J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/03/18 *Accepted:2024/09/06*

Investigating the Effectiveness of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Reducing Psychological Distress and Reducing Mental Fatigue in Nurses with Burnout Symptoms in Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran

Masoumeh Nabaei (Ph.D.s)[1], Zahra Alizadeh Birjandi (Ph.D)[2]

1.PhD Student of Health Psychology, Department of Health Psychology, Torbat Jam Azad Islamic University, Torbat Jam, Iran

2.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Imam Reza University, Mashhad, Iran. Email: zahra.alizadeh.83@gmail.com Tel: 09158056064

Abstract

Introduction: Nurses as a large proportion of the healthcare workforce report significant distress and burnout, which can lead to poor patient care, and according to the latest report in 2018, the rate of burnout among nurses was 25%. Among several psychological interventions, integrated therapy can be effective in improving mental fatigue and distress. So, the purpose of the present research is to investigate the effectiveness of integrated(cognitive-behavioral- acceptance and commitment-based) therapy on reducing psychological distress and mental fatigue in nurses with burnout symptoms in Imam Reza Hospital in Mashhad, Iran.

Methods: This research was a semi-experimental pre-test-post-test study with a control group. The statistical population included all female nurses working in Imam Reza Hospital (Mashhad, Iran) which had symptoms of burnout, . 30 nurses were selected by purposive sampling considering the inclusion criteria and then they were randomly divided into an experimental and a control group. Subjects of both groups responded to Multidimensional Fatigue Inventory (MFI, Smets et al) and Kessler Psychological Distress Scale before and after the intervention. The therapeutic intervention was provided to the experimental group twice a week for 10 sessions of 45 minutes.

Results: The results showed that there was a significant difference between the two groups after the combined treatment intervention in terms of psychological distress and mental fatigue in nurses with signs of job burnout.

Conclusion: It is suggested to use CBT-ACT in a continuous and regular manner in hospitals and universities in the form of training classes in order to reduce psychological distress and mental fatigue and job burnout.

Keywords: Psychological Distress, Psychological Fatigue, Combined Therapy (Cognitive-Behavioral (CBT) and Acceptance and Commitment (ACT), Job Burnout, Mental Distress, Nurses

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

This Paper Should be Cited as:
Author: Masoumeh Nabaei, Zahra Alizadeh Birjandi. Investigating the Effectiveness of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment-Based Therapy(ACT)…..……Tolooebehdasht Journal. 2024;23(3)16-29 .[Persian]

بررسی اثربخشی درمان تلفیقی (شناختی - رفتاری (CBT)) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خستگی روانی، پریشانی روانی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی بیمارستان امام رضا (ع)

نویسندگان: معصومه نبئی[۱]، زهرا علیزاده بیرجندی[۲]

۱.دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد تربت جام، دانشگاه ازاد اسلامی، تربت جام،ایران

۲.نویسنده مسئول:استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۵۸۰۵۶۰۶۴ Email: zahra.alizadeh.83@gmail.com

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

سال بیست وسوم

شماره سوم

مرداد وشهریور

شماره مسلسل: ۱۰۵

تاریخ وصول۱۴۰۲/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۳/۲۰

چکیده

مقدمه: پرستاران بخش بزرگی از نیروی کار مراقبت های بهداشتی، ناراحتی و فرسودگی شغلی قابل توجهی را گزارش می‌کنند که می‌تواند منجر به مراقبت ضعیف از بیمار شود، به طوری که طبق اخرین گزارش در سال ۹۸ میزان فرسودگی شغلی در پرستاران ۲۵ درصد گزارش شده است. یکی از مداخلات روانشناسی درمان تلفیقی است که می تواند در بهبود خستگی روانی وپرپشانی روانی مؤثر باشد. لذا هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان تلفیقی (شناختی رفتاری- میتنی بر پذیرش و تعهد) بر کاهش خستگی روانی و پریشانی روانی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی در بیمارستان امام رضا (ع) بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه پرستاران زن شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) دارای نشانه‌های فرسودگی شغلی تشکیل می‌دهند. به روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از پرستاران با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به صورت تصادفی دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. هر دو گروه قبل از شروع مداخله و پس از آن به پرسشنامه خستگی روان استمش و همکاران و پریشانی روان شناختی کسلر پاسخ دادند. مداخله درمانی طی ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به شیوه گروهی برای گروه آزمایش ارائه شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کووراینس نشان داد که درمان تلفیقی برکاهش پریشانی روانی و خستگی روانی پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی اثربخشی قابل ملاحظه‌ای دارد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌ها پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش خستگی روانی و پریشانی روانی از روش درمان تلفیقی به شکل مستمر در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها برای پرستاران به صورت برگزاری کلاس‌های آموزشی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: پریشانی روانی، درمان تلفیقی (شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد)، فرسودگی شغلی، خستگی روانی، پرستاران

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

پرستاران از رابطان حیاتی بهداشت و درمان در کشورها هستند؛ بنابراین یکی از تاثیرگذارترین اجزای نیروی انسانی نظام سلامت محسوب می‌شوند. وجود پرستاران با انگیزه و توانمند نقش مهمی در ارتقا کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دارد. یکی از محل‌های ارائه خدمت درمانی، بیمارستان است. بیمارستان یکی از اجزای مهم نظام بهداشت و درمان است که عملکرد آن منجر به تامین سلامت افراد جامعه می‌شود. عملکرد موفق یک بیمارستان بستگی کامل به نحوه مدیریت و استفاده از منابع موجود در آن دارد. پرستاران در فرآیند ارائه خدمات با بیماران و بیماری‌های مختلف روبرو می‌شوند و به همین دلیل پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند. بر این اساس پرستاری به عنوان یکی از حرفه‌های پراسترس شناخته شده است. یکی از پیامدهای اجتناب ناپذیر استرس شغلی، فرسودگی شغلی است(۱).

فرسودگی شغلی از جمله خطرات شغلی است که در سال‌های اخیر مورد توجه پژهشگران قرار گرفته است. فرسودگی شغلی نوع خاصی از تهی شدن عاطفی با کار فشرده، عدم تعهد و از دست دادن انگیزه در افراد با تعهد بالا در محیط کار توصیف می شود. ماسلاخ از این پدیده به عنوان پدیده بی تفاوتی و عدم احترام به مشتریان سازمان یاد کرده است(۲). فرسودگی شغلی نشانگانی است که در محیط کار و در نتیجه شرایط استرس زای شغلی ایجاد شده و اثرات مخرب آن در شغل‌های مددرسان از جمله حرفه پرستاری بسیار مشهود است(۳).

یکی از علائم فرسودگی شغلی، خستگی روانی، حالتی است که باعث کاهش عملکرد فیزیکی در پرستاران می‌شود. خستگی را می‌توان به عنوان فقدان انرژی فیزیکی یا ذهنی و شناختی دانست که منجر به افت فعالیت‌های فرد می‌شود. به بیان دیگر خستگی احساس ناخوشایند ذهنی است که طیفی از احساس ضعف تا فرسودگی را تشکیل می‌دهد و با قابلیت ایفای نقش و فعالیت شخصی تداخل دارد(۴). مهم‌ترین ویژگی خستگی روانی فقدان و تخلیه انرژی است که باعث شکل گیری سندرم‌های روانی نیز می‌شود که از جمله می‌توان به افسردگی، اضطراب و حتی نگرش‌های بدبینانه نسبت به همکاران و اطرافیان اشاره کرد. مولفه مهم فرسودگی شغلی بعد فردی آن است که سلامت روان فرد را به مخاطره می‌اندازد. ولی باید به‌این نکته مهم نیز توجه شود که خستگی روانی و فرسودگی شغلی بعد اجتماعی نیز دارد و روابط خانوادگی را نیز می‌تواند دچار تلاطم کند(۵).

بر اساس تحقیقات قبلی، افزایش سطح خستگی به ویژه خستگی روانی با تمرکززدایی و بروز خطاهای بیشتر همراه است. افرادی که از خستگی روانی رنج می برند، می‌توانند کارهای شناختی ساده‌ای انجام دهند، اما عملکرد آنها در کارهای پیچیده ذهنی ممکن است کاهش یابد. دلیل احتمالی این موضوع تأثیر خستگی روانی بر پردازش اطلاعات است. خستگی قدرت تصمیم گیری پرستاران را کاهش می‌دهد، زمان واکنش را افزایش می‌دهد و توانایی حل مسئله را مختل می‌کند و منجر به افزایش خطا می‌شود. خستگی پرستاران ممکن است ایمنی و سلامت بیمار را در معرض خطر قرار دهد، احتمال بروز عوارض جانبی را افزایش داده و سلامت پرستاران را تهدید کند(۶).

یکی از متغیرهایی که با خستگی روانی مرتبط است پریشانی روانی که نوعی از اختلالات خفیف روانی است و به عنوان یک

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

شاخص سلامت روان، در مطالعات جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک مورداستفاده قرار می‌گیرد. پریشانی روانی معمولاً به عنوان رنج عاطفی شناخته می‌شود که با علائم افسردگی (مانند: بی علاقگی، غم و اندوه، ناامیدی) و اضطراب (مانند: بی قراری، احساس تنش) شناخته می‌شود(۷). ازاین رو، می‌توان اینگونه بیان کرد که پریشانی روانشناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش زا یا نیاز خاص است که به آسیب گذرا یا همیشگی برای وی منتهی می‌شود. پریشانی روانشناختی نسبت به اختلال روانشناختی که به طبقات تشخیصی بالینی باز می‌گردد، دلالت بر سطحی غیر اختصاصی از روان آسیب شناسی دارد و به عنوان پاسخ هیجانی نابهنجار به عوامل تنش زا تعریف می‌شود(۸).

با توجه به نقش عوامل شناختی بر سبب شناسی اضطراب و افسردگی، شواهد نیز از رابطه فرضی بین باورهای فراشناختی و اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های غیر بالینی حمایت می‌کند. کاپوبیانکو و همکاران (۲۰۲۰) در یک فرا تحلیل نشان دادند روابط مثبت و ثابتی بین ابعاد باورهای فراشناختی و علائم اضطراب و افسردگی وجود دارد. بنابراین باورهای فراشناختی یکی از متغیرهایی است که با پریشانی روانشناختی در ارتباط است(۹).

درمان شناختی رفتاری از جمله درمان‌هایی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدفمدار نشانه می‌گیرد. این درمان شامل شناسایی افکار تحریف شده، اصلاح عقاید و باورها، یادگیری روش‌های مختلف و تغییر رفتارهاست. رفتار درمانی شناختی با «تمرکز بر حل مسئله» عهده دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود، و در این رویکرد درمانگر با »عمل گرایی« تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند(۱۰).

نتایج پژوهش‌ها موید این مطلب است که اگرچه برخی از درمان‌های دارویی مزایای قابل‌توجهی دارند اما درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ بالینی به طور معناداری باعث بهبود شده‌اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد روان‌درمانی است که افراد را ترغیب می‌کند تا روابط خود را با افکار و احساسات جسمی خود از طریق سازوکارهای پذیرش، ذهن‌آگاهی و عملکرد مبتنی بر ارزش تغییر دهند(۱۱).

یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد که اثر آن در پریشانی روانشناختی و خستگی روانی پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی نیاز به بررسی بیشتر دارد، درمان مبتنی بر پذیرش است. هدف و تعهد اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌ترباشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد. انعطاف پذیری روانشناختی، در درمان مبتنی برپذیرش وتعهد از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی؛ پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌هاوعمل متعهد ایجاد می‌شود. این فرآیندها با یکدیگرمرتبط هستند و برای تقویت انعطاف پذیری روانشناختی بر یکدیگر تأثیرگذارند(۸). پذیرش به معنای صبورانه تاب آوردن آنچه رخ

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

می دهد است و زمانی که از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پذیرفتن تمام تجربه‌های درونی و بیرونی مثبت و منفی همانطور که در لحظه هستند بدون انجام تلاشی برای تغییر شکل و یا فراوانی این تجربه‌ها پذیرش افزایش یابد، رفتار پذیرش جایگزین اجتناب تجربی می‌شود و اجتناب از رنج، درد و تجربه ناخوشایند کاهش می‌یابد. همچنین علاوه بر تسهیل اقدام برای زندگی ارزشمدار از طریق پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آگاهی از لحظه حال نیز با پذیرش، هم جوشیزدایی شناختی و خود همچون بافتار به عنوان سایر اجزای فرایند درمان ارتباطی مستقیم دارد که آگاهی از لحظه حال به عنوان عنصر اساسی کمک کننده به فرایندهای ذهن آگاهی، با به کارگیری این فرایندها و تاثیرشان بر یکدیگر، با بهبود توانایی ایجاد پاسخ‌های متفاوت در زمان مواجهه با مشکلات، انعطاف پذیری روانشناختی افراد را افزایش می‌دهد(۱۲).

درمانگران با موضوعات گوناگونی در درمان‌های اختلالات روانی مواجه هستند و درمان‌های تک بعدی به تنهایی نتوانسته‌اند این اختلالات را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند. در خصوص اثربخشی هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری نیز به صورت جداگانه در درمان و کاهش علائم طیف وسیعی از مشکلات موردبررسی قرارگرفته است. و اما مطالعه پیشینه درمان‌های فوق در داخل کشور، پژوهشی در خصوص تلفیق اثربخشی (ACT و CBT) خاصه بر پریشانی روانی و خستگی روانی را نشان نمی‌دهد.

این دو رویکرد با هم همپوشانی دارند و در آنها، بر ذهن آگاهی تأکید می‌شود. تلفیق درمان CBT و ACT تمرکز آن بر کارکردِ یک تکنیک بجای ماهیت تکنیک است. رویکرد یکپارچه CBT–ACT با تکیه بر نظریه چارچوب ارتباطی و فلسفه بافت‌گرایی کارکردی یک هدف کارکردی را دنبال می‌کند که همان ترویج عمل ارزشمند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. در این رویکرد تلفیقی هر دو درمانگران CBT و ACT ارزش‌های یکسانی را دنبال می‌کنند که شامل کاهش رنج، توانمندسازی، سرزندگی و ارتباط است. لذا درمانی که شامل هر دو استراتژی CBT و ACT است، گزینه‌های بیشتری را برای درمان افکار و احساسات ناراحت کننده ارائه می‌دهد و احتمال وقوع تغییر را بدون ناسازگاری نسبت به CBT سنتی به تنهایی افزایش می دهد. بنابراین هدف از این پژوهش، بررسی اثر بخشی درمان تلفیقی (درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بذیرش و تعهد) بر کاهش پریشانی روان شناختی و خستگی روانی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی بیمارستان امام رضا(ع) می‌باشد.

روش بررسی

طرح کلی این پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شاغل زن دارای فرسودگی شغلی بیمارستان امام رضا(ع) بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری هدفمند بر اساس حجم نمونه ای به تعداد ۳۰ نفر توسط پرسشنامه افسردگی شغلی ماسلاچ (MBI) در بهار ۱۴۰۲ از بین ۱۵۰ نفر پرستار با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

با افت آزمودنی‌ها در طی اجرای جلسات (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) تعداد حجم نمونه به ۲۴ نفر رسید که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل مدرک کارشناسی، اشتغال تمام وقت در بیمارستان، فقط جنس مونث، داشتن سن حداقل۲۵ و حداکثر ۴۰ سال، انتخاب افراد براساس نمره فرسودگی شغلی (بر اساس نمره برش ۸۷)، رضایت آگاهانه از شرایط پژوهش داشته باشد و آن را بپذیرد (فرم ر ضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان امضا شد) و ملاک‌های خروج از طرح نیز شامل اهمال در انجام تکالیف خانگی، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات، سابقه مصرف هرگونه دارو به ویژه داروی اعصاب که مخل پژوهش باشد، شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی خارج از این جلسات.

در این پژوهش پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولین، توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، پرستاران از نظر معیارهای ورود و خروج به مطالعه بررسی شدند. قبل از شروع جلسات درمانی از هر دو گروه کنترل و آزمایش خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. در ادامه گروه آزمایشی، طی ۱۰جلسه ۴۵دقیقه ای هفته‌ای ۲ بار تحت آموزش درمان تلفیقی (شناختی- رفتاری (CBT)) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند. پرستاران گروه کنترل در این مدت در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله ای بر روی آن‌ها انجام نشد. در این پژوهش داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و تحلیل و تجزیه معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۶ انجام گرفت و از پرسش نامه‌های زیر برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد :

پرسشنامه خستگی روانی اسمتس[MFI]: این پرسشنامه ارزیابی ۵ بعد درک عمیق تر و دقیقی از میزان خستگی فرد فراهم میکند. این پرسشنامه نخستین بار توسط اسمتس و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه و تنظیم شده و قابلیت استفاده روی جمعیت بیماران و افراد سالم را دارد و شامل ۲۰ گویه است که براساس مقیاس ۵ امتیازی لیکرت امتیازدهی می شود. این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس خستگی عمومی، خستگی جسمی، کاهش فعالیت و خستگی ذهنی می‌باشد. در گروه‌های مختلف جمعیت شناختی ارزیابی شد. تحلیل عاملی تاییدی نشان داد سوالات هر بعد توصیف گر همان بعد بوده و پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش جانفزا (۱۳۹۴) برای خستگی عمومی و جسمی و ذهنی بالاتراز ۸۰٪ و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از ۶۵٪ بود. این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شده است و روایی آن ۰/۷۴ و پایایی آن با توجه به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمده است.مقیاس پریشانی روان شناختی کسلر: این مقیاس ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) به دو صورت ده سوالی و شش سوالی به منظور سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین شد که اختلال روانشناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد،اما در مجموع سطح اضطراب و افسردگی را که فرد در چند هفته اخیر تجربه کرده با سوالاتی مانند در طول ماه گذشته،هر چند وقت یک بار احساس میکردید که بدون دلیل قانع کننده ای خسته هستید؟ مشخص

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

می نماید. کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتـدا ۵۰۰۰ سوال را از منابع مختلف گرد آوری نموده و طبقه بندی کردند و پس از طبقه بنـدی آن‌هـا بـر اسـا س اخـتلالات روانـی موجـود، تعداد سوالات را به ۴۵ و سپس ۳۲ سوال کاهش دادند. درایـران پژوهش کولیوند و همکاران (۱۳۹۴) پایایی ایـن پرسشـنامه را بـا استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۰٪ گزارش کرده‌اند.

جدول ۱: پروتکل درمان تلفیقی (ACT و CBT)

جلسه	عنوان
جلسه اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت فرسودگی شغلی ، عوامل و نشانه‌های آن ، مفهوم سازی مولفه‌های درمان شناختی رفتاری و اکت و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	بیان اصل شناخت و رفتار و پذیرش، شناخت احساسات و افکار و رفتار پیرامون مشکلات ، آموزش استفاده از فنون رفتاری و شناختی وآموزش پذیرش و تعهد، تقویت ارتباط درمانی، ارائه تکلیف در مورد فنون.
جلسه سوم	بررسی مختصر هفته گذشته ،مرور و بررسی مشکلاتی که در مورد اجرای تکلیف داشته اند ،صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه ، آموزش و شناخت ارزش‌ها و ارائه‌ی تکنیک همخوانی ارزشی ، آموزش انعطاف پذیری روانشناختی و تمرین ذهن آگاهی برای کاهش افکار و احساسات ناخوشایند ،تعیین کردن تکلیف، خلاصه سازی و ارائه بازخورد.
جلسه چهارم	بررسی مختصر هفته گذشته ،مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته ،آموزش گسلش از محتوای شناختی، استفاده ازنظریه چهار چوب ارتباطی در رفتار، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و گسلش ، ارائه چند تمرین با استفاده از استعاره‌ها، ارائه چند تکنیک ذهن آگاهی و گسلش ،تعیین کردن تکلیف، خلاصه سازی و ارایه بازخورد.
جلسه پنجم	بررسی مختصر هفته گذشته، مرور و بررسی تکلیف هفته قبل ،آموزش افزایش آگاهی از کاربر راهبردهای شناختی رفتاری ،پیوند زدن راهبردهای CBT با نظریه چهارچوب ارتباطی، استفاده از بازسازی شناختی و استفاده از فرمول ABC،ارائه چند کاربرگ و تمرین ،تعیین کردن تکلیف، خلاصه سازی و ارائه بازخورد.
جلسه ششم	بررسی مختصر هفته گذشته، مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته، آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار، آموزش رها کردن خود برای کشف خود ،ارائه تمرین و استعاره ، تعیین کردن تکلیف،خلاصه سازی و ارائه بازخود.
جلسه هفتم	بررسی مختصر هفته گذشته، مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته ،آموزش شناخت مفروضه‌های زندگی، آمورزش آگاهی از جهان بینی و ارائه راه‌های مختلف نگریستن به مسائل، ارائه تمرین، تعیین کردن تکلیف،خلاصه سازی و ارائه بازخورد.
جلسه هشتم	بررسی مختصر هفته گذشته ، مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته، آموزش امکان پذیرش بنیادین، استفاده از گفتگوی سقراطی برای ترویج پذیرش بنیادین، ارائه تمرین و استعاره، تعیین کردن تکلیف ، خلاصه سازی و ارائه بازخورد.
جلسه نهم	بررسی مختصر هفته گذشته، مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته،آموزش پرتاب کردن خود به سوی ارزش‌ها و فعال سازی رفتار به عنوان هدف نهایی، متعهد کردن افراد در عمل کردن به ارزش‌ها، ارائه تمرین وکاربرگ ،تعیین کردن تکلیف، خلاصه سازی و ارائه باز خورد
جلسه دهم	بررسی مختصر هفته گذشته ،مرور و بررسی تکلیف هفته گذشته ،تلاش بکارگیری همه آموزه‌های جلسات برای کمک به بهبود روابط در اجتماع، آموزش جراتمندی و تمرین ایفای نقش، ارائه کاربرگ و تمرین، مرور موارد کلی از اولین جلسه تا جلسه دهم و اماده برای اختتام درمان،اجرای پس آزمون

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

یافته ها

نتایج توصیفی متغیرهای دموگرافیک در جدول۲ نشان داده شده است. بر اساس نتایج توصیفی جدول ۲ در هر دو گروه ازمایش و کنترل ۵۸/۳ درصد مجرد و ۴۱/۷ درصد متاهل بودند. از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به تحصیلات کارشناسی با ۵۰ درصد فراوانی بود. همچنین بیشترین فراوانی گروه سنی مربوط به گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال در هر دو گروه آزمایش و کنترل بود.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفگیگ گروه و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ بیانگر این است که نمرات پس آزمون متغیرهای پریشانی روان شناختی، خستگی روانی و فرسودگی شغلی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به کاهش یافته است.

به منظور بررسی اثر بخشی درمان تلفیقی (ACT - CBT) بر پریشانی روان‌شناختی و خستگی روانی پرستاران دارای نشانه‌های فرسودگی شغلی، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد که برای بررسی برقرای این پیش فرض از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که (F=۰/۳۲۱ ، p= ۰/۵۴۸) پیش فرض همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، بررقرا است چون سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. یکی دیگر از پیش فرض‌های اجرای تحلیل کووراپانس چند متغیری، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها می‌باشد که برای بررسی برقراری این پیش فرض از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ قابل مشاهده است. همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نتایج آزمون لون در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست. چون سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین پیش فرض همگنی واریانش‌ها تایید شد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سطح معنی داری آزمون لامبدای ویلکز کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضیه صفر مبنی بر معنادار نبودن اثر بخشی درمان رد می‌گردد و در نتیجه خستگی روانی و پریشانی روان‌شناختی پرستاران دارای نشانه‌های فرسودگی شغلی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که درمان تلفیقی (ACT - CBT) ۹۵/۹ درصد مؤثر بوده است.

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرها، از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج آزمون بین اثرات آزمودنی‌ها مربوط به هر متغیر در جدول ۵ نشان داده شده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه خستگی روانی و پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول مقدار F به دست آمده سطح معنی داری مربوط به هر سه متغیر کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان تلفیقی (ACT - CBT) بر کاهش پریشانی روانی و کاهش خستگی روانی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی بیمارستان امام رضا (ع) مورد تائید قرار می‌گیرد. بر اساس نتایج جدول ۵ مداخله درمان تلفیقی (ACT - CBT) بر کاهش خستگی روانی ۲۸/۷ درصد و کاهش پریشانی روان‌شناختی ۵۶/۶ درصد در گروه آزمایش مؤثر بود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک

متغیرها		گروه آزمایش(n=۱۲)		گروه کنترل(n=۱۲)	
		فراوانی (n)	درصد (٪)	فراوانی (n)	درصد (٪)
تاهل	مجرد	۷	۵۸/۳	۷	۵۸/۳
	متاهل	۵	۴۱/۷	۵	۴۱/۷
تحصیلات	کارشناسی	۶	۵۰	۶	۵۰
	کارشناسی ارشد	۴	۳۳/۳	۵	۴۱/۷
	دکتری	۲	۱۶/۷	۱	۸/۳
گروه سنی	۲۵ تا ۳۰ سال	۳	۲۵	۳	۲۵
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴	۳۳/۳	۳	۲۵
	۳۶ تا ۴۰ سال	۵	۴۱/۷	۶	۵۰

جدول۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

شاخص‌های توصیفی		گروه آزمایش (n=۱۲)		گروه کنترل (n=۱۲)		آزمون لون
متغیر		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	(معنی داری)
پریشانی روان شناختی	پیش آزمون	۱۰/۵۸	۶/۷۲	۱۵/۶۶	۷/۲۲	۱/۳۲۵ (۰/۲۳۹)
	پس آزمون	۴/۲۵	۱/۲۸	۱۴/۱۶	۶/۴۲	
خستگی روانی	پیش آزمون	۳۱/۴۱	۲/۲۶	۳۶/۱۶	۴/۱۳	۰/۰۰۴ (۰/۹۵۲)
	پس آزمون	۲۷/۶۶	۳/۴۹	۳۹/۳۳	۴/۰۵	

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوورایانس چند متغیری برای مقایسه خستگی روانی و پریشانی روان‌شناختی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی

اثر	آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۱	۱۵۴/۵۰۲	۳	۲۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹

جدول ۵: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه خستگی روانی و پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری ← / متغیر ↓	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	اندازه اثر
خستگی روانی	۴۲۱/۲۵۸	۱	۴۲۱/۲۵۸	۳۸/۲۳۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۷
پریشانی روان‌شناختی	۲۹۰/۵۷۷	۱	۲۹۰/۵۷۷	۲۷/۴۰۲	۰/۰۰۰	۰/۵۶۶

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مربوط به پریشانی روان شناختی و خستگی روانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان اینطور بیان کرد که درمان تلفیقی (شناختی – رفتاری ودرمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر کاهش پریشانی روان شناختی و کاهش خستگی روانی در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی بیمارستان امام رضا (ع) مؤثر بوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، درمان تلفیقی (CBT- ACT) بر کاهش پریشانی روان شناختی ۵۶/۶ درصد اثر بخشی معنی دار داشت. نتایج این یافته با نتایج مطالعه بابایی و همکاران(۱۳) و چانگ و مونرو(۱۴) همسو بود. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به ویژه پرستاران در موقعیت شغلی خود پریشانی روانشناختی زیادی را تجربه می‌کنند. استراتژی‌های مقابله‌ای می‌تواند به کاهش پریشانی روانشناختی آنها کمک کند. پرستاران به علت طولانی بودن مدت کار و لازم به حضور در محیط‌های بالینی و بیمارستانی در معرض درجات شدیدی از تنش قرار دارند زمانی که آنان در موقعیت بحرانی قرار می‌گیرند فشار روانی و تنشان آن چندین برابر می‌شود و بر واکنش‌های آنان نیز افزوده می‌شود(۱۵).

در رویکرد درمان تلفیقی (CBT-ACT)، رویکرد درمان شناختی–رفتاری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است. این درمان موجب تعدیل تکانشگری و اضطراب در بیماران می‌شود و با رویکرد پذیرش و تعهد مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در کنار آمدن با پریشانی روانشناختی در افراد دارای فرسودگی شغلی مؤثر باشد.

تکنیک‌های شناختی-رفتاری باعث می‌شوند که حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس و امیدواری در افراد دارای فرسودگی شغلی افزایش یابد. این مهارت، خلق و خوی منفی و رفتارهای افسرده ساز را کاهش می‌دهد. هر دو رویکرد شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد تاکید می‌نماید که این درمان از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوار فکری، افزایش انعطاف پذیری در نحوه پاسخدهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در کاهش پریشانی روانشناختی موثر باشد. پریشانی روانشناختی شامل علائم و مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط اجتماعی و خواب می باشدکه با پذیرشی که برای فرد به بار می‌آورد می‌تواند چالش‌های ذهنی فرد برای پاسخگویی به سوالاتی مانند چرا من؟ را از بین می‌برد و فرد مدام در حال جستجو برای دلایل مشکل خود نمی‌شود و فرد بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این سوالات و هیجانات، آن‌ها را می‌پذیرد و به آرامشی دست می‌یابد که قبلاً نداشته است. این عامل می‌تواند به صورت مستقیمی منجر به کاهش پریشانی روانشناختی گردد(۱۶).

بر اساس یافته‌ها درمان تلفیقی (ACT-CBT) بر کاهش خستگی روانی ۲۸/۷درصد اثر بخشی معنی دار داشت. نتایج این

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

یافته با نتایج پژوهش سیاه پوش و همکاران(۱۷) و سلیمانی و تاج الدینی(۱۸) همسو می‌باشد. در مشاغلی که مخاطرات روانی بیشتری برای افراد در بر دارد از جمله پرستاران با توجه به ساعات کاری متغیر، سختی شغل و التیام بخشی به آلام بیماران خستگی روانی بیشتر مشاهده می‌شود. در تبیین این یافته تحقیقات نشان داده است که خستگی روانی به عنوان اولین مرحله سندرم فرسودگی تجربه می گردد به طوری که یک سوم پرستاران و همکارانشان دچار خستگی روانی هستنند و بین خستگی روانی وشرایط متغیر کار رابطه وجود دارد(۱۹).

استفاده از CBT به علاوه ACT این امکان را به درمانگر می‌دهدکه استراتژی ها را بسته به زمینه و ترجیح مراجع انتخاب کند. گاهی اوقات مراجع به دنبال تقویت دقت است و این به خوبی با مدل ABC با شناسایی خطاهای شناختی و بازسازی مطابقت دارد. ذهن‌آگاهی و خود به‌عنوان تمرین‌های زمینه‌ای می‌تواند شناسایی افکار خودکار را تسهیل کند و آگاهی فراشناختی را ایجاد کند تا فاصله بیشتری از الگوهای افکار منفی ایجاد کند(۲۰).

با رویکرد درمانی شناختی رفتاری افراد اطلاعات زیادی در مورد واکنش به استرس به دست می‌آورند، خودگویی‌های منطقی برای موقعیت‌های اضطرابی یاد می‌گیرند و بازسازی شناختی را در موقعیت‌های هیجانی فرا می‌گیرند. این مهارت‌ها به پرستاران امکان می‌دهد دیدگاه متعادلی در موقعیت‌های استرس زای بیمارستانی داشته باشند. ارزیابی شناختی از یک موقعیت، نقش مهمی در تعیین شدت فشار روانی دارد و به همین علت استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر شناخت بیماران، موجب تغییر ارزیابی‌های منفی از یک موقعیت استرس زا می گردد. به نظر می‌رسد پرستاران به علت شرایط شغلی سطح استرس بالایی را تجربه می‌کنند حضور در جلسات درمانی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند نگرانی‌های خود را در گروه مطرح کنند و با افکار خود آشنا شود. از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی به افراد آموزش داده می‌شود تا استرس روزمره خود را کنترل کنند و از طریق تفکر منفی و قدرت فکر به افراد آموزش داده می‌شود تا علام شناختی منفی خود را بشناسند و آنها را کنترل کنند(۱۰). بر اساس یافته‌های این تحقیق با توجه به بررسی اثربخشی درمان تلفیقی (شناختی–رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد) در پرستاران با نشانه‌های فرسودگی شغلی بر کیفیت زندگی و بهداشت روانی پرستاران پیشنهاد می‌شود جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی و خستگی روانی از روش درمان تلفیقی (CBT-ACT) به شکل مستمر و مرتب در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها برای پرستاران به صورت برگزاری کلاس‌های آموزشی در دوره‌های کوتاه مدت (۸الی ۱۰ جلسه) اقدام گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی می‌باشد اصول اخلاقی این مقاله با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1401.379 در دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است. وکلیه ملاحظات اخلاقی از قبیل محرمانه بودن، کسب رضایت کتبی و آگاهانه در این پژوهش کاملاً رعایت شده است.

سهم نویسندگان

معصومه نبئی طراحی پژوهش، جمع آوری داده و تجزیه و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

تحلیل و نگارش مقاله را با راهنمایی زهرا علیزاده بیرجندی انجام داده‌اند و نسخه نهایی مقاله مطالعه مورد تایید نویسندگان است و مسئولیت پاسخگویی در قبال مقاله را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش از هیچ ارگانی حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ تضاد منافعی را اعلام نکردند.

تقدیر و تشکر

از زحمات و همکاری پرسنل پرستاری در بیمارستان امام رضا (ع) تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1-Karami Ajdari P, Aeenparast A, Masoudi Asl I. Burnout among nurses in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Payesh. 2017;16(5):595-603.

2-Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Human resources for health. 2020;18:1-17.

3-Vaziri S, Shaydayi A, Nobakht L & et al. Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress Patients Disease. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(49):57-66.

4-Aghbolaghi N, Aghdasi A, Rostami H & et al. Examining the Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction on Mental Fatigue, Perceived Stress, and Emotion Regulation in Nurses. Journal of Health and Care. 2023;24(4):368-79.

5-Ellrich K. Burnout and violent victimization in police officers: A dual process model. Policing: An International Journal of Police Strategies & Management. 2016;39(4):652-66.

6-Bakhshi E, Mazloumi A, Hoseini SM. Relationship between mental fatigue and mental workload among nurses. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2019;21(1).

7-Rahimi Z, Esmaily H, Taghipour A & et al. Evaluation of the prevalence of psychological distress and its related demographic factors in 18-65 year-old population of Khorasan Razavi: a cross-sectional study. Iranian Journal of Epidemiology. 2021;16(4):316-24. .

8-Zamani Froshani Z, Dokaneifard F, Niknam M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological distress and dysfunctional attitudes. Journal of Psychological Science. 2023;22(125):1017-32.

9-Issazadegan A, Tajik F, Lajevardi SA & et al. Model of psychological distress based on metacognitive beliefs of students with the mediating role of mind-wandering. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2023;11(12):97-106.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

CC BY-NC 4.0

10-Babapoor J, zeianli S, Azimi F & et al. Efficacy of Cognitive Behavior Therapy on Quality of life, Anxiety and Fatigue of cancer section's nurses: A Clinical Trail study. 2 Journal of Nursing Education. 2019;8(4):26-32.

11-Akbarian M, Mohammadi Shirmahleh F, Borjali A & et al. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Chronic Fatigue, and Pain Intensity in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Study with Expectancy Effect. Internal Medicine Today. 2021;28(1):70-85.

12-Kazemeini SE, Ranjbaripour T, NezhadMohammad Nameghi A & et al. The Comparision of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Hope in Males with Heart Failure. Journal of Nursing Education. 2024;11(6):101-18.

13-Babaee z, Mansoobifar M, Sabet M & et al. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts. Journal of Clinical Psychology. 2022;13(4):41-52.

14-Chong VK, Monroe GS. The impact of the antecedents and consequences of job burnout on junior accountants' turnover intentions: a structural equation modelling approach. Accounting & Finance. 2015;55(1):105-32.

15-Wu H, Zhao Y, Wang J-N & et al. Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey. International archives of occupational and environmental health. 2010;83:155-64.

16-Shakernegad S, Moazen N, Hamidy M & et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress, Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. Journal of Health and Care. 2017;19(1):7-

17-Siyahposh Monfred M PS, Azizi S. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional avoidance and dimensions of mental fatigue in women with multiple sclerosis. Iranian Islamic Studies of Family. 2022;2(1).

18-Soleimani S, Tajoddini E. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on fatigue on dimensions of mental fatigue in patients with multiple sclerosis: a case study. Journal of clinical psychology. 2016;8(2):13-21.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

 CC BY-NC 4.0

19-Carlson RV, van Ginneken N.H, Pettigrew L. M & et al. The three official Language Versions of the Declaration of Hetsinti: what lost in Ytracsfation. Journal Med Ethics 2017;33(9):545-8.

20-Hallis L, Dionne F, Knäuper B & et al. Integrating acceptance and commitment therapy (ACT) into traditional cognitive behavior therapy (CBT). ACBS Annual World Conference X, Washington, DC; 2012.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16480]

CC BY-NC 4.0