

Effectiveness Transference Focused Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Promoting the Mental Health of Staff working in Hospitals Covered by Social Security in Tehran

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Mahdi Shahmoradi¹,
Nemat Sotodeh Asl *²,
Raheb Ghorbani³

How to cite this article

Mahdi Shahmoradi, Nemat Sotodeh Asl, Raheb Ghorbani, Effectiveness Transference Focused Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Promoting the Mental Health of Staff working in Hospitals Covered by Social Security in Tehran. *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):88-99

1. PhD Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran (Corresponding Author)
3. Professor, Department of Statistics and Epidemiology, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: sotodeh1@yahoo.com

Article History

Received: 2021/10/28

Accepted: 2021/12/07

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to compare the effectiveness of transference focused psychotherapy and acceptance and commitment on promoting the mental health of staff working in hospitals covered by social security in Tehran province.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental pretest and posttest. The statistical population of the present study was the personnel working in hospitals covered by social security in Tehran province. 120 of these personnel from three hospitals were randomly divided into two experimental groups and one control group (40 people in each group). All three groups answered the Mental Health Questionnaire (SCL 90 R) as a pretest. Then, the transfer-oriented treatment group and the acceptance and commitment treatment group (during 8 sessions) received experimental intervention and the control group did not receive any kind of intervention. At the end of the sessions, all three groups answered the questions of the mental health questionnaire again. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the collected data.

Findings: The results of the present study showed that both transference focused psychotherapy and acceptance and commitment are effective in promoting the mental health of staff working in hospitals covered by social security. There is also a difference between the effectiveness of transference focused psychotherapy and acceptance and commitment therapy in promoting the mental health of staff working in hospitals covered by social security. Thus, in the mental health of the transference focused psychotherapy group, the components of anxiety, morbid fear, psychosis and paranoid gained significantly lower scores compared to the acceptance and commitment group.

Conclusion: Both methods can be used by counselors and therapists to promote the mental health of staff working in hospitals covered by social security.

Keywords: Transition-based therapy, Acceptance and commitment therapy, Mental health, Employed personnel

مقایسه اثربخشی درمان های انتقال محور و پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی استان تهران

مهدی شاهمرادی^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

نعمت ستوده اصل^{۲*}

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

راهب قربانی^۳

استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان های انتقال محور و پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی استان تهران انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی استان تهران بود که ۱۲۰ نفر از این پرسنل از سه بیمارستان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۴۰ نفر) جای گرفتند. هر سه گروه پرسشنامه های سلامت روان (SCL 90 R) را به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس گروه درمان انتقال محور و گروه درمان پذیرش و تعهد (طی ۸ جلسه) مداخله آزمایشی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات هر سه گروه مجدداً به سوالات پرسشنامه سلامت روان پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده های جمع آوری شده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو درمان روان درمانی انتقال محور و پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی موثر است. همچنین بین اثربخشی درمان انتقال محور با پذیرش و تعهد در ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی تفاوت وجود دارد. بدین صورت که در سلامت روان گروه درمان انتقال محور مولفه های اضطراب، ترس مرضی، روانپریشی و پارانوئید به طور معنی داری نمره پایین تری را در مقایسه با گروه پذیرش و تعهد کسب کردند.

نتیجه گیری: هر دو روش می توانند توسط مشاوران و درمانگران برای در ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی مورد استفاده قرار گیرند.

واژگان کلیدی: درمان انتقال محور، درمان پذیرش و تعهد، سلامت روان، پرسنل شاغل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶

*نویسنده مسئول sotodeh1@yahoo.com

مقدمه

مساله سلامت روانی^۱ به عنوان یکی از دغدغه های اصلی افراد سازمان های مسئول امور بهداشتی و درمانی در سراسر جهان به ویژه سازمان جهانی بهداشت می باشد.

سلامت و بهداشت روانی، همان سلامت فکر و قدرت سازگاری فرد با محیط و اطرافیان است. بهداشت روانی در محیط کار یعنی مقاومت در مقابل پیدایش پریشانی های روانی و اختلالات رفتاری در کارکنان، به کمک ایمن سازی فضای روانی و سالم سازی آن به نحوی که هدف های سازمانی تأمین شوند و هیچ یک از کارکنان سازمان به دلیل عوامل موجود در سازمان گرفتار اختلال روانی نشوند و در عین حال هر یک از کارکنان از این که در سازمان محل کار خود به فعالیت اشتغال دارند، احساس رضایت نمایند. (۱)

پرسنل شاغل در بیمارستان ها یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط خاص شغلی و فشارهای جسمی و روانی شان، بیشتر از سایر اقشار جامعه نیازمند حمایت های روانی می باشند. مشاغل درمانی با توجه به عواملی همچون نوبت کاری، فشار و ساعات کاری زیاد، تعارض با همکاران، مشاهده رنج و مرگ بیماران، مسئولیت های حرفه ای و مسایل مرتبط با نظام اداری، نبود امکانات و تجهیزات فنی مورد نیاز، عدم تقدیر، کوتاه بودن زمان استراحت، تعارض نقش، ابهام نقش و... با استرس های شغلی عمده ای مواجه می گردند. این نوع استرس ها در درازمدت منجر به مشکلاتی نظیر ناراضیاتی شغلی، فرسودگی شغلی، کاهش سلامت عمومی، غیبت و ترک خدمت، تأخیرهای متوالی، شکایات مختلف روانشناختی، تضاد، تغییر شغل و کاهش کیفیت مراقبت از بیماران و تعارضات بین فردی با همکاران، کاهش عزت نفس، سوء مصرف مواد و نظایر آن خواهد شد (۲).

مقوله سلامت روان بر تمامی جنبه های زندگی انسان تأثیرگذار بوده و دارای هم ارزشهای مادی و هم غیر مادی یا ذاتی برای فرد و اجتماع می باشد. بی شک سلامت روان دارای ارتباطی دوطرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره وری در یک جامعه و افراد آن خواهد داشت. از نظر سازمان بهداشت جهانی؛ سلامت روان یکی از محورهای مهم ارزیابی سلامت جوامع مختلف بوده و وضعیتی از سلامت هر فرد که باعث تحقق استعدادهای بالقوه، کنار آمدن با تنش های معمول زندگی و انجام کار مفید و احساس ثمر بخش بودن و توان مشارکت با اجتماع تعریف میشود.

امروزه از روش های درمانی متفاوتی برای افزایش و ارتقاء سلامت روان استفاده می شود یکی از درمان های کارآمد درمان انتقال محور^۳ می باشد. روان درمانی انتقال محور نوعی درمان روان تعدیل

شده ساختارمند است. درمان یاد شده برگرفته از نظریه های روابط موضوعی^۱ در مورد سازمان شخصیت مرزی است. روان درمانی انتقال محور در تلاش است تا با استفاده از محیطی ساختارمند و معاهده درمانی به همراه استفاده از فنون شفاف سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه اینجا و اکنون انتقال، نخست هیجانهای آشوبناک و تند و تیز مراجع را تحمل کند سپس با حفظ موضوعی غیر قضاوتی و خنثی، فضایی برای تحمل مراجع بر بازنمایی ها و تجسم های ارتباطی یا همان الگوهای دلبستگی خود فراهم سازد. ویژگی های کلیدی این مدل درمانی معاصر روابط آبه عبارتند از (۱) تعیین چارچوب درمان با انعقاد قرارداد شفاهی، (۲) تمرکز روی رفتارهای میان فردی اختلال دار هم در زندگی فعلی بیماران و هم در رابطه بیمار با درمانگر و (۳) استفاده از فرآیند تفسیر برای اصلاح بازنمایی های درونی از خود و دیگران و (۴) تغییرات دنیای واقعی در رفتار میان فردی به خصوص در زمینه های شغلی و روابط نزدیک یا عاشقانه.

در این روش درمانی از طریق رویارویی و مواجهه نیز به بیماران آموزش داده می شود تا مدت طولانی خودشان را با نگرانی از طریق فکر کردن درباره ی رویدادهای هراس آور مواجه کنند. مواجهه به صورت فراخوانی یک تصویر از انتظار هراس آور و تمرکز روی این تصویر انجام می گیرد که در پژوهش های بسیاری به تأثیر بالای این روش در کاهش علائم اختلالات اضطرابی اشاره شده است. پژوهش های اندکی درباره اثربخشی درمان انتقال محور بر ارتقاء سلامت روانی انجام شده برای مثال در مطالعه ای آشکار شد که روان درمانی انتقال محور رفتارهای خود تخریبی و ویژگی های آسیب زایی شخصیت را کاهش می دهد (۳). در مطالعه ای دیگر کلارکین و همکارانش به مقایسه درمان رفتاری جدلی و روان درمانی روان پویشی تعدیل شده حمایتی پرداختند (۴). نتایج نشان داد هر سه نوع درمان به میزانی متفاوت در کاهش اضطراب افسردگی و بهبود عملکرد کلی و سازگاری اجتماعی (تغییرات نشانه ای) اثربخش بودند. مطالعه ای دیگر، بهبود های ساختاری را مشخص روان درمانی انتقال محور می داند (۵). در مطالعاتی (۶) که به مقایسه سه ساله درمان انتقال محور و طرحواره درمانی میپرداختند، اثربخشی درمان انتقال محور در بعد نشانه شناسی یا کاهش علائم آشفتگی محرز بوده، هر چند میزان کنارگیری و اندازه اثر آن نسبت به دومی، به ترتیب، بالاتر و پایینتر بوده است. در مطالعه ای که به مقایسه درمان انتقال محور، درمان دیالکتیکی و روان درمانی حمایتی می پرداخت، نتایج نشان داد گرچه هر سه نوع درمان در کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود کارکرد کلی، سازگاری با شرایط استرس زا و تاب آوری (تغییرات نشانه ای) اثربخش بودند، اما تنها درمان انتقال محور بود که همواره به طور معناداری منجر به کاهش پرخاشگری و تغییر شخصیت (تغییرات ساختاری) در قالب افزایش انسجام دلبستگی بعد از یکسال درمان می شد (۷).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی موثر در ارتقاء سلامت روان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ می باشد. در درمان پذیرش و تعهد

به جای تأکید بر اصلاح شناختها و باورهای ناکارآمد به مراجع آموزش داده می شود که در گام اول هیجانهای خود را بپذیرد و در (اینجا و اکنون) از انعطاف پذیری بیشتری برخوردار شود (۸). در این راستا به بیمار آموزش داده می شود که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده اش بی تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید سعی کند آنها را به طور کامل بپذیرد. در گام بعدی به آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می شود و فرد به حالت روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در گام سوم به فرد آموخته میشود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. سپس در گام چهارم بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان زندگی اش (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تأکید می شود. در گام پنجم، به فرد کمک می شود تا ارزشهای شخصی اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزشها) و در نهایت، برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود (۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمانهای نسل سوم به علت تأکید بر چرخه های کارکردی و در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به بسیاری از درمانهای دیگر است. در مطالعه ای نشان داده شد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر^۲ بر کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی و نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال از نظر آماری با فنون رویارویی در کاهش شدت علائم و بهبود اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است (۱۰). نتایج پژوهشی دیگر که بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان امام سجاد ناجا تهران برگزار گردید نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به صورت معناداری باعث کاهش میزان فرسودگی شغلی و اجتناب تجربه ای پرستاران می گردد (۱۱). یافته های مطالعه ای که بر روی بیماران مبتلا به سرطان مری انجام پذیرفت نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش سرمایه روانشناختی مبتلایان به سرطان مری می شود که بیانگر افقهای تازه ای در مداخلات بالینی است و می توان از آن به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر سود جست. همچنین در پژوهشی نشان داده شد که درمان پذیرش و تعهد می تواند در کاهش شدت علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر باشد (۱۲).

با توجه به اینکه پژوهشی در کشور در خصوص اثربخشی روان درمانی انتقال محور بر ارتقاء سلامت روان یافت نشد از این رو یکی از اهداف پژوهش حاضر رامی توان پرداختن به خلاء های موجود دانست و آن را به منزله نوآوری پژوهش پیش رو نیز به شمار آورد در نتیجه پژوهشهای بیشتر در خصوص ابعاد ژرف تر

در آستانه طلاق نبودن، تمایل به شرکت در تحقیق، از نظر تحصیلات و شغلی همگون، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی خارج از برنامه در طی دوره پژوهش، امضا کردن "فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش معیارهای خروج افراد از گروه های آزمایشی عبارت بودند از مبتلا بودن به بیماری های جسمی و روانی همزمان که به نوعی نتایج پژوهش را تغییر دهد، داشتن غیبت بیش از دو جلسه به دلایل مختلف از جمله عود نشانه های بیماری در صورتی که فرد را از پیگیری جلسات بازمی دارد، عدم تمایل به ادامه درمان، عدم انجام تکالیف و وقوع رویدادهای پیش بینی نشده (مانند بیماری، مرگ یکی از اطرافیان و...) ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. پرسشنامه سلامت روان (SCL 90 R): این پرسشنامه مشتمل بر ۹۰ سوال ۹ بعدی است که عبارتند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، شکایت های جسمانی، وسواس- اجبار، ترس مرضی، روانپریشی و پارانویید است. همچنین در این پرسشنامه ۷ سوال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه گانه فوق دسته بندی نشده است و از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص های کلی آزمون کمک می کنند. امتیاز بندی این پرسشنامه ۹۰ سوالی شامل پنج درجه (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) می باشد که هیچ، امتیاز صفر و خیلی زیاد ۴ امتیاز می گیرد و کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر) نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. شاخص های کلی این پرسشنامه به سه صورت GSI و PST و PSDI می باشد. میانگین نمرات یک و بالاتر از آن، حالت مرضی و بالاتر از ۳ حالت روانگسستگی را نشان می دهد. این پرسشنامه به طور مکرر در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن در خارج از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است.

۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این درمان بر اساس پروتکل هشت جلسه ای انجام شده است. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر می باشد:

درمان نیاز است. با توجه به اینکه تاکنون تحقیق مشابه ای که در آن به مقایسه اثربخشی دو روش مذکور بر متغیرهای ذکر شده انجام پذیرفته است و با توجه به اهمیت موضوع جهت مقایسه و ارائه بهترین راهکارهای درمانی برای رفع مشکلات پیش روی پرسنل شاغل در بیمارستان ها بخصوص در شرایط کرونا، از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان های انتقال محور با پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی می باشد.

مطالعه حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی استان تهران بود. تعداد ۳ بیمارستان (بیمارستان میلاد و فیاض بخش و کاشانی) از مجموع بیمارستان تامین اجتماعی شهر تهران به صورت هدفمند انتخاب شد. این سه بیمارستان بزرگ جزء بیمارستان های خط مقدم مقابله با کرونا بودند. جهت بدست آوردن حجم نمونه از نرم افزار *G power* استفاده گردید که باتوجه به اندازه اثر ۰/۵، آلفای ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، تعداد گروه ها ۳، ۱۲۰ نفر برآورد می شود. همچنین باتوجه به اینکه در پژوهش های آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می شود. حجم نمونه پژوهش حاضر ۱۲۰ نفر برآورد شد که به صورت تصادفی با روش قرعه کشی بدون جایگزینی مجدد در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۴۰ نفر) منتسب شدند. نمونه منتخب از پرستاران، کمک بهیاران و پزشکان بیمارستان بودند که به طور مستقیم با بیماران کرونایی سروکار داشتند. هر سه گروه پرسشنامه های سلامت روان (SCL 90 R) سرمایه روان شناختی (PCQ) را به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس گروه درمان انتقال محور و گروه درمان پذیرش و تعهد (طی ۸ جلسه) ۹۰ دقیقه ای مداخله آزمایشی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات هر سه گروه مجدداً به سوالات پرسشنامه های سلامت روان و سرمایه روان شناختی پاسخ دادند.

معیارهای ورود افراد به گروه های آزمایش عبارت بودند از پرسنل شاغل در بیمارستان های تامین اجتماعی استان تهران، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۵ سال، تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن، عدم بستری یا ابتلا به اختلالات شدید روانشناختی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل

جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	پیش آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	سنجش مشکلات آزمودنی ها از نگاه پذیرش و تعهد استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه های کنترل مشکلات عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان های منفی دریافت بازخورد، ارائه تکلیف شناسایی موقعیت های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آن ها مبارزه یا عمداً از آن ها جلوگیری شود.
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها. آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی

جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود. دریافت بازخورد، ارائه تکالیف خانگی
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان های منفی، بازخورد، ارائه تکالیف خانگی
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش های زندگی آزمودنی ها و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آن ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش ها و ایجاد هیجان های مثبت دریافت بازخورد، ارائه تکالیف
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمنی به کارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها و ایجاد حس معناداری در زندگی دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، گرفتن بازخورد اعضا نسبت به جلسات گذشته، درخواست از آزمودنی ها برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری، پس آزمون

۳. پروتکل درمان انتقال محور: درمان انتقال محور کوتاه مدت بر اساس پروتکل کالیگور، کرنبرگ و کلارکین (۲۰۰۷) در طی هشت جلسه تنظیم شده است.

جدول ۲. شرح مختصر جلسات درمان انتقال محور

جلسه اول	پیش آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعیین چارچوب درمان، صحبت های مقدماتی درباره درمان انتقال محور، تنظیم پیمان درمانی
جلسه دوم	شناسایی، مشاهده و تحلیل نظام مند انواع موضوعات انتقالی با استفاده از فنون شفاف سازی، مواجهه و تعبیر به منظور تقویت اتحاد درمانی
جلسه سوم	شفاف سازی احساسات مثبت مراجع به منظور تقویت اتحاد درمانی و ترغیب آزمودنی برای ابرازگری عاطفی
جلسه چهارم	بررسی و تحلیل دقیق دفاع های آزمودنی ها، جلب توجه مراجع به به رفتارهای دفاعی به منظور افزایش آگاهی و تأمل وی به آنچه رقم خورده به ویژه در انتقال، تردید در دفاع ها و چالش با دفاع ها
جلسه پنجم	تلاش برای فعال نمودن من ناظر آزمودنی به منظور ایجاد اتحاد و تقویت تأمل بر تعارضهای درون روانی
جلسه ششم	توجه به انتقال متقابل مزمن و مشکل آفرین و تلاش برای رفع آن در درمان به منظور جلوگیری از انواع برون ریزی در قالب رفتار انتقال متقابل
جلسه هفتم	تعیین و شناسایی روابط موضوعی غالب که در تعامل اینجاواینک تجربه یا به نمایش گذارده میشود، مشاهده و تفسیر پیوندهای بین جفت های روابط موضوعی، توجه به مسیرهایی که آزمودنی ها با درمانگر ارتباط برقرار میکند، شناسایی بازنماییهای آزمودنی ها از خویشان و دیگران مهم، مشاهده و تفسیر جایجایی نقش (تبدیل بازنمایی خویشان به بازنمایی موضوع و بالعکس که در رفتار نمایان میشود)
جلسه هشتم	مرور مجدد فنون آموزش دیده، دریافت بازخورد از آزمودنی ها در باره مداخله و پس آزمون

داده ها پژوهش حاضر با کمک نرم افزار SPSS تحلیل گردید برای تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنف، برای بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین و به منظور مقایسه با میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل اثر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

1. Multivariate Analysis of Covariances(MANCOVA)

یافته ها

در جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای سلامت روان و سرمایه روانشناختی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده اند.

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیر سلامت روان و سرمایه روانشناختی به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

متغیرها	وضعیت	درمان انتقال محور		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اضطراب	پیش آزمون	۱۲/۹۷	۹/۲۴	۱۴/۵۵	۱۲/۶۵	۷/۲۸
	پس آزمون	۴/۳۵	۴/۳۷	۱۲/۶۵	۱۱/۰۱	۶/۶۷
پرخاشگری	پیش آزمون	۹/۳۷	۶/۲۶	۹/۴۲	۵/۹۵	۴/۸۱
	پس آزمون	۲/۹۸	۳/۰۳	۶/۳۵	۸/۸۶	۵/۱۲
افسردگی	پیش آزمون	۲۸/۱۷	۱۱/۹۹	۲۱/۴۵	۱۱/۲۵	۹/۹۴
	پس آزمون	۱۰/۵۶	۸/۰۱	۱۴/۷۲	۱۱/۷۶	۹/۵۵
حساسیت در روابط	پیش آزمون	۱۹/۱۷	۹/۶۷	۱۶/۱۰	۹/۱۶	۶/۴۳
	پس آزمون	۵/۹۷	۴/۸۰	۱۱/۴۵	۱۰/۸۶	۵/۸۸
شکایت های جسمانی	پیش آزمون	۲۳/۸۰	۱۳/۴۸	۱۸/۲۵	۱۱/۷۸	۱۱/۳۹
	پس آزمون	۹/۸۹	۸/۸۷	۱۲/۹۲	۱۳/۲۱	۱۲/۰۹
وسواس- اجبار	پیش آزمون	۲۲/۶۷	۱۲/۹۲	۱۴/۸۷	۹/۲۶	۱۰/۰۶
	پس آزمون	۸/۷۴	۷/۸۴	۱۰/۳۲	۹/۸۹	۹/۶۹
ترس مرضی	پیش آزمون	۱۲/۱۵	۶/۹۰	۱۲/۱۷	۷/۷۸	۵/۹۱
	پس آزمون	۴/۱۷	۳/۴۹	۹/۵۲	۸/۹۵	۶/۲۰
روانپریشی	پیش آزمون	۱۹/۲۰	۹/۹۳	۱۵/۷۵	۸/۳۵	۷/۹۸
	پس آزمون	۶/۸۹	۵/۶۲	۱۰/۳۲	۸/۸۹	۷/۴۹
افکار پارانوئیدی	پیش آزمون	۱۳/۳۵	۷/۰۶	۱۱/۹۲	۶/۵۱	۴/۸۸
	پس آزمون	۴/۸۴	۳/۷۸	۷/۰۱	۷/۲۹	۴/۹۵

با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات پس آزمون مولفه های سلامت روان و سرمایه های روانشناختی در گروه های درمان انتقال محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میانگین گروه کنترل می باشد. همچنین میانگین نمرات پس آزمون گروه درمان انتقال محور در مولفه های سلامت روان و سرمایه روانشناختی کمتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد.

برای بررسی این فرضیه که اثربخشی درمان انتقال محور با درمان پذیرش و تعهد به لحاظ سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی تفاوت دارد از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده ها یکی از مهمترین پیش

فرض های تمامی آزمون های پارامتریک از قبیل تحلیل کوواریانس است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معناداری برای مولفه های سلامت روان و سرمایه های روانشناختی بیشتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین، توزیع متغیرهای مطالعه شده نرمال است و میتوان از آزمون تحلیل واریانس در تحلیل داده ها استفاده کرد. بررسی همگنی واریانسهای پیش آزمونها داده ها از آزمون لوین لوین بهره گرفته شد. نتایج نشان داد آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل معنی دار نمی باشد ($p > 0.05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درخصوص تفاوت اثربخشی درمان انتقال محور با پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	۳۵۸۴/۸۹	۱	۱۷۹۲/۴۴	۲۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۹
پرخاشگری	۱۰۱۰/۷۳	۱	۵۰۵/۶۵	۱۸/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴
افسردگی	۳۴۰۸/۳۳	۱	۱۷/۰۴	۱۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷
حساسیت در روابط بین فردی	۸۰۴/۲۱	۱	۴۰۲/۱۰	۶/۰۹	۰/۰۰۳	۰/۰۵۰
شکایت های جسمانی	۲۹۵۶/۶۵	۱	۱۴۷۸/۳۳	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸۲
وسواس- اجبار	۳۳۸۲/۰۸	۱	۱۶۹۱/۰۴	۱۶/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
ترس مرضی	۱۸۵۱/۸۸	۱	۹۲۵/۹۴	۲۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸
روانپریشی	۳۱۳۰/۴۳	۱	۱۵۶۵/۲۱	۲۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۶۸
پارانویید	۲۰۳/۷۳	۱	۱۰۱/۸۶	۳/۸	۰/۰۳۶	۰/۰۲۸

($F=۲۰/۲۰$)، روانپریشی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($F=۲۳/۴۸$)، پارانویید ($P < ۰/۰۰۵$)، ($F=۳/۸$)، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین می توان گفت که بین گروه های درمان انتقال محور، پذیرش و تعهد و کنترل از لحاظ مولفه های سلامت روان در پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه، به منظور بررسی اینکه این تفاوتها به طور دقیق در بین کدام گروه ها است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی توکی در بررسی تفاوت گروه ها در زمینه مولفه های سلامت روان در جدول ۵ مشاهده می شود.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره درخصوص تفاوت اثربخشی درمان انتقال محور با پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی گزارش شده است. با توجه به جدول ۴ آماره F تحلیل کوواریانس بررسی تفاوت گروه های آزمایش و کنترل حاکی از آن است که با حذف اثر پیش آزمون، بین هر سه گروه در مولفه های اضطراب ($F=۲۷/۰۹$)، پرخاشگری ($P < ۰/۰۰۱$)، ($F=۲۸/۰۳$)، افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$)، حساسیت در روابط بین فردی ($F=۶/۰۹$)، ($P < ۰/۰۰۱$)، شکایت های جسمانی ($F=۱۰/۴۱$)، ($P < ۰/۰۰۱$)، وسواس- اجبار ($F=۱۶/۶۷۷۷$)، ($P < ۰/۰۰۱$)، ترس مرضی ($P < ۰/۰۰۱$)

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی در بررسی تفاوت گروه ها در زمینه مولفه های سلامت روان

متغیر وابسته	گروه ها	در مقایسه با	میانگین تفاضل	سطح معناداری
اضطراب	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	-۴/۸۶	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۴۴	۰/۰۰۱
پرخاشگری	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۶۸	۰/۱۱۳
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۹۲	۰/۰۰۱
افسردگی	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	۱/۳۹	۰/۶۸
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۷/۱۶	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط بین فردی	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۱۱	۰/۶۶
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۲۶	۰/۰۰۳
شکایت های جسمانی	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	۱/۳۴	۰/۷۵
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۶/۶۵	۰/۰۰۱
وسواس- اجبار	درمان انتقال محور	درمان پذیرش و تعهد	۳/۱۹	۰/۱۱۴
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۵/۸۵	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۰۵	۰/۰۰۱

۰/۰۴۱	-۲/۶۲	درمان پذیرش و تعهد	درمان انتقال محور	ترس مرضی
۰/۰۰۱	-۶/۷	کنترل		
۰/۰۰۱	-۴/۱۰	کنترل	درمان پذیرش و تعهد	روانپریشی
۰/۰۰۵	-۳/۰۸	درمان پذیرش و تعهد	درمان انتقال محور	
۰/۰۰۱	-۷/۵۸	کنترل	درمان پذیرش و تعهد	پارانویید
۰/۰۰۱	-۷/۶۷	کنترل		
۰/۰۴۱	-۲/۳۱	درمان پذیرش و تعهد	درمان انتقال محور	
۰/۰۴۹	-۲/۰۶	کنترل		
۰/۱۱	-۱/۷۵	کنترل	درمان پذیرش و تعهد	

نشانه‌ها، کاهش آسیب‌شناسی، افزایش کیفیت زندگی، بهبود مسائل بین فردی را آشکار ساختند و فرادستی این نوع درمان را به جنبه‌های ارتباطی آن نسبت داده‌اند که برای مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، که دارای گرفتاریهای بین فردی دیرپا و ناپایدارهای هیجانی در روابط بین فردی هستند، مناسب‌ترین است (هاسکاین و همکاران، ۲۰۱۴). همراه با اثربخشی درمانهای روانپوشانه، مطالعات نشان داده‌اند که اشکال ساختاریافته و متناسب شده درمان نظیر درمان انتقال محور به نتایج بهتری می‌انجامند. مطالعات همچنین نشان داده‌اند که بالا رفتن سطح بینش در دوره درمان با پیامدهای مثبت ارتباط دارد (۱۶) همچنین یافته‌ها همسو با نتایج لیچسنرینگ و همکاران است که در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان انتقالی محور با اندازه اثر ۹۰٪ برای اختلالات روانی و ۸۰٪ برای کارکرد اجتماعی است. همچنین یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش عباس و همکاران (۱۷) است که در تحقیقات خود اثر بخشی درمان انتقالی محور برای اختلال جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی و سازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این درمان در مورد بیشتر اختلالات نسبت به گروه کنترل اثر بخش است. درمان انتقالی محور به بازسازی روابط گذشته فرد و همچنین روابط حال او با خانواده و دیگران می‌پردازد. در جلسات درمانی آزمودنی این فرصت را دارد که با دیگر اعضای گروه و همچنین یک موقعیت اجتماعی آشنا شود و قادر به بیان خشم‌ها، خواسته‌ها و نیازهای خود باشد. این خود انگیزه آزمودنی را بعد از گذشت چند جلسه از درمان نشان می‌دهد.

از سوی دیگر درمان انتقالی محور با بکارگیری پیمان درمانی و تعبیر انتقالی منفی، به عنوان دو سازوکار عمده اتحادساز، از همان بدو درمان بر این امر تمرکز دارد. با توجه به آسیب‌شناسی مراجع، پیمان یا پیمان درمانی در پی آشکار ساختن واقعیت عینی رابطه درمانی و چستی درمان؛ تدارک فضایی برای کار اکتشافی؛ تعیین مسئولیتهای مراجع و درمانگر؛ تعیین حدود رفتارهای برون‌ریزانه و انتقال متقابل؛ ایجاد فضایی نگهدارنده و ایمن برای بررسی دنیای درونروانی مراجع؛ تصریح اینکه درک عمیق از مشکلات باعث بهبود وضعیت درونی و بیرونی مراجع می‌گردد، میباشد. به دیگر بیان، چارچوب عینی و مشخص رابطه درمانی، امکان شناسایی هر نوع انحرافی از رابطه درمانی را در اختیار می‌گذارد و برای دنیای درونی پراشوب و بی‌ثبات، به سان لنگری مستحکم و پایدار

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد بین میانگین گروه درمان انتقال محور با گروه پذیرش و تعهد در مولفه‌های اضطراب، ترس مرضی، روانپریشی و پارانویید تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). در واقع نمرات گروه درمان انتقال محور در این مولفه‌ها به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه درمان پذیرش و تعهد می‌باشد اما بین میانگین گروه درمان انتقال محور با گروه پذیرش و تعهد در مولفه‌های پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، شکایت‌های جسمانی و وسواس- اجبار تفاوت معنی‌داری بدست نیامد ($P > 0/01$).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های انتقال محور با پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانی پرسنل شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش تامین اجتماعی انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین میانگین گروه درمان انتقال محور با گروه پذیرش و تعهد در مولفه‌های اضطراب، ترس مرضی، روانپریشی و پارانویید تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج لیچسنرینگ و همکاران، دورهام و همکاران، کرایتنز ریستوف و همکاران، فرور و همکاران، و بیورگ همسو است. این پژوهشگران که اثر بخشی درمان درمان انتقالی محور مدت را در مورد افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و جسمانی سازی بکار برده‌اند به این نتیجه رسیدند که درمان انتقالی محور موجب کاهش معنی‌دار علائم در این بیماران می‌شود. در درمان انتقالی محور، مقابله فعال و بی‌امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می‌کند تا در هر لحظه احساسات واقعی‌اش را تجربه کند. بنابراین اثر بخشی درمان انتقالی محور میتواند به واسطه مواجهه بیماران با تعارضهای اضطراب بر انگیز باشد. چنین مواجهه‌ای موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاعهای بیمارگونه می‌شود. گرگوری و همکاران (۱۳) نشان دادند که روان‌درمانی روانپوشانه منجر به کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی، منجمله افسردگی و اضطراب، می‌شود. مطالعه اسواتبرگ و همکاران (۱۴) و بیتمن و فوناجی (۱۵) نشان داد که درمان انتقال محور بین ۱۰ تا ۱۸ ماهه تغییرات بادوامی، از جمله کاهش آسیب‌شناسانه، ایجاد می‌کند. شماری دیگر از مطالعات، اثربخشی روان‌درمانیهای روانپوشانه (یورگنسن و کلی، ۲۰۰۱؛ املکمپ و همکاران، ۲۰۰۶، بیتمن و فوناجی، ۲۰۰۹) در بهبود شدت

مدت، نحوه برخورد افراد با فشارهای روانی مدنظر قرار می گیرد. طبق نظریه روان پوششی افسردگی و اضطراب به وسیله استفاده از مکانیزم های دفاعی ناسازگارانه خاصی مشخص می شود. در درمان انتقال محور، مقابله فعال و بی امان با دفاعهای بیمار، او را وادار می کند تا در هر لحظه احساسات واقعی اش را تجربه کند. چنین مواجهه ای موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع های بیمار گونه می شود. در این درمان سعی بر این است که بیمار به سمتی سوق داده شود که از مکانیزمهای دفاعی سازگارانه تر، رشدیافته تر و عقلانی تر همچون شوخ طبعی استفاده کند(هرش، کالیگور و یومانز، ۲۰۱۶). این نوع دفاع های رشدیافته باعث می شود که فرد شرایط بیماری را بپذیرد و ترس و اضطراب کمتری را تجربه کند. از طرفی تأکید بسیاری از روان درمانی های کوتاه مدت پوششی از جمله درمان انتقال محور بر تکنیک و پروتکلی ساختارمند بوده و نقش رابطه در روان درمانی های کوتاه مدت تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. در روان درمانی انتقال محور، فضایی فراهم می شود که علاوه بر آگاهی و بینش نسبت به الگوهای تکراری و ناسالم، مراجع در رابطه با درمانگر به عنوان ابزاری جایگزین، مدل ارتباطی جدیدی را تجربه کند که تاکنون تجربه نکرده است و در این فضای امن موانع به وجود آمده برای بالفعل شدن پتانسیل های او برداشته شود. در سراسر درمان های روان پوششی، عناصر درمانی مشترک، پردازش روابط گذشته و ایجاد روابط بین فردی جدید و مثبت، افزایش آگاهی و بیان عواطف در مراجع باشد. در خصوص اثر بخشی بیشتر رواندرمانی انتقال محور بر بهبود علائم اضطراب، ترس مرضی، روانپریشی و پارانویید می توان گفت با استناد به تحقیق کرنبرگ در درمان انتقال محور در دوطیف افراد موثر می باشد افراد روان رنجور و افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. در پژوهش حاضر درمانگر آزمودنی ها را به مواجهه با احساسات سرکوب شده خود پرداخته و سعی شد در طی هشت جلسه درمان زمینه لازم برای بیان و تجربه احساسات انباشته شده (بویژه ترس و اضطراب) آزمودنی ها فراهم شود. در تایید این موضوع کروگر و مینترس اثر بخشی درمان انتقالی محور را در مورد افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و جسمانی سازی بکار برده اند به این نتیجه رسیدند که درمان انتقال محور موجب کاهش معنی دار علائم در این بیماران می شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روانشناختی پرسنل شاغل در بیمارستان های تحت پوشش تامین اجتماعی موثر است. نتایج پژوهش با یافته های لعلی و همکاران؛ ملاحی، ضیایی و نیکنام و فلکسمن و باند همسو می باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت درمان پذیرش و تعهد افراد را تشویق می کند که با ارزش های واقعی خود پیوند یابند و مجذوب آن ها گردند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیرش و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب

هدایت گر و انتظام بخش است. به مجرد اینکه فضای ساختارمند مستقر شد، بروز الگوهای روابط موضوعی بی ثبات، خصمانه، متوقفانه و پرخاشگرانه مراجع مرزی در رابطه انتقالی توسط درمانگر رصد و مشاهده می شود. درمانگر در قلب رابطه اینجا و اینکی انتقال تلاش دارد تا با استفاده از فنون پیشاتعبیری، شفاف سازی و مواجهه، و تعبیری، بازنمایها و هیجانهای تحریف شدهی مراجع مرزی را در کانون مداخله تعبیری قرار دهد. اتحاد در درمان انتقالی محور از گذار تمرکز درمانگر بر تجربه ذهنی کلی مراجع، به ویژه منفی ترین، خشمگینانه ترین و خصمانه ترین عناصر آن، قابل حصول است و تمرکز بر مداخلات حمایتی همتراز با نادیده انگاری سوپه های خصمانه و پرخاشگرانه مراجع است. و بدیهی است که این کار درون رابطه اینجاواینکی، از گذار تعابیر انتقالی که پایه رکین درمانهای روان پوششانه و انتقال محور هستند، فراچنگ می آید (کلارکین و همکاران، ۲۰۰۱)؛ کالیگور و همکاران، (۲۰۰۱). کرنبرگ (۲۰۰۸) معتقد است که روش درمانی انتقال محور به بهبود روابط فردی کمک می کند که در TFP درمانگر از نزدیک به نحوه رفتار بیمار و احساس درمانگر نسبت به آنچه بیمار می گوید توجه خواهد کرد. ابزارهای فنی اصلی درمان متمرکز بر انتقال (TFP)، که باعث ارتقاء اثربخشی این رویکرد بر درمان پذیرش و تعهد می شود آنها می هستند که گیل (۱۸) از آنها به عنوان تکنیک های اساسی روان کاوی، یعنی تفسیر، تحلیل انتقال، و خنثی بودن فنی، یاد می کند. استفاده از تفسیر، به ویژه بر مراحل اولیه فرآیند تفسیری، یعنی روشن کردن تجربه ذهنی بیمار (روشن کردن آنچه در ذهن بیمار است به جای روشن کردن اطلاعات برای او) و مواجهه، به معنای ترسیم آگاهانه توجه به تناقضها در ارتباط بیمار - چه بین آنچه بیمار در یک نقطه برخلاف نقطه دیگر می گوید، چه بین ارتباط کلامی و غیر کلامی، چه بین ارتباط بیمار و آنچه که در انتقال متقابل برانگیخته می شود. جنبه های غیر کلامی رفتار در روان درمانی انتقال محور بسیار مهم است. در درمان متمرکز بر انتقال مرور کلی درمانگر از وضعیت کلی درمان و وضعیت کلی زندگی بیمار ممکن است تعیین کند که او یک موضوع را به صورت دلخواه معرفی می کند و سپس بر توسعه انتقال متمرکز می کند. بی طرفی فنی یک تکنیک مناسب در درمان است که به صورت گسترده و در هر جلسه توسط درمانگر استفاده می شود زیرا با تمایل بیماران برای ایجاد تعارضات درون روانی مقابله می کند. استفاده از انتقال متقابل در جلسات درمانی به عنوان یک ابزار درمانی اصلی به عنوان منبع مهمی از اطلاعات در مورد مسائل موثر هیجانی بیمار در نظر گرفته می شود. احساس اضطراب و گناه نیز احساسات انتقال متقابل مشترکی هستند که بیماران تجربه می کنند تا یاد بگیرند که احساسات خود را تحمل کنند. تنظیم انتظارات صریح از درمان، اضطراب فرد را در مورد کاری که می تواند برای بیمار انجام دهد کاهش می دهد و به ارتقای آگاهی از احساسات انتقال متقابل کمک می کند که او باید بیشتر انجام دهد. قرارداد درمان دوباره مفید است زیرا مسئولیت های درمانگر و بیمار برای هر کدام روشن شده است. در رواندرمانی انتقال محور کوتاه

1. Hersh, Caligor & Yeomans

2. Shakernia, I., Mohammadpour, M. (2010), The relationship between job stress and resilience with burnout in female nurses, *Journal of kermanshah university of medical sciences*, 14 (12) 2.169.161
3. Verheugt-Pleiter, A., & Deben-Mager, M. (2006). Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), 297-315. [DOI:10.1080/02668730601020374]
4. Clarkin, J. F., Cain, N. M., & Lenzenweger, M. F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*, 21, 80-85. [DOI:10.1016/j.copsyc.2017.09.008] [PMID]
5. Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 481-501. [DOI:10.1002/jclp.20239] [PMID]
6. van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., ... & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457. [DOI:10.1192/bjp.bp.106.033597] [PMID]
7. Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*, 15(6), 487-495. [DOI:10.1521/pedi.15.6.487.19190] [PMID]

درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضوتی و مشتاقانه با تجارب تاکید می شود، عدم قضوت و انعطاف پذیری می تواند در افزایش سلامت روان مفید واقع گردد. در واقع فردی که در پاسخ های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف داشته باشد با بهبود سلامت روانی رو به رو می شود. درمان پذیرش و تعهد از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم هایی مانند آسیب پذیری برای هیجانات منفی بهبود می بخشد و پرسنل تامین اجتماعی با توجه به شرایط کرونا نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند سازگاری و توان مقابله خود را حفظ کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک می کند تا خود را آسیب دیده و یا بدون امید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود. به طور کلی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، منجر به افزایش سلامت روان پرسنل شد. در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده شان صرفا به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگیشان در راستای ارزشهایشان بود؛ در این درمان، 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 واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرایند این درمان، به افراد آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آن ها بپردازند. عدم پیگیری پیامدهای بعدی مداخله درمانی و چگونگی تداوم وضعیت روانی آزمودنی ها در درمان انتقال محور و پذیرش و تعهد یکی از محدودیت های تحقیق حاضر به شمار می رود. بنابراین پیشنهاد می شود نتایج بدست آمده تادو سال پس از درمان پیگیری شود که این امر می تواند براعتبار نتایج بدست آمد بیافزاید. پژوهش حاضر به صورت گروهی و در قالب جلسات آموزشی اجرا گردید، لذا پیشنهاد می شود این آموزش به صورت فردی نیز بر روی مراجعان اجرا شود و نتایج آن با شیوه گروهی مقایسه شود. در نهایت اینکه پیشنهاد می شود از روان درمانی انتقال محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیمارستان ها و مراکز درمانی جهت ارتقاء سلامت روان پرسنل بیمارستان بویژه در شرایط فعلی کرونا استفاده گردد.

References

1. Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R, Behnam B, Maddah S. . (2007). The mental health status of employees in Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh*; 8 (2), 85-92

and trauma therapy: A discussion from a trauma therapist's perspective. *Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 17(3), 147-156.

17. Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 225-232. [DOI:10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.225] [PMID]

18. Gill, M. M., & Hoffman, I. Z. (1982). Analysis of transference: II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. *Psychological Issues*.

8. Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006] [PMID]

9. Narimani, M., & Vahidi, Z. (2014). A comparison of alexithymia, self-efficacy and self-esteem in students with and without learning disability. *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 88-99.

10. Mahmoud-Alilou, M., Hashemi-Nosratabad, T., F. Sohrabi, (2017). Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD), *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 61-76

11. Bahrainian, A., Khanjani, S., Masjedi Arani, A. (2016) The efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on burnout in nurses *Police Medicine Summer*, 5(2), 143 - 152

12. Bastami, M., Goodarzi, N., Dowran, B., & Taghva, A. (2016). Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus

13. Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823-841. [DOI:10.1516/N4T0-4D5G-NNPL-H7NL] [PMID]

14. Steiner, J. (1996). The aim of psychoanalysis in theory and in practice. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1073-1083

15. Baruch, D., Kanker, J., & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies*, 8(3), 241-257 [DOI:10.1177/1534650109334818]

16. Krüger, S., & Meiners, J. (2018). Transference-focused psychotherapy (TFP)