

## **The Comparison effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Based on Acceptance and Commitment Treatment on Perceived Stress in Women with Social Anxiety**

**Zeynab Movahedi<sup>\*</sup>, Reza Pasha<sup>\*\*</sup>  
Saeed Bakhtiarpour<sup>\*\*\*</sup>, Parviz Askary<sup>\*\*\*\*</sup>**

### **Abstract**

One of the most common and troublesome types of anxiety is social anxiety in which individuals experience extreme fear and anxiety when they are faced with society. The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and based on acceptance and commitment treatment on perceived stress in women with social anxiety. The statistical population of this study included all women with social anxiety in Bojnord City in year 2019, using a purposive sampling method, 45 women were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group of 15 women). To collect data on social anxiety of Torner & et al (1989) and perceived stress of Cohen & et al (1983) questionnaire were used. This experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The experimental groups underwent individual mindfulness-based cognitive therapy training (8 sessions 90 minutes) and based on acceptance and commitment treatment training (8 sessions 90 minutes), but the control group received no training. Data were analysed using Covariance Analysis. The results showed that both mindfulness-based cognitive therapy and based on acceptance and commitment treatment were effective to decrease perceived stress in women with social

---

\* PhD Student in psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran, movahedy.dpsy@gmail.com

\*\* Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran (Corresponding Author), g.rpasha@yahoo.com

\*\*\* Department of Psychology Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran, Saeedb81@yahoo.com

\*\*\*\* Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, askary47@yahoo.com:

Date received: 25-02-2021, Date of acceptance: 25-10-2020

Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

anxiety( $p<0/01$ ) and the results showed that there was significant difference in favor of based on acceptance and commitment treatment between the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and based on acceptance and commitment treatment on decrease perceived stress in women with social anxiety( $p<0/05$ ). Therefore, this treatment can be used to reduce perceived stress in people with social anxiety disorder.

**Keywords:** mindfulness-based cognitive therapy training, based on acceptance and commitment treatmenttraining, perceived stress &social anxiety

## مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

زینب موحدی<sup>\*</sup>، رضا پاشا<sup>\*\*</sup>

سعید بختیارپور<sup>\*\*\*</sup>، پرویز عسکری<sup>\*\*\*\*</sup>

### چکیده

یکی از شایع‌ترین و دردسرسازترین نوع اضطراب‌ها، اضطراب اجتماعی است. در این حالت فرد در هنگام مواجه شدن با اجتماع دچار ترس و اضطراب بیش از اندازه می‌شود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده در زنان صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ زن انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هرگروه ۱۵ زن) قرار گرفتند. بمنظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های اضطراب اجتماعی ترنر و همکاران (۱۹۸۹) و استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) استفاده شد. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه‌های آزمایشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد، هر دو درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش بودند ( $p < 0.01$ ) و بین

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، movahedy.dpsy@gmail.com  
\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)، g.rpasha@yahoo.com  
\*\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، Saeedb81@yahoo.com  
\*\*\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، askary47@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۰۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۷

اثر بخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر افزایش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری به نفع پذیرش و تعهد وجود داشت (p<.۰۰۵). بنابراین می‌توان از این درمان در جهت کاهش استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان پذیرش و تعهد، استرس ادراک‌شده و اضطراب اجتماعی

## ۱. مقدمه

یکی از ویژگی‌های مهم انسان، اجتماعی بودن است و همیشه به لحاظ عاطفی و مادی نیازمند به برقراری ارتباط اجتماعی می‌باشد، اما برقراری این ارتباط برای همه به راحتی امکان پذیر نیست و عواملی مانند: ترس از طرد شدن و انتقاد، کمبود اعتمادبه نفس و ارزیابی دیگران در مورد فرد موجب می‌شود شخص در موقعیت‌های اجتماعی احساس هراس یا اضطراب کند (ستین و سارین، (Stein & Sareen, ۲۰۱۵). زمانی که شدت این اضطراب افزایش یابد، به اختلال اضطراب اجتماعی تبدیل می‌شود و علائمی از قبیل ترس شدید و پیاپی از افراد و موقعیت‌های اجتماعی یا عملکرد خود در موقعیت‌های مختلف که امکان دارد شرمساری فرد را در پی داشته باشد (آنکر، کومرفیلد، ریکس، بورول و کوشنر، (Anker, Kummerfeld, Rix, Burwell & Kushner, ۲۰۱۹). این حالت‌ها باعث می‌شود فرد از چنین موقعیت‌هایی اجتناب کرده و یا مجبور به تحمل شرایط پیش آمده با فشار و وحشت زیاد شود به طوری که این اضطراب بر عملکرد و روابط بین فردی شخص مضطرب اثر زیادی دارد (مادوکس و وایت (Maddox & White, ۲۰۱۵).

اخیراً محققان به این نکته اشاره نموده‌اند که برخی از متغیرهای رفتاری، شخصیتی و روان‌شناختی به طور مستقیم یا غیرمستقیم، زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به اضطراب و کاهش کیفیت زندگی آنها را ایجاد می‌کنند. یافته‌های متعددی نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، استرس ادراک‌شده زیادی تجربه می‌کنند (ویگنر، هانگ، بورکلوند و آلبورگ، (Wiegner, Hange, Björkelund & Ahlborg, ۲۰۱۵) و میزان این استرس در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (هوتون، لسکو، چاندر، لائو، واند و مک کائول (Lesko, Chander, Lau, Wand & McCaul, ۲۰۱۷). این موضوع از گزارشات زنان از میزان استرس قابل درک است. ۸۸ درصد زنان و ۷۸ درصد مردان

گزارش کرده‌اند که استرس بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تاثیر دارد و میزان ابتلای زنان به انواع بیماری‌هایی که اغلب با استرس تشدید می‌شود، بیشتر از مردان است. استرس ادراک شده در زنان و مردان به ارزیابی افراد از شرایط پرتنش زندگی و اینکه آنها چقدر این شرایط را قابل کنترل یا غیرقابل کنترل می‌دانند، اشاره دارد (برایان، کیم و فریدریکسون گلدسن (Bryan, Kim & Fredriksen)-Goldsen، ۲۰۱۷). در واقع، استرس ادراک شده به ناتوانی برای سازگاری با شرایط پرتنش در افراد مضطرب اشاره دارد، که موجب ایجاد تهدید واقعی بر تعادل حیاتی روانی و جسمی بدن در افراد می‌شود (دیویس، بری، دواماس، ریتز و همکاران (Davis, Berry, Dumas & Ritter، ۲۰۱۸). استرس موجب فعال شدن پاسخ استرس بیولوژیک و فعال شدن سیستم ایمنی، سیستم عصبی و غدد می‌شود. سیستم سمپاتیک فعال شده و اپی نفرین آزاد می‌گردد و سیستم قلب و عروق را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بالا رفتن فشار خون و ضربان قلب از پیامدهای شایع استرس است (پریرا-مورالس، آدان و فوررو (Pereira-Morales, Adan & Forero، ۲۰۱۹).

از آنجایی که عوامل متعددی بر استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است، لزوم استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی در جهت کاهش استرس ادراک شده در آنها، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از تکنیک‌های مهم در این رابطه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط (تاسدال، سگال، ویلامز، (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau، ۱۹۹۵) و در جهت شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی در عود بیماری افسردگی مطرح شد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برخی از اجزای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه شده توسط (کابات-زین (Kabat-Zinn، ۱۹۹۰) را دارا می‌باشد. اگرچه این رویکرد درمانی برای کاهش عود افسردگی در بیماران ساخته شد، با این وجود، پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در سایر اختلالات از قبیل اختلال دو قطبی، استرس پس از سانحه، اضطراب و افسرده‌خویی تأیید نموده است. فرض اساسی این رویکرد بر این است که دو نوع ذهنیت وجود دارد، ذهنیت بودن و ذهنیت انجامی که فرد از طریق آنها به پردازش تجربه می‌پردازد (جیمز و ریمز (James, K., & Rimes، ۲۰۱۸). اصلی‌ترین هدف درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال شدگی ذهنیت انجامی از طریق پایش خوددیند آگاهی یافته و از طریق به کارگیری و ایجاد حالت در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و حضور ذهن عواطف و احساسات خود از طریق

انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی عمدی توجه به یک شیء خنثی (برای مثال، حس‌های بدنی یا جریان تنفس) پردازد (پارسونز، کران، پارسونز، فوربک کویکن (Parsons, Crane, Parsons, Fjorback & Kuyken)، ۲۰۱۷). پرورش آگاهی به این شیوه افراد را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری بروز واکنش‌های منفی و نشخوار فکری را مشاهده کرده و بتوانند از ترس این چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی نگریسته که بازنمایی از ویژگی‌های خود یا بازنمایی از واقعیت نیستند (لوپرتو، پارک و گودمن (Luberto, Park & Goodman)، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مختلف به اثربخشی این روش درمانی بر افزایش جرات ورزی در دانشجویان مضطرب (عربقائنی، هاشمیان، مجتبابی، مجدآرا و آقاییکی، ۱۳۹۶)، بهبود خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت‌گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (صناعی، موسوی، مرادی، پرهون و صناعی، ۱۳۹۶)، کاهش استرس ادراک‌شده در سالمندان (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ (Hazlett-Stevens, Singer & Chong)، ۲۰۱۹)، بهبود اختلالات روان‌شناختی در جانبازان (مارچاند، یابکو، هرمان، کورتیس و لاکنر (Marchand, Yabko, Herrmann, Curtis & Lackner)، ۲۰۱۹)، افزایش بهزیستی و کنترل استرس و تنظیم هیجانی در نوجوانان (کمپل، لانتیر، ویز و شانلی (Campbell, Lanthier, Weiss & Shaine)، ۲۰۱۹) و بهبود استرس ادراک‌شده بزرگسالان مبتلا به دیابت (ماسون، مثال، شاو و آدامس (Mason, Meal, Shaw & Adams)، ۲۰۱۸) اشاره داشته‌اند.

رویکرد مهم دیگری که در جهت بهبود استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اهمیت دارد، پذیرش و تعهد است. هدف از درمان پذیرش و تعهد، کمک به افراد است تا در جهت ایجاد یک زندگی غنی و معنادار بکوشند و رنج خود را در زندگی بپذیرد (وولس، سودن، هیکن و آشورث (Vowles, Sowden, Hickman & Ashworth)، ۲۰۱۹). این درمان یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزاردهنده است (نورث، ابوت، نورنبرگ و هانت (Norton, Abbott, Norberg & Hunt)، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بازبودن نسبت به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری بیمار نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داده است که چرا هم‌جوشی اجتناب تجربی و شناختی مضر است (هاکرت، استون و مک‌بث، (MacBeth, Hacker, Stone & Glassman)، ۲۰۱۶). گلاسمن (Glassman) و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع

می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی شده است که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (ویلات (Villatte) و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی (روحی، سلطانی، زین‌الدینی میمند و رضوی، ۱۳۹۸)، بهبود نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (دمهری، سعیدمنش و جلا، ۱۳۹۷)، بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر (حاجی اقراری، اسدی، جوازی و عاطف وحید، ۱۳۹۷)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان (ویسکوویچ و پاکنهام (Viskovich & Pakenham)، ۲۰۱۹)، کاهش استرس روانی در بیماران دارای التهاب روده (واین (Wynne) و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود استرس، بهزیستی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ورسب، لایب، میر، هوفر و گاستر (Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer & Gloster)، ۲۰۱۸)، کاهش اختلال استرس (مایر Meyer) و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش استرس پرستاران (فروگلی، دوردجویک، رودمن، لیوهیم و گاستاوسون (Frögéli, Djordjevic, Rudman, Livheim & Gustavsson)، ۲۰۱۶) اشاره داشته‌اند. به این ترتیب، با توجه به اثرات نامطلوب اضطراب اجتماعی و اثر آن بر استرس ادراک‌شده و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از آن و بهبود استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمک شایانی داشت. لذا بر اساس آنچه گفته شد، پژوهش حاضر در پی بررسی مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

## ۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۱۷ زن بودند که از اختلال اضطراب اجتماعی رنج می‌بردند. از میان آنها، ۴۵ زن به روش نمونه‌گیری هدفمند

انتخاب شدند به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، نمره بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال و مصرف داروی همزمان به جهت اختلال دیگری نداشته باشند و حداقل سواد سیکل بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

### ۳. ابزار پژوهشی

#### ۱.۳ پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی

برای تشخیص زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از پرسشنامه اضطراب اجتماعی ترنر (Tomer) و همکاران (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال (۳۲ سؤال مربوط به اضطراب اجتماعی و ۳۲ سؤال مربوط به گذر هراسی) است. نمره گذاری برحسب طیف لیکرت از هرگز: صفر تا همیشه: ۶ می‌باشد. اگر نمره اضطراب اجتماعی آزمودنی کمتر از ۳۴ بود، اضطراب اجتماعی در فرد وجود ندارد؛ اگر نمره اضطراب اجتماعی آزمودنی بین ۳۴-۵۹ بود، احتمال خفیف اضطراب اجتماعی در فرد وجود دارد؛ اگر نمره اضطراب اجتماعی آزمودنی بین ۶۰-۷۹ باشد، احتمال اضطراب اجتماعی وجود دارد و نمرات بیشتر و یا مساوی با ۸۰ امکان بالای تشخیص اضطراب اجتماعی را دارند. ترنر و همکاران (۱۹۸۹) ضریب پایایی پرسشنامه را با فاصله دو هفته ۰/۸۶ گزارش کردند. بلندنظر (۲۰۰۱) پایایی و روایی آزمون را به ترتیب ۰/۹۹ و ۰/۸۳ گزارش نمود. در مطالعه حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه اضطراب اجتماعی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۱ به دست آمده است.

#### ۲.۳ مقیاس استرس ادراک‌شده

مقیاس استرس ادراک‌شده توسط کوهن، کامارک و مرملاستین (Cohen, Kamarck & Mermelstein, ۱۹۸۳) در قالب ۱۴ گویه و دو خرده مقیاس خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده طراحی شده است. نمره گذاری این مقیاس با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از هرگز: ۰ تا همیشه: ۴) می‌باشد. گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به شکل معکوس نمره گذاری می‌شود. از جمع امتیازات گویه‌ها، نمره کل هر فرد در این مقیاس



محاسبه می‌شود. امتیازات بالاتر به معنای میزان استرس ادراک‌شده در حد بالا است. ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمره کلی توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) بین ۰.۸۴ تا ۰.۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط صفایی و شکری (۱۳۹۳) در میان بیماران سرطانی رواسازی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس برابر ۰.۷۶ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰.۸۳ به دست آمده است.

#### ۴. روند اجرای پژوهش

جلسات روش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: پروتکل آموزشی برگرفته از تاسدال و همکاران (۱۹۹۵) در زیر ارائه گردیده است. روش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شرح جلسات روش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط، تعریف و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی
دوم	آشنایی با روش تن آرامی، آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلات پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، و پیشانی
سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه، آرواره‌ها، پیشانی و لب‌ها و تکالیف خانگی تن آرامی
چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه گذشته، آشنایی با روش ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکالیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه
پنجم	آموزش روش پوشش بدن: آموزش روش توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ..) تکالیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)
ششم	آموزش ذهن‌آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکالیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها
هفتم	ذهن‌آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسه‌های ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
هشتم	مرور و جمع بندی جلسه‌های گذشته و اجرای پس آزمون.

جلسات درمان پذیرش و تعهد: محتوای جلسات مبتنی بر روش پذیرش و تعهد توسط هایز (Hayes) و همکاران (۲۰۱۳) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر ارائه شد.

جدول ۲. شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و انعقاد قرارداد درمانی اتحاد درمانی با بیمار، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی، اجرای پیش‌آزمون در جلسه اول
دوم	فراخوانی و کشف کردن، سعی در ارتقای بازخوانی مجدد، تجارب زوجین به شکل آگاهانه، تشویق بیمار رها نمودن راهبردهای ناکارآمد. سنجش و بازخورد
سوم	ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراحت کننده و تمرکز به رفع آنها، گوش دادن و کشف روایت‌های بیماران از مشکلات موجود، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه الگوی دلبستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آنها و کنترل آنها،
چهارم	افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی، موقعیتهای تمایلی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های دردناک تجارب بیماران، مشاهده سبک پردازش موضوعات هیجانی، شناسایی موضوعات درون فردی و بین فردی. استعاره پیاده روی با ذهن استاره اتوبوس، مرور ایجاد گسلس
پنجم	مرور تکالیف گذشته، تضعیف وابستگی به خود مفهوم سازی شده، تمایز بین خود مفهوم سازی شده و خودنظاره گر، ایجاد آگاهی از خودنظاره‌گر
ششم	مرور تکالیف، تسهیل میان خواسته‌ها و نیازها برای ساختاردهی مجدد، تعامل برای ادراکات جدید و ایجاد راه حل‌های جدید ضروری
هفتم	بیان مفهوم ارزش‌ها و اهداف و آرزوها
هشتم	جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک آزمودنی‌ها، اجرای پس‌آزمون

پس از اجرای پرسشنامه استرس ادراک شده روی افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، ۴۵ آزمودنی انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در جلسات درمانی شرکت کردند، اما گروه کنترل تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفتند. در پایان جلسات درمانی و ۴۵ روز پس از انجام پس‌آزمون، آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را در مرحله پیگیری تکمیل کردند. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایشی و اجرای پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، جلسات درمانی مناسب بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌های به دست آمده در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ۵. یافته‌های پژوهش

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک زوجین واحدهای پژوهش در هر سه گروه آزمایشی و کنترل

تحصیلات					میانگین سنی	گروه‌ها
کارشناسی ارشد	کارشناسی	کاردانی	دیپلم	سیکل	زنان	
1	5	1	5	3	62/32 31/34 31/32	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
2	4	3	4	2		درمان پذیرش و تعهد
1	3	5	3	3		گروه کنترل

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		سنجش	متغیر وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
80/4	46/26	59/4	55/25	94/3	11/32	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	استرس ادراک‌شده
53/4	38/23	87/5	35/23	01/4	24/31	درمان پذیرش و تعهد	
84/4	46/33	00/4	41/32	43/3	25/32	گروه کنترل	

همان‌طور که مشاهده می‌شود، جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد که سطح معنیداری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است لذا توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق نرمال بود. هم‌چنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های سه گروه آزمایشی و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد ( $F=3/126$  و  $p=0/093$ ) و نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد. هم‌چنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد ( $F=507/11$  و  $p=0/421$ ) به دست آمد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده

رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون می‌باشد. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون استرس ادراک شده

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	اندازه اثر
استرس ادراک شده	045/656	2	522/282	586/8	004/0	570/0	917/0

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته نشان می‌دهند که در متغیر استرس ادراک شده بین گروه‌های «درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی»، «درمان پذیرش و تعهد» و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بنابراین حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معناداری دارد. جهت پی بردن به اینکه کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین درمان‌های مختلف تفاوت معنادار وجود داشته است یا خیر، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ مشاهده می‌کنید.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های استرس ادراک شده گروه‌های «درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی» و گروه کنترل در مرحله پیگیری، «پذیرش و تعهد»

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
استرس ادراک شد	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی - گروه کنترل	56/21	12/2	003/0
	درمان پذیرش و تعهد - گروه کنترل	78/21	02/2	002/0
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی - پذیرش و تعهد	197/0	45/4	033/0

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در استرس ادراک شده برابر ۲۱/۵۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده مؤثر بوده است. هم‌چنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل در استرس ادراک شده برابر ۲۱/۷۸ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نیز نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده مؤثر

بوده است. هم‌چنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده برابر ۰/۱۹۷ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان پذیرش و تعهد وجود دارد.

## ۶. نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر افزایش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش هستند. به عبارتی دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود استرس ادراک‌شده گروه آزمایشی در برابر گروه کنترل شد. هم‌چنین، نتایج حاکی از این بود که بین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان پذیرش و تعهد وجود دارد. اثربخشی گروه درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده با نتایج پژوهش‌های واین و همکاران (۲۰۱۹)، ورسب و همکاران (۲۰۱۸)، مایر و همکاران (۲۰۱۸) و فروگلی و همکاران (۲۰۱۶) هماهنگ است. در تبیین چگونگی اثرگذاری شیوه درمانی پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان چنین اظهار داشت که، ممکن است علت این تأثیر، تغییر در نگرش آزمودنی‌ها در جلسه اول نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، منفی و معیوب و هدف درمان، آغاز تمرینات مبتنی بر ایجاد درماندگی خلاق و آگاهی نسبت به راه‌حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال بیماران از این نگرش جدید است. از آنجایی که متغیر پذیرش، پیش از کاهش معنی‌دار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، می‌توان نتیجه گرفت که متغیر پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها و توجه در درمان استرس به روش درمانی پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند (حاجی اقراری و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در آزمودنی‌ها، تغییرات مثبت درمانی را ایجاد می‌کند. درمان گروهی

پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش استرس و آشنفتگی در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی شده است. این یافته با نتایج مطالعه واین و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. آنها در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر استرس روانی در بیماران دارای التهاب روده پرداختند. نتایج نشان داد درمان گروهی پذیرش و تعهد موجب کاهش استرس روانی در بیماران شده است. نتایج مطالعه صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵) نیز نشان داد گروه درمانی پذیرش و تعهد موجب کاهش استرس، افسردگی و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن شده است. درمان پذیرش و تعهد از شش فرایند درمانی تشکیل شده است که عبارتند از: پذیرش، خود به عنوان زمینه، گسلس، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. لذا، در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلس و پذیرش و نیز مباحث مفصل‌تر حول ارزش‌ها، اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش استرس و تنیدگی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد. در درمان پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در راستای تجربه کردن افکار و احساسات آزاردهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان بود (ورسب و همکاران، ۲۰۱۸).

آخرین تبیین بر مبنای نظر هایز و همکاران (۲۰۰۶) اینکه در استرس، پذیرش بدون قضاوت بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آنها انجام دهند یا از آنها اجتناب کنند. این موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش افرادی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شوند، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل افکار و احساسات خود می‌شوند که این راهبردها به تخریب رفتار و عملکرد آنها منجر می‌شود. در واقع در فرایند این درمان، به افراد آموزش داده می‌شود که چگونه از افکار منفی ناخوشایند رهایی یابند، به جای خودمفهوم سازی شده، خودمشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند (فروگلی و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان پیشنهاد داد در مراکز مشاوره و روان‌شناسی، از پذیرش و تعهد در درمان استرس زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده نمایند و همچنین، انجام پژوهش‌های مشابه در دیگر فرهنگ‌ها و جوامع می‌تواند،

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ... (زینب موحدی و دیگران) ۲۳۵

تعمیم نتایج این پژوهش را امکان‌پذیر سازد. همچنین، در پژوهش‌های آتی از درمان پذیرش و تعهد در درمان استرس ادراک‌شده در مردان نیز پرداخته شود تا محدودیت پرداختن در زنان در این پژوهش رفع گردد.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی زینب موحدی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

## کتاب‌نامه

- حاجی اقراری، لیلا؛ اسدی، فاطمه؛ جوازی، ثمینا و عاطف وحید، طناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بازدارندگی رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش پرستاری، ۱۳(۶)، 31-38.
- دمهری، فرنگیس؛ سعیدمنش، محسن و جلا، نرگس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوارفکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. مجله مطالعات ناتوانی، ۸(۲۵)، 1-8.
- روحي، رمينا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدینی میمند، زهرا و رضوی، ویدا (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۳(۶)، ۲۸۱-۲۹۹.
- صفایی، مریم و شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. روان پرستاری، ۲(۱)، 13-22.
- صناعی، هاله؛ موسوی، سید علی محمد؛ مرادی، علیرضا؛ پرهون، هادی و صناعتی، سولماز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت‌گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ۱۱(۴۴)، 57-66.
- عریقانی، ماریه؛ هاشمیان، کیانوش؛ مجتبابی، مینا؛ مجدآرا، الهه و آقاییگی، آتوسا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر افزایش جرئت‌ورزی در دانشجویان مضطرب. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۸(۲)، 119-129.
- صبور، سهیلا و کاکابرایی، کیوان (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر استرس، افسردگی و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۲(۴)، 1-8.

- Anker, J. J., Kummerfeld, E., Rix, A., Burwell, S. J., & Kushner, M. G. (2019). Causal network modeling of the determinants of drinking behavior in comorbid alcohol use and anxiety disorder. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 43(1), 91-97.
- Bolandnazar, K. (2001). *Normalization SPAI test in students* [Dissertation]. Mashhad: Ferdowsi university College of psychology, 129-50
- Bryan, A. E., Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Factors associated with high-risk alcohol consumption among LGB older adults: The roles of gender, social support, perceived stress, discrimination, and stigma. *The Gerontologist*, 57(suppl\_1), S95-S104.
- Campbell, A. J., Lanthier, R. P., Weiss, B. A., & Shaine, M. D. (2019). The Impact of a Schoolwide Mindfulness Program on Adolescent Well-Being, Stress, and Emotion Regulation: A Nonrandomized Controlled Study in a Naturalistic Setting. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 5(1), 18-34.
- Cohen S, Kamarck T, & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 37-48.
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 202-218.
- Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., & Ruocco, A. C. (2016). The effects of a brief acceptance-based behavioral treatment versus traditional cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety: an exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior modification*, 40(5), 748-776.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551-565.
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical gerontologist*, 42(4), 347-358.
- Hutton, H., Lesko, C. R., Chander, G., Lau, B., Wand, G. S., & McCaul, M. E. (2017). Differential effects of perceived stress on alcohol consumption in moderate versus heavy drinking HIV-infected women. *Drug and alcohol dependence*, 178, 380-385.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*, 44(2), 180-98.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.



- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: a pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Delacort.
- Luberto, C. M., Park, E. R., & Goodman, J. H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3), 850-859.
- Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3949-3960.
- Marchand, W. R., Yabko, B., Herrmann, T., Curtis, H., & Lackner, R. (2019). Treatment Engagement and Outcomes of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Veterans with Psychiatric Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(9), 902-909.
- Mason, J., Meal, A., Shaw, I., & Adams, G. G. (2018). Outcomes of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes and Treatment*, 2018(2).
- Meyer, E. C., Walser, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., ... & Schnurr, P. P. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veterans: Pilot Treatment Outcomes. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 781-789.
- Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 71(4), 283-301.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., & Forero, D. A. (2019). Perceived stress as a mediator of the relationship between neuroticism and depression and anxiety symptoms. *Current Psychology*, 38(1), 66-74.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33(4), 25-39.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52-61.
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2019). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of clinical psychology*.

- Vowles, K. E., Sowden, G., Hickman, J., & Ashworth, J. (2019). An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour research and therapy*, *115*, 46-54.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(1), 60-68.
- Wiegner, L., Hange, D., Björkelund, C., & Ahlborg, G. (2015). Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care-an observational study. *BMC family practice*, *16*(1), 38.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Dooley, B. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, *156*(4), 935-945.