



The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy in Resilience and Mental Health of Nurses Working in Corona wards of Qazvin Social Security Hospital in 2023

MohammadReza Bagheri¹, Sophia Khaneghahi^{2*}, Mohammad Ali Fardin³

1- PhD Student Psychology, Department of Psychology. Zahedan Branch, Islamic Azad University. Zahedan. Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology. Zahedan Branch, Islamic Azad University. Zahedan. Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology. Zahedan Branch, Islamic Azad University. Zahedan, Iran.

Corresponding Author: Sophia Khaneghahi: Assistant Professor, Department of Psychology. Zahedan Branch, Islamic Azad University. Zahedan. Iran.

Email: Sofia67khanghaie@ymail.com

Received: 29 July 2023

Accepted: 5 Nov 2023

Abstract

Introduction: Nurses are the first group in the front line of facing the covid-19 pandemic, so conducting psychotherapy interventions in this occupational group can be useful. For this purpose, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy in resilience and mental health of nurses working in corona wards of Qazvin social security hospital in 2023.

Methods: The present study was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a follow-up period. The current research population included all the nurses working in the corona department of Qazvin social security hospital (168 people) in the first six months of 2023. 30 nurses from the target community were selected by available sampling method and were randomly assigned to two control and experimental groups. The data collection tools included Connor and Davidson (2003) resilience questionnaires and Rovin Goldberg (1972) questionnaires. The experimental group participated in 8 group therapy sessions based on the acceptance and commitment program, while the control group did not receive any intervention. In order to analyze the data, SPSS version 22 software and the analysis of variance test with repeated measurements between groups were used, observing the statistical assumptions.

Results: The results showed that therapy training based on acceptance and commitment significantly increased the resilience and mental health of the experimental group compared to the control group. And these results have been continued during the follow-up period ($P < 0/05$).

Conclusions: Improving skills using acceptance and commitment training can be considered as an effective method to increase the resilience and mental health of nurses.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Resilience, Mental health, Nurses, Corona.



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در تاب آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش های کرونا بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین در سال ۱۴۰۲

محمد رضا باقری^۱، سوفیا خانقاهی^{۲*}، محمدعلی فردین^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: سوفیا خانقاهی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.
ایمیل: Sofia67khanghaie@ymail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۷

چکیده

مقدمه: پرستاران به عنوان اولین گروه در خط مقدم مواجهه با پاندمی کووید - ۱۹ حضور دارند، لذا انجام مداخلات روان درمانی در این گروه شغلی می تواند مفید واقع شود. بدین منظور مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در تاب آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش های کرونا بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین (۱۶۸ نفر) در شش ماه نخست سال ۱۴۰۲ بودند؛ که ۳۰ نفر از پرستاران جامعه هدف به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه های تاب آوری (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) و سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۲) بودند. گروه آزمایش در ۸ جلسه گروه درمانی مبتنی بر برنامه پذیرش و تعهد شرکت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش فرض های آماری استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری باعث افزایش تاب آوری و سلامت روان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد؛ و این نتایج در دوره پیگیری تداوم داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بهبود مهارت ها با استفاده از آموزش پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک روش موثر برای افزایش تاب آوری و سلامت روان پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، تاب آوری، سلامت روان، پرستاران، کرونا.

مقدمه

(Mental Health) قرارداد (۲). مفهوم سلامت روان جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است و به کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می شود که برای جلوگیری از ابتلای افراد به بیماری های روانی و توان بخشی آن ها به کار می روند (۳). سلامت روان مفهومی گسترده دارد اما به صورت کلی هر انسانی که توانایی سازش با دیگران و خود را داشته باشد، از

شیوع کرونا و پیامدهای آن، یکی از مهم ترین وقایع اجتماعی بشر در قرن ۲۱ بود (۱). پرستاران در مبارزه با بیماری کووید - ۱۹، نقش مؤثری داشتند، شرایط بسیار سخت جسمی و روانی که پرستاران با آن مواجه بودند، آن ها را در معرض مشکلات روانشناختی و سلامت روان

گسلش شناختی (جدا شدن از افکارمان و تماشای افکار بدون قضاوت به جای چسبیدن به آن‌ها)، پذیرش، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۱۵). این اصول از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی، استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای به مراجع آموخته می‌شوند (۱۶). در مطالعات اثربخشی آموزش آنلاین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری پرستاران مبتلا به کرونا (۷)، تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید (۱۷)، تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس (۱۸)، سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان (۱۹) و سلامت روان پرستاران (۲۰) تأیید شده است.

پرستاران از آنجایی که عنصر اصلی مراقبت در گروه درمان هستند، به‌عنوان اولین گروه در خط مقدم مواجهه با پاندمی کووید - ۱۹ حضور دارند، بنابراین سلامتی این قشر از کادر درمان و بخش‌های مرتبط با کرونا به دلیل ماهیت کاری، خطر آلوده شدن و آلوده کردن دیگران در معرض خطر جدی است که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانشناختی شوند (۲۱). بنابراین، حفظ سلامت روانی پرستاران در طی مواجهه با بیماری کووید اهمیت بسیار بالایی دارد و چالش جدی برای تاب‌آوری روانشناختی محسوب می‌شود، لذا ضرورت دارد درمان‌های روانشناختی در جهت بهبود اثرات روان‌شناختی این پدیده نوظهور و نوع خدمات روانشناختی، پردازند، از سویی مرور پیشینه پژوهش نشان داد در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد در سلامت روان پرستاران در دوران کرونا انجام نشده است و خلاء پژوهشی وجود داشت، از این‌رو مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در تاب‌آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا انجام شد. و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد در تاب‌آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا تأثیرگذار است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین (۱۶۸ نفر) در شش ماه نخست سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه موردپژوهش

جامعه کناره‌گیری نکند، بتواند با مشکلات و مسائل درونی خود کنار بیاید و هنگام مواجهه با تعارضات درونی خود ناتوان نشود، فردی دارای سلامت روان است (۴). از معیارهای مهم سلامت روان تعادل روانی و سلامت فکر است (۵). اگر سطح سلامت روان افراد مناسب نباشد، افراد با اضطراب، ترس، کاهش انگیزه، نگرانی، افسردگی و اختلال در عملکرد روزانه مواجه می‌روند (۶).

یکی از عواملی که می‌تواند در شرایط روانی فشارزا میزان مقاومت پرستاران را در محیط کاری بهبود ببخشد. تاب‌آوری (Resilience) است (۷). که به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط ناگوار تعریف شده است (۸). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط نیز می‌باشد و نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۹). تاب‌آوری به‌عنوان یک شاخص بسیار مهم در مقابله با پیامدهای منفی بیماری‌های جسمی حائز اهمیت است (۱۰). افراد تاب‌آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار خستگی‌های جسمانی و عاطفی ناشی از کار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ کنند (۱۱). همچنین تاب‌آوری موجب می‌شود که علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید منجر به موفقیت انسان در برابر حوادث و اتفاقات شده و باعث افزایش عملکرد اجتماعی اقتصادی و شغلی در افراد می‌شود (۱۲).

در سال‌های اخیر، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) از جمله آموزش‌های نوین در روان‌شناسی است که می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی پرستاران اثرگذار باشد (۱۳). در رویکرد پذیرش و تعهد محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شوند (۲۱)، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، موردبررسی قرار می‌گیرد (۹). اصول زیر بنایی آن شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است (۱۴). این نوع درمان، مداخله‌ای شناختی و رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و دارای شش اصل اساسی

شامل ۳۰ نفر (تعداد نمونه بر اساس نرم افزار G*Power با اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، از پرستاران جامعه هدف بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل شاغل بودن در بخش کرونا، سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی به‌طور همزمان، عدم ابتلا به اختلالات شخصیت و روان‌پریشی و مصرف مواد بر اساس پرونده سلامت کاری و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و تکمیل ناقص ابزار پژوهش بود که در مطالعه حاضر خوشبختانه ریزش نداشتیم. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

مقیاس تاب‌آوری: این پرسش‌نامه ۲۵ سؤالی توسط کونور و دیویدسون در سال (۲۰۰۳) ساخته شده است؛ و پنج مؤلفه (تصور از شایستگی فردی، ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰)، (اعتماد به‌خود، ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶)، (تحمل عاطفه منفی، ۸-۵-۴-۲-۱)، (کنترل، ۲۲-۲۱-۱۳) و (تأثیرات معنوی، ۹-۳) را در یک مقیاس لیکرت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود، دامنه نمرات بین ۱۰۰-۰ هست و نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر هست (۲۲). کونور و دیویدسون، پایایی آزمون - باز آزمون این پرسش‌نامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرای این پرسش‌نامه با استفاده از پرسشنامه سرسختی کوباسا ۰/۸۹ به دست آمد (۳۰). در مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۹)، روایی محتوایی مقیاس تاب‌آوری شناختی بر مبنای نظرات ۱۰ متخصص بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی نشان داد که از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (۲۳). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت روان: این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ساخته شده که چهار مقیاس فرعی هفت سؤالی است: شکایت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی و خیم را بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای (صفر، یک، دو و سه) می‌سنجد، نمره هر فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود، دامنه نمرات بین

صفر تا ۸۴ هست و نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسش‌نامه نشان‌دهنده ناراحتی شدید است. در پژوهش گلدنبرگ روایی آن به روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد (۲۴). در مطالعه نظیفی و همکاران، روایی به روش تحلیل عاملی تأیید و یافته‌های پژوهش آنان در زمینه همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های مختلف پرسش‌نامه سلامت عمومی، از همسانی درونی بالای این خرده‌مقیاس‌ها حکایت داشت. به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ همه خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۴ بود (۲۵). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

روش جمع‌آوری داده‌ها بدین ترتیب بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز کد اخلاق IR.IAU.ZAH.REC.1402.004 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد زاهدان به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین مراجعه نموده و از پرستاران دعوت به شرکت در یک جلسه توجیهی شد. در این جلسه در مورد طرح کلی پژوهش حاضر، اهداف و مدت‌زمان آن، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد، حق خروج از پژوهش در هر زمانی که می‌خواهند و زمان و مکان تشکیل جلسات توضیح داده شد. سپس افرادی که واجد شرایط و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش جای‌دهی شدند؛ و هر دو گروه به پرسش‌نامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس جلسات درمان پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه به مدت ۸ هفته و در طول دو ماه به‌صورت گروهی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در محل سالن کنفرانس بیمارستان توسط محقق با نظارت اساتید راهنما و مشاور برگزار شد. پس از خاتمه جلسات درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که دوره پیگیری پس از دو ماه از طریق فراخوان افراد با رعایت تمام دستورالعمل‌های بهداشتی برگزار شد. پس از پایان دوره درمان برای گروه آزمایش و دوره پیگیری هر دو گروه، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت دو هفته برگزار شد. روش درمانی به کار گرفته‌شده بر مبنای پروتکل درمانی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد فرمن و هربرت (۳۴) بود. خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱، بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	شرح مختصر جلسه
۱	توضیحاتی مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی پرستاران و اجرای پیش‌آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیت لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
۲	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله
۳	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و خردمندانه)
۴	آموزش به پرستاران در مورد این‌که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و این‌که این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند.
۵	ابتدا برافزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود.
۶	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر.
۷	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره).
۸	آموزش مهارت‌های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرات داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه گزارش شده است.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش‌فرض‌های آماری استفاده شد.

جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	فراوانی گروه آزمایش	درصد	فراوانی گروه کنترل	درصد
جنسیت	زن	۹	۹	۶۰
	مرد	۶	۶	۴۰
سن	۳۰-۴۰ سال	۷	۸	۵۳/۳
	۴۱-۵۰ سال	۸	۷	۴۶/۷

از نظر جنسیت هم‌تا هستند و در هر دو گروه بیشترین فراوانی برای زنان است. در جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

نتایج جدول ۲. نشان می‌دهد که در گروه آزمایش فراوانی شرکت کنندگان ۳۰ تا ۴۰ سال (۴۶/۷ درصد) و در گروه کنترل فراوانی برای شرکت کنندگان ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۳/۳ درصد) بودند. توزیع تحصیلات نیز نشان می‌دهد دو گروه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روان در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		بیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کنترل	شایستگی فردی	۲۴٫۶۰	۴٫۷۰	۲۱٫۲۰	۷٫۴۸	۸٫۳۲
	تحمل عاطفه منفی	۲۲٫۸۷	۳٫۰۲	۲۲٫۲۰	۲٫۷۸	۲۰٫۰۲
	پذیرش مثبت تغییر	۱۸٫۲۷	۴٫۴۵	۱۷٫۵۳	۴٫۲۹	۴٫۱۲
	کنترل	۱۱٫۶۷	۲٫۵۵	۱۱٫۰۰	۲٫۵۴	۲٫۵۶
	تأثیرات معنوی	۵٫۶۷	۱٫۲۹	۵٫۶۷	۱٫۹۱	۱٫۸۷
	تاب‌آوری	۸۳٫۰۶	۹٫۵۸	۷۷٫۶۰	۱۱٫۵۳	۱۰٫۲۸
	شکایات جسمانی	۵٫۸۷	۲٫۵۰	۵٫۶۷	۳٫۷۰	۳٫۷۶
	اضطراب و بی‌خوابی	۶٫۸۰	۲٫۱۱	۶٫۶۰	۲٫۲۶	۲٫۵۴
	نارسایی عملکرد اجتماعی	۶٫۷۳	۲٫۰۵	۶٫۵۳	۲٫۲۹	۱٫۹۹
	افسردگی وخیم	۶٫۶۰	۱٫۸۸	۶٫۳۳	۱٫۹۵	۲٫۳۳
	سلامت روان	۲۶٫۰۰	۵٫۳۵	۲۵٫۱۳	۵٫۵۷	۴٫۷۱

۵,۰۰۵	۴,۰۲۰	۶,۵۸	۴۱,۰۰	۷,۳۲	۲۸,۰۰	شایستگی فردی
۳,۲۷	۲۹,۴۷	۳,۲۷	۲۸,۴۷	۴,۸۵	۲۲,۵۳	تحمل عاطفه منفی
۲,۸۹	۲۴,۰۷	۳,۴۱	۲۳,۲۰	۳,۳۷	۱۷,۷۳	پذیرش مثبت تغییر
۱,۳۶	۱۳,۱۳	۱,۶۲	۱۲,۹۳	۳,۴۷	۹,۹۳	کنترل
۱,۴۱	۷,۵۳	۱,۳۲	۷,۸۰	۱,۱۸	۵,۴۰	تأثیرات معنوی
۷,۳۲	۱۱۴,۴۱	۷,۹۴	۱۱۳,۴۰	۱۰,۱۰	۸۳,۶۰	تاب آوری
۲,۵۰	۳,۶۰	۲,۴۳	۴,۲۰	۲,۲۳	۵,۳۳	شکایات جسمانی
۲,۳۸	۴,۴۰	۲,۷۳	۴,۰۰	۲,۰۸	۶,۸۰	اضطراب و بی خوابی
۲,۵۲	۴,۰۷	۲,۴۸	۴,۰۰	۲,۵۸	۶,۷۳	نارسایی عملکرد اجتماعی
۱,۶۵	۵,۰۰	۲,۲۹	۴,۳۳	۲,۳۵	۶,۳۳	افسردگی وخیم
۴,۷۲	۱۷,۰۶	۵,۰۱	۱۶,۵۳	۶,۸۷	۲۵,۲۰	سلامت روان

پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ($p > 0.05$); بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرینهاوس-گیسر در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳. میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرینهاوس جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
شایستگی فردی	مراحل	۵۵۰,۴۰	۱,۴۳	۳۸۶,۳۶	۱۱,۰۶	۰,۰۰۱	۰,۲۸
	مراحل * گروه	۱۱۳۳,۶۰	۱,۴۳	۷۹۵,۷۴	۲۲,۷۷	۰,۰۰۱	۰,۴۵
	گروه‌ها	۳۹۶,۰۱۰	۱,۰۰	۳۹۶,۰۱۰	۴۶,۵۹	۰,۰۰۱	۰,۶۳
تحمل عاطفه منفی	مراحل	۱۶۰,۶۹	۱,۱۸	۱۳۵,۸۲	۲۷,۱۶	۰,۰۰۱	۰,۴۹
	مراحل * گروه	۲۶۷,۶۲	۱,۱۸	۲۲۶,۲۱	۴۵,۲۳	۰,۰۰۱	۰,۶۲
	گروه‌ها	۴۵۳,۳۸	۱,۰۰	۴۵۳,۳۸	۱۶,۷۸	۰,۰۰۱	۰,۳۸
پذیرش مثبت تغییر	مراحل	۱۷۳,۶۲	۱,۷۵	۹۹,۳۷	۱۵,۶۷	۰,۰۰۱	۰,۳۶
	مراحل * گروه	۱۸۸,۱۶	۱,۷۵	۱۰۷,۶۹	۱۶,۹۸	۰,۰۰۱	۰,۳۸
	گروه‌ها	۲۸۴,۴۴	۱,۰۰	۲۸۴,۴۴	۸,۸۵	۰,۰۰۱	۰,۲۴
کنترل	مراحل	۲۵,۰۹	۱,۳۷	۱۸,۳۷	۴,۷۲	۰,۰۰۳	۰,۱۴
	مراحل * گروه	۸۰,۰۲	۱,۳۷	۵۸,۵۸	۱۵,۰۵	۰,۰۰۱	۰,۳۵
	گروه‌ها	۱۸,۶۸	۱,۰۰	۱۸,۶۸	۴,۴۷	۰,۰۰۲	۰,۱۵
تأثیرات معنوی	مراحل	۲۸,۸۰	۱,۲۵	۲۳,۰۹	۱۸,۳۱	۰,۰۰۱	۰,۴۰
	مراحل * گروه	۲۳,۸۲	۱,۲۵	۱۹,۱۰	۱۵,۱۴	۰,۰۰۱	۰,۳۵
	گروه‌ها	۳۰,۰۴	۱,۰۰	۳۰,۰۴	۵,۵۶	۰,۰۰۳	۰,۱۷
شکایات جسمانی	مراحل	۷,۴۶	۱,۱۴	۶,۵۳	۱,۴۵	۰,۲۴	۰,۰۵
	مراحل * گروه	۲۱,۹۶	۱,۱۴	۱۹,۲۱	۳,۹۹	۰,۰۰۷	۰,۱۰
	گروه‌ها	۶۰,۸۴	۱,۰۰	۶۰,۸۴	۲,۹۸	۰,۱۰	۰,۰۷
اضطراب و بی خوابی	مراحل	۳۶,۲۰	۱,۹۳	۱۸,۷۸	۶,۸۵	۰,۰۰۱	۰,۲۰
	مراحل * گروه	۳۳,۸۰	۱,۹۳	۱۷,۵۳	۶,۴۰	۰,۰۰۱	۰,۱۹
	گروه‌ها	۶۷,۶۰	۱,۰۰	۶۷,۶۰	۵,۹۲	۰,۰۰۲	۰,۱۷
نارسایی عملکرد اجتماعی	مراحل	۴۴,۰۲	۱,۴۲	۳۰,۹۱	۷,۱۰	۰,۰۰۱	۰,۲۰
	مراحل * گروه	۲۹,۷۶	۱,۴۲	۲۰,۸۹	۴,۸۰	۰,۰۰۲	۰,۱۵
	گروه‌ها	۵۹,۲۱	۱,۰۰	۵۹,۲۱	۵,۸۷	۰,۰۰۲	۰,۱۷
افسردگی وخیم	مراحل	۱۹,۸۲	۱,۷۳	۱۱,۴۷	۱۱,۰۲	۰,۰۰۱	۰,۲۸
	مراحل * گروه	۱۱,۸۲	۱,۷۳	۶,۸۴	۶,۵۷	۰,۰۰۱	۰,۱۹
	گروه‌ها	۳۴,۸۴	۱,۰۰	۳۴,۸۴	۴,۰۸	۰,۰۰۴	۰,۱۳

تاب آوری و سلامت روان، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه های تاب آوری و سلامت روان، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم پرستاران شاغل در بخش کرونا مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵، گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات مؤلفه های تاب آوری ($P < 0/01$) و اضطراب و بی خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنی دار است. همچنین میانگین نمرات مؤلفه های تاب آوری و سلامت روان، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار به دست آمده است ($P < 0/05$). علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش (به جز مؤلفه شکایات جسمانی) معنی دار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات مؤلفه های

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه های درمان پذیرش و تعهد و کنترل در سه مرحله پژوهش در مؤلفه های تاب آوری و سلامت روان، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
شایستگی فردی		پیش آزمون-پس آزمون	۳،۴۰	۱،۹۹	۰،۰۸
		پیش آزمون-پیگیری	۱،۰۰	۱،۳۳	۱،۰۰
		پس آزمون-پیگیری	۲،۴۰-	۰،۹۴	۰،۰۷
تحمل عاطفه منفی		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۶۷	۰،۴۹	۰،۵۷
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۹۳	۰،۶۱	۰،۴۴
		پس آزمون-پیگیری	۰،۲۷	۰،۳۷	۱،۰۰
پذیرش مثبت تغییر		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۷۳	۰،۱۸	۰،۰۰
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۲۷-	۰،۸۵	۰،۹۹
		پس آزمون-پیگیری	۱،۰۰-	۰،۸۶	۰،۷۹
کنترل		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۶۷	۰،۲۳	۰،۰۴
		پیش آزمون-پیگیری	۱،۰۷	۰،۲۸	۰،۰۱
		پس آزمون-پیگیری	۰،۴۰	۰،۲۷	۰،۴۹
تأثیرات معنوی		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۰۰	۰،۲۲	۰،۹۹
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۲۷-	۰،۲۵	۰،۹۰
		پس آزمون-پیگیری	۰،۲۷-	۰،۱۵	۰،۳۱
اضطراب و بی خوابی		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۲۰	۰،۱۱	۰،۲۵
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۲۰-	۰،۴۱	۰،۹۹
		پس آزمون-پیگیری	۰،۴۰-	۰،۴۸	۰،۹۹
نارسایی عملکرد اجتماعی		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۲۰	۰،۲۰	۰،۹۹
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۳۳	۰،۴۵	۰،۹۹
		پس آزمون-پیگیری	۰،۱۳	۰،۵۱	۰،۹۹
افسردگی وخیم		پیش آزمون-پس آزمون	۰،۲۷	۰،۱۸	۰،۴۹
		پیش آزمون-پیگیری	۰،۱۳	۰،۳۵	۰،۹۹
		پس آزمون-پیگیری	۰،۱۳-	۰،۳۴	۰،۹۹

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در تاب آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش های کرونا انجام شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات تاب آوری در گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله

نتایج جدول ۵، نشان می دهد که تفاوت مرحله پیش آزمون با دو مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه درمان پذیرش و تعهد معنی دار به دست آمده است ($P < 0/05$) اما در گروه کنترل تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ($P > 0/05$).

پیش‌آزمون افزایش یافته است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های تاب‌آوری پرستاران شاغل در بخش کرونا مؤثر بوده است. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات مرتبط در این زمینه همسو است. به عنوان مثال مطالعه طالبی و تیموری (۱۴۰۱) نشان داد آموزش آنلاین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب‌آوری پرستاران مبتلابه کرونا مؤثر بود (۷)، نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری تأثیر داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته سبب بهبود تاب‌آوری آنان شود (۱۷)، پژوهش آزادی و همکاران (۱۴۰۱) نشان از اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس بود (۱۸) پژوهش فیناکان و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد مداخله درمانی پذیرش و تعهد آنلاین در بهبود تاب‌آوری مراقبان سلامت مؤثر بود (۲۶). و مطالعه‌ای ناهمسو یافت نشد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت در طول جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش روانی افراد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش و کنترل نامؤثر کاهش می‌یابد، افراد می‌آموزند که هرگونه عملی برای کنترل یا اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی و بدون تلاش برای حذف به‌طور کامل پذیرفت، همچنین بر آگاهی روانی فرد لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و می‌آموزد خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد، این تمرینات به افراد کمک می‌کند تا انطباق موفقیت‌آمیزی در مشکلات و استرس‌های ناتوان ساز آشکار داشته باشد و در نتیجه تاب‌آوری بهبود می‌یابد (۱۷). به کارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش می‌دهد و موجب افزایش تاب‌آوری می‌گردد (۲۷).

نتایج نشان داد میانگین نمرات سلامت روان در گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است،

لذا می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در بهبود سلامت روان پرستاران شاغل در بخش کرونا مؤثر بوده است. نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همسو است. به‌طور مثال نتایج پژوهش محمدی (۱۴۰۱) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و مؤلفه‌های آن در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان شد (۱۹)، همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد تأثیر معناداری برافزایش سلامت روان و کیفیت زندگی پرستاران دارد (۲۰). در همین راستا نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود پریشانی روانشناختی پرستاران مبتلابه کرونای خفیف مؤثر بود (۷). مطالعه هان و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان پرستاران بالینی در دوره شیوع کووید ۱۹ مؤثر بود (۲۸)، و مطالعه‌ای ناهمسو یافت نشد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد به صورت گام‌به‌گام و از طریق مؤلفه‌های خود به افراد می‌آموزد که داشتن یک زندگی خوب درگرو پایان یافتن مشکلات، تمام شدن احساس غمگینی و کسب شادی نیست بلکه درگرو رضایت از خود و عملکرد خود است. به عبارتی دیگر هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صرفاً کاهش علائم روان‌شناختی نیست، بلکه تشویق افراد برای شروع زندگی معنادارتر و رضایت‌بخش‌تر نیز هست (۲۹)، از طرف دیگر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تغییر دیدگاه شناسایی اهداف و ارزش‌های واقعی و عملکردی متعهدانه به جهت دستیابی به یک زندگی معنادار که بر پایه ارزش‌های فرد است عمل می‌کند، بنابراین واضح است که فرد با دستیابی به موارد ذکر شده احساس بهتر و سلامت روان بیشتری خواهد داشت (۲۰). به‌طور کلی فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به پرستاران می‌آموزد چگونه دست از بازاری افکار نگران‌کننده درباره بیماری و آثار آن محدودیت‌های تصور شده و مشکلات خود بردارند و با افکار مزاحم منفی و تکرارشونده‌شان آمیخته نشوند. این امر موجب تحمل بیشتر هیجانات و پردازش‌های شناختی نامطبوع و به تبع آن ارتقای سلامت می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مواردی مانند استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و کم بودن حجم نمونه اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات

لذا درمانگران و متخصصان روان‌درمانی می‌توانند از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت بهبود تاب‌آوری و سلامت روان پرستاران در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.ZAH.REC.1402.004 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد زاهدان (کمیته اخلاق در پژوهش) هست. حمایت مالی: پژوهش حاضر با حمایت مالی نویسنده اول مقاله انجام شده است.

سیاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان تأمین اجتماعی شهر قزوین که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

Reference

1. Wilder-Smith A, Freedman Do. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*. 2020; 27(2): 1-4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
2. Dehghan Tezerjani A, Zareei Mahmoodamadi H, Vaziri Yazdi S. Developing and Validating of Stress Management Training Package Based on the Lived Experiences of Nurses Working in the COVID-19 Ward of Shahid Sadoughi Hospital, Yazd, Iran: A Mixed Method Study. *Toloobehdasht*. 2022; 21(3):53-65. <https://doi.org/10.18502/tbj.v21i3.10898>
3. Bakhshi F, Afkar A, Omid S, Farmanbar R, Nikpey N, Akbari A. Applying the Social Cognitive Theory for predicting the related factors to mental health of middle-age women referring to comprehensive health services centers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2023; 11(2):127-40.
4. Molaei B, Nadrmohammadi M, Molavi P, Azarkolah A, Sharei AS, Alizadehgoradel J. The role of spiritual intelligence and life satisfaction

آتی بررسی جوامع شغلی متفاوت انجام شود و شیوه‌های نمونه‌گیری تصادفی در نظر گرفته شود. پژوهش حاضر بر روی پرستاران بخش کرونای شهر قزوین انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر شهرهای دیگر باید جانب احتیاط رعایت گردد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان‌های روانشناختی دیگر مورد مقایسه قرار بگیرد و دوره‌های پیگیری در مدت طولانی‌مدت شش ماه برای بررسی پایداری اثر درمان انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود روانشناسان، روان‌پزشکان و سایر درمانگران در مراکز درمانی می‌توانند از این درمان برای افزایش تاب‌آوری و سلامت روان پرستاران استفاده کنند و با آموزش تکنیک‌های بسیار کارآمد این روش درمانی مانند کنترل هیجانی و شناختی می‌توان سبب پاسخ‌های مؤثر این افراد در شرایط پرفشار گردند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد در بهبود تاب‌آوری و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا مؤثر بود.

- in the mental health. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021; 15(6):47-55.
5. Mokhtari MH. The Effect of Spiritual Intelligence on Mental Health: A Study on Female Nurses in Mazandaran's Hospitals. *Jurisprudential - legal studies of woman and family*. 2022; 4(8):57-83.
6. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(1):61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
7. Talebi M, Teymuri H. The Effectiveness of Online Training in Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Resilience of Nurses with Covid-19. *Journal of Nursing Education*. 2022; 11(2):1-11.
8. Masten AS. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. 2018; 10(1):12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
9. Bahramiabdolmalaki S, Homayouni A, Aliyali M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Psychological Well-Being, and Life Expectancy in Asthmatic

- Patients. *Tolooebehdasht*. 2021; 20(1):55-68. <https://doi.org/10.18502/tbj.v20i1.6185>
10. Van Breda AD. A critical review of resilience theory and its relevance for social work. *Social Work*. 2018; 54(1):1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
 11. Yousefi R, Toghyani E. Comparison between Psychological Resiliency and Defense Mechanisms in the Military and Ordinary People. *Journal of Military Medicine*. 2022; 18(2):207-14.
 12. Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 13(1):57-63. <https://doi.org/10.21859/ijnr-13018>
 13. Karimpour Vazifekhorani A, Jafari MR, Rahmati F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Training on Health Promoting Lifestyle Profile among Soldiers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2023; 10(4):350-60. <https://doi.org/10.52547/ijhehp.10.4.350>
 14. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013; 44(2):180-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
 15. Duff H, Larsson A, McHugh L. Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of contextual behavioral science*. 2016; 5(1):39-47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.11.003>
 16. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*. 2016; 5(1):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
 17. Mahmoudi Nodezh M, Amirfakhraei A, Samavi A. Efficacy Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Life Quality and Resilience of Those Recuperated from Recovered Covid-19 Patients. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022; 13(4):125-38.
 18. Azadi H, GHazanfari A, CHorami M, SHarifi T. Comparing the effectiveness and durability of the treatment based on acceptance and commitment and the time schedule of the paradoxical recovery of emergency department nurses. *Hospital*. 2022; 21(3):55-64.
 19. Mohammadi M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on mental health and job satisfaction in nurses working in intensive care units of Farshchian Hospital in Hamadan. *Journal of Psychology new Ideas*. 2022; 12(16):1-14.
 20. Karimi S, Mahmoudfakhe H, Shiri H. The Effect of Acceptance and Commitment therapy on JobBurnout, quality of Life and mental health of Nurses. 2022; 1(3):35-44.
 21. Khaki S, Fallahi-Khoshkenab M, Arsalani N, Mojtaba R, Sadeghy N, Nematifard T. Mental Health Status of Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. 2. 2022; 2(3):36-52.
 22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 23. Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of Iranian society. *Quarterly of Educational Measurement*. 2020; 11(42):125-50.
 24. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph No. 21*. London: Oxford University Press; 1972. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
 25. Nazifi M, Mokarami HR, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, validity and factor structure of the persian translation of general health questionnire (ghq-28) in hospitals of kerman university of medical sciences. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2014; 3(4):336-42.
 26. Finucane AM, Hulbert-Williams NJ, Swash B, Spiller JA, Lydon B, Gillanders D. Research Evaluating Staff Training Online for Resilience (RESTORE): Protocol for a single-arm feasibility study of an online acceptance and commitment therapy intervention to improve staff wellbeing in palliative care settings. 2021. <https://doi.org/10.1186/ISRCTN14313559>
 27. Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. The

- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Resilience in Elderlies. *Aging Psychology*. 2017; 3(1):21-9.
28. Han J, Zhang L, Liu Y, Zhang C, Zhang Y, Tang R, et al. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of nursing management*. 2022;30(7):3005-12.
29. Witlox M, Kraaij V, Garnefski N, Bohlmeijer E, Smit F, Spinhoven P. Cost-effectiveness and cost-utility of an Acceptance and Commitment Therapy intervention vs. a Cognitive Behavioral Therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *PloS one*. 2022; 17(1):e0262220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262220>
- <https://doi.org/10.1111/jonm.13696>