

## Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Meta-Diagnostic Therapy in Reducing Emotional Problems in Nurses

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Analytical Review

#### Authors

Fariba Kohneshintaromi<sup>1</sup>,

Karem Afshariniya<sup>\*2</sup>,

Keyvan Kakabaraie<sup>3</sup>

#### How to cite this article

Kohneshintaromi F, Afshariniya K, Kakabaraie K. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Meta-Diagnostic Therapy in Reducing Emotional Problems in Nurses. *Islamic Life Style*. 2021; 5(2) :59-67

1. PhD student, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: k.afshariniya@yahoo.com

#### Article History

Received: 2020/10/07

Accepted: 2020/12/20

### ABSTRACT

**Purpose:** Nurses are among the people who have a close relationship with people, take responsibility for human health and life, and face patients and incurable diseases. Hence, they are constantly experiencing severe stress. The aim of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and meta-diagnostic therapy in reducing emotional problems in nurses working in the Social Security Organization in Kermanshah.

**Materials and Methods:** The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this study includes all nurses working in social security hospitals in Kermanshah. The sampling method is purposeful sampling. Among the nurses working in social security hospitals in Kermanshah, 45 people were admitted as a sample by considering the inclusion and exclusion criteria and with the initial test by the researcher and were divided into 3 groups of 15 people including 2 experimental groups and a control group. 8 sessions of 1.5-hour meta-diagnostic therapies were presented to experimental group 1 and 8 sessions of couple therapy training based on acceptance and commitment therapy 1.5 hours were presented to experimental group 2. The DASS 21 scale was used to collect data.

**Findings:** In general, acceptance and commitment therapy (ACT) is effective in reducing emotional problems among nurses at a significant level ( $p < 0.05$ ). Also, meta-diagnostic treatment has a positive effect on reducing emotional problems and increasing life satisfaction at a significant level ( $p < 0.05$ ). The results for another research hypothesis showed that meta-diagnostic treatment has a significant effect ( $p < 0.05$ ) on reducing emotional problems among nurses compared to acceptance and commitment based therapy.

**Conclusion:** Paying attention to emotional problems and life satisfaction factors in nurses is very important for individual health and general health of the community.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Meta-Diagnostic Treatment, Emotional Problems, Nurses.

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی در پرستاران

نتیجه‌گیری: توجه به مشکلات هیجانی و فاکتورهای رضایت از زندگی در پرستاران از جهت سلامت فردی و سلامت عمومی جامعه بسیار حایز اهمیت می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی، مشکلات هیجانی، پرستاران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۳۰

\*نویسنده مسئول: k.afshariniya@yahoo.com

### مقدمه

بیماری با افزایش تعداد و نقش پرستاران در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، زندگی کاری آن‌ها بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. وقتی پرستار به محل کار خود می‌روند، باید احساس تأثیر خود را داشته و از تأثیر احتمالی آن‌ها در این محیط‌های تغییر، انگیزه بگیرند. این احساسات نقش مهمی در چرخه زندگی انسان ایفا می‌کنند (۱). رضایت شغلی یک عنصر بسیار مهم در حرفه هر شخص است و همچنین مهم‌ترین شاخص موفقیت هر سازمان محسوب می‌شود (۲). رضایت شغلی به این دلیل مهم است که بر افراد هم در داخل و هم در خارج از کشور تأثیر می‌گذارد (۳). اغلب گفته می‌شود که «کارمند خوشحال، یک کارمند کاراست» و یک کارمند خوشحال بایستی با شغلش ارضا شود (۴). انسان امروز با سازمان پیوند عمیقی یافته و ابعاد زندگی شخصی و زندگی سازمانی افراد به‌صورت شگرف درهم‌تنیده شده است. به‌طوری که می‌توان سازمان‌ها را خانه دوم انسان‌های سازمانی برشمرد (۵). نگرش افراد در مورد شغلشان، در نحوه زندگی‌شان مؤثر بوده و تعیین‌کننده بخش عمده‌ای از مفهومی است که به آن رضایت از زندگی می‌گوییم (۶).

شیوع افسردگی در ۱۸ درصد و اضطراب در ۱۴ درصد کل افراد گزارش شده است (۷). در ایران نیز شیوع بالاتر از سایر اختلالات دارد. از جمله یکی از این عوامل وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی ذکر شده است (۸) که به قول متخصصان، پیش‌بینی‌کننده‌ی آسیب روانی فرد در آینده (۹) و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب است، (۱۰) حساسیت‌های بین فردی و انزوای اجتماعی (۱۱) بزهکاری، خشونت و رفتار پرخاشگرانه است (۱۱).

هرچند تحقیقات آسیب‌شناسی روانی به‌طور سنتی اختلال‌محور بوده است، اما این جریان غالب در سطح نظام تشخیصی در حال تغییر است. کارگروه پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۲) نیز برای بسیاری از اختلال‌های متفاوت در DSM-5 که به‌طور سنتی مجزا در نظر گرفته می‌شدند، مانند اختلال‌های خلقی یا اضطرابی، رویکرد ابعادی یا فراتشخیصی را لحاظ کرده است (۱۲). تحقیقات بسیاری هم‌بودی مرضی بالای اختلال‌های خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند (۱۳). بسیاری از عوامل فراتشخیصی، برای رابطه بین افسردگی و اضطراب پیشنهاد شده است (۱۴). تمایل به ایجاد پروتکل‌های یکپارچه با طیف گسترده، به گسترش پژوهش در زمینه شناسایی عوامل فراتشخیصی که عناصر مشترک اختلال‌های چندگانه را هدف قرار می‌دهند، منجر شده است (۱۵). تحولات اخیر در زمینه پروتکل‌های واحد و درمان‌های

فریبا کوه نشین طارمی،

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

کریم افشاری نیا\*

استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).

کیوان کاکابرایی<sup>۲</sup>

دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

### چکیده

هدف: پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباطی تنگاتنگ با مردم دارند، مسئولیت سلامتی و زندگی انسان‌ها را به‌دوش می‌کشند و با بیماران و بیماری‌های درمان‌ناپذیر روبه‌رو هستند. از این‌رو پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی در پرستاران شاغل در سازمان تأمین اجتماعی در شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، شبه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه می‌باشد. روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند می‌باشد. از بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کرمانشاه، ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و با تست اولیه توسط محقق وارد شدند و در ۳ گروه ۱۵ نفری که شامل ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد، تقسیم شدند. ۸ جلسه درمان‌های فراتشخیصی ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش ۱ و ۸ جلسه آموزش زوج‌درمانی مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش ۲ ارائه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس DASS 21 استفاده شد.

یافته‌ها: در مجموع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش مشکلات هیجانی در بین پرستاران در سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) مؤثر است. همچنین، درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش رضایت از زندگی در سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) تأثیر مثبتی دارد. نتایج برای فرضیه دیگر پژوهشی نشان داد که درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات هیجانی در بین پرستاران در سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) از تأثیر بیشتری برخوردار است.

شرکت هم‌زمان در سایر جلسات درمانی برای سایر اختلالات و با تست اولیه توسط محقق انتخاب شدند و در ۳ گروه ۱۵ نفری که شامل ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد، تقسیم شدند. این پژوهش در دو بخش توصیفی و پیمایشی ارائه شده است. در قسمت توصیفی، اطلاعات به‌وسیله شبکه جهانی اینترنت، مقالات و کتب معتبر مربوطه جمع‌آوری شده است. در بخش میدانی نیز اطلاعات به‌وسیله مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۲۰) و مقیاس DASS جمع‌آوری شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها به شرح زیر می‌باشد. هم‌چنین دو دوره جلسات مداخله به روش‌های درمان‌های فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان‌جویان، به ترتیب در ۸ و ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شده است. در پایان پژوهش، برای رعایت اصول اخلاقی، جلسات مداخله برای گروه کنترل نیز برگزار شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۸۹ و ۱/۲ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید.

روایی روش مداخله مورد بررسی به استناد به منابع علمی و پژوهش‌های مشابه و مشاورین در این حیطه بررسی شده است. داده‌های این پژوهش در دو بخش یافته‌های توصیفی (شاخص‌های پراکندگی، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و یافته‌های استنباطی (آزمون فرضیات پژوهش) تحلیل شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره خواهد بود. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS 24 بود.

#### یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سن پاسخ‌گویان در گروه کنترل، گروه آزمایش اکت و گروه آزمایش درمان‌های فراتشخیصی به ترتیب برابر ۳۰/۰، ۳۴/۰۶ و ۳۵/۳۱ بوده و در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبوده و تقریباً سه گروه از نظر میانگین سنی با هم برابر هستند ( $F=۲/۴۱۸$  و  $P=۰/۰۹۸$ ). هم‌چنین، میانگین سابقه کار پاسخ‌گویان در گروه کنترل، گروه آزمایش اکت و گروه آزمایش درمان‌های فراتشخیصی به ترتیب برابر ۰/۲۵، ۰/۲۵ و ۱۱/۷۵ بوده و در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبوده و تقریباً سه گروه از نظر میانگین سابقه کار با هم برابر هستند ( $F=۲/۵۰۱$  و  $P=۰/۰۶۷$ ).

یکپارچه پیشنهاد می‌کنند که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کارا تر و اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های هم‌بود به شیوه جداگانه و زنجیره‌وار باشد (۱۵). پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (۱۶). درمان با پروتکل یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها، احساسات بدنی و رفتارها دارد (۱۷).

ACT یک درمان رفتاری شناختی مبتنی بر فرآیند، موج سوم، است که اثربخشی خود را در مجموعه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی نشان داده است. ACT مبتنی بر اصول پذیرش خود و تعهد به ارزش‌های شخصی فرد است؛ و اتخاذ رفتارهایی که با آن ارزش‌های شخصی مطابقت دارند، تشویق می‌کند. ACT با هدف ترغیب افراد به سمت پذیرش افکار یا احساسات دشوار و ناخواسته و ارتقا و اتخاذ هم‌زمان اقدامات و رفتارها، به تمرین روزمره که مطابق با این ارزش‌های اصلی فردی و باورهای اصلی است، می‌باشد (۱۸). خدمات پرستاری نقش بسیار مهمی در رضایت بیماران دارد، می‌توان انتظار داشت که متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس شغلی پرستاران بر رضایت بیماران تأثیرگذار باشد. هم‌چنین می‌توان انتظار داشت که این متغیرها بتوانند آثار فیزیکی و روحی روانی شدیدی را در پرستاران ایجاد کنند. حال آنکه یافتن بهترین راه برای درمان این اختلالات خود نیز از اهمیت بالایی برخوردار است؛ چرا که همواره درمانی که سریع‌تر، ارزان‌تر و مؤثرتر باشد، از اهمیت ویژه‌ای نزد متخصصان این امر برخوردار است. هدف اصلی از این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش رضایت از زندگی در کارکنان تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه می‌باشد.

#### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و شیوه‌ی اجرای آن شبه-آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه می‌باشد. روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و از بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کرمانشاه، ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود که عبارت‌اند از: داشتن زمان کافی برای شرکت در جلسات، داشتن حداقل سواد و فهم درک مطالب ذکر شده در جلسات درمان، داشتن سن ۲۰ الی ۵۰ سال، دارا بودن مشکلات هیجانی بر اساس آزمون‌های DASS و مصاحبه نیمه ساختاریافته و معیارهای خروج شامل: داشتن اختلالات مزمن،

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج‌درمان‌های فراتشخیص

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طو درمان، آرایه منطبق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم	آرایه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه ای تجارب هیجان و مدل ARC
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دام های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی EDBs، آشنایی و شناسایی آن‌ها و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین ب واسطه رویارویی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علایم
جلسه هشتم	رویایی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس، اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب، پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار

جدول ۲. خلاصه جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و قوانین حاکم بر آنها، بیان کنترل به عنوان مسأله
جلسه چهارم	معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل
جلسه پنجم	معرفی ارزش ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش ها و تعیین ارزش ها
جلسه ششم	درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش ها
جلسه هفتم	معرفی گسلش، آموزش و تمرین روش ذهن آگاهی
جلسه هشتم	معرفی خود به عنوان زمینه، جمع بندی درمان و پیشگیری از بروز مجدد

همچنین شاخص‌های پراکندگی برای متغیرهای پژوهش به شرح جدول زیر می‌باشد:

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	کنترل	۱۵	۱۲/۱۳	۲/۶۰۴	۱۲/۱۹	۲/۳۱۶
	اکت	۱۵	۱۲/۳۸	۲/۱۵۶	۱۲/۵۰	۲/۰۳۳
استرس	فراشخصی	۱۵	۱۱/۱۹	۱/۷۵۹	۱۱/۳۱	۱/۸۲۲
	کنترل	۱۵	۱۱/۴۴	۴/۴۲۷	۱۱/۰	۳/۳۴۷
افسردگی	اکت	۱۵	۱۱/۹۴	۴/۸۰۹	۱۱/۳۱	۴/۴۸۳
	فراشخصی	۱۵	۱۲/۶۹	۴/۱۲۷	۱۲/۰۶	۴/۵۸۲
مشکلات هیجانی	کنترل	۱۵	۱۳/۶۹	۴/۴۵۳	۱۳/۱۹	۴/۱۳۵
	اکت	۱۵	۱۳/۳۸	۴/۴۲۵	۱۲/۹۴	۴/۰۹۰
مشکلات هیجانی	فراشخصی	۱۵	۱۳/۱۳	۴/۹۱۱	۱۳/۷۵	۴/۲۳۵
	کنترل	۱۵	۹۷/۲۵	۷/۲۱۶	۹۶/۳۸	۵/۸۷۵
مشکلات هیجانی	اکت	۱۵	۹۷/۶۹	۷/۶۳۱	۸۲/۷۵	۶/۶۱۸
	فراشخصی	۱۵	۹۷/۰	۶/۳۳۵	۸۸/۱۳	۶/۸۶۹

آمده برای هر دو متغیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست که تجانس واریانس‌های هر دو متغیر را در دو گروه نشان می‌دهد. پس این مفروضه نیز برقرار است. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون با توجه به عدم معناداری مقدار آماره  $F$  به دست آمده (۲/۸۶۷) برای مشکلات هیجانی و ۲/۰۹۶ برای رضایت از زندگی، نشان داد که مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در مورد دو متغیر برقرار است.

قبل از آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شده و سپس نتایج مربوط به فرضیات ارائه شده است. سطح معناداری آماره محاسبه شده برای نرمال بودن توزیع نمرات مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات هر دو متغیر پذیرفته می‌شود. همچنین، نتیجه آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها نشان داد که مقدار آماره به دست

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات ابعاد مشکلات هیجانی در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراشخصی)

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی‌داری
گروه	اثر پیلی	۰/۳۵۴	۴/۵۵۸	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۶۴۶	۴/۵۵۸	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۵۴۷	۴/۵۵۸	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۴۷	۴/۵۵۸	۳	۲۵	۰/۰۰۱

پس‌آزمون در سطح  $P < 0.01$  معنی‌دار بوده و نتیجه می‌شود که متغیر مستقل گروه (اکت و درمان فراتشخیصی) در نمرات پس‌آزمون ابعاد مشکلات هیجانی اثر معنی‌داری دارد.

جدول ۴ معنی‌داری اثر متغیرهای مستقل گروه (اکت و درمان فراتشخیصی) و پیش‌آزمون‌های ابعاد مشکلات هیجانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، هر چهار آزمون اثر پیلای، لاندای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای نمرات

جدول ۵. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد مشکلات هیجانی در دو گروه آزمایش (اکت و

درمان فراتشخیصی							
منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
پس‌آزمون اضطراب		۱۳/۷۶۷	۱	۱۳/۷۶۷	۴/۲۸۷	۰/۰۴۸	۰/۱۳۷
پس‌آزمون استرس		۳۸/۳۶۹	۱	۳۸/۳۶۹	۶/۷۷۵	۰/۰۱۵	۰/۲۰۱
پس‌آزمون افسردگی		۲۲/۲۵۳	۱	۲۲/۲۵۳	۷/۲۵۴	۰/۰۱۲	۰/۲۱۲

هیجان‌ها منفی هستند، مانند خشم، غم و ترس. بررسی‌ها نشان داده است که نشانه‌های اضطرابی دارای بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت می‌باشد (۱۹). علائم جسمانی که در اضطراب مشاهده می‌گردد، شامل تپش قلب فزاینده و تنگی نفس و عمدتاً با علائم تنشی مانند؛ بی‌قراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک‌پذیری و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می‌گردد. درمان‌های شناختی رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی تشخیص بالینی و رویکرد درمان‌های فراتشخیصی یکپارچه شکل گرفته‌اند. مدل‌های درمان اختصاصی، روی فرایندهای شناختی و رفتاری مرکزی تفکیک‌کننده اختلال‌ها از همدیگر تأکید دارند. اما به دلیل پاره‌ای محدودیت‌ها برای این درمان‌ها و وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، از نظر وقت و هزینه و پیچیدگی برای متخصصان مقرون‌به‌صرفه نبوده و همین امر ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پروتکل درمان یکپارچه برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به‌ویژه افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی تدوین شده است و یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد. این پروتکل بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیزم‌های سبب‌ساز مشترک اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار می‌دهد. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که علائم اختلالات هیجانی در واقع تظاهرات عوامل اساسی مشترک هستند؛ وجود یک سندرم عاطفه منفی یا سندرم روان‌رنجوری عمومی که در آن مجموعه علائم اختلال‌های هیجانی صرفاً به‌عنوان پاسخ‌های متغیر و تفاوت فنوتایپی در تظاهر علائم در نظر گرفته شده‌اند. پژوهش‌های جدید در مورد ساختار ابعادی اختلال‌های هیجانی بر دو بعد سرشتی تأکید دارند: روان‌رنجوری/عاطفه منفی و برون‌گرایی/عاطفه مثبت. با اینکه روان‌رنجوری/عاطفه منفی با طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی ارتباط دارد، نقش برون‌گرایی/عاطفه مثبت عاملی اختصاصی برای تعدادی از اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی است.

جدول ۵ نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد مشکلات هیجانی در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی) را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود، برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای ابعاد اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب با مقادیر ۴/۲۸۷، ۶/۷۷۵ و ۷/۲۵۴ نشان‌دهنده تفاوت بین نمرات پس‌آزمون در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی) در سطح  $P < 0.01$  معنی‌دار می‌باشند؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر تفاوت اثر درمان اکت و درمان فراتشخیصی بر کاهش مشکلات هیجانی پذیرفته می‌شود که با توجه به مقادیر میانگین نمرات ابعاد مشکلات هیجانی در جدول ۴-۲۵ نتیجه می‌شود که درمان اکت مؤثرتر از درمان فراتشخیصی بر کاهش مشکلات هیجانی بوده است. همچنین مشاهده می‌شود که اندازه اثر درمان اکت نسبت به درمان فراتشخیصی بر کاهش مشکلات هیجانی برای سه بعد اشاره شده به ترتیب برابر ۰/۱۳، ۰/۲۰ و ۰/۲۱ بوده است.

#### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی در پرستاران شاغل در سازمان تأمین اجتماعی در شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه تفاوت وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که هیجان شامل هر تحریک یا اغتشاش در ذهن، احساس، عاطفه، هر حالت ذهنی قدرتمند یا تهییج شده است. هیجان را برای اشاره به یک احساس، افکار، حالت‌های روانی و بیولوژیکی مختص آن و دامنه‌ای از تمایلات شخصی برای عمل کردن بر اساس آن به کار می‌برند. هیجان‌ها به‌وسیله‌ی افکار، رفتار و فیزیولوژی تأثیر می‌پذیرند و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند. بعضی از هیجان‌ها مثبت هستند، مانند شادی، عشق و تعلق و برخی از

در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیر انطباقی تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری دارد. در این فرآیند مداخلات به‌صورت ترکیبی انجام می‌گیرد و منجر به پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه درمانی مؤثر برای بهبود مشکلات هیجانی می‌باشد. با توجه به اینکه تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجانی، به‌طور مشترک زیربنای هیجانی دارند، درمان فراتشخیصی یکپارچه رویکردی مناسب برای بهبود سطح هر کدام از این متغیرها می‌باشد. افراد کمتر تمایز یافته، اضطراب مزمن و سطح بالینی را دریافت می‌کنند و در پی آن در روابط صمیمانه و کنترل عواطفشان دچار مشکل می‌شوند و سلامت روانی آن‌ها به خطر می‌افتد و همچنین کمبود توانایی کافی برای تنظیم هیجانات، منجر به مشکلات گوناگون جسمی و روانی در افراد جامعه می‌گردد. همچنین، رضایت از زندگی، عبارت است از برداشت فرد از سطح رفاه و شادی. در اصل رضایت از زندگی، یک ارزیابی ذهنی از کیفیت زندگی است و معمولاً به شادی حاصل از تحقق نیازها و خواسته‌ها که باعث لذت می‌شوند، اشاره دارد. یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی در این مورد، درمان مبتنی بر (ACT) است.

این رویکرد درمانی با درمان پذیرش و تعهد شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. تقریباً یک دهه قبل، هیز نسل سومی از درمان‌های رفتاری را به‌عنوان نماینده درمان‌هایی که در بیست سال گذشته شکل گرفتند، مطرح نمود و بر نقش پذیرش و توجه آگاهانه برای ایجاد تغییر تأکید کرد (۲۰). پذیرش به تمایل فعال برای تجربه کردن هیجانات، حس‌های بدنی و افکار بدون تلاش برای کنترل یا دست‌کاری آن‌ها اشاره دارد. در ACT انگیزه اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز به فرد تحمیل شود. انعطاف‌پذیری ایجاد شده از طریق پذیرش و حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند که نسبت به احساسات بدنی خود واکنش کمتری نشان دهد. هدف نهایی درمان ACT، کمک به فرد برای به‌دست آوردن حس جهت‌مندی زندگی به‌نحوی که ارزش‌های زندگی او را شامل شود و سپس عمل کردن در راستای آن ارزش‌هاست. با توجه به اینکه در پژوهش، حاضر، نتایج نشان داد که درمان اکت از درمان‌های فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی موفق‌تر عمل کرده و مؤثرتر می‌باشد، می‌توان نتایج را این‌گونه تبیین نمود که چون تمام جنبه‌های زندگی می‌تواند بر رضایت از زندگی تأثیرگذار باشد و فقط این هیجانات منفی نیستند و درمان اکت نسبت به درمان‌های فراتشخیصی ریشه‌ای‌تر عمل می‌نماید، پس در بین پرستاران تأثیر بیشتری داشته است؛ بنابراین می‌توان گفت که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه تفاوت وجود دارد. این پژوهش، نیز همانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت؛ که از جمله آن می‌توان به محدود بودن قدرت تعمیم نتایج (به سایر مشاغل و سایر شهرها، به دلیل

درمان‌های دیگری همچون درمان ACT نیز، در راستای کنترل هیجانات منفی به‌صورت مؤثر شناخته شده‌اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به افراد آموزش می‌دهد؛ بدین‌صورت یادگیری پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت عاطفی را هدف قرار می‌دهد با افراد تمرین می‌شود. همان‌طور که افراد به- کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها را شروع می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوهایی داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزش‌های رابطه دوطرفه (رابطه یک پرستار با بیمار یا همکاران دیگر)، این فرصت را برای زوجها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند که باعث افزایش سازگاری می‌شود؛ بنابراین می‌توان این‌گونه استنباط نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نزدیک کردن افکار افراد به یکدیگر سبب سازگاری بالای آنان و عدم وجود تعارض‌های جدی بین افراد می‌شود که این امر سبب کاهش تعارضات می‌شود. با توجه به اینکه این درمان در نفی هیجانات منفی، به‌صورت آبی تأثیر نمی‌گذارد و با توجه به یافته‌های پژوهش، این‌گونه به نظر می‌رسد که درمان‌های فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی مؤثرتر واقع می‌شوند و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در کاهش مشکلات هیجانی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه تفاوت وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه تفاوت وجود دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که احساس شادی و نشاط، یکی از ضروری‌ترین خواسته‌های فطری و نیازهای روانی انسان به شمار می‌رود و به‌دلیل تأثیرات عمده بر سالم‌سازی و به‌سازی جامعه، مدت مدیدی است که ذهن آدمیان را به خود مشغول کرده است. به‌طوری که امروزه بسیاری از ملل به‌نوعی درصدد ایجاد یک جامعه سالم و بانشاط هستند، زیرا به نظر می‌رسد که احساس شادی از یک‌سو انسان‌ها را برای زندگی بهتر و بازدهی بیشتر آماده می‌کند و از سوی دیگر به دلیل ویژگی مسری بودن آن، بستگی‌های فرد را با محیط گسترده می‌کند. از این‌رو مادامی که شهروندان احساس شادی کنند، رضایت‌مندی از زندگی از بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و تحولات عظیمی در حوزه شادمانی و نشاط ایجاد می‌کند. پژوهش‌های متعدد نشان داده که شادمانی و نشاط می‌تواند سبب افزایش میزان سلامتی، رضایت و ثروت و رفاه گردد. از طرفی، پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه یک درمان فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد، این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی

6. Mamizadeh J. Absence of employees in the organization. *Internal Journal of Iran Statistics Center*. 2017; 158.
7. Sartorius N, Üstün TB, E Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care: Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of general psychiatry*. 1993; 50(10): 819-24.
8. Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications; 2013; 30:1311- 27.
9. Abbott BV. *Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress* (Doctoral dissertation, Texas A&M University). 2005. Available electronically from
10. Beaugard M, Lévesque J, Bourgooin P. Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *Journal of neuroscience*. 2001; 21(18): RC165.
11. Mauss IB, Evers C, Wilhelm FH, Gross JJ. How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2006; 32(5): 589-602.
12. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013.
13. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*. 2012; 21(3):169-84.
14. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2011; 49(3):186-93.

تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) و عدم وجود دوره پی-گیری نام برد.

پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی و بیمارستان‌های درمانی تأمین اجتماعی و سایر بیمارستان‌های سطح شهر، دوره‌هایی به صورت ماهیانه برای پرستاران در شیفت‌های مختلف، بر اساس درمان ACT برگزار شود تا خودبینی و تجربه افکار بهتری نسبت به قبل به دست آورند و با توجه به این راه‌کارها رابطه بهتری با اطرافیان داشته باشند و بتوانند رضایت از زندگی بالاتری را کسب نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن مشکلات و سختی‌های شغل پرستاری، به صورت دوره‌های ضمن خدمت، رفتارهای ناشی از هیجان‌های منفی در بین پرستاران به وسیله مشاورین شناسایی شود و با شناسایی این رفتارها، پرستاران را در مدیریت هیجان در این موقعیت‌ها آشنا کنند تا مشکلات هیجانی آنان کاهش یابد. برای محققان آتی نیز پیشنهاد می‌شود، در پژوهشی کیفی به بررسی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی پرستاران شهر کرمانشاه پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

از استادان گران قدر و پرستاران ساکن شهر کرمانشاه که با شرکت در جلسات گروه‌های مداخله، زمان خود را در اختیار این جانب گذاشتند و همچنین فرصت پژوهش را به ما دادند، کمال سپاس-گزاری و تشکر را داریم.

## References

1. Al-Qahtani AH, Stirling B, Forgrave D. The impact of job satisfaction on nurses' work lives: A literature review. *QScience Connect*. 2020; (1):1.
2. Kožuchová M, Vargová A. Selected factors affecting Slovak nurses' job satisfaction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015; 6(2): 260-6.
3. Hameed I, Riaz Z, Arain GA, Farooq O. How do internal and external CSR affect employees' organizational identification? A perspective from the group engagement model. *Frontiers in Psychology*. 2016; 7: 788.
4. Mohebbi M. Investigating the factors affecting job satisfaction of high school principals in Qom. *University of Tehran*. 2015.
5. Halisch F, Geppert U. Motives, Personal Goals, and Life Satisfaction on Old Age. In *Trends and prospects in motivation research 2001* (pp. 389-409). Springer, Dordrecht.

15. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press; 2010.
16. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 2014; 237-74.
17. 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.
18. Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*. 2018;11:2145.
19. Brown M, Glendenning AC, Hoon AE, John A. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2016;18(8):e221.
20. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985; 49(1): 71-5