

## مقایسه تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر اضطراب کووید و تاب‌آوری کارکنان سلامت و درمان

نادره سیداحمدی<sup>۱</sup>، علیرضا حیدری<sup>۲</sup>، پرویز عسگری<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر اضطراب کووید و تاب‌آوری است. به همین منظور ۶۰ نفر از کارکنان بخش سلامت و درمان به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس اضطراب بیماری کرونا و تاب‌آوری کانر و دیویدسون و طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس عاملی چندمتغیری، تحلیل کوواریانس عاملی تک‌متغیری (در متن مانکوا) و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله تأثیر معنادار بر متغیرهای مورد آزمون داشتند. درمان پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر تاب‌آوری و درمان مصون‌سازی در برابر استرس تأثیرگذارتر از درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب کووید در پس‌آزمون و پیگیری بودند.

واژگان کلیدی: اضطراب کووید، تاب‌آوری، درمان پذیرش و تعهد، درمان مصون‌سازی در برابر

استرس، کارکنان سلامت و درمان

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

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول): @eidarei

h iauahvaz.ac.ir

**Comparison of the effect of group therapy based of acceptance and commitment and stress inoculation training on the anxiety of COVID-19 and the resilience of health and treatment staff.**

Nadere SeyedAhmadi<sup>۱</sup> Alireza Heidarei<sup>۲</sup> Parviz Askary<sup>۳</sup>

The purpose of the current research is to compare the effect of group therapy based of acceptance and commitment and stress inoculation on COVID-19 anxiety and resilience. For this purpose, 60 employees of the health and treatment department were selected purposefully. The research instrument were Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) and Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the research design was pretest and post with a control group. In order to analyze the data, multivariate factorial covariance analysis, single-variable factorial covariance analysis (in Mankova's text) and Bonferroni's post hoc test were used. The results showed that both interventions had a significant effect on the tested variables. Acceptance and commitment therapy was more effective than stress inoculation training on resilience and stress inoculation training was more effective than acceptance and commitment therapy on COVID-19 anxiety after the test and follow-up.

**Key words:** anxiety of COVID-19, resilience, acceptance and commitment, stress inoculation, treatment staff

---

<sup>۱</sup> Ph.D. Student in Psychology ,Department of Psychology. Islamic Azad University. Ahvaz Branch. Ahvaz. Iran.

<sup>۲</sup> Associate Professort, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

<sup>۳</sup> Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author) h eidarei@ iauahvaz.ac.ir

## مقدمه

با ظهور ویروس سارس کووید ۱۲ در کشورهای مختلف در سراسر جهان، مشخص شد که شیوع این ویروس با هر اپیدمی مشابه دیگر مانند زیکا<sup>۲</sup>، ابولا<sup>۳</sup>، آنفلوانزای خوکی<sup>۴</sup> یا سارس متفاوت بود. آنچه آشکار است، نرخ بالای ابتلا به بیماری کووید<sup>۵</sup> در سال ۲۰۱۹ همراه با فقدان واکسن مؤثر (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰)، منجر به ظهور تجارب عاطفی در افراد از جمله اضطراب کرونا<sup>۶</sup> شده است. مطالعات بلکی و آبراموویتز (۲۰۱۷)، بلکی، روزمن، جاکوبی و آبراموویتز (۲۰۱۵)، ویتون، آبراموویتز، برمن، فابریکانت و اولاتونجی (۲۰۱۲)؛ وزی، استون، ژنگ و ژانگ (۲۰۱۱) مربوط به اضطراب ناشی از انتشار یک ویروس از جمله زیکا، ابولا، آنفلوانزای خوکی و سارس هستند.

اگرچه حالات اضطرابی که در نتیجه شیوع ویروس کووید نوزده ایجاد می‌شود ممکن است پیچیده و تا حدودی مبهم باشد، ولیکن دو گروه از عوامل وجود دارد که در اضطراب بیماری به وسیله ویروس نقش پررنگی ایفا می‌کنند. اولین مورد آمادگی یا پتانسیلی که فرد از نظر احساسی برای تجربه اضطراب‌های مشابه دارد و دومین فاکتور آگاهی و دانشی است که افراد درباره حقایق مرتبط با ویروس دارند (صادق‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱). متغیرهای دسته اول مانند ویژگی‌های شخصیتی، پریشانی روانی، حساسیت به اضطراب<sup>۷</sup> و اضطراب سلامتی<sup>۸</sup> هستند. در میان این متغیرها اضطراب سلامت و حساسیت به اضطراب به عنوان دو متغیری که احتمالاً بیشترین نقش را در ایجاد اضطراب کرونا بازی می‌کنند شناخته شده‌اند (ویتون و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). اضطراب سلامتی به یک

۱. SARS-COV- 2

۲. Zika

۳. Ebola

۴. Swine flu

۵. Coronavirus disease 2019

۶. Corona anxiety

۷. Anxiety sensitivity

۸. Health anxiety

۹. Wheaton et al

نگرانی نامتناسب یا غراق‌آمیز که فرد ممکن است در مورد وضعیت سلامت خود تجربه کند اشاره دارد. این اضطراب از فرضیاتی که فرد در ذهنش درباره شیوع و گسترش بیماری دارد ایجاد می‌شود (زی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). این اعتقادات ممکن است در ناهشیار وجود داشته باشند و طیف گسترده‌ای از اتفاقات همچون ابتلای یکی از بستگان به بیماری، توجه و پرداختن رسانه‌ها به بیماری و یا احساس و درک یک تغییر خاص در بدن منجر به فعال شدن این باورها شود (مارکوس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر حساسیت اضطرابی را ریس و مک نالی<sup>۳</sup> به عنوان ترس از احساسات مربوط به حالات برانگیختگی تعریف کرده‌اند. این نوع ترس از باورهایی که تجربه کردن برانگیختگی پیامدهای شدیدی مثل مرگ، جنون یا طرد اجتماعی را به همراه دارد، ناشی می‌شود (صادق‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین حساسیت به اضطراب به عنوان یک محرک تقویت‌کننده اضطراب عمل می‌کند و باعث می‌شود که فرد همیشه به نشانه‌های برانگیختگی توجه کند و نهایتاً به اضطراب بیشتر منجر می‌شود (تیلور<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). افراد با سطح بالای حساسیت اضطرابی تغییرات بدنی‌شان را به طر مکرر بررسی می‌کنند و در نتیجه ممکن است یک پاسخ اضطرابی شدیدتر به شیوع بیماری‌های مختلف داشته باشند (بلکی و آبراموویتز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷).

همان‌طور که گفته شد، اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی به عنوان اولین دسته‌بندی که آمادگی قبلی فرد برای ابتلا به اضطراب‌ها از جمله اضطراب کرونا را نشان می‌دهند، شناخته شده‌اند (بلکی و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). دسته دوم مربوط به دانش افراد در مورد حقایق مربوط به ویروس است (صادق‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱). اضطرابی که فرد از معرض قرار گرفتن غیرمستقیم بیماری و اخبار رسانه‌ها تجربه می‌کند می‌تواند به همان اندازه یا حتی بیشتر از زمانی باشد که شخص دیگری از طریق تجربه مستقیم این بیماری احساس می‌کند. بنابراین اطلاعات در مورد بیماری (خواه درست

---

۱. Xie

۲. Marcus

۳. Reiss and McNally

۴. Taylor

۵. Blakey & Abramowitz

و دقیق یا نادرست و غیر علمی) را می‌توان به عنوان دسته دوم عوامل مؤثر در برانگیختن اضطراب ناشی از شیوع ویروس پذیرفت. به علاوه با توجه به شرایط خاص که در مواجهه با همه‌گیری کووید ۱۹ ایجاد شده است احتمال تأثیر عوامل گروه سوم باید در کنار دو دسته قبلی در نظر گرفته شود. این دسته سوم را می‌توان سرعت گسترش و میزان بالای آلودگی به این ویروس، گستره جغرافیایی وسیع و همچنین نیاز گسترده به دولت در پیشگیری، مداخله و کنترل شیوع آن مد نظر قرار داد (صادق‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱).

همه افراد جامعه احتمال دارد اضطراب ناشی از ابتلا به کووید را تجربه کنند، اما کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی احتمالاً این اضطراب را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند چرا که در معرض آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به این ویروس قرار دارند. مطالعات مختلفی در خصوص ارتباط مشاغل و میزان خطر ابتلا به کووید انجام شد. در تعدادی از این مطالعات، مشاغل مربوط به سیستم‌های خدمات درمانی، پرمخاطره‌ترین مشاغل از این نظر قلمداد شدند (سرکارات و همکاران، ۱۳۹۹).

در مطالعه لیو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در بین ۱۶۴ نفر از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که با معالجه بیماران آلوده تماس مستقیم داشتند شیوع اضطراب ۱۲/۵ درصد بوده است. مطالعه هوانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که شیوع علائم اضطراب در پرستاران ۲۶/۸۸ درصد و بیشتر از پزشکان ۲۲/۶۷ درصد بوده است. ژو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز شیوع علائم اضطراب و افسردگی در پزشکان و پرستاران درگیر مراقبت و بیماران مبتلا به کرونا را به ترتیب ۱۱/۴ و ۲۷/۹ درصد گزارش کردند. در مطالعه کانگ<sup>۴</sup> (۲۰۲۰) تأکید شده است که جامعه و اطرافیان باید به طرق مختلف به کادر بهداشت و درمان، توجه ویژه داشته باشند. اغلب پرسنل درمانی در بیمارستان‌ها آموزش کافی برای فراهم کردن مراقبت‌های مرتبط با سلامت روان را ندیده‌اند. مطالعات زیادی گزارش داده‌اند که این همه‌گیری می‌تواند علائم جدید روان‌پزشکی را در افراد فاقد بیماری روانی ایجاد کند و

---

۱. Liu

۲. Huang

۳. Zhu

۴. Kang

وضعیت مبتلایان به بیماری‌های روانی را از قبل وخیم‌تر کند (هو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). گذشته از آنچه در ابتدا عنوان شد، مؤلفه‌های روان‌شناختی متفاوتی وجود دارند که فرد با بهره‌مندی از آن می‌تواند خود را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت کند (لو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). متغیر مهمی که می‌توان در این زمینه مورد توجه قرار داد تاب‌آوری<sup>۳</sup> است. تاب‌آوری، قدرت سازگاری بهتر در شرایط دشوار است. یک فرد تاب‌آور موقعیت دشوار را به صورت مثبت‌تری در نظر می‌گیرد، با تهدیدها و سختی‌ها روبه‌رو می‌شود و با وجود این، به سازگاری دست می‌یابد، سلامت روان خود را حفظ می‌کند و آن را ارتقا می‌بخشد. بنابراین در شرایط بحرانی و برای افراد با موقعیت‌های حساس و پرخطر تاب‌آوری یک فاکتور مهم به حساب می‌آید. در مدل استرس بیماری اعتقاد بر این است که افراد در صورتی دچار یک بیماری یا اختلال می‌شوند که در ابتدا زمینه‌زیستی، روان‌شناختی یا روانی اجتماعی برای ابتلا به آن اختلال یا بیماری را داشته باشند و سپس تحت استرس قرار گیرند. در حالی که بسیاری افراد زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها را دارند، اما همه دچار این بیماری‌ها نمی‌شوند. آنچه مانع از پای درآمدن افراد در مقابل استرس می‌شود روش‌هایی است که آن‌ها برای تعدیل استرس به کار می‌برند. این روش‌های کارآمد بر پایه‌ی ویژگی تاب‌آوری بروز می‌کند (مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۸).

پژوهش‌ها بر ارتباط معکوس این دو متغیر صحه گذاشته‌اند، به گونه‌ای که با افزایش تاب‌آوری، اضطراب کرونا کاهش می‌یابد (لابراگو و دلوس سانتوس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ مشوا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰؛ ژانگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰ و عینی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به تعریف تاب‌آوری، افراد با تاب‌آوری بالاتر، در شرایط بحرانی همچون شرایط همه‌گیری کووید

۱. Ho

۲. Lou

۳. resilience

۴. Labrague & Delos Santos

۵. Mosheva

۶. Zhang

سازگاری بالاتری دارند و به سادگی دچار اضطراب نمی‌شوند (ران<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). تاب‌آوری موجب می‌شود فرد به جای به کار بردن راهبردهای هیجان‌مدار، از راهبردهای مسئله‌مدار در مواجهه با شرایط پرتنش استفاده کند (دانیالی و اسکندری، ۱۴۰۰). یکی از تجارب تنش‌زا اشتغال فرد در حرفه‌ای خاص است، مشاغلی که به دلیل ماهیت آن‌ها فرد شاغل عموماً در تنیدگی قرار می‌گیرد (مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۸). ظرفیت تاب‌آوری به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده جهت جلوگیری و کاهش استرس‌های حرفه‌ای محسوب می‌شود (مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۸). در بین مشاغل، افراد شاغل در بخش بهداشت و درمان به واسطه نوع وظایف با شرایط بحرانی و همراه با استرس و اضطراب بالایی روبه‌رو هستند، این شرایط می‌تواند سبب مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی شود و عوارض خفیف یا شدید روانی را ایجاد یا تشدید نماید. ارتقای تاب‌آوری در سازمان نه تنها غلبه بر چالش‌ها، رویدادها و شرایط ناخوشایند را تسهیل می‌کند، بلکه امکان مقابله با این رویدادها و ایجاد شرایط کاری مساعد و مطلوب را فراهم می‌کند.

از جمله رویکردهای شناختی که در عرصه روان‌درمانی مطرح شده و مورد استفاده قرار گرفته، آموزش مصون‌سازی در برابر استرس<sup>۲</sup> است. در رویکرد شناختی-رفتاری مصون‌سازی در برابر استرس، پس از ارزیابی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری، تلاش می‌شود تا از تمام ظرفیت‌های عاطفی و روانی فرد که منابع مقابله‌ای وی محسوب می‌شوند، استفاده شود تا از آن طریق افراد بتوانند از مشکلات پدید آمده بر اثر فشار و ناملایمات دیگر رها شوند (مایکن بام، ۲۰۰۷). مایکن بام عقیده دارد که تغییر باورهای افراد درباره رفتارها و در پی آن خود‌گویی آن‌ها درباره مقابله با فشارهای روانی بیش از هر چیز در مواجهه با فشار روانی مؤثر است (صفاری نیا و ترخان، ۱۳۹۳). آموزش مصون‌سازی در برابر استرس، به منظور پرورش مهارت‌های مقابله‌ای برای حل مشکلات حال و آینده طراحی شده است. در واقع این آموزش افراد را با دفاع پیش‌گستر<sup>۳</sup> یا به بیانی‌اشنایی با مهارت‌های مقابله‌ای برای مواجهه با موقعیت‌های پرتنش روانی در آینده آماده می‌کند. در این روش، بر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری تأکید می‌شود و هدف، آموزش

---

۱. Ran

۲. Stress inoculation training

۳. Proactive defenses

مهارت‌ها به افراد برای مواجهه بهتر با مشکلات است. در این آموزش از فنونی مانند آرام‌سازی عضلانی، تنش‌زدایی، تحلیل منطقی، خودگویی مثبت، مهارت حل مسئله، تصویرسازی ذهنی استفاده می‌شود. روش مصون‌سازی در برابر استرس در کنترل، درمان و پیشگیری از انواع مشکلات، در مقاطع سنی متفاوت و در گروه‌های شغلی مختلف مورد استفاده قرار گرفته است.

تا کنون پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه اثر بخشی مداخله پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> در سازگاری، افسردگی، اضطراب و بهزیستی روانی-اجتماعی پرداخته‌اند. این درمان شش اصل اساسی دارد: گسلش<sup>۲</sup>، پذیرش<sup>۳</sup>، تماس با لحظه حاضر<sup>۴</sup>، مشاهده خود<sup>۵</sup>، ارزش‌ها<sup>۶</sup> و عمل متعهدانه<sup>۷</sup>. مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی است. آموزش مداخله پذیرش و تعهد بدین صورت عمل می‌کند که به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساسات افزایش یابد. هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای از بین بردن آسیب‌شناسی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۸</sup> است. این مفهوم در حیطه درمان پذیرش و تعهد رشد یافته است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی تماس هر چه کامل‌تر با لحظه لحظه‌های زندگی، هنگامی که در دستیابی به هدف‌های ارزشمند مفید واقع می‌شود. درمان پذیرش و تعهد به وسیله افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به دنبال کاهش اجتناب تجربه‌ای است، فرایندی شامل هر رفتاری که کارکرد آن جلوگیری یا کنترل تجارب درونی مانند افکار، احساسات و حس‌های فیزیولوژیک است (بحرینیان و همکاران،

۱. Acceptance and Commitment therapy
۲. defusion
۳. acceptance
۴. Contact with the present moment
۵. Observing self
۶. values
۷. Committed action
۸. Psychological Flexibility

۱۳۹۵). مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت روانی در محیط کار، به ویژه در بین پرستاران است (دورت و پینتوگویا، ۲۰۱۷). از این جهت که پرستاران دائماً در حال کنار آمدن با هیجانات و احساسات ناخوشایند، افکار منفی، مواجهه مستمر با رنج، آسیب و فقدان هستند. هر چه آن‌ها بیشتر افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی یا دیگر تجارب درونی‌شان را به صورت بد یا ناخواسته ببینند و در نتیجه تلاش‌هایی برای کنترل یا اجتناب از آن‌ها انجام دهند، به احتمال بیشتری پیامدهای منفی مرتبط را تجربه می‌کنند (میرشکار و همکاران، ۱۳۹۹). در حالی که سطوح بالای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سلامت روانی بهتر، عملکرد شغلی بالاتر و افزایش توانایی برای یادگیری مهارت‌ها در محیط کار همبسته است. مداخلات مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌توانند به وسیله افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کارکنان، سلامت روانی آن‌ها را بهبود بخشند، نوآوری را افزایش دهند و خطر پیامدهای مرتبط با استرس را کاهش دهند (میرشکار و همکاران، ۱۳۹۹). ضرورت شناخت و یافتن راه‌حل‌های مؤثر در جهت کاهش عوامل تنش‌زای شغلی و بهبود وضعیت سلامت از دلایلی است که اهمیت پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. از این رو در تحقیق حاضر تلاش شده است در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مصون‌سازی در برابر استرس بر اضطراب کووید و تاب‌آوری کارکنان سلامت و درمان شهر اهواز بررسی صورت گیرد.

## روش

تحقیق حاضر از نوع آزمایشی و بر حسب هدف، از نوع پژوهش کاربردی است. طرح تحقیق از طرح‌های تحقیقی تجربی شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود.

جامعه تحقیق شامل کلیه کارکنان بخش بهداشت و درمان شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بودند که به ویژه در بخش‌های کرونا و مرتبط با آن خدمت می‌کردند. نمونه تحقیق شامل ۶۰ نفر از کارکنان بخش بهداشت و درمان از سه بیمارستان شهر اهواز بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه همتا

شدند. گفتنی است که آزمودنی‌های پژوهش ۴۵ نفر پرستار، ۷ کمک پرستار و ۸ نفر از سایر افراد شاغل بودند، ۳۰ نفر از شاغلان متأهل و ۳۰ نفر مجرد؛ ۱۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن؛ ۵۳ نفر نوبت کار و ۷ نفر روزکار؛ میانگین ساعت کاری ۲۶ نفر ۴۲ ساعت و کمتر، ۳۰ نفر ۴۲ تا ۶۰ ساعت و ۴ نفر ۶۱ ساعت و بالاتر بود که همگی به صورت تصادفی در هر سه گروه انتخاب شدند.

در هر سه گروه پیش‌آزمون انجام شد و پس از آن برای گروه آزمایش اول، آموزش پذیرش و تعهد ۸ جلسه و گروه آزمایش دوم، آموزش مصون‌سازی در برابر استرس ۱۰ جلسه انجام شد و برای گروه لیست انتظار در حین انجام پژوهش هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. پس از آن از سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. به علت پاندمی کرونا و شرایط خاص کادر درمان، پژوهش در مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها با هماهنگی قبلی لینک پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد و در مرحله مداخلات، جلسات از طریق اسکای روم برگزار گردید. پژوهشگران آموزش‌های لازم قبل از اجرای طرح را دریافت نموده و در پژوهش‌های پیشین آموزش‌ها را به کار برده‌اند.

جهت رعایت اصول اخلاقی در تحقیق حاضر، کلیه مسیر تحقیق و اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و کلیه سؤالات و ابهامات ایشان در قبل و حین اجرای تحقیق ذکر شد، در همین راستا ملاک ورود در تحقیق حاضر: (۱) شاغل بودن در بخش بهداشت و درمان، (۲) تمایل به همکاری، (۳) تکمیل رضایت‌نامه، (۴) کسب نمرات قابل انتظار در هر یک از پرسشنامه‌ها (حداقل نمره لازم در هر پرسشنامه که نشان‌دهنده وجود مداخله است)، (۵) عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه، (۶) عدم شرکت در کلاس‌های مراقبه قبل از اجرای طرح و ملاک‌های خروج نیز شامل: (عدم تمایل به همکاری؛ دو جلسه غیبت در جلسات آموزش؛ داشتن اختلالات روان‌شناختی و استفاده از داروها جهت درمان اختلال روان‌شناختی).

### ابزار پژوهش

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای است که در مقیاس لیکرت صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (کاملاً درست)

۱. Conner- Davidson Resilience Scale

نمره گذاری می‌شود. تصور از شایستگی فردی<sup>۱</sup>، اعتماد به غرایز فردی<sup>۲</sup>، تحمل عاطفه منفی<sup>۳</sup>، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن<sup>۴</sup>، کنترل و تأثیرات معنوی<sup>۵</sup> زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌اند. کانر و دیویدسون پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار اختلال اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه را ۸۷٪ گزارش کردند. روایی همگرایی این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شد و نتایج نشان داد که پرسشنامه تاب‌آوری با پرسشنامه سرسختی کوباسا ۸۳٪ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۷۶٪- رابطه دارد. روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۱۴٪ تا ۶۴٪ بود (کاویانی و همکاران، ۱۳۹۱). کیهانی، تقوایی، رجیبی و امیرپور (۱۳۹۳) پرسش‌نامه تاب‌آوری را در ایران هنجاریابی کردند. نتایج ضرایب همبستگی روایی هم‌زمان حاکی از همبستگی منفی و معنادار تاب‌آوری و پرخاشگری و همبستگی مثبت و معنادار با خودکارآمدی و رضایت از زندگی بود. همچنین برای محاسبه پایایی، مقدار آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی اسپیرمن-بروان به ترتیب ۶۶۹٪ و ۶۶۵٪ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۸۲٪ به دست آمد.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا<sup>۶</sup>: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. این مقیاس در طیف لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲، همیشه=۳) ساخته شده است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول آلفا ۸۷۹٪ و عامل دوم آلفا ۸۶٪ و آلفای کل پرسشنامه ۹۱۹٪ به دست آمد. روایی پرسشنامه به روش روایی وابسته به همبستگی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد

- 
۱. Perception of individual competence
  ۲. Trust in individual instincts
  ۳. Tolerate negative emotions
  ۴. Accepting positive and safe emotions
  ۵. Spiritual effects
  ۶. Corona Disease Anxiety Scale

سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> بررسی شده که نتایج حاکی از همبستگی معنادار با مؤلفه‌های مربوط به این پرسشنامه است. نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳، ۰/۲۶۹. به دست آمد. پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸. به دست آمد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اقتباس از: هیز، باند، بارنز-هلمز و آستین، ۲۰۰۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) اجرا شد. آموزش مصون‌سازی در برابر استرس: آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس که مبتنی بر نظریه مایکنبام (۲۰۰۷) است در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر گروه آزمایشی اعمال شد. به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و مفروضه‌های آن و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده spss23 بود.

جدول ۱ محتوای آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

هدف	محتوا
جلسه اول آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی- مفهوم‌سازی مشکل	بیان قواعد و مقررات جلسات درمان - بیان قواعد و اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - معارفه اعضا- بررسی انتظارات اعضا از درمان آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای و درماندگی خلاق- کنترل به عنوان مشکل (ایجاد تمایل به ترک برنامه‌های ناکارآمد و تفهیم این موضوع که کنترل مشکل است نه راه‌حل) - ارائه استعاره بیل و بیلچه - باتلاق شنی- ارائه تکلیف خانگی-
جلسه دوم آشنایی گروه با مفهوم ارزش‌ها	شناسایی و عینی کردن ارزش‌ها- ارزش‌ها در مقایسه با اهداف (توضیح مفهوم ارزش‌ها و تفاوت آن با انتظارات و باورها) - لیست ارزش‌های رایج تکنیک جلسه: استفاده از استعاره آخرین جشن تولد- نوشتن زندگی‌نامه شخصی- ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم اقدام عمل متعهدانه	تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌های مرکزی- بررسی موانع عمل استعاره‌ها و تمرین‌ها برای اقدام متعهدانه: انتظار برای قطار اشتباه، همسفران، درختکاری
جلسه چهارم آشنایی با مفهوم آمیختگی	بررسی تکلیف و مرور مطالب جلسه قبل- توضیح آمیختگی با افکار، احساسات و.... تمرین‌های همجوشی‌زدایی برای فاصله گرفتن و

۱. GHQ-28: General Health Questionnaire-28

هدف	محتوا
شناختی	مشاهده مانند برگ‌های شناور در نهر جاری، تماشای قطار ذهن تمرین‌های همجوشی زدایی برای عاری‌سازی زبان از معنای حقیقی همچون لیمو لیمو لیمو، ترشی ترشی ترشی
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم پذیرش
جلسه ششم	آشنایی با مفهوم ارتباط با زمان حال
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم خویش‌شن مشاهده گر
جلسه هشتم	آشنایی با مفهوم مهارت‌های فراگرفته شده- پرداختن به تغییرات ایجاد شده و نحوه حفظ آن‌ها
	مرور مهارت‌های فراگرفته شده- پرداختن به تغییرات ایجاد شده و نحوه حفظ آن‌ها
	مرور جلسه قبل و رفع ابهامات - مرور مفاهیم- توسعه آموزش‌ها به زندگی شرکت‌کنندگان- بررسی سؤالات و موانع اجرای هر مهارت- ختم جلسه

هدف	موضوع
برقراری رابطه مبتنی بر همکاری، جلسه اعتماد و همکاری اعضای گروه، کاهش تنش گروهی، ذکر قوانین، اهداف و انتظارات اعضای گروه، ابراز علت انتصاب و گزینش اعضا	جلسه اول آشنایی اولیه
۱. مفهوم‌سازی مشکل و تعیین عوامل ۲. بحث در مورد فشار روانی ناشی از مشاغل	جلسه دوم فشار روانی چیست؟ و شناسایی فشار روانی و دادن تمرین
ذکر نقش افکار و باورها در بروز فشار روانی بحث در مورد علائم ناشی از فشار روانی بحث در مورد پیامدها و مشکلات مرتبط با فشار روانی مشاغل و تأثیر آن بر فرسودگی شغلی و نارضایتی شغلی	جلسه سوم یادآوری جلسه قبل و انجام تمرین بیشتر
ارائه آموزش آرام‌سازی جهت کنترل تنش و فشار روانی گروه	جلسه چهارم یادآوری جلسه قبل تمرین آموزش آرام‌سازی
۱. آگاه ساختن گروه از افکار و احساسات غیرمنطقی ۲. شناخت عبارت‌ها و خودبیانی‌های مثبت و منفی	جلسه پنجم ۱. تمرین آرام‌سازی عضلانی ۲. آموزش نقش افکار در احساس و رفتار + آموزش بازسازی شناختی
شناخت افکار و خودگویی‌های اتوماتیک و خطاهای شناختی ایجادکننده افکار منفی	جلسه ششم تمرین آرام‌سازی + یادآوری آموزش جلسه قبل آموزش خطاهای شناختی
شخص با خودش بگوید که در موقعیت‌های متفاوت چه کاری انجام دهد و قبل از عمل بیندیشد.	جلسه هفتم تمرین آرام‌سازی + یادآوری آموزش جلسه قبل چالش با خودگویی‌های خودکار جایگزینی خود بیانی مثبت
آموزش لازم جهت تصمیم‌گیری مناسب و به موقع در شرایط پرفشار و فشارزا	جلسه هشتم تمرین آرام‌سازی + یادآوری جلسه قبل آموزش حل مسئله
آشنایی با روان‌شناسی ارتباط مؤثر	جلسه نهم تمرین آرام‌سازی + یادآوری جلسه قبل آموزش روان‌شناختی ارتباط مؤثر

موضوع	هدف
جلسه دهم تمرین آرام سازی + یادآوری جلسه قبل تمرین تصویرسازی ذهنی	تشویق مراجعان به انجام پاسخ های مناسب در موقعیت عملی روزمره و به حداکثر رساندن احتمال تعمیم نتایج

### یافته ها

جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره های پس آزمون اضطراب کرونا و تاب آوری در گروه های آزمایشی (۱ و ۲) و گواه را نشان می دهد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره های پس آزمون اضطراب کرونا و تاب آوری در گروه های آزمایشی (۱ و ۲) و گواه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلابی	۱/۲۶	۴۷	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۵	۶۵/۷۲	۴	۱۰۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۶/۷	۸۸/۸۶	۴	۱۰۶	۰/۰۰۱
بزرگ ترین ریشه روی	۶/۷	۱۶۵/۷۹	۲	۵۵	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می شود، آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) در گروه های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مصون سازی در برابر استرس و گواه نشان می دهد که این گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای نمره های پس آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره های پس آزمون اضطراب کرونا و تاب آوری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اضطراب کرونا	۳۸۳/۱۲	۲	۱۹۱/۵۶	۱۰۷/۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
تاب آوری	۶۴۹/۱۵	۲	۳۲۴/۵۷	۹۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷

این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (اضطراب کرونا و تاب‌آوری) بین گروه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین اثر مداخله آزمایش در مورد هر ۲ متغیر وابسته مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۶، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته اضطراب کرونا و تاب‌آوری در سه گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱)، گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس (۲) و گروه گواه (۳) ارائه شده است.

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته اضطراب کرونا و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
گروه ۱- گروه گواه	۲۶/۳۸ و ۳۱/۰۷	-۴/۶۸	۰/۴۲	۰/۰۰۱
گروه ۲- گروه گواه	۲۴/۹۹ و ۳۱/۰۷	-۶/۰۷	۰/۴۳	۰/۰۰۱
گروه ۱- گروه ۲	۲۴/۹۹ و ۲۶/۳۸	۱/۳۹	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶
گروه ۱- گروه گواه	۶۷/۴۱ و ۵۹/۳۶	۸/۰۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱
گروه ۲- گروه گواه	۶۴/۵۶ و ۵۹/۳۶	۵/۲	۰/۶۰	۰/۰۰۱
گروه ۱- گروه ۲	۶۷/۴۱ و ۶۴/۵۶	۲/۸۴	۰/۵۹	۰/۰۰۱

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس در اضطراب کرونا و تاب‌آوری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس؛ در متغیر اضطراب کرونا تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس و در متغیر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ در هر دو متغیر وابسته در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که این دو رویکرد اثربخش بوده است.

جدول ۷، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پیگیری اضطراب کرونا و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی (۱ و ۲) و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پیگیری اضطراب کرونا و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی (۱ و ۲) و گواه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلائی	۱/۱۲	۳۵/۲	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۴۹/۷۳	۴	۱۰۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۰۸	۶۷/۳۷	۴	۱۰۶	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۴/۶۵	۱۲۸/۰۷	۲	۵۵	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) در گروه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا برای نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پیگیری اضطراب کرونا و تاب‌آوری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اضطراب کرونا	۴۵۶/۳۶	۲	۲۲۸/۱۸	۹۵/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
تاب‌آوری	۳۸۶/۳۱	۲	۱۹۳/۱۵	۵۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷

این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (اضطراب کرونا و تاب‌آوری) بین گروه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین تداوم اثر مداخله آزمایش در مورد هر ۲ متغیر وابسته مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۹، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته اضطراب کرونا و تاب‌آوری در سه گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱)، گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس (۲) و گروه گواه (۳) ارائه شده است.

جدول ۹ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته اضطراب کرونا و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پیگیری

گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل‌یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
اضطراب	گروه ۱- گروه گواه	۲۵/۷۷ و ۳۱/۰۴	۵/۲۷-	۰/۰۰۱
کرونا	گروه ۲- گروه گواه	۲۴/۴۸ و ۳۱/۰۴	۶/۵۵-	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	گروه ۱- گروه گواه	۶۶/۱۲ و ۵۹/۹۱	۶/۲۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲- گروه گواه	۶۳/۹۱ و ۵۹/۹۱	۴	۰/۰۰۱
	گروه ۱- گروه ۲	۶۶/۱۲ و ۶۳/۹۱	۲/۲۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس در اضطراب کرونا و تاب‌آوری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس؛ در متغیر اضطراب کرونا تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مصون‌سازی در برابر استرس و در متغیر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ در هر دو متغیر وابسته در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که اثربخشی این دو رویکرد تداوم داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل نشان داد بین گروه‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصون‌سازی در برابر استرس اثر معناداری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب کووید کارکنان بهداشت و درمان دارند. همچنین نتایج نشان داد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه مصون‌سازی در برابر استرس، در متغیر اضطراب کووید تفاوت معناداری به نفع گروه مصون‌سازی در برابر استرس و در متغیر تاب‌آوری تفاوت معناداری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. نتایج این پژوهش همسو با برخی یافته‌های پژوهش‌های حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، توکلی

صالح و ابراهیمی (۱۴۰۰)، کاویانی و همکاران (۱۳۹۹)، بهشتیان و همکاران (۱۳۹۷)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۶)، صفاری‌نیا، ترخان، مهرآبادی (۱۳۹۳)، پینگو، دیکسون و پالیلی ناس<sup>۱</sup> (۲۰۲۰)، نوایی و کیخا (۲۰۱۹)، شمس‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷) است.

در طی درمان مصون‌سازی در برابر استرس شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌زا و عوامل تشدیدکننده آن و استفاده از فنون شناختی-رفتاری، سبب می‌شود که تدریجاً افکار خودآیند منفی درمانجو به اهداف هدفمند بلندمدت تبدیل شود که با واقعیت عینی سازگارترند. هدف درمان عمدتاً کاهش اضطراب از طریق اصلاح افکار غلط و ناکارآمد است (بهشتیان و همکاران، ۱۳۹۷). آموزش مصون‌سازی موجب افزایش احساس توانمندی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی می‌گردد بدین ترتیب امکان افزایش تاب‌آوری شخص مهیا می‌شود. این آموزش همچنین با فنونی همچون شناسایی افکار و احساسات غیر منطقی، آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های آرام‌سازی، افزایش قدرت مهارگری (توانایی فرد در مهار و مدیریت شرایط که یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری است) را موجب می‌شود که این ویژگی به فرد کمک می‌کند تا شرایط فشارزا را به نحو سازگارانه‌ای مدیریت نماید و با کسب این مهارت‌ها فرد عمل متناسب با شرایط را می‌آموزد (صفاری‌نیا و ترخان، ۱۳۹۳).

در درمان پذیرش و تعهد بیمار می‌آموزد که چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کند، با افکار مزاحم آمیخته نشود، هیجانات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر بپذیرد. بنابراین استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش موجب می‌شوند که میزان آزارندگی این موقعیت‌ها برای فرد کاهش یابد و این کاهش اضطراب‌های موقعیت‌های پر استرس در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، می‌تواند به افزایش تاب‌آوری بینجامد. علاوه بر این، بحث در مورد ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها به جای پرداختن به به اعمال مواجهه با شرایط است که می‌تواند یکی دیگر از دلایل افزایش تاب‌آوری در افراد باشد (کاویانی، ۱۳۹۹). انعطاف‌پذیری ایجاد شده از فرایند کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که خصوصاً از طریق گسلش و پذیرش ایجاد می‌شود می‌تواند موجب شود فرد شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود بیابد که این نیز خود یکی از دلایل افزایش تاب‌آوری در افراد است.

۱. Pingo, Dixon, Paliliunas

افراد با تاب‌آوری بالاتر رویدادهای دشوار را به صورت انعطاف‌پذیرتر و با واقع‌بینی بیشتر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی می‌دانند. سازوکارهای تاب‌آوری در کاهش اضطراب به این نحو عمل می‌کند که مؤلفه‌های اصلی آن اعتماد به نفس، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا به مثابه یک حائل عمل می‌کند و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهد (وود<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). همچنین در تبیین دیگر، فرد تاب‌آور قادر به تحمل مثبت رویدادهای استرس‌زا می‌باشد، کمتر فاجعه‌سازی می‌کند در نتیجه در سازمان‌دهی مجدد خود توانمند است، به جای فاجعه‌سازی از روش‌های مقابله سازگار مثل کنار آمدن استفاده می‌کند تا جایی که راه‌حلی برای مشکل خود بیابد و در مواقع لزوم از دیگران نیز کمک می‌گیرد. در نتیجه منطقی است که با افزایش تاب‌آوری، میزان اضطراب کووید کاهش یابد (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به اینکه در متغیر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد می‌توان این‌گونه توجیه کرد که در این رویکرد فرد از مشکلات و مسائل اجتناب نمی‌کند و با آن‌ها روبه‌رو می‌شود و به شکل پویا در پی حل مشکلات قابل حل و پذیرفتن مسائل خارج از کنترل سوق داده می‌شود در نتیجه تاب‌آوری افزایش می‌یابد. علاوه بر این در نهایت باید به این موضوع اشاره شود که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در نتیجه آموزش اکت ایجاد می‌شود عامل مؤثر و قدرتمندی برای افزایش تاب‌آوری به میزان بیشتر است.

موضوع دیگری که در درمان پذیرش و تعهد مطرح است ذهن آگاهی است. این فرایند توانایی ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌های فرد است که این امر از طریق فرایندهای اصلی درمان همچون: افزایش پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) و کاهش اعمال کنترلی نامؤثر به فرد می‌آموزد که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود. افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف یا اجتناب از آن‌ها بپذیرند. در نتیجه، این شیوه از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش مؤثری در

کاهش اضطراب کرونا داشته باشد (دشت بزرگی، مقدم و مقدم، ۱۴۰۰).

با آموزش گسلش مراجع یاد می‌گیرد که فکر را به صورت فکر، احساس را به صورت احساس، احساسات بدنی را به همان صورت در نظر بگیرد و نه حقایق غیر قابل تغییر و مراجعان به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند (باتن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). با آموزش طی جلسات، افراد با مفهوم گسلش از افکار اضطراب‌زا و پذیرش احساسات ناخوشایند آشنا می‌شوند، علاوه بر این توجه و آشنایی با ارزش‌های شغلی و زندگی و تعیین اهداف همراستا با این ارزش‌ها و بودن در زمان حال را می‌آموزند. تمرین این اصول باعث کاهش اضطراب در طی دوره آموزش و مرحله پیگیری شده است. با توجه به کاهش بیشتر اضطراب کووید در گروه مصون‌سازی این احتمال وجود دارد که تمرینات تنش‌زدایی که در طی جلسات مصون‌سازی وجود دارد باعث تخلیه تنش‌ها و اضطراب‌های ناشی از شرایط کاری و شغلی می‌شود. به عبارتی دلیل این کاهش در گروه مصون‌سازی را می‌توان به تغییرات ساختارشناختی آن‌ها در کنار آثار آرمیدگی نسبت داد. در واقع کسب اطلاعات جدید و مخالف افکار خود آیند و بررسی موقعیت به وجود آورنده تنش و سلسله‌مراتب آن منجر به حل تعارض و از بین رفتن احساس گناه ناشی از بیان عقاید و احساسات می‌گردد. آرمیدگی از طریق کاهش انقباض عضلانی، قطع چرخه استرس-تنش و تمرین مداوم آرمیدگی و انجام تکالیف خانگی، به عنوان فرصتی برای تعمیم نتایج و دانسته‌های گروه به زندگی روزمره، باعث بهبود اضطراب می‌شود. وقتی افراد در جلسات مصون‌سازی، مهارت بازسازی شناختی، حل مسئله، ابراز وجود منطقی، مهارت‌های بین فردی را می‌آموزند و در موقعیت‌های واقعی خود به کار می‌گیرند، بهتر می‌توانند متناسب با شرایط محیطی، رفتارهای منطقی‌تر نشان دهند و این خود موجب کاهش تنش‌های هیجانی می‌شود (نیکوئی، ۱۳۹۸).

این مطالعه محدود به کارکنان بخش بهداشت و درمان و به ویژه پرستاران چند بیمارستان دولتی در اهواز است و از این رو، نمی‌توان نتایج آن را به همه کارکنان بخش سلامت و درمان تعمیم داد و باید در تعمیم یافته‌ها این موضوع را مد نظر قرار داد. افزون بر این تأثیر باید سایر درمان‌ها بر اضطراب‌های مشابه با اضطراب کووید بررسی شود و نتایج

مطالعات مورد مقایسه قرار گیرد. از محدودیت‌های دیگر مطالعه، وجود متغیرهای مداخله‌گر احتمالی در حوزه‌های مختلف همچون شخصیتی، اقتصادی، روان‌شناختی، عدم کنترل ارتباط گروه‌ها و کنترل بین جلسات آموزش گروهی است که به تأثیرگذاری متغیرهای مستقل می‌انجامد. به علاوه این پژوهش به صورت مجازی انجام شد و ارتباط رو در رو در جلسات آموزش امکان‌پذیر نبود، در شرایط حضوری آموزش آسان‌تر و مسائل شرکت‌کنندگان قابل تشخیص و پیگیری بهتر است که در این پژوهش این امکان وجود نداشت. شایان ذکر است با توجه به یافته‌های فوق، خدمات مشاوره یکی از نیازهای کارکنان بخش بهداشت و درمان است و ارائه خدمات مشاوره شغلی و روان‌شناختی باید به نحو مطلوب‌تری در دسترس آنان باشد. ضروری است وزارت بهداشت به این مهم توجه ویژه نماید.

### تشکر و قدرانی

از تمامی افراد و مسئولان از جمله حوزه معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، کارکنان و پرستارانی که به نحوی در این پژوهش با ما همکاری نمودند کمال تشکر و قدرانی را داریم. این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و با کد اخلاق IR.IAU.AHVAVZ.REC.1400.141 است.

### منابع

- باخ، پاتریشا. ج. موران، دینل. (۱۳۹۴)، ACT، در عمل. ترجمه: کمالی، س؛ کیان راد، ن. تهران: ارجمند.
- بحرینیان، س، ع؛ خانجانی، س؛ مسجدی آرانی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان و پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران، *مجله طب نظامی*، ۵ (۲): ۱۴۳-۱۵۲.
- بهشتیان، ف؛ احدی؛ علمی منش، نیلا؛ کراسکیان موجباری، آ. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. ۷ (۳): ۸۱-۹۹.
- بیطرفان، ل؛ کاظمی، م؛ یوسفی افراشته، مجید. (۱۳۹۶). رابطه سبک‌های دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالنامه ایران*، ۱۲ (۴): ۴۴۹-۴۵۷.
- توکلی صالح، ش؛ ابراهیمی، م. ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان. *ابن سینا*. ۲۸ (۲): ۱۲۶-۱۳۳.

- حسینی، س؛ احدی، م؛ حاتمی، م؛ خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر تاب آوری، بهزیستی روان‌شناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. روان پرستاری. ۹ (۱).
- خانجانی، س؛ دنیوی، و؛ اسمری، ی؛ رجیبی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیسترس اخلاقی و تاب آوری پرستاران: یک مطالعه آزمایشی. پرستار و پزشک در رزم. ۵ (۱۶). ۵۸-۵۰.
- دانیالی، م؛ اسکندری، ا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب ویروس کرونا بر اساس تاب آوری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و سایر کندریا. تازه‌های علوم شناختی. ۴، ۲۳، ۶۱-۷۱.
- دشت بزرگی، ز. مقدم، خ. مقدم، ف. (۱۴۰۰). تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب کرونا در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۱۰ (۱): ۲۱۸-۲۱۲.
- سرکارات، ف؛ توتونچیان، ع ل؛ حراجی، ا؛ رستگار مقدم شالدوزی، ح؛ مصطفوی، م؛ نقیبی سیستانی، م. م. (۱۳۹۹). بررسی میزان ابتلا کادر درمان دندانپزشکی در سه ماه ابتدایی شیوع ویروس کرونا در ایران. تحقیق در علوم دندانپزشکی. ۱۷ (۲). ۶۴. ۱۴۵-۱۳۷.
- سلیمانی، ا؛ افزود، ع ر؛ صادقی، م؛ سلم آبادی، م. (۱۴۰۰). تعیین سهم مؤلفه‌های هوش اجتماعی و تاب آوری در پیش‌بینی اضطراب کرونا در دانشجویان. مجله علمی پژوهان. ۱۹ (۴). ۱۶-۲۴.
- شمس آبادی، ا. جعفرزاده فخاری، م. شاره، ح. رخشانی، م. ح. جنت آبادی، ع. ا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر میزان بروز اشتباهات دارویی پرستاران. ۲۵ (۱): ۱۴۲-۱۳۵.
- صفاری نیا، م؛ ترخان، م؛ مهر آبادی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مصون‌سازی در مقابل فشار روانی بر فرسودگی شغلی و تاب آوری کارکنان دانشگاه. مطالعات روان‌شناختی. ۱۰ (۱). ۹۰-۱۰۸.
- علی پور، ا؛ قدمی، ا؛ علی پور، ز؛ عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت. ۸ (۳۲). ۱۶۳-۱۷۵.
- عینی، س. عبادی، م. ترابی، ن. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس حس انسجام و تاب آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۱ (۴۳): ۱-۳۲.
- کاکاوند، ع ل؛ شیرمحمدی، ف؛ جعفری جوزانی، ع؛ حاجی امید، س. (۱۳۹۹). نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب آوری با تعارضات زناشویی. ۱۶ (۴). ۱۵۹-۱۴۳.
- کاویانی، ز؛ بختیارپور، س؛ حیدری، ع ل؛ عسگری، پ؛ افتخار صعادی، ز. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تاب آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس شهر تهران. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۲۱ (۱). ۹۲-۸۴.
- کاویانی، ز. حمید، ن. عنایتی، م. ص. (۱۳۹۱). اثر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر دین بر نگرش‌های ناکارآمد و تاب آوری زوجین. تحقیقات جدید روان‌شناسی. ۳۲. ۴۳-۲۵.
- کیهانی، م. تقوی، د. رجیبی، ا. علی پور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون در میان پرستاران. آموزش پزشکی. ۱۴ (۱۰): ۶۵-۸۵۷.
- مؤمنی، خ م؛ اکبری، م؛ آتش زاده، ش. (۱۳۸۸). رابطه تاب آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران. فصلنامه

طب و تزکیه. ۷۵-۷۴. ۳۷-۴۷.

میرشکار، س؛ هاشمی، س ا، مهرابی زاده هنرمند، م؛ ارشدی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی عاطفی و کار هیجانی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اهواز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۸ (۴). ۹۰-۹۹.

نیکوئی، ف. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی و تداوم اثر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس SIT و درمان چند بعدی معنوی بر هماهنگی روانی فیزیولوژیکی تغییرپذیری ضربان قلب، HRV، کورتیزول بزاقی و شاخص‌های روان‌شناختی بیماران پیوند عروق کرونری CABG. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت. دانشگاه پیام نور.

- Batten, S V. (2011). *Essentials of Acceptance and Commitment Therapy*. Sag publication.
- Bond, FW; Hayes, SC. (2010) Act at work. In: Bond F, Dryden W. Editors. Handbook of brief cognitive behavior therapy. West Sussex: John Wiley & sons Ltd.
- Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika virus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24, 270–278.
- Blakey, S. M., Reuman, L., Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2015). Tracing “Fearbola”: Psychological predictors of anxious responding to the threat of Ebola. *Cognitive Therapy Research*, 39, 816–825.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Duarte J, Pintogouveia J. (2017). Mindfulness self-compassion and psychological flexibility mediate effects of a mindfulness based intervention in a sample of oncology nurses. *J Cont Behave Sci*.6: 125 -33.
- Hayes, S. C., Bond, F. W., Barnes-Holmes, D., & Austin, J. (2007). *Acceptance and mindfulness at work: Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management*. New York: Haworth Press.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press.
- Ho C, Chee C, Ho R. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 49 (1): 1.
- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K., & Zhou, X.P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19.
- Kang l, li y, ho s, chen m, yang c, yang bx, et al. (2020). the mental health of medical workers in wuhan.china dealing with the 2019 novel coronavirus.the luncet psychiatry. 7 (3).
- Labrague LJ, Delos Santos JAA. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*. 28 (7): 1653-1661.
- Liu, C.Y; Yang, Y.Z; Zhang; Xu, X, Dou, Q.L, & Zhang, W.W. (2020). The prevalence and Influencing Factor for Anxiety in medical workers Fighting COVID-19 in China: A Cross-Sectional Survey. *Epidemiology and Infection*, 148, e 98.
- Lou Y, Taylor EP, Di Folco S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 89: 83-92.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 127–139.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In P.M. Lehrer., R.L. Woolfolk., & W.S. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress*

- management* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 497–518). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (2017). *The evolution of cognitive behavior therapy: A personal and professional journey with Don Meichenbaum*. Taylor & Francis.
- Mosheva M, Hertz-Palmor N, Dorman Ilan S, Matalon N, Pessach IM, Afek A, et al. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*. 37 (10): 965-971.
- Navae, M. Kaykha, H. (2019). The Effects of Stress Inoculation Training on Coping Strategies among Midwives in Primary Health-care Centers. *Nursing and Midwifery Studies*. 8. 4. 176- 182.
- Pingo, J. Dixon, M. Paliliunas, D. (2020). An Examination of the Intervention-Enhancing Effect of Acceptance and Commitment Therapy-Based Training on Direct Service Professionals' Performance in the Workplace. *Behavior Analysis in Practice*.
- Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–121). San Diego, CA: Academic Press.
- Sadeghzadeh, M; Abbasi, M; Khajavi, Y; Amirazodi, H. (2021). Psychological correlates of anxiety in response to COVID-19 outbreak among Iranian University students. *Current Psychology*.
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Heimberg, R., Ledley, D.R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the anxiety sensitivity Index- 3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176–188.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 210–218.
- Wood B. (2019). Role of resilience in buffering the effect of work school conflict on negative emotional responses and sleep health of college students. Presentation to the UNO Research and creativity fair.
- World Health Organization (WHO). (2020). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation.
- Xie, X.-F., Stone, E., Zheng, R., & Zhang, R.-G. (2011). The 'Typhoon eye Effect': Determinants of distress during the SARS epidemic. *Journal of Risk Research*, 14 (9), 1091–1107.
- Zhang, J; Yang, Z; Wang, X; Li, J; Dong, L; Wang, F; et al. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 29 (21-22): 4020-4029.
- Zhu, J; Sun, L; Zhang, L; Wang, H; Fan, A; Yang, B; Xiao, Sh; & Li, W. (2020). Prevalence and Influencing Factor of Anxiety and Depression symptoms in First-Line Medical Staff Fighting Against the COVID-19 in Gansu, *Front. Psychiatry*, 11.