



The effectiveness of acceptance and commitment therapy on tolerance failure and health anxiety in nursing and midwifery students with health anxiety

Shabnam. Navidi Poshtiri¹, Ramezan. Hassanzadeh^{2*}, Seyedeh Olia. Emadian³

1. PhD student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 222-231

Corresponding Author's Info

Email: Rhassanzadehd@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/07/04

Revised: 2022/09/01

Accepted: 2022/09/15

Published online: 2022/10/02

Keywords:

acceptance and commitment therapy, tolerance failure, health anxiety.

ABSTRACT

Background and Aim: Nursing and midwifery staff and students of this field are exposed to many stresses due to their educational and occupational nature, including long and continuous communication with sick and dying patients, extraordinary responsibility, and personal requests from He pointed out the patient and the people around him. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on failure tolerance and health anxiety in nursing and midwifery students suffering from health anxiety. **Methods:** It is a quasi-experimental research design with a pre-test-post-test design and a three-month follow-up with the control group. The statistical population included all nursing and midwifery students suffering from health anxiety in the free universities of Gilan branch in 2021. Among these, 30 people were selected by convenience sampling method and randomly replaced in the experimental group (treatment based on acceptance and commitment) and control (15 people in each group). Mindfulness-based therapeutic schema was performed in 10 90-minute sessions based on Yang et al.'s (2003) educational package in the experimental group. Data were collected using failure tolerance questionnaire (Harnigton, 2005), health anxiety questionnaire (Saluskis and Warwick, 2002). The data was analyzed using SPSS-22 software and through the analysis of variance test with repeated measurements. **Results:** The results of the research showed that acceptance and commitment therapy is effective in tolerating failure ($P < 0.001$) and health anxiety ($P < 0.001$) in nursing and midwifery students suffering from health anxiety. **Conclusion:** Considering the role of beliefs and thoughts in health anxiety, it is suggested that therapists consider treatment based on acceptance and commitment therapy in reducing the symptoms of tolerance failure and health anxiety.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Yadollahi Ardestani, Sh., Keykhosrovani, M. & Amini, N. (2022). The effectiveness of Acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder. *jayps*, 3(1): 222-231



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت

شب‌نم نویدی پشتیری^۱، رضان حسن زاده^{۲*}، سیده علیا عمادیان^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کادر پرستاری و مامایی و دانشجویان این رشته بنا به ماهیت تحصیلی و شغلی خود در معرض استرس‌های متعددی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بدحال و روبه مرگ، مسئولیت‌پذیری فوق‌العاده، و درخواست‌های شخصی از طرف بیمار و اطرافیان اشاره کرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. **روش پژوهش:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه‌های آزاد واحد گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس بسته آموزشی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تحمل ناکامی (هارنیگتون، ۲۰۰۵)، پرسشنامه اضطراب سلامت (سالوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی ($P < 0/001$) و اضطراب سلامت ($P < 0/001$) دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش باورها و افکار در اضطراب سلامت پیشنهاد می‌شود که درمانگران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم تحمل ناکامی و اضطراب سلامت مدنظر قرار دهند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

صفحات: ۲۲۱-۲۲۲

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

Rhassanzadehd@yahoo.com

سابقه مقاله

- تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۳
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰

واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل ناکامی، اضطراب سلامت.

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

یداللهی اردستانی، ش.، کیخسروانی، م.، و امینی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۱): ۲۲۱-۲۲۲.

مقدمه

و اغلب انتظار توجه ویژه، رو به تیرگی رود. در بسیاری از موارد، اشتغال ذهنی با عملکردهای فرد تداخل کرده و حتی موجب شکست تحصیلی و شغلی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳)؛ لذا با عنایت به گسترش روزافزون اضطراب سلامت و نتایج مخرب آن، می‌بایست مشاوران و روان‌شناسان به این موضوع توجه کرده و راهکارهایی جهت پیشگیری و درمان آن ارائه دهند. کادر سلامت سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن از مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره آدمی محسوب می‌شود (قنبری و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین سلامت از مهم‌ترین منابع آرامش خاطر در زندگی است که بر توانایی فرد در مراقبت از خود و خانواده مؤثر است (فیورر، ۲۰۰۷)؛ بنابراین عجیب نیست که بسیاری از افراد گاهی افکار و نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامتی خود تجربه کنند. باتوجه به کارکرد ذاتی اضطراب که محافظت از ارگانیزم در برابر آسیب و جراحت است، نگرانی‌هایی مربوط به سلامت به‌عنوان عامل مشترک بسیاری از اختلالات اضطرابی و اختلال علائم جسمانی به شمار می‌آید (آبراموتیز، التونجی و دیکن، ۲۰۰۷). اشتغال ذهنی فرد در اضطراب سلامت بیش از حد است و فرد به صورت افراطی به بررسی خود پرداخته و به دنبال اطمینان جوی از سوی دیگران می‌باشد (باقری شیخانگفته و همکاران، ۱۳۹۹).

از عامل دیگری که می‌تواند در دانشجویان پرستاری و مامایی دارای اضطراب سلامت نقش داشته باشد، تحریف‌های شناختی^۲ می‌باشد که تحریف شناختی به‌عنوان باورهای بسیار اغراق‌آمیز، سفت‌وسخت، غیرمنطقی و مطلق تعریف شده است، هرگاه انسان به‌گونه‌ای غیرمنطقی فکر کند، رویدادهای زندگی را به شکلی متفاوت از آنچه واقعاً هستند، درک می‌کنند (الیس، ۲۰۰۵)؛ عاشوری، ابراهیمی و قاسمی‌پور، ۱۳۹۸). بر اساس مدل‌های شناختی، یکی از عوامل مؤثر در پیدایش اضطراب در افراد، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به شرایط است. آسیب‌پذیری شناختی به‌صورت تفسیر

خدمات پرستاری و مامایی یکی از مهم‌ترین اجزای تشکیل‌دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه کار پرستاران و ماماها بستگی دارد. با پیشرفت حرفه پرستاری و مامایی، از آنان انتظار می‌رود تا بتوانند بر اساس نیاز بیماران، مراقبت‌های پیچیده‌تری را ارائه نمایند (حاتمیان و حاتمیان، ۱۳۹۹). کادر پرستاری و مامایی و دانشجویان این رشته بنا به ماهیت تحصیلی و شغلی خود در معرض استرس‌های متعددی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بدحال و روبه‌مرگ، مسئولیت‌پذیری فوق‌العاده، درخواست‌های شخصی بیش از حد از طرف بیمار و اطرافیان، پیشرفت‌های سریع فناوری، رویارویی مکرر با واقعیت مرگ و غیره اشاره کرد و متعاقب آن آثار مخرب فیزیولوژیکی و روانی منجر به پیامدهای منفی دیگری همچون بیماری، غیبت، کاهش عملکرد شغلی، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره‌وری، افزایش احتمال خطر ابتلاء به اضطراب سلامت و به خطر افتادن جان انسان‌ها می‌شود. علاوه بر مشکلات ذکر شده دانشجویان پرستاری و مامایی به‌واسطه محیط کاری و دوره‌های کارورزی در معرض ابتلاء به اضطراب سلامت هستند (بابایی نادینلویی، ۱۳۹۷). کادر پرستاری و مامایی به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های کاری در محیط‌های درمانی و بهداشتی کشور نقش بسیار مهمی در حوزه سلامت ایفا می‌کنند، بنابراین جزو مهم‌ترین اعضای تیم بیمارستان محسوب می‌شوند (حاتمیان و حاتمیان، ۱۳۹۹). از عواملی که می‌تواند در دانشجویان پرستاری و مامایی نقش داشته باشد، اضطراب سلامت می‌باشد. نگرانی‌های شدید مرتبط با سلامت در غیاب یک آسیب جسمی تجربه می‌شود و غالباً با گذشت زمان، محور نگرانی‌های فرد از یک بیماری به بیماری دیگر منتقل شده و به مشکل بالینی بغرنجی برای فرد، خانواده و متخصصان بهداشت تبدیل می‌شود. در این وضعیت، ممکن است روابط اجتماعی فرد به دلیل داشتن اشتغال ذهنی با بیماری خود

2 Cognitive distortion

1 American Psychiatric Association

افسردگی (کنتر، باروک و گینور، ۲۰۰۶)؛ سایکوزها (بک و هیز، ۲۰۰۲)؛ سوءمصرف مواد (گیفورد، کوهلنبرگ و هیز، ۲۰۰۴)؛ فرسودگی شغلی (باند و باس، ۲۰۰۳) مؤثر بوده است. هیز، لوما، بون و ماسودا (۲۰۱۳) معتقدند که پیام اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هرآنچه که در کنترل فرد است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). در این رویکرد درمان از طریق پذیرش^۱، نا هم‌جوئی شناختی^۲، خود به‌عنوان زمینه^۳، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال^۴، ارزش‌ها^۵ و تعهد به عمل^۸ که در نتیجه این ۶ مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (شیدایی اقدام و همکاران، ۱۳۹۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به ما کمک کند زندگی غنی، ارزشمند، معنادار و رضایت‌بخش داشته باشیم، از طریق پذیرش دردی که ناخواسته زندگی با خود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این کار را به دو روش انجام می‌دهد: (۱) به ما مهارت‌های روان‌شناختی را یاد می‌دهد که بتوانیم افکار و احساسات دردآور را به طور مؤثر تحمل کنیم، به طوری که تأثیر کم‌تری داشته باشند (به‌عنوان مهارت‌های توجه آگاهی شناخته می‌شوند)، (۲) به ما کمک می‌کند تا بفهمیم واقعاً چه چیزی برای ما مهم و معنادار است (به این معنا که ارزش‌های ما را روشن می‌کند) و از این اطلاعات در جهت هدایت کردن، الهام بخشیدن و برانگیختن ما برای انتخاب هدف و انجام اعمالی که زندگی‌مان را پربار می‌کنند، استفاده می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۹). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. به بیان دیگر، توانایی

منفی و تحریف شده اطلاعات در برابر درک ذهنی از مشکلات تلقی می‌گردد که می‌تواند ناشی از تجارب منفی فرد در دوران کودکی باشد. این پدیده به‌عنوان عامل خطری برای اختلالات اضطرابی می‌باشد (الیور، ۲۰۰۷؛ بشیری و همکاران، ۱۳۹۶).

متغیر تحمل ناکامی^۱ به ویژگی شخصیتی اشاره دارد که ناشی از مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره نبود قطعیت و آستانه تحمل کم در موقعیت‌های نامطمئن و مبهم و پیش‌بینی عواقب ناگوار برای ناکامی است (چاند، ۲۰۱۵). نبود تحمل ناکامی نوعی سوگیری شناختی بوده که بر چگونگی دریافت و تفسیر و واکنش فرد بر وضعیتی نامطمئن در سطوح هیجانی و شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. افرادی که تحمل ناکامی را ندارند، موقعیت‌های آن را تنش برانگیز و منفی و دارای فشار توصیف کرده و سعی می‌کنند از این فضاها اجتناب ورزند. آن‌ها اگر در این وضعیت‌ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می‌شود. تحمل نکردن ناکامی سازه‌های اساسی در نظریه و تحقیقات مربوط به اختلالات اضطرابی و افسردگی است؛ اما مطالعات کمی رابطه بین اضطراب سلامت و نبود تحمل ناکامی را به طور مستقیم بررسی کرده‌اند (کارلتون، کلیمور و آسموندسون، ۲۰۱۰). در پژوهش ماهون مشخص شد که تحمل نکردن ناکامی با افسردگی و اضطراب رابطه دارد (ماهون و همکاران، ۲۰۰۷؛ ابویی و امیری، ۱۳۹۸). پژوهشی توسط محققان یافت نشد که در ایران به بررسی ارتباط تحمل ناکامی و اضطراب سلامت پرداخته باشد.

پژوهش‌ها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آن‌ها می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون اضطراب و

5 self as context
6 contact with present moment
7 values
8 committed action

1 Tolerance of failure
2 Acceptance and commitment therapy
3 Acceptance
4 cognitive diffusion

۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵) و عامل دوم عدم تحمل ناراحتی، مانند: تحمل مشکلات و گرفتاری‌ها (دارای ۷ عبارت از: ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷) و عامل سوم: به‌عنوان پیشرفت، مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (دارای ۷ عبارت از ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸) و چهارمین عامل: شایستگی، مانند عدم تحمل بی‌عدالتی (۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵). این پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ امتیازی (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲، کاملاً مخالفم = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان‌دهنده تحمل ناکامی کم است. در ایران توسط بابا رئیسی و همکاران (۱۳۹۳)، ترجمه و هنجار ایرانی گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ (خارج) ۹۴ صدم و در ایران ۸۴ صدم برآورد کرده است و روایی آزمون ۸۹ صدم است. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که این میزان برای سازگاری عاطفی ۰/۸۶ گزارش شده است؛ در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه اضطراب سلامت (۲۰۰۲): این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد شده و فرم کوتاه آن است که توسط سالوسکیس و وارویک ساخته شد و شامل ۱۸ آیتم است که از نوع مداد - کاغذی است و به‌صورت مختصر^۲ HAI خوانده می‌شود. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به‌صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند. انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ نمره می‌باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می‌باشد (سالوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). پرسشنامه دارای سه عامل بخش اصلی^۳، نگرانی کلی سلامتی^۴ و پیامدهای منفی^۵ می‌باشد. با توجه به

تماس با لحظه به لحظه‌های زندگی و تغییر یا ثبات رفتار از جمله هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد (غفاری چراتی، قنادزادگان، حسن‌زاده و عباسی، ۱۴۰۰). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه‌های آزاد واحد گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در یک گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دانشجوی پرستاری یا مامایی بودن؛ تشخیص اضطراب سلامت بر اساس نمره آن‌ها در پرسشنامه اضطراب سلامت و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی؛ نداشتن بیماری روان‌پزشکی غیر از اضطراب سلامت؛ دامنه سنی بین ۱۸ الی ۵۰ سال؛ تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت برای شرکت در مطالعه؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ عدم دریافت درمان یا مداخلات مشابه به صورت همزمان یا سه ماه قبل بود.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه تحمل ناکامی (۲۰۰۵): این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد شده که توسط هارننگتون^۱ تهیه شده است که این مقیاس سنجش میزان تحمل ناکامی فرد را در رسیدن به اهداف می‌سنجد. از ۳۵ سؤال تشکیل شده است و دارای ۴ مؤلفه می‌باشد. عامل اول: عدم تحمل عاطفی، مانند عدم تحمل استرس (دارای ۷ عبارت از ۱، ۵،

4. Total health anxiety
5. Negative Consequence

1. Harrington
2. Health anxiety Inventory
3. Main Section

پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (LAS) استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند و آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. در سال ۱۳۹۰ برای سنجش روایی همگرا نیز از پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز استفاده گردید. ضریب همبستگی این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز برابر ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح معنی داری $p < 0/001$ معنادار است؛ بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامت از روایی خوبی برخوردار است (نرگسی، ایزدی، کریمی نژاد و رضایی شریف، ۱۳۹۰). در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است.

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: محتوای درمان پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. شرح جلسات در جدول ۱ تدوین و اجرا شد.

این که ابزار مورد استفاده برای انگلیسی زبان‌ها تدوین شده بود، ابتدا باید ترجمه و به فارسی برگردانده می‌شد. پرسشنامه اضطراب سلامت توسط نرگسی در سال ۱۳۹۰ به فارسی برگردانده شد و توسط چند تن از اساتید این حوزه تأیید شد. از نظر نگارش زبان فارسی چندین مرتبه واریسی شد و برای اطمینان از فهم گویه‌ها در اختیار چند دانشجویان قرار گرفت تا آن‌ها نیز نظر خود را اعلام کنند. برای سنجش روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی، این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری (احدی و پاشا، ۱۳۸۱؛ پاشا، ۱۳۸۴) بر روی نمونه اعتباریابی اجرا شد. اعتبار آزمون - بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه بین ۳۷۵ آزمودنی از بین معلمان اندیمشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش پرسشنامه اضطراب سلامت است. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، برای سنجش روایی از

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسه (گلستانی فر و دشت بزرگی، ۱۳۹۹)

جلسات	محتوا و تکالیف
اول	معارفه و تبیین اهداف و قوانین جلسات، آشنا نمودن دانشجویان با موضوع پژوهش؛ بررسی اضطراب سلامت در هر یک از افراد گروه اعم از ملاک‌های تشخیصی و علائم و نشانه‌ها، معرفی کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان مبتلا به اضطراب سلامت، آماده‌سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با اصول و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلس شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، تکنیک الگو/قهرمان، تکنیک جشن تولد ۸۰ سالگی، استعاره برگ درختان
چهارم و پنجم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آن‌ها
ششم و هفتم	آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آن‌ها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یکدیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آن‌ها، تکنیک اسمارت
هشتم	آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر، استعاره صفحه شطرنج
نهم	آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آن‌ها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره) و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

روش اجرای پژوهش

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی

آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌ها جمعیت شناختی نشان داد بیش‌ترین افراد پاسخ‌دهنده دارای سن ۱۸ تا ۲۸ سال بودند و کم‌ترین افراد دارای ۳۸ تا ۴۸ سال هستند که در این پژوهش سقف سنی ۵۰ در نظر گرفته شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	تحمل ناکامی	۶۷/۳۳	۱۴/۱۷	۸۱/۵۹	۱۸/۳۱	۷۹/۴۴	۱۷/۷۷
	اضطراب سلامت	۱۷/۴۸	۵/۳۱	۱۲/۳۸	۳/۲۷	۱۲/۰۶	۳/۳۱
گواه	تحمل ناکامی	۶۶/۹۵	۱۴/۹۷	۶۵/۵۹	۱۵/۵۵	۶۶/۶۵	۱۵/۶۱
	اضطراب سلامت	۱۷/۸۷	۴/۱۹	۱۷/۴۸	۴/۵۶	۱۷/۴۷	۴/۲۳

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	موخلی
تحمل ناکامی	آزمایش	۱۵	۰/۷۳۶	۰/۶۵	۲۸	۱/۳۲	۰/۲۶۷
	گواه	۱۵	۰/۷۴۲	۰/۶۴	۲۸	۱/۳۲	۰/۲۶۷
اضطراب سلامت	آزمایش	۱۵	۰/۸۰۹	۰/۵۲	۲۸	۲/۶۱	۰/۲۰
	گواه	۱۵	۰/۱۴۵	۰/۲۰۰	۲۸	۲/۶۱	۰/۲۰

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تحمل ناکامی و اضطراب سلامت نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار است و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تحمل ناکامی و اضطراب سلامت تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تحمل ناکامی و اضطراب سلامت نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار است و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تحمل ناکامی و اضطراب سلامت تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
تحمل ناکامی	زمان	۶۲/۶۴	۱/۴۳	۴۳/۷۴	۱۵۲/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	زمان*گروه	۴۳/۱۴	۱/۴۳	۳۰/۱۳	۱۰۶/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
	گروه	۲۲/۰۴	۱	۲۲/۰۴	۵/۵۴	۰/۰۲	۰/۱۵
اضطراب سلامت	زمان	۶۶/۸۹	۱/۴۳	۴۶/۶۲	۱۱۵/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	زمان*گروه	۳۱/۶۸	۱/۴۳	۲۲/۰۸	۵۴/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۲۵۳/۵۰	۱	۲۵۳/۵۰	۹/۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳

همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تحمل ناکامی و اضطراب سلامت

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
تحمل ناکامی	آزمایش	پیش‌آزمون	-۱۴/۲۰*	-۱۲/۷۷*
		پس‌آزمون	-	۲/۱۵
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۱/۰۰	۱/۲۷
اضطراب سلامت		پس‌آزمون	-	۱/۴۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۱۰*	۵/۰۲*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۵
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۰/۴۴	۰/۴۱
		پس‌آزمون	-	۰/۲۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثر بخشی بالا بر روی کاهش تحمل ناکامی و اضطراب سلامت داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در مرحله پیگیری در طول زمان پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت موثر بود. نتایج با یافته‌های عباسی و همکاران (۱۳۹۵)؛ ویسکرمی و همکاران (۱۳۹۸) و عبدالله پور و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که همه انسان‌ها ناکامی را تجربه می‌کنند زمانی که نیازها و خواسته‌هایشان برآورده نمی‌شود و یا زمانی که با موانعی مواجه شده‌اند که مانع

تلاش‌ها نقش کلیدی دارند و حرکت در مسیر ارزش‌ها منجر به افزایش تمایل برای پذیرش و عمل متعهدانه می‌شود؛ بنابراین باعث سازگاری بیش‌تر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقاومت بیش‌تر در برابر ناکامی و افزایش تحمل ناکامی آن‌ها شده که تأثیر آن در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در تحمل ناکامی دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت در این پژوهش نسبت به گروه کنترل دیده شد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که افراد دارای اضطراب سلامت طبق مدل آسیب‌شناسی پذیرش و تعهد درگیر هم‌جوشی شناختی هستند و زمانی که فرد دچار هم‌جوشی شناختی می‌شود، معمولاً در برابر افکارش به دو صورت واکنش نشان می‌دهد: (۱) رفتارش را در جهت تأیید افکارش تنظیم و هدایت می‌کند و یا این که (۲) به ستیز با افکارش و اجتناب از آن‌ها می‌پردازد که در نتیجه استفاده مداوم از اجتناب تجربی باعث می‌شود که در کوتاه‌مدت احساسات ناخوشایند فرد رفع شود ولی در بلندمدت، اجتناب به صورت یک راهبرد مقابله‌ای وارد عمل می‌شود و فرد مدام در تلاش است که احساسات ناخوشایند خود را خنثی کند و یا از آن‌ها اجتناب نماید به جای این که در جهت ارزش‌های زندگی‌اش تلاش نماید (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناسایی اجتناب‌ها و خنثی‌سازی اجتناب‌ها با استفاده از تکنیک‌های ناامیدی خلاقانه و استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال‌ها به بیمار آموزش می‌دهد که پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب براساس تجربه است. در این درمان به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود تا هم‌جوشی شناختی را که عامل مهمی در ایجاد اضطراب قلمداد می‌شود، کاهش دهند و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کنند. همچنین به آن‌ها جهت شناسایی ارزش‌های شخصی خود که تاکنون به آن‌ها توجهی نداشته و انجام فعالیت‌های لازم جهت رسیدن به این ارزش‌ها که منجر به کاهش اضطراب سلامت می‌شود، آموزش داده می‌شود (ورسی و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این یافته می‌توان خاطر نشان کرد که اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت

پیشرفت آن‌ها می‌شوند؛ بنابراین توانایی انسان‌ها برای تحمل ناکامی برای دستیابی موفق به اهداف بلندمدت‌شان بسیار مهم است. تحمل ناکامی، توانایی فرد برای تحمل تنش و حفظ آرامش و وقار در مواجهه با موانع است؛ بنابراین با اجرای فرآیند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و با آموزش مهارت‌های تمرکززدایی افکار ناکارآمد در تحمل ناکامی‌های گذشته فرد، مشکلات زمان حال افراد با استفاده از تمرین‌های آگاهی و تجربه کردن مهارت‌های اصلی در جهت برطرف کردن موانع حاصل از ناکامی‌های گذشته در افزایش تحمل ناکامی آنان نقش مؤثری دارد. در تبیین این یافته پژوهشی همچنین می‌توان گفت دانشجویانی که در مقابل تنش‌ها و مشکلات مختلف شخصی، تحصیلی و خانوادگی از خود مقاومت بیش‌تری نشان می‌دهند، می‌توانند در موقعیت‌های بعدی سازگاری بالاتری را داشته و قدرت درک بالاتری نسبت به دیگران دارند. همچنین اینگونه افراد در زمینه مدیریت هیجانات خود موفق‌تر عمل می‌کنند در مقابل دانشجویانی که در مقابل ناکامی‌ها از تحمل کافی برخوردار نیستند، نمی‌توانند نیازهای خود و دیگران را به خوبی درک کنند و معمولاً در موقعیت‌های مختلف و در روابطشان با شکست مواجه می‌شوند. با اجرای مؤلفه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث ذهن‌آگاهی و پذیرش مشکلات به عنوان واقعیت و اقدام و تعهد، مخصوصاً از طریق روشن‌سازی ارزش‌های دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این مورد که در پروتکل نیز ذکر شده، به عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار شرکت‌کنندگان پژوهش جهت مسیر ارزش‌هایشان در نظر گرفته می‌شود. ارزش‌ها به عنوان انگیزه‌ای برای رفتار عمل می‌کنند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شوند و زندگی که بنیان آن براساس ارزش‌های فردی باشد باعث تحمل ناکامی، عملکرد خوب و احساس خوب بودن در افراد می‌شوند (توهیگ، ۲۰۱۲)، از سوی دیگر با حرکت در مسیر ارزش‌ها، تعامل یا مشغله دوباره در موضوعاتی که برای فرد مهم هستند با کاهش درد و رنج همراه است (ورسی و همکاران، ۲۰۱۸). ارزش‌ها همچنین در جهت‌دهی به

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

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

منابع

- ابویی، بهناز؛ امیری، محسن (۱۳۹۸). بررسی ارتباط تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*، (۹): ۷۹.
- بابایی نادینلویی، کریم؛ امیری، سهراب؛ فرضعلیزاده، ویدا؛ ستاری، مرضیه (۱۳۹۷). بررسی ابعاد اضطراب سلامت در پرستاران در مقایسه با افراد عادی: بر اساس نقش ابعاد شخصیتی ناسازگارانه (PID-5). *فصلنامه پزشکی و پرستار در رزم*، (۲۰): ۶.
- باقری شیخانگفشه، تاج‌بخش، خزر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۹). مقایسه اضطراب کوید - ۱۹، سبک‌های مقابله‌ای و اضطراب سلامت در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. *مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، (۳۲): ۹-۲۸۳-۳۰۶.
- غفاری چراتی، علی‌اکبر؛ فننادزادگان، حسینعلی، حسن‌زاده، رمضان؛ عباسی، قدرت‌اله (۱۴۰۰). اثربخشی مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش اجتماعی و

ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است، شکل می‌گیرد. در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزار دهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند و به سطح پایین اضطراب سلامت رسیدند (توهیگ، ۲۰۱۲).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: با توجه به این‌که این پژوهش تنها میان دانشجویان پرستاری و مامایی صورت گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. زیرا ممکن است در جامعه‌ای دیگر نتایج متفاوتی ارائه گردد. دامنه سنی بین ۱۸ الی ۵۰ سال یکی از عواملی است که ممکن است در ارائه نتایج تفاوت زیادی را ارائه دهد؛ لذا لازم است تفکیک گروه‌های سنی با دقت بیشتری صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، عدم توجه به عامل تحصیلات افراد نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد. زیرا درک افراد با مدرک عالی و ترم‌های بالاتر و دانشجویان ترم‌های اول از پاسخ به سؤالات متفاوت است. با توجه به این‌که پژوهش بر روی جامعه دانشجویی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های غیردانشجویی نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌ای جامع‌تر در جوامع متفاوت، کنترل متغیرهای دموگرافیک، بهره‌گیری از مداخلات فردی و افزایش تعداد جلسات به‌عنوان پیشنهادی بنیادین و برگزاری جلسات آموزشی و ارائه پیام‌هایی با رویکرد شناختی- رفتاری و طرحواره محور برای مدارس و والدین و تمامی نهادهای مربوطه به عنوان کاربردهای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود.

موازین اخلاقی

- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology, 88*(6), 1057.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). 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): 180-198.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 499-507.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Mische, M., Mikoteit, T., Imboden, C., & Gloster, A. T. (2018). Well-being in major depression and social phobia with and without comorbidity. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(3), 201-208.
- احساس تنهایی در بانوان. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۸(۵۱)، شماره ۲.
- محمدی، تینا؛ راه‌نجات، امیرمحسن؛ اسماعیلی، علی؛ تقوا، ارسیا؛ شاهمیری، حسن؛ دباغی، پرویز (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک. فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا/ادراه بهداشت. *امداد و درمان نهایا*، ۲۰(۱).
- عباسی، حسین؛ کریمی، بهروز؛ جعفری، داود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *روان‌شناسی افراد/استثنایی*، ۶(۲۴)، ۸۱-۱۰۸.
- عبداله پور، میثم؛ حافظی، فریبا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ نادری، فرح؛ پاشا، رضا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی و تحریف‌های شناختی سالمندان ساکن در خانه سالمندی. *روان‌شناسی پیروی*، ۴(۴)، ۳۲۳-۳۳۵.
- ویسکرمی، حسنعلی؛ خدایی، سجاد؛ غضنفری، فیروزه (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۲۱(۴).
- Abramowitz, JS., Olatunji, BO., Deacon BJ. (2007). *Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders*. *Behav Ther, 38*(1), 86-94.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text revised*. Washington, DC: APA.
- Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research, 1* (6), 92-94.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. (2010). "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(2), 189-195.
- Ellis, A. (2005). *Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide (2nd Edition)*, With Catharine Maclaren. Impact Publishers.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The behavior analyst, 29*(2), 161-185.