲/۰۵ ± ۲/۸۷	۱۱/۹۰ ± ۲/۷۸	
تنظیم	پارادوکس درمانی	۱۰/۳۰ ± ۲/۳۵	۱۲/۹۵ ± ۱/۱۴	
	پذیرش و تعهد درمانی	۱۰/۱۵ ± ۲/۴۳	۱۳/۲۵ ± ۱/۰۶	
	کنترل	۱۰/۶۰ ± ۲/۲۸	۱۰/۷۰ ± ۲/۲۰	
پریشانی-کل	پارادوکس درمانی	۴۱/۲۲ ± ۹/۰۴	۵۳/۳۵ ± ۶/۶۲	
	پذیرش و تعهد درمانی	۴۰/۶۵ ± ۷/۷۴	۵۲/۵۰ ± ۵/۵۷	
	کنترل	۴۱/۸۰ ± ۸/۴۴	۴۱/۶۰ ± ۸/۲۰	

گروه های مورد مطالعه مشابه است. بررسی نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F=6/183$, $Box's M=80/361$) و $P=0/164$. هم چنین، بررسی نتایج آزمون موجلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ($P<0/01$). با عدم فرض کرویت، از

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن داده ها برقرار بود ($P>0/05$). نتایج آزمون لوین نشان داد میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی دار نشده است. لذا می توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در

در مراحل پس از آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در نمره کل تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر تحمل پریشانی کل ۰/۵۶، مؤلفه تحمل ۰/۴۰، مؤلفه جذب ۰/۲۷، مؤلفه ارزیابی ۰/۳۴ و مؤلفه تنظیم ۰/۳۰ درصد بوده است. نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی بر بهبود نمره تحمل پریشانی و شاخص‌های آن سودمند بوده‌اند.

تصحیح آزمون گرین‌هاوس-گیسر برای انجام آزمون عامل نمره تحمل پریشانی در سه بار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی×درون‌گروهی معنی‌دار است ($p < 0.001$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر شاخص‌های تحمل پریشانی زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیر پژوهش	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	p	اندازه اثر
مؤلفه تحمل	گروه	۱۱۶/۱۳۳	۵۸/۰۶۷	۱۲/۹۴۲	* < 0.001	۰/۳۱۲
	زمان	۱۵۲/۴۰۰	۱۱۹/۳۹۷	۷۷/۶۵۳	* < 0.001	۰/۵۷۷
مؤلفه جذب	گروه×زمان	۷۷/۰۶۷	۳۰/۱۸۹	۱۹/۶۳۴	* < 0.001	۰/۴۰۸
	گروه	۸۴/۹۳۳	۴۲/۴۶۷	۶/۰۵۱	* < 0.001	۰/۱۷۵
مؤلفه ارزیابی	زمان	۱۲۶/۴۳۳	۱۰۹/۰۸۳	۴۹/۶۲۲	* < 0.001	۰/۴۶۵
	گروه×زمان	۷۸/۳۳۳	۳۳/۷۹۲	۱۵/۳۷۲	* < 0.001	۰/۲۷۷
مؤلفه تنظیم	گروه	۳۴۸/۹۷۸	۱۷۴/۴۸۹	۱۲/۵۴۸	* < 0.001	۰/۳۰۶
	زمان	۲۳۲/۴۱۱	۲۱۶/۰۸۵	۷۰/۵۰۳	* < 0.001	۰/۵۳۳
تحمل پریشانی-کل	گروه×زمان	۱۲۹/۰۲۲	۵۹/۹۷۹	۱۹/۵۷۰	* < 0.001	۰/۳۴۷
	گروه	۹۹/۶۳۳	۴۹/۸۱۷	۶/۸۲۰	* < 0.001	۰/۱۹۳
گروه×زمان	زمان	۱۵۶/۱۰۰	۱۳۳/۹۹۸	۴۹/۹۵۰	* < 0.001	۰/۴۶۷
	گروه×زمان	۷۷/۷۶۷	۳۳/۳۷۸	۱۲/۴۴۲	* < 0.001	۰/۳۰۴
گروه	گروه	۲۳۰۳/۵۴۴	۱۱۵۲/۷۷۲	۴۷/۰۷۳	* < 0.001	۰/۴۳۲
	زمان	۲۶۳۴/۲۱۱	۲۲۲۰/۴۲۱	۲۲۲۰/۹۷۱	* < 0.001	۰/۵۷۹
گروه×زمان	گروه×زمان	۱۴۱۹/۶۲۲	۵۹۸/۳۱۲	۵۹/۵۴۳	* < 0.001	۰/۵۶۶

* نتایج براساس اصلاح Greenhouse-Geisser ارائه شده است؛ * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

در تحمل پریشانی معنی‌دار است. علی‌رغم اثربخشی دو روش مداخلاتی بر بهبود نمره تحمل پریشانی، بین دو برنامه مداخلاتی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ بر حسب مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد پارادوکس درمانی و پذیرش و تعهد درمانی با گروه کنترل

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی گروه‌ها بر شاخص‌های تحمل پریشانی در زنان دارای اضطراب سلامت مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
مؤلفه تحمل	پذیرش و تعهد درمانی-پارادوکس درمانی	۰/۱۳۳	۰/۳۸۶	۱/۰۰۰
	پذیرش و تعهد درمانی-گروه کنترل	۱/۷۶۶	۰/۳۸۶	* ۰/۰۰۰
مؤلفه جذب	پارادوکس درمانی-گروه کنترل	۱/۶۱۳	۰/۳۸۶	* ۰/۰۰۰
	پذیرش و تعهد درمانی-پارادوکس درمانی	-۰/۶۳۳	۰/۴۸۴	۰/۵۸۷

* ۰/۰۰۳	۰/۴۸۴	۱/۶۶۷	پذیرش و تعهد درمانی-گروه کنترل	
* ۰/۰۱۱	۰/۴۸۴	۱/۰۳۳	پارادوکس درمانی-گروه کنترل	
۱/۰۰۰	۰/۶۸۱	-۰/۴۰۰	پذیرش و تعهد درمانی-پارادوکس درمانی	مؤلفه ارزیابی
* ۰/۰۰۰	۰/۶۸۱	۳/۱۳۳	پذیرش و تعهد درمانی-گروه کنترل	
* ۰/۰۰۱	۰/۶۸۱	-۲/۷۳۳	پارادوکس درمانی-گروه کنترل	
۱/۰۰۰	۰/۴۹۳	۰/۱۱۷	پذیرش و تعهد درمانی-پارادوکس درمانی	مؤلفه تنظیم
* ۰/۰۰۵	۰/۴۹۳	۱/۶۳۳	پذیرش و تعهد درمانی-گروه کنترل	
* ۰/۰۱۰	۰/۴۹۳	۱/۵۱۷	پارادوکس درمانی-گروه کنترل	
۰/۸۹۲	۰/۹۰۳	۰/۷۸۳	پذیرش و تعهد درمانی-پارادوکس درمانی	تحمل پریشانی-کل
* ۰/۰۰۰	۰/۹۰۳	۷/۱۶۷	پذیرش و تعهد درمانی-گروه کنترل	
* ۰/۰۰۰	۰/۹۰۳	۷/۹۵۰	پارادوکس درمانی-گروه کنترل	

* ۰/۰۵ < p اختلاف معنی دار

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص های تحمل پریشانی در زنان دارای اضطراب سلامت اجرا شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب بهبود شاخص های تحمل پریشانی شده است. این نتایج در دوره پیگیری هم تداوم داشت. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش Morris و همکاران همسو است. این محققان دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، طول مدت بستری و تحمل پریشانی در مبتلایان به علائم روان پریشی مؤثر است [۱۷].

Cullen و Byrne نیز طی یک پژوهش مروری سیستماتیک همسو با نتیجه پژوهش حاضر، نشان دادند که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش تحریک پذیری و رفتارهای پرخاشگرانه در بزرگسالان دارای تجارب اضطرابی شده است [۱۸]. Romano و همکاران نیز در پژوهشی همسو با یافته حاضر نشان دادند که شرکت در ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی منجر به افزایش تحمل پریشانی و شدت علائم بیماری در مبتلایان به بیماری التهاب روده شده است [۱۹]. در تبیین یافته فوق باید گفت درمان پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط

با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری پرداخته و سپس، افزایش عمل در مسیره های ارزشمند را به افراد آموزش می دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است که می تواند به بهبود تحمل پریشانی بیانجامد [۱۱]. به نظر محققان پژوهش حاضر، مراجعان دارای اضطراب سلامت بر اثر رویکرد پذیرش فرا گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود را بپذیرند و به جای برخورد هیجانی با مشکلات، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. زندگی هدفمند می تواند قدرت مقابله ای و تاب آوری افراد را بهبود بخشد. بهبود تاب آوری نیز می تواند انعطاف پذیری مبتلایان به اضطراب سلامت را در دیگر زمینه ها همچون تحمل پریشانی تحت تأثیر قرار دهد.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که پارادوکس درمانی مؤثر بوده و موجب بهبود شاخص های تحمل پریشانی شده است. این نتایج در دوره پیگیری هم تداوم داشت. همسو با نتیجه بدست آمده، پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است، اما پژوهش Besharat [۶]، Mohammadpour و همکاران [۷]، Chitgar-Zadeh و همکاران [۹] و Saeedi-Nejad و همکاران [۲۰] با نتیجه پژوهش حاضر همسو است. Saeedi-Nejad و همکاران [۲۰] نشان دادند شرکت در ۴ جلسه پارادوکس درمانی منجر به کاهش اضطراب و افزایش

یکسان بوده است. اما نتایج Taghilo و همکاران [۲۳] که نشان دادند با وجود اثربخشی دو رویکرد مداخلاتی بر بهبود استحکام من در پرستاران، تأثیر درمان پارادوکسی بیش تر از پذیرش و تعهد درمانی بوده است، با نتیجه حاضر ناهمسو است. در خصوص این ناهمسویی نیز می توان به ابزار سنجش استحکام من (که توسط سازنده درمان پارادوکسی طراحی شده است)، عدم اجرای دوره پیگیری و اجرای پژوهش در بین نیروهای شاغل در بخش های مختلف مراکز درمانی- نظامی که با قواعد خاصی همراه است، اشاره نمود.

هرچند تاکنون پژوهشی به بررسی درمان پارادوکسی بر تحمل پریشانی نپرداخته است، اما به باور محققان پژوهش حاضر می توان این گونه تبیین کرد که طبق تئوری پردازش شناختی، مبتلایان به اضطراب سلامت تصاویر بسیار منفی از برانگیختگی جسمانی دارند و در استنباط های مثبت از خود و مواجهه با علائم جسمانی نقص دارند. در پارادوکس درمانی رفتارهای ناخواسته و مزاحم (توجه متمرکز به بدن) توسط بیمار در وقت های تعیین شده انجام می شود، که انجام این رفتارها به صورت ارادی باعث شکسته شدن چرخه افکار و تصورات منفی و پایان دادن به افکار پریشان ساز می شود. در نتیجه دور از انتظار نیست که انجام تمرینات پارادوکس درمانی توجه متمرکز به بیرون را به صورت ارادی کاهش دهد و منجر به افزایش تحمل پریشانی گردد. همچنین، به نظر می رسد درمان پذیرش و تعهد با ترغیب مراجعان به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، آنان را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و اتوماتیک رها می سازد. این امر به همراه تماس با لحظه لحظه های زندگی به فرد کمک می کند تا شرایط را بهتر تحمل کند.

نخستین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به نمونه گیری هدفمند و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از بین زنان دارای

استحکام من در مادران دارای نوزاد نارس گروه آزمایش شده است و این نتایج در پیگیری سه ماهه پابرجا مانده بود. Babaie و همکاران [۲۱] نیز طی پژوهشی دریافتند که شش جلسه درمان پارادوکسی در گروه آزمایش منجر به کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود کانون توجه در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شده است. این یافته در راستا با نتیجه پژوهش حاضر است.

در رابطه با مکانیسم تأثیر درمان پارادوکس بر تحمل پریشانی چهار مکانیسم اصلی وجود دارد که می تواند این روند را تبیین نماید. دستوری سازی-مصنوعی سازی نخستین مکانیسمی است که بر بهبود تحمل پریشانی تأثیرگذار است، زیرا زمان بازسازی و تجربه حالت های اضطرابی که توسط درمانگر تجویز می شود، می توان انتظار داشت پریشانی فرد به طور طبیعی فعال شود اما در ادامه این مکانیسم در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع تأخیری، پریشانی و اضطراب حاصل از تکلیف را کاهش می دهد [۹، ۶]. به باور محققان مطالعه حاضر، قطع رابطه نشانه-اضطراب مسیر اصلی است که تحمل پریشانی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. البته ادامه روند درمان یعنی مکانیسم چهارم را می توان دلیل نهایی دانست که می تواند ضامن پایداری مداخله باشد، به طوری که پس از قطع نشانه-اضطراب و کاهش موقتی نگرانی تغییر معنی نشانه باعث می شود درمان پارادوکس بتواند ادراک نگرانی را که عامل اصلی تحمل پریشانی پایین است، تغییر دهد.

همچنین، نتایج نشان داد پارادوکس درمانی و درمان پذیرش و تعهد می توانند باعث بهبود شاخص های تحمل پریشانی در مبتلایان به اضطراب سلامت شوند. این یافته همسو با نتیجه مطالعه Azadi و همکاران [۲۲] است، که نشان دادند میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان پارادوکسی بر تاب آوری در پرستاران شاغل در اورژانس

بودند. این رویکردها می‌توانند در مراکز درمانی-بهداشتی به‌عنوان مداخلاتی اثربخش برای بهبود تحمل پریشانی در مراجعان دارای اضطراب سلامت مورد توجه قرار گیرند.

تعارض منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

سهام نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی است. نویسنده نخست این مقاله به‌عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به‌عنوان استاد مشاور نقش داشتند.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان بیمارستان شهید شیرازی شهر گرگان جهت پشتیبانی و همکاری در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

اضطراب سلامت مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی شهید صیاد شیرازی شهر گرگان بود، لذا باید در تعمیم نتایج به سایر افراد جامعه به ویژه مبتلایان به اضطراب احتیاط شود. در این پژوهش گردآوری اطلاعات با پرسش‌نامه خودگزارشی انجام شد، که این امر ممکن است با پاسخ‌دهی توأم با سوگیری و تحریف همراه باشد، برای این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این پژوهش در سایر مبتلایان به اضطراب سلامت، اعم از زنان و مردان تکرار و در کنار پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه بالینی کمک گرفته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی در سایر افراد درگیر با اضطراب سلامت به ویژه جمعیت سالمند و افراد دارای علائم وسواس یا نشخوار فکری انجام شود و تأثیر این رویکردهای درمانی در مورد کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی این افراد ارزیابی گردد.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمان پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نمره شاخص‌های تحمل پریشانی در میان زنان دارای اضطراب سلامت سودمند

References

- Vallée A, Ceccaldi PF, Carbonnel M, Feki A, Ayoubi JM. Pollution and endometriosis: a deep dive into the environmental impacts on women's health. BJOG: Int J Gynaecol Obstet 2024; 131(4):401-14.
- Mazzoni D, Amadori R, Sebri V, Tosi M, Pregnolato S, Surico D, et al. Health anxiety and oppressive support: their impact on decisions for non-urgent use of the emergency department of obstetrics and gynecology. Curr Psychol 2024; 43(12):10904-13.
- Garey L, Smit T, Clausen BK, Redmond BY, Obasi EM, Businelle MS, et al. Anxiety sensitivity and distress tolerance in relation to smoking abstinence expectancies among Black individuals who smoke. J Stud Alcohol Drugs 2024; 85(2):244-53.
- Tanguy WJ, Kaur K, Asnaani A. Using a transdiagnostic approach to examine the associations among internalizing symptoms, emotion regulation, and distress tolerance. J Exp Psychopathol 2024; 15(2):20438087241249682.
- Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale (DTS): Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion 2005; 29(2):83-102.
- Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. JPS 2019; 18(76):383-96. [Persian]

7. Mohammadpour M, Aslami E. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on components of psychological well-being of conflicting couples. JNIP 2022; 14(18):1-24. [Persian]
8. Nikan A, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Mojtabaie M. Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. RRJ 2021; 10(1):1-14. [Persian]
9. Chitgar-zadeh MJ, Asayesh MH, Besharat MA, Hakak F. Investigating the effectiveness of paradoxical couple therapy (PTC) on marital conflicts and emotion regulation in conflicting couples. RRJ 2023; 12(2):40-51. [Persian]
10. Domschke K, Seuling PD, Schiele MA, Bandelow B, Batelaan NM, Bokma WA, et al. The definition of treatment resistance in anxiety disorders: A delphi method-based consensus guideline. World Psychiatry 2024; 23(1):113-23.
11. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. Guilford Press; 2012.
12. Keenan E, Morris R, Vasiliou VS, Thompson AR. A qualitative feasibility and acceptability study of an acceptance and commitment-based bibliotherapy intervention for people with cancer. J Health Psychol 2024; 29(5):410-24.
13. Tavakoli MR, Amini N, Keikhosravani M. Comparison of the effectiveness of couple therapy based on self-regulation and acceptance and commitment on perspective-taking and marital target orientation of married women. CHJ 2024; 17(4):1-14. [Persian]
14. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002; 32(5):843-53.
15. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaei Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of health anxiety questionnaire in students of Lorestan university of medical sciences. Quarterly of Educational Measurement 2017; 8(27):147-60. [Persian]
16. Tofangchi M, Raeisi Z, Ghamarani A, Rezaei H. The psychometric properties of distress tolerance scale (DTS) in women with tension-type headaches. JAP 2021; 12(4):34-43. [Persian]
17. Morris EM, Johns LC, Gaudiano BA. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2024; 97(1):41-58.
18. Byrne G, Cullen C. Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: a systematic review of intervention studies. Trauma, Violence, & Abuse 2024; 25(2):935-46.
19. Romano D, Chesterman S, Fuller-Tyszkiewicz M, Evans S, Dober M, Geary R, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of acceptance commitment therapy for adults living with inflammatory bowel disease and distress. Inflammatory bowel diseases 2024; 30(6):911-21.
20. SaeediNejad N, Foroozandeh E, Besharat MA, Nikvarz M, Bani Taba SM. The effectiveness of paradox therapy on the anxiety and ego strength of mothers with premature babies. RRJ 13(7):61-70. [Persian]
21. Babaie V, Abolmaali Alhosseini K, Hobbi MB. Investigating the efficacy of paradoxical time table therapy on anxiety sensitivity and focused-attention in people with social anxiety disorder. Journal of Psychological Science 2023; 22(125):967-983. [Persian]
22. Azadi H, Ghazangari A, Chorami M, Sharifi T. Comparing the effectiveness and durability of the treatment based on acceptance and commitment and the time schedule of the paradoxical recovery of emergency department nurses. Journal of Hospital 2022; 21(3):55- 64. [Persian]
23. Taghilo L, Azizi-Ziabari L S, Khajevand-Khoshli A, Damgani-Mirmahaleh M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and paradox therapy on the ego strength of nurses. NPWJM 2023; 11(38):12-19. [Persian]

Comparing the Effects of Paradoxical Treatment and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Women with Health Anxiety

Madhi A¹, Farshbaf Manisefat F^{2*}, Etemadi-Nia M³

1-PhD Student, Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

(Corresponding Author) E-mail: Behrouz.psycho64@yahoo.com, Tel: 09185522062

3-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Received: 25 October 2024

Accepted: 9 July 2025

Introduction: Distressed people complain more about symptoms of physical illness, and the frequency of physical illness is a strong predictor of damage in psychosocial and physical functions. Therefore, this research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of paradox therapy and therapy based on acceptance and commitment on distress tolerance indicators in patients with health anxiety.

Materials and Methods: This was a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design with a 2-month follow-up. The statistical population of the research included all women with health anxiety who referred to Shahid Shirazi Hospital in Gorgan in 2023. Among these, 60 people were selected by purposeful sampling and were randomly assigned into experimental and control groups (20 people in each group). Participants completed the Salkovskis' Health Anxiety Inventory and the Simons' Distress Tolerance Scale at different measurement stages. Acceptance and commitment therapy and paradox therapy were applied to the experimental groups during 8 and 6 sessions of 90 minutes, respectively, with the frequency of one session per week. The control group did not receive any intervention. Data were analyzed by two-way repeated measures ANOVA.

Results: Paradox therapy and acceptance and commitment therapy improved the components of tolerance ($\eta=0.408$ & $F=19.634$), absorption ($\eta=0.350$ & $F=15.372$), evaluation ($\eta=0.407$ & $F=19.570$), regulation ($\eta=0.304$ & $F=12.442$) and, distress tolerance ($\eta=0.566$ & $F=59.543$) in women with health anxiety compared to the control group ($p<0.05$). Also, no significant difference was observed in terms of the usefulness of the two treatment approaches in improving distress tolerance ($p<0.05$).

Conclusion: It seems that paradox therapy and acceptance and commitment therapy can improve distress tolerance in health anxiety sufferers and are not superior to each other.

Keywords: Paradoxical treatment, Acceptance and commitment therapy, Distress tolerance, Health anxiety

Please cite this article as follows:

Madhi A, Farshbaf Manisefat F, Etemadi-Nia M. Comparing the Effects of Paradoxical Treatment and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Women with Health Anxiety. Community Health Journal 2025; 18(4): 62-75.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Urmia Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Urmia Branch, approved the study (IR.IAU.URMIA.REC.1402.022).