

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2023; 17(48): e4

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Moral Distress and Enhancing Cognitive Fusion in Nurses

Fatemeh Basereh¹, Borzoo Amirpour^{1*}

1. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Due to the nature of the nursing profession, confronting conflicting situations regarding values and facing moral dilemmas is inevitable. It can, in turn, interfere with cognitive function. Therefore, the current research was conducted with the purpose of determining the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing moral distress and enhancing cognitive fusion in the nurses working at Imam Khomeini Hospital, Ilam.

Methods: The present study is a quasi-experimental research with a pre-test and post-test design and a comparison group. The statistical sample consisted of 40 nurses working at Imam Khomeini Hospital, Ilam in 2022, who were randomly assigned into intervention and comparison groups. Data collection was performed using the Moral Distress Scale Corley & et al (2001) and the Cognitive Fusion Questionnaire Gillanders & et al (2010). Eight 90-minute acceptance and commitment therapy training sessions were held weekly; however, the comparison group did not receive any intervention. The data were analyzed by SPSS 16 software using descriptive (frequency, percentage mean, standard deviation) and inferential (Chi-square, Independent T-test, Analysis of covariance) statistical tests.

Ethical Considerations: The principles of research ethics were observed: explaining the research objectives to the participants, obtaining informed consent, maintaining privacy, data confidentiality and providing the participants with the right to withdraw from the study at any stage of implementation.

Results: The findings indicated that Acceptance and Commitment Treatment has a significant effect on reducing moral distress and enhancing cognitive fusion in the nurses belonging to the intervention group compared to the comparison group in the post-test phase ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of the present research, eight weeks' acceptance and commitment group therapy turned out to be effective in reducing moral distress and enhancing cognitive fusion in nurses.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Moral Distress; Cognitive Fusion; Nurses

Corresponding Author: Borzoo Amirpour; **Email:** borzooamirpour@pnu.ac.ir

Received: June 02, 2023; **Accepted:** August 15, 2023; **Published Online:** September 18, 2023

Please cite this article as:

Basereh F, Amirpour B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Moral Distress and Enhancing Cognitive Fusion in Nurses. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e4.



مجله اخلاق پزشکی

دوره هفدهم، شماره چهل و هشتم، ۱۴۰۲



مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش

نامیختگی شناختی پرستاران

فاطمه باسره^۱، برزو امیرپور^{۱*}

۱. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: به واسطه ماهیت حرفه پرستاری، قرار گرفتن در موقعیت‌های تعارض برانگیز در بین ارزش‌ها و مواجهه شدن با تنگنای اخلاقی، اجتناب‌ناپذیر است. این امر به نوبه خود می‌تواند در عملکرد شناختی تداخل ایجاد کند. بنابراین هدف از اجرای پژوهش حاضر پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش نامیختگی شناختی پرستاران بیمارستان امام خمینی شهر ایلام بود.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه مقایسه بود. نمونه آماری مشتمل بود بر ۴۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهر ایلام در سال ۱۴۰۱ که به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های دیسترس اخلاقی Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) و پرسشنامه نامیختگی شناختی Gillanders (۲۰۱۰ م.) استفاده شد. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا گردید، در حالی که گروه مقایسه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین درصد، انحراف معیار) و استنباطی (کای دو، تی مستقل، تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: اصول و قواعد اخلاقی در پژوهش عبارت بودند از: تبیین اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان در پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی، محرمانه بودن داده‌ها، فراهم کردن امکان، ترک تحقیق در هر مرحله از اجرا.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش نامیختگی شناختی پرستاران گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی هشت هفته توانست در کاهش دیسترس اخلاقی و تقویت شناختی پرستاران مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش؛ دیسترس اخلاقی؛ نامیختگی شناختی؛ پرستاران

نویسنده مسئول: برزو امیرپور؛ پست الکترونیک: borzooamirpour@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۲۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Basereh F, Amirpour B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Moral Distress and Enhancing Cognitive Fusion in Nurses. Faşlñamah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e4.

مقدمه

محیط کار برای پرستاران به دلیل حجم کاری بالا، زمان و نیروی کم، تعهدات اخلاقی در پذیرش مسئولیت‌های فردی، شرایط نامتعادل کار و محیط کار پر رفت و آمد می‌تواند به منبعی از استرس تبدیل شود (۱، ۲). بنابراین در این محیط و فضای کاری خاص، مواجهه با چالش‌های اخلاقی که از تعارض بین ارزش‌های شخصی و انتظارات سازمانی ناشی می‌شود، دور از ذهن نیست، این موقعیت‌های پیچیده اخلاقی برای پرستاران می‌تواند به یک واماندگی روان‌شناختی خاص به نام پریشانی اخلاقی منتهی شود (۳).

دیسترس اخلاقی به عنوان وضعیتی تعریف می‌شود که در آن افراد از عمل اخلاقی مناسب آگاه هستند، اما انجام آن را دشوار می‌دانند، این شرایط واماندگی روان‌شناختی اغلب هنگام مراقبت از بیماران توسط پرستاران تجربه می‌شود، به ویژه زمانی که آن‌ها نیاز به تصمیم‌گیری سریع به عنوان حامیان بیمار دارند، در نتیجه این وضعیت می‌تواند به اختلالات جسمی مانند بی‌اشتهایی، حالت تهوع، اسهال، تپش قلب و مشکلات هیجانی مانند ناامیدی، احساس گناه، عصبانیت، استرس، غم، اضطراب، ترس، فرسودگی شغلی، ناامنی منجر شود (۴).

مفهوم دیسترس اخلاقی، اولین بار توسط Jameton در سال ۱۹۸۴ مطرح شد. وقتی فرد از انجام عملی که به درست بودن آن واقف است، بازداشته و یا مجبور به انجام کاری شود که بر نادرستی آن آگاه است، دیسترس اخلاقی تجربه می‌شود (۵). مطالعات مختلف، سطوح بالای دیسترس اخلاقی در پرستاران به ویژه در مقایسه با پزشکان و سایر مراقبین را گزارش کرده‌اند (۶-۸). همچنین نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران میزان دیسترس اخلاقی پرستاران را متوسط تا شدید برآورد کرده‌اند (۹-۱۱). با این وجود، میزان دیسترس اخلاقی شدید در پرستاران ۵۳ درصد گزارش شده است (۱۲). با این وجود، دیسترس اخلاقی می‌تواند باعث افت همکاری سازمانی شود و به دنبال آن کاهش کیفیت مراقبت‌گری در پرستاران، عدم خشنودی شغلی، افزایش فرسودگی شغلی، افزایش احتمال

ترک‌کردن شغل، تحمیل هزینه‌های اضافی بر سازمان و آسیب به اعتبار سازمان را در پی خواهد داشت (۱۳).

Arend و همکاران (۲۰۲۲ م.) اذعان داشته‌اند که پرستاران به دلیل قرابت و تماس مکرر با بیماران از خواسته‌ها و ترجیحات آنان اطلاعات بهتری در اختیار دارند. بنابراین اگر در هنگام تصمیمات اخلاقی در مورد بیماران از آنان نظرخواهی نشود، احساس سرخوردگی و ناکامی که از ویژگی‌های پریشانی اخلاقی است را تجربه می‌کنند (۱۴). در پژوهش دیگر که جو اخلاقی مثبت در محل خدمت پرستاران در کاهش پریشانی اخلاقی تأثیر معناداری دارد (۱۵)، با این حال بر اساس مطالعه Deschenes و همکاران (۲۰۲۱ م.) دیسترس اخلاقی یک پدیده اخلاقی پیچیده معرفی می‌شود و زمانی رخ می‌دهد که فرد نتواند مطابق قضاوت اخلاقی خود عمل کند. نتایج این پژوهش نشان داد که در میان راهبردهای کاهش پریشانی اخلاقی، الگوی روشنی در رابطه با اینکه کدام راهبردها به طور مداوم اثرات پریشانی اخلاقی را در میان پرستاران به حداقل می‌رسانند، وجود ندارد (۱۶).

نسل جدیدی از روان‌درمانی رفتاری که تحت عنوان موج سوم روان‌درمانی رفتاری از آن یاد می‌شود، بر نقش منابع شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود (۱۷). طبق نظریه زمینه‌گرایی کارکردی که درمان‌های موج سوم، مبتنی بر آن است، هیچ فکر، احساس و خاطره در ذات خود مشکل‌ساز، ناکارآمد یا آسیب‌زا نیست، بلکه وابسته به زمینه است، در زمینه‌ای که اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی را دربر دارد، افکار، احساسات و خاطرات ما، کارکردی مہلک و آسیب‌زا دارند، اما محیطی که پذیرش و ناآمیختگی را دربر دارد، همان افکار، احساسات و خاطرات کارکرد بسیار متفاوتی دارند، این تجارب درونی شاید دردناک باشند، اما آسیب‌زا و ناکارآمد نیستند و مهم‌تر اینکه مانع زندگی ارزشمند ما نمی‌شوند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌نمایند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آن‌ها دارد (۱۸).

یکی از مفاهیم اساسی در درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی شناختی، ناآمیختگی‌شناختی است. فرآیند تضعیف تدریجی کارکردهای تنظیم رفتاری و تأثیرات لفظی رویدادهای درونی عدم آمیختگی‌شناختی می‌نامند. بر اساس درمان‌های موج سوم، آسیب روانی از درگیری با تجارب درونی نظیر محتوای افکار که به تلاش برای مقایسه یا تغییر شکل آن منجر می‌شود، شکل می‌گیرد. این تلاش‌های اجتنابی، اغلب اثرات متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موضوعات مورد اجتناب (مثل افکار احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهد و هم باکیفیت زندگی تداخل می‌کنند (۱۹). افرادی که آمیختگی‌شناختی در آن‌ها بالاتر است بیشتر احتمال دارد، دچار استرس و اضطراب می‌شوند. در این وضعیت شناختی، فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند، رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (۲۰). پرستاران به دلیل ماهیت حرفه‌ای حساسی که دارند به طور مداوم در معرض اضطراب قرار دارند و این امر بر سایر جوانب زندگی و به طور کلی باعث کاهش سلامت عمومی آن‌ها می‌شود (۲۱).

اخیراً، درمان‌های موج سوم رفتاری شناختی، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مثبت برای مقابله با استرس و اثربخشی محیط کار و کاهش فشار روانی، از جمله در ارتباط با پرستاران مورد استفاده قرار گرفته است. در این رویکرد درمانی تمرکز تغییر به جای محتوا بر زمینه یا بافت ایجادکننده پریشانی است و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای این مدل درمانی تعهد اساس مداخله محسوب می‌شود (۲۲). کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به پرستارانی که دچار تنش و اضطراب و فرسودگی هیجانی هستند، کمک کند. این فرآیند درمانی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی را به دنبال دارد و معنای بیشتری به زندگی پرستاران خواهد بخشید. بنابراین اضطراب و استرس آنان را تقلیل می‌دهد (۲۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و ناآمیختگی‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. این درمان شامل ترکیبی از استعاره، مهارت‌های توجه آگاهی، طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربی و مداخلات رفتاری هدایت‌شده با توجه به ارزش‌های مراجع توسط درمان‌گر به کار برده می‌شود (۲۴). هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برای برقراری ارتباط یا تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است، نه عملی صرفاً جهت انتخاب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته (۲۵). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی از سایر درمان‌های معمول کارآمدی بیشتری دارد و در طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی نظیر افسردگی، وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم‌اشتهایی روانی و اسکیزوفرنی مشخص شده است (۲۶).

با توجه به اینکه مروری بر پیشینه عملی پژوهش‌های اجرا شده در زمینه دیسترس اخلاقی نشان می‌دهد که این بررسی‌ها به طور عمده بر طرح‌های توصیفی متمرکز شده‌اند و کمتر مطالعات مداخله‌ای کانون توجه پژوهشگران بوده است. پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را بر کاهش دیسترس اخلاقی و بهبود وضعیت شناختی پرستاران مورد بررسی قرار داده است. اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل دستاوردهای، چون افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اتخاذ رویکرد اجتنابی در برخورد با چالش‌های زندگی و شغلی، ترغیب به عمل متعهدانه هم‌راستا با ارزش‌ها، می‌تواند به کاهش عدم تعادل روان‌شناختی و احساس منفی و رنج ناشی از دیسترس اخلاقی پرستاران کمک کند. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش

دیسترس اخلاقی و افزایش ناآمیختگی شناختی پرستاران تأثیر معنی داری دارد»، انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.PNU.REC.1401.225). اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ گردید.

روش

مطالعه حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه مقایسه بود. جامعه آماری پژوهش مشتمل بود بر کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهر ایلام که تا سال ۱۴۰۱ در استخدام این بیمارستان بودند. ملاک‌های ورود به این مطالعه داشتن حداقل سه سال خدمت در بیمارستان و شغل پرستاری تا درآمیزی و مشغولیت شغلی را تجربه کرده باشند، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام فعالیت خانگی مرتبط با تکالیف درمان بود.

برای تعیین حجم نمونه با توجه به پیشینه عملی پژوهش برای مداخلات نیمه تجربی، تعداد ۴۰ نفر از جامعه آماری که واحد شرایط و داوطلب بودند، انتخاب و به صورت تصادفی با پرتاب سکه در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر) و گروه مقایسه (۲۰ نفر) طبقه‌بندی شدند.

جهت سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه دیسترس اخلاقی: این پرسشنامه توسط Corley و همکاران در سال ۲۰۰۱ در ۳۸ عبارت طراحی شده است و شدت دیسترس اخلاقی را دامنه‌ای ۷ درجه‌ای از صفر تا شش مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۷)؛ این پرسشنامه به وسیله Hamric و همکاران در سال ۲۰۱۲ برای متخصصان

حوزه مراقبت‌های بهداشتی، از جمله پرستاران با ۲۱ گویه بازطراحی شد (۲۸). Corley برای نسخه ۳۸ گویه‌ای پرسشنامه دیسترس اخلاقی روایی محتوایی آن را سنجیدند، همبستگی این ابزار را با تجارب چندین ساله پرستاران ۰/۲۲ و با جو اخلاقی سازمان ۰/۴۰ - به دست آوردند، در پژوهش وزیری و همکاران جهت تعیین روایی ظاهری و محتوایی پرسشنامه، نخست به تأیید اساتید خبره رسید، سپس برای به دست آوردن همسانی درونی آن، از آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی کل پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب این پرسشنامه است (۲۹).

۲. پرسشنامه ناآمیختگی شناختی: این ابزار در سال ۲۰۱۴ توسط Gillanders و همکاران با هدف سنجش عدم آمیختگی شناختی طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۱۲ عبارت بر اساس یک طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و دو زیرمقیاس آمیختگی شناختی (شامل سؤالات ۳ تا ۱۲ به جز سؤال ۹) و ناآمیختگی شناختی (سؤالات ۱، ۲، ۹) است (۳۰). در پژوهش بیگری و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۱).

۳. روش اجرای مداخله: پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان امام خمینی شهر ایلام، ضمن ارائه مدارک شناسایی و تحصیلی پژوهشگر، شرایط و اهداف این پژوهش برای مسئولین مربوطه توضیح داده شد، بعد از جلب رضایت مسئولین جهت اجرای پژوهش لیست کلیه پرستاران تهیه شد که از بین آن‌ها با توجه به پیشینه عملی پژوهش برای مداخلات نیمه تجربی، به صورت غیر احتمالی به شیوه در دسترس، ۴۰ نفر از میان داوطلبینی که نمرات بالایی در پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) و زیرمقیاس آمیختگی شناختی از پرسشنامه ناآمیختگی شناختی Gillanders و همکاران کسب کردند، انتخاب شدند. این ۴۰ نفر به دو گروه ۲۰ نفری تقسیم شدند. پس از اخذ رضایت حضور در پژوهش از شرکت‌کنندگان، برای گروه مداخله جلسات آموزشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا شد، در حالی که

گروه مقایسه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل از اجرای مداخلات و پس از اتمام آن، هر دو گروه پرسشنامه‌های دیسترس اخلاقی و ناآمیختگی‌شناختی را تکمیل کردند.

۴. روش اجرای مداخله: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تعهد توسط Steven Hayes در سال ۱۹۸۲ معرفی شد و جزء درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود. محتوای جلسات در ادامه آمده است (۳۲، ۳۳).

جدول ۱: محتوای جلسات مداخله

جلسه	محتوی مداخلات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و تعیین قوانین حاکم بر جلسات، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق. کاوش پیرامون چگونگی تأثیر طرحواره‌ها بر هیجان‌ها و شناسایی طرحواره‌هایی است که افراد بیشترین آمیختگی را با آن‌ها دارند و تمایل دارند بر آن تمرکز کنند.
دوم	شکستن برنامه کنترل مراجعان، آشنایی مراجعان با شیوه‌های غیر سازنده مقابله با مشکلات، رفتارهای مقابله‌ای، اجرای تمرین در راستای ناامیدی سازنده، بالابردن آگاهی مراجعان از نشانه‌هایی است که می‌تواند هنگام برانگیختگی طرحواره‌هایشان روی دهد تا در نهایت به این رویدادها با ذهن آگاهی بیشتری پاسخ دهند.
سوم	معرفی کنترل به عنوان مسأله، بحث درباره دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون. بررسی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای گذشته در راستای درک آن‌هایی که در درازمدت سودمند نیستند و در نهایت منجر به دستیابی مراجعان به ناامیدی سازنده می‌شود.
چهارم	معرفی پذیرش و تمایل و بیان احساسات، کمک به اعضا در راستای شفاف‌سازی اهداف و شناسایی اهداف ارزشمند، بررسی موانع فعالیت ارزشمند و یافتن راه‌های جدید برای ارتباط با موانع درک‌شده.
پنجم	کمک به استمرار اتخاذ دیدگاه ذهن آگاهانه در برخورد به موضوعات مختلف زندگی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پیگیری ناآمیختگی. ارائه یک مطلب روانی - آموزشی درباره ناآمیختگی، آموزش فنون خاص ناآمیختگی، تمرین فنون ناآمیختگی توسط اعضا و تعیین تکلیف خانگی.
ششم	آشنایی با انواع خود. تمرکز بر خود، بحث درباره غیر قابل اجتناب بودن رنج و زوال‌پذیر بودن روابط، تمرکز بر خشم و اینکه خشم خود را بیشتر به مانند یک رفتار مقابله‌ای ناشی از طرحواره نمایان می‌سازد.
هفتم	ترسیم اهداف و اجرای برنامه‌های همراستا با ارزش‌های زندگی فرد، ارائه تصویرسازی ذهنی برای پرورش چشم‌اندازی از خود مشاهده‌گر. واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرحواره که به تازگی رخ داده‌اند. ارائه یک تمرین ایفای نقش برای پرداختن به ناآمیختگی و پاسخ‌های جایگزین به رویدادهای تصویرسازی‌شده پیشین و گفتگو درباره ارتباط مؤثر می‌باشد.
هشتم	جلسه ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف. ارائه یک مراقبه در راستای افزایش مهربانی به خود و دیگران، بحث درباره راهبردهای بهبود اعمال، تعهد اعضا بر انجام هدف جدید، ارزیابی‌های پس از درمان.

شاخص‌های استنباطی (کا اسکوتر، تی مستقل، تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 16 ثبت، پردازش و تحلیل شد.

۵. تحلیل داده‌ها: با عنایت به ماهیت پژوهش، سطح اندازه‌گیری متغیرها و فرضیه پژوهش و در نظرگرفتن پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای هر روش آماری از آماره‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و

یافته‌ها

به منظور هم‌تاسازی داده‌های دموگرافیک از روش همسان‌سازی استفاده شد، به نحوی که مقایسه میانگین سن دو گروه مداخله ($42/10 \pm 3/60$) و مقایسه ($41/80 \pm 4/30$) بر اساس آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان دو گروه از لحاظ توزیع سن مشاهده نمی‌شود ($P=0/009$). علاوه بر این، به منظور بررسی تصادفی بودن توزیع جنسیت شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمون کا اسکوئر نشان داد که تفاوت آماری

معناداری از لحاظ این ویژگی دموگرافیک در دو گروه وجود ندارد ($P=0/043$). در گروه مداخله بالاترین فراوانی از لحاظ مدرک تحصیلی برای دارندگان مدرک کارشناسی ۸ نفر (40%) درصد) و برای گروه مقایسه نیز به همین روال هم‌تاسازی شده بود. در جدول ۲ اطلاعات توصیفی هر دو گروه بر اساس میانگین و انحراف استاندارد و وضعیت نرمالیتی نمرات پیش‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی نمرات کل دیسترس اخلاقی و ناآمیختگی‌شناختی دو گروه در مراحل پیش و پس‌آزمون و وضعیت نرمالیتی توزیع متغیرها

زمان	گروه	گروه مداخله		گروه مقایسه		کجی	کشیدگی
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
پیش‌آزمون	دیسترس اخلاقی	۳۴/۴	۵/۷۱	۳۶/۲۷	۴/۵۹	-۰/۶۵۱	-۰/۷۸۸
	ناآمیختگی‌شناختی	۳۴/۵۳	۷/۷۶	۳۳/۷۳	۶/۶۷	-۰/۸۵۸	-۰/۲۰۵
پس‌آزمون	دیسترس اخلاقی	۱۴	۶/۸۰	۳۵/۷۳	۴/۳۳	-۰/۲۰۸	-۱/۴۲۲
	ناآمیختگی‌شناختی	۲۴/۶۰	۷/۲۲	۴۴/۶۶	۵/۹۸	-۰/۲۰۵	-۱/۱۱۴

بر اساس یافته‌های جدول ۲، میانگین دیسترس اخلاقی پیش‌آزمون گروه، مقایسه برابر با $36/27$ و در پس‌آزمون برابر با $35/73$ است. همچنین میانگین ناآمیختگی‌شناختی پرستاران در پیش‌آزمون گروه مقایسه برابر با $33/73$ و در پس‌آزمون به $44/66$ است. در مقابل میانگین دیسترس اخلاقی پیش‌آزمون گروه مداخله برابر با $34/4$ و در پس‌آزمون به 14 کاهش یافته است. همچنین میانگین ناآمیختگی‌شناختی پرستاران در پیش‌آزمون گروه مداخله برابر با $34/53$ و در پس‌آزمون به $24/60$ کاهش یافته است. با توجه به سطح سنجش متغیرها در مقیاس فاصله‌ای و قرارگرفتن مقادیر کجی در دامنه ۲ تا ۲- و کشیدگی در دامنه ۳ و ۳- می‌توان استنباط نمود که وضعیت توزیع داده‌ها در دو گروه نرمال است و امکان کاربست آزمون‌های پارامتریک برای بررسی فرضیه پژوهش فراهم شده است.

برای انجام تحلیل کوواریانس علاوه بر مفروضه‌های قبلی، گزارش پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی به منظور بررسی اثر متقابل بین همپراش‌ها و متغیر مستقل الزامی است. در این پژوهش پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون، مقدار F ، تعامل متغیرهای همپراش (دیسترس اخلاقی - ناآمیختگی‌شناختی) و مستقل معنی‌دار نبود ($p \geq 0/05$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول است (یعنی توان ادعا کرد که پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون یا متغیر Covariate اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه مشاهده نمی‌شود و گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد). بنابراین شیب رگرسیون در همه متغیرها یکسان و پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل آزمون‌های چهارگانه کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات دیسترس اخلاقی و ناآمیختگی شناختی گروه‌های مداخله و مقایسه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۴۵	۲	۲۵	۲۱۶/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۵۵	۲	۲۵	۲۱۶/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۷/۳۲۷	۲	۲۵	۲۱۶/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۷/۳۲۷	۲	۲۵	۲۱۶/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰

آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیری Multivariate Tests با توجه به جدول ۳ سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین پرستاران گروه مداخله و مقایسه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای (دیسترس اخلاقی و ناآمیختگی شناختی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۱۶/۵۸۴$)، برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل

کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تفاوت یا حجم اثر برابر ۰/۸۱۲ است، یعنی ۸۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. توان آماری برابر ۱، دقت این آزمون و کفایت حجم نمونه برای اجرای این روش مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۴: تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر دیسترس اخلاقی و ناآمیختگی شناختی

تغییرات متغیر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا
دیسترس اخلاقی	۲۸۹۵/۸۹۴	۱	۲۸۹۵/۸۹۴	۲۲۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
ناآمیختگی شناختی	۳۰۲۱/۵۳۳	۱	۳۰۲۱/۵۳۳	۲۹۹/۰۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با مقایسه پیش‌آزمون بین پرستاران گروه‌های مداخله و گروه مقایسه از لحاظ دیسترس اخلاقی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۲۵/۶۱$). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش گروه مداخله نسبت به پرستاران گروه مقایسه، موجب کاهش دیسترس اخلاقی در گروه مداخله شده است. میزان تأثیر برابر ۰/۷۳۱ است، یعنی ۷۳ درصد تفاوت فردی در نمره دیسترس اخلاقی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین پرستاران گروه‌های مداخله و گروه مقایسه از لحاظ ناآمیختگی شناختی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود

($p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۹۹/۰۹۶$). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پرستاران گروه مداخله نسبت به پرستاران گروه مقایسه، موجب افزایش ناآمیختگی شناختی در گروه مداخله شده است. میزان تأثیر برابر ۰/۶۹۱ است، یعنی ۶۹ درصد تفاوت فردی در نمره ناآمیختگی شناختی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

بحث

هدف از اجرای پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش ناآمیختگی شناختی در میان پرستاران بود. بر اساس نتایج

حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش ناآمیختگی شناختی تأثیر معناداری داشت. در پیوند با یافته‌های این پژوهش، Hulbert-Williams و همکاران (۲۰۲۱ م.)، در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری پرستاران با سرطان اثربخش بوده است (۳۴). همچنین Lu و همکاران (۲۰۲۳ م.)، در پژوهش خود نشان دادند که کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناآمیختگی شناختی باعث کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش شده است (۳۵). حاج‌صادقی و همکاران (۱۳۹۶ ش.)، در بررسی‌های خود نشان داده‌اند که آموزش پذیرش و تعهد، نمرات پایین اضطراب، کاهش دیسترس روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی را به دنبال دارد (۳۶). علاوه بر این، در پژوهش Voklavic و همکاران (۲۰۱۸ م.) نشان داده شده است که شیوه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به کاهش پریشانی اخلاقی و بهبود مقابله در میان پرستاران کمک می‌کند (۳۷).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر و منطبق با پژوهش Roche و McLoughlin (۲۰۲۳ م.) لازم است تصریح شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک نوع از رفتار درمانی موج سوم است که از چندین مؤلفه تشکیل شده است. در این رویکرد درمانی، «پذیرش» به درک این واقعیت معطوف است که رخنه افکار مزاحم به ذهن، وضعیتی عادی، اجتناب‌ناپذیر و اغلب ضروری در تجارب انسانی هستند. بنابراین اعتراف به وجود افکار و احساسات منفی و مواجهه فعال و آگاهانه با این شرایط درونی، شخص را در مسیر چیزی که زندگی را ارزشمند می‌کند، قرار می‌دهد. «تعهد» نیز به جهت‌گیری فرد به سمت رفتار سازگار با ارزش به جای تلاش برای اجتناب یا کاهش افکار و احساسات منفی اشاره دارد. در این موقعیت، فرد متوجه می‌شود که زندگی غنی و معنی‌داری که او می‌خواهد با انجام اقدامات مؤثر ایجاد و با ارزش‌های انتخابی هدایت می‌شود. با این وجود، فرض اصلی درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد این است که پرداختن به رفتار سازگار با ارزش‌ها اغلب رنج روان‌شناختی را به یک محصول ثانویه و جانبی در زندگی کاهش می‌دهد. پیامد نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آنچه که تغییربنیادی را برای درمان‌جویان به ارمغان می‌آورد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. فرایندی که بر اساس آن به دلیل تماس آگاهانه با زمان حال، آمیختگی و غرق‌شدن با افکار ناخوشایند مرتبط با گذشته و آینده کاهش می‌یابد، زمینه پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات و اجتناب از سرزنش خود را فراهم می‌کند تا توانایی تغییر و تبعیت از زنجیره مناسبی از اقدامات در زمانی که انجام این کار در خدمت اهداف ارزشمند باشد، تسهیل شود (۳۸).

بر اساس پژوهش Fernández Rodríguez و همکاران (۲۰۲۲ م.) مطابق با مدل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای پیشنهادشده توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آمیختگی شناختی جزء اصلی اختلالات روانی و سلامت روان است. این متغیر روان‌شناختی یک مفهوم فراتشخیصی در حوزه آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود. به این معنا که مستقل از تشخیص اختلال در افراد، ممکن است در جمعیت‌های غیر بالینی نیز وجود داشته باشد. به عبارت دیگر آنچه در پس شکل‌دهی و تداوم‌بخشی به مشکلات روان‌شناختی نهفته است، الگوهای رفتاری انعطاف‌ناپذیر است که با عوامل شش‌گانه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، در نظرگرفتن خود به عنوان محتوا تا زمینه، عدم تماس با لحظه حال، فقدان وضوح در ارزش‌ها، عدم اقدام متعهدانه) مشخص می‌شوند. در میان این مؤلفه‌ها، اجتناب تجربه‌ای (عدم تمایل فرد برای تماس با تجربیات ناخوشایند درونی من جمله افکار و احساسات) و آمیختگی شناختی (این فرایند شناختی به تنظیم بیش از حد رفتار توسط شناخت اشاره دارد که به موجب آن افکار به عنوان حقایق واقعی نه اینکه تفکر را صرفاً فعالیت ذهنی تشخیص دهد، مربوط می‌شود و بر تنظیم هیجانی و رفتاری تسلط پیدا می‌کنند) در تشدید پریشانی‌های روانی نقش مهم‌تری دارند (۳۹). در همین راستا، بر اساس نتایج

پژوهش Faustino و همکاران (۲۰۲۳ م.)، همبستگی مثبت متوسط تا قوی بین آمیختگی شناختی و تظاهر نشانگان اختلالات روان شناختی و همبستگی منفی بین آمیختگی شناختی و بهزیستی روان شناختی وجود دارد. نتایج این مطالعه از این فرض حمایت کرد که آمیختگی شناختی، به عنوان بخش مهمی از انعطاف ناپذیری روان شناختی، ممکن است در بسیاری از آشفتگی های روانی به عنوان یک سازوکار اساسی و مهم حضور داشته باشد (۴۰). در مطالعه محمدی فرشی و همکاران (۱۴۰۱ م.) نشان داده شده است که سازوکار اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به اهداف آن برمی گردد، هدف این درمان، کاهش آمیختگی شناختی و دستیابی به یک سبک زندگی حاکی از انعطاف پذیری روان شناختی است تا در آن رفتار، بیش از حد توسط افکار، احساسات و سایر تجربیات درونی فرد کنترل نشوند، بلکه با طراحی و اجرای تکالیفی در فضای درمان و خارج از آن به جای اجتناب تجربه ای به افراد آموزش داده می شود که در لحظه حال و اکنون به طور کامل و بدون دفاع، افکار و احساسات را تجربه کنند و با ذهن آگاهی نسبت به تجربه افکار و هیجان های خود پذیرا و انعطاف پذیر باشند، در نتیجه پیامد این درمان افزایش شجاعت و ظرفیت رویایی با هیجانات دشوار، عدم قضاوت و سرزنش خود، کاهش رنج هیجانی، ایجاد حالت ذهنی متعادل و تجربه کاهش پریشانی روان شناختی خواهد بود (۴۱). بر اساس بررسی Nishikawara و همکاران (۲۰۲۳ م.) مهارت های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی پذیرش، ناآمیختگی شناختی، ذهن آگاهی، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و تعهد برای ایجاد تاب آوری اخلاقی مناسب هستند. این مهارت ها می تواند به پرستاران در پذیرش شرایط چالش برانگیز، تمرکز مبتنی بر ذهن آگاهی به نقش ها و وظایف شغلی، ایجاد و حفظ روابط کاری مثبت و خودتأملی سهیم باشند. از این میان، ناآمیختگی شناختی، از طریق تمرین های چون مشاهده آگاهانه عمل تفکر در زمان وقوع و فاصله گیری از افکار باعث کاهش آمیختگی شناختی شود و با جلوگیری از فرایندهای مختل کننده شناخت هایی مانند نشخوار فکری،

نگرانی و قضاوت، مدیریت بهتر استرس را امکان پذیر نماید. با این حال، دیسترس اخلاقی یک تجربه مشکل ساز برای کارکنان مراقبت های بهداشتی است که پیامدهای شغلی، از جمله فرسودگی شغلی، جا به جایی شغل و تغییر شغلی را به دنبال دارد (۴۲). با این حال، به دلیل ضعف در گستره عملی پژوهش، امکان گزارش مطالعات بیشتری میسر نشد و این خود زمینه مقایسه با یافته هایی که ممکن است با بررسی حاضر ناهمخوان باشند را فراهم نمی کند.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه سعیدی و همکاران (۱۴۰۱ م.) و همراستا با یافته های پژوهش حاضر می توان تصریح نمود که با توجه به مقتضیات خاص شغل پرستاران، از جمله سطوح بالای استرس تجربه شده، محدودیت های سازمانی در برخی مواقع مغایر با عملکرد صحیح، تداخل دیسترس اخلاقی در مراقبت گری باکیفیت به زمینه هایی برای فرسودگی شغلی و نداشتن رضایت از شغل در پرستاران دامن خواهد زد. این شرایط بر عملکرد شناختی پرستاران تأثیر منفی خواهد داشت و احتمال گرفتاری آن ها را در بافت فکری شان یا همان آمیختگی شناختی را افزایش می دهد و به مرور در شکل گیری حالات روان شناختی منفی چون اضطراب، ناامیدی، افسردگی، مشکلات خواب سهیم خواب بود (۴۳). از محدودیت پژوهش حاضر عدم اجرای مرحله پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله بود، در نتیجه به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود که اجرای این پژوهش را با مرحله پیگیری مد نظر قرار دهند. استفاده از روش قابل اعتمادی چون مصاحبه بالینی می تواند حمایت دقیق تری از داده های جمع آوری شده در کنار پرسشنامه برای پژوهشگران به همراه داشته باشد، بنابراین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود که جهت سنجش قابل اعتمادتر متغیرهایی چون دیسترس اخلاقی و آمیختگی شناختی از مصاحبه بالینی نیز بهره مند شوند.

نتیجه گیری

حذف شرایط پیچیده اخلاقی از کار مراقبت های بهداشتی غیر ممکن است، زیرا تصمیم گیری اخلاقی بخشی جدایی ناپذیر و

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ضروری از نقش همه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین مداخلات روان‌شناختی اثربخش باید برای کمک به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود تا با شرایط اخلاقی دشوار که در کار خود با آن مواجه می‌شوند، کنار بیایند. انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری اخلاقی که از پیامدهای کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است می‌تواند در موقعیت‌های تعارض‌برانگیز در کاهش پریشانی اخلاقی به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله پرستاران کمک کند. نتایج به دست‌آمده کاربرد عملی روشی دارد و آن این که در هنگام ارزیابی پریشانی اخلاقی در پرستاران نه تنها نشانگان این وضعیت روان‌شناختی بررسی شود، بلکه به نقش احتمالی آمیختگی شناختگی به عنوان یک عامل نگهدارنده این شرایط ناخوشایند توجه شود. به نظر می‌رسد به منظور ماندگاری نتایج حاصل از این مداخله، اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی جلسات بیشتر ضروری باشد.

مشارکت نویسندگان

فاطمه باسره: اجرای مداخله، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، جمع‌آوری داده‌ها، نگارش مقدماتی مقاله.
برزو امیرپور: ایده‌دهی پژوهش، نظارت بر روند اجرای پژوهش، ارتقای کیفی و فنی مقاله از لحاظ محتوا، نگارش چکیده مقاله و نسخه نهایی و اعمال اصلاحات داوران.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

References

1. Eva GF, Amo-Setién F, César LC, Concepción SS, Roberto MM, Jesús MM, et al. Effectiveness of intervention programs aimed at improving the nursing work environment: A systematic review. *International Nursing Review*. 2024;71(1):148-59.
2. Dos Santos LM. Sources of Stress, Burnout and Career Decisions of Male Health and Nursing Professionals: A Qualitative Inquiry of the Challenges During the COVID-19 Pandemic. *The Qualitative Report*. 2023;28(3):886-905.
3. Heydari A, Meshkinyazd A. Ethical challenges in nursing profession. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018;7(1):84-95. [Persian]
4. Duzgun MV, Ozdemir C, Karazeybek E, Isler A. Psychometric properties of the Turkish version of the moral distress-appraisal scale for nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023;46:21-25.
5. Azarabad S, Zaman SS, Nouri B, Valiee S. Frequency, causes and reporting barriers of nursing errors in the operating room students. *Research in Medical Education*. 2018;10(2):18-27. [Persian]
6. Eskandari M, Alizadeh S. Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses: An Integrated Review. *Education and Ethics In Nursing*. 2020;9(1,2):1-9. [Persian]
7. Peng M, Saito S, Guan H, Ma X. Moral distress, moral courage, and career identity among nurses: A cross-sectional study. *Nursing Ethics*. 2023;30(3):358-69.
8. Witton N, Goldsworthy S, Phillips LA. Moral distress: Does this impact on intent to stay among adult critical care nurses?. *Nursing in Critical Care*. 2023;28(2):211-7.
9. Etebari-Asl Z, Etebari-Asl F, Nemati K. A Survey on the Level of Moral Distress among Nurses of Special Wards Affiliated to Educational-Therapeutic Centers in Ardabil University of Medical Sciences in 2016: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017;16(2):169-78. [Persian]
10. Hanifi N, Moqaddam M. The amount of moral courage and moral distress of nurses and their related factors in educational and medical centers of Zanjan. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2022; 12(3):41-9.
11. Mousavi S, Mokhtardokht A, Parsapoor A, Etemadi-Aleagha A, Shojaei A. Moral Distress in the Care of Anesthetized Patients: The Experience of Iranian Anesthesiologists. *Evidence Based Care*. 2023; 12(4):17-26.
12. Shamsalinia A, Mahmoudian A, Sorori B, Yoseframaki M, Vaziri MH. Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2021; 6(1): 20-8. [Persian]
13. Gebregziabher D, Berhanie E, Berihu H, Belstie A, Teklay G. The relationship between job satisfaction and turnover intention among nurses in Axum comprehensive and specialized hospital Tigray, Ethiopia. *BMC Nursing*. 2020;19:1-8.
14. Arends SA, Steenbergen M, Thodé M, Francke AL, Jongerden IP. Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(7):2531-6.
15. Bayat M, Shahriari M, Keshvari M. The relationship between moral distress in nurses and ethical climate in selected hospitals of the Iranian social security organization. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2019;12(8):1-16.
16. Deschenes S, Tate K, Scott SD, Kunyk D. Recommendations for navigating the experiences of moral distress: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;122:104035.
17. Hayes SC, Hofmann SG. "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*. 2021;20(3):363-75.
18. Fooladvand K. The Role of Cognitive Fusion and Mindfulness Components in Prediction of Student's Depression. *Journal of Psychological Studies*. 2020;16(3):89-104.
19. Amiri M, Dowran B, Salimi H, Zarghami M, Fesharaki MG. The relationships between student stressors with psychological problems in students in a military Medical Sciences University in Tehran. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(4):380-9. [Persian]
20. Barrera-Caballero S, Romero-Moreno R, Del Sequeros Pedroso-Chaparro M, Olmos R, Vara-García C, Gallego-Alberto L, et al. Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. *Psychology and Aging*. 2021;36(5):667-76.
21. Fallahi V, Ahmadi S. The role of cognitive fusion and social intelligence in the prediction of general health of nurses in hospitals of Parsabad City, 2017: A

- short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019; 17(11): 1067-76. [Persian]
22. Towey-Swift KD, Lauvrud C, Whittington R. Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: A systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of Mental Health*. 2023;32(2):452-64.
 23. Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica*. 2018;28: 94-7.
 24. Diener E, Biswas-Diener Noba R, LeViness P, Wiking M, Kim Research Associate E. Well-being interventions to improve societies. J. Sachs, R. Layard, & Helliwell (Eds.), *Global happiness and well-being policy report 2019* [Internet]. Global Happiness Council; 2019. [cited 2023 Feb 19]. Available from: http://ghwbpr-2019.s3.amazonaws.com/UAE/GH19_Ch6.pdf
 25. Mills J. Mindfulness, self-compassion and compassion science in mental health nursing: Commentary on Ruiz-Fernandez et al. Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019;29(3):531-2.
 26. Thomas N, Morris EMJ, Shawyer F, Farhall J. Acceptance and commitment therapy for voices. In *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. 1st ed. Wiley-Blackwell, 2013.
 27. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(2):250-6.
 28. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3(2):1-9.
 29. Motevallian SA, Alizadegan S, Hossein Vaziri M, Khoiee EM, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2008;3(2):55-8.
 30. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*. 2014;45(1):83-101.
 31. Biglari F, Sheibani Tazraji F, Taghinejad N. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the Cognitive Fusion and Self-Care Behaviors of the Students with Type-1 Diabetes. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2022;65(4):1686-700. [Persian]
 32. Goodarzi F, Soltani Z, Hoseini Seddigh MS, Hamdami M, Ghsemi Jobaneh R. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation and Quality of Life of Mothers of Children with Intellectual Disability. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:1-6. [Persian]
 33. El-Ashry AM, Elhay ES, Taha SM, Salem ES, El-Sayed MM. Impact of virtual group-based acceptance and commitment therapy on social adjustment and work-family conflict among intern nurses: a randomized control trial. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):552.
 34. Hulbert-Williams NJ, Hulbert-Williams L, Patterson P, Suleman S, Howells L. Acceptance and commitment therapy (ACT)-enhanced communication skills: development and evaluation of a novel training programme. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021.
 35. Lu YE, Li Y, Huang Y, Zhang X, Wang J, Wu L, et al. Effects and mechanisms of a web-and mobile-based acceptance and commitment therapy intervention for anxiety and depression symptoms in nurses: Fully decentralized randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25:e51549.
 36. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and anxiety among women with breast cancer. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017;15(4):42-9. [Persian]
 37. Vaklavic EA, Stffileno BA, Carlson E. Moral distress: Using mindfulness-based stress reduction interventions to decrease nurse perceptions of distress. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2018;22(3):326-32.
 38. McLoughlin S, Roche BT. ACT: A process-based therapy in search of a process. *Behavior Therapy*. 2023;54(6):939-55.
 39. Fernández Rodríguez C, Coto Lesmes R, Martínez Loredó V, Cuesta Izquierdo M. Psychological inflexibility, anxiety and depression: The moderating role of cognitive fusion, experiential avoidance and activation. *Psicothema*. 2022;34(2):240-48.
 40. Faustino B, Vasco AB, Farinha-Fernandes A, Delgado J. Psychological inflexibility as a transdiagnostic construct: Relationships between cognitive fusion, psychological well-being and symptomatology. *Current Psychology*. 2023;42(8):6056-61.

41. Mohammadi Farshi A, Shahnazari M, Bahrami Hedaji M, Peyvandi P, Mohammadi Shirmahaleh F. Evaluation of the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion on deterministic thinking and positive thinking in couples. *Advances in Cognitive Science*. 2022;24(1):98-114.
42. Nishikawara R, Maynes T. Moving From Moral Distress to Moral Resilience Using Acceptance and Commitment Therapy. *Canadian Journal of Career Development*. 2023;22(1):30-40.
43. Saeedi E, Bekmaz K, Bahram NF. The Relationship between Moral Distress and Professional Stress in the Nurses Caring for Covid-19 Patients at Tehran University of Medical Sciences. *Faṣlnāmah-I akhlāq-I Pizishkī - i.E.*, Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022;16(47):1-12. [Persian]