

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی و خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی

طیبه زارع ۱، محمد صالح نشان ۲، آزاده ابویی ۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی و خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی بود که با توجه به هدف، از نوع پژوهش کاربردی و همچنین از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه پرستاران شاغل شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. از میان اعضای جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. متغیرهای وابسته پژوهش به ترتیب با پرسشنامه استاندارد استرس شغلی مؤسسه سلامت و ایمنی انگلستان (HSE)، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و پرسشنامه SCL-90-R سنجیده شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS.28 استفاده شد و بررسی نتایج با روش تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی و خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی به‌طور معناداری مؤثر بوده است ($P < 0/05$). همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی مؤثر بود که می‌تواند به‌عنوان راه‌حلی برای توانمندسازی پرستاران دارای اختلال اضطرابی در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، استرس شغلی، خودکارآمدی، اختلال اضطرابی، زنان پرستار

مقدمه:

مسائل شغلی از موضوع‌های مهم و بنیادین امروزه جوامع هستند. گسترش شهرنشینی، توسعه صنعت، جهانی شدن، رقابت اقتصادی و عواملی مانند آن‌ها شغل را به یک مسئله اساسی در زندگی انسان امروزی تبدیل کرده است. بسیاری از جنبه‌های دیگر زندگی مانند ازدواج، تفریح و حتی سلامت جسمانی و روانی انسان، ارتباط تنگاتنگی با شغل وی دارد. بنابراین مسائل شغلی یکی از موضوع‌های اساسی زندگی کنونی انسان است (حسینائی، احدی، فتی، حیدری، مظاهری، ۱۳۹۲). یکی از موضوع‌های اصلی در حیطه شغل، استرس شغلی است که پیامدهای منفی فراوانی دارد. به گزارش موسسه سلامت و ایمنی^۱ طی سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹، بیش از ۱۳/۵ میلیون روز کاری و سالانه ۲۴ میلیون پوند به دلیل صدمات ناشی از استرس شغلی هدرمی رود (موسسه سلامت و ایمنی، ۲۰۱۱).

مسئولیت کارکنان سلامت در قبال مراقبت از بیماران، رسیدگی به موقعیت‌های اورژانس و اخذ تصمیم درست، به‌ویژه در زمانی که دسترسی به سایرین غیرممکن یا مشکل است از عوامل استرس‌زا در حرفه‌های پزشکی محسوب می‌شوند. وقوع ناگهانی حوادث، سوانح و بیماری‌های حاد باعث می‌شود که در اغلب بخش‌های بیمارستانی، دوره‌های زمانی کاری پر از استرس و تنش توأم با کار فیزیکی زیاد رخ دهد. در کنار این مسائل باید به نوبت‌های کاری طولانی یا کار در شیفت‌های طولانی هم اشاره کرد که می‌توانند آثار سوء بر سلامت روانی داشته باشند. علاوه بر بالا بودن ساعات کاری، کم بودن تعداد پرسنل بالینی به نسبت بیماران نیز باعث بروز فشار روانی در بین این گروه از کارکنان می‌شود. بنابراین، استرس‌های روانی اجتماعی به‌عنوان عواملی که می‌توانند سلامت جسمی و روانی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار دهند، به‌عنوان یکی از موضوعات مهم بهداشتی موردتوجه قرار گرفته‌اند (ملک، داداش زاده، پور افکاری، صفائیان، ۲۰۰۸). استرس‌های طولانی و مداوم محیط کار می‌تواند باعث بروز مسائلی چون استعفا، غیبت‌های مکرر، کاهش انرژی و بازده کاری را به دنبال داشته باشد (عبدی، شهبازی، ۲۰۰۱). با توجه به اینکه محیط مراقبت‌های بهداشتی درمانی که بازندگی انسان‌ها سروکار دارند از محیط‌های استرس‌زا شناخته می‌شود و کارکنان آن مستعد مواجهه با استرس‌های شدید می‌باشند، استرس‌های ناشی از این نوع مشاغل می‌تواند بر بازدهی کاری کارکنان اثرگذار باشد. خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با موفقیت به اجرا گذاشته و انتظار نتایج به‌دست‌آمده را دارد. درواقع باور یک شخص در مورد توانایی‌اش در رسیدن به هدفی خاص می‌باشد (گندوانی، پوررضا، اله وردی پور، دوپیکر، ۱۳۹۲).

بسیاری از رفتارهای انسان با سازوکارهای نفوذ در خود، واپایش می‌شود. در میان این سازوکارها، هیچ‌کدام مهم‌تر از باور به خودکارآمدی نیست (بندورا^۲؛ ۱۹۹۷). اگر فردی باور نداشته باشد که می‌توان نتایج مطلوب را به دست آورد، به‌طورقطع در کارهای خود با مشکل مواجه خواهد شد؛ بنابراین، خودکارآمدی می‌تواند نقش بسزایی در توانمندسازی کارکنان داشته باشد (بندورا^۳، ۲۰۰۱). پرستاران از نظر تأثیری که بر سلامتی دارند، در موقعیتی منحصربه‌فرد قرار گرفته‌اند؛ زیرا پرستاری حرفه کمک‌رسانی است و لازمه آن توانایی پرستار در بررسی موقعیت و پیش‌بینی نتایج است. برای انجام چنین عملی پرستار باید دانش و مهارت داشته باشد و فعالیت ذهنی هدفمند در زمره توانایی‌های او باشد تا بتواند اطلاعات مفیدی را در قضاوت و خلق اندیشه نو و ارزشیابی آن در تصمیم‌گیری‌ها و حل مسائل به کاربرد (کوچک زاده، سهرابی، مصدق راد، ۲۰۱۵). خودکارآمدی یکی از مفاهیم کاربردی در یادگیری اجتماعی و نظریه‌های شناختی اجتماعی است و نشان‌دهنده روش‌های سازمان‌دهی موقعیت‌های پیش‌بینی‌شده و نحوه اجرای آن‌ها است. علاوه بر این، خودکارآمدی اعتقاد فردی نسبت به این توانایی است که فرد می‌تواند وظایف خود را به انجام برساند (هوانگ^۴، ۲۰۱۶). خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زاست (ووک، اونیگبو و اودو، ۲۰۱۷).

¹ Health and Safety Executive

² Bandura A

³ Huang

⁴ Nwoke, Onuigbo, Odo

بنابراین ادراک خودکارآمدی بر عملکرد واقعی افراد، انتخاب‌ها و سازمان‌دهی فرایندها در جهت دستیابی و به ثمر رساندن سطوح عملکرد، پیشرفت و میزان تلاشی که فرد صرف یک فعالیت می‌کند، تأثیر دارد (راترفورد، لانگ و فاركاس؛ ۲۰۱۷). هاولز^۵ (۲۰۱۲) معتقد است افرادی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند موفقیت بیشتری کسب و ترس کمتری را تجربه می‌کنند. خودکارآمدی نقش مهمی در مدیریت خود، تعهد به رفتارهای خود مراقبتی و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی دارد. از سوی دیگر خودکارآمدی تنها زمانی بر کارکرد تأثیر می‌گذارد که شخص مهارت‌های لازم برای انجام کاری ویژه را دارا باشد و برای انجام آن کار به اندازه کافی برانگیخته شود و ایجاد این برانگیختگی و انگیزش جهت رسیدن به اهداف، جز از طریق توجه به توانمندی‌های افراد و فراهم کردن اسباب رسیدن به این اهداف در سایه توجه به تفاوت‌های فردی منظور نمی‌شود (گورول و آکتی، ۲۰۱۰).

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به‌عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (لیب آر، ویچن اچ، هافلر ام، استات دی، فوئچ ام، آستین ام و مریکانگاس، ک؛ ۲۰۰۱).

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در ایالات متحده و بسیاری از جمعیت‌های دیگری است، که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا DSM-IV و معیارهای DSM-5 برای اختلالات شخصیت؛ ۲۰۱۲). به‌علاوه مطالعات همواره حاکی از آن بوده‌اند که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب می‌شوند، مقادیر بالایی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی را صرف خود می‌کنند، و اختلالات زیادی در کارکرد افراد به وجود می‌آوردند (افشار، رافعی، میرزائی، ۱۳۹۷).

روش درمانی پرکاربرد در حوزه زنان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که کارایی بالینی آن جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است. با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود درمان‌های مؤثر در حیطه اضطراب احساس می‌شود. برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی، بر پایه دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند.

نسل دوم این نمایش تحت عنوان درمان «رفتاری - شناختی»، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با فنون مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آن‌ها را به کلی حذف کرد. اما امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی الگوهای مبتنی بر پذیرش نامید (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۴). مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد؛ در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، اس سی؛ ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. به اعتقاد هیز (۲۰۰۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند؛ این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، شناخت ارزش‌ها و عمل متعهدانه (اتمی و آستوتی؛ ۲۰۲۰). این درمان، نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد، آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این درمان کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است (موشر، اسکینتی، لی، هرش، بریکر، میلر،

⁵ Rutherford, Long, Farkas

⁶ Howells

⁷ Gürol, Akti

⁸ Lieb R, Wittchen H, Hofler M, Stat D, Fuetsch M, Stein M, & Merikangas, K.

⁹ American Psychiatric Association. DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders

¹ Acceptance and Commitment Therapy- ACT

¹ Hayes, S C

¹ Utami & Astuti

اسکنیدر، استورنیلو، مینا و نیوتن، ۲۰۱۸^۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هسته مشکلات را هدف قرار می‌دهد و هدف کلی آن، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و همچنین توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه حال و تغییر رفتار به‌منظور به خدمت گرفتن ارزش‌ها است (هریس، آر، ۲۰۰۶^۴).

عدم به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب و پایداری این آسیب‌ها در طول زمان می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در زنان و همچنین پدید آیی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر گردد. بر این اساس به‌کارگیری روش‌های درمانی مؤثر می‌تواند به‌عنوان راه‌گشایی در جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و فردی این افراد به شمار رود. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی و خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نوع داده‌ها، شبه آزمایشی با گروه کنترل-آزمایش است، پس این پژوهش نیمه آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد و روش گردآوری اطلاعات میدانی بود.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه استرس شغلی موسسه سلامت و ایمنی انگلستان (HSE):

این پرسشنامه به‌منظور سنجش استرس شغلی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال و شامل ۷ مؤلفه نقش، ارتباط، حمایت مسئولین، حمایت همکاران، کنترل، تقاضا و تغییرات می‌باشد. و بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند (گروه‌های مختلف در محل کار از من کارهایی می‌خواند انجام دهم که ترکیب کردن آن‌ها سخت است) به سنجش استرس شغلی می‌پردازد. پرسشنامه استرس شغلی که توسط سازمان اجرایی ایمنی و بهداشت انگلستان تدوین و اعتبار و روایی آزمون در زبان فارسی توسط آزاد مرزآبادی اسفندیار و غلامی فشارکی محمد در سال ۱۳۸۹ روی ۷۴۹ نفر از کارکنان نظامی در طی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از کل کشور موردبررسی قرار گرفت. در این مطالعه پس از بررسی روایی محتوا، جهت بررسی روایی سازه و هم‌زمان به ترتیب از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، ضریب همبستگی پیرسون، آلفای کرونباخ و جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و Amos نسخه ۱۶ استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد ضریب همبستگی پرسشنامه HSE و GHQ برابر $r = -0.48$ بود. اعتبار پرسشنامه نیز توسط روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۵ بود.

۲. پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر:

این مقیاس توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است که شامل ۱۷ ماده می‌باشد. روش نمره‌گذاری پرسشنامه خودکارآمدی به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. ماده‌های شماره ۳، ۹، ۱۳، ۱ و ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و بقیه ماده‌ها به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. این مقیاس دارای حداکثر نمره ۸۷ و حداقل نمره ۷ می‌باشد. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش براتی (۱۳۷۵)، ۰/۷۹، عبدی نیا (۱۳۷۷)، ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. در پژوهش گنجی و فراهم (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامه SCL-90-R:

آزمون SCL-90-R ابزاری برای سنجش سریع وضعیت آسیب‌شناختی روانی افراد است. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای

^۱ Mosher, Secinti, Li, Hirsh, BricKer, Miller, Schneider, Mina & Newton

^۱ Harris, R.

ارزشیابی علائم روانی است و به وسیله مراجع گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردید. با استفاده از این آزمون می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. این آزمون توسط دروگاتیس و همکاران در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. در ایران میرزایی (۱۳۵۹) مطالعه‌ای برای هنجاریابی آن انجام داده است. دروگاتیس، ریکلز و راک^۳ (۱۹۷۶) اعتبار درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفا رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه یکی از پرستفاده‌ترین پرسشنامه‌ها است و در ایران نیز در پژوهش‌های متعدد به منظور تعیین روایی و پایایی و همچنین غربالگری و تشخیص اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است. کاربرد این آزمون برای افراد عادی جامعه که سن بالاتر از ۱۵ سال دارند، مراجعه‌کنندگان سرپایی مراکز روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی، همچنین بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی غیر از بیماران روان‌پریش، بیماران دچار ضایعات عضوی مغز و عقب‌ماندگان ذهنی قابل اجرا است. پاسخگویان دست‌کم باید دوره راهنمایی را به پایان رسانده باشند.

روش اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر از روش تحقیق کتابخانه‌ای (به منظور جمع‌آوری مبانی نظری) و روش میدانی جهت گردآوری اطلاعات مرتبط با فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه پرستاران شاغل شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. از میان اعضای جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شد. سپس با توجه به هدف، روش تحقیق و تعداد جامعه آماری، ۳۰ نفر گمارش تصادفی شدند. از این تعداد، ۳۰ نفر از پرستارانی که در پرسشنامه SCL-90-R نمره ۹۰ تا ۳۰۰ کسب کرده باشد، به شیوه تصادفی (جدول اعداد) در دو گروه برابر گواه و آزمون قرار گرفتند. آزمایش به مدت هشت جلسه دوساعته، در معرض درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برقرار گرفت. اما مداخله‌ای در گروه کنترل انجام نشد. در گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه مذکور به عنوان پس‌آزمون در گروه‌ها تکمیل شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده داده‌های دو گروه با استفاده از ابزار پرسشنامه جمع‌آوری شده و در نرم‌افزار SPSS.28 با استفاده از روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی درصد، میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی نظیر تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش اجرای این پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه و قرار گرفتن آن‌ها در گروه‌های مداخله و در انتظار درمان، پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون، طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای (حسن نژاد رسکتی، میرزاییان و حسینی، ۱۳۹۸: ۲۸-۳۲) برای گروه مداخله برگزار شد و گروه دیگر درمانی دریافت نخواهند کرد. خلاصه محتوای هر جلسه در زیر آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای هر جلسه بر اساس درمان پذیرش و تعهد	
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات آن‌ها و انواع آن؛ مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها، اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، آشنایی افراد گروه با یکدیگر و با درمانگر، ضابطه‌بندی درمان و شرح قوانین گروه و توصیف کلی از رویکرد درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش. تکلیف خانگی.
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در افراد، مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.

¹ Derogatis, LR.

5

¹ Rickels, K.

6

جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجان‌ات و تجارب منفی. مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاپی روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجان‌ات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از افراد؛ شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها / رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی و در پایان اجرای پس‌آزمون. درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از شرکت‌کننده‌ها برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

در مرحله اول بعد از جمع‌آوری داده و اطلاعات برای مشخص کردن پرستارانی که دارای اختلال اضطرابی هستند با استفاده از آزمون تی- تست مشخص شد که ۳۰ نفر از ۶۰ نفر دارای این اختلال هستند. نتایج این آزمون در جدول زیر مشخص شده است:

جدول ۲. نمرات تی - تست اضطراب

متغیر	فراوانی	میانگین	T	سطح معناداری
اضطراب	۶۰	۱۹۰/۲	۵/۴۵	۰/۰۰۰

همان‌طور که از نتایج مشخص است با توجه به سطح معناداری که مقدار کمتر از ۵ درصد است مشخص است که مقدار میانگین کل از میانگین نمره استرس بالا است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده تعداد ۳۰ نفر که نمره استرس آن‌ها بالاتر بود انتخاب شدند و وارد مرحله تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌های حاصل از ویژگی‌های جمعیت شناختی

در این بخش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تکنیک‌های آمار توصیفی نظیر ایجاد جداول فراوانی و ترسیم نمودارهای آماری برای بررسی چگونگی توزیع نمونه آماری از حیث متغیرهایی نظیر جنسیت، سن و سطح تحصیلات و سابقه خدمت پرداخته می‌شود.

بررسی ویژگی جامعه آماری از لحاظ وضعیت سن

در گروه مورد بررسی ۱۷ درصد آزمودنی‌ها کمتر از ۳۰ سال، ۳۰ درصد آزمودنی‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۰ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۸ درصد آزمودنی‌ها بالای ۵۰ سال سن داشتند.

جدول ۳. توزیع فراوانی مربوط به سن پاسخ‌دهندگان

سن	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۳۰ سال	۵	۱۷
۳۰ تا ۴۰ سال	۱۰	۳۰
۴۰ تا ۵۰ سال	۱۰	۳۰
بیشتر از ۵۰ سال	۵	۱۸
کل	۳۰	۱۰۰

بررسی ویژگی جامعه آماری از لحاظ وضعیت تحصیلات

در گروه مورد بررسی ۷ درصد دیپلم و پایین‌تر، ۱۰ درصد فوق‌دیپلم، ۵۰ درصد لیسانس، ۳۳ درصد فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۴. توزیع فراوانی مربوط به سطح تحصیلات پاسخ‌دهندگان

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم و پایین‌تر	۲	۷
فوق دیپلم	۳	۱۰
لیسانس	۱۵	۵۰
فوق لیسانس	۱۰	۳۳
کل	۳۰	۱۰۰

بررسی ویژگی جامعه آماری از لحاظ تعداد فرزند

در گروه مورد بررسی ۳۳ درصد دارای ۱ فرزند، ۴۳ درصد دارای ۲ فرزند، ۱۷ درصد دارای ۳ فرزند و ۷ درصد بیشتر از ۳ فرزند داشتند.

جدول ۵. توزیع فراوانی مربوط به تعداد فرزند پاسخ‌دهندگان

تعداد فرزند	فراوانی	درصد فراوانی
۱ فرزند	۱۰	۳۳
۲ فرزند	۱۳	۴۳
۳ فرزند	۵	۱۷
بیشتر از ۳ فرزند	۲	۷
کل	۳۰	۱۰۰

آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

در ذیل به بررسی آمار توصیفی متغیرهای تحقیق از جمله میانگین، انحراف معیار پرداخته می‌شود.

جدول ۶. آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	وضعیت گروه	فراوانی	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	آزمایش	بعد از آزمایش	۱۵	۳۶	۸۰	۵۸	۱۳/۵
		قبل از آزمایش	۱۵	۲۱	۶۱	۴۱	۱۲/۱
	کنترل	بعد از آزمایش	۱۵	۲۲	۵۴	۳۷/۴	۱۰/۸
		قبل از آزمایش	۱۵	۱۹	۵۵	۳۸/۲	۱۱/۸
استرس شغلی	آزمایش	بعد از آزمایش	۱۵	۸۲	۱۵۵	۱۱۹/۶	۲۶/۲
		قبل از آزمایش	۱۵	۴۱	۱۳۶	۸۸/۷	۲۶/۴
	کنترل	بعد از آزمایش	۱۵	۴۵	۱۳۲	۸۸/۴	۲۷/۲
		قبل از آزمایش	۱۵	۴۰	۱۳۹	۸۸/۳	۲۷/۵

بررسی فرضیه های پژوهش

فرضیه اول: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی مؤثر است.

کوواریانس برای فرضیه اول در جدول زیر آمده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه اول

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
مدل تصحیح‌شده	۳۴۹۴۶۵/۵۴۷	۳	۱۱۶۴۸۸/۵۱۶	۱۲۳۲/۷۰۵	۰/۰۰۰
متغیر استرس پیش‌آزمون	۷۷۷۳/	۲	۳۸۸۶/۵۶۵	۴۱/۱۲۸	۰/۰۰۰
گروه	۱۷۵۰۷/۸۸۰	۱	۱۷۵۰۷/۸۸۰	۱۸۵/۲۷۲	۰/۰۰۰
خطا	۲۵۵۱/۴۵۳	۲۷	۹۴/۴۹۸		۰/۰۰۰
جمع	۳۵۲۰۱۷/۰۰۰	۳۰	۱۳۰		

فرضیه صفر معنادار بودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد نمی‌شود. بنابراین

اختلاف میانگین دو گروه از نظر متغیر استرس معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه اول پژوهش رد نمی‌گردد.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی مؤثر است.

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس برای فرضیه دوم در جدول زیر آمده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه دوم

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۷۶۳۷۷/۳۰۸	۳	۲۵۴۵۹/۱۰۳	۱۶۲۶/۲۳۴	۰/۰۰۰
متغیر خودکارآمدی پیش‌آزمون	۳۷۹۸/۹۰۸	۲	۳۷۹۸/۹۰۸	۲۴۲/۶۶۰	۰/۰۰۰
گروه	۲۲۱۷/۱۴۴	۱	۱۱۰۸/۵۷۲	۷۰/۸۱۲	۰/۰۰۰
خطا	۴۲۲/۶۹۲	۲۷	۱۵/۶۵۵		
جمع	۷۶۸۰۰/۰۰۰	۳۰			

در جدول فوق ردیف سوم مقدار F تأثیر متغیر همپراش را نشان می‌دهد، (۰/۰۰۰). این مقدار F معنادار است (سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵)، بنابراین می‌توان گفت که پیش‌فرض همبستگی متغیر همپراش و مستقل، رعایت شده است. ردیف چهارم خروجی اصلی تحلیل کوواریانس است. مقدار F تأثیر متغیر مستقل معنادار است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار بودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد نمی‌شود. بنابراین اختلاف میانگین دو گروه از نظر متغیر خودکارآمدی معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه دوم پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی و خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی بوده است که با توجه به هدف، در حیطه تحقیقات کاربردی و شبه آزمایشی قرار گرفته و دارای ۲ بعد پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر کلیه پرستاران شاغل شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از میان اعضای جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ زوج در هر گروه). متغیرهای وابسته خودکارآمدی و استرس شغلی به ترتیب با از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و استرس شغلی هیس سنجیده شدند. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها بدین صورت می‌باشد:

فرضیه اول

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی تأثیر دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها مقدار F معنادار است (سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵)، بنابراین می‌توان گفت که پیش‌فرض همبستگی متغیر همپراش و مستقل، رعایت شده است. بنابراین اختلاف میانگین دو گروه از نظر متغیر استرس شغلی معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس شغلی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی تأثیر دارد.

در رابطه با همسویی با فرضیه حاضر می‌توان به پژوهش‌های رهنما و همکاران (۱۴۰۰)، قربانی و همکاران (۱۴۰۰)، آقاجانی (۱۳۹۸)، مصطفوی (۱۳۹۷) و در پژوهش‌های خارج از کشور می‌توان به پژوهش‌های گریس و وان هوولن (۲۰۱۹)، ینزاکام و همکاران (۲۰۱۸) آپولینارو و همکاران (۲۰۲۰)، آونگ و همکاران (۲۰۱۹)، سنوآرت و همکاران (۲۰۱۹)، هربرت و همکاران (۲۰۱۸)، آمسترانگ و ریمز (۲۰۱۶) و مایلز و آرمزی (۲۰۱۶) اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت: نگاهی دقیق‌تر به ادبیات این حوزه نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی فرسودگی شغلی اضافه‌بار نقش است. اضافه‌بار نقش، وضعیت فرد را در رابطه با خواسته‌های محیط کار تعیین می‌کند. به عبارت دیگر اضافه‌بار نقش به این معنی است که حجم کاری بیشتر از زمان و انرژی فرد است به طوری که فرد مجبور است بیش از زمان تعیین شده کار کند و نتواند کار کند. در زمان مشخص شده به پایان برسد. مطابق با نظریه کاراسک و همکاران (۱۹۹۸)، تقاضای زیاد و کنترل کم، فرد را دچار استرس می‌کند. همچنین در چنین شرایطی عدم تطابق تلاش و پاداش منجر به استرس شغلی می‌شود. زمانی که محیط کار بیش از حد از یک فرد تقاضا می‌کند، ممکن است فرد از خود بی‌توجهی و توجه

بیش از حد به شغل خود رنج ببرد. با استفاده از تکنیک‌های خود مشاهده، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به فرد کمک کند تا با افزایش خودآگاهی و کنترل خود، استرس کمتری را تجربه کند. همچنین اضافه‌بار نقش ممکن است منجر به افزایش افکار منفی، افزایش تلاش فرد برای حذف این افکار و به عبارت دیگر اجتناب تجربی شود. این خود باعث استرس بیشتر می‌شود. مزیت کلیدی ACT این است که می‌تواند به بیماران کمک کند بدون استفاده از دارو با اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی مبارزه کنند. به بیماران می‌آموزد که نحوه ارتباط خود با افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند تا این افکار تسلط پیدا نکنند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند با آموزش پذیرش این افکار به شما از استرس بیشتر جلوگیری کند. علاوه بر این، اضافه‌بار نقش ممکن است به درک فرد از شغل و حجم کار بستگی داشته باشد و با تغییر درک فرد می‌توان به کنترل این موضوع کمک کرد. در واقع ممکن است با تغییر ادراک فرد و ایجاد انعطاف روانی بیشتر در مقایسه با میزان اضافه‌بار نقش، استرس شغلی را کاهش دهد. پذیرش می‌تواند به ما کمک کند تأملی، عینی، و پرورش خرد، رشد و تغییر باشیم. این می‌تواند به ما کمک کند تا در صورت نیاز بهبود پیدا کنیم و به حالات مختلف فیزیکی، ذهنی و عاطفی برویم. پذیرش به این معنا نیست که در همه موقعیت‌ها کاملاً پاسخ دهید یا هرگز تحت استرس یا احساسی قرار نگیرید.

ابهام نقش یا تعارض نقش یکی دیگر از عوامل استرس شغلی است، ابهام نقش شامل آگاهی فرد از اولویت‌ها و انتظارات متناقض از محیط کار و معیارهای ارزیابی نقش است. اگر خواسته‌های شغلی فرد مبهم و متضاد باشد و فرد نداند مدیر یا همکاران از او چه انتظاری دارند، دچار استرس می‌شود. در چنین مواردی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ممکن است با ایجاد انعطاف روانی بیشتر در فرد به او کمک کند تا بتواند بهتر با انتظارات شغلی مبهم و متناقض کنار بیاید. علاوه بر این، گسستن فرد از نقش‌های خود و توجه به خود مستمر و مشاهده‌گر به او کمک می‌کند تا استرس کمتری را تجربه کند.

مرز نقش یکی دیگر از اجزای استرس شغلی است. (مرز نقش، تعارض در نقش‌هایی است که از فرد انتظار می‌رود. زمانی که بین نقش‌های مختلف یک فرد در سازمان مرزی وجود نداشته باشد و محدوده شغلی او مشخص نباشد، فرد دچار استرس می‌شود. در این صورت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کمک می‌کند. فرد از طریق تمرین مشاهده به انسجام بیشتری دست یابد و با تعیین اهداف و تعهد به آن‌ها استرس کمتری را تجربه کند.

مسئولیت فردی نیز یکی دیگر از عوامل استرس‌زا است. مسئولیت فردی احساس مسئولیت فردی برای کارایی و رفاه بیشتر دیگران در محیط کار است. برای کاهش استرس ناشی از مسئولیت بیش از حد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند با ایجاد انعطاف روانی بیشتر برای پذیرش مسئولیت، محدودیت‌ها و ناتوانی‌های خود و دیگران، و همچنین پذیرش افکار و احساسات استرس‌زا و تقسیم مسئولیت‌ها، به کاهش استرس کمک کند.

بی‌کفایتی نقش نیز به تناسب مهارت‌ها، تحصیلات و ویژگی‌های آموزشی و تجربی فرد با نیازهای محیط کار اشاره دارد. نارسایی نقش زمانی رخ می‌دهد که فرد احساس کند برای یک نقش صلاحیت کافی را ندارد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با ایجاد پذیرش محدودیت‌ها و ناتوانی‌های شخصی به فرد در این امر کمک می‌کند. در این پژوهش سعی شد با استفاده از روش درمانی به افراد نمونه تکنیک‌های ذهن آگاهی، تمرینات تجربی، کار با استعاره‌ها، تمرینات تصویرسازی، پارادوکس‌ها و بازی با نقش‌ها آموزش داده شود. زیرا که وقتی استرس کار در عملکرد شغلی و زندگی فردی مداخله می‌کند، تأثیرات نامطلوبی بر سلامتی می‌گذارد، وقتی نیازها برآورده شوند، قوی‌تر و انعطاف‌پذیرتر خواهند شد. مسائل کوچک می‌تواند خلق‌وخو را بهبود بخشند، انرژی را افزایش دهند و موجب احساس کنترل شوند و میزان استرس شغلی را کاهش داد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای اختلالات اضطرابی یک رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش ابتکاری است که بر کاهش عملکرد تنظیم‌کننده رفتار اضطراب و شناخت‌های مرتبط تمرکز دارد و تمرکز زیادی بر تغییر رفتاری دارد که با ارزش‌های افراد سازگار است.

درواقع می‌توان گفت افرادی که با اختلالات اضطرابی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، برای غلبه بر واکنش‌های فیزیکی و روانی ناتوان‌کننده خود به استرس، چه واقعی و چه خیالی، نیاز به راهبردهای عملی دارند. کسانی که از تکنیک‌های ACT استفاده می‌کنند در فرآیندی شرکت می‌کنند که بدون ترس با علائم اضطراب روبرو می‌شوند - آن‌ها را در آغوش می‌گیرند، آن‌ها را

می‌پذیرند، و قدرت و نفوذشان را تخلیه می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی یک دوره جاه‌طلبانه را ترسیم می‌کند و امکان رام کردن علائم ناخواسته سلامت روان را ارائه می‌دهد.

ACT به افرادی که با اختلالات اضطرابی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، زندگی بدون استرس یا نگرانی را وعده نمی‌دهد. باین‌حال، به برداشتن بار طاقت‌فرسا و فلج‌کننده‌ای کمک می‌کند که آن‌ها را از دستیابی به رضایت در زندگی روزمره و رسیدن به پتانسیل کامل خود باز می‌دارد.

فرضیه دوم

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی تأثیر دارد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مقدار $F(0/00)$ می‌باشد. این مقدار F معنادار است (سطح معناداری کوچک‌تر از $0/05$)، بنابراین می‌توان گفت که پیش‌فرض همبستگی متغیر همپراش و مستقل، رعایت شده است و مقدار F تأثیر متغیر مستقل معنادار است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پیش‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار بودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد نمی‌شود. بنابراین اختلاف میانگین دو گروه از نظر متغیر خودکارآمدی معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه دوم پذیرفته می‌شود و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی زنان پرستار دارای اختلال اضطرابی تأثیر دارد.

در رابطه با همسویی با فرضیه حاضر می‌توان به پژوهش‌های فردزاده و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی (۱۴۰۰)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹)، تقوی (۱۳۹۹)، فریرا (۲۰۱۷)، نتایج پژوهش پیکو (۲۰۱۷)، ایگلسون (۲۰۱۶)، آونگ و همکاران (۲۰۲۱)، فالتا و هایز (۲۰۲۱)، آونگ و همکاران (۲۰۱۹)، سنوآرت و همکاران (۲۰۱۹)، هربرت و همکاران (۲۰۱۸) و آمسترانگ و ریمز (۲۰۱۶) اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت: خودکارآمدی به‌عنوان سطح اعتماد افراد نسبت به خود تعریف می‌شود (ژهیو و همکاران، ۲۰۱۶) و اشاره به درک افراد در ارتباط با توانایی انجام وظایف در موقعیت‌های مختلف دارد. باورهای خودکارآمدی می‌توانند تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت روانی افراد داشته باشند. این باورها موجب تأثیرگذاری بر شیوه تفکر، احساس، انگیزش یا رفتار فرد نیز می‌گردد (استروبل و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی باوری است که شخص به قابلیت‌های خود برای سازمان‌دهی و اجرای اقدامات لازم در موقعیت‌های پیش رو دارد. به‌عبارت‌دیگر، خودکارآمدی ایمان شخص به توانایی‌های خود برای موفقیت در یک موقعیت مشخص است. باندورا چنین ایمانی را عامل تعیین‌کننده طرز فکر، نحوه رفتار و احساسات افراد می‌داند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی گشودن آغوش بر تجربیات و آنچه در درون ما اتفاق می‌افتد، آن‌هم به شیوه‌ای فعال و آگاهانه. در واقع می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین مراحل در اکثر مشاوره‌ها به‌ویژه مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع است. خودکارآمدی به‌نوعی پاسخ به این سؤال است که آیا می‌توانم از عهده کار برآیم یا نه. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌ها می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی در افراد شود. همچنین با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث در مورد این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد.

ماسودا و همکاران (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای اثربخشی تکنیک‌های گسل شناختی بر افکار خود-انتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است، بررسی نمودند و نتایج کاهش چشمگیری را در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان دادند.

به‌طور کلی، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمک کرد تا درک درستی از احساسات داشته باشند و آن‌ها را با زبان مخلوط نکنند و این هیجانات را به‌طور کامل تجربه کنند. در واقع، تجربه کامل عواطف از طریق فرآیندهای پذیرش، طرد و خود به‌عنوان پس‌زمینه صورت گرفت، بیان عواطف را تعدیل کرد و ارتباط شرکت‌کنندگان را با افکار، باورها و عواطفشان تغییر داد که منجر به بهبود حالات روانی، خلقیات و تعاملات بین فردی آن‌ها شد.

در این پژوهش سعی شد به افراد نمونه آموزش داده شود برای بهبود خودکارآمدیشان ابتدا اهدافشان را خورد و سپس نما و تصویر کلی را بر موضوع اصلی بگذارند. همچنین با آموزش تکنیک‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، توجه آگاهانه، درگیر شدن و ارتباط با آنچه در آن لحظه اتفاق می‌افتد و توجه به آنچه برای آن‌ها پیش می‌آید، نمونه‌ها به استراتژی‌های مهم برای بهبود و افزایش خودکارآمدی دست یابند و به‌جای تلاش برای تغییر، کاهش یا پرهیز از افکار و احساسات، جایی برای افکار و احساسات ناخواسته یا دردناک ایجاد کند تا به‌درستی دیده شوند. در حقیقت درمان پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی را آموزش می‌دهد تا به افراد کمک کند تا در عین ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به شیوه‌هایی مطابق با ارزش‌های شخصی زندگی و رفتار کنند.

تمرین‌کنندگان ACT به افراد کمک می‌کنند راه‌هایی را تشخیص دهند که تلاش‌هایشان برای سرکوب، مدیریت و کنترل تجربیات عاطفی چالش‌هایی را ایجاد می‌کند. با شناخت و پرداختن به این چالش‌ها، افراد می‌توانند بهتر بتوانند فضا را برای اقدامات مبتنی بر ارزش‌ها که از رفاه حمایت می‌کنند باز کنند.

محدودیت‌های پژوهش

- این پژوهش در جامعه پرستاران زن شهر یزد انجام شده است و در تعمیم نتایج آن باید به شرایط دیگر احتیاط نمود.
- جلسات مداخله توسط پژوهشگر به‌صورت گروهی اجرا شد، لذا احتمال سوگیری ممکن است روایی درونی پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد.
- از آنجاکه در این پژوهش برای سنجش متغیرها از پرسشنامه استفاده شده بنابراین باید محدودیت‌های این پرسشنامه در نظر گرفته شود.
- این جلسات در دوران اپیدمی کرونا اجرا شد و محدودیت‌های این دوران را نیز در برمی‌گیرد.
- این پژوهش در جامعه پرستاران زن شهر یزد انجام گرفت و در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌های جنسیتی، شغلی و جغرافیایی باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

پیشنهاد‌های پژوهشی

- پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات آتی متغیرهای بیشتری را مانند طبقه اجتماعی، مدت سابقه، میزان علاقه به شغل و ... به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در نظر گرفته و اثرات آن بررسی شود.
- برای بررسی بیشتر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پیشنهاد می‌گردد که تأثیر آن بر متغیرهایی چون رضایت شغلی و رضایت زناشویی نیز سنجیده شود.
- پیشنهاد می‌گردد این تحقیق بر روی کارکنان مشاغل دیگر انجام گیرد و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه گردد.
- اطمینان بیشتر برای تعمیم نتایج پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در تحقیقات بعدی نمونه آماری بزرگ‌تری را انتخاب کنند.
- با توجه به محدودیت‌های رشته شغلی، جنسیتی و جغرافیای مورد مطالعه، پیشنهاد می‌شود این تحقیق در دیگر گروه‌های سنی، جنسیتی و جغرافیایی انجام گیرد.

پیشنهاد‌های کاربردی

- با توجه به تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی، پیشنهاد می‌گردد این رویکرد را در حوزه مشاغل مختلف و پراسترس به کار گرفت تا در بهبود عملکرد کارکنان مؤثر واقع گردد.
- با توجه به اثربخش این رویکرد می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مکمل در کنار دیگر روش‌ها استفاده کرد.
- در سطح شهر، استان و کشور به برگزاری آموزش پذیرش و تعهد در جهت کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی اقدام شود.
- با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌گردد که کارگاه‌های آموزشی در زمینه کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی پرستاران برگزار گردد.

- پیشنهاد می‌گردد برنامه آموزش پذیرش و تعهد برای پرستاران تدارک ببیند که می‌تواند راهبردهای مناسب و کارآمد را به فرد آموزش دهد.

- متخصصان می‌توانند مداخلات روان‌شناختی از جمله تعهد و پذیرش را در برنامه درمانی شاغلین بگنجانند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

احمدی اکرم، ریسی زهره. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم. خانواده و پژوهش. ۱۳۹۸. Available from: cited 2023 January 15]; 16(2) (۴۳): ۱۲۳-۱۳۷.

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=508444>

آقاجانی، بیتا (۱۳۹۸). نقش دینداری در کار، سرمایه روانشناختی و استرس شغلی در پیش بینی اضطراب سلامت پرستاران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور استان گیلان، مرکز پیام نور آستارا.

تقوی. سیده فرخنده (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان راهحل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه دار. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی. ۱۱ (۴۳): ۵۳-۳۹.

جعفر نجات، حبیبه (۱۳۹۷). پیش بینی رضایت شغلی بر اساس خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی پرستاران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

حسینایی علی، احدی حسن، فتی لادن، حیدری علیرضا، مظاهری محمدمهدی (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. ۱۹ (۲): ۱۰۹-۱۲۰.

خوشنویسان زهرا، افروز غلامعلی. (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. نشریه مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۵ (۲۰): ۸۰-۷۳.

رضایی قندفروش، بهاره (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله بر استرس بر تاب آوری، تنظیم هیجان و استرس شغلی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر کرج. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور استان هرمزگان، مرکز پیام نور بین‌الملل کیش.

رهنما ناهید، بختیارپور سعید، باوی ساسان، جایروند حمداله، دشت بزرگی زهرا. (۱۴۰۰). ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس استرس شغلی و خودکارآمدی با میانجی‌گری خستگی در پرستاران متأهل. نشریه روان پرستاری. ۹ (۱): ۴۳ - ۵۵.

رهنما ناهید، بختیارپور سعید، باوی ساسان، جایروند حمداله، دشت بزرگی زهرا. ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس استرس شغلی و خودکارآمدی با میانجی‌گری خستگی در پرستاران متأهل. روان پرستاری. ۱۴۰۰؛ ۹ (۱): ۴۳-۵۵.

ساعتچی، محمود (۱۳۶۷). نگرش کارکنان درباره عوامل مؤثر در رضایت شغلی و ترک خدمت. فصلنامه مدیریت دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه تهران، ۱ (۴): ۳۴-۲۱.

شاوران، سیدحمیدرضا. (۱۳۹۰). تحلیل روابط چندگانه میان اعتماد، خودکارآمدی و عملکرد تحقیقی اعضا هیات علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان. پایان نامه دکتری، دانشگاه اصفهان.

شریفی نیا رضا، رضایی علی. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی کارکنان وظیفه‌یگان‌های انتظامی شهر همدان در سال ۱۳۹۹. نشریه مطالعات فرهنگی پلیس (دانش انتظامی همدان). دوره ۸، شماره ۲ (پیاپی ۲۹): ۱۵ - ۲۷.

شماعی زاده، مرضیه (۱۳۸۴). بررسی تأثیر مشاوره شغلی به شیوه شناختی اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.

عابدینی نسب زینب، رحیمی چنگیز، گودرزی محمدعلی. (۱۳۹۰). مقایسه اثر تقدم منفی در زیر گروه‌های اختلال وسواسی جبری، اختلالات اضطرابی دیگر و گروه بهنجار. نشریه تازه‌های علوم شناختی. ۱۳ (۴): ۷۰-۵۷.

عزیزی. مریم. براتی. محمد (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن. مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. ۹(۱). ۵۴-۵۸.

علیزاده سولا مهدی (۱۳۹۸). نقش بهزیستی روانشناختی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی استرس شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اردبیل. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، دانشکده علوم انسانی.

غلام نژاد. حانیه. نیک پیمانسرین. (۱۳۸۸). علل ایجادکننده استرس شغلی در پرستاران. فصلنامه سلامت کار ایران. ۶(۱). ۲۲-۲۷.

غلامرضایی هادی. تشویقی مصطفی. چاقوساز مرضیه. پورمند زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه زنان آسیب دیده از روابط فرا زناشویی همسر. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال ۶۱. ۲۰۱-۲۱۰.

فاتحی دهقانی. فهیمه. بادامی. رخساره. (۱۳۹۶). اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی، باورهای فراشناختی، توجه و عملکرد تیراندازی در نظامیان. فصلنامه روانشناسی نظامی. ۸(۲۹). ۱۹-۲۸.

فتحی جلیل. نورزاده سعید. صمدی مهران. سحرخیز عربانی آر. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، خودانگاره و فرسودگی شغلی معلمان زبان انگلیسی ایرانی: رویکرد مدل معادلات ساختاری. زبان پژوهی سال سیزدهم. شماره ۳۹. ۳۳ - ۵۵
فردزاده حیدر، موسوی سیدمحمود، جداوی ثریا، مهرانی عبدالرسول. پیش بینی خودکارآمدی معلمان برحسب مؤلفه‌های رضایت شغلی. نشریه پژوهشنامه اورمزد. شماره ۵۴ (ضمیمه شماره ۲)؛ ۳۰۰ - ۳۱۹.

فردزاده حیدر، موسوی سیدمحمود، جداوی ثریا، مهرانی عبدالرسول. پیش بینی خودکارآمدی معلمان برحسب مؤلفه‌های رضایت شغلی. پژوهشنامه اورمزد. ۱۴۰۰ (۱۵ January 2023); cited 2023 January 15. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=568584>

قانع قشلاق، رضا. حسینی. محمد علی، سایه میری. کورش. (۱۳۹۶). استرس شغلی در پرستاران ایرانی: مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز. مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان، دوره سوم، شماره چهارم، ۶۸-۷۵.

قربانی. وجیهه. (۱۴۰۰). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب، استرس و رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به سرطان پستان. رویش روان شناسی، سال ۱۰، شماره ۸. ۱۰۴-۱۱۳

کشاوریافشار حسین، رافعی زهرا، میرزایی عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر اضطراب فراگیر. نشریه پایش. ۱۷(۳). ۲۹۶-۲۸۹.

محمدی، ف.، و قدرتی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و امیدواری زنان سرپرست خانوار. پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده، ۹(۱) (پیاپی ۱۶)، ۱۰۵-۱۳۶.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=586520>

مرتقی قاسمی معصومه، قهرمانی زینب، واحدیان عظیمی امیر، قربانی فاطمه (۱۳۹۰). استرس شغلی پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهر زنجان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان. ۸(۱). ۵۱-۴۲.

مصطفوی، منیژه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر استرس شغلی و رضایت شغلی پرستاران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور استان البرز، مرکز پیام نور کرج.

مهدی زاده گندوانی پریسا، پوررضا ابوالقاسم، اله وردی پور حمید، دوپیکر نورالدین. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین استرس‌های کاری با خودکارآمدی و تطابق در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی - درمانی شهر تبریز در سال. نشریه بیمارستان. دوره ۱۲، شماره ۱ (مسلسل ۴۴)؛ ۵۷-۶۵.

مهدی زاده گندوانی. پریسا. پوررضا. ابوالقاسم. اله وردی پور. حمید. دوپیکر. نورالدین. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین استرس‌های کاری با خودکارآمدی و تطابق در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۸۹. فصلنامه بیمارستان. ۱۲(۱).

- نامنی ابراهیم، کشاورزافشار حسین، باهنر فهیمه. بررسی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و نشخوار فکری زنان نابارور. مشاوره کاربردی. ۱۳۹۸. Available from: | <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=510472>
- نریمانی اکرم، حبیبی محمدباقر. اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعارضات زناشویی زنان متأهل. فرهنگی تربیتی زنان و خانواده. ۱۳۹۸. Available from: | <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=512275>
- نوذری فاطمه، موسوی سیده مریم. اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر علائم تنش در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول. مدیریت ارتقای سلامت. ۱۴۰۰. Available from: | <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=573766>

- Baldwin D. Where is the room for improvement in the drug treatment of depression and anxiety? *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2011;26: 1: 3.
- Agostoni, E. C., Barbanti, P., Calabresi, P., Colombo, B., Cortelli, P., Frediani, F., ... & Russo, A. (2019). Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *The Journal of Headache and Pain*, 20(1), 1-9.
- Alveena Siddiqui a, Haiying Jia b, Yingyi He a, Yuling Li a, Shiqian Zhen c, Sarah Chiang d, Hanjing Emily Wu d, Shuchang He a, Xiangyang Zhang. (2021). Correlation of Job stress and self-control through various dimensions in Beijing Hospital staff. *Journal of Affective Disorders*. Pages 916-923.
- Asmundson GJG, Steven T, Bovell CV, Collimore K. Strategies for managing symptoms of anxiety. *Expert review of neurotherapeutics*. 2006;6 (2): 213-22.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1129.
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). ACT in prACTice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy (1st ed., p. 352). *Oakland: New Harbinger Publications, Inc.*
- Bagheri Yazdi S, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students to Tehran University academic year. (Andeesheh Va Raftar).. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;4 (1): 30-9.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall*.
- Bandura, A. (1995a). Self-Efficacy in Changing Societies. *Cambridge University Press*.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. *New York, W.H. Freeman*.
- Bandura, A. (1995b). Guide for constructing self-efficacy scales. Available from *Frank Pajares, Emory University*.
- Bansal, R. (2018). Stress management at workplace. *Internacional Journal of Techno-Management Research*, 5(04), 29–32. [http://www.ijtmr.com/docs/vol5/ma18\(4\).pdf](http://www.ijtmr.com/docs/vol5/ma18(4).pdf).

- Cheraghian B, Fereidooni M, Baraz-Pardejani S., NB. Test Anxiety and its Relationship with Academic Performance among Nursing Students. *Knowledge & Health*. 2008;3 (3- 4): 25-9.
- Chun-Chu Chen a, Suiwen (Sharon) Zou b, Ming-Hsiang Chen. (2021). The fear of being infected and fired: Examining the dual job stressors of hospitality employees during COVID-19. *International Journal of Hospitality Management* 23 December 2021 Volume 102 (Cover date: April 2022) Article 103131.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.
- Foley M. Handbook for psychiatric nursing and care planning 2010.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2011, July). An empirical investigation of the three selves. *PowerPoint presentation at the Association for Contextual and Behavioral Sciences World Conference IX, Parma, Italy*.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W. V. (1998). Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care*, 21(6), 902-908.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior therapy*, 35, 767-783
- Harrington, Lindsey A. Acceptance and commitment therapy for adolescents: An experimental single case multiple probe design The Chicago School of Professional Psychology. ProQuest Dissertations Publishing, 2015. 10112016.
- Harris, R. (2009) اکت
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the thirdwave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.91.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: The Guilford Press, Inc.
- Hayes, S. C. (2011). Personal values questionnaire. Association for Contextual Behavioral Science. Retrieved from http://contextualscience.org/personal_values_questionnaire
- Hayes, S. C. (2012, February 29). Does ACT work for minorities or the poor? Message posted to https://contextualscience.org/does_ACT_work_for_minorities_or_the_poor.
- Hayes, S. C. (2014, November 13). Review our paragraph on meta-analyses? Message posted to https://contextualscience.org/post/review_our_paragraph_on_metaanalyses
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impACT of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *Psychological Record*, 49, 33-47.
- 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. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and

- ACT:How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*,35, 35–54.
- Hayes, S. C., Muto, T., & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and PrACTice*, 18(3), 232-237. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01254.x92
- Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral PrACTice*, 9, 243–247.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. P., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A prACTical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3–29). *New York: Springer-Verlag*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (1st ed.). *Oakland: The Guilford Press, Inc.*
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and prACTice of mindful change* (2nd ed.). *Oakland: The Guilford Press, Inc.*
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289–303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–68. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8991302>.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi-org.libproxy.trnty.edu/10.1037/0022-006X.64.6.1152>.
- Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58, 623–640. doi:10.1002/anie.201002673.
- Jalagat, R. (2017). Determinants of job stress and its relationship on employee job performance. *American Journal of Management Science and Engineering*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.11648/j.ajmse.20170201.11>.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185–196. doi:10.1016/j.janxdis.2008.06.006.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4 th Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2013). *Behavior modification in applied settings* (7 th ed.). Long Grove:

- WavelandPress, Inc.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19–36. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9489260>.
- Katherinem F. Psychiatric Nursing Care Plans. 2012. p. 60- 70.
- Kendall, P. C. (2011). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P. C. Kendall(Ed.), *Child & adolescent therapy, Fourth edition: Cognitive-behavioral procedures* (4 thed.). New York: The Guilford Press, Inc.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness prACTice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological ACTivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 297–300. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.10.007.
- Kooshan M, Vaghei S. psychiatric nursing, mental Health 2. 9 ed. Tehran2012. p. 102-19.
- Kouchakzadeh M, Sohrabi Z, Mosadegherad AM. The Relationship of Emotional Intelligence and its Dimensions on Communication Skills among Emergency Unit Nurses. *Journal of Hospital*. 2015; 4 (3): 68-74. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5520-fa.html>.
- Kubzansky k. Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause Coronary Artery disease psychosomatic research. 2009;48 (4): 337-23.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43–53. doi:10.1037/a0026070.
- made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Martinez-Martin P, Rojo-Abuin JM, Dujardin K, Pontone GM WD, Forjaz MJ, Starkstein S, Leentjens AF. Designing a new scale to measure anxiety symptoms in Parkinson’s disease: item selection based on canonical correlation analysis. *European Journal of Neurology* 2013: 11-23.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 199–209. doi:10.1016/j.brat.2006.02.006.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distrACTion: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impACTs of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, 34(6), 520–38. doi:10.1177/0145445510379632.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impACT of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477–85. doi:10.1016/j.brat.2003.10.008.
- McGrail, Kelly. *ImpACTing Childhood Trauma: An Investigation of the Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Children with Exposure to Adverse Childhood Experiences (ACEs)*Trinity Christian College. ProQuest Dissertations Publishing, 2019. 13881938.
- Morgan B, Hoff. LA. psychiatric and mental health Essentials in primary care. 698 wH, editor. new york2011.

- Onyese, Mary A. Walden University, Burnout, Stress and Depression among African Immigrant Direct Support Professionals Working with Adults with Intellectual Disabilities *ProQuest Dissertations Publishing*, 2021. 28543544.
- Parker, D. F., & DeCotiis, T. A. (1983). Organizational determinants of job stress. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32(2), 160–177.
- Ramakers I, Verhey FR, Scheltens P, H H, Soininen H, Aalten P RM, Verbeek MM, Spiru L, Blennow K, Trojanowski JQ, Shaw LM, Visser PJ. Anxiety is related to Alzheimer cerebrospinal fluid markers in subjects with mild cognitive impairment. *Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative and DESCRIPA Investigators*. 2013;43 (5): 11-20.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 333–357.
- Ruiz, F. J. (2014, August 25). Thoughts about this new meta analysis? Message posted to https://contextualscience.org/post/thoughts_about_this_new_meta_analysis.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Stefanova E, Ziropadja L, Petrovic M, Stojkovic T, V K. Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: a cross-sectional study. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2013;26 (1): 34-40.
- Supplementary Medicine, Nutrition; Deep Breathing Exercises: The Answer To Anxiety, Stress, and Depression. *Mental Health Business Week* Nov 3, 2012.
- Tello-Bernabé E, Sanz-Cuesta T, del Cura-González I, de Santiago-Hernando ML, Jurado-Sueiro M, FernándezGirón M, et al. Effectiveness of a clinical prACTice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. *Strategies*. 2011;95: 25.
- Tello-Bernabé E, Sanz-Cuesta T, Cura-González Id, Santiago-Hernando MLd, Jurado-Sueiro M, FernándezGirón M, et al. Effectiveness of a clinical prACTice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. *Implementation Science*,. 2011;6: 123: 2-9.
- Tiwari N, Baldwin DS. Yogic Breathing Techniques in the Management of Anxiety and Depression: Systematic Reviewf Evidence of Efficacy and Presumed Mechanism of ACTION oAnxiety. 2012;320: 228.
- Turrell, S. L., & Bell, M. (2016). *ACT for adolescents: Treating teens and adolescents in individual and group therapy*. Oakland, CA: Context Press, an imprint of New Harbinger Publications.
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., Gallimore, P., & McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 38, 412–425
- Wingerter, Troy. (2020). The ImpACT of Academic Self-Efficacy, General Self-Efficacy, Athletic Self-Efficacy and Collective Efficacy on the Academic Success of the Intercollegiate Football Student Athlete. *University of Louisiana at Lafayette, ProQuest Dissertations Publishing*.
- Wong, A. K. F., Kim, S. S., Kim, J., & Han, H. (2021). How the COVID-19 pandemic affected hotel Employee stress: Employee perceptions of occupational stressors and their consequences. *International Journal of Hospitality Management*, 93, 102798