

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Evaluation, Death Anxiety, Experimental Avoidance, and Emotional Expression in Nurses

Shafiee Amiri M¹, *Abbasi Gh², Fakhri MK²

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
*Corresponding author's email: gh_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 2020 August 4; Accepted: 2020 October 6

Abstract

Background & Objectives: Nurses are always exposed to anxiety-induced harms. Their work environment and activities are threatening to the general population, causing anxiety. In hospitals, recruiting and retaining staff is vital. Recently, the position of nurses to increase the efficiency of hospitals has been considered by managers. However, disregarding the conditions of nurses can lead to frustration, the loss of motivation to work, and a deeper impact on the socioeconomic development of a country. It is necessary to help nurses to solve job-related problems. Recognizing factors affecting the cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression can improve nurses' conditions using different approaches. The present study aimed to determine the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression in nurses.

Methods: This was an applied and quasi-experimental research with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population of this study included all nurses of Ayatollah Rouhani Hospital in Babol City, Iran, in 2019 (N=388). The study sample included 40 nurses who were selected using the convenience sampling method. They were assigned to the experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria of the study were the age range of 30 to 50 years; having ≥5 years of work experience; no history of participation in ACT workshops; no history of mental disorders, and specific and chronic physical illnesses. The exclusion criteria of the research included non-compliance with the group rules stated in the first session and absence from >2 sessions. The required data were obtained using the Cognitive Appraisal Questionnaire (Peacock & Wong, 1990), the Death Anxiety Questionnaire (Templer, 1970), the Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011), and the Emotional Expression Questionnaire (King & Emmons, 1990). The test group received eight 90-minute weekly sessions of ACT according to Hayes's educational package (2010). To describe the obtained data, central and dispersion indices, e.g., mean and standard deviation were used; for data analysis, repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc test were used in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: Repeated-Measures ANOVA data concerning cognitive evaluation, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression were significant for intragroup (time) ($p<0.001$), interaction (time & group) ($p<0.001$), and intergroup ($p<0.001$) factors. Respecting cognitive evaluation, the rate of intergroup effect was equal to 0.24. Regarding death anxiety, the rate of intergroup effect equaled 0.23. Concerning experimental avoidance, the intergroup effect was measured as 0.37. Respecting emotional expression, the intergroup effect was calculated as 0.25. The posttest scores of cognitive assessment in the experimental group were lower than those of the pretest ($p<0.001$). The cognitive evaluation values of the follow-up stage were significantly different from the pretest stage ones ($p<0.001$); however, no significant difference was observed between the scores of posttest and follow-up steps ($p=0.105$). Furthermore, the posttest scores of death anxiety in the experimental group were lower than those of the pretest ($p<0.001$), and the follow-up values of death anxiety were significantly different from the pretest scores ($p<0.001$); however, there was no significant difference between the values of posttest and follow-up ($p=0.457$). The experimental avoidance posttest scores were lower than those of the pretest values in the experimental group ($p<0.001$). Besides, the experimental avoidance scores of the follow-up stage were significantly different from those of the pretest stage ($p<0.001$); however, no significant difference was observed between the posttest and follow-up stages ($p=0.721$). The posttest scores of emotional expression were higher than those of the pretest in the experimental group ($p<0.001$). Furthermore, the emotional expression scores of the follow-up stage were significantly different from those of the pretest ($p<0.001$); however, there was no significant difference between the posttest and follow-up steps ($p=0.569$). The obtained results highlighted that the effectiveness of ACT lasted until the follow-up phase for all studied variables.

Conclusion: The obtained data suggested the effectiveness of group ACT on cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression in nurses.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive assessment, Death anxiety, Experimental avoidance, Emotional expression, Nurses.

تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران

مجید شفیعی امیری^۱، *قدرت‌الله عباسی^۲، محمدکاظم فخری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

*رأباناامه نویسنده مسئول: gh_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۵ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمه کمک به پرستاران برای حل مشکلات مربوط به آن‌ها، شناخت عوامل مؤثر بر ایجاد مشکلات و بهبود آن‌ها با استفاده از رویکردهای مختلف است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی پرستاران بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۴۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت در مطالعه به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ارزیابی شناختی (پیکاک و وانگ، ۱۹۹۰)، پرسشنامه اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامه ابراز هیجان (کینگ و امونز، ۱۹۹۰) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شد. پروتکل آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه براساس بسته آموزشی هیز (۲۰۱۰) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری منجر به بهبود ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان شد (برای همه متغیرها اثر گروه: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر زمان: $p < ۰/۰۰۱$). همچنین در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات متغیرهای ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان کمتر از پیش‌آزمون بود ($p < ۰/۰۰۱$). اما در گروه آزمایش تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در نمرات چهار متغیر مذکور مشاهده نشد که نشانگر ماندگاری درمان است ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی، ابراز هیجان، پرستاران.

به عنوان عامل آسیب شناسی برای انواع اختلالات روانی نیز مطرح می شود (۱۰).

متغیر ابراز هیجان یکی از ویژگی های مهم در پرستاران است (۱۱). افراد در مؤلفه های مختلف زیستی، اجتماعی، روان شناختی و شخصیتی متمایز از همدیگر هستند. این تفاوت ها، در رفتارهای هیجانی خاص نیز مشاهده می شود. در این راستا، بررسی ها نشان داده است که افراد در نحوه ابراز هیجان های خود از الگوهای متفاوتی نظیر ابراز هیجان، کنترل هیجانی^۸ و دوسوگرایی^۹ استفاده می کنند (۱۲). بین سبک های ابراز هیجان و بیماری های جسمانی و اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و وسواس فکری- عملی ارتباط وجود دارد. اضطرابی، پرستاران از جمله گروهی هستند که همواره در معرض اضطراب مرگ قرار دارند (۱۳). عوامل روان شناختی متعددی بر میزان اضطراب مرگ افراد تأثیر می گذارد که از آن جمله می توان به سن، محیط، اعتقادات مذهبی، آسیب های تجربه شده در طول زندگی و سبک زندگی فرد و میزان خودارزش مندی اشاره کرد (۱۴).

یکی از درمان هایی که در بهبود تنش های پرستاران تأثیر دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} است. این درمان دارای شش مؤلفه اساسی است که هر کدام از این شش مؤلفه اهداف خاص خود را دارد. آن ها شامل پذیرش^۸، عدم آمیختگی^۹، خود به عنوان چشم انداز^{۱۱}، ارتباط با زمان حال^{۱۱}، پالایش و شناسایی ارزش ها^{۱۲} و در نهایت عمل مورد تعهد^{۱۳} است (۱۵). مزیت عمده این روش درمقایسه با روان آموزشی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی، به دلیل تأثیر و تدوام بیشتر اثربخشی آموزش است (۱۶). نتایج پژوهش میرزائی دویستان و همکاران نشان داد، پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب مرگ و سلامت روان در زنان مبتلا به HIV در شهر آبادان مؤثر است (۱۷). همچنین پژوهش بیاتی و همکاران نشان داد، پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب مرگ و وسواس مرگ در سالمندان تأثیر دارد (۱۸).

در ضرورت انجام پژوهش حاضر می توان گفت، از آنجاکه درمان پذیرش و تعهد رویکرد نسبتاً جدیدی است، مطالعات پیشین مرتبط با تأثیر درمان پذیرش و تعهد بیشتر نشان دهنده آن است که آن ها در زمینه انواع اختلالات ذهنی و مشکلات بالینی رایج انجام شده اند. درباره نوآوری مداخله پژوهش حاضر باید گفت با توجه به این نکته که بدکارکردی های روانی و شرایط نامطلوب شغل پرستاری، زندگی فردی، اجتماعی، عملکرد و کارایی پرستاران را تحت تأثیر قرار می دهد و تنش های پرستاران و اثرات حاصل از آن به طور مستقیم متوجه بیمار می شود، ضرورت شناسایی عوامل محل سلامت روان پرستاران و ارائه راهکاری برای کاهش و بهبود این علائم بیش از پیش احساس می شود. همچنین از طریق تأثیرات مثبت درمان پذیرش و تعهد درمی یابیم این روش می تواند برای ارتقای دانش پرستاران و

پرستاران از جمله افرادی هستند که همواره در معرض آسیب های ناشی از اضطراب^۱ قرار دارند (۱). محیط کار و فعالیت های مربوط به کار آنان از عوامل تهدیدکننده و ایجاد اضطراب به شمار می رود. بیمارستان ها یکی از محیط های پر استرس برای کارکنان آن است (۲). در بیمارستان ها اهمیت جذب و ابقای کارکنان امری ضروری و حیاتی است و اخیراً وضعیت پرستاران برای افزایش کارایی بیمارستان ها مدنظر مدیران قرار گرفته است؛ اضطرابی بی توجهی به وضعیت پرستاران می تواند منجر به ناامیدی و از بین رفتن انگیزه کاری آن ها شود و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور تأثیر بگذارد. این استرس ها می تواند از نظر روانی روی خوب بودن و همین طور عملکرد آنان تأثیر منفی داشته باشد (۳).

نقش ارزیابی شناختی^۲، از تبیین های بسیار مهم و مشهور در رابطه با اختلالات روانی و بدکارکردی پرستاران است. فرایند ارزیابی شناختی از رویداد و واقعه روی داده، طی دو مرحله انجام می شود؛ در ارزیابی نخستین فرایند درک معنای رویداد استرس زا و درک مثبت یا منفی بودن آن صورت می گیرد و در ارزیابی دوم و ثانوی پس از ارزیابی رویداد، این رویداد به عنوان تهدید یا چالش (مثبت یا منفی)، به بررسی منابع و امکانات فردی برای نحوه مقابله با آن می پردازد (۴). افرادی که در ارزیابی شناختی نقص دارند، رویداد یا نتایج آن را به صورتی پردازش می کنند که منجر به ایجاد اختلالات روانی و به خصوص اضطراب مداوم و شدید در آن ها می شود (۵). این مدل بیان می دارد افرادی که ارزیابی شناختی نامطلوبی دارند، رویداد نامطلوب رخ داده را محدود به زمان گذشته نمی بینند و همین مسئله نیز احتمال تداوم این بدکارکردی را بیشتر می کند (۶).

یکی از انواع اضطراب که پژوهش ها نشان داده اند در پرسنل بیمارستان و کادر آموزش شیوع فراوانی دارد، اضطراب مرگ^۳ است (۷). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی است و تعریف کردن آن امری دشوار است و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می شود. اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره افراد مهم زندگی است (۸).

اجتناب^۴ در افراد مبتلا به اختلالات مختلف مشاهده می شود و سازه ای است که به منظور مواجه نشدن با تجارب دردناک به کار می رود. اجتناب شامل دو بخش بی میلی به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطرات و زمینه های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی است که باعث فراخواندن آن تجارب می شود (۹). یکی از انواع اجتناب، اجتناب تجربی است و شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی می شود. اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار و هیجانات بدون تلاش برای اجتناب از آن ها است و

^۸. Acceptance

^۹. Defusion

^{۱۰}. Self as perspective

^{۱۱}. Contact with present moment

^{۱۲}. Clarification and identification of values

^{۱۳}. Committed action

^۱. Anxiety

^۲. Cognitive assessment

^۳. Death anxiety

^۴. Avoid

^۵. Emotional control

^۶. Ambivalence

^۷. Acceptance and commitment treatment

روانشناسان و سایر گروه‌های درمانی مفید باشد تا بتوانند از بار استرس و نگرانی بیماران درباره وضعیت بدنی خود بکاهند. همچنین درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به ایجاد محیطی حمایت‌کننده کمک کند که منجر به ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود؛ به همین دلیل پژوهشگران در پژوهش حاضر درصددند دریابند که آیا مداخله مبتنی بر محتوای آموزشی- تربیتی و روانی رویکرد پذیرش و تعهد و افزایش پذیرش، توجه به ارزش‌ها، تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها و اتخاذ اقدام متعهدانه می‌تواند تأثیر مثبتی بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان پرستاران داشته باشد یا خیر. با توجه به مطالب گفته‌شده و اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، تحقیقی کاربردی و از نظر روش تحقیق نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۳۸۸ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت در مطالعه بود که به صورت تصادفی در دو گروه شامل گروه آزمایش (آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (۱۴).

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: بودن در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال؛ دارا بودن حداقل پنج سال سابقه کار؛ نداشتن سابقه شرکت در کارگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نداشتن سابقه اختلال روانی و بیماری‌های جسمی خاص و مزمن (براساس بررسی پرونده پزشکی). معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، رعایت نکردن قوانین گروه که در اولین جلسه بیان شد و غیبت در بیش از دو جلسه، در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

۱. پیش از شروع پژوهش رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛
۲. قبل از شروع پژوهش هر شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شد؛
۳. محافظت از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان انجام شد؛
۴. نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد؛
۵. در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم به منظور پیگیری به داوطلبان ارائه شد؛
۶. مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت؛
۷. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل، پرستاران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش و دارای تمایل به شرکت در پژوهش مشخص شدند. سپس از میان ۱۰۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت

در پژوهش، تعداد ۴۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه‌ها به منظور اندازه‌گیری ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در اختیار افراد قرار گرفت. هشت جلسه آموزش گروهی، یک بار در هفته و هر دفعه به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر (نویسنده اول مقاله) اجرا شد. پس از اتمام جلسات آموزشی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون بررسی شدند. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. دو ماه بعد از پایان جلسات، یک جلسه به عنوان پیگیری برای هر دو گروه برگزار شد و پرسشنامه ارزیابی شناختی^۱ (۱۹)، پرسشنامه اضطراب مرگ^۲ (۲۰)، پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم^۳ (۲۱) و پرسشنامه ابراز هیجان^۴ (۲۲) اندازه‌گیری و ثبت شد. سپس تجزیه و تحلیل آماری نمرات به دست آمده با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز نمرات جلسه پیگیری به منظور بررسی اثربخشی متغیر مستقل در گروه‌ها انجام گرفت. در ادامه درباره ابزارهای به کار رفته در پژوهش توضیح داده می‌شود.

- پرسشنامه ارزیابی شناختی: این پرسشنامه توسط پیکاک و وانگ در سال ۱۹۹۰ براساس الگوی تبدلی تنیدگی لازاروس و فولکمن و به منظور اندازه‌گیری فرایندهای ارزیابی شناختی در رویارویی با تجارب تنیدگی‌زا تهیه و تدوین شد (۱۹). در نسخه اصلی این پرسشنامه، ارزیابی شناختی به صورت چندوجهی اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است و براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از هرگز (صفر) تا همیشه (چهار) ارزیابی می‌شود. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه بیانگر وجود چهار عامل یا مؤلفه چالش، تهدید، مرکزیت و منابع است. کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه، ارزیابی شناختی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۹). پیکاک و وانگ پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ به دست آوردند و روایی محتوای آن را نیز تأیید کردند (۱۹). در پژوهش شکری و متینی یکتا ضرایب همسانی درونی برای تهدید ۰/۹۰، برای چالش ۰/۹۰ و برای مرکزیت و منابع ۰/۸۹ به دست آمد (۲۳).

- پرسشنامه اضطراب مرگ: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر برای بررسی میزان اضطراب مرگ افراد طراحی شد (۲۰). پرسشنامه اضطراب مرگ، شامل ۱۵ آیتم با گزینه‌های صحیح و غلط است که در ۹ آیتم از ۱۵ به انتخاب پاسخ صحیح امتیاز یک و در ۶ آیتم به انتخاب گزینه غلط، امتیاز یک تعلق می‌گیرد. نمره یک نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ و نمره صفر نشان‌دهنده وجود نداشتن اضطراب مرگ است. جمع امتیازات پرسشنامه در دامنه صفر تا ۱۵ قرار دارد که نمره بین صفر تا ۶ بیانگر اضطراب مرگ کم، نمره ۷ تا ۹ بیانگر اضطراب مرگ متوسط و نمره ۱۰ تا ۱۵ بیانگر اضطراب مرگ زیاد است (۲۰). تمپلر پایایی این مقیاس را با استفاده از فرمول کودرپچاردسون ۰/۸۳ به دست آورد؛ همچنین روایی محتوایی و صوری آن را تأیید کرد (۲۰). در پژوهش شریف‌نیا و همکاران پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود و روایی محتوایی و صوری آن به تأیید

^۴ Emotional Expression Questionnaire

^۱ Cognitive Appraisal Questionnaire

^۲ Death Anxiety Questionnaire

^۳ Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

رسید (۲۴).

– پرسشنامه پذیرش و عمل – نسخه دوم: نسخه اولیه این پرسشنامه به وسیله هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است که شامل ۳۲ پرسش است و روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۵). نسخه دوم پرسشنامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ارائه شد و نسخه‌ای ۱۰ سؤالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است (۲۱). این پرسشنامه همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شد و براساس میزان توافق در مقیاس لیکرتی هفت‌درجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۷=همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر است (۲۱). در پژوهش بوند و همکاران مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی پرسشنامه بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی آزمون-بازآزمون در فاصله ۱۲ تا ۳ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۱). عباسی و همکاران نیز پایایی مقیاس را به‌روش همسانی درونی و ضریب تصنیف بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۶).

– پرسشنامه ابراز هیجان: این پرسشنامه ۱۶ سؤالی توسط کینگ و ایمونز به‌منظور بررسی نقش اهمیت ابراز هیجان در سلامت در سال ۱۹۹۰ تدوین شد (۲۲). پرسشنامه سه مقیاس هیجان مثبت (۷ سؤال)، هیجان منفی (۴ سؤال) و ابراز صمیمیت (۵ سؤال) را

می‌سنجد. پرسشنامه ابراز هیجان ۱۶ ماده و سه خرده‌مقیاس دارد. مواد ۱ تا ۷ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان مثبت، مواد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیرمقیاس ابزار صمیمیت و مواد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان منفی است. کسب نمره بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده ابراز هیجان بیشتر است (۲۲). کینگ و ایمونز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و هیجان منفی به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ عنوان کردند. همچنین آن‌ها پایایی این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و هیجان منفی به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش کردند (۲۲). همچنین در پژوهش شریفی‌نیا و هارون‌رشیدی پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابراز هیجان مثبت ۰/۷۰، ابراز صمیمیت ۰/۴۷ و ابراز هیجان منفی ۰/۶۷ به‌دست آمد (۲۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بسته آموزشی هیز اجرا شد (۲۸). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی (دارای مدرک دکتری و حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی) تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان	محتوای جلسه
اول	معرفی و مبنای اساسی درمان	خوشامدگویی و آشنایی و معرفی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به این جلسه و انتظارشان از جلسات درمانی، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان	پرداختن به رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، پذیرش والدین، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه دوم.
سوم	یادگیری زندگی با استرس	پذیرش استرس، پی‌بردن به ارزش‌های زندگی، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه سوم.
چهارم	ارزش‌ها و عمل‌ها	روشن کردن ارزش‌ها، موانع پیش روی ارزش‌ها، اهداف و اعمال (رفتارها)، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه چهارم.
پنجم	تمایلات و افکار و احساسات	ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی.
ششم	عمل – شروع به کار کردن	بازخورد، برنامه‌ریزی برای عمل، خود مشاهده‌گر، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده و جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه پنجم.
هفتم	تعهد	تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه هفتم.
هشتم	حفظ دستاوردهای درمان	تعهد، عود، اجرای پس‌آزمون، خداحافظی، تکلیف دائم.

با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس

(برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون شاپیرو-ویلک (برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت‌موچلی استفاده شد. به منظور مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و سابقه کار)، آزمون خی‌دو به کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در

نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه درمان پذیرش و تعهد		گروه گواه		مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۱	۵۵	۱۲	۰/۳۳۴
	مرد	۹	۴۵	۸	
تأهل	مجرد	۵	۲۵	۷	۱/۰۰۰
	متأهل	۱۵	۷۵	۱۳	
گروه سنی	۳۰ تا ۴۰ سال	۴	۲۰	۶	۰/۴۳۰
	۴۰ تا ۵۰ سال	۱۶	۸۰	۱۴	
	۵ تا ۱۰ سال	۹	۴۵	۸	
سابقه کار	۱۱ تا ۱۵ سال	۵	۲۵	۷	۰/۳۴۱
	۱۶ تا ۲۰ سال	۶	۳۰	۵	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه گواه از نظر متغیرهای جنسیت، تأهل، سن و سابقه کار، تفاوت

جدول ۳. میانگین و پراکندگی نمرات متغیرهای ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی، اضطراب مرگ و ابراز هیجان در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی شناختی	پذیرش و تعهد	۵۹/۳۰	۵/۶۶	۵۲/۰۵	۵/۳۳	۵۲/۲۰	۴/۹۷
	گواه	۵۵/۴۰	۵/۰۴	۵۵/۱۰	۵/۰۲	۵۵	۵/۲۶
اجتناب تجربی	پذیرش و تعهد	۴۵/۰۵	۱۱/۵۲	۳۶	۱۱/۰۱	۳۵/۷۵	۱۱/۱۰
	گواه	۴۴/۴۵	۸/۶۱	۴۴/۳۰	۸/۶۳	۴۴/۲۵	۸/۶۳
اضطراب مرگ	پذیرش و تعهد	۱۳/۳۵	۰/۸۷	۱۰/۲۵	۰/۷۱	۱۰/۴۰	۰/۷۵
	گواه	۱۲/۶۰	۱/۱۸	۱۲/۰۵	۱/۱۹	۱۲/۶۰	۱/۱۴
ابراز هیجان	پذیرش و تعهد	۲۶/۸۰	۵/۳۸	۳۰/۸۵	۵/۳۳	۳۰/۰۵	۵/۵۷
	گواه	۳۱/۶۵	۴/۰۰	۳۲	۳/۸۳	۳۱/۹۵	۳/۷۲

وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است ($p > 0.05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p < 0.001$)؛ از این رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به کار رفت. همچنین از آنجاکه آزمون گرین‌هاوس‌گیزر تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد، بیانگر آن بود که در میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی و اضطراب مرگ پرستاران در پس‌آزمون کاهش داشته است و نمرات ابراز هیجان پرستاران در پس‌آزمون افزایش یافته است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها نتایج آزمون‌های شاپیرو-ویلک، ام‌باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که متغیرهای ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی، اضطراب مرگ و ابراز هیجان از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند ($p > 0.05$). از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد نشد ($p > 0.05$). همچنین معنادار نبود هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین مشخص کرد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجزورات
ارزیابی شناختی	درون‌گروهی	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
		زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
		خطا	۱۰/۱۷	۷۶	۰/۱۸			
	بین‌گروهی	گروه	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	۳۰/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۴
		خطا	۱۲۵/۴۲	۳۸	۴/۴۷			
		زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
اضطراب مرگ	درون‌گروهی	زمان	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
		زمان*گروه	۲۷/۲۰	۵۵/۱۵	۰/۶۷			
		خطا	۲۷/۲۰	۱	۲۱۱/۶۰	۲۹/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
	بین‌گروهی	گروه	۱۶۷۸/۱۳	۳۸	۵۹/۹۳			
		خطا	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
		زمان	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
اجتناب تجربی	درون‌گروهی	زمان	۱۴/۸۸	۷۶	۰/۲۶			
		زمان*گروه	۱۳/۶۱	۱	۱۳/۶۱	۴۴/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
		خطا	۱۴۷۸/۴۴	۳۸	۵۲/۸۰			
	بین‌گروهی	گروه	۲۳۰/۴۶	۱/۷۰	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
		خطا	۱۵۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
		زمان	۸۱/۵۱	۶۴/۷۸	۲/۰۲			
ابراز هیجان	بین‌گروهی	گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۳/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
		خطا	۱۳۵۱۶/۲۲	۲۸	۴۸۲/۷۲			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس متغیر ارزیابی شناختی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p < ۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۴ است. تحلیل واریانس متغیر اضطراب مرگ برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p < ۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۳ است. تحلیل واریانس متغیر اجتناب تجربی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p < ۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر

بین‌گروهی ۰/۳۷ است؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر ابراز هیجان برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p < ۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۵ است؛ این مطلب به آن معنا است که در هر چهار متغیر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان بین دو گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی از تأثیر مداخله است. برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
ارزیابی شناختی	پیش‌آزمون	۳/۷۷	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌گیری	۳/۷۵	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۱۹	۰/۵۹	۰/۱۰۵
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	۱/۸۲	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌گیری	۱/۴۷	۰/۴۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۰/۳۵	۰/۱۹	۰/۴۵۷
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۴/۶۰	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌گیری	۴/۷۵	۰/۵۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۷۲۱
ابراز هیجان	پیش‌آزمون	-۲/۲۰	۰/۶۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌گیری	-۱/۷۷	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۵۶۹



نمودار ۱. مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه

شناختی پرستاران می‌توان عنوان کرد که این شیوه آموزشی به مراجع کمک می‌کند تا با بهبود ارزیابی شناختی طبق ارزش‌های انسانی عمل کند و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهد. ارزیابی شناختی به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظه‌های کنونی تماس دارد و برپایه مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را براساس ارزش‌های برگزیده‌اش تغییر یا ادامه می‌دهد (۱۷). پرستاران با افزایش ارزیابی شناختی درمقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیرا تر می‌شوند و به‌جای موضع انفعالی به‌هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند و برای حل مسئله اقدام می‌کنند. چنین وضعیتی به‌نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در پرستاران در اکثر موضوع‌ها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم کند (۱۸).

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ پرستاران نیز می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب مرگ مؤثر بوده است. به‌نظر می‌رسد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نوع فکر و تغییرات نحوه فکرکردن و برداشت از رنج‌ها و آسیب‌هایی که مستلزم زندگی بشری است، به میزان زیادی می‌تواند هیجانات منفی ازقبیل اضطراب مرگ را کاهش دهد. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعهد به ارزش‌ها است و مراجعان ترغیب می‌شوند تا آنچه را در ابعاد مختلف زندگی برای آن‌ها مهم است، بررسی و شناسایی کنند. بیرون‌راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد نمی‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (۱۶).

همچنین در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی پرستاران می‌توان گفت، در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک‌ذهن طبیعی هستند. آنچه افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته‌شدن فرد به محتوای افکار است (۱۳)؛ بنابراین اجتناب تجربی فرایند تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۲). از آنجاکه اجتناب‌کردن، قدرت افکار و هیجانات اجتناب‌شده را افزایش می‌دهد، اثر متناقضی برای اجتناب تجربی وجود دارد (۷)؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موقعیتی را به‌وجود می‌آورد که طی آن پرستاران دربرابر راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش درجهت حذف افکار و احساسات، احساس درماندگی کنند. درنهایت این وضعیت زمینه

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر ارزیابی شناختی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p < 0/001$). نتایج مشخص کرد که ارزیابی شناختی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p = 0/105$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر اضطراب مرگ در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p < 0/001$) و اضطراب مرگ در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود ($p = 0/457$). همچنین نتایج مشخص کرد، نمرات متغیر اجتناب تجربی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p < 0/001$) و اجتناب تجربی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p = 0/721$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر ابراز هیجان در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p < 0/001$) و ابراز هیجان در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون دارد ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود ($p = 0/569$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری برای هر چهار متغیر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان ماندگار است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود. یافته‌ها نشان از اثربخشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مدنظر داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش میرزائی‌دوستان و همکاران مبنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب مرگ و سلامت روان در زنان مبتلا به HIV در شهر آبادان (۱۷) و پژوهش بیاتی و همکاران مبنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب مرگ و وسواس مرگ در سالمندان (۱۸)، همسوست.

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل با شماره نامه ۱۴۲ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش عبارت بود از: پیش از شروع پژوهش رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ قبل از شروع پژوهش هر شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شد؛ محافظت از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان انجام شد؛ نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد؛ در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم به‌منظور پیگیری به داوطلبان ارائه شد؛ مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت؛ این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد. نویسندگان اول و سوم داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کردند. نویسنده دوم، در نگارش نسخه دست‌نویشته همکاری اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نویشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

را برای معرفی پذیرش به‌عنوان راه‌حلی جایگزین فراهم می‌کند و این پذیرش فرصتی می‌شود تا پرستاران به‌جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی به امور مهم و ارزش‌مند زندگی خود و سایر توانایی‌هایشان بپردازند (۱۶).

و در آخر نیز در تبیین آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر از هیجان پرستاران می‌توان گفت، برخلاف باورهای قدیمی، در گستره فعلی متون روان‌شناختی می‌توان اذعان داشت که هیجان‌ها دارای کارکردهای مفیدند و برای سازگاری در زندگی روزمره ضروری هستند. مطابق با آنچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند، هیجان‌ها اگر در زمان، مکان و موقعیت مناسب ابراز شوند منجر به پیامدهای مثبت خواهند شد (۱۰).
بالین‌وجود، نبود مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی است (۱۱)؛ بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در پرستاران می‌تواند در بهبود ابراز هیجان مفید و مؤثر واقع شود (۱۶).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد درباره خود که از این آزمون‌ها به‌دست می‌آید، با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد مشاهده می‌شود، متفاوت باشد. عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش کنترل نشد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام پذیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج این پژوهش مقایسه شود؛ همچنین در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران از فرد متخصص به‌عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش بهره ببرند تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان پرستاران تأثیر دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی پرستارانی که به‌عنوان شرکت‌کننده در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Melnyk BM, Orsolini L, Tan A, Arslanian-Engoren C, Melkus GD, Dunbar-Jacob J, et al. A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *J Occup Environ Med*. 2018;60(2):126–31. doi: [10.1097/jom.0000000000001198](https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001198)
2. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs*. 2017;26(3):172–6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
3. Seifi F, Ebrahimzadeh S. Predicting job performance of nurses based on emotional regulation and mental health practices. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*. 2016;2(1):1620–9. <https://www.ijhcs.com/index.php/ijhcs/article/view/1334>
4. Matsukiyo Y, Nakao H, Kakuma T. Structuring the process of disaster relief nurses' cognitive evaluation of stress. *Health Emergency and Disaster Nursing*. 2018;5(1):12–24. <https://doi.org/10.24298/hedn.2016-0012>
5. Fry M, Arendts G, Chenoweth L. Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *J Clin Nurs*. 2017;26(9-10):1281–90. <https://doi.org/10.1111/jocn.13591>

6. Mioni G, Meligrana L, Perini F, Marcon M, Stablum F. Lack of temporal impairment in patients with Mild Cognitive Impairment. *Front Integr Neurosci*. 2019;13(5):42-61. <https://doi.org/10.3389/fnint.2019.00042>
7. Kim WS, Cho HH, Kwon S. The influence of terminal care performance, death anxiety and self-esteem on terminal care stress of geriatric hospital nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2016;19(2):154-62. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.154>
8. Sharifi Nia H, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *Int J of Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(1):2-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709813/>
9. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Plumb Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy modules: differential impact on treatment processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2016;77:52-61. doi: [10.1016/j.brat.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001)
10. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):751-70. doi: [10.1016/j.psc.2017.08.009](https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009)
11. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):546-53. doi: [10.1007/s13311-017-0521-3](https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3)
12. Peluso PR, Freund RR. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy*. 2018;55(4):461-72. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>
13. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E, et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychol Trauma*. 2017;9(Suppl 1):74-84. doi: [10.1037/tra0000127](https://doi.org/10.1037/tra0000127)
14. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018;18(1):60-8. doi: [10.1016/j.ijchp.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002)
15. Ly KH, Asplund K, Andersson G. Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2014;1(3):95-101. doi: [10.1016/j.invent.2014.06.003](https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.06.003)
16. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*. 2015;84:171-80. doi: [10.1016/j.appet.2014.10.004](https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.004)
17. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. the effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iranian J Psy Cli Psy*. 2019;25(1):2-13. [Persian] doi: [10.32598/ijpcp.25.1.2](https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2)
18. Bayati A, Abbasi P, Ziapour A, Parvane E, Dehghan F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and death obsession in the elderly. *World Family Medicine Journal*. 2017;(10):122-8. doi: [10.5742/MEWFM.2017.93148](https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93148)
19. Peacock EJ, Wong PT. The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*. 1990;6(3):227-36. doi: [10.1002/smi.2460060308](https://doi.org/10.1002/smi.2460060308)
20. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J General Psychol*; 1970.82:165-77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88. doi: [10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007)
22. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(5):864-77. doi: [10.1037//0022-3514.58.5.864](https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.864)
23. Shokri O, Matini Yekta L. The efficacy of Attributional Retraining Program on cognitive appraisal processes, conflict resolution strategies and marital adjustment. *Quarterly of Applied Psychology*. 2019;13(3):409-31. doi: [10.29252/APS.13.3.409](https://doi.org/10.29252/APS.13.3.409) [Persian]
24. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2014;8(4):29-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4364474/>
25. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*. 2004;54(4):553-78.
26. Abbasi I, Fata L, Moloudi R, Zarabi H. Psychometric adequacy the Persian vision of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *Psychological Methods and Models*. 2013;2(10):65-80. http://jpm.mia.ac.ir/article_61.html?lang=en
27. Sharifinia MA, Haroonrashidi H. The relationship between the dark traits of personality and emotional expressiveness with satisfaction of life among the military personnel in Ahvaz, Iran. *Military Psychology*. 2020;11(41):41-9. [Persian] https://jmp.ihu.ac.ir/article_205209_8700c0998a06e045f41dcdcf81af0e3c1.pdf?lang=en
28. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2010;48(3):238-45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006>