

The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in Nursing Students

*Karimi J¹, Izadi R²

1- Assistant Professor, Department of Psychology, The University of Malayer, Malayer, Iran (**Corresponding author**)

Email: dr.karimi10@yahoo.com

2- Master of Science in Educational Management, The University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran.

Abstract

Introduction: Depression, anxiety and stress are common problems among university student. The aim of the current study is to investigate the relationship of experiential avoidance and anxiety sensitivity with mental and general health in nursing university student.

Method: This is a descriptive in the context of the cross-sectional study. The statistical population of the study was, all of nursing university student studying in an academic year (2013-2014) at Esfahan University of Medical Sciences. 191 students were selected through convenience sampling method. Tools used in this study were Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), acceptance and action questionnaire edition 2, Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS). For data analysis and 12-item General Health Questionnaire. Data were analyzed with using of Pearson correlation analysis and stepwise regression. For data analysis, IBM SPSS 21 software were used.

Results: Pearson correlation analysis showed that there is a significant relationship between experiential avoidance, anxiety Sensitivity and depression, anxiety, stress and general health. Multiple regression analysis also showed that experiential avoidance and Anxiety Sensitivity with positive relationship are predictive for mental and general health. Regression analysis showed that the experimental avoidance and anxiety sensitivity can be predict 54% and 34% variance of mental and general health in nursing university students.

Conclusion: Based on the finding increasing attention to modify dysfunctional beliefs about anxiety Sensitivity an Education about acceptance in order to reduce experiential avoidance prevention of the psychological problems of students is suggested.

Keywords: Experiential avoidance, anxiety sensitivity, mental health, general health, University students.

Received: 28 June 2014

Accepted: 28 July 2015

بررسی نقش اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری

*جواد کریمی^۱، راضیه ایزدی^۲

۱- دکتری مشاوره، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: dr.karimi10@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۳۲-۴۲

چکیده

مقدمه: افسردگی، اضطراب و استرس مشکلات شایع در میان دانشجویان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب با سلامت روان و سلامت عمومی در بین دانشجویان رشته پرستاری انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بوده اند. با روش نمونه گیری در دسترس یک گروه ۱۹۱ نفری از دانشجویان رشته پرستاری انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی حساس بودن به علائم اضطراب ۳، پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲، پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی و پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی بوده است. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به روش گام به گام تحلیل شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار IBM SPSS ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب با افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت عمومی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین یافته‌ها نشان داد که متغیرهای اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب نقش معنی داری در سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان داشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب می‌توانند به ترتیب ۵۴٪ و ۳۴٪ از پراکندگی‌های سلامت روان و سلامت عمومی در بین دانشجویان رشته پرستاری را به صورت معنی داری پیش‌بینی نمایند.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان رشته پرستاری مؤثر است. بر این اساس آموزش ذهن آگاهی برای کاهش اجتناب تجربی و اصلاح باورهای ناکارآمد مربوط به حساس بودن به علائم اضطراب در پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی دانشجویان رشته پرستاری پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: اجتناب تجربی، حساس بودن به علائم اضطراب، سلامت روان، سلامت عمومی، پرستاری.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۷

مقدمه

دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند. در همه‌ی کشورهای دنیا مسائل دانشگاهی و مشکلات فراوان دانشجویی دامنه وسیعی به خود گرفته و به نظر می‌رسد عوامل مختلفی سلامت روانشناختی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. این عوامل می‌توانند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند شخصیت باشد که زمینه ساز شکست و تسلیم فرد در برابر مشکلات است یا عوامل بیرونی مانند تنیدگی‌های محیطی باشد (۱). با پیشرفت صنعت و فن آوری جدید و مشکلات مربوط به آن، اختلالات و بیماری‌های روانی همانند مشکلات جسمانی، افزایش چشمگیری یافته و از آنجا که سلامت روان قشر دانشجو اهمیت فراوانی دارد، لازم است که مسایل عاطفی و روانی این قشر عظیم جدی تلقی شده و مورد رسیدگی قرار گیرد.

تحقیقات انجام شده در سالهای اخیر بیانگر وجود اختلالات روانی در سطوح مختلف دانشجویان می باشد (۲-۴). برای نمونه در پژوهشی مشخص شد که بیش از نیمی از دانشجویان حداقل مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند و از بین افراد مبتلا کمتر از نیمی از آنها درصد درمان بر می‌آیند (۳). نزدیک به یک پنجم از دانشجویان در طول عمر خود از افسردگی و یک هشتم از اختلالات اضطرابی در طول یکسال رنج می‌برند (۵). همچنین مشخص شده است که سن شروع اکثر اختلالات روانی اوایل جوانی است یعنی سنینی که دانشجویان در آن قرار دارند (۶). علاوه بر این حدود ۲ تا ۴ درصد از زنان بزرگسال جوان دچار یکی از اختلالات خورد و خوراک می‌شوند، که اوج سن شروع این اختلالات بین ۱۶ و ۲۰ سال می‌باشد (۷-۹). از طرفی پرستاری از جمله مشاغل است که همواره با عوامل متعدد و تنش‌زای محیط کار روبه‌رو است. ماهیت این شغل به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقش‌ها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت‌ها نقش و مسئولیت زیاد را برای پرستار موجب می‌شود (۱۰). بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان این رشته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

با توجه به تعداد زیاد دانشجویانی که اختلالات روانی را تجربه می‌کنند، تقاضا برای خدمات مشاوره‌ای در محیط‌های دانشگاهی بالا است، که این امر به چالشی برای دانشگاه‌ها برای پاسخگویی به نیازهای این دانشجویان تبدیل شده است (۱۱،۱۲). بدین دلیل در سال‌های اخیر به برنامه‌های پیشگیری جهت حفظ سلامت روان دانشجویان توجه ویژه‌ای شده است. لازم

به ذکر است که در حیطه پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی به طور کلی درمان‌های شناختی-رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی اختلال یا اختصاصی تشخیص بالینی و رویکرد درمان‌های فراتشخیصی (Transdiagnostic) شکل گرفته‌اند (۱۳). مدل‌های درمان اختصاصی روی فرآیندهای شناختی و رفتاری مهم تفکیک کننده هر یک از اختلال‌ها از هم دیگر، تأکید می‌کنند و به تبع آن راهنماها و دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر شواهد اختصاصی هر اختلال را تدوین و منتشر می‌کنند (۱۴). در عوض منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار دادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند. پروتکل‌های فراتشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن فرآیندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده‌اند (۱۵،۱۶). بنابراین هر چند امروزه برنامه‌های پیشگیری مؤثر برای اختلالات خوردن، سوء مصرف الکل، افسردگی و اضطراب وجود دارد (۱۷-۱۹). با این حال، استفاده از برنامه‌های پیشگیری از اختلالات روانی در دانشگاه‌ها به طور کلی محدود است. بخشی از این مشکل بدین خاطر است که اکثر برنامه‌های پیشگیری، اختلالات خاص یا دامنه‌ی محدودی از مشکلات را هدف قرار داده‌اند و این گونه مداخلات نیاز به جلسات متعدد با متخصصان آموزش دیده دارند. پیاده‌سازی طیف گسترده‌ای از برنامه‌های پیشگیری که مشکلات خاص دانشجویان را هدف قرار می‌دهد امری پیچیده و پرهزینه خواهد بود. یکی از این روش‌های امیدوار کننده برای غلبه بر موانع فوق اجرای برنامه‌های پیشگیری کننده‌ای است که بتواند با هدف قرار دادن عوامل خطرساز مشترک اختلالات روان‌شناختی به پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از مشکلات بهداشت روان در قالب یک برنامه واحد بپردازد (۱۴). بنابراین شناسایی عوامل خطرساز مشترک اختلالات روان‌شناختی در بین دانشجویان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در سالهای اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربی experiential avoidance به عنوان عامل آسیب شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شده است (۲۰). اجتناب تجربی سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای

کرده است (۲۸،۳۷). با این وجود این دو سازه به طور همزمان در پژوهش‌ها در رابطه با مشکلات روان‌شناختی در بین دانشجویان رشته پرستاری در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان رشته پرستاری است.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ تشکیل داده است. از این جامعه ۲۵۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. از مجموع ۲۵۰ دانشجوی انتخاب شده تعداد ۱۹۱ دانشجو به ابزارهای پژوهش به صورت کامل پاسخ دادند که در مطالعه‌ی نهایی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها تنها در اختیار کسانی قرار می‌گرفت که کاملاً مایل به شرکت در پژوهش بودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد. نمونه‌ها از میان ۶ گروه تحصیلی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (گروه کودکان و نوزادان (۴۰ نفر)، گروه اتاق عمل (۳۶ نفر)، گروه روان پرستاری (۲۷)، گروه پرستاری بزرگسالان (۳۲ نفر)، گروه پرستاری ویژه (۳۴ نفر) و گروه سلامت جامعه، مدیریت و سالمندی (۲۲ نفر)) انتخاب شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۲/۷۸ و (SD=۴/۱۴) بود. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و برای تعیین سهم هر یک از سازه‌های اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت عمومی از آزمون آماری ضریب رگرسیون چندگانه روش گام به گام و ضرایب بتا با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزار: برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از ۴ پرسش‌نامه استفاده شده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲ (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II):

این پرسش‌نامه توسط باوند و همکاران (۳۸) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً

اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۲۱). این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آنها است. اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب شناختی psychological diathesis انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (۲۲). عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۲۳). پژوهش‌های قابل توجهی نشان می‌دهد که اجتناب تجربی با انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، استرس، سازگاری با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی و فرسودگی شغلی رابطه دارد (۲۱، ۲۴-۲۶).

عامل دیگری که به عنوان یک عامل آسیب شناختی برای انواع مشکلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است حساس بودن به علائم اضطراب (AS) anxiety sensitivity است. حساس بودن به علائم اضطراب مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد در مورد خطرناک بودن احساسات جسمانی مرتبط با انگیزتگی اضطراب می‌باشد (۲۷). شواهد پژوهشی هماهنگ فراوانی نشان می‌دهد که حساس بودن به علائم اضطراب به عنوان یک عامل آسیب‌شناختی روانی برای توسعه‌ی اضطراب و اختلالات هیجانی است (۲۸-۳۰). تصور می‌شود که حساس بودن به علائم اضطراب ناشی از ترکیبی از زمینه‌ی ژنتیکی (۳۱) و تجارب یادگیری است که این تجارب منجر به کسب اعتقادات در مورد آثار مخرب برانگیختگی خودکار بدن می‌شود (۳۲). مشخص شده است که حساس بودن به علائم اضطراب، دارای سه بعد نگرانی‌های اجتماعی (اینکه عصبی به نظر نرسم برایم مهم است)، ترس از علائم فیزیکی (وقتی قلبم به سرعت می‌زند دچار احساس نگرانی می‌شوم) و ترس از نداشتن کنترل شناختی (وقتی نمی‌دانم تمرکز را بر کاری حفظ کنم دچار نگرانی می‌شوم) است (۳۳). بیش از دو دهه تحقیق بر نقش حساس بودن به علائم اضطراب در رابطه با شروع و تداوم اختلالات اضطرابی متمرکز بوده است (۳۴،۳۵).

به طور خلاصه باید بیان داشت که مشخص شده است که اجتناب تجربی یک عامل خطر ساز ثابت شده برای آسیب شناسی روانی مشکلات روان‌شناختی است (۲۱،۲۵،۳۶). حساس بودن به علائم اضطراب نیز حمایت‌های تجربی بسیاری به عنوان یک عامل خطر ساز برای آسیب‌شناسی روانی مشکلات روان‌شناختی دریافت

نمونه ۴۰۰ نفری برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (۴۳).

پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-۱۲):

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سؤال‌های پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر می‌پردازد، در برگرفته‌نشانه‌هایی مثل افکار و احساسات ناهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. کسب نمره‌ی بالا در این مقیاس نشان دهنده‌ی علایم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر و برعکس نمره پایین نشان دهنده حد اقل علایم مرضی و سلامت عمومی بالاتر است. پرسشنامه GHQ-۱۲ دارای ساختار تک وجهی است ولی در بعضی مطالعات خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و عدم اعتماد به نفس برای آن شناسایی شده است (۴۴). پژوهشگران دیگری هم به ساختار سه عاملی آن دست یافته‌اند، بعضی از پژوهشگران هم به یک ساختار دو عاملی (افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) دست یافته‌اند. اما به نظر می‌رسد که از نقطه نظر علمی، استفاده از پرسشنامه GHQ-۱۲ به همان صورت تک عاملی و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلالات و مشکلات روان‌شناختی سودمندتر باشد (۴۴). در این پژوهش از ساختار تک عاملی آن استفاده شد. روایی این آزمون در ایران توسط یعقوبی و همکاران با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۲ و ضریب دو نیمه‌سازی ۰/۹۱ محاسبه شد (۴۵).

یافته‌ها

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد بین اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب با افسردگی، اضطراب، استرس، سلامت روان و سلامت عمومی در سطح خطای $\alpha=0/01$ رابطه معنادار مثبت وجود دارد. برای تعیین سهم هر یک از سازه‌های اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت عمومی از آزمون آماری ضریب رگرسیون چندگانه روش گام به گام و ضرایب بتا استفاده شد که نتایج در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسش نامه توسط بوند Bond و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۸). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ بدست آمده است (۳۹).

پرسشنامه حساس بودن به علائم اضطراب ۳ Anxiety Sensitivity Index (ASI-۳):

پرسشنامه‌ی حساس بودن به علائم اضطراب ۳ نسخه‌ی ۱۸ سؤالی است که از پرسشنامه حساس بودن به علائم اضطراب اولیه‌ی بدست آمده است (۴۰). این پرسشنامه اعتقادات فرد در مورد عواقب ترسناک نشانه‌های مرتبط با انگیزختگی اضطراب (این مرا می‌ترساند وقتی که دچار تنگی نفس شوم) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ دهندگان موافقت خود را با هر یک از سؤالات پرسشنامه از بسیار کم (۰) تا بسیار زیاد (۴) مشخص می‌کنند که دامنه‌ی نمران بین ۰ و ۷۲ است که نمرات بالاتر بیانگر حساس بودن به علائم اضطراب بیشتر است. پرسشنامه‌ی حساس بودن به علائم اضطراب ۳، دارای سه خرده مقیاس نگرانی‌های اجتماعی (اینکه عصبی به نظر نرسم برایم مهم است)، ترس از علائم فیزیکی (وقتی قلبم به سرعت می‌زند دچار احساس نگرانی می‌شوم) و ترس از نداشتن کنترل شناختی (وقتی نمی‌دانم تمرکز را بر کاری حفظ کنم دچار نگرانی می‌شوم) است (۳۳). پرسشنامه‌ی حساس بودن به علائم اضطراب ۳ دارای همسانی درونی خوب (بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای بعد ترس از علائم فیزیکی، ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای ترس از نداشتن کنترل شناختی، ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای بعد نگرانی‌های اجتماعی) است (۴۰). همچنین ساختار سه عاملی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۴۱). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد. در این پژوهش از نمره کل پرسشنامه استفاده گردید.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS):

این مقیاس توسط Lovibond و Lovibond (۴۲) ساخته شده است و دارای ۲۱ سؤال است. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس است. این مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس افراد را در طی هفته گذشته می‌سنجد نمرات بالاتر نشانگر علایم بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر گزارش شده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (۴۲). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ایران در یک

جدول ۱: ضریب همبستگی بین اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب با افسردگی، اضطراب و استرس و سلامت عمومی

ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- اجتناب تجربی	۱						
۲- حساس بودن به علائم اضطراب	***۰/۳۶	۱					
۳- افسردگی	***۰/۶۱	***۰/۴۳	۱				
۴- اضطراب	***۰/۴۸	***۰/۳۸	***۰/۴۸	۱			
۵- استرس	***۰/۶۸	***۰/۳۶	***۰/۶۲	***۰/۵۳	۱		
۶- سلامت روان کل	***۰/۶۸	***۰/۴۷	***۰/۸۲	***۰/۸۰	***۰/۸۲	۱	
۷- سلامت عمومی	**۰/۵۰	***۰/۴۵	***۰/۵۲	***۰/۴۴	***۰/۴۹	***۰/۵۶	۱

در جدول ۲ قابل مشاهده است که اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب می‌توانند ۵۳ درصد از پراکندگی‌های سلامت روان دانشجویان را بصورت معنی‌دار پیش‌بینی نمایند ($P < ۰/۰۰۱$). برای تعیین سهم تفکیکی هریک از متغیرهای پیش‌بین (اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب) در پیش‌بینی پراکندگی‌های متغیر ملاک (سلامت روان) از ضریب بتا استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که اجتناب تجربی با ضریب بتای (۰/۵۹) و حساس بودن به علائم اضطراب با ضریب بتای (۰/۲۷) قادر هستند سلامت روان را تبیین نمایند. مقادیر t به ترتیب برای هر کدام برابر با ۱۵/۵۹ و ۷/۳۲ است که نشان‌گر معنی‌داری ضرایب بتا است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲: رگرسیون خطی، اجتناب تجربی، حساس بودن به علائم اضطراب و سلامت روان

مدل	R^2	مجذور F	مجذور F تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
گام اول، متغیر پیش‌بین: (ثابت) و اجتناب تجربی	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۴۷	۷/۹
گام دوم، متغیر پیش‌بین: (ثابت)، اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب	۰/۷۳	۰/۵۴	۰/۵۳	۷/۳۸

همچنین در جدول ۳ قابل مشاهده است که اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب می‌توانند ۳۴ درصد از پراکندگی‌های سلامت عمومی را بصورت معنی‌دار پیش‌بینی نمایند ($P < ۰/۰۰۱$). برای تعیین سهم تفکیکی هریک از متغیرهای پیش‌بین (اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب) در پیش‌بینی پراکندگی‌های متغیر ملاک (سلامت عمومی) از ضریب بتا استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که اجتناب تجربی با ضریب بتای (۰/۳۹) و حساس بودن به علائم اضطراب با ضریب بتای (۰/۳۲) قادر هستند سلامت عمومی را تبیین نمایند. مقادیر t به ترتیب برای هر کدام برابر با ۸/۶۶ و ۷/۰۵ است که نشان‌گر معنی‌داری ضرایب بتا است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۳: رگرسیون خطی، اجتناب تجربی، حساس بودن به علائم اضطراب و سلامت عمومی

مدل	R^2	مجذور F	مجذور F تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
گام اول، متغیر پیش‌بین: (ثابت) و اجتناب تجربی	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۵	۶/۵۱
گام دوم، متغیر پیش‌بین: (ثابت)، اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۳۳	۶/۱۱

بحث

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی و بررسی سهم مستقل و نسبی این متغیرها در تبیین سلامت روان و سلامت عمومی در بین دانشجویان رشته پرستاری بود. همانطور که انتظار می‌رفت، نتایج پژوهش نشان داد که بین اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب رابطه‌ی معناداری وجود دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که هر دو سازه‌ی حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی با سلامت روان و سلامت عمومی رابطه‌ی معناداری دارد، که این یافته منطبق با نظریه شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

در ارتباط با نقش اجتناب تجربی در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت عمومی می‌توان اینگونه بیان داشت که از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی منجر به تلاش برای سرکوب احساسات، افکار، و دیگر تجربه‌های درونی می‌شود و اعتقاد بر این است که این عدم انعطاف‌پذیری روانی زمینه‌ساز اختلالات عاطفی را فراهم می‌کند (۴۶). در واقع هیز و همکاران (۱۹۹۶) پیشنهاد کرده‌اند که سودمند است که بسیاری از اشکال آسیب‌شناسی روانی را به عنوان روشهای ناسالم اجتناب تجربی در نظر گرفت (۲۱). همچنین این یافته همسو با پژوهش‌های فراوانی است که نشان می‌دهد اجتناب تجربی به عنوان یک عامل میانجی بین عوامل استرس‌آور

اضطراب بطور مستقل توان پیش‌بینی اضطراب را دارند. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند درمان‌های موج سوم به اندازه‌ی درمان‌های موج دوم رفتار درمانی شناختی مؤثر هستند (۵۱-۵۳). در خصوص این یافته می‌توان اینگونه بیان داشت که هم حساس بودن به علائم اضطراب و هم اجتناب تجربی از جمله عوامل آسیب‌پذیری مربوط به مشکلات عاطفی هستند، با این حال تفاوت‌های چندی بین این دو مفهوم وجود دارد. به عنوان مثال، در حالی که اجتناب تجربی مربوط به تجارب درونی منفی به طور کلی است، حساس بودن به علائم اضطراب به طور خاص مربوط به حس‌های بدنی مرتبط با انگیزش فیزیولوژیک است. همچنین، در حالی که حساس بودن به علائم اضطراب به عنوان مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد صفت مانند trait-like مفهوم‌سازی شده است (۵۴)، اجتناب تجربی به عنوان یک فرایند روانی مفهوم‌سازی شده است (۲۱).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش می‌تواند رهنمودهایی برای درمان مشکلات روان‌شناختی دانشجویان رشته پرستاری داشته باشد. در واقع می‌توان از درمان‌های شناختی-رفتاری برای تغییر عقاید ناکارآمد مرتبط با اضطراب بهره جست در حالی که می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف کمک به افراد برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی نسبت به تجربیات درونی مانند افکار، خاطرات، احساسات، و غیره کمک گرفت. انواع روش‌های رفتار درمانی برای کاهش الگوهای اجتناب ایجاد شده است. از این موارد می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیک (۵۵)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۵۶) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۷) اشاره کرد.

لازم به ذکر است، یکی از محدودیت‌های عمده در پژوهش حاضر مربوط به نمونه مورد بررسی است که از جمعیت جوان دانشجویی بودند. از این رو، برای دستیابی به قدرت تعمیم داده‌ها به جمعیت عمومی، لازم است پژوهش‌های دیگری در جمعیت‌های مختلف صورت پذیرد. همچنین انجام این پژوهش بر روی دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و اختلال افسردگی به تعمیم یافته‌های پژوهش کمک می‌کند. به محققان پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را با نمونه‌های دارای اختلالات اضطرابی و اختلال افسردگی در ایران تکرار کنند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که بی‌هیچ چشم‌داشتی به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند قدردانی می‌شود.

و سازگاری با آن‌ها عمل می‌کند (۴۷). در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان داشت که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجربه‌های درونی ناخواسته بطور معکوسی باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانات منفی می‌شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که تجارب هیجانی ناخواسته در آینده دوباره و با شدت بیشتری رخ دهد (۴۷). همچنین باید خاطر نشان کرد که عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است، و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند، که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۲۳). بنابراین ممکن است استفاده همیشگی از اجتناب تجربی با هدف کنترل و یا به حداقل رساندن تجارب درونی منفی به عنوان یک راه حل، خود تبدیل به مشکل شود.

در خصوص رابطه‌ی بین حساس بودن به علائم اضطراب و سلامت روان و سلامت عمومی دانشجویان این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند حساس بودن به علائم اضطراب پیش‌بینی کننده بروز اختلال اضطرابی و به طور کلی اختلال‌های محور I در افراد بدون سابقه‌ی آسیب شناسی روانی اختلالات محور I می‌باشد (۳۰). در تبیین این یافته می‌توان این گونه بیان داشت که به نظر می‌رسد که حساس بودن به علائم اضطراب از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم میان استرس و بیماری باشد. فرض بر این است که حساس بودن به علائم اضطراب یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده‌ی میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (۴۸). در واقع حساس بودن به علائم اضطراب مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد در مورد خطرناک بودن احساسات جسمانی مرتبط با انگیزش اضطراب می‌باشد (۲۷). بر همین اساس، بررسی‌های متعددی نشان می‌دهد که حساس بودن به علائم اضطراب یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (۲۹،۳۳،۴۹،۵۰). همچنین می‌توان بیان داشت که یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساس بودن به علائم اضطراب بالا ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در شخص می‌شود. به این طریق فرد در یک دور بسته معیوب قرار می‌گیرد که علائم بازتاب بیشتری برای وی داشته و واکنش به علائم، شدت آنها را افزایش می‌دهد و این موضوع خود واکنش شدیدتر را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخشنودی قرار می‌دهد (۳۳).

یافته‌ی دیگر پژوهش که از تحلیل رگرسیون بدست آمد حاکی از آن بود که هم اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم

References

- 1- Safee Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahor M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university student. 2. 2011;17(4):274-80. eng %@9% 2011.
- 2- Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*. 2010;46(1):3-10.
- 3- Zivin K, Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*. 2009;117(3):180-5.
- 4- Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77(4):534-42.
- 5- Levin ME, Pistorello J, Seeley JR, Hayes SC. Feasibility of a prototype web-based acceptance and commitment therapy prevention program for college students. *Journal of American college health : J of ACH*. 2014;62(1):20-30. PubMed PMID: 24313693. Pubmed Central PMCID: 3858823.
- 6- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- 7- Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*. 1990;147(4):401-8.
- 8- Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34(S1):S19-S29.
- 9- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*. 2013;73(9):904-14.
- 10- Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2014;9(1):17-24. eng %@ 1735-7012 %[2014.
- 11- Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2010;46(1):3-10.
- 12- Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care*. 2007;45(7):594-601 10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1.
- 13- Garland EL, Howard MO. A Transdiagnostic Perspective on Cognitive, Affective, and Neurobiological Processes Underlying Human Suffering. *Research on Social Work Practice*. 2013 October 8, 2013.
- 14- Dozois DJA, Seeds PM, Collins KA. Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009 //;23(1):44-59.

- 15- Craske MG. Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depress Anxiety*. 2012 Sep;29(9):749-53. PubMed PMID: 22949272.
- 16- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*. 2012;43(3):666-78.
- 17- Stice E, Shaw H, Marti CN. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual review of clinical psychology*. 2007;3(1):207-31. PubMed PMID: 17716054.
- 18- Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*. 2007 11//;32(11):2469-94.
- 19- Christensen H, Pallister E, Smale S, Hickie I, Caelear A. Community-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Youth: A Systematic Review. *J Primary Prevent*. 2010 2010/06/01;31(3):139-70. English.
- 20- Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*. 2008;9(3):139-52.
- 21- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(6):1152-68.
- 22- Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology : a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010. p. 107-36.
- 23- Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):368-85.
- 24- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan;44(1):1-25. PubMed PMID: 16300724. Epub 2005/11/23. eng.
- 25- Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(9):871-90. PubMed PMID: 17674402.
- 26- Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2010 Nov;30(7):865-78. PubMed PMID: 21151705. Pubmed Central PMCID: 2998793. Epub 2010/12/15. eng.
- 27- Ho M-HR, Auerbach RP, Jun HL, Abela JRZ, Zhu X, Yao S. Understanding Anxiety Sensitivity in the Development of Anxious and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2009;35(3):232-40.
- 28- Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis

of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*. 1997;106(3):355-64.

29- Schmidt NB, Buckner JD, Keough ME. Anxiety Sensitivity As a Prospective Predictor of Alcohol Use Disorders. *Behavior Modification*. 2007;31(2):202-19.

30- Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK. Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*. 2006;40(8):691-9.

31- Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(2):246-51.

32- Stewart SH, Taylor S, Jang KL, Cox BJ, Watt MC, Fedoroff IC, et al. Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behaviour research and therapy*. 2001;39(4):443-56.

33- Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(3):401-8. PubMed PMID: 22306133. eng.

34- Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*. 2010;136(1):128-50.

35- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*. 2009;135(6):974-99. PubMed PMID: 19883144.

36- Machell KA, Goodman FR, Kashdan TB. Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis. *Cognition and Emotion*. 2014:1-9.

37- Zvolensky MJ, Schmidt NB, Bernstein A, Keough ME. Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: A translational research framework. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(9):1219-39.

38- 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. PubMed PMID: 22035996. eng.

39- Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. 2013;2(2): 65-80.

40- Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*. 2007;19(2):176-88.

41- Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH. Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 2013 May 21. PubMed PMID: 23770119.

42- Lovibond PFM, Lovibond SM. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2 ed. Sydney, Australia: Psychology Foundation; 1995.

43. Sahebi A, Asghari Mj, Salari R. Validation of depression, anxiety, stress scale for Iranian sample. *Journal of Iranian Psychologist*. 2006;1:299–312.

- 44- Gao F, Luo N, Thumboo J, Fones C, Li S-C, Cheung Y-B. Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004;2(1):63.
- 45- Yaghubi H, Karimi M, Omid A, Barooti E, Abedi M. Validity and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in university students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012;6(2):153-60.
- 46- Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:141-68.
- 47- Boelen PA, Reijntjes A. Measuring Experiential Avoidance: Reliability and Validity of the Dutch 9-item Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *J Psychopathol Behav Assess*. 2008;30(4):241-51.
- 48- Bernstein A, Stickle TR, Schmidt NB. Factor mixture model of anxiety sensitivity and anxiety psychopathology vulnerability. *Journal of affective disorders*. 2013 Jul;149(1-3):406-17. PubMed PMID: 23261139.
- 49- Deacon B, Abramowitz J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(7):837-57. PubMed PMID: 16466904. Epub 2006/02/10. eng.
- 50- Asmundson GJG, Norton GR. Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: A preliminary report. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(7):771-7.
- 51- Cristea IA, Montgomery GH, Szamoskozi S, David D. Key Constructs in “Classical” and “New Wave” Cognitive Behavioral Psychotherapies: Relationships Among Each Other and With Emotional Distress. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;69(6):584-99.
- 52- Brown LA, Gaudiano BA, Miller IW. Investigating the similarities and differences between practitioners of second- and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior modification*. 2011;35(2):187-200. PubMed PMID: 21324946. Pubmed Central PMCID: 3671395.
- 53- Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2013;33(8):965-78. PubMed PMID: 23999201.
- 54- Taylor S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):243-58.
- 55- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions*. 1999;8(4):279-92.
- 56- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2 ed. New Yourk: Guilford Press; 2012.
- 57- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindfulchange. New York: Guilford Press; 2012.