Recent Innovations in Psychology
ISSN: 3041-8968
Volume 3, Issue 3, 2026, pages: 44-58
recentpsy.com

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Health Anxiety in Women with Physical Illnesses

Mohsen Shakerinasab *
PhD. in Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd , Iran

Nadia Shirzadeh
PhD. Student in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Sakineh Yousefi
MSc. in General Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Mostafa Parsanejad
MSc. in General Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Ali Vahedi
MSc. in General Psychology, BandarGaz Branch, Islamic Azad University, BandarGaz , Iran

Noushin Ghanbari
MSc. in Family Counseling, Bojnord University of Bojnord, Iran

Original Research

Extended Abstract

Introduction

Psychosomatic disorders are characterized by physical symptoms that are substantially influenced or exacerbated by psychological factors and lack a clear medical explanation. According to recent evidence, these conditions involve complex interactions among chronic stress, anxiety, depression, trauma, negative experiences, alexithymia, and neurochemical changes (Chauhan & Jain, 2024; Geng, 2022). The prevalence of psychosomatic disorders

* Corresponding Author: shakerinasabmohsen@yahoo.com

CC BY-NC 4.0

© 2026 The Author(s). This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

DOI: https://doi.org/10.22034/rip.2025.529244.1107

Received: 09 April 2025 **Revised**: 23 June 2025 **Accepted**: 07 July 2025

is estimated at 5–7%, and women are approximately ten times more likely to be affected than men (D'Souza & Hooten, 2023). Patients commonly report gastrointestinal problems, chest pain, cardiac concerns, headaches, and neuromuscular complaints (Efremov, 2020; Feng et al., 2021; Omarov et al., 2025; Tomik et al., 2022). Health anxiety, defined as excessive worry about having or developing a serious illness, often intensifies these problems and creates a vicious cycle in which physical symptoms increase anxiety and anxiety, in turn, exacerbates physical symptoms (Boukdir et al., 2022). This cycle can prolong treatment and worsen outcomes. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third-wave cognitive-behavioral approach that aims to increase psychological flexibility rather than directly change cognitive content. ACT targets acceptance, mindfulness, present-moment awareness, cognitive defusion, values, and committed action (Konovalova, 2023; Reyes, 2022; Yıldız, 2020). Recent studies suggest that ACT can improve psychological and physical functioning in patients with psychosomatic and health anxiety problems (Burian et al., 2021; Kallese et al., 2021; Petersen, 2023; Sweeney et al., 2025). However, research on ACT for women with psychosomatic symptoms and health anxiety, particularly in Iranian cultural contexts, remains limited. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of ACT on psychosomatic symptoms and health anxiety in women with physical diseases.

Method

This applied, quasi-experimental study used a pretest–posttest control group design. The statistical population consisted of women with psychosomatic symptoms (cardiovascular and gastrointestinal complaints) who attended public treatment centers in Mashhad, Iran. Of 100 eligible patients, 30 were selected through purposive sampling after screening and a definitive diagnosis of psychosomatic disorder by a psychiatrist. They were randomly assigned to the experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Inclusion criteria were informed consent, literacy, age of 20–45 years, no simultaneous participation in other interventions, a score above 50 on the Psychosomatic Complaints Scale (PCS; Takata & Sakata, 2004), a score above 25 on the Health Anxiety Inventory (HAI-18; Salkovskis et al., 2002), and the presence of physical symptoms (gastrointestinal and/or cardiovascular). Exclusion criteria were withdrawal from the study, simultaneous use of other psychotherapies, and absence from more than two treatment sessions. Ethical considerations included explaining the objectives and procedures, obtaining informed consent, ensuring confidentiality and anonymity, voluntary participation, no imposed costs, and the right to withdraw at any time. The instruments were the PCS (Takata & Sakata, 2004) and the HAI-18 (Salkovskis et al., 2002). After the pretest, the experimental group received eight weekly 90-minute ACT sessions based on Hayes and Strosahl (2018), delivered by an expert psychologist, while the control group received no intervention. Both groups completed the posttest. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 25.

Results

Descriptive statistics showed that, in the experimental group, psychosomatic symptoms decreased from 56.40 ± 4.87 at pretest to 49.70 ± 4.52 at posttest, whereas the control group changed from 58.62 ± 4.05 to 57.50 ± 4.34. Health anxiety in the experimental group decreased from 31.50 ± 4.26 to 24.80 ± 4.62, whereas the control group changed from 30.81 ± 4.32 to 31.21 ± 4.14. Assumption checks indicated normal distribution (Shapiro–Wilk, $p > .05$), homogeneity of variances (Levene's test, $p > .05$), homogeneity of covariance matrices (Box's M, $p > .05$), a significant Bartlett's test of sphericity ($p < .001$), homogeneity of regression slopes ($p > .05$), and a significant effect of the pretest covariate ($p < .001$). The multivariate test was significant (Wilks' $\Lambda = 0.18$, $F = 24.85$, $p < .001$). ANCOVA revealed a significant group effect for psychosomatic symptoms ($F = 52.94$, $p = .001$, $\eta^2 = .80$) and for health anxiety ($F = 7.64$, $p = .016$, $\eta^2 = .37$). Adjusted means showed that, at posttest, the experimental group had significantly lower psychosomatic symptoms and health anxiety than the control group. Therefore, ACT significantly reduced both psychosomatic symptoms and health anxiety in women with physical diseases.

Discussion and Conclusion

The present study examined the effectiveness of ACT on psychosomatic symptoms and health anxiety in women with physical diseases. ACT significantly reduced both outcomes, consistent with recent studies supporting its efficacy for psychosomatic and health-related anxiety problems (Burian et al., 2021; Kallese et al., 2021; Petersen, 2023; Sweeney et al., 2025). Rather than eliminating problematic thoughts and emotions, ACT helps patients accept their internal experiences and stop struggling with them, which may reduce preoccupation with physical symptoms and improve adjustment (Sweeney et al., 2025). Clarifying core values and committing to value-based action may also shift attention from bodily sensations toward meaningful activities and improve quality of life, while defusion allows patients to view thoughts about physical symptoms as merely thoughts and to respond to them less reactively (Kallese et al., 2021). The reduction in health anxiety agrees with earlier evidence (Delhom et al., 2022; Petersen, 2023). Health anxiety involves misinterpretation of bodily signs and distorted beliefs about health; ACT teaches patients to experience illness-related thoughts as just thoughts and to keep engaging in valued activities instead of responding to them (Petersen, 2023). Mindfulness may also keep attention on present activities rather than on the fear of becoming ill (Petersen, 2023), and reduced experiential avoidance may lower tension and illness anxiety (Konovalova, 2023). Given the vicious cycle between physical symptoms and health anxiety (Boukdir et al., 2022; Chauhan & Jain, 2024), an intervention that targets both by increasing psychological flexibility (Konovalova, 2023; Reyes, 2022) may help weaken this cycle. The study has limitations: a small sample from a single city, no follow-up assessment, and a no-intervention control group, which cannot separate ACT-specific effects from nonspecific therapeutic factors. Future studies should include follow-up periods to test the durability of ACT effects, use larger and more diverse samples, and compare ACT with other psychological approaches. Overall, the findings support ACT as an appropriate intervention for reducing psychosomatic symptoms and health anxiety in women with physical

diseases, and counselors and therapists in health psychology settings are encouraged to address both psychological and physical factors when treating these patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Informed consent was obtained from all participants after they received a full explanation of the study. All ethical and legal standards were strictly observed throughout the research, and participants were assured that their information would remain confidential.

Funding: This research is a personal study without financial support.

Authors' contribution: All parts of the research and preparation of the article were shared equally between the authors.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements: The authors express their sincere gratitude to everyone who supported and contributed to this research.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Psychosomatic Symptoms.

Citation: Shakerinasab, M., Shirzadeh, N., Yousefi, S., Parsanejad, M., Vahedi, A., & Ghanbari, N. (2026). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Health Anxiety in Women with Physical Illnesses. *Recent Innovations in Psychology, 3*(3), 44-58. https://doi.org/10.22034/rip.2025.529244.1107.

نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی
شاپا: ۸۹۶۸-۳۰۴۱
دوره ۳، شماره ۳، ۱۴۰۵، صفحات ۵۸-۴۴
recentpsy.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی

محسن شاکری نسب * دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
نادیا شیرزاده دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
سکینه یوسفی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
مصطفی پارسانژاد کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
علی واحدی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
نوشین قنبری کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری آن را زنان دارای نشانه‌های روان‌تنی با شکایات جسمانی (قلبی - عروقی و گوارشی) مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌داد. نمونه موردمطالعه ۳۰ بیمار بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شکایات روان تنی (PCS) و سیاهه اضطراب سلامت(HAI-18) بود. گروه آزمایش در ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی، تحت مداخلهٔ مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های روان‌تنی(η^2_p= ۰/۸۰) و اضطراب سلامت (η^2_p=۰/۳۷) مؤثر است. درمجموع با توجه به اثربخشی مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت زنان مبتلا به بیماری‌های جسمی، استفاده از این رویکرد به روان‌شناسان و روان‌درمانگران حوزه سلامت پیشنهاد شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشانه‌های روان‌تنی

استناد: شاکری نسب، محسن.، شیرزاده، نادیا.، یوسفی، سکینه.، پارسانژاد، مصطفی.، واحدی، علی.، و قنبری، نوشین. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی. *نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی*، ۳(۳)، ۵۸-۴۴. https://doi.org/10.22034/rip.2025.529244.1107

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

* **نویسنده مسئول:** shakerinasabmohsen@yahoo.com

مقدمه

فشار روانی، استرس طولانی‌مدت و مشکلات روان‌شناختی گاه به شکل علائم جسمانی بروز می‌کنند و دردها یا مشکلاتی ایجاد می‌کنند که منشأ پزشکی مشخصی برای آن‌ها یافت نمی‌شود؛ این مشکلات در گروه اختلالات روان‌تنی یا سایکوسوماتیک[1] طبقه‌بندی می‌شوند (چوهان و جین، ۲۰۲۴). این اختلالات بیماری‌هایی را دربر می‌گیرند که در آن‌ها تأثیرات روانی بر بدن موجب بروز علائم جسمی بدون دلیل پزشکی مشخص می‌شود (اسدی بیجائیه و همکاران، ۱۴۰۱). اختلالات روان‌تنی به دلیل تعامل پیچیده میان عوامل روانی و جسمانی بروز می‌کنند و استرس‌های مزمن، اضطراب، افسردگی، تروما یا تجربیات منفی، ناتوانی در بیان احساسات و تغییرات شیمیایی مغز می‌توانند از دلایل ایجاد یا تشدید آن‌ها باشند (گنگ، ۲۰۲۲). شیوع اختلالات روان‌تنی نسبتاً بالاست؛ در نسخه پنجم راهنمای تشخیص اختلالات روانی آمریکا، میزان شیوع آن حدود ۵ تا ۷ درصد گزارش شده و ذکر گردیده است که بروز این اختلالات در زنان ۱۰ برابر شایع‌تر از مردان است (دی‌سوزا و هوتن، ۲۰۲۳). بیماران مبتلا به این اختلال با علائم جسمانی گوناگونی روبه‌رو می‌شوند و همین موضوع علت اصلی مراجعه آن‌ها به سیستم درمان است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). بر پایه شواهد، شایع‌ترین مشکلات جسمانی گزارش‌شده توسط بیماران عبارتند از بیماری‌های گوارشی (افرمو، ۲۰۲۰)، درد در ناحیه قفسه سینه و ترس از مشکلات قلبی و سردردها و مشکلات عصبی-عضلانی (تومیک و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد مشکلات قلبی و عروقی در این گروه از بیماران معمولاً با علائم جسمی مانند تپش قلب، درد قفسه سینه یا مشکل تنفس مشخص می‌شود (اومارو و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین مشکلات گوارشی ناشی از اختلالات روان‌تنی با علائمی همچون درد شکم، اسهال، یبوست، نفخ، تهوع و زخم معده بروز می‌کند (فینگ و همکاران، ۲۰۲۱).

گزارش‌های بالینی نشان می‌دهد مشکلات جسمانی گزارش‌شده توسط این گروه از بیماران، سطح اضطراب آن‌ها را افزایش می‌دهد و معمولاً همین مسأله به تشدید علائم جسمانی می‌انجامد (بوکدر و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، اضطراب سلامت[2] به‌عنوان یک عامل تشدیدکننده در این اختلال باعث می‌شود این بیماران نگرانی‌های زیادی درباره مشکلات جسمانی خود داشته باشند و در یک چرخه معیوب قرار گیرند؛ این چرخه به تشدید بیماری و طولانی شدن فرایند درمان در آن‌ها منجر می‌شود (پدرسون و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب سلامت به نگرانی بیش‌ازحد درباره ابتلا به یک بیماری خطرناک یا احتمال ابتلا به آن اشاره دارد؛ در این حالت، فرد ممکن است با دیدن کوچک‌ترین نشانه‌ای از بیماری، حالات عادی یا مشکلات جزئی خود را به‌عنوان علائم یک بیماری شدید تصور کند (بریگت و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب سلامت باعث می‌شود فرد به‌طور مبالغه‌آمیزی بر علائم جسمانی خود تمرکز کند، به‌صورت بیمارگونه علائم بیماری را جست‌وجو نماید و نسبت به آن‌ها مشغله ذهنی پیدا کند (چرچی پور ممقانی و همکاران، ۱۴۰۲). شواهد بالینی حاکی از آن است که ناتوانی در تنظیم اضطراب می‌تواند به تشدید نشانه‌های روان‌تنی منجر شود و مداخلات مبتنی بر مدیریت اضطراب به کاهش علائم جسمانی کمک می‌کند (مالورکی-باگه و همکاران، ۲۰۱۶).

اهمیت اثرگذاری بر اضطراب با هدف کاهش مشکلات جسمانی در بیماران دارای اختلالات روان‌تنی باعث شده است رویکردهای درمانی مختلفی در این زمینه به کار گرفته شوند؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] یکی از

1. psychosomatic
2. health anxiety
3. Acceptance and Commitment Therpay (ACT)

آن‌هاست (پدرسون و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد از جمله درمان‌هایی است که به‌جای تغییر شناخت، می‌کوشد ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد. هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1] است؛ یعنی توانایی انتخاب گزینه‌های متناسب‌تر، نه صرفاً انجام عملی برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌سازی که به فرد تحمیل می‌شود (کونوالووا، ۲۰۲۳). فرایندهای بنیادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در لحظه، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه استوار است (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد درمانی با استفاده از راهبردی برای تولید دانش که بر تحلیل رفتار بنا نهاده شده و آن را گسترش داده، توسعه یافته است؛ این تحلیل رفتار وابسته به عملکرد است و با آنچه افراد انجام می‌دهند سروکار دارد (ییلدیز، ۲۰۲۰). فلسفه زیربنایی این رویکرد بافت‌گرایی کارکردی است و شامل انجام اقدامات و اعمال مؤثری می‌شود که فرد به‌واسطه عمیق‌ترین ارزش‌های انسانی، در شرایطی که کاملاً آماده و متعهد به ادامه مسیر ارزشی خود است، هدایت می‌شود (ریز، ۲۰۲۲).

شواهد نشان می‌دهد استفاده از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران کمک کند؛ به‌طوری‌که پژوهش‌های هافمن و همکاران (۲۰۱۸)، دلهوم و همکاران (۲۰۲۲)، پترسون (۲۰۲۳)، زهره‌وندی و همکاران (۱۴۰۱) و فقیه و منشئی (۱۴۰۳) نشان دادند که این روش درمانی ضمن ایجاد آگاهی هیجانی می‌تواند به کاهش تنش روانی بیماران منجر شود. همچنین پژوهش‌های بورین و همکاران (۲۰۲۱)، کالیس و همکاران (۲۰۲۱)، سوینی و همکاران (۲۰۲۵)، برهانی و همکاران (۱۴۰۰) و دهمنی و همکاران (۱۴۰۳) نشان دهنده آن بودند که استفاده از فنون و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی موجب بهبود وضعیت جسمانی بیماران دارای اختلالات روان‌تنی می‌شود.

با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که چون وجود اضطراب می‌تواند دلیل افزایش نشانه‌های جسمانی بیماران باشد و وجود علائم جسمانی می‌تواند سطح اضطراب را افزایش دهد (چوهان و جین، ۲۰۲۴)، تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت می‌تواند مسیر روشنی را پیش روی درمانگران قرار دهد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه شواهد پژوهشی نشان می‌دهد پژوهش‌هایی که به تعیین تأثیر این رویکرد درمانی بر مشکلات زنان مبتلا به اختلالات روان‌تنی در داخل و خارج از کشور پرداخته باشد کمتر انجام شده است، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی بود.

روش

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن شامل زنان دارای علائم روان‌تنی با شکایات جسمانی (قلبی—عروقی و گوارشی) بود که در سه‌ماهه اول سال ۱۴۰۳ به مراکز درمان دولتی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر از این بیماران بود که از میان ۱۰۰ بیمار واجد شرایط، پس از غربال‌گری و تشخیص اولیه (ویزیت اولیه و دریافت تشخیص قطعی اختلال روان‌تنی توسط روان‌پزشک)، به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. برآورد حجم نمونه بر اساس جدول کوهن (۲۰۱۳) و با در نظر گرفتن توان آماری ۸۴ درصد، اندازه اثر متوسط (۰/۵۰) و احتمال خطای (۰/۰۵) انجام شد. در انتخاب

1. psychological flexibility

اعضای نمونه، ملاک‌های ورود همچون رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم شرکت هم‌زمان در مداخله دیگر، کسب نمره بالاتر از ۵۰ در مقیاس نشانه‌های روان‌تنی[1](PCS؛ تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴)، کسب نمره بالاتر از ۲۵ در سیاهه اضطراب بیماری[2] (HAI-18؛ سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲) و داشتن نشانه‌های جسمانی (مشکلات گوارشی و قلبی–عروقی) لحاظ شد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم ادامه همکاری با پژوهشگر، استفاده هم‌زمان از دیگر روش‌های روان‌درمانی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. اهداف و روش پژوهش پیش از اجرا برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان جلب گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه تلقی می‌شود و پرسشنامه‌ها به‌صورت بی‌نام تکمیل می‌گردند. همچنین شرکت در پژوهش داوطلبانه بود و هیچ هزینه‌ای به افراد تحمیل نمی‌شد؛ آنان می‌توانستند در هر زمان و بدون هیچ‌گونه پیامد یا منعی، از ادامه همکاری انصراف دهند. داده‌های گردآوری‌شده نیز تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش و شرح جلسات مداخله به‌شرح ذیل است:

مقیاس شکایات روان‌تنی (PCS): این مقیاس یک ابزار ۳۰ عبارتی است که تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) برای سنجش نشانه‌های روان‌تنی ساخته‌اند. در این ابزار، آزمودنی به هر سؤال یکی از گزینه‌های هرگز (۰) تا به‌طور مکرر (۳) را انتخاب می‌کند. تمامی گویه‌ها نمره‌گذاری مستقیم (مثبت) دارند؛ دامنه نمرات از ۰ تا ۹۰ است و نقطه برش آن ۵۰ در نظر گرفته شده است. نمرات بالاتر بیانگر نشانه‌های روان‌تنی بیشتر در بیمار است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ آن را در سه بار اجرا بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به دست آوردند و روایی سازه آن نیز با استفاده از تحلیل عاملی مطلوب گزارش شد (لافمن و آسبرگ، ۲۰۲۴). در ایران نیز حاجلو (۱۳۹۱) روایی همزمان این ابزار و همبستگی آن با پرسشنامه سلامت عمومی(GHQ) را ۰/۶۸ گزارش کرده و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورد.

سیاهه اضطراب بیماری(HAI-18): این سیاهه توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده و شامل ۱۸ عبارت است که بر اساس طیف لیکرت درجه‌ای از هرگز (۰) تا به طور مکرر (۳) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این ابزار بین صفر تا ۵۴ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر است. همچنین نقطه برش این ابزار نمره ۲۵ در نظر گرفته شده است؛ به‌گونه‌ای که پاسخگویانی که نمره بالاتر از آن کسب کنند، دارای اضطراب سلامت شناخته می‌شوند. سازندگان این ابزار برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که مقدار آن ۰/۹۰ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران نیز نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) روایی محتوایی این ابزار را بر اساس نظر پنج نفر از متخصصان مناسب گزارش نموده و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آورده‌اند.

در فرایند اجرای پژوهش، هر دو گروه در مرحله پیش آزمون ابزارها را تکمیل کردند و سپس از گروه آزمایش خواسته شد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گیرند. این بسته درمانی مطابق رویکرد هایز و استروشل (۲۰۱۸) بود که توسط روان‌شناس متخصص این رویکرد اجرا شد.

1. the Psychosomatic Complaints Scale (PCS)
2. the Health Anxiety Inventory (HAI-18)

در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات، هر دو گروه مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. شرح مختصر جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز و استروشل، ۲۰۱۸)

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی و ارتباط اعضا باهم، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون. ارائه توضیحات درباره هیجانات و اضطراب همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آن‌ها.
جلسه سوم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط اعضا هنگام افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش.
جلسه چهارم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود. بررسی نقاط مثبت و منفی اعضا و تضعیف خود مفهومی و بیان خود واقعی بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی و تعهد رفتاری.
جلسه پنجم	آموزش تحمل بلاتکلیفی و اصلاح نشخوار ذهنی و افزایش تحمل و مسئولیت‌پذیری (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن اعضا به یکدیگر.
جلسه ششم	آموزش مدیریت هیجان (اهداف این آموزش، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، افزایش هیجان مثبت (تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
جلسه هفتم	افزایش کارآمدی فردی و بین فردی، آموزش مهارت‌های بین فردی (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرئت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌کرده خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب باارزش‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

توصیف جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۲/۱۱ با انحراف معیار ۲/۰۱ و در گروه کنترل ۳۱/۰۹ با انحراف معیار ۲/۰۲ بود. علاوه بر آن ۵۳/۳ درصد شرکت کنندگان گروه آزمایش و ۶۶/۷ درصد شرکت کنندگان گروه کنترل تحصیلات دانشگاهی داشتند. تفاوت معناداری میان دو گروه بر اساس سن و جنسیت مشاهده نشد (P>۰/۰۵). شاخص‌های توصیفی متغیرها در جدول ۲ قابل‌مشاهده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های روان‌تنی	آزمایش	۵۶/۴۰	۴/۸۷	۴۹/۷۰	۴/۵۲
	کنترل	۵۸/۶۲	۴/۰۵	۵۷/۵۰	۴/۳۴
اضطراب سلامت	آزمایش	۳۱/۵۰	۴/۲۶	۲۴/۸۰	۴/۶۲
	کنترل	۳۰/۸۱	۴/۳۲	۳۱/۲۱	۴/۱۴

جدول ۲ نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل میانگین کمتری در نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت دارند. در گروه آزمایشی میانگین‌ها از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره به بررسی مفروضات آن پرداخته شد. آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است(P>۰/۰۵). آزمون لوین نشان دهنده همگنی واریانس‌ها بود (P>۰/۰۵). آزمون ام.باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس کوواریانس محقق شده است (P>۰/۰۵). آزمون بارتلت نشان دهنده همبستگی متوسط و معنادار متغیرهای وابسته بود (P<۰/۰۰۱). مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز محقق شد (P>۰/۰۵). پیش آزمون (کووریت) نیز بر پس آزمون اثر معناداری داشت و مفروضه رابطه خطی کووریت و وابسته محقق شد (P<۰/۰۰۱). آزمون چندمتغیره نیز معنادار بود (P<۰/۰۰۱، F=۲۴/۸۵، Wilks` Lambda=۰/۱۸). نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت‌ها در نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
نشانه‌های روان‌تنی	گروه	۵۳۴۷/۹۳	۱	۵۳۴۷/۹۳	۵۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۳۱۳/۲۲	۲۷	۱۰۱/۰۱			
اضطراب سلامت	گروه	۲۱۶۹/۳۹	۱	۲۱۶۹/۳۹	۷/۶۴	۰/۰۱۶	۰/۳۷
	خطا	۳۶۸۷/۱۴	۲۷	۲۸۳/۶۲			

جدول ۳ نشان می‌دهد که در نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در مرحله پس آزمون با حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(P<۰/۰۰۱). اندازه اثرات نیز ۰/۸۰ و ۰/۳۷ بود. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد که در نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت، شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از میانگین کمتری برخوردار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد این درمان توانست نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت را در این زنان کاهش دهد. کاهش نشانه‌های روان‌تنی با یافته‌های دهمنی و همکاران (۱۴۰۳)، برهانی و همکاران (۱۴۰۰)، سوینی و همکاران (۲۰۲۵)، بورین و همکاران (۲۰۲۱) و کالیس و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تمرکز بر حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند هیجانات خود را بپذیرند و از مقابله با آن‌ها دست بردارند؛ این پذیرش به آنان امکان می‌دهد مشکلات جسمانی خود را پذیرفته و مشغله ذهنی کمتری نسبت به آن‌ها داشته باشند و در نتیجه سازگاری بهتر و کاهش نشانه‌های روان‌تنی را تجربه کنند (برهانی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین این رویکرد با کمک به شناسایی ارزش‌های اصلی و حرکت به سمت آن‌ها، تمرکز بر علائم جسمانی را کاهش می‌دهد و زندگی معنادارتر و فعالیت‌های هدفمند را افزایش می‌دهد که این خود باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش توجه مبالغه‌آمیز به علائم

جسمانی می‌شود (سوینی و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش مشکلات را افزایش می‌دهد و به بیماران می‌آموزد به‌جای سرکوب علائم جسمانی، آن‌ها را بپذیرند، واکنش‌های خود به این احساسات را تعدیل کنند، از افکار منفی درباره دردهای جسمانی فاصله بگیرند و آن‌ها را فقط به‌عنوان فکر ببینند و به ارزش‌هایی مانند ارتباط با خانواده پایبند بمانند؛ همین توانمندی‌ها به کاهش مشکلات روان‌تنی کمک می‌کند (کالیس و همکاران، ۲۰۲۱).

کاهش اضطراب سلامت نیز با یافته‌های فقیه و منشئی (۱۴۰۳)، زهره‌وندی و همکاران (۱۴۰۱)، پترسون (۲۰۲۳)، دلهوم و همکاران (۲۰۲۲) و هافمن و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که اضطراب سلامت، مسأله‌ای شناختی است که با درک اشتباه از علائم و تغییرات بدنی و باورهای تحریف‌شده درباره سلامتی مشخص می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند افکار آزاردهنده درباره بیماری را فقط به‌عنوان فکر تجربه کنند، از ناکارآمدی آن‌ها آگاه شوند و به‌جای پاسخ دادن به این افکار، به امور مهم زندگی خود بپردازند؛ این فرایند کاهش اضطراب سلامت را در پی دارد (فقیه و منشئی، ۱۴۰۳). همچنین این رویکرد باعث می‌شود بیماران افکار مربوط به بیماری و احساسات ترس و نگرانی را بدون قضاوت یا تلاش برای سرکوب بپذیرند و بدون مبارزه با آن‌ها مدیریت بهتری داشته باشند (زهره‌وندی و همکاران، ۱۴۰۱). ذهن‌آگاهی نیز به‌عنوان بخشی از این درمان، توجه را به لحظه حال معطوف می‌کند و از غرق شدن در نگرانی‌های آینده یا نشخوار فکری درباره گذشته جلوگیری می‌کند؛ در نتیجه فرد به‌جای تمرکز بر ترس از بیمار شدن، بر فعالیت‌های جاری خود متمرکز می‌شود (پترسون، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌تواند سطح تنش و اضطراب بیماری را کاهش دهد (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). این یافته‌ها با توجه به چرخه معیوب میان نشانه‌های جسمانی و اضطراب سلامت اهمیت دارد؛ زیرا همان‌گونه که چوهان و جین (۲۰۲۴) و بوکدر و همکاران (۲۰۲۲) اشاره کرده‌اند، مشکلات جسمانی می‌توانند اضطراب را افزایش دهند و اضطراب نیز به تشدید علائم جسمانی می‌انجامد. همچنین پدرسون و همکاران (۲۰۱۹) اضطراب سلامت را عامل تشدیدکننده‌ای دانستند که بیماران را در چرخه معیوب قرار می‌دهد. بنابراین مداخله‌ای که همزمان پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در لحظه، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه را هدف می‌گیرد (پولک و همکاران، ۲۰۱۶) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (کونوالووا، ۲۰۲۳)، می‌تواند این چرخه را تعدیل کند. این رویکرد بر تحلیل رفتار و آنچه افراد انجام می‌دهند متمرکز است (ییلدیز، ۲۰۲۰) و با بافت‌گرایی کارکردی و عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های انسانی پیوند دارد (ریز، ۲۰۲۲).

در مجموع می‌توان گفت افراد مبتلا به نشانه‌های روان‌تنی معمولاً تلاش می‌کنند درد، خستگی یا سایر علائم جسمانی خود را کنترل یا حذف کنند؛ اما همین مبارزه استرس را افزایش می‌دهد و علائم جسمانی را تشدید می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این امکان را فراهم می‌کند که تجربه‌های جسمانی بدون قضاوت و مقاومت پذیرفته شوند و همین پذیرش به کاهش نشانه‌های روان‌تنی کمک می‌کند. همچنین بسیاری از نشانه‌های روان‌تنی با عواطف سرکوب‌شده یا حل‌نشده مرتبط‌اند و به شکل مشکلات جسمانی بروز می‌کنند؛ در این درمان افراد تشویق می‌شوند به احساسات خود، حتی احساسات ناخوشایند، فضای لازم بدهند و از سرکوب آن‌ها خودداری کنند. این تخلیه روانی می‌تواند تنش و دردهای جسمانی را کاهش دهد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی نیز به بیماران کمک می‌کند با دقت و بدون قضاوت به احساسات جسمانی خود توجه کنند، آن‌ها را صرفاً به‌عنوان احساس تجربه کنند و به‌عنوان تهدید در نظر نگیرند. از طرف دیگر، افراد مبتلا به نشانه‌های روان‌تنی در چرخه‌های نشخوار فکری درباره علائم و سلامتی خود گرفتار می‌شوند و این چرخه اضطراب سلامت را تشدید می‌کند؛ ذهن‌آگاهی به شکستن این چرخه

و تمرکز بر لحظه حال کمک می‌کند. در این رویکرد فرد از افکار ترسناک خود فاصله می‌گیرد و به‌جای آن بر واکنش‌های جسمانی و ارزش‌های زندگی خود متمرکز می‌شود. چون بسیاری از نشانه‌های روان‌تنی با ترس از بیماری‌های جدی همراه است، افزایش توانمندی در مدیریت اضطراب سلامت می‌تواند به کاهش علائم جسمانی نیز منجر شود. این نتیجه با دیدگاه‌های نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درباره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش، گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه هماهنگ است (کونوالووا، ۲۰۲۳؛ پولک و همکاران، ۲۰۱۶؛ ییلدیز، ۲۰۲۰؛ رییز، ۲۰۲۲). همچنین نگرانی بیش‌ازحد درباره ابتلا به بیماری خطرناک و مشغله ذهنی بیمارگونه نسبت به علائم (بریگت و همکاران، ۲۰۱۸؛ چرچی پور ممقانی و همکاران، ۱۴۰۲) و ناتوانی در تنظیم اضطراب به‌عنوان عامل تشدید نشانه‌های روان‌تنی (مالورکی-باگه و همکاران، ۲۰۱۶) در این چارچوب قابل فهم است.

با وجود این، محدودیت پژوهش حاضر عدم پیگیری نتایج بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده دوره‌های پیگیری نیز در نظر گرفته شود تا میزان ماندگاری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکرد در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی و در مقایسه با دیگر رویکردهای روان‌شناختی بررسی شود تا میزان اثر آن بر متغیرهای یادشده روشن‌تر گردد. با توجه به تأثیر این رویکرد بر کاهش نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت، معرفی آن به مشاوران و درمانگران و استفاده از آن در روان‌درمانی حوزه سلامت توصیه می‌شود تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از این روش به کاهش مشکلات زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی کمک کنند. در مجموع، یافته‌های این پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای مناسب برای کاهش نشانه‌های روان‌تنی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی حمایت می‌کند و بر لزوم توجه هم‌زمان به عوامل روانی و جسمانی در درمان این بیماران تأکید دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرا، اهداف و روش پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان اخذ گردید. اطلاعات آنان محرمانه تلقی شد و پرسشنامه‌ها بی‌نام تکمیل شد. مشارکت داوطلبانه و بدون هزینه بود و امکان انصراف در هر زمان بدون پیامد وجود داشت. داده‌ها نیز تنها برای اهداف پژوهشی استفاده شد.

حمایت مالی و سپاسگزاری

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی انجام شد. نویسندگان از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع

اسدی بیجائیه، جهان سادات.، عیوضی، علیرضا.، و میرموسوی نالکیاشری، سیده زهرا. (۱۴۰۱). مقایسه اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی رفتاری و دارویی با بیماران تحت درمان دارویی. *پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری*، ۱۴(۵۴)، ۹۰-۱۰۹. https://doi.org/10.30495/sbq.2023.705377

برهانی، لیلا.، مؤمنی، خدامراد.، کرمی، جهانگیر.، و مشهدی، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ترکیبی شناختی و پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی و مشکلات روان‌تنی در کارکنان عملیاتی آتش‌نشانی. *علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۱۰۳)، ۱۱۹۲-۱۱۷۱. http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.103.1171

چرچی‌پور ممقانی، الهه.، جعفری، فروغ.، و ذبیحی، رزیتا. (۱۴۰۲). پیش‌بینی اضطراب سلامت در پرستاران بر اساس سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۲)، ۳۰-۱۶. http://frooyesh.ir/article-1-4824-fa.html

حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۱۲-۲۰۴. https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=258&sid=1&slc_lang=fa

دهمنی، زهرا.، اصغرنژاد، علی‌اصغر.، و گل پور، رضا. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی. *مدل‌ها و روش‌های روان‌شناختی*، ۱۵(۵۵)، ۳۶-۲۱. https://doi.org/10.30495/jpmm.2024.32970.3910

زهره‌وندی، زهرا.، باباخانی، نرگس.، و طاهری، افسانه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده، علائم سایکوسوماتیک و پریشانی هیجانی در زنان تحت درمان ناباروری با روش IVF. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۲)، ۵۱۶ – ۴۹۶. https://www.doi.org/10.22034/aftj.2022.310062.1230

فقیه، سعید.، و منشئی، غلامرضا. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب سلامتی ، خستگی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پزشکان سازمان پزشکی قانونی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۳(۲۵)، ۱۱۸ – ۱۰۳. https://doi.org/10.30486/jsrp.2022.1965696.3559

نرگسی، فریده.، ایزدی، فاطمه.، کریمی نژاد، کلثوم.، و رضایی، شریف علی.(۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۸(۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷. https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Asadi Bijāyeh, J., Eyvazi, A., & Mirmousavi Nalkiyāshari, S. Z. (2022). Comparison of anxiety and quality of life in psychosomatic patients receiving cognitive-behavioral and pharmacological treatments versus patients receiving pharmacological treatment. *Applied Research in Behavioral Sciences, 14*(54), 90–109 (In Persian). https://doi.org/10.30495/sbq.2023.705377

Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *115* (4), 58-65. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.002

Borhani, L., Momeni, K., Karami, J., & Մաշhաղի, Ա. (2021). The efficacy of combining therapy cognitive with acceptance and commitment on symptoms of depression and psychosomatic problems firefighters of mashhad city. *Journal of Psychological Science*, *20*(103), 1171-1192 (In Persian). http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.103.1171

Boukdir, A., Khallouk, A., Rhaouti, A., Stati, S., Nafiaa, H., & Ouanass, A. (2022). Treatment methods for patients with psychosomatic illnesses. *European Psychiatry*, *65*(1), 399-410. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1010

Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care–Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, *143*(2), 110374. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374

Charchipour Mamqani, E., Jafari, F., & Zabihi, R. (2023). Prediction of health anxiety in nurses based on attachment styles, distress tolerance, and difficulties in emotion regulation. *Rooyesh-e Ravanshenasi, 12*(2), 16–30 (In Persian). http://frooyesh.ir/article-1-4824-en.html

Chauhan, A., & Jain, C. K. (2024). Psychosomatic Disorder: The Current Implications and Challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry, 22*(4), 399-406 https://doi.org/10.2174/0118715257265832231009072953

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Dehmani, Z., Farid, A. A., & Golpour, R. (2024). Comparing the Effectiveness of Existential Psychotherapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Ppsychosomatic Symptoms and Emotional Distress Tolerance in Women with Marital Conflicts. *Journal of Psychological Methods and Models Spring*, *15*(55) (In Persian). https://doi.org/10.30495/jpmm.2024.32970.3910

Delhom, I., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*(2), 976363. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.976363

D'Souza, R. S., & Hooten, W. M. (2023). Somatic symptom disorder. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.

Efremov, A. (2020). Some aspects of the use of Hypnotherapy and Dehypnosis for the remission of psychosomatic diseases. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*, *10*(4), 158-161.

Faghih, S., & Manshaei, G. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on health anxiety, emotional fatigue, and psychological resilience of physicians in the Forensic Medicine Organization. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 3*(25), 103–118 (In Persian). https://doi.org/10.30486/jsrp.2022.1965696.3559

Feng, L., Li, Z., Gu, X., Jiang, J., & Liu, X. (2021). Psychosomatic Disorders in Patients with Gastrointestinal Diseases: Single-Center Cross-Sectional Study of 1186 Inpatients. *Gastroenterology Research and Practice, 20* (1), 6637084. https://doi.org/10.1155/2021/6637084

Geng, Q. (2022). Recognition and treatment of psychosomatic diseases. *Heart and Mind, 6*(2), 43-44. https://doi.org/10.4103/hm.hm_8_22

Hajloo, N. (2012). Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 10*(3), 204–212 (In Persian). https://rbs.mui.ac.ir/article-1-258-en.html

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2018). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press.

Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frostholm, L. (2018). Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: pilot study. *JMIR mental health*, *5*(2), e28. https://doi.org/10.2196/mental.9198

Kallese, K. H., Schröder, A., Jensen, J. S., Wicksell, R. K., & Rask, C. U. (2021). Group-based Acceptance and Commitment Therapy (AHEAD) for adolescents with multiple functional somatic syndromes: A randomised trial. *JCPP Advances*, *1*(4), e12047. https://doi.org/10.1002/jcv2.12047

Konovalova, I. (2023). *The role of experiential avoidance and effectiveness of a formulation and brief Acceptance and Commitment Therapy intervention for Functional Neurological Disorder* (Doctoral dissertation, University of Southampton).

Låftman, S. B., & Östberg, V. (2024). Psychosomatic complaints are indicative of stress in young individuals: findings from a Swedish national cohort study. Scandinavian *Journal of Public Health, 20*(1), 76-84. https://doi.org/10.1177/14034948241255179

Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016). Mind-body interactions in anxiety and somatic symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(1), 53-60. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000085

Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaei Sharif, A. (2017). Investigating the reliability and validity of the Persian version of the Health Anxiety Questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Educational Measurement, 8*(27), 147–160. (In Persian). https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495

Omarov, M. A., Abdurashidova, L. M., Goreeva, T. S., Elakova, A. V., Eskalieva, A. N., Smolyakova, O. S., & Ramazanov, G. Y. (2025). Psychosomatic aspects of cardiovascular diseases. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, *20*(1), 76-84.

Pedersen, H. F., Agger, J. L., Frostholm, L., Jensen, J. S., Ørnbøl, E., Fink, P., & Schröder, A. (2019). Acceptance and Commitment group Therapy on emotion regulation for patients with multiple functional

somatic syndromes: a three-armed trial comparing ACT in a brief and extended version with enhanced care. *Psychological Medicine*, *49*(6), 1005-1014. https://doi.org/10.1017/S0033291718001666

Petersen, J. M. (2023). Telehealth Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Transdiagnostic Health-Related Anxiety: *A Randomized Controlled Trial*. https://doi.org/10.26076/5efa-5b35

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT matrix: A step-by-step approach to using the ACT matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications.

Reyes, A. T. (2022). The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing, 43*(1), 3-12. https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1953652

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

Sweeney, L., Windgassen, S., & Moss-Morris, R. (2025). Psychological/behavioral treatments for patients with irritable bowel syndrome and other gastrointestinal disorders. In N. Schneiderman, M. H. Antoni, F. J. Penedo, T. W. Smith, N. B. Anderson, T. A. Revenson, & A. F. Abraído-Lanza (Eds.), *APA handbook of health psychology, Vol. 2. Clinical interventions and disease management in health psychology* (pp. 335–355). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000395-015

Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *58*(1), 3-7. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x

Tomik, M., Chojowski, K., Steuer, P., Janik, W., Nowak, P., Wilk, K., ... & Kuszewski, M. (2022). Psychosomatic disorders and their impact on the muscular system: Analysis of the phenomenon and practical implications for the physiotherapist. *Physiotherapy Review*, *26*(1), 5-12. https://doi.org/10.5114/phr.2022.114578

Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(3), 657-690 https://doi.org/10.1111/ppc.12482

Zohrehvandi, Z., Babakhani, N., & Taheri, A. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on perceived stress, psychosomatic symptoms, and emotional distress in women undergoing infertility treatment using the IVF method. *Journal of Applied Family Therapy, 3*(2), 496–516 (In Persian). https://www.doi.org/10.22034/aftj.2022.310062.1230