MEJDS. 2020; 10:220.

Published online 2021 March. **Research Article**

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Evaluation, Death Anxiety, Experimental Avoidance, and Emotional Expression in Nurses

Shafiee Amiri M[1], *Abbasi Gh[2], Fakhri MK[2]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding author's email:** gh_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 2020 August 4; **Accepted:** 2020 October 6

Abstract

Background & Objectives: Nurses are always exposed to anxiety–induced harms. Their work environment and activities are threatening to the general population, causing anxiety. In hospitals, recruiting and retaining staff is vital. Recently, the position of nurses to increase the efficiency of hospitals has been considered by managers. However, disregarding the conditions of nurses can lead to frustration, the loss of motivation to work, and a deeper impact on the socioeconomic development of a country. It is necessary to help nurses to solve job–related problems. Recognizing factors affecting the cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression can improve nurses' conditions using different approaches. The present study aimed to determine the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression in nurses.

Methods: This was an applied and quasi–experimental research with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of this study included all nurses of Ayatollah Rouhani Hospital in Babol City, Iran, in 2019 (N=388). The study sample included 40 nurses who were selected using the convenience sampling method. They were assigned to the experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria of the study were the age range of 30 to 50 years; having ≥5 years of work experience; no history of participation in ACT workshops; no history of mental disorders, and specific and chronic physical illnesses. The exclusion criteria of the research included non–compliance with the group rules stated in the first session and absence from >2 sessions. The required data were obtained using the Cognitive Appraisal Questionnaire (Peacock & Wong, 1990), the Death Anxiety Questionnaire (Templer, 1970), the Acceptance and Action Questionnaire–II (Bond et al., 2011), and the Emotional Expression Questionnaire (King & Emmons, 1990). The test group received eight 90–minute weekly sessions of ACT according to Hayes's educational package (2010). To describe the obtained data, central and dispersion indices, e.g., mean and standard deviation were used; for data analysis, repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post–hoc test were used in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: Repeated–Measures ANOVA data concerning cognitive evaluation, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression were significant for intragroup (time) (p<0.001), interaction (time & group) (p<0.001), and intergroup (p<0.001) factors. Respecting cognitive evaluation, the rate of intergroup effect was equal to 0.24. Regarding death anxiety, the rate of intergroup effect equaled 0.23. Concerning experimental avoidance, the intergroup effect was measured as 0.37. Respecting emotional expression, the intergroup effect was calculated as 0.25. The posttest scores of cognitive assessment in the experimental group were lower than those of the pretest (p<0.001). The cognitive evaluation values of the follow–up stage were significantly different from the pretest stage ones (p<0.001); however, no significant difference was observed between the scores of posttest and follow–up steps (p=0.105). Furthermore, the posttest scores of death anxiety in the experimental group were lower than those of the pretest (p<0.001), and the follow–up values of death anxiety were significantly different from the pretest scores (p<0.001); however, there was no significant difference between the values of posttest and follow–up (p=0.457). The experimental avoidance posttest scores were lower than those of the pretest values in the experimental group (p<0.001). Besides, the experimental avoidance scores of the follow–up stage were significantly different from those of the pretest stage (p<0.001); however, no significant difference was observed between the posttest and follow–up stages (p=0.721). The posttest scores of emotional expression were higher than those of the pretest in the experimental group (p<0.001). Furthermore, the emotional expression scores of the follow–up stage were significantly different from those of the pretest (p<0.001); however, there was no significant difference between the posttest and follow–up steps (p=0.569). The obtained results highlighted that the effectiveness of ACT lasted until the follow–up phase for all studied variables.

Conclusion: The obtained data suggested the effectiveness of group ACT on cognitive assessment, death anxiety, experimental avoidance, and emotional expression in nurses.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive assessment, Death anxiety, Experimental avoidance, Emotional expression, Nurses.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۲۰.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران

مجید شفیعی امیری[۱]، *قدرت‌الله عباسی[۲]، محمدکاظم فخری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** gh_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ کمک به پرستاران برای حل مشکلات مربوط به آن‌ها، شناخت عوامل مؤثر بر ایجاد مشکلات و بهبود آن‌ها با استفاده از رویکردهای مختلف است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی پرستاران بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۴۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت در مطالعه به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ ارزیابی شناختی (پیکاک و وانگ، ۱۹۹۰)، پرسشنامهٔ اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، پرسشنامهٔ پذیرش و عمل_نسخهٔ دوم (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامهٔ ابراز هیجان (کینگ و امونز، ۱۹۹۰) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شد. پروتکل آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه براساس بستهٔ آموزشی هیز (۲۰۱۰) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری منجربه بهبود ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ اجتناب تجربی و ابراز هیجان شد (برای همهٔ متغیرها اثر گروه: $p<۰/۰۰۱$، اثر زمان: $p<۰/۰۰۱$). همچنین در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات متغیرهای ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). اما در گروه آزمایش تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در نمرات چهار متغیر مذکور مشاهده نشد که نشانگر ماندگاری درمان است ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی، ابراز هیجان، پرستاران.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

۱ مقدمه

پرستاران ازجمله افرادی هستند که همواره درمعرض آسیب‌های ناشی‌از اضطراب[1] قرار دارند (۱). محیط کار و فعالیت‌های مربوط به کار آنان از عوامل تهدیدکننده و ایجاد اضطراب به‌شمار می‌رود. بیمارستان‌ها یکی از محیط‌های پراسترس برای کارکنان آن است (۲). در بیمارستان‌ها اهمیت جذب و ابقای کارکنان امری ضروری و حیاتی است و اخیراً وضعیت پرستاران برای افزایش کارایی بیمارستان‌ها مدنظر مدیران قرار گرفته است؛ ازطرفی بی‌توجهی به وضعیت پرستاران می‌تواند منجربه ناامیدی و ازبین‌رفتن انگیزهٔ کاری آن‌ها شود و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعهٔ اجتماعی و اقتصادی کشور تأثیر بگذارد. این استرس‌ها می‌تواند از نظر روانی روی خوب‌بودن و همین‌طور عملکرد آنان تأثیر منفی داشته باشد (۳).

نقش ارزیابی شناختی[2]، از تبیین‌های بسیار مهم و مشهور در رابطه با اختلالات روانی و بدکارکردی پرستاران است. فرایند ارزیابی شناختی از رویداد و واقعهٔ روی‌داده، طی دو مرحله انجام می‌شود؛ در ارزیابی نخستین فرایند درک معنای رویداد استرس‌زا و درک مثبت یا منفی‌بودن آن صورت می‌گیرد و در ارزیابی دوم و ثانوی پس از ارزیابی رویداد، این رویداد به‌عنوان تهدید یا چالش (مثبت یا منفی)، به بررسی منابع و امکانات فردی برای نحوهٔ مقابله با آن می‌پردازد (۴). افرادی که در ارزیابی شناختی نقص دارند، رویداد یا نتایج آن را به‌صورتی پردازش می‌کنند که منجربه ایجاد اختلالات روانی و به‌خصوص اضطراب مداوم و شدید در آن‌ها می‌شود (۵). این مدل بیان می‌دارد افرادی که ارزیابی شناختی نامطلوبی دارند، رویداد نامطلوب رخ‌داده را محدود به زمان گذشته نمی‌بینند و همین مسئله نیز احتمال تداوم این بدکارکردی را بیشتر می‌کند (۶).

یکی از انواع اضطراب که پژوهش‌ها نشان داده‌اند در پرسنل بیمارستان و کادر آموزش شیوع فراوانی دارد، اضطراب مرگ[3] است (۷). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی است و تعریف‌کردن آن امری دشوار است و اغلب به‌عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن دربارهٔ افراد مهم زندگی است (۸).

اجتناب[4] در افراد مبتلا به اختلالات مختلف مشاهده می‌شود و سازه‌ای است که به‌منظور مواجه‌نشدن با تجارب دردناک به‌کار می‌رود. اجتناب شامل دو بخش بی‌میلی به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی است که باعث فراخواندن آن تجارب می‌شود (۹). یکی از انواع اجتناب، اجتناب تجربی است و شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی می‌شود. اجتناب تجربی درمقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به‌معنای تمایل فرد به پذیرش افکار و هیجانات بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است و به‌عنوان عامل آسیب‌شناسی برای انواع اختلالات روانی نیز مطرح می‌شود (۱۰).

متغیر ابراز هیجان یکی از ویژگی‌های مهم در پرستاران است (۱۱). افراد در مؤلفه‌های مختلف زیستی، اجتماعی، روان‌شناختی و شخصیتی متمایز از همدیگر هستند. این تفاوت‌ها، در رفتارهای هیجانی خاص نیز مشاهده می‌شود. در این راستا، بررسی‌ها نشان داده است که افراد در نحوهٔ ابراز هیجان‌های خود از الگوهای متفاوتی نظیر ابراز هیجان، کنترل هیجانی[5] و دوسوگرایی[6] استفاده می‌کنند (۱۲). بین سبک‌های ابراز هیجان و بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و وسواس فکری‌ـ‌عملی ارتباط وجود دارد. ازطرفی، پرستاران ازجمله گروهی هستند که همواره درمعرض اضطراب مرگ قرار دارند (۱۳). عوامل روان‌شناختی متعددی بر میزان اضطراب مرگ افراد تأثیر می‌گذارد که از آن جمله می‌توان به سن، محیط، اعتقادات مذهبی، آسیب‌های تجربه‌شده در طول زندگی و سبک زندگی فرد و میزان خودارزش‌مندی اشاره کرد (۱۴).

یکی از درمان‌هایی که در بهبود تنش‌های پرستاران تأثیر دارد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[7] است. این درمان دارای شش مؤلفهٔ اساسی است که هر کدام از این شش مؤلفه اهداف خاص خود را دارد. آن‌ها شامل پذیرش[8]، عدم‌آمیختگی[9]، خود به‌عنوان چشم‌انداز[10]، ارتباط با زمان حال[11]، پالایش و شناسایی ارزش‌ها[12] و درنهایت عمل مورد تعهد[13] است (۱۵). مزیت عمدهٔ این روش درمقایسه با روان‌آموزشی‌های دیگر، درنظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، به‌دلیل تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی آموزش است (۱۶). نتایج پژوهش میرزائی‌دوستان و همکاران نشان داد، پذیرش و تعهددرمانی بر اضطراب مرگ و سلامت روان در زنان مبتلا به HIV در شهر آبادان مؤثر است (۱۷). همچنین پژوهش بیاتی و همکاران نشان داد، پذیرش و تعهددرمانی بر اضطراب مرگ و وسواس مرگ در سالمندان تأثیر دارد (۱۸).

در ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت، ازآنجاکه درمان پذیرش و تعهد رویکرد نسبتاً جدیدی است، مطالعات پیشین مرتبط با تأثیر درمان پذیرش و تعهد بیشتر نشان‌دهندهٔ آن است که آن‌ها در زمینهٔ انواع اختلالات ذهنی و مشکلات بالینی رایج انجام شده‌اند. دربارهٔ نوآوری مداخلهٔ پژوهش حاضر باید گفت با توجه به این نکته که بدکارکردی‌های روانی و شرایط نامطلوب شغل پرستاری، زندگی فردی، اجتماعی، عملکرد و کارایی پرستاران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و تنش‌های پرستاران و اثرات حاصل از آن به‌طور مستقیم متوجه بیمار می‌شود، ضرورت شناسایی عوامل مخل سلامت روان پرستاران و ارائهٔ راهکاری برای کاهش و بهبود این علائم بیش از پیش احساس می‌شود. همچنین از طریق تأثیرات مثبت درمان پذیرش و تعهد درمی‌یابیم این روش می‌تواند برای ارتقای دانش پرستاران و

1. Anxiety
2. Cognitive assessment
3. Death anxiety
4. Avoid
5. Emotional control
6. Ambivalence
7. Acceptance and commitment treatment
8. Acceptance
9. Defusion
10. Self as perspective
11. Contact with present moment
12. Clarification and identification of values
13. Committed action

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

روان‌شناسان و سایر گروه‌های درمانی مفید باشد تا بتوانند از بار استرس و نگرانی بیماران دربارهٔ وضعیت بدنی خود بکاهند. همچنین درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به ایجاد محیطی حمایت‌کننده کمک کند که منجربه ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود؛ به همین دلیل پژوهشگران در پژوهش حاضر درصددند دریابند که آیا مداخلهٔ مبتنی‌بر محتوای آموزشی‌ـ تربیتی و روانی رویکرد پذیرش و تعهد و افزایش پذیرش، توجه به ارزش‌ها، تعیین اهداف مبتنی‌بر ارزش‌ها و اتخاذ اقدام متعهدانه می‌تواند تأثیر مثبتی بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان پرستاران داشته باشد یا خیر. باتوجه به مطالب گفته‌شده و اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، تحقیقی کاربردی و از نظر روش تحقیق نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۳۸۸ نفر بود. نمونهٔ این پژوهش شامل ۴۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت در مطالعه بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه شامل گروه آزمایش (آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (۱۴).

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: بودن در دامنهٔ سنی ۳۰تا۵۰ سال؛ دارابودن حداقل پنج سال سابقهٔ کار؛ نداشتن سابقهٔ شرکت در کارگاه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، نداشتن سابقهٔ اختلال روانی و بیماری‌های جسمی خاص و مزمن (براساس بررسی پروندهٔ پزشکی). معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، رعایت‌نکردن قوانین گروه که در اولین جلسه بیان شد و غیبت در بیش از دو جلسه، در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح زیر بود: ۱. پیش از شروع پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ ۲. قبل از شروع پژوهش هر شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شد؛ ۳. محافظت از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان انجام شد؛ ۴. نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد؛ ۵. در صورت مشاهدهٔ هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم به‌منظور پیگیری به داوطلبان ارائه شد؛ ۶. مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت؛ ۷. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل، پرستاران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش و دارای تمایل به شرکت در پژوهش مشخص شدند. سپس از میان ۱۰۰ نفر از پرستاران داوطلب مشارکت در پژوهش، تعداد ۴۰ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحلهٔ بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه‌ها به‌منظور اندازه‌گیری ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در اختیار افراد قرار گرفت. هشت جلسه آموزش گروهی، یک‌بار در هفته و هر دفعه به‌مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر (نویسندهٔ اول مقاله) اجرا شد. پس از اتمام جلسات آموزشی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به‌عنوان پس‌آزمون بررسی شدند. درنهایت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. دو ماه بعد از پایان جلسات، یک جلسه به‌عنوان پیگیری برای هر دو گروه برگزار شد و پرسشنامهٔ ارزیابی شناختی[1] (۱۹)، پرسشنامهٔ اضطراب مرگ[2] (۲۰)، پرسشنامهٔ پذیرش و عمل‌ـ نسخهٔ دوم[3] (۲۱) و پرسشنامهٔ ابراز هیجان[4] (۲۲) اندازه‌گیری و ثبت شد. سپس تجزیه‌وتحلیل آماری نمرات به‌دست‌آمده با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز نمرات جلسهٔ پیگیری به‌منظور بررسی اثربخشی متغیر مستقل در گروه‌ها انجام گرفت. در ادامه دربارهٔ ابزارهای به‌کاررفته در پژوهش توضیح داده می‌شود.

ـ پرسشنامهٔ ارزیابی شناختی: این پرسشنامه توسط پیکاک و وانگ در سال ۱۹۹۰ براساس الگوی تبادلی تنیدگی لازاروس و فولکمن و به‌منظور اندازه‌گیری فرایندهای ارزیابی شناختی در رویارویی با تجارب تنیدگی‌زا تهیه و تدوین شد (۱۹). در نسخهٔ اصلی این پرسشنامه، ارزیابی شناختی به‌صورت چندوجهی اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است و براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از هرگز (صفر) تا همیشه (چهار) ارزیابی می‌شود. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه بیانگر وجود چهار عامل یا مؤلفهٔ چالش، تهدید، مرکزیت و منابع است. کسب نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه، ارزیابی شناختی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۹). پیکاک و وانگ پایایی این مقیاس را به‌روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا۰/۷۹ به‌دست آوردند و روایی محتوای آن را نیز تأیید کردند (۱۹). در پژوهش شکری و متینی یکتا ضرایب همسانی درونی برای تهدید ۰/۹۰، برای چالش ۰/۹۰ و برای مرکزیت و منابع ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۳).

ـ پرسشنامهٔ اضطراب مرگ: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر برای بررسی میزان اضطراب مرگ افراد طراحی شد (۲۰). پرسشنامهٔ اضطراب مرگ، شامل ۱۵ آیتم با گزینه‌های صحیح و غلط است که در ۹ آیتم از ۱۵ آیتم به انتخاب پاسخ صحیح امتیاز یک و در ۶ آیتم به انتخاب گزینهٔ غلط، امتیاز یک تعلق می‌گیرد. نمرهٔ یک نشان‌دهندهٔ وجود اضطراب مرگ و نمرهٔ صفر نشان‌دهندهٔ وجودنداشتن اضطراب مرگ است. جمع امتیازات پرسشنامه در دامنهٔ صفرتا۱۵ قرار دارد که نمرهٔ بین صفرتا۶ بیانگر اضطراب مرگ کم، نمرهٔ ۷تا۹ بیانگر اضطراب مرگ متوسط و نمرهٔ ۱۰تا۱۵ بیانگر اضطراب مرگ زیاد است (۲۰). تمپلر پایایی این مقیاس را با استفاده از فرمول کودریچاردسون ۰/۸۳ به‌دست آورد؛ همچنین روایی محتوایی و صوری آن را تأیید کرد (۲۰). در پژوهش شریف‌نیا و همکاران پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود و روایی محتوایی و صوری آن به تأیید

[1]. Cognitive Appraisal Questionnaire
[2]. Death Anxiety Questionnaire
[3]. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
[4]. Emotional Expression Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

رسید (۲۴).

ـ پرسشنامهٔ پذیرش و عمل‌ـ‌نسخهٔ دوم: نسخهٔ اولیهٔ این پرسشنامه به‌وسیلهٔ هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است که شامل ۳۲ پرسش است و روی یک مقیاس ۷درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۵). نسخهٔ دوم پرسشنامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ارائه شد و نسخه‌ای ۱۰سؤالی از پرسشنامهٔ اصلی (AAQ-I) است (۲۱). این پرسشنامه همسو با نظریهٔ زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شد و براساس میزان توافق در مقیاس لیکرتی هفت‌درجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۷=همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربی بیشتر است (۲۱). در پژوهش بوند و همکاران مشخصات روان‌سنجی نسخهٔ اصلی پرسشنامه بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازهٔ رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی آزمون‌ـ‌بازآزمون در فاصله ۳تا۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۱). عباسی و همکاران نیز پایایی مقیاس را به‌روش همسانی درونی و ضریب تنصیف بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۶).

ـ پرسشنامهٔ ابراز هیجان: این پرسشنامهٔ ۱۶سؤالی توسط کینگ و ایمونز به‌منظور بررسی نقش اهمیت ابراز هیجان در سلامت در سال ۱۹۹۰ تدوین شد (۲۲). پرسشنامه سه مقیاس هیجان مثبت (۷ سؤال)، هیجان منفی (۴ سؤال) و ابراز صمیمیت (۵ سؤال) را می‌سنجد. پرسشنامهٔ ابراز هیجان ۱۶ ماده و سه خرده‌مقیاس دارد. مواد ۱تا۷ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان مثبت، مواد ۸تا۱۲ آن مربوط به زیرمقیاس ابزار صمیمیت و مواد ۱۳تا۱۶ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان منفی است. کسب نمرهٔ بیشتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ ابراز هیجان بیشتر است (۲۲). کینگ و ایمونز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و هیجان منفی به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ عنوان کردند. همچنین آن‌ها پایایی این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و هیجان منفی به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش کردند (۲۲). همچنین در پژوهش شریفی‌نیا و هارون‌رشیدی پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابراز هیجان مثبت ۰/۷۰، ابراز صمیمیت ۰/۴۷ و ابراز هیجان منفی ۰/۶۷ به‌دست آمد (۲۷).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی هیز اجرا شد (۲۸). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی (دارای مدرک دکتری و حداقل ۵ سال سابقهٔ کار بالینی) تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات مداخلهٔ مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان	محتوای جلسه
اول	معرفی و مبنای اساسی درمان	خوشامدگویی و آشنایی و معرفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به این جلسه و انتظاراتشان از جلسات درمانی، اجرای پیش آزمون.
دوم	گزینه‌ها و فراهم‌کردن مقدمات درمان	پرداختن به رابطهٔ بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، پذیرش والدین، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ دوم.
سوم	یادگیری زندگی با استرس	پذیرش استرس، پی‌بردن به ارزش‌های زندگی، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ سوم.
چهارم	ارزش‌ها و عمل‌ها	روشن‌کردن ارزش‌ها، موانع پیش روی ارزش‌ها، اهداف و اعمال (رفتارها)، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ چهارم.
پنجم	تمایلات و افکار و احساسات	ارتباط با زمان حال و درنظرگرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی.
ششم	عمل‌ـ‌شروع به کار کردن	بازخورد، برنامه‌ریزی برای عمل، خود مشاهده‌گر، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده و جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ پنجم.
هفتم	تعهد	تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ هفتم.
هشتم	حفظ دستاوردهای درمان	تعهد، عود، اجرای پس‌آزمون، خداحافظی، تکلیف دائم.

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

(برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون شاپیرو- ویلک (برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت‌موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و سابقهٔ کار)، آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر		گروه درمان پذیرش و تعهد		گروه گواه		مقدار احتمال
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰	۰/۳۳۴
	مرد	۹	۴۵	۸	۴۰	
تأهل	مجرد	۵	۲۵	۷	۳۵	۱/۰۰۰
	متأهل	۱۵	۷۵	۱۳	۶۵	
گروه سنی	۳۰تا۴۰ سال	۴	۲۰	۶	۳۰	۰/۴۳۰
	۴۰تا۵۰ سال	۱۶	۸۰	۱۴	۷۰	
سابقهٔ کار	۵تا۱۰ سال	۹	۴۵	۸	۴۰	۰/۳۴۱
	۱۱تا۱۵ سال	۵	۲۵	۷	۳۵	
	۱۶تا۲۰ سال	۶	۳۰	۵	۲۵	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه گواه از نظر متغیرهای جنسیت، تأهل، سن و سابقهٔ کار، تفاوت معناداری به‌لحاظ آماری باهم ندارند ($p>0/05$).

جدول ۳. میانگین و پراکندگی نمرات متغیرهای ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی، اضطراب مرگ و ابراز هیجان در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی شناختی	پذیرش و تعهد	۵۹/۳۰	۵/۶۶	۵۲/۰۵	۵/۳۳	۵۲/۲۰	۴/۹۷
	گواه	۵۵/۴۰	۵/۰۴	۵۵/۱۰	۵/۰۲	۵۵	۵/۲۶
اجتناب تجربی	پذیرش و تعهد	۴۵/۰۵	۱۱/۵۲	۳۶	۱۱/۰۱	۳۵/۷۵	۱۱/۱۰
	گواه	۴۴/۴۵	۸/۶۱	۴۴/۳۰	۸/۶۳	۴۴/۲۵	۸/۶۳
اضطراب مرگ	پذیرش و تعهد	۱۳/۳۵	۰/۸۷	۱۰/۲۵	۰/۷۱	۱۰/۴۰	۰/۷۵
	گواه	۱۲/۶۰	۱/۱۸	۱۲/۰۵	۱/۱۹	۱۲/۶۰	۱/۱۴
ابراز هیجان	پذیرش و تعهد	۲۶/۸۰	۵/۳۸	۳۰/۸۵	۵/۳۳	۳۰/۰۵	۵/۵۷
	گواه	۳۱/۶۵	۴/۰۰	۳۲	۳/۸۳	۳۱/۹۵	۳/۷۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی و اضطراب مرگ پرستاران در پس‌آزمون کاهش داشته است و نمرات ابراز هیجان پرستاران در پس‌آزمون افزایش یافته است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها نتایج آزمون‌های شاپیرو- ویلک، ام‌باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد که متغیرهای ارزیابی شناختی، اجتناب تجربی، اضطراب مرگ و ابراز هیجان از مفروضهٔ نرمال‌بودن پیروی می‌کنند ($p>0/05$). ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رد نشد ($p>0/05$). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین مشخص کرد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است ($p>0/05$). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<0/001$)؛ ازاین‌رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین ازآنجاکه آزمون گرین‌هاوس‌گیزر تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد، بیانگر آن بود که در میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
ارزیابی شناختی	درون‌گروهی	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
		زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
		خطا	۱۰/۱۷	۷۶	۰/۱۸			
	بین‌گروهی	گروه	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	۳۰/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۴
		خطا	۱۲۵/۴۲	۳۸	۴/۴۷			
اضطراب مرگ	درون‌گروهی	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
		زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
		خطا	۲۷/۲۰	۵۵/۱۵	۰/۶۷			
	بین‌گروهی	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۲۹/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۱۶۷۸/۱۳	۳۸	۵۹/۹۳			
اجتناب تجربی	درون‌گروهی	زمان	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
		زمان*گروه	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
		خطا	۱۴/۸۸	۷۶	۰/۲۶			
	بین‌گروهی	گروه	۱۳/۶۱	۱	۱۳/۶۱	۴۴/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
		خطا	۱۴۷۸/۴۴	۳۸	۵۲/۸۰			
ابراز هیجان	درون‌گروهی	زمان	۲۳۰/۴۶	۱/۷۰	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
		زمان*گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
		خطا	۸۱/۵۱	۶۴/۷۸	۲/۰۲			
	بین‌گروهی	گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۳/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
		خطا	۱۳۵۱۶/۲۲	۲۸	۴۸۲/۷۲			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس متغیر ارزیابی شناختی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۴ است. تحلیل واریانس متغیر اضطراب مرگ برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۳ است. تحلیل واریانس متغیر اجتناب تجربی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۳۷ است؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر ابراز هیجان برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، اثر متقابل (زمان و گروه) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و میزان اثر بین‌گروهی ۰/۲۵ است؛ این مطلب به آن معنا است که در هر چهار متغیر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان بین دو گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی‌از تأثیر مداخله است. برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
ارزیابی شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۷	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۷۵	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۹	۰/۵۹	۰/۱۰۵
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۸۲	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۴۷	۰/۴۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۱۹	۰/۴۵۷
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۶۰	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۴/۷۵	۰/۵۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۷۲۱
ابراز هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۲۰	۰/۶۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱/۷۷	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۵۶۹

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر ارزیابی شناختی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد که ارزیابی شناختی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p=۰/۱۰۵$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر اضطراب مرگ در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$) و اضطراب مرگ در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود ($p=۰/۴۵۷$). همچنین نتایج مشخص کرد، نمرات متغیر اجتناب تجربی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$) و اجتناب تجربی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود ($p=۰/۷۲۱$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر ابراز هیجان در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$) و ابراز هیجان در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود ($p=۰/۵۶۹$). نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در مرحلهٔ پیگیری برای هر چهار متغیر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان ماندگار است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان در پرستاران بود. یافته‌ها نشان از اثربخشی گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مدنظر داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش میرزائی‌دوستان و همکاران مبنی‌بر اثربخشی پذیرش و تعهددرمانی بر اضطراب مرگ و سلامت روان در زنان مبتلا به HIV در شهر آبادان (۱۷) و پژوهش بیاتی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی پذیرش و تعهددرمانی بر اضطراب مرگ و وسواس مرگ در سالمندان (۱۸)، همسوست.

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی پرستاران می‌توان عنوان کرد که این شیوهٔ آموزشی به مراجع کمک می‌کند تا با بهبود ارزیابی شناختی طبق ارزش‌های انسانی عمل کند و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهد. ارزیابی شناختی به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظه‌های کنونی تماس دارد و برپایهٔ مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را براساس ارزش‌های برگزیده‌اش تغییر یا ادامه می‌دهد (۱۷). پرستاران با افزایش ارزیابی شناختی درمقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیراتر می‌شوند و به‌جای موضع انفعالی به‌هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند و برای حل مسئله اقدام می‌کنند. چنین وضعیتی به‌نوبهٔ خود می‌تواند زمینهٔ بهبود عملکرد را در پرستاران در اکثر موضوع‌ها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم کند (۱۸).

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ پرستاران نیز می‌توان گفت که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب مرگ مؤثر بوده است. به‌نظر می‌رسد آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تغییر نوع فکر و تغییرات نحوهٔ فکرکردن و برداشت از رنج‌ها و آسیب‌هایی که مستلزم زندگی بشری است، به میزان زیادی می‌تواند هیجانات منفی ازقبیل اضطراب مرگ را کاهش دهد. آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تعهد به ارزش‌ها است و مراجعان ترغیب می‌شوند تا آنچه را در ابعاد مختلف زندگی برای آن‌ها مهم است، بررسی و شناسایی کنند. بیرون‌راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد نمی‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (۱۶).

همچنین در تبیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی پرستاران می‌توان گفت، در آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآوردهٔ یک‌ذهن طبیعی هستند. آنچه افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته‌شدن فرد به محتوای افکار است (۱۳)؛ بنابراین اجتناب تجربی فرایند تغییر در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است (۱۲). ازآنجاکه اجتناب‌کردن، قدرت افکار و هیجانات اجتناب‌شده را افزایش می‌دهد، اثر متناقضی برای اجتناب تجربی وجود دارد (۷)؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موقعیتی را به‌وجود می‌آورد که طی آن پرستاران دربرابر راهکارهای کنترلی خود مبنی‌بر تلاش درجهت حذف افکار و احساسات، احساس درماندگی کنند. درنهایت این وضعیت زمینه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

را برای معرفی پذیرش به‌عنوان راه‌حلی جایگزین فراهم می‌کند و این پذیرش فرصتی می‌شود تا پرستاران به‌جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی به امور مهم و ارزش‌مند زندگی خود و سایر توانایی‌هایشان بپردازند (۱۶).

و در آخر نیز در تبیین آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ابراز هیجان پرستاران می‌توان گفت، برخلاف باورهای قدیمی، در گسترهٔ فعلی متون روان‌شناختی می‌توان اذعان داشت که هیجان‌ها دارای کارکردهای مفیدند و برای سازگاری در زندگی روزمره ضروری هستند. مطابق با آنچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند، هیجان‌ها اگر در زمان، مکان و موقعیت مناسب ابراز شوند منجربه پیامدهای مثبت خواهند شد (۱۰). بااین‌وجود، نبود مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی است (۱۱)؛ بنابراین آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در پرستاران می‌تواند در بهبود ابراز هیجان مفید و مؤثر واقع شود (۱۶).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد دربارهٔ خود که از این آزمون‌ها به‌دست می‌آید، با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد مشاهده می‌شود، متفاوت باشد. عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش کنترل نشد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر نیز انجام پذیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج این پژوهش مقایسه شود؛ همچنین در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران از فرد متخصصی به‌عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش بهره ببرند تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، آموزش گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی شناختی، اضطراب مرگ، اجتناب تجربی و ابراز هیجان پرستاران تأثیر دارد.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی پرستارانی که به‌عنوان شرکت‌کننده در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان بیمارستان آیت‌الله روحانی شهر بابل با شماره نامهٔ ۱۴۲ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش عبارت بود از: پیش از شروع پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ قبل از شروع پژوهش هر شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شد؛ محافظت از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان انجام شد؛ نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد؛ در صورت مشاهدهٔ هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم به‌منظور پیگیری به داوطلبان ارائه شد؛ مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت؛ این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد. نویسندگان اول و سوم داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کردند. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Melnyk BM, Orsolini L, Tan A, Arslanian-Engoren C, Melkus GD, Dunbar-Jacob J, et al. A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. J Occup Environ Med. 2018;60(2):126–31. doi: 10.1097/jom.0000000000001198
2. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. Br J Nurs. 2017;26(3):172-6 https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172
3. Seifi F, Ebrahimzadeh S. Predicting job performance of nurses based on emotional regulation and mental health practices. International Journal of Humanities and Cultural Studies. 2016;2(1):1620–9. https://www.ijhcs.com/index.php/ijhcs/article/view/1334
4. Matsukiyo Y, Nakao H, Kakuma T. Structuring the process of disaster relief nurses' cognitive evaluation of stress. Health Emergency and Disaster Nursing. 2018;5(1):12-24. https://doi.org/10.24298/hedn.2016-0012
5. Fry M, Arendts G, Chenoweth L. Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. J Clin Nurs. 2017;26(9-10):1281-90. https://doi.org/10.1111/jocn.13591

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]

6. Mioni G, Meligrana L, Perini F, Marcon M, Stablum F. Lack of temporal impairment in patients with Mild Cognitive Impairment. Front Integr Neurosci. 2019;13(5):42-61. https://doi.org/10.3389/fnint.2019.00042
7. Kim WS, Cho HH, Kwon S. The influence of terminal care performance, death anxiety and self-esteem on terminal care stress of geriatric hospital nurses. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care. 2016;19(2):154-62. https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.154
8. Sharifi Nia H, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. Int J of Community Based Nurs Midwifery. 2016;4(1):2-10. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709813/
9. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Plumb Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy modules: differential impact on treatment processes and outcomes. Behav Res Ther. 2016;77:52–61. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.001
10. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(4):751–70. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.009
11. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. Neurotherapeutics. 2017;14(3):546–53. doi: 10.1007/s13311-017-0521-3
12. Peluso PR, Freund RR. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. Psychotherapy. 2018;55(4):461-72. https://doi.org/10.1037/pst0000165
13. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E, et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. Psychol Trauma. 2017;9(Suppl 1):74–84. doi: 10.1037/tra0000127
14. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018;18(1):60–8. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.09.002
15. Ly KH, Asplund K, Andersson G. Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. Internet Interventions. 2014;1(3):95–101. doi: 10.1016/j.invent.2014.06.003
16. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. Appetite. 2015;84:171–80. doi: 10.1016/j.appet.2014.10.004
17. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. the effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iranian J Psy Cli Psy. 2019;25(1):2–13. [Persian] doi: 10.32598/ijpcp.25.1.2
18. Bayati A, Abbasi P, Ziapour A, Parvane E, Dehghan F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and death obsession in the elderly. World Family Medicine Journal. 2017;(10):122–8. doi: 10.5742/MEWFM.2017.93148
19. Peacock EJ, Wong PT. The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. Stress Medicine. 1990;6(3):227–36. doi: 10.1002/smi.2460060308
20. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. J General Psychol; 1970.82:165-77. https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676–88. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
22. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. J Pers Soc Psychol. 1990;58(5):864–77. doi: 10.1037//0022-3514.58.5.864
23. Shokri O, Matini Yekta L. The efficacy of Attributional Retraining Program on cognitive appraisal processes, conflict resolution strategies and marital adjustment. Quarterly of Applied Psychology. 2019;13(3):409-31. doi: 10.29252/APSY.13.3.409 [Persian]
24. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014;8(4):29–37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC4364474/
25. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record. 2004;54(4):553-78.
26. Abbasi I, Fata L, Moloudi R, Zarabi H. Psychometric adequacy the Persian vision of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Psychological Methods and Models. 2013;2(10):65-80. http://jpmm.miau.ac.ir/article_61.html?lang=en
27. Sharifinia MA, Haroonrashidi H. The relationship between the dark traits of personality and emotional expressiveness with satisfaction of life among the military personnel in Ahvaz, Iran. Military Psychology. 2020;11(41):41–9. [Persian] https://jmp.ihu.ac.ir/article_205209_8700c0998a06e045f41dcdf81af0e3c1.pdf?lang=en
28. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010;48(3):238-45. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.220.9]