



The Effectiveness of Online Training in Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Resilience of Nurses with Covid-19

Talebi Maryam^{1*}, Teymuri Hosein²

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Rahedanesh Babol Non-Profit Higher Education Institute, Babol, Iran. ORCID: 0000-0002-1619-9056

2- Msc of Clinical Psychology, Science and Research Center, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran. ORCID:0000-0001-7192-6108

* **Corresponding Author:** Talebi Maryam, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Rahedanesh Babol Non-Profit Higher Education Institute, Babol, Iran.

Email: maryam.talebi68@yahoo.com

Received: 6 Sep 2021

Revised: 26 Nov 2021

Accepted: 8 March 2022

Abstract

Introduction: Psychological distress and resilience is always an important problem in nurses with coronary disease. This study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological distress and resilience in nurses with coronary in Tehran.

Methods: The present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. For this purpose, among all nurses with coronary disease in autumn and winter of 1399, two designated centers and 30 nurses were selected by available sampling and randomly replaced in two experimental and control groups, each group 15 people. Subjects answered the Depression, Anxiety, and Stress Questionnaire and Connor and Davidson Resilience Scale before and after the intervention. But no intervention was done for the control group. Data were entered into SPSS software version 25 by multivariate analysis of covariance at a significance level of less than 0.05.

Results: Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the scores of psychological distresses (depression, anxiety, and stress) and resilience with a significant level of 0.05.

Conclusions: According to the results, it is possible to use acceptance and commitment therapy to improve the psychological distress and resilience of nurses with mild coronary disease.

Keywords: Psychological Distress, Resilience, Acceptance and Commitment Therapy, Coronavirus.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Talebi M, Teymouri H. The Effectiveness of Online Training in Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Resilience of Nurses with Covid-19. Journal of Nursing Education (JNE). 2020.

[Persian] 



اثربخشی آموزش آنلاین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و تاب آوری پرستاران مبتلا به کرونا

مریم طالبی^{۱*}، حسین تیموری^۲

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل، بابل، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۶۱۹-۹۰۵۶

۲- مربی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز علوم و تحقیقات واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ORCID ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۷۱۹۲-۶۱۰۸

*نویسنده مسئول: مریم طالبی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل، بابل، ایران.

ایمیل: maryam.talebi68@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۹/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱۵

چکیده

مقدمه: پریشانی روانشناختی و تاب آوری همواره مشکلی مهم در پرستاران مبتلا به کرونا محسوب می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و تاب آوری در پرستاران مبتلا به کرونا در شهر تهران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور از بین کلیه پرستاران مبتلا به کرونا در بازه زمانی پاییز و زمستان ۱۳۹۹، در دو مرکز یافت آباد و تقی نیا مشخص و ۳۰ نفر از پرستاران به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند هر گروه ۱۵ نفر. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه های افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون پاسخ دادند. اما برای گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. داده ها پس از ورود به نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری در سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و تاب آوری با سطح معنی داری ۰/۰۵ تفاوت وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، می توان برای بهبود پریشانی روانشناختی و تاب آوری پرستاران مبتلا به کرونا، خفیف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سود جست.

کلیدواژه ها: پریشانی روانشناختی، تاب آوری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کرونا.

مقدمه

عامل بیماری های شدیدتری همچون SARS و MERS را شامل می شوند، این ویروس جدید بعدها با نام سندروم حاد تنفسی کرونا ویروس (SARS-CoV2) شناخته شد و به دلیل سرایت بالایی که داشت، خیلی زود در چین و سپس در سرتاسر دنیا شیوع پیدا کرد [۲].

پرستاران در خط مقدم مبارزه با این بیماری هستند، به طوری که یک سوم مرگ و میر ناشی از کرونا در چین مربوط به پرستاران بوده است، تجاری که از پرستاران در اپیدمی های قبلی ناشی از انواع کرونا ویروس نظیر

در آموزش پرستاری، توجه به تقویت مهارت هایی نظیر تاب آوری، مدیریت استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روانی به عنوان نیاز آموزشی، ضروری است تا آنها بتوانند دانش فراگرفته شده را در موقعیت های واقعی به کار گیرند و مشکلات کمتری در محیط شغلی داشته باشند [۱]. یکی از چالش های امروزی پرستاران درگیر بودن با بیماری کرونا است. کرونا ویروس ها خانواده بزرگی از ویروس ها هستند که از ویروس سرماخوردگی معمولی تا

کرونا رابطه منفی و معنی دار داشت [۱۰]. عینی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس حس انسجام و تاب آوری به این نتیجه رسیدند که حس انسجام، تاب آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده بر میزان اضطراب کرونا دانشجویان اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد [۱۱].

در پژوهش Li و همکاران تأثیر روانشناختی شیوع بیماری کرونا از جمله (افسردگی، اضطراب و استرس) را در چین شدید گزارش کرده است [۱۲]. بررسی مطالعات انجام شده نیز نشان داده است که بیماری کرونا به جز مرگ و میر، مشکلات روانشناختی منفی نیز دارد در نتیجه در شرایط اپیدمی کرونا، سرسختی افراد تاب آور می تواند در کنترل شرایط اضطراب آور تحت تأثیر قرار بگیرد [۱۳، ۱۴]. در طول اپیدمی سارس در هنگ کنگ، پرستاران بخش اورژانس گزارش دادند که علی رغم دانش کافی برای وظایف مربوطه، افزایش حجم کار باعث شد که تمرکز بر نظارت و درمان کاهش پیدا کند که این مساله بیشتر به دلیل جای تعجب نیست که مطالعات در طول جهان گیری کرونا، استرس های زیاد و طولانی مدت و مسایل روانی متعدد مثل کمبود خواب و فرسودگی شغلی بالا میزان تاب آوری آنان را کاهش می دهد. در مراحل اولیه اپیدمی در ووهان، ۵۲٫۸ درصد از پرستاران بی خوابی را گزارش کردند و پرستاران خط مقدم تأثیرات مثبت و منفی از جمله ترس، اضطراب و ناامیدی را تجربه می کنند، میزان تاب آوری آنان نسبت به دوران قبل کرونا کاهش پیدا کرده بود، و آنها به برنامه کاری قابل پیش بینی و مشاوره روانشناسی احساس نیاز پیدا کرده بودند [۱۵]. طبق مطالعه آخوندی در ایران در سال ۱۳۹۹، میزان اختلالات روانی و تاب آوری در پاندمی کرونا به ترتیب بالا و پایین گزارش کرد [۷].

اخیراً رویکردهای شناختی-رفتاری بر بیماری های جسمانی متمرکز شده اند و یکی از این رویکردهای جالب که موج سوم رویکردهای شناختی رفتاری است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که زمینه تحقیقات گسترده ای در زمینه روانی و جسمی با خود به همراه آورده است. رویکرد اکت شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی می شود این شش فرایند شامل پذیرش و گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال،

سندروم حاد تنفسی و سندرم تنفسی خاورمیانه در دسترس است نشان می دهد که کارکنان بهداشتی به ویژه پرستاران، سطح بالایی از نشانه های سو عملکرد نظیر استرس، اضطراب و افسردگی را از خود نشان می دهند [۳]. در مطالعه ی Lai و همکاران که روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین طی انتشار بیماری کووید ۱۹ انجام شد، نتایج نشان داد کارکنان مراقبت های پزشکی درجه بالایی از علایم افسردگی (۵۰/۴ درصد)، اضطراب (۳۶/۴۴ درصد)، بیخوابی (۳۴ درصد) و استرس (۷۱/۵ درصد) را تجربه کرده اند. نتایج مهمتر این تحقیق این بود که افراد در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید ۱۹ میزان بالاتری از علائم روانشناختی ذکر شده را گزارش کرده اند، که در این میان پرستاران بیشترین ارتباط و نزدیکی را با بیماران مبتلا به کرونا دارند [۴]. در مطالعه ی Cheong & Li که در اپیدمی سارس در هنگ کنگ انجام شد کارکنان مراقبت های پزشکی بعد از تماس مستقیم با بیماران آلوده به سارس از درجه اضطراب بیشتری رنج می بردند [۵]. بر اساس نتایج مطالعه رحمانیان و همکاران (۲۰۲۰) بین کادر درمانی و اداری از نظر میانگین اضطراب تفاوت معنی دار وجود داشت و میانگین نمره اضطراب کادر بالینی ۱۷/۶۸ بالاتر از کادر اداری (۱۴/۰۴۹) بود [۶]. در مطالعه ای که توسط فریده امین و همکاران انجام شد، میزان شیوع افسردگی و اضطراب و استرس در پزشکان خط مقدم پاکستان ۴۳ درصد بود [۷].

متغیر دیگری که می تواند در شرایط روانی فشارزا میزان مقاومت پرستاران را در محیط کاری بهبود ببخشد تاب آوری است، تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط ناگوار تعریف شده است [۸]. تاب آوری به عنوان یک شاخص بسیار مهم در مقابله با پیامدهای منفی بیماری های جسمی حائز اهمیت است [۹].

در پژوهش فخرایی و همکاران (۲۰۲۰) تحت عنوان پیش بینی اضطراب کرونا بر اساس نگرانی سلامتی، تاب آوری و فراهیجان مثبت در بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که نگرانی سلامتی با اضطراب کرونا در بیماران دیابتی رابطه مثبت و معنی دار و تاب آوری و فراهیجان مثبت با اضطراب

ارزش ها و عمل متعهد می شود [۱۶]. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش پیدا کند [۱۷].

از طرفی پیشینه های تحقیقاتی تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد را در حل مشکلات روانشناختی تأیید کرده اند. از جمله اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانشناختی پرستاران مولتیپل اسکلروزیس [۱۸]، بر اضطراب مرتبط با درد پرستاران مبتلا به درد مزمن [۱۹]، بر میزان علائم افسردگی و استرس زنان مبتلا به درد مزمن [۲۰، ۲۱]، بر دیابت نوع دو [۲۲]، مؤثر واقع شده است. از سویی ازدیاد روز افزون پرستاران مبتلا به کرونا، افزایش میزان بستری شدن و هزینه بالای مراقبت و درمان، نظم سلامت را در قرن حاضر با چالش مهمی مواجه کرده است به همین دلیل پیشگیری از عوارض کرونا و درمان موفق آنها ضروری بوده و نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی مانند فعالیتهای فیزیکی و روانشناختی، رعایت رژیم غذایی مناسب و تداوم در مصرف داروهای مربوط است. این امر تنها با مشارکت فعال پرستاران در امور درمان و اجرای توصیه های اعضای تیم درمان میسر است؛ ازسوی دیگر، از آنجایی که تمرکز فعلی اکثر پژوهش ها بر محور پاتوفیزیولوژی، تظاهرات بالینی، تشخیص و درمان بیماری است و سلامت روان پرستاران خط اول درمان در برنامه ریزی ها و اقدامات درمانی در اولویت قرار نگرفته است، به نظر می رسد، ارائه خدمات روانشناختی در قالب راهبردهای درمانی روانشناختی می تواند در تامین بهداشت روان پرستاران در معرض خطر این بیماری راهگشا باشد. یافتن کارایی و اثربخشی این درمان در نمونه های ایرانی و روی متغیرهای وابسته تحقیق، تلویحات کاربردی مهمی خواهد داشت. با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی که شامل افسردگی، اضطراب و استرس است و تاب آوری پرستاران مبتلا به کرونا انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی انجام شد. جامعه پژوهش، شامل کلیه پرستاران مبتلا به کرونا در سال ۱۳۹۹

بودند و حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد [۲۳]. با استفاده از نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر در دو مرکز دولتی یافت آباد و تقی نیا مشخص و به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری کرونا، عدم درگیری مشکلات ریوی و تنفسی (ابتلای خفیف)، عدم دریافت درمان های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، نداشتن اختلال سایکوتیک، سوء مصرف مواد و عدم مصرف دارو، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات لیسانس بود.

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS21):

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در خلال پژوهشی (۱۹۷۹-۱۹۹۰) با هدف ایجاد پرسشنامه ای برای سنجش متغیرهای یاد شده توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۸۳ تحت عنوان DASS-42 معرفی شد. به دلیل ضعف های موجود در DASS-42، Antony و همکاران آزمون DASS 21- را ساختند که هر سه خرده مقیاس فرم قبلی را دارا بود و شامل ۲۱ آیتم که ۸ ماده مربوط به افسردگی (D)، ۷ ماده اضطراب (A) و ۶ ماده استرس (S) می باشد. در این آزمون از فرد خواسته می شود حالات خود طی هفته گذشته را بر اساس جملات ذکر شده در پرسشنامه در چهار طبقه در نظر گرفته شده علامت بزند. پاسخنامه در چهار طبقه به صورت کلامی (اصلاً)، (کم)، (زیاد) و (خیلی زیاد) تنظیم شده است.

نمره گذاری این مقیاس که از نوع نظرسنجی است در دامنه ای از (۰) اصلاً تا (۳) خیلی زیاد صورت می گیرد. برای این مقیاس در مطالعات روانسنجی خارجی [۲۴] و داخلی [۲۵] ویژگیهای روانسنجی مناسبی گزارش شده است. در میان مطالعات داخلی افشین افولی و همکاران [۲۶]، در بررسی ویژگی های روانسنجی (DASS21) ثبات این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله سه هفته برای خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹، و ۰/۹۰ و پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰، و ۰/۹۳. گزارش نموده اند. در

نخست همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش مولفه اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری Connor & Davidson از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. این مقیاس اگر چه ابعاد مختلف تاب آوری را می سنجد ولی دارای یک نمره کل می باشد. روایی به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا و پایایی به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردیده است [۲۷].

پروتکل آموزشی:

محتوای پذیرش و تعهد بر مبنای نظریه Juarascio, Forman & Herbert (۲۰۰۸) برای ۱۰ جلسه ساخته شد که محتوای آن در (جدول ۱) ارائه شد [۲۸].

پس از هماهنگی با مسئولان مراکز دولتی کرونایی تقی نیا و یافت آباد شهر تهران از آنان خواسته شد تا پرستاران مبتلا به کرونا را به پژوهشگر معرفی کنند. در مجموع تعداد ۳۰ بیمار پس از بررسی ملاک های ورود به مطالعه با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین، معیارهای غیبت دو جلسه و بیشتر باعث انصراف از ادامه همکاری بود. و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی و آنلاین در نرم افزار زوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. و در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از نظر افسردگی، اضطراب و استرس و تاب آوری به صورت آنلاین ارزیابی شدند و ریزشی در نمونه ها اتفاق نیفتاد.

در مطالعه حاضر کد اخلاق از کمیته اخلاق موسسه غیرانتفاعی راه دانش بابل IR.RDNU.REC.139908 اخذ شد. همچنین رضایت آگاهانه، مطلع بودن شرکت کنندگان از روند پژوهش، مختار بودن شرکت کنندگان برای خروج از پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شد.

داده ها پس از ورود به نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری در سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

سنجش روایی سازه با استفاده از مقیاس BDI و پرسشنامه چهارسامانه ای اضطراب تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده و بالاترین میزان همبستگی ها برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۰ و ۰/۶۴ گزارش شده اند. در این تحقیق برای سنجش پربشانی روانشناختی از این پرسشنامه استفاده شد.

مقیاس تاب آوری (Connor & Davidson Resilience Scale) (RIS-CD):

Connor & Davidson (۲۰۰۳)، این مقیاس را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، پرستاران سرپایی روان پزشکی، پرستاران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از پرستاران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که با این مقیاس افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا می کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک طیف لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست)، تا پنج (کاملاً درست) با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره گذاری می شود.

دارای ۲۵ عبارت می باشد که بر اساس تحلیل عاملی انجام شده، پنج زیر مقیاس شامل « تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش (۷ عبارت) پذیرش مثبت تغییر (۵ عبارت)، خودکنترلی (۳ عبارت) تأثیرات معنوی (۲ عبارت) برای آن تعیین گردیده است (۱۲،۱۳). روش نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه گیری تابآوری یک نمره کل محاسبه می شود که حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می باشد و نمره بالاتر، نشان دهنده تاب آوری بیشتر می باشد

همسانی درونی آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ و ثبات آن ۰/۸۷ گزارش شده است.

این مقیاس در ایران توسط عبدی و همکاران (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است [۲۷]. برای تعیین روایی این مقیاس

جدول ۱: محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات

جلسه	مفاهیم
اول	معارفه و تعیین اهداف و قوانین جلسات، معرفی کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم سازی مشکلات مراجعان، آماده سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم	آشنایی با اصول و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه
سوم	صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات، ارایه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ذهن آگاهی، آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آنها
پنجم	بررسی تکالیف، ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاددهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و کرونا را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر
ششم	آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آنها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یکدیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آنها
هفتم	ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر
هشتم	آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت های پایبندی در بحران ها، منحرف کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر
نهم	آموزش تنظیم هیجان، شناخت هیجان ها، اهمیت آنها، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین فردی حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه مندی و غیره، آموزش مهارت های فردی توصیف و تعیین خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت نفس و غیره و خلاصه و جمع بندی جلسات

یافته ها

آزمون نباید معنادار شود تا این فرض رعایت شود. نتایج بدست آمده برای متغیر تاب آوری (با نمره استاندارد ۳/۰۷۷ ، درجه آزادی یک ۱ و درجه آزادی دو ۲۸ و سطح معناداری ۰/۰۹۰)، افسردگی (با نمره استاندارد ۰/۱۳۵ ، درجه آزادی یک ۱ و درجه آزادی دو ۲۸ و سطح معناداری ۰/۷۱۶)، اضطراب (با نمره استاندارد ۰/۰۲۲ ، درجه آزادی یک ۱ و درجه آزادی دو ۲۸ و سطح معناداری ۰/۸۸۲) و استرس نشان می دهد که مقدار آماره آزمون لوین برای برای متغیرهای پژوهش معنادار نشده است. بنابراین می توان گفت فرض همگنی واریانس ها در این داده ها رعایت شده است. همچنین نتایج بدست آمده برای آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس (نمره توزیع فیشر (F) ۰/۴۴، درجه آزادی یک ۱۰ و درجه آزادی دو ۳۷۴۸/۲۰۷، (F) ۰/۹۹۲) نشان می دهد که این فرض نیز در داده ها برقرار هست.

برای بررسی نرمال بودن در داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. در این آزمون مقدار آماره آزمون نباید معنادار شود تا نشان دهد که داده ها نرمال هستند. نتایج بدست آمده برای متغیر تاب آوری (با نمره استاندارد ۰/۷۶ ، درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری ۰/۵۶)، افسردگی (با نمره استاندارد ۰/۹۴ ، درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری ۰/۳۷)، اضطراب (با نمره استاندارد ۰/۶۶ ، درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری ۰/۳۶)، و استرس (با نمره استاندارد ۰/۷۴ ، درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری ۰/۴۳) نشان می دهد که مقدار آماره بدست آمده برای آزمون کولموگروف در سطح ۰/۰۵ معنادار نشده است. بنابراین می توان گفت که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده می شود. نتایج این

جدول ۲. میانگین وانحراف استاندارد تاب آوری و اضطراب، استرس و افسردگی پرستاران در پیش آزمون و پس آزمون و در گروه آزمایش و کنترل

گروه		آزمایش		کنترل	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۶۹/۶۰	۲/۹۵	۶۹/۹۳	۲/۹۴	۶۹/۶۰	۲/۹۴
۷۲/۲۰	۲/۶۸	۶۹/۲۷	۲/۶۰	۷۲/۲۰	۲/۶۰
۷/۶۷	۱/۹۹	۸/۰۷	۱/۹۴	۷/۶۷	۱/۹۴
۶/۰۷	۱/۶۷	۸	۱/۵۱	۶/۰۷	۱/۵۱
۱۱/۳۳	۲/۲۳	۱۰/۸۰	۱/۹۷	۱۱/۳۳	۱/۹۷
۸/۶۰	۲/۱۶	۱۰/۸۷	۱/۹۶	۸/۶۰	۱/۹۶
۱۱	۱/۶۹	۱۱/۶۰	۲/۱۳	۱۱	۲/۱۳
۸/۸۷	۱/۸۱	۱۰/۷۳	۲/۱۲	۸/۸۷	۲/۱۲

مبتنی بر پذیرش و تعهد تاب آوری آنان افزایش یافته است و افسردگی و اضطراب و استرس در آنها نیز کم شده است اما نتایج برای گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است.

جدول ۱ میانگین وانحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون با توجه به گروه کنترل و آزمایش نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که برای متغیر تاب آوری در گروه آزمایش بعد از دریافت درمان

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای پریشانی روانشناختی و تاب آوری

اثر	مقدار	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا
متغیر مستقل ریشه پیلایی	۰/۸۵۵	۳۰/۹۲۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵

تعهد بر روی متغیرهای تاب آوری و پریشانی روانشناختی تاثیر دارد. مقدار مجذور اتا نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حدود ۶۵ درصد از واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می کند.

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری را برای بررسی اثر متغیر مستقل بر روی متغیرهای وابسته نشان می دهد. مقدار توزیع فیشر ۳۰/۹۲۳ برای آزمون ریشه پیلایی نشان می دهد که این مقدار در سطح معنادار هست، بنابراین می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری بین متغیرهای تاب آوری، افسردگی، اضطراب و استرس

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پس آزمون تاب آوری	۶۶/۴۶۹	۱	۶۶/۴۶۹	۲۷/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
پس آزمون افسردگی	۱۷/۴۳۹	۱	۱۷/۴۳۹	۲۵/۰۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
پس آزمون اضطراب	۵۴/۶۷۳	۱	۵۴/۶۷۳	۵۶/۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
پس آزمون استرس	۱۱/۴۱۳	۱	۱۱/۴۱۳	۱۳/۹۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۸

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس و تاب آوری پرستاران مبتلا به بیماری کووید-۱۹ انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد آموزش، در مجموع توانسته است در کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش تاب آوری شرکت کنندگان تاثیر داشته باشد. نتایج پژوهشی که روش

جدول نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر متغیر مستقل بر روی هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی را نشان می دهد. مقدار F بدست آمده برای همه متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

شد. تشویق پرستاران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی‌رهای بی‌بخشد [۳۶]. به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان‌پذیرش و تعهد در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی از طریق ایجاد پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند [۳۷]. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی می‌توان به این نکات اشاره کرد که این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان و توانایی مراجعان جهت ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، می‌باشد [۱۷]. با جایگزین کردن خود، به عنوان زمینه، پرستاران توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند [۳۶]. در واقع در این نوع درمان به شرکت‌کننده‌ها آموزش داده شد که چگونه فرایندهای مرکزی بازدارنده را رها کرده، از افکار آزاردهنده‌رهای بی‌بند و مشاهده‌گر خود باشند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن آنها، که انرژی روانی زیادی را هدر می‌دهد، بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند [۱۶].

همچنین در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند دهند [۳۸]. همچنین می‌توان اذعان داشت که در درمان فوق، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. این درمان، همچنین با تمرکز بر روی استعاره‌های مختلف و تمرکز بر روی درد و رنج و رهاسازی ذهن از ترس‌های مربوط به بیماری و پرهیز از اجتناب

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و تاب‌آوری پرستاران مبتلا تا به حال کار نشده است اما تحقیقات گسترده دیگر نشان داده است که این روش درمانی بر روی استرس، اضطراب و افسردگی سایر نمونه‌های دیگر مؤثر است. در پژوهش Burger و همکاران (۲۰۲۱) این درمان با بهبود بخشیدن به حالات روانی بیماران مبتلا به کرونا و اثرگذاری‌اش بر افزایش فعالیت‌های فیزیکی، عوارض ناشی از بیماری کاهش پیدا کرد [۲۹]. همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های Hughes و همکاران (۲۰۱۷) بر اضطراب مرتبط با درد پرستاران مبتلا به درد مزمن [۱۹] بر میزان علائم افسردگی و استرس زنان مبتلا به درد مزمن [۲۱]، و پژوهش شایقیان و همکاران مبنی بر تأثیر این روش بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو [۲۲]، به طور غیر مستقیم همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با تغییر نوع فکر و برداشت از رنج‌ها و آسیب‌هایی که مستلزم زندگی بشری است به میزان زیادی می‌تواند هیجانات منفی از قبیل اضطراب و استرس و افسردگی را کاهش دهد [۳۰]. تحقیقات قبل نشان داده است که هیجانات منفی با انواعی از بیماری‌های جسمی دیگر ارتباط دارد و استرس به عنوان یک عامل درجه اول برای بستری شدن مجدد این پرستاران می‌باشد [۳۱]. بنابراین، در حال حاضر، پرستاران مبتلا به کرونا، با توجه به شرایط خاص روانی، اجتماعی و اقتصادی که قرنطینه شدن برای آنها به وجود می‌آورد، و همچنین هزینه بالای مراقبت و درمان آنان، بیش از سایر افراد دیگر، در معرض پریشانی روانشناختی هستند [۳۲، ۳۳]. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به این پرستاران آموزش دهد که با رنج‌های ناشی از بیماری چگونه کنار بیایند، و آن را بپذیرند و ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند، هیجانات منفی و ناپاک خویش را جزئی از مراحل انسان بودن خویش بدانند و نحوه برخورد با این هیجانات را یاد بگیرند [۳۴]. علت این تأثیر، تغییر در نگرش آنان نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته، گسلش شناختی و تأکید بر عمل متعهدانه است [۳۵]. هر زمان که بیمار بتواند شرایط اکنون خود را قبول کند، به پذیرش راهکارهای درمانی و مراقبت، بیشتر ترغیب خواهد

بر روی پرستاران مبتلا به کرونای خفیف شهر تهران انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر شهرها و شدت های دیگر بیماری باید جانب احتیاط رعایت گردد علاوه بر آن دوره پیگیری انجام نگرفت و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان دیگری مورد مقایسه واقع نشد. همچنین پیشنهاد می گردد این پژوهش در سایر شدت های این بیماری صورت بگیرد.

نتیجه گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش تاب آوری پرستاران مؤثر بوده است. از آنجا که بیماری کرونا یک بیماری شایع و دارای زمینه های روانشناختی است، می تواند شرایط زندگی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد همچنین رعایت دستورات تیم درمانی بسیار حائز اهمیت است. جنبه ی نوآورانه این پژوهش، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، که این درمان، یکی از روش های غیر دارویی کارآمد در مدیریت روانشناختی این بیماری معرفی می گردد و ضروری است که به عنوان یک درمان مؤثر، در کنار درمان های دارویی مورد توجه قرار بگیرد. پیشنهاد می گردد در پژوهشهای آتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان های روانشناختی دیگر مورد مقایسه قرار بگیرد و دوره های پیگیری در مدت سه و شش ماه برای بررسی پایداری اثر درمان انجام شود.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر دارای کد ثبتی کارآزمایی IR.RDNU. REC.139908 در کمیته تخصصی معاونت پژوهشی دانشگاه غیرانتفاعی راه دانش بابل می باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل و همچنین از کلیه پرستارانی که به عنوان شرکت کننده با مشارکت و همکاری خود، ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال قدردانی را به عمل می آورد.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسنده بیان نشده است.

تجربه ای با استفاده از استعاره و آموزش های ارائه شده در جلسه درمان میزان پریشانی روانشناختی پرستاران را کاهش داده است.

نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را تأیید می کند که به منظور بهبود تاب آوری در پرستاران لازم است ابتدا ارتباط مؤثر درمانی با بیمار برقرار شود و میزان مقاومت در آنان شناسایی گردد و انگیزه شان جهت تغییر رفتار افزایش یابد. که از جمله راهبردهای افزایش تاب آوری، انجام مصاحبه های انگیزشی، شناخت باورهای فرد، افزایش خودکارآمدی فرد و افزایش حمایت اجتماعی می باشد [۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی افزایش میزان تاب آوری پرستاران است بدین صورت که به پرستاران کمک کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی شان نباشند و در عوض، شیوه هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می شود، بیابند [۳۹]. هدف تمرینات گسلش شناختی آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببینند [۸]. تمرینات گسلش به مراجع کمک می کند که در مواجهه با بیماری خودکارآمدتر عمل کند. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آنها رفتار نمی کند و رفتاری را در راستای ارزش های فردی اش (نه افکار) انجام می دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت. اگر تاکنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و باور خودکارآمدی او افزایش می یابد [۱۸]. بنابراین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهد می تواند منجر به خودکارآمدی بالاتر و در نتیجه افزایش تاب آوری گردد تا مسئولیت درمان را برعهده گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن بیمار را نسبت به درد و رنج و بیماری خود تغییر داده است و احساسات و ارزش های وی تغییر کرده است، خودکارآمدی وی افزایش و در نتیجه نسبت به درمان خود، تعهد بیشتر و تاب آوری بالاتر خواهد داشت.

انجام این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش فقط

References

- Sanaz E, Matineh E, Zohreh H. Coronary anxiety in nurses: the predictive role of perceived social support and sense of cohesion. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020;26(3):320-31. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.3436.1>
- Yang L, Liu S, Liu J, Zhang Z, Wan X, Huang B, et al. COVID-19: immunopathogenesis and Immunotherapeutics. *Signal transduction and targeted therapy*. 2020;5(1):1-8. <https://doi.org/10.1038/s41392-020-00243-2>
- Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, French R, Martin B, Reneau K, et al. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Quality & Safety*. 2021;30(8):639-47. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011512>
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976-e. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Cheong D, Lee C. Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. *Hong Kong Med J*. 2004;10(5):325-30. <https://doi.org/10.1177/070674370705200406>
- Rahmanian M, Kamali AR, Mosalanezhad H, Foroughian M, Kalani N, Hatami N, et al. A Comparative Study on Anxiety of Medical and Non-medical Staff due to Exposure and Non-exposure to the Novel Coronavirus Disease. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(5):710-23. <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.COV.3577.3>
- Amin F, Sharif S, Saeed R, Durrani N, Jilani D. COVID-19 pandemic-knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02864-x>
- Masten AS. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. 2018;10(1):12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- Van Breda AD. A critical review of resilience theory and its relevance for social work. *Social Work*. 2018;54(1):1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
- Amirfakhraei, Azita, fard M, Marjan, Ismaili, Color, et al. Predicting coronavirus anxiety based on health concerns, psychological hardiness, and positive excitement in diabetic patients. *Diabetes Nursing Quarterly*. 2020;8(2):1072-83.
- Eyni S, Ebadi M, Hashemi Z. Corona anxiety in nurses: the predictive role of perceived social support and sense of coherence. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020;26(3):320-31. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.3436.1>
- Li J, Yang Z, Qiu H, Wang Y, Jian L, Ji J, et al. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry*. 2020;19(2):249. <https://doi.org/10.1002/wps.20758>
- Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall RP, et al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020; 142(3):249-56. <https://doi.org/10.1111/acps.13219>
- Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(10):3740. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>
- Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. *Frontiers in psychiatry*. 2021;11:1591. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02821-8>
- Francis AW, Dawson DL, Golijani-Moghaddam N. The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(3):134-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*. 2017;40(4):751-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. 2017.
- Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(6):552-68. DOI: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness

- of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. 2016. <https://doi.org/10.21859/ijrn-02041>
21. Abdallah CG, Geha P. Chronic pain and chronic stress: two sides of the same coin? *Chronic Stress*. 2017;1:2470547017704763. <https://doi.org/10.1177/2470547017704763>
 22. Shayeghian Z, Hassanabadi H, Aguilar-Vafaie ME, Amiri P, Besharat MA. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes management: The moderating role of coping styles. *PloS one*. 2016;11(12):e0166599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166599>
 23. Biabangard E. *Research methods in psychology and education*. Tehran: Doran. 2005.
 24. Camacho Á, Cordero ED, Perkins T. Psychometric properties of the DASS-21 among Latina/o college students by the US-Mexico border. *Journal of immigrant and minority health*. 2016;18(5):1017-23. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0415-1>
 25. Siyamak S, Bahram J. Evaluation of validity of short form of depression, anxiety and stress scale. *Social Sciences and Humanities, Shiraz University*. 2007;26(3):65-76.
 26. Afzali A, Ali D, Ahmad B, Mahmoud MBS. Psychometric properties of DASS-42 test based on a sample of high school students in Kermanshah. *Behavioral science research*. 2007;5(2):81-92.
 27. Fatemeh A, Sadat BJS, Hasan A, pavilion S. Evaluation of psychometric properties of Connor-Davidson resilience scale in women with breast cancer. *Research in mental health*. 2019;13(2).
 28. Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior modification*. 2010;34(2):175-90. <https://doi.org/10.1177/0145445510363472>
 29. Berger E, Garcia Y, Catagnus R, Temple J. The effect of acceptance and commitment training on improving physical activity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021;20:70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.005>
 30. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;89:594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
 31. Romero CS, Delgado C, Catalá J, Ferrer C, Errando C, Iftimi A, et al. COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychological medicine*. 2022;52(1):188-94. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
 32. Coelho CM, Suttiwan P, Arato N, Zsido AN. On the nature of fear and anxiety triggered by COVID-19. *Frontiers in psychology*. 2020;3109. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.581314>
 33. Porcelli P. Fear, anxiety and health-related consequences after the COVID-19 epidemic. *Clinical Neuropsychiatry*. 2020;17(2):103. 34. Graham CD, Gouick J, Krahe C,
 34. Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*. 2016;46:46-58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
 35. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Anxiety disorders*. 2020:291-329. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_17
 36. Lee JW, Ha JH. The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2018;48(4):443-53. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.4.443>
 37. Suyanti TS, Keliat BA, Daulima NHC. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermeria clinica*. 2018;28:98-101. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30046-9)
 38. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. The effectiveness of acceptance-commitment therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2017:16-23.
 39. Khashouei MM, Ghorbani M, Tabatabaei F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Glob J Health Sci*. 2016;9(5):18-26. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p18>