

Received: 2023/05/29

Accepted: 2023/09/11

How to cite:

Taghilo L, Azizi Ziabari LS, Khajevand Khoshli A, Damghani Mirmahaleh M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and paradoxical time table therapy (PTC) on the psychological well-being of nurses. *EBNESINA* 2023;25(3):14-24. DOI: 10.22034/25.3.14

Original Article

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and paradoxical time table therapy (PTC) on the psychological well-being of nurses

Leila Taghilo¹, Leila Sadat Azizi Ziabari^{2✉},
Afsaneh Khajevand Khoshli³, Masomeh Damghani Mirmahaleh⁴

Abstract

Background and aims: Recently, new solutions have been presented to increase the well-being of people in different jobs, the extent of their effectiveness is unknown; so the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and paradoxical time table therapy (PTC) on the psychological well-being of nurses

Methods: This was a semi-experimental study with pre- and post- tests and control group. The statistical population of the present study was made up of all 125 nurses who met the criteria for entering the study working in different departments of Military medical centers in 2023. Totally, 45 nurses working in different wards of a military medical center in 2022 were selected as available sample and were randomly assigned to three groups of 15 people (two experimental groups and one control group). ACT group participated in eight individual- 60-minute sessions and PTC group participated in six individual 60-minute sessions; but there was no intervention for the control group. The short form of Ryff psychological well-being questionnaire was used. To analyze the data, multivariate covariance analysis and Tukey's post-hoc tests were used.

Results: The findings showed that ACT and PCT have an effect on the psychological well-being of nurses ($p \leq 0.01$). But ACT is more effective than PTC on psychological well-being ($p \leq 0.01$).

Conclusion: This research provided practical findings for mental health professionals regarding the greater effect of ACT on psychological well-being.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Well-Being, Psychotherapy

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 25, No. 3, Serial 84 Autumn 2023)

1. PhD candidate of psychology, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
2. Assistant professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
3. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
4. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, AliabadKatoul Branch, Islamic Azad University, AliabadKatoul, Iran

✉ Corresponding Author:

Leila Sadat Azizi Ziabari

Address: Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Tel: +98 (17) 32151787

E-mail: LS.Azizi@gorganiau.ac.ir



Copyright© 2023. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان برنامه زمانی پارادوکسی (PTC) بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران

لیلا تقی‌لو^۱، لیلا سادات عزیزی ضیابری^۲،
افسانه خواجه‌وندخوشلی^۳، معصومه دامغانی میرمحله^۴

چکیده

زمینه و اهداف: اخیراً راهکارهای جدید جهت افزایش بهزیستی افراد در مشاغل مختلف ارائه شده است که میزان اثربخشی آنها مشخص نیست؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان برنامه زمانی پارادوکسی (PTC) بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از پرستار شاغل در بخش‌های مختلف یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک کنترل) تقسیم شدند. افراد گروه ACT در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای فردی و PTC در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای فردی شرکت کردند. اما برای گروه کنترل مداخله صورت نگرفت. از فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ACT و PTC بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران اثر دارد ($p \leq 0/01$). اما ACT بر بهزیستی روان‌شناختی اثربخش‌تر از PTC است ($p \leq 0/01$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش یافته‌های کاربردی برای متخصصان سلامت روان با توجه به تأثیر بیشتر ACT بر میزان بهزیستی روان‌شناختی ارائه داد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بهزیستی روان‌شناختی، روان درمانی

(سال بیست و پنجم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، مسلسل ۸۴)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۲۰

فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۸

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علی‌آباد کنول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کنول، ایران

نویسنده مسئول: لیلا سادات عزیزی ضیابری
آدرس: دانشکده علوم پزشکی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
تلفن: ۳۳۱۵۱۷۸۷ (۱۷) ۰۹۸
ایمیل: LS.Azizi@gorganiau.ac.ir

مقدمه

پرستاری از جمله مشاغل مهم و حیاتی در سیستم بهداشت و درمان یک کشور محسوب می‌گردد و به طور تقریبی در تمام کشورها، عمده‌ترین بخش سیستم بهداشتی و در برخی مراکز تا ۸۰٪ را پرستاران تشکیل می‌دهند [۱]. از طرف دیگر، پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی-درمانی، در خط مقدم ارائه خدمات درمانی قرار دارند و عملکرد آنان تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی است [۲]. امروزه به منظور ارائه خدمات بهینه بهداشتی و درمانی، تأکید زیادی بر سلامت جسمی و روانی پرستاران می‌شود [۳] و کیفیت زندگی، مهارت‌های ارتباطی مؤثر و سلامت روان می‌تواند نشان‌دهنده مناسب بودن شرایط این افراد باشد. بهره‌وری این افراد که یک جنبه اصلی در فرایند سازمانی است، وابسته به رشد، پیشرفت و شکوفایی آنان در زندگی سالم است [۴]. از این رو توجه بیشتری به سازمان‌های بهداشتی شده است، از طرفی اساسی‌ترین تلاش در سازمان‌های بهداشتی افزایش سلامت نیروی کار فعال و کارآمد خود به ویژه پرستاران به عنوان اولین و اصلی‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات درمانی به بیماران است [۵]. پرستاران به عنوان بخش بزرگی از متخصصان مراقبت بهداشتی و هسته اصلی نظام‌های سلامت روان با عوامل استرس‌زای متعددی از جمله حمایت‌ها و منابع شخصی محدود، ساعات کار طولانی، عدم مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و کارکردن زیر فشار یا کارکردن با افراد دارای مهارت‌های ناکافی روبرو هستند [۶]. و استرس ناشی از این عوامل نه تنها بهزیستی و سلامت پرستاران را تهدید می‌کند، بلکه اثرات معناداری بر مولد بودن و کیفیت مراقبت از مراجعان آنها دارد [۷]. لذا با توجه به خطرات مختلف این حرفه، جنبه‌های روان‌شناختی مانند بهزیستی روان‌شناختی^۱ بسیار حائز اهمیت است. بهزیستی روان‌شناختی توانایی انطباق با موقعیت و تبدیل آن به یک تجربه رو به رشد و آینده‌نگر است [۸].

1. psychological well-being

بهزیستی معمولاً به عنوان بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود که شامل معانی احساسات مثبت و منفی و رضایت از زندگی است [۹]. تعاریف متعددی از بهزیستی روان‌شناختی ارائه شده است، اما به طور کلی می‌توان آن را ارزیابی یک فرد از چگونگی ارتباط تجربیات، آگاهی، ارتباطات و مسائل کلی با ارزش یک فرد در طول زندگی، مانند رضایت و امید به زندگی در نظر گرفت [۱۰]. با مفهوم مذکور، بهزیستی روان‌شناختی بیانگر احساس افراد نسبت به خود است و شامل پاسخ‌های عاطفی افراد، رضایت از زندگی و قضاوت در مورد کیفیت زندگی است [۱۱]. یکی از اصلی‌ترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده است، مدل ریف و همکاران است. این مدل، بهزیستی روان‌شناختی را فرآیند رشد همه جانبه می‌داند که در طول عمر گسترده است و بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف، از شش مؤلفه اصلی تشکیل شده است که شامل: پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، هدف در زندگی، رشد شخصی و تسلط بر محیط است [۱۲] و ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی می‌شود و باعث فقدان رضایت و عزت نفس و احساسات می‌شود و منجر به کاهش سلامت روانی و جسمی می‌شود [۱۳]. بهزیستی روان‌شناختی مفهوم کلیدی و اصلی تفکر گسترده است که شامل رضایت عادی فرد از زندگی، عواطف مثبت و عدم وجود هیجانات منفی است [۱۴]. مفهوم بهزیستی به انواع ارزیابی‌ها (مثبت و منفی) افراد درباره زندگی‌شان اشاره دارد که شامل ارزیابی‌های شناختی و فکری و واکنش‌های عاطفی به رویدادهای زندگی می‌شود [۱۵]. بنابراین، بهزیستی روان‌شناختی چیزی است که افراد برای ارزیابی‌های مختلف زندگی‌شان، رویدادهایی که برایشان اتفاق می‌افتد، بدن و ذهنشان و شرایط محیطی که در آن زندگی می‌کنند، دارند [۱۶]. بهزیستی روان‌شناختی متأثر از فرآیندهای عاطفی، جسمی، شناختی، معنوی، فردی و اجتماعی است [۱۱]. مؤلفه‌های مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی ساختار

مهمی هستند که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های یک فرد را در بر دارد و شامل تأمین سلامت روحی و جسمی و افزایش امید به زندگی، اثبات ارزش شادی برای انسان، سنجش کیفیت شاخص زندگی همراه با شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی می‌باشد [۱۳].

در این راستا از جمله روش‌های درمانی مؤثر برای اختلالات شناختی و رفتاری می‌توان به موج سوم درمان‌ها شامل درمان روان‌شناختی، مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ اشاره کرد [۱۷]. در ACT، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و این به معنای ایجاد توانایی انتخاب یک عمل از میان گزینه‌های مختلف است، به جای انجام یک عمل فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا خواسته‌های مزاحم [۱۷]. تکنیک‌های شناختی در ACT، به باورها و افکار خودانگیخته‌ای در جذب افکار نقش دارند [۱۸]. حال این که تکنیک‌های رفتاری در ACT بر اعمالی تمرکز می‌کنند که بر حسب زمینه با شناخت تعامل دارند [۱۹]. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری و بهزیستی روانی است [۲۰].

از سوی دیگر، یکی از جدیدترین رویکردهای یکپارچه در درمان اختلالات شناختی و رفتاری، پارادوکس درمانی^۲ است [۲۱]. این رویکرد که جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی را در درمان مد نظر قرار می‌دهد و با درمان شناختی رفتاری فیزیکی و همچنین استخراج تناقض‌ها، می‌تواند روشی مناسب برای تمامی اختلالات از جمله اختلالات شناختی و رفتاری باشد [۲۲]. پارادوکس استفاده مثبت از مقاومت بیمار در برابر درمانگر است [۹]. دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد که سرعت درمان را تسریع می‌کند [۲۳]. جزء اول، یعنی پارادوکس، به معنای تجویز یک علامت رفتاری یا یک علامت بیماری است [۲۴]. جزء دوم، یعنی برنامه، وظیفه‌ای است که بر اساس آن مراجع ملزم به بازآفرینی و تجربه نشانه یا رفتار تجویز شده در قالب یک پارادوکس در زمان معین و برای مدت

معین است که بتواند عملکرد بهینه و مناسب در ایجاد بهزیستی را سبب گردد [۲۵]. در تکنیک برنامه زمانی پارادوکسی (PTC)^۳ یا متناقض، همان علائم بیماری برای مراجع تجویز می‌شود تا فرد در ساعات و مدت زمان مشخصی آنها را تجربه کند [۲۶]. پارادوکس‌ها هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارند. جنبه مثبت آن این است که ممکن است از دیدگاه متفاوتی صحیح باشند [۲۷].

به طور کلی درمان‌های مؤثری مانند ACT و همچنین PTC با توجه به دارا بودن تکنیک‌ها و روش‌های برنامه‌مدار و زمان‌بندی‌سازی شده جهت فعالیت یا عدم فعالیت، در بسیاری از اختلال‌ها و آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر بوده‌اند [۲۸]. از طرفی ACT با تأکید آن بر زمان حال و بر روی شناخت، رفتار و حتی هیجان، می‌تواند در رشد تعاملات منجر شده به سازگاری افراد و افزایش کارکردهای آنان تأثیرگذار باشد [۲۹]. PTC با توجه به تجویز زمان‌بندی‌شده جهت بازسازی و تجربه رفتار می‌تواند به عنوان روشی کارآمد در حیطه تنظیم و مدیریت کنش‌های شناختی و رفتاری و حتی هیجانی مؤثر باشد [۲۲]. به طور کلی دو روش ACT و PTC در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی، رفتاری، هیجانی و حتی اجتماعی مؤثر واقع شده‌اند و این شرایط سبب شده است بررسی تفاوت این دو روش درمانی مهم تلقی گردد.

در همین راستا محمدی‌نژاد و نیک‌نژادی [۱۴] نشان دادند که ACT باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا شده است. برزگری‌دهج و همکاران [۳۰] ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ACT باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شد. همچنین نتایج پژوهش مقدم و همکاران [۳۱] حاکی از آن بود که ACT باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شد. راسانن^۴ و همکاران [۳۲] ضمن

3. Paradox + Timetable = Cure

4. Rasanen

1. Acceptance and Commitment Therapy

2. paradox therapy

پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات ACT باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان شد. مارتینز^۱ و همکاران [۱۶] دریافتند که ACT برای بهبود بهزیستی در ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مؤثر بوده است.

طاهر نژادجوزم و همکاران [۲۵] دریافتند که پارادوکس درمانی بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی و افسردگی اضطراب استرس مؤثر است. کوارچینسکی و اولمان^۲ [۱۰] در پژوهشی نشان دادند که پارادوکس زمان‌بندی شرایط و رتبه‌بندی بر بهزیستی مؤثر است. لی و شی^۳ [۳۳] دریافتند که تدوین زمان بدنی پارادوکسی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر واقع گردد. محمدپور و همکاران [۳۴] در بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی زوجین متعارض نشان داد که این درمان در بهبود بهزیستی روان‌شناختی، ارتباط مؤثر و هدفمندی زوجین متعارض مؤثر بود. آزادی و همکاران [۳۵] در پژوهشی مقایسه اثربخشی و ماندگاری درمان ACT و PTC بر تاب‌آوری پرستاران اورژانس نتایج نشان داد بین نمره تاب‌آوری در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مشخص شد بین نمرات دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما بین نمرات دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد.

لذا با توجه به شواهد پژوهشی تا کنون پژوهشی به مقایسه این دو روش درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی نپرداخته است ولی به طور مجزا اثربخشی آن بر روی بهزیستی مورد بررسی قرار گرفته است. و با توجه به اینکه شغل پرستاری به گونه‌ای است که افراد باید خود را برای بسیاری از شرایط روحی و جسمی آماده کنند، پرستاران باید در مواجهه با مراجعین آسیب‌دیده روحیه قوی داشته باشند و گاهی برخی از پرستاران به دلیل فوت یا مصدومان شدید دچار بی‌ثباتی روحی و علائم

استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند که به نوبه خود باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. به طور کلی با در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت اختلالات و شیوع گسترده مشکلات شغلی در پرستاران و همچنین با توجه به مشکلاتی که این عملکرد نامناسب برای خود فرد، خانواده و جامعه ایجاد می‌کنند. از منظر برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت جامعه، ابتدا باید تصویری از وضعیت سلامت جامعه مورد مطالعه ارائه شود و در این راستا از جمله روش‌هایی است که اثربخشی آن در مطالعات گذشته تأیید شده است اما تفاوت ACT و PTC مشخص نشده است. که کدام یک از این درمان‌ها در این زمینه‌های شناختی مانند بهزیستی روان‌شناختی مؤثرتر است و انجام این پژوهش می‌تواند کمک خوبی برای مشاوران و درمانگران در حوزه‌های شناختی و رفتاری باشد. بنابراین هدف کلی از انجام این تحقیق مقایسه اثربخشی ACT و PTC بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران شاغل یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران بود.

روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام ۱۲۵ نفر پرستار شاغل در بخش‌های مختلف یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور ۱ حداقل حجم نمونه برای هر گروه این پژوهش ۱۱ نفر پیشنهاد شد که در مجموع با بیش‌برآورد تعداد ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. سپس پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی بین تمام ۱۲۵ نفر توزیع شد و ۴۵ نفر که کمترین میزان نمره را کسب نمودند به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری در دو گروه آزمایش و یک کنترل گمارش شدند. همچنین معیارهای ورود شامل رضایت جهت شرکت در پژوهش، پرستاران شاغل یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، سن در بازه ۲۵ تا ۵۰ سال و تأهل بود. معیارهای

1. Martínez
2. Kwarcinski & Ulman
3. Li & Shi

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) هیز [۳۶]

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی، تعیین اهداف و پیش‌آزمون	آشنایی اولیه اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، اجرای پیش‌آزمون، معرفی ACT، اهداف درمان، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه، پیش‌آزمون
دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل و نیز ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که خود فرد انجام داده است، تجربه این نکته که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارت ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، رساندن مراجع به ناامیدی خلاق و شفاف‌سازی ارزش‌های اعضا، درماندگی خلاق و استفاده از استعاره چاله
سوم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر شناسایی و آگاهی	شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر شناسایی و آگاهی، ارائه تمرین‌های ذهن آگاهی و نیز ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، استفاده از پلی‌گراف سپس بحث در مورد مشکلات و پذیرش آن
چهارم	تمرین ذهن آگاهی از احساسات بدنی	تمرین ذهن آگاهی از احساسات بدنی، بحث در مورد موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها، ارائه مقدمه‌ای بر تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها و تمرین‌های مرتبط با رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی، استفاده از استعاره مزاحم و ارائه تمرینات ذهن آگاهی
پنجم	گسلش و استفاده از استعاره	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث در مورد آنها، بیان گسلش و استفاده از استعاره اتوبوس و انجام تمرین‌های ذهن آگاهی
ششم	تنظیم اهداف	تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها و تمرین‌های ذهن آگاهی (نفس کشیدن یا آگاهی بدنی)
هفتم	معرفی ارزش‌ها و دادن تکلیف	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه فعالیت و نیز معرفی ارزش‌ها و دادن تکلیف ارزش‌ها، ادامه بحث پیرامون رضایت داشتن از رنج و ارائه تمرین‌های ذهن آگاهی ارزش‌ها
هشتم	تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها و پس‌آزمون	تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها، ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف به همراه پذیرش تجارب ذهنی و ارزیابی آموزشی، ارائه پس‌آزمون ارزش‌ها و پس‌آزمون

خروج نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، تردید در مورد دارا بودن هر یک از معیارهای ورود در خلال مداخله، عدم رضایت فرد در هر یک از مراحل مداخله، تمایل به خروج از مطالعه، خروج به تشخیص پزشک و یا روان‌شناس بیمارستان می‌شد.

در ابتدای فرایند میدانی، پس از اخذ مجوزهای سازمانی از معاونت پژوهشی دانشگاه و معاونت بهداشت و درمان با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران، جلسات دو روش مداخله‌ای به ترتیب هفته‌ای دو جلسه (در روزهای زوج و فرد برای هر گروه آزمایش در هفته) فقط بر روی دو گروه آزمایشی برگزار شد. بسته درمانی ACT هیز [۳۶] در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به

صورت فردی (جدول ۱) و بسته درمانی PTC بشارت [۲۶] با ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی (جدول ۲) بود. همچنین قبل از شروع جلسات، پیش‌آزمون و پس از اتمام جلسات مداخله پس‌آزمون از همه گروه‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه (بهزیستی روان‌شناختی) دریافت شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف [۳۷] در سال ۲۰۰۲ ساخته شد که دارای ۱۸ گویه است و دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است، همچنین با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً

جدول ۲- خلاصه جلسات درمان برنامه زمانی پارادوکس (PTC) بشارت [۲۶]

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی، تعیین اهداف و پیش‌آزمون	مرحله اجتماعی مصاحبه: شامل خوشامدگویی؛ نکاتی که معمولاً ضمن معرفی می‌شوند مثل وضعیت تأهل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و در صورت نیاز طرح مسایل خاص خانوادگی و اجتماعی
دوم	تحلیل رفتاری	مرحله مشکل مصاحبه: علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل (مشکلات) و/یا اختلال (اختلال‌ها) توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف‌های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان یک تکلیف حداقلی PTC)
سوم	تحلیل رفتاری	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/بیمار؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید (برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه‌ها).
چهارم	تحلیل رفتاری	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، مراجع/بیمار موظف می‌شود که برای کاهش نشانه‌ها از سطح فعلی تلاشی نکند).
پنجم	تحلیل رفتاری	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، از مراجع/بیمار خواسته می‌شود که نشانه‌ها را در سطح فعلی حفظ کند).
ششم	پیگیری تکالیف و پس‌آزمون	شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدف‌های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف‌های درمان در صورت نیاز

پیگیری تکالیف و جمع‌بندی از کلیه جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمه جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس‌آزمون)

جدول ۳- اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک هر سه گروه

متغیر	زیر مجموعه	PTC	ACT	کنترل	مقدار p
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۴ (۲۶/۶۶٪)	۶ (۴۰٪)	۶ (۴۰٪)	
	۳۱ تا ۴۰ سال	۶ (۴۰٪)	۳ (۲۰٪)	۴ (۲۶/۶۶٪)	۰/۹۰۰
	۴۱ تا ۵۰ سال	۵ (۳۳/۳۴٪)	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۳/۳۴٪)	
جنسیت	مرد	۷ (۴۶/۶۶٪)	۷ (۴۶/۶۶٪)	۷ (۴۶/۶۶٪)	۰/۹۹۹
	زن	۸ (۵۳/۳۴٪)	۸ (۵۳/۳۴٪)	۸ (۵۳/۳۴٪)	

در متغیرهای جمعیت‌شناختی در سه گروه در آزمون کای اسکوار، بنابراین متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌ها تفاوت معناداری نداشتند.

قبل از تحلیل استنباطی ابتدا نرمالیتی داده‌ها در متغیر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون توسط آزمون شاپیرو ویلکز تأیید شد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس‌مورد تأیید واقع گردید. همچنین در آزمون لوین با توجه به مقدار با توجه به مقدار به دست آمده برای متغیرها همسانی خطای واریانس نیز تأیید شد. همچنین در بررسی همگنی شیب رگرسیون مقادیر به دست آمده از آزمون F برای متغیرها نشان دهنده تأیید این مفروضه است. به طور کلی مفروضات (پیش فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) از تحلیل کوواریانس چند متغیره رعایت شده است.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی در سه گروه مطالعه تقریباً با هم برابر بوده اما در پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی میانگین نمرات گروه‌های آزمایش به مراتب بزرگتر از گروه کنترل است. همچنین در بررسی پیش‌فرض‌ها مقادیر آماره شاپیرووویلکز در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نیست که بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین به طور کلی می‌توان گفت پیش‌فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است. همچنین پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. به طور کلی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد تأیید واقع شد.

موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. افزایش نمره نشان‌دهنده وضعیت خوب است. ریف روایی سازه و همزمان ابزار را تأیید و پایایی آن را در پژوهش‌های مختلف با آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس استقلال ۰/۷۳، تسلط بر محیط ۰/۷۰، رشد شخصی ۰/۸۶، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۹، هدفمندی در زندگی ۰/۸۴، پذیرش خود ۰/۸۷ و کل آن ۰/۸۹ گزارش نمود. همچنین خانجانی و همکاران [۳۸] روایی سازه را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۹، ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۸۸ و در کل ۰/۸۹ گزارش کردند.

ملاحظات اخلاقی

قبل از اجرای کار و تکمیل پرسشنامه‌ها نسبت به دریافت رضایت از افراد مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اقدام شد و مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. همچنین به مشارکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که مشخصات شخصی آنها محرمانه خواهد ماند مشارکت‌کنندگان در پایان پژوهش در صورت تمایل می‌توانستند از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های خودآگاه شوند. افراد گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پیگیری در معرض درمان انتخابی خود با توجه به توضیحات پژوهشگر در زمینه نتیجه پژوهش قرار گرفتند. همچنین مقاله حاضر بر گرفته از مصوب شورای تخصصی پژوهشی و کمیته اخلاق زیست پزشکی با کد اخلاق است.

تجزیه و تحلیل آماری

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون‌های آماری کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

در هر یک از گروه‌های پژوهش ۱۵ نفر حضور داشتند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها در جدول ۳ آمده است. با توجه به این جدول و سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمده

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
پذیرش خود	PTC	۶/۸۲±۱/۵۵	۱۰/۲۲±۲/۱۴
	ACT	۶/۹۳±۱/۴۲	۱۲/۴۱±۲/۳۲
	کنترل	۶/۷۰±۱/۶۵	۶/۸۵±۱/۶۹
روابط مثبت با دیگران	PTC	۵/۴۳±۰/۸۷	۸/۴۶±۱/۲۲
	ACT	۵/۳۸±۱/۰۱	۱۰/۲۱±۱/۶۳
	کنترل	۵/۴۷±۰/۷۶	۵/۵۷±۰/۸۱
خودمختاری	PTC	۶/۳۸±۱/۲۱	۸/۵۸±۱/۳۴
	ACT	۶/۴۱±۰/۸۷	۱۱/۴۲±۱/۱۳
	کنترل	۶/۴۸±۰/۹۲	۶/۵۹±۰/۹۸
تسلط بر محیط	PTC	۴/۶۸±۰/۸۰	۷/۸۴±۰/۹۸
	ACT	۴/۷۲±۰/۷۴	۱۰/۲۵±۱/۲۳
	کنترل	۴/۵۷±۰/۶۹	۴/۵۶±۰/۷۴
زندگی هدفمند	PTC	۵/۲۴±۰/۷۷	۸/۵۲±۱/۲۰
	ACT	۵/۳۸±۰/۶۹	۱۰/۶۱±۱/۴۸
	کنترل	۵/۱۹±۰/۸۱	۵/۹۷±۰/۸۵
رشد فردی	PTC	۶/۶۰±۰/۸۲	۸/۹۹±۱/۰۱
	ACT	۶/۷۱±۰/۵۷	۱۰/۷۶±۱/۲۳
	کنترل	۶/۶۲±۰/۵۱	۶/۶۲±۰/۶۲
بهزیستی روان‌شناختی	PTC	۳۵/۱۵±۷/۵۶	۵۲/۶۱±۹/۷۵
	ACT	۳۵/۵۳±۷/۳۵	۶۵/۶۶±۱۱/۴۶
	کنترل	۳۵/۰۳±۷/۱۶	۳۶/۱۶±۷/۳۸

با توجه به جدول ۵ نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خرده‌مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر ACT و PTC بر بهزیستی روان‌شناختی پرستاران دارد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه ACT با گروه PTC تفاوت معنی‌دار وجود دارد و با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر به

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
پذیرش خود	۱۶۰/۱۷۲۰	۲	۸۰۰/۸۶۰	۲۶/۲۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۱
روابط مثبت با دیگران	۴۴/۴۲۱	۲	۲۲/۱۷۱	۱۰/۱۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۰	۰/۹۷۸
خودمختاری	۷۰۶/۰۹۶	۲	۳۵۳/۰۴۷	۱۳/۸۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۹۷
تسلط بر محیط	۱۳۲۸/۴۳۵	۲	۶۶۴/۲۱۷	۲۳/۴۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷	۱
زندگی هدفمند	۱۱۱۱/۶۴۸	۲	۵۵۵/۸۲۴	۱۶/۷۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۲	۰/۹۹۹
رشد فردی	۲۴۵/۱۱۹	۲	۱۲۲/۵۵۹	۱۰/۴۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۰/۹۸۱
بهزیستی روان‌شناختی	۵۹۵/۲۴۴	۲	۲۹۷/۱۲۲	۳۹/۶۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۱

جدول ۶- خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد
پذیرش خود	گروه PTC - گروه ACT	۱/۶۵۷*	۰/۲۳۲
روابط مثبت با دیگران	گروه PTC - گروه ACT	۱/۳۳۴*	۰/۱۷۸
خودمختاری	گروه PTC - گروه ACT	۲/۴۳۵*	۰/۴۴۵
تسلط بر محیط	گروه PTC - گروه ACT	۱/۷۷۶*	۰/۲۲۰
زندگی هدفمند	گروه PTC - گروه ACT	۲/۰۱۱*	۰/۱۱۷
رشد فردی	گروه PTC - گروه ACT	۱/۵۷۱*	۰/۳۶۴
بهزیستی روان‌شناختی	گروه PTC - گروه ACT	۹/۴۳۶*	۰/۸۷۹

* <۰/۰۱ p

دست آمده ACT سبب ایجاد تغییرات بیشتر در بهزیستی روان‌شناختی شد و این درمان قوی‌تر از PTC در این گروه از پرستاران است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش فرضیه وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی ACT و PTC بر بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش پیشین است [۱۲، ۱۴، ۱۶، ۳۳]. در علت همسویی در نتایج به دست آمده می‌توان نکات مشترک نشانه‌های شناختی و هیجانی در رفتارهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی اشاره نمود با توجه به مبانی نظری می‌توان دریافت که متغیر بهزیستی روان‌شناختی در برگزیده مؤلفه‌های چندبعدی شناختی، رفتاری و هیجانی هستند، بنابراین هر چند که در این پژوهش‌ها به نسبت پژوهش حاضر تفاوت‌هایی در ابزار استفاده شده و موقعیت زمانی و مکانی وجود دارد اما با توجه به منطق مبانی شناختی در متغیرهای مورد مطالعه همسویی به دست آمده قابل تأیید است. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان نمود که ACT و PTC منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند. اما یافته‌ها نشان داد که ACT اثربخشی بیشتری دارد. در ACT به افراد آموزش داده شد تا بهزیستی روان‌شناختی خود را در مواجهه با چالش‌ها به کار ببرند [۱۸]. افراد حاضر در جلسات درمانی یاد گرفتند تجارب درونی خود را مثل افکار، هیجانات و احساسات بدنی بدون نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند [۱۱]. به آنها یاد داده شد تا مادامی که نسبت به احساسات خود پذیرا باشند، عوامل ناراحتکننده نیز

سریعتر از میان خواهند رفت. ACT مراجع را راهنمایی می‌کند تا افکار و احساسات خود را از خود جدا کند، که به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب‌های رابطه و حالت‌های شناختی منفی را اصلاح کنند [۱۸]. بر این اساس مزیت اصلی این روش در مقایسه با PTC، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی در کنار جنبه‌های شناختی است تا تأثیر بیشتری بر بهزیستی روان‌شناختی به نسبت PTC داشته باشد. فرایندها و راهبردهای مورد استفاده در ACT از جمله تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه اشاره کرد که نسبت به PTC تأکید بیشتری روی این عوامل وجود دارد [۱۶]. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند [۱۸]. مشغله ذهنی غیرمولد پرستاران در رابطه با بیماری و علائم آن است، سبب‌ساز ایجاد استعداد در کاهش بهزیستی است. در ACT از شناخت‌های نامناسب استفاده می‌شود تا افراد از مواجهه با شرایط غیرقابل کنترل مانند افکار و احساسات مرتبط با عدم بهزیستی اجتناب کنند و با پذیرش این تجربیات درونی برای رسیدن به زندگی ارزشمند برنامه‌ریزی کنند. ACT و تکنیک‌های آن مشاهدات و تشریح تجربیات بدون قضاوت در زمان حال را تشویق می‌کند، چیزی که از آن به عنوان فرآیند دانستن یاد می‌شود [۱۰]. تکنیک‌های شفاف‌سازی ارزش که در این درمان استفاده شد به افراد گروه آزمایش کمک کرد تا ارزش‌های شخصی خود را بیابند که زندگی آنها را غنی می‌کند. انتخاب ارزش‌ها راهی برای ایجاد اهداف انعطاف‌پذیر و کاربردی فراهم کرد و در طول زمان به عملکرد موفق‌تر و بهزیستی روان‌شناختی افراد منجر شد [۳۹].

فرایند مؤثر دیگر ACT معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است که نسبت به PTC تأکید بیشتری

روی این عوامل وجود دارد. در واقع با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به مشکلات، استرس و تنش‌های فرد کم می‌شود، اجتناب‌های وی از بین می‌رود و به پذیرش می‌رسد [۱۰]. ACT به تناسب PTC از تکنیک‌ها و راهبردهایی مهمی چون پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و بررسی آنها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی استفاده می‌کند [۲۱] و PTC با آموزش تکنیک‌ها و راهبردهایی چون آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش می‌شود [۲۴]. بنابراین، هر دو شیوه به این دلیل که برخاسته از موج نوین روان‌درمانی هستند و با این‌که تفاوت‌هایی دارند، اما از تکنیک‌ها و راهبردهای مشابهی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی استفاده می‌کنند. لذا می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی شوند و اما بین آنها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. در پایان باید به محدودیت‌های پژوهش اعم از محدود بودن پژوهش به پرستاران شاغل یکی از مراکز درمانی نظامی شهر تهران، محدود بودن به افراد متأهل، محدودیت به بازه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، محدودیت به استفاده از ابزار پرسشنامه و عدم دسترسی به نمونه افراد در خصوص انجام مرحله پیگیری اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد که در مراکز درمانی دوره‌های ضمن خدمت برای کارکنان از روش‌های درمانی مانند ACT به سبب تأثیرات بسزای آن در بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد کاری استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی - واحد چالوس با کد IR.IAU.CHALUS.REC.1401.017 در تاریخ ۱۴۰۱/۷/۳۰ به تصویب رسیده است.

نویسندگان از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش بابت همکاری در این پژوهش تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچگونه

تعارض منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

منبع مالی پژوهش حاضر توسط نویسندگان به صورت

شخصی تأمین شده است.

سهم نویسندگان

درمقاله حاضر همه نویسندگان در انجام و اجرای طرح و

References

- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics*. 2012;19(2):183-195. doi:10.1177/0969733011416840
- Nikpeyma N, Abed-Saedi J, Azargashb E, Alavi Majd H. A review of nurses 'performance appraisal in Iran. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(1):74-83. [Persian]
- Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse education in practice*. 2020;46:102809. doi:10.1016/j.nepr.2020.102809
- Ren L, Wang Y, Wu L, Wei Z, Cui LB, Wei X, et al. Network structure of depression and anxiety symptoms in Chinese female nursing students. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):279. doi:10.1186/s12888-021-03276-1
- Aloufi MA, Jarden RJ, Gerditz MF, Kapp S. Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. *Nurse education today*. 2021;102:104877. doi:10.1016/j.nedt.2021.104877
- Aghli E, Ahi G, Mansouri A. The Role of Dark Triad of Personality in Predicting Psychological Well-being and Humor Styles in Nurses. *Journal of Nursing Education*. 2018;6(2):41-49. [Persian]
- Hersch RK, Cook RF, Deitz DK, Kaplan S, Hughes D, Friesen MA, et al. Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied nursing research* : ANR. 2016;32:18-25. doi:10.1016/j.apnr.2016.04.003
- Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Bowling AM, Nwafor CE, Tsaras K. High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. *Nursing forum*. 2019;54(3):358-368. doi:10.1111/nuf.12337
- Sonnentag S. The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well-being. *Research in Organizational Behavior*. 2018;38:169-185. doi:https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002
- Kwarciński T, Ulman P. Quality of life paradox. Well-being ranking of the selected European countries based on hybrid well-being approach. *Economics & Sociology*. 2020. doi:10.14254/2071-789X.2020/13-2/12
- Gillard D, Wright D, McNally A, Flaxman PE, McIntosh R, Honey K. Acceptance & commitment therapy for school leaders' well-being: an initial feasibility study. *Educational Psychology in Practice*. 2021;37(1):34-51. doi:10.1080/02667363.2020.1855120
- Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(1):10-28. doi:10.1159/000353263
- Molavi A, Afshar Zanjani H, Haji Alizadeh K. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on quality of life and psychological well-being of patients with type 2 diabetes. *Journal of Preventive Medicine*. 2021;8(4):78-87. [Persian]
- Mohammadinejad M, Niknejadi F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and resilience of mothers with a deaf daughter in the city of Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21(2):22-31. 1443 [Persian] doi:10.30486/j.srp.2019.573628.
- Fakharian N, Samari safa J, Ghezelsefloo M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Anxiety, Depression and Psychological well-being of Patients with Hypothyroidism. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2019;21(2):65-72. [Persian]
- Muñoz-Martínez AM, Otto-Scheiber CS, Zuluaga-Jassir S, Medina-Díaz A, Pulido-Rozo J, Venegas-Ramírez M, et al. Scalability of an ACT-Based strategy for improving well-being in health care providers: A mix-method and preliminary evaluation of efficacy. *J Contextual Behav Sci*. 2022;25:136-144. doi:10.1016/j.jcbs.2022.07.005
- 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):60-68. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002
- Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;263:107-120. doi:10.1016/j.jad.2019.11.154
- Gross M, Moore ZE, Gardner FL, Wolanin AT, Pess R, Marks DR. An empirical examination comparing the Mindfulness-Acceptance-Commitment approach and Psychological Skills Training for the mental health and sport performance of female student athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2018;16(4):431-451. doi:10.1080/1612197X.2016.1250802
- Pakenham KI. Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*. 2017;21(3):186-194. doi:10.1111/cp.12062

21. Besharat M. The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: a case report. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(95):1371-1387. [Persian]
22. Kairinos N, Solomons M, Hudson DA. Negative-pressure wound therapy I: the paradox of negative-pressure wound therapy. *Plastic and reconstructive surgery*. 2009;123(2):589-598. doi:10.1097/PRS.0b013e3181956551
23. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(76):383-396. [Persian]
24. Mohammadi Z, Soleimani AA, Ashtiani AF, Ashrafi E, Mokheri K. Comparison of the effectiveness of Paradoxical Time Table Therapy, Exposure and Response Prevention and pharmacotherapy on Reducing Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9:63-63. [Persian]
25. Tahernejad Javazm Z, Besharat MA, Belyad MR, Hosseinzadeh Taghvaei M, Peyvandi P. Evaluating and Comparing the Effectiveness of Paradox Therapy and Reality Therapy on Ego Strength and Integrative Self-knowledge in 20-40 Years Old Women with Spinal Cord Injury. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2022;12(0):214-214. [Persian]
26. Basharat MA. Paradox + program = treatment: a complete model for the treatment of mental disorders - a practical guide. Rushd Publications: Tehran. 2016. [Persian]
27. Nikan A, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Mojtabaie M. Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2021;10(1):1-14. [Persian]
28. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(6):552-568. doi:10.1097/ajp.0000000000000425
29. Fauth EB, Novak JR, Levin ME. Outcomes from a pilot online Acceptance and Commitment Therapy program for dementia family caregivers. *Aging Ment Health*. 2022;26(8):1620-1629. doi:10.1080/13607863.2021.1942432
30. Barzegari dehaj A, jorjandi A, Hossinsabet F. efficiency of the acceptance and commitment therapy on individual's psychological well-being in people with epilepsy in Imam Hossein Hospital in the autumn and winter of 2015. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2017;25(1):138-147. [Persian] doi:10.29252/sjimu.25.1.138
31. mogadam n, amraae r, asadi f, Amani o. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy. *Journal of Nursing Education*. 2018;6(5):1-8. [Persian]
32. Räsänen P, Lappalainen P, Muotka J, Tolvanen A, Lappalainen R. An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*. 2016;78:30-42. doi:10.1016/j.brat.2016.01.001
33. Li L, Shi L. Economic growth and subjective well-being: analyzing the formative mechanism of Easterlin Paradox. *The Journal of Chinese Sociology*. 2019;6(1):1. doi:10.1186/s40711-018-0090-9
34. Mohammadpour M, Aslami E. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on components of psychological well-Bing of Conflicting Couples. *journal of Psychology new Ideas*. 2022;14(18):1-24. [Persian]
35. 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. [Persian]
36. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media; 2004. doi:10.1007/978-0-387-23369-7
37. Ryff CD. Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*. 1989;12(1):35-55. doi:10.1177/016502548901200102
38. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36. [Persian]
39. Whiting D, Deane F, McLeod H, Ciarrochi J, Simpson G. Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychol Rehabil*. 2020;30(7):1348-1371. doi:10.1080/09602011.2019.1583582