

ẢNH HƯỞNG CỦA CHẤP NHẬN ĐẾN TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ STRESS: NHỮNG GỢI Ý CHO TÂM LÝ TRỊ LIỆU Ở VIỆT NAM

Nguyễn Thị Minh Hằng

Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn.

Nguyễn Thanh Ly

Đào Thị Hoa

Cục Trẻ em, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

TÓM TẮT

Dựa vào khung lý thuyết của Trị liệu chấp nhận và cam kết, nghiên cứu này có mục tiêu tìm bằng chứng về sự ảnh hưởng của yếu tố chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress trên người Việt Nam. Mẫu nghiên cứu gồm 1.483 người tuổi từ 17 đến 76. Công cụ đo lường gồm Bảng hỏi Chấp nhận và cam kết-II (AAQ-II) của Bond và công sự (2011) và thang Trầm cảm, lo âu, stress của Lovibond và Lovibond (1995). Kết quả nghiên cứu cho thấy, chấp nhận có tương quan nghịch ở mức khá với trầm cảm, lo âu và stress ở cả nhóm mẫu nghiên cứu, riêng với ba nhóm nghề nghiệp là y bác sĩ, doanh nhân và quân nhân, mối tương quan này ở mức cao (từ -0,61 đến -0,72; $p < 0,001$). Chấp nhận có thể dự báo được 30,6% sự thay đổi của trầm cảm, 26,8% lo âu và 29,8% stress. Từ các kết quả nghiên cứu này, vấn đề ứng dụng yếu tố chấp nhận trong việc phòng ngừa trầm cảm, lo âu, stress cho cộng đồng và áp dụng Trị liệu chấp nhận và cam kết vào tâm lý trị liệu ở Việt Nam được gợi mở.

Từ khóa: Chấp nhận; Trầm cảm; Lo âu; Stress; Trị liệu chấp nhận và cam kết.

Ngày nhận bài: 31/7/2021; Ngày duyệt đăng bài: 25/8/2021.

1. Đặt vấn đề

Các nghiên cứu về tâm lý học Phật giáo, đặc biệt là các nghiên cứu ứng dụng Phật giáo trong tâm lý trị liệu ngày càng được quan tâm rộng rãi và nhận được nhiều bằng chứng thực nghiệm ủng hộ. Một thành tựu trong lĩnh vực nghiên cứu này được biết đến rộng rãi nhất là sự ảnh hưởng tích cực của chánh niệm đến sức khỏe tâm thần. Theo đó, nhiều liệu pháp trị liệu dựa trên chánh niệm ra đời và phát triển thành *Làn sóng thứ ba (The third wave)* trong tâm lý trị liệu. Một trong những liệu pháp tâm lý dựa trên chánh niệm được ứng dụng rộng rãi và nhận được nhiều bằng chứng ủng hộ nhất là Trị liệu chấp nhận và cam kết (ACT) (Hayes, Strosahl và Wilson, 1999).

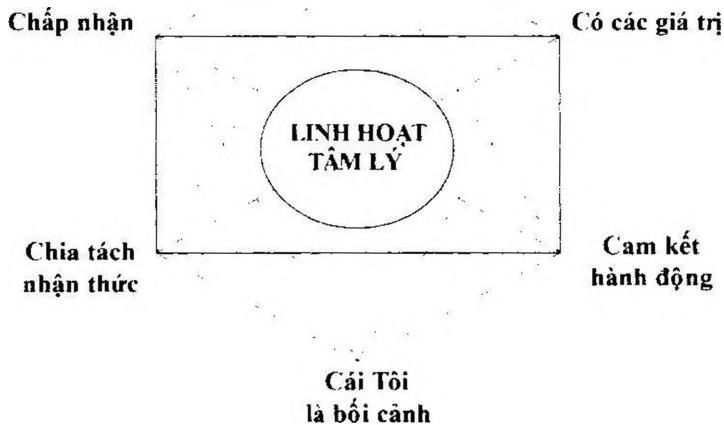
Cũng như nhiều liệu pháp trị liệu có ứng dụng yếu tố Phật giáo khác, Trị liệu chấp nhận và cam kết (Acceptance and Commitment Therapy) dựa trên giả định cơ bản “đau khổ tâm lý là một đặc trưng cơ bản của đời sống con người” (Hayes và cộng sự, 2012, tr. 4), là một điều tự nhiên và không thể tránh khỏi. Nguyên nhân gây ra đau khổ của con người là do thiếu tính linh hoạt tâm lý. Tính không linh hoạt tâm lý (psychological inflexibility) lại do sáu yếu tố tạo thành, bao gồm: (1) *Sự tập trung thiếu linh hoạt* (inflexible attention), nghĩa là cá nhân tập trung vào quá khứ hoặc tương lai, hay nói cách khác là bị mắc kẹt vào quá khứ hoặc sợ hãi một tương lai chưa đến. Điều đó cũng có nghĩa là họ thiếu liên hệ với khoảnh khắc hiện tại, thiếu chánh niệm; (2) *Né tránh trải nghiệm* (experiential avoidance): cá nhân né tránh trải nghiệm các cảm xúc tiêu cực của bản thân bằng cách cố lờ đi, bỏ qua hoặc cố kiểm soát chúng; (3) *Đồng nhất nhận thức* (cognitive fusion): cá nhân đồng nhất bản thân với các ý nghĩ (thường là tiêu cực) của mình; (4) *Mắc kẹt vào cái Tôi cứng nhắc* (attachment to the conceptualized self); (5) *Các giá trị bị phá vỡ, tuân thủ hoặc né tránh giá trị* (disruption of values: dominance of pliant, fused, or avoidant “values”); (6) *Không hành động, bốc đồng hoặc thiếu kiên trì* (inaction, impulsivity, or avoidant persistence) (hình 1).



(Nguồn: Hayes, Strosahl và Wilson, 2012).

Hình 1: Mô hình giải thích rối loạn tâm lý theo Trị liệu chấp nhận và cam kết

Liên hệ với hiện tại



(Nguồn: Hayes, Strosahl và Wilson, 2012).

Hình 2: Mô hình giải thích sức khỏe tâm lý theo Trị liệu chấp nhận và cam kết

Mặc dù đau khổ là bản chất của cuộc sống và nó hiện diện ở hầu hết tất cả mọi người, tuy nhiên, với một số người sự đau khổ biến thành các triệu chứng rối loạn do họ thiếu sự linh hoạt tâm lý như Hayes và cộng sự (2012) đã phân tích ở trên. Tuy nhiên, con người không nhất thiết phải chịu đựng sự đau khổ đó mà có thể hóa giải nó bằng cách thay đổi, hóa giải sáu nguyên nhân cơ bản gây nên sự không linh hoạt tâm lý. Theo đó, Trị liệu chấp nhận và cam kết tập trung vào sáu quá trình cốt lõi bao gồm: (1) chánh niệm, (2) chấp nhận, (3) chia tách nhận thức, (4) cái Tôi như là bối cảnh, (5) hình thành các giá trị và (6) cam kết hành động (hình 2). Đó là sáu quá trình có nội dung ngược lại với sáu nguyên nhân gây ra đau khổ, có mục đích là tạo ra tính linh hoạt tâm lý.

Trong mô hình 1 và mô hình 2 nêu trên có sáu cặp đôi khái niệm ngược nghĩa với nhau và có ảnh hưởng trái chiều đến sức khỏe tâm thần, trong số đó có cặp đôi khái niệm né tránh và chấp nhận được nghiên cứu khá nhiều. Né tránh được hiểu là một hiện tượng khi một cá nhân không muốn ở lại với các trải nghiệm riêng của mình (các cảm giác cơ thể, cảm xúc, ý nghĩ, ký ức và khuynh hướng hành vi) và thực hiện các bước để thay đổi hình thức hoặc tần suất tiếp xúc với các sự kiện hay bối cảnh dẫn đến các trải nghiệm đó (Hayes và cộng sự, 1999). Né tránh trải nghiệm là một hiện tượng phổ biến và thường xuyên biểu lộ dưới hình thức bỏ qua sự kiện, lãng quên hoặc bóp méo thực tế

(Foa và cộng sự, 1984). Ngược lại, chấp nhận được hiểu là tri giác vấn đề/bối cảnh hay hiện tượng như chúng vốn có và thừa nhận sự tồn tại của chúng. Trong tâm lý trị liệu, khái niệm *chấp nhận* được hiểu là một trạng thái hay đặc điểm tâm lý mà cá nhân không chối bỏ, phủ nhận hay né tránh các ý nghĩ, cảm xúc và trải nghiệm tiêu cực của bản thân mà thừa nhận, đương đầu và sẵn sàng giải quyết chúng. Trong bối cảnh của Trị liệu chấp nhận và cam kết, ở mức độ thấp, chấp nhận là thừa nhận rằng có một vấn đề/rắc rối cần giải quyết; ở mức độ cao, chấp nhận là từ bỏ tình trạng rối loạn chức năng, là quá trình tích cực cảm nhận các cảm giác, cảm xúc, ý nghĩ và nhớ lại các ký ức chỉ như là ký ức (Hayes và cộng sự, 1999).

Nếu như né tránh có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần (Bardeen và Fergus, 2016; Cribb và cộng sự, 2006; Hayes và cộng sự, 1996; Roemer và Orsillo, 2005; Rueda và Valls, 2016; Venta và cộng sự, 2012) thì chấp nhận được chứng minh có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe tâm thần (Azadeh và cộng sự, 2016; Campbell-Sills và cộng sự, 2006; Heydari và cộng sự, 2018; Twohig, 2007; Twohig và cộng sự, 2006). Cũng vậy, mặc dù xuất hiện muộn hơn nhiều liệu pháp khác (trong Làn sóng thứ ba) nhưng Trị liệu Chấp nhận và cam kết đã thu được nhiều bằng chứng ủng hộ. Các nghiên cứu cho thấy, Trị liệu chấp nhận và cam kết làm giảm hành vi né tránh (Hayes và cộng sự, 2006; Levin và Hayes, 2009); giảm rối loạn lo âu (Forman và cộng sự, 2007; Landy và cộng sự, 2015; Lappalainen và cộng sự, 2007; Twohig và Levin, 2017); giảm triệu chứng trầm cảm (Bai và cộng sự, 2020; Bohlmeijer và cộng sự, 2011; Forman và cộng sự, 2007; Heydari và cộng sự, 2018; Twohig và Levin, 2017; Zettle và cộng sự, 2011); giảm hành vi cưỡng chế ở bệnh nhân có rối loạn ám ảnh - cưỡng chế (Twohig, 2007; Twohig và cộng sự, 2006); giảm lo âu xã hội và ám sợ xã hội (Azadeh và cộng sự, 2016; Kocovski và cộng sự, 2009; Kocovski và cộng sự, 2013). Ngoài ra, Trị liệu chấp nhận và cam kết cũng có hiệu quả với chứng nghiện ma túy (Hayes và cộng sự, 2004; Twohig và cộng sự, 2007); giảm hành vi nguy cơ ở thanh thiếu niên (Luciano và cộng sự, 2009).

Mặc dù vậy, cho đến thời điểm hiện tại, khi Trị liệu chấp nhận và cam kết đã được phổ biến rộng rãi trên thế giới thì những nghiên cứu về vai trò của chấp nhận đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần vẫn chưa thật sự nhiều như các liệu pháp khác. Ở Việt Nam, tình hình nghiên cứu mảng chủ đề này gần như vắng bóng. Tìm kiếm trên Tạp chí Tâm lý học, chúng tôi chỉ tìm thấy một bài báo có đưa ra bằng chứng về sự ảnh hưởng tích cực của chấp nhận đến stress ở vị thành niên của tác giả Trần Thành Nam và Nguyễn Kim Dung (2014). Trong khi đó, Trị liệu chấp nhận và cam kết đã bắt đầu được biết đến và được thực hành bởi những người làm công việc trị liệu tâm lý ở Việt Nam. Như vậy, ở

nước ta, nghiên cứu về vai trò của chấp nhận nói riêng và Trị liệu chấp nhận và cam kết nói chung đối với sức khỏe tâm thần dường như đang đi sau sự phát triển của tâm lý trị liệu. Do vậy, mục tiêu của nghiên cứu này là tìm kiếm bằng chứng về sự ảnh hưởng của chấp nhận đối với sức khỏe tâm thần, mà cụ thể là trầm cảm, lo âu và stress. Nghiên cứu có ý nghĩa rất quan trọng bởi việc khám phá vai trò của sự chấp nhận đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần có thể cung cấp bằng chứng cho việc thực hành tâm lý trị liệu ở Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thu thập dữ liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2020 bằng cả hai cách thức (người tham gia trả lời bằng hình thức trực tiếp hoặc bằng hình thức online). Người tham gia nghiên cứu được thông báo về mục đích, nội dung của nghiên cứu và đồng ý trả lời bằng hình thức trực tiếp, họ cũng được biết quyền dừng nghiên cứu vô điều kiện. Tổng cộng có 1.525 người trả lời bằng hình thức trực tiếp, tuy nhiên, sau khi loại bỏ số liệu chỉ có 1.483 phiếu (đạt tỷ lệ 97,3%) đủ điều kiện để đưa vào phân tích kết quả.

2.2. Mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu - xã hội	Nhóm	n	%	Đặc điểm nhân khẩu - xã hội	Nhóm	n	%
Giới tính (N = 1.483)	Nam	844	56,9	Tôn giáo (N = 1.471)	Có	1.404	95,3
	Nữ	625	42,2		Không	67	4,7
	Giới tính thứ ba	14	0,9	Nghề nghiệp (N = 1.479)	Học sinh	314	21,2
Tuổi (N = 1.483)	Từ 17 đến 25 tuổi	683	46,1		Sinh viên	153	10,3
	Từ 26 đến 35 tuổi	412	27,7		Giáo viên	203	13,8
	Từ 36 đến 50 tuổi	338	22,8		Y, bác sỹ	118	8,0
	Từ 51 tuổi trở lên	50	3,4		Công nhân	166	11,2
Học vấn (N = 1.476)	Tiểu học, THCS	33	2,3		Doanh nhân	201	13,6
	THPT/trung cấp	486	32,9		Công chức	149	10,1
	Cao đẳng, đại học	809	54,8	Quân nhân	105	7,1	
	Sau đại học	148	10,0	Nghề khác	70	4,7	

Mẫu nghiên cứu bao gồm 1.483 người tuổi từ 17 đến 76 ($M = 29,06$; $SD = 10,22$), đến từ nhiều tỉnh/thành trên cả nước. Các dữ liệu cụ thể hơn về mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Ở tiêu chí nghề nghiệp, nhóm “nghề khác” chủ yếu là những người đang làm công tác trợ giúp tâm lý - xã hội như nhà tâm lý, nhân viên công tác xã hội.

2.3. Công cụ đo lường

Bảng hỏi Chấp nhận và cam kết-II (The Acceptance and Action Questionnaire-II - AAQ-II) của Bond và cộng sự (2011). Đây là thang đo được thiết kế dựa trên Lý thuyết Chấp nhận và cam kết của Hayes và cộng sự (1999), gồm 7 mệnh đề (item) đo lường sự chấp nhận, tuy nhiên, các item được diễn đạt dưới dạng ngược nghĩa với chấp nhận, nghĩa là sự né tránh trải nghiệm các cảm giác, cam xúc cũng như ký ức của bản thân. Mỗi item có khoảng điểm từ 1 điểm (không bao giờ đúng) đến 6 điểm (luôn luôn đúng). Như vậy, điểm càng cao thì càng biểu hiện sự không chấp nhận, ngược lại, điểm càng thấp thì mức độ chấp nhận càng cao. Tuy nhiên, để thuận lợi cho việc mô tả kết quả nghiên cứu, chúng tôi đã đảo ngược lại điểm của toàn bộ 7 mệnh đề, theo đó, điểm càng cao thì mức độ chấp nhận càng lớn, ngược lại, điểm càng thấp thì mức độ chấp nhận càng ít. Ví dụ về các item: “*Những trải nghiệm và ký ức đau khổ khiến tôi khó có thể sống một cuộc sống đáng giá*”; “*Tôi sợ cam xúc của mình*”. Trong nghiên cứu này, AAQ-II có hệ số tin cậy Alpha của Cronbach là 0,88; tương quan giữa các item và cả thang đo từ 0,48 đến 0,75.

Thang đo Trầm cảm, lo âu, stress (Depression, Anxiety, Stress Scale - DASS-21) của Lovibond và Lovibond (1995). Thang đo này gồm 21 item, đo lường ba vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến là trầm cảm (7 item), lo âu (7 item) và stress (7 item). Thang đo được thiết kế dưới dạng Likert gồm 4 khoảng điểm, từ 0 điểm (Điều đó không đúng với tôi) đến 3 điểm (Điều đó rất đúng với tôi). Điểm càng cao thì mức độ trầm cảm, lo âu và stress càng nặng; điểm số của người trả lời là điểm trung bình cộng của tất cả các item và dựa vào các điểm ngưỡng (cutoff) để đánh giá theo năm mức độ: bình thường (không có trầm cảm, lo âu hoặc stress), nhẹ, vừa, nặng và rất nặng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, điểm cutoff chỉ được sử dụng để phân loại nhóm bình thường và nhóm có biểu hiện trầm cảm (trên 9 điểm), lo âu (trên 7 điểm) và stress (trên 14 điểm). Ví dụ về các item: *Tôi cảm thấy chán nản và buồn bã* (Trầm cảm); *Tôi lo lắng về những tình huống mà tôi có thể trở nên hoảng sợ hoặc trông giống như một kẻ ngốc* (Lo âu); *Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với các tình huống* (Stress). Hệ số tin cậy Alpha của Cronbach của ba tiêu thang đo là: $\alpha = 0,92$ với hệ số tương quan giữa item và tổng từ 0,71 đến 0,79 đối với tiêu thang Trầm cảm; $\alpha = 0,91$ với hệ số tương quan giữa item với tổng

từ 0,66 đến 0,78 đối với tiêu thang Lo âu; $\alpha = 0,91$ với hệ số tương quan giữa các item với tổng từ 0,68 đến 0,77 đối với tiêu thang Stress.

2.4. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các phép tính thống kê mô tả và thống kê suy luận được sử dụng bao gồm tỷ lệ phần trăm, điểm trung bình (M), độ lệch chuẩn (SD), so sánh điểm trung bình T-test và Anova, hệ số tương quan và hệ số hồi quy. Riêng đối với thang đo Trầm cảm, lo âu, stress (DASS), chúng tôi không thực hiện phép so sánh điểm trung bình giữa các nhóm nhân khẩu - xã hội bởi hai lý do. Thứ nhất, về mặt thống kê, đồ thị biểu diễn điểm stress, lo âu, trầm cảm không phải là phân phối chuẩn. Thứ hai, về mặt chuyên môn, việc sử dụng các điểm cutoff để xác định khách thể mắc trầm cảm, lo âu, stress ở các mức độ khác nhau dễ gây sự hiểu nhầm rằng, những người nằm trong các khoảng điểm đó đã “bị mắc” các rối loạn nói trên. Do đó, điểm cutoff chỉ được sử dụng để phân loại nhóm bình thường và nhóm có biểu hiện trầm cảm, lo âu, stress; điểm tổng (sum) được sử dụng để tính tỷ lệ phần trăm những người có biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress ở các mức độ khác nhau. Đối với các phép tính tương quan và hồi quy, điểm tổng ở cả thang chấp nhận và thang DASS được sử dụng để tính toán.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Sự chấp nhận

Điểm trung bình chấp nhận ở cả nhóm nghiên cứu là 2,97 (SD = 1,04). Kết quả chi tiết về điểm trung bình và độ lệch chuẩn cũng như so sánh sự khác biệt về mức độ chấp nhận giữa các nhóm nhân khẩu - xã hội được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Điểm trung bình, độ lệch chuẩn của chấp nhận ở các nhóm nhân khẩu - xã hội

	Nhóm	M	SD	t/F	p
Giới tính	Nam	3,02	1,07	3,67	0,025
	Nữ	2,90	1,00		
	Giới tính thứ ba	2,51	0,73		
Tuổi M = 29,06; SD = 10,22	Từ 17 đến 25 tuổi	3,19	1,12	20,64	< 0,001
	Từ 26 đến 35 tuổi	2,77	0,92		
	Từ 36 đến 50 tuổi	2,82	0,91		
	Từ 51 tuổi trở lên	2,58	1,00		

Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	3,05	1,03	3.93	0.008
	THPT/trung cấp	3,09	1,12		
	Cao đẳng, đại học	2,93	1,01		
	Sau đại học	2,80	0,88		
Tôn giáo	Có	3,02	1,04	0.37	0.711
	Không	2,97	1,09		
Nghề nghiệp	Học sinh	3,26	1,08	11.36	< 0,001
	Sinh viên	3,32	1,21		
	Giáo viên	2,74	0,90		
	Y, bác sỹ	2,73	0,87		
	Công nhân	2,83	1,04		
	Doanh nhân	2,68	0,86		
	Công chức	2,80	0,94		
	Quân nhân	3,12	0,92		
	Nghề khác	3,23	1,27		

Khi so sánh điểm trung bình ở các nhóm giới tính, kết quả phân tích Anova cho thấy không có sự khác biệt giữa nam và nữ, nhưng có sự khác biệt giữa nam và giới tính thứ ba ($p = 0,028$) cũng như giữa nữ và giới tính thứ ba ($p = 0,028$). Nhóm tuổi thanh thiếu niên có điểm trung bình chấp nhận cao nhất và cao hơn có ý nghĩa so với tất cả các nhóm tuổi còn lại (tất cả giá trị $p < 0,001$). Ở biến số trình độ học vấn, nhóm trung học phổ thông/trung cấp có điểm chấp nhận cao hơn nhóm cao đẳng/đại học ($p = 0,007$) và cao hơn cả nhóm sau đại học ($p = 0,003$); giữa các nhóm khác không có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả so sánh cũng cho thấy, giữa học sinh, sinh viên, quân nhân và những người làm nghề khác không khác biệt về điểm chấp nhận và so với các nhóm còn lại thì điểm trung bình ở bốn nhóm này đều cao hơn có ý nghĩa (tất cả giá trị $p < 0,05$). Điểm chấp nhận ở người không theo tôn giáo và người theo tôn giáo không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Kết quả phân tích trên đây cho thấy, người trẻ tuổi dễ dàng cởi mở hơn và linh hoạt để chấp nhận hơn các trải nghiệm của mình, trong khi đó, những người lớn tuổi hơn dường như né tránh nhiều hơn các trải nghiệm. Điều này có thể được giải thích bằng đặc điểm tâm lý lứa tuổi. Theo đó, người trẻ tuổi đang trong quá trình khám phá thế giới, khám phá bản thân và khẳng định bản thân.

Ngược lại, những người lớn tuổi hơn thường đã có nhiều trải nghiệm trong cuộc sống và thường có xu hướng đồng nhất bản thân với các ý nghĩ, cảm xúc và ký ức của mình. Theo đó, họ định vị bản thân với một số biểu tượng và khái niệm về cái Tôi cố định, bền vững, do vậy, họ khó chấp nhận những gì khác biệt với cái Tôi quen thuộc. Với sự khác biệt về trình độ học vấn, rất có thể tỷ lệ những người có học vấn trung học phổ thông cũng trùng với nhóm tuổi từ 17 đến 25 tuổi chẳng? Dữ liệu của chúng tôi cho thấy có đến 62,4% số người có học vấn trung học phổ thông nằm trong độ tuổi từ 17 đến 25 tuổi. Như vậy, điều này có thể dẫn đến kết quả về sự khác biệt giữa nhóm thanh thiếu niên và nhóm có trình độ học vấn THPT đều có điểm chấp nhận cao hơn những nhóm khác.

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, giữa nam và nữ không có sự khác biệt về mức độ chấp nhận. Điều này khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi trước đây trên bệnh nhân ung thư, theo đó, nam bệnh nhân có mức độ chấp nhận cao hơn nữ bệnh nhân (Nguyễn Thị Minh Hằng và cộng sự, 2019). Như vậy, kết quả nghiên cứu sự chấp nhận trên nhóm mẫu cộng đồng có thể rất khác so với các nhóm mẫu lâm sàng, do đó cần thiết phải có những nghiên cứu tiếp theo nhằm so sánh sự khác biệt về mức độ chấp nhận trên hai nhóm mẫu này, từ đó có thể định hướng cho việc áp dụng kết quả nghiên cứu theo cách phù hợp với từng nhóm.

3.2. Sức khỏe tâm thần

Điểm trung bình trầm cảm, lo âu và stress của cả mẫu nghiên cứu lần lượt là: $M = 8,67$ ($SD = 0,17$); $M = 8,64$ ($SD = 0,17$); $M = 10,87$ ($SD = 0,17$). Kết quả sàng lọc theo điểm cutoff của thang DASS, tỷ lệ những người thuộc nhóm bình thường và nhóm có các biểu hiện trầm cảm, lo âu, stress như sau:

Trầm cảm: 942 người không có biểu hiện (chiếm 63,51%); 541 người có biểu hiện từ nhẹ đến nặng (chiếm 36,49%).

Lo âu: 764 người không có biểu hiện (chiếm 51,51%); 719 có biểu hiện từ nhẹ đến nặng (chiếm 48,49%).

Stress: 1.111 người không có biểu hiện (chiếm 79,92%); 372 người có biểu hiện từ nhẹ đến nặng (chiếm 25,08%).

Như vậy, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có biểu hiện lo âu cao nhất, tiếp đến là trầm cảm và cuối cùng là stress. Tuy nhiên, có điều quan trọng cần lưu ý ở đây đó là kết quả này chỉ có nghĩa là số người này có các biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress mà thôi, không đồng nghĩa với việc họ mắc các rối loạn này bởi đây không phải là kết quả chẩn đoán lâm sàng.

3.3. Mối liên hệ giữa sự chấp nhận và sức khỏe tâm thần

Bảng 3: Tương quan giữa chấp nhận và trầm cảm, lo âu, stress ở các nhóm nhân khẩu - xã hội

	Nhóm	Hệ số tương quan (r)		
		Trầm cảm và chấp nhận	Lo âu và chấp nhận	Stress và chấp nhận
Giới tính	Nam	-0,53**	-0,48**	-0,52**
	Nữ	-0,56**	-0,54**	-0,56**
	Giới tính thứ ba	0,36	0,52	0,16
Tuổi	Từ 17 đến 25 tuổi	-0,56**	-0,51**	-0,57**
	Từ 26 đến 35 tuổi	-0,53**	-0,53**	-0,57**
	Từ 36 đến 50 tuổi	-0,48**	-0,46**	-0,40**
	Từ 51 tuổi trở lên	-0,53**	-0,48**	-0,42**
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	-0,47**	-0,48**	-0,43**
	THPT/trung cấp	-0,51**	-0,45**	-0,52**
	Cao đẳng, đại học	-0,58**	-0,56**	-0,57**
	Sau đại học	-0,53**	-0,46**	-0,43**
Tôn giáo	Có	-0,40**	-0,44**	-0,51**
	Không	-0,56**	-0,52**	-0,55**
Nghề nghiệp	Học sinh	-0,50**	-0,43**	-0,49**
	Sinh viên	-0,59**	-0,57**	-0,65**
	Giáo viên	-0,49**	-0,46**	-0,52**
	Y, bác sỹ	-0,68**	-0,62**	-0,72**
	Công nhân	-0,56**	-0,56**	-0,62**
	Doanh nhân	-0,64**	-0,68**	-0,61**
	Công chức	-0,56**	-0,51**	-0,46**
	Quân nhân	-0,72**	-0,71**	-0,74**
	Nghề khác	-0,49**	-0,46**	-0,47**

Ghi chú: **, $p < 0,01$.

Kết quả phân tích tương quan Pearson cho thấy, σ toàn bộ người tham gia nghiên cứu, chấp nhận có tương quan nghịch có ý nghĩa với sức khỏe tâm thần chung ở mức khá ($r = -5,62$; $p < 0,001$), tương quan nghịch giữa chấp nhận với trầm cảm, lo âu và stress cũng đều ở mức khá với hệ số tương quan lần lượt là: $r = -0,55$; $r = -0,51$ và $r = -0,54$, tất cả đều có giá trị $p < 0,001$. Liệu mối liên hệ giữa sự chấp nhận và các vấn đề sức khỏe tâm thần có điều gì đặc biệt ở nam nữ, ở thanh thiếu niên, người trưởng thành và người cao tuổi, ở người có tôn giáo, ở những người làm các nghề khác nhau? Để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi phân tích thêm hệ số tương quan giữa các biến số nêu trên ở từng nhóm nhân khẩu - xã hội khác nhau (bảng 3).

Dữ liệu trong bảng 3 cho thấy, ngoại trừ nhóm giới tính thứ ba (chỉ có 14 người), ở tất cả các nhóm còn lại chấp nhận và trầm cảm, lo âu, stress đều có tương quan nghịch với nhau. Trong đó, hệ số tương quan giữa các biến số này cao nhất ở ba nhóm nghề là y bác sỹ, doanh nhân và quân nhân; ở các nhóm nghề còn lại hệ số tương quan ở mức khá hoặc khá cao. Kết quả này có nghĩa là, cá nhân càng chấp nhận các trải nghiệm của bản thân, chấp nhận các cảm xúc, ý nghĩ và ký ức của bản thân như chúng vốn có mà không né tránh hay bóp méo chúng thì cá nhân đó càng ít có biểu hiện trầm cảm, lo âu hay stress. Ngược lại, những người né tránh các trải nghiệm hay cảm xúc, ý nghĩ, ký ức của bản thân càng dễ mắc trầm cảm, lo âu và stress.

3.4. Ảnh hưởng của chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress

Chúng tôi sử dụng ba mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến dự báo cho trầm cảm, lo âu và stress bởi biến số độc lập là sự chấp nhận. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chấp nhận có khả năng dự báo cho trầm cảm với mức dự báo là 30,6% độ biến thiên. Tương tự như vậy, chấp nhận có thể dự báo được 26,8% mức độ biến thiên của lo âu và 29,8% mức độ biến thiên của stress (bảng 4).

Bảng 4: Mô hình hồi quy đơn biến dự báo trầm cảm, lo âu và stress bởi sự chấp nhận ($N = 1.483$)

Biến phụ thuộc	R^2	F	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	t	p
			B	SE	β		
Trầm cảm	0,306	652,59	-2,05	0,44	-0,55	-4,61	< 0,001
Lo âu	0,268	542,41	-1,12	0,44	-0,51	-2,51	< 0,001
Stress	0,298	630,18	-0,24	0,44	-0,54	-0,54	< 0,001

Như vậy, các hệ số hồi quy R^2 khá cao cho thấy mức ảnh hưởng của chấp nhận đến các vấn đề sức khỏe tâm thần là khá lớn, trong đó mức dự báo của chấp nhận cho trầm cảm là lớn nhất. Chiều hướng ảnh hưởng của chấp nhận lên trầm cảm, lo âu và stress là tích cực, theo hướng chấp nhận tăng lên thì trầm cảm, lo âu và stress giảm đi.

Bảng 5: Mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến dự báo trầm cảm, lo âu, stress bởi sự chấp nhận ở nhóm nghề y bác sỹ, doanh nhân và quân nhân

Nhóm/Biến phụ thuộc	R^2	F	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	t	p
			B	SE	β		
Y bác sỹ (n = 118)							
Trầm cảm	0,472	103,77	-5,42	1,07	-0,68	-5,04	< 0,001
Lo âu	0,395	75,69	-3,94	1,08	-0,62	-3,62	< 0,001
Stress	0,521	126,03	-5,21	1,10	-0,72	-4,73	< 0,001
Doanh nhân (n = 201)							
Trầm cảm	0,414	140,87	-2,70	0,70	-0,64	-3,82	< 0,001
Lo âu	0,467	174,05	-3,26	0,68	-0,68	-4,76	< 0,001
Stress	0,376	119,75	-2,38	0,68	-0,61	-3,56	< 0,001
Quân nhân (n = 105)							
Trầm cảm	0,528	111,68	-5,17	1,23	-0,72	-4,18	< 0,001
Lo âu	0,506	104,73	-4,17	1,21	-0,71	-3,45	< 0,001
Stress	0,523	113,34	-2,28	1,06	0,72	-2,15	< 0,001

Theo kết quả ở phần trên, ở ba nhóm nghề nghiệp là nhân viên y tế, doanh nhân và quân nhân hệ số tương quan giữa chấp nhận với trầm cảm, lo âu và stress cao nhất, ở mức chặt chẽ. Đây là ba nhóm nghề có tính chất đặc trưng, đặc biệt là trong bối cảnh đang diễn ra đại dịch Covid-19, do vậy, chúng tôi đã tiến hành phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến để đánh giá sự ảnh hưởng của chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress riêng cho từng nhóm nghề này (bảng 5).

Kết quả phân tích cho thấy, ở y bác sỹ, sự chấp nhận có khả năng dự báo được 47,2% sự biến thiên của trầm cảm; 39,5% sự biến thiên của lo âu và 52,1% sự biến thiên của stress. Ở nhóm nghề doanh nhân, sự chấp nhận có khả

năng dự báo được 41,4% sự biến thiên của trầm cảm; 46,7% sự biến thiên của lo âu và 37,6% sự biến thiên của stress. Chấp nhận có ảnh hưởng mạnh nhất đến sức khỏe tâm thần ở nhóm quân nhân (so với hai nhóm trên), có thể giải thích được 52,8% sự biến thiên của trầm cảm, 50,6% sự biến thiên của lo âu và 52,3% sự biến thiên của stress.

Nhìn chung, kết quả phân tích sự ảnh hưởng của chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress trong nghiên cứu này phù hợp với phát hiện của các nghiên cứu trên thế giới, theo đó, khi cá nhân chấp nhận các trải nghiệm cảm xúc, ý nghĩ và ký ức của mình như chúng vốn có sẽ làm giảm mạnh nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress. Chúng tôi sẽ thảo luận thêm về kết quả nghiên cứu cũng như đề xuất các định hướng cho các nghiên cứu tương lai trong phần bàn luận sau đây.

4. Bàn luận chung

Kết quả nghiên cứu ủng hộ bằng chứng là chấp nhận có ảnh hưởng lớn (có khả năng dự báo cao) đối với trầm cảm, lo âu và stress. Kết quả tương tự cũng được khẳng định ở nhiều nghiên cứu khác trên thế giới (Bai và cộng sự, 2020; Bohlmeijer và cộng sự, 2011; Brinkborg và cộng sự, 2011; Forman và cộng sự, 2007; Heydari và cộng sự, 2018; Landy và cộng sự, 2015; Lappalainen và cộng sự, 2007; Twohig và Levin, 2017; Zettle và cộng sự, 2011). Vậy, về mặt lý luận, có thể giải thích cơ chế của sự ảnh hưởng này như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi này cần tìm mối liên hệ giữa các biểu hiện đặc trưng của trầm cảm, lo âu và stress với bản chất thật sự của sự chấp nhận. Trầm cảm là một rối loạn tâm lý đặc trưng bởi sự giảm sút tâm trạng và mất hứng thú với các hoạt động, thậm chí là các hoạt động mà trước đây bệnh nhân rất yêu thích. Người mắc trầm cảm thường bị giảm sút lòng tự trọng, có thể đi kèm với các mặc cảm tội lỗi, họ thường có những ý nghĩ rằng bản thân kém cỏi hoặc không xứng đáng, bị quan về tương lai. Trong khi đó, rối loạn lo âu đặc trưng bởi cảm giác lo lắng thường xuyên mà thường là không có nguyên cơ rõ ràng và kiểu nhận thức mang tính chất dự báo điều tồi tệ sẽ xảy ra trong tương lai. Stress (với nghĩa là distress) cũng là trạng thái đặc trưng bởi các biến đổi bất thường về sinh lý (tim đập nhanh, đau đầu, mệt mỏi, căng cơ, có vấn đề về tiêu hóa...) và tâm lý (giảm khả năng tập trung, giảm trí nhớ, sức làm việc giảm). Như vậy, cả trầm cảm, lo âu và stress đều là những trạng thái có những biến đổi bất thường về cảm giác cơ thể, cảm xúc và nhận thức. Cùng với sự né tránh các cảm giác, cảm xúc và nhận thức của bản thân, khi mắc các rối loạn nói trên, đặc biệt là trầm cảm, người bệnh cũng có xu hướng tập trung vào những điều chưa hài lòng, những thất bại và thường gán cho các trải nghiệm đó những ý nghĩa tiêu cực theo kiểu “kết tội” bản thân và người khác (Beck, 1976). Đó là những biểu

hiện của sự không chấp nhận trải nghiệm, điều này cũng có thêm thái độ cứng nhắc, những nhận thức mang tính khuôn mẫu, bảo thủ. Cách ứng phó như vậy càng làm trầm trọng thêm các triệu chứng trầm cảm, lo âu. Ngược lại, chấp nhận chính là biểu hiện của sự linh hoạt tâm lý, giúp cá nhân thay đổi cách nhìn và thái độ của bản thân đối với các cảm giác cơ thể, cảm xúc, ý nghĩ và các ký ức của chính mình, bất kể chúng tích cực hay tiêu cực. Như vậy, kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng làm cơ sở cho việc áp dụng yếu tố chấp nhận cũng như Liệu pháp Chấp nhận và cam kết trong tâm lý trị liệu trên người Việt Nam.

Một trong những điểm mạnh của nghiên cứu này là số lượng mẫu khá lớn và trải dài trên nhiều độ tuổi, bao gồm trẻ vị thành niên và thanh niên, tuổi trưởng thành trẻ tuổi, tuổi trung niên và người cao tuổi. Bằng chứng về sự ảnh hưởng của chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress ghi nhận được ở tất cả các giai đoạn lứa tuổi nêu trên. Cũng vậy, chấp nhận làm giảm trầm cảm, lo âu và stress ở cả nam và nữ, ở các nhóm có trình độ học vấn, nghề nghiệp khác nhau và không phụ thuộc vào việc có hay không có tôn giáo. Như vậy, kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học để bước đầu nhận định rằng, có thể áp dụng yếu tố chấp nhận trong tâm lý trị liệu cho nhiều nhóm thân chủ với đa dạng các đặc điểm giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tôn giáo. Điều này phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu đi trước, theo đó, sự ảnh hưởng của chấp nhận đến sức khỏe tâm thần được tìm thấy ở cả nam và nữ (Hann và McCracken, 2014; Xu và cộng sự, 2021), ở nhiều độ tuổi: vị thành niên (Trần Thành Nam và Nguyễn Kim Dung, 2014; Xu và cộng sự, 2021), người lớn (Bai và cộng sự, 2020; Hann và McCracken, 2014; Li và cộng sự, 2021). Đặc biệt, nghiên cứu của Xu và cộng sự (2021) cho thấy có thể áp dụng Liệu pháp chấp nhận và cam kết nhằm can thiệp làm giảm các vấn đề sức khỏe tâm thần cho thanh thiếu niên bị ảnh hưởng bởi đại dịch Covid-19 trên cơ sở làm giảm sự né tránh, tăng tính chấp nhận và tính linh hoạt tâm lý. Thêm vào đó, kết quả nghiên cứu cũng có ý nghĩa trong công tác phòng ngừa trầm cảm, stress và lo âu thông qua việc giáo dục tâm lý và huấn luyện thực hành chấp nhận cho các nhóm cộng đồng khác nhau với đa dạng các đặc điểm nhân khẩu - xã hội như đã mô tả ở trên.

Tuy vậy, để có thêm những bằng chứng chắc chắn hơn cho việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào tâm lý trị liệu ở Việt Nam, chúng tôi đề xuất cần có thêm nhiều nghiên cứu về vai trò của yếu tố chấp nhận nói riêng và Liệu pháp chấp nhận và cam kết nói chung trong việc làm giảm các rối loạn tâm lý trên các nhóm mẫu lâm sàng, đặc biệt là các bệnh nhân có rối loạn lo âu và trầm cảm. Trên cơ sở đó chúng ta mới có thể có những đề xuất cụ thể cho công tác

can thiệp tâm lý dựa trên yếu tố chấp nhận cũng như Liệu pháp chấp nhận và cam kết.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy, một số nhóm nghề nghiệp có điểm tương quan và hồi quy cao giữa chấp nhận và trầm cảm, lo âu, stress ở mức cao, đó là y bác sỹ, doanh nhân và quân nhân. Thậm chí, ở nhóm quân nhân, sự chấp nhận các trải nghiệm, các ý nghĩ và cảm xúc, ký ức của bản thân có thể giải thích được từ 50,6% đến 52,8% sự giảm đi của các biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress. Đây là mức độ dự báo rất cao của một biến số độc lập đối với các biến số phụ thuộc là các vấn đề sức khỏe tâm thần. Liệu có phải những người làm việc ở ba nhóm nghề nêu trên thường xuyên đối mặt với các kích thích gây stress, có lẽ vì vậy mà những trải nghiệm căng thẳng của họ liên quan chặt chẽ đến sự chấp nhận hay không chấp nhận? Liệu bối cảnh dịch bệnh Covid-19 hiện nay có liên quan đến sự gia tăng căng thẳng đối với những lĩnh vực nghề nghiệp này hay không? Kết quả nghiên cứu này gợi ý rằng, cần thực hiện thêm các nghiên cứu khác trên các khách thể nghiên cứu là y bác sỹ, doanh nhân và quân nhân để có thể giải thích cụ thể hơn và sâu hơn mối liên hệ này.

5. Kết luận

Nghiên cứu sự ảnh hưởng của yếu tố chấp nhận đến trầm cảm, lo âu và stress trên nhóm cộng đồng người Việt Nam đã cho thấy, chấp nhận có ảnh hưởng lớn đến các vấn đề sức khỏe tâm thần, cụ thể, mức độ chấp nhận các trải nghiệm cảm giác, cảm xúc, ý nghĩ và ký ức tăng lên thì các biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress giảm đi rất đáng kể. Kết quả này được tìm thấy ở nhiều nhóm nhân khẩu - xã hội khác nhau như giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tôn giáo. Kết quả của nghiên cứu này có ý nghĩa như là những bằng chứng khoa học bước đầu để có thể thực hiện giáo dục tâm lý và huấn luyện thực hành chấp nhận trong công tác phòng ngừa trầm cảm, lo âu, stress cho cộng đồng; đồng thời áp dụng yếu tố chấp nhận cũng như Liệu pháp chấp nhận và cam kết vào tâm lý trị liệu ở Việt Nam.

Bên cạnh những kết quả đáng lưu ý nêu trên, nghiên cứu của chúng tôi cũng có một hạn chế, đó là số lượng một số nhóm khách thể nghiên cứu phân loại theo các đặc điểm nhân khẩu - xã hội ít hơn nhiều so với các nhóm còn lại, đó là nhóm giới tính thứ ba, nhóm người từ 51 tuổi trở lên, nhóm khách thể theo tôn giáo. Vì vậy, để áp dụng kết quả nghiên cứu trên các nhóm khách thể này cần thực hiện thêm các nghiên cứu khác với số lượng khách thể nhiều hơn ở mỗi nhóm.

Chú thích:

Bài viết là một phần kết quả nghiên cứu của đề tài: *Ảnh hưởng của Phật giáo đến sự trưởng thành nhân cách người Việt Nam hiện nay*; Mã số: QG.19.34; Đại học Quốc gia Hà Nội tài trợ kinh phí; PGS.TS. Nguyễn Thị Minh Hằng làm chủ nhiệm.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Thị Minh Hằng, Ngô Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Nhung (2019). *Vai trò của yếu tố chấp nhận đối với bệnh nhân ung thư*. Tạp chí Tâm lý học. Số 4. Tr. 46 - 65.
2. Trần Thành Nam, Nguyễn Kim Dung (2014). *Giúp vị thành niên đương đầu tốt hơn với căng thẳng - niềm tin tôn giáo hay sự chấp nhận?*. Tạp chí Tâm lý học. Số 6. Tr. 35 - 45.

Tài liệu tiếng Anh

3. Azadeh S.M., Kazemi-Zahrani H., Besharat M.A. (2016). *Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder*. Global Journal of Health Science. Vol. 8 (3). P. 131 - 138.
4. Bai Z., Luo S., Zhang L., Wu S. and Chi I. (2020). *Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders. Vol. 260. P. 728 - 737.
5. Bardeen J.R. and Fergus T.A. (2016). *The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms*. Journal of Contextual Behavioral Science. Vol. 5 (1). P. 1 - 6.
6. Beck A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin.
7. Bohlmeijer E.T., Fledderus M., Rokx T.A.J.J. and Pieterse M.E. (2011). *Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 49 (1). P. 62 - 67.
8. Brinkborg H., Michanek J., Hesser H. and Berglund G. (2011). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 49 (6-7). P. 389 - 398.
9. Campbell-Sills L., Barlow D.H., Brown T.A. and Hofmann S.G. (2006). *Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 44 (9). P. 1.251 - 1.263.

10. Cribb G., Moulds M.L. and Carter S. (2006). *Rumination and experiential avoidance in depression*. Behaviour Change. Vol. 23 (3). P. 165 - 176.
11. Foa E.B., Steketec G. and Young M.C. (1984). *Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations*. Clinical Psychology Review. Vol. 4. P. 431 - 457.
12. Forman E.M., Herbert J.D., Moitra E., Yeomans P.D. and Geller P.A. (2007). *A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression*. Behavior Modification. Vol. 31 (6). P. 772 - 799.
13. Hann K.E. and McCracken L.M. (2014). *A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy*. Journal of Contextual Behavioral Science. Vol. 3 (4). P. 217 - 227.
14. Hayes S.C., Bissett R., Roget N., Padilla M., Kohlenberg B.S., Fisher G., Masuda A., et.al. (2004). *The impact of acceptance and commitment therapy and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors*. Behavior Therapy. Vol. 35. P. 821 - 835.
15. Hayes A.F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
16. Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M. and Strosahl K.D. (1996). *Emotional avoidance and behavior disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 64. P. 1.152 - 1.168.
17. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A. and Lillis J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 44. P. 1 - 25.
18. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
19. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. 2nd Ed. New York: Guilford Press.
20. Heydari M., Masafi S., Jafari M., Saadat S.H., Shahyad S. (2018). *Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of razi psychiatric center staff*. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. Vol. 6 (2). P. 410 - 415.

21. Kocovski N.L., Fleming J.E. and Rector N.A. (2009). *Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial*. Cognitive and Behavioral Practice. Vol. 16 (3). P. 276 - 289.
22. Kocovski N.L., Fleming J.E., Hawley L.L., Huta V. and Antony M.M. (2013). *Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 51 (12). P. 889 - 898.
23. Landy L.N., Schneider R.L. and Arch J.J. (2015). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review*. Current Opinion in Psychology. Vol. 2. P. 70 - 74.
24. Lappalainen R., Lehtonen T., Skarp E., Taubert E., Ojanen M. and Hayes S.C. (2007). *The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial*. Behavior Modification. Vol. 31. P. 488 - 511.
25. Levin M. and Hayes S.C. (2009). *Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons?*. Psychotherapy and Psychosomatics. Vol. 78. P. 380.
26. Li H., Wu J., Ni Q., Zhang J., Wang Y. and He G. (2021). *Systematic review and meta-analysis of effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients with breast cancer*. Nursing Research. Vol. 70 (4). E152 - E160.
27. Luciano C., Valdivia Salas S., Cabello Luque F. and Hernández López M. (2009). *Developing self-directed rules*. In R.A. Rehfeldt and Y. Barnes-Holmes (eds.). Derived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities. P. 335 - 352. Oakland, CA: New Harbinger.
28. Roemer L. and Orsillo S.M. (2005). *An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder*. In Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety. P. 213 - 240. Springer, Boston, MA.
30. Rueda B. and Valls E. (2016). *Relationships among stress, experiential avoidance and depression in psychiatric patients*. The Spanish Journal of Psychology. Vol. 19.
31. Twohig M.P. and Levin M.E. (2017). *Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review*. Psychiatric Clinics. Vol. 40 (4). P. 751 - 770.
32. Twohig M.P. (2007). *Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder*. Unpublished doctoral dissertation. University of Nevada. Reno, NV.

33. Twohig M.P., Schoenberger D. and Hayes S.C. (2007). *A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence*. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 40. P. 617 - 632.
34. Twohig M.P., Hayes S.C. and Masuda A. (2006). *Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder*. Behavior therapy. Vol. 37. P. 3 - 13.
35. Venta A., Sharp C. and Hart J. (2012). *The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents*. Psychological Assessment. Vol. 24 (1). P. 240.
36. Xu W., Shen W. and Wang S. (2021). *Intervention of adolescent' mental health during the outbreak of Covid-19 using aerobic exercise combined with acceptance and commitment therapy*. Children and Youth Services Review. Vol. 124. 105960.
37. Zettle R.D., Rains J.C. and Hayes S.C. (2011). *Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains*. Behavior Modification. Vol. 35 (3). P. 265 - 283.