



## مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و انعطاف پذیری در پرستاران زن

فاطمه اکبری نسب آباد علیا: دانشجوی دکتری گروه آموزشی روانشناسی، واحد زنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران  
**فرشید خسروپور:** استادیار گروه آموزشی روانشناسی، واحد زنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (✉نویسنده مسئول) [farshid2002@yahoo.com](mailto:farshid2002@yahoo.com)  
**حمید ملایی زرنودی:** استادیار گروه آموزشی روانشناسی، واحد زنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان گروهی شناختی- رفتاری،  
درمان گروهی مبتنی بر پذیرش  
و تعهد،  
تاب آوری  
انعطاف پذیری

**زمینه و هدف:** پرستاری یک شغل بسیار پر از اضطراب و استرس محسوب می‌شود. میزان بالای استرس در این شغل بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اثر می‌گذارد. لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و انعطاف پذیری در پرستاران زن در رفسنجان در سال ۱۴۰۲ بود.

**روش کار:** این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون در گروه آزمایشی (درمان گروهی شناختی- رفتاری) و گروه مقایسه (درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری آن کلیه پرستاران زن که در بیمارستان علی ابن ابیطالب شهرستان رفسنجان که در سال ۱۴۰۲ در این بیمارستان خدمت کرده اند، به تعداد ۲۹۹ نفر بود. تعداد ۴۵ نفر بصورت تصادفی ساده از لیست اسامی پرستاران زن انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌ها ی آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه انعطاف پذیری دنیس و ونادروال بود. ۲۰۱۰

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش با تحلیل کوواریانس نشان دادند مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری ۳۷/۷٪ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۲/۱٪ اثرگذار بوده است؛ همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری ۳۲/۵٪ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۸/۴٪ اثرگذار بوده است.

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها بیانگر آن است که انتخاب نوع مداخله روان‌شناختی باید بر اساس نیازهای خاص پرستاران صورت گیرد. برای افزایش تاب‌آوری، درمان شناختی- رفتاری توصیه می‌شود، درحالی‌که برای بهبود انعطاف‌پذیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انتخاب بهتری است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای پرستاران با ترکیبی از این دو رویکرد طراحی شود تا تأثیرات جامع‌تر و موثرتری بر سلامت روانی و حرفه‌ای آن‌ها داشته باشد.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Akbarinasab oliaHossein Abad F, Khosropour F, Molayi Zarandi H. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Resilience and Flexibility in Female Nurses. Razi J Med Sci. 2024(23 Jul);31.79.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 4.0** صورت گرفته است.

## Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Resilience and Flexibility in Female Nurses

**Sara Mohammadi:** Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

**Farshid Khosropour:** Assistant Professor Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran (\* Corresponding Author) [farshid2002@yahoo.com](mailto:farshid2002@yahoo.com)

**Hamid Molayi Zarandi:** Assistant Professor Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Nursing is considered a job full of anxiety and stress. The high level of stress in this job affects the physical and mental health of nurses. This stress is created as a result of the combination of personal factors and factors related to the work environment. Stressors in the nursing environment include closed air, time pressure, excessive noise, sudden swings from favorite tasks to routine tasks, unpleasant sights and sounds, and standing for long periods. Nurses are trained to deal with these stressful factors, but other chronic pressures such as pressures at home, conflict in the work environment, low number of employees, weak work team, insufficient training and poor supervision, role burden, incompetence, and role incompatibility, role ambiguity, relationships with superiors, relationships with co-workers, shift work, physical factors, chemical factors, and biological factors that can increase the effect of stressors. Also, the workload, role conflicts, and the experience of aggression are other stressful factors of the nursing job, and on the other hand, jobs that are performed in shifts, such as nursing, can disrupt the 24-hour rhythm and create physiological and psychological consequences. Therefore, the purpose of this research was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and group therapy based on acceptance and commitment to resilience and flexibility in female nurses in Rafsanjan in 2023.

**Methods:** This research is a semi-experimental design with pre-test-post-test in the experimental group (cognitive-behavioral group therapy) and the comparison group (group therapy based on acceptance and commitment) with control and follow-up groups. The statistical population of all female nurses who served in Ali Ibn Abi Talib Hospital in Rafsanjan city in 1402 was 299 people. 45 people were randomly selected from the list of female nurses and randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). The research tools were Connor and Davidson's resilience questionnaire (2003) and Dennis and Vanaderval's 2010 flexibility questionnaire.

**Results:** The results of the research with covariance analysis showed that the comparison of the effectiveness of the training shows that the cognitive-behavioral group therapy group was 37.7% and the acceptance and commitment-based group therapy group was 22.1% effective; Also, the comparison of the effectiveness of the training shows that the cognitive-behavioral group therapy group was 32.5% and the group therapy group based on acceptance and commitment was 58.4% effective. For the normality of the data in the cognitive-behavioral group therapy group, the group therapy group based on acceptance and commitment and the control group were checked by the Shapiro-Wilk test. According to the research results, this assumption has been met for resilience and flexibility variables ( $p < 0.05$ ). Also, the results showed that the variance of resilience and resilience scores in the pre-test and post-test stages in three groups of cognitive-behavioral group therapy, group therapy based on acceptance and commitment, and control have homogeneity ( $p < 0.05$ ). Also, according to the result of the homogeneity test of the slope of the regression line, the interaction between the covariance variable (pre-test) and the

### Keywords

Cognitive-Behavioral Group Therapy, Group Therapy Based on Acceptance and Commitment, Resilience, Flexibility

Received: 02/03/2024

Published: 23/07/2024

independent variable (grouping) is insignificant; Therefore, it can be said that in the cognitive-behavioral group therapy group, the group therapy group based on acceptance and commitment and control has also met this assumption ( $p < 0.05$ ). The results of the analysis of covariance in the grouping section (between subjects) in Table 4 show that the main effects of the group (cognitive-behavioral group therapy, group therapy based on acceptance and commitment, and control group) are significant in resilience ( $\eta = 0.188$ ). ;  $p\text{-value} > 0.05$ ,  $F = 4.736$ ); That is, the averages of resilience scores in the cognitive-behavioral group therapy group, the group therapy group based on acceptance and commitment, and the control group show a significant difference. Also, the comparison of the effectiveness of the training shows that the cognitive-behavioral group therapy group was 37.7% and the acceptance and commitment-based group therapy group was 22.1% effective; therefore, it can be said that cognitive-behavioral group therapy has had a greater effect on nurses' resilience than group therapy based on acceptance and commitment.

**Conclusion:** These findings indicate that the type of psychological intervention should be chosen based on the specific needs of nurses. To increase resilience, cognitive-behavioral therapy is recommended, while to improve resilience, acceptance, and commitment-based therapy is a better choice. It is suggested that educational and counseling programs for nurses be designed with a combination of these two approaches to have more comprehensive and effective effects on their mental and professional health. Treatment based on commitment and acceptance is that it gives a person a chance to learn new and special skills such as reducing experiential avoidance and increasing psychological acceptance and contact with the present, and this feature makes the person not only stop avoiding but also flexible with to face it. Also, we are witnessing more use of efficient coping styles as a result of cognitive separation from these mental experiences and freedom from excessive focus on one's own personal story. When a person chooses a more efficient coping style, he subsequently endures less stress and has a more accurate perception of it. The most important problem of anxious nurses is the emotional, negative, and ineffective coping style of living in the past, so they repeatedly ruminate on the traumatic memories of the past in their minds.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Akbarinasab oliaHossein Abad F, Khosropour F, Molayi Zarandi H. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Resilience and Flexibility in Female Nurses. *Razi J Med Sci.* 2024(23 Jul);31.79.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

## مقدمه

پرستاران چهارچوب و اعضای کلیدی تیم بهداشت و سلامت این کشور هستند که مسئولیت درمان شبانه روزی بیماران را به عهده دارند و از طریق مهارت‌های تخصصی خود، بیمار را به منظور سازگاری با شرایط موجود و کسب توانایی‌های قبلی مورد حمایت قرار داده و در این مورد همگام با برخورد و حل مشکلات و چالش‌های بخش‌های مختلف تجارب بسیاری کسب می‌نمایند (۱). عقیده بر این است که آنان در حلاء عمل نکرده بلکه به طور مداوم تحت تاثیر عوامل واقع در حیطه مراقبتی قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که برخی از نویسندگان معتقدند محیط هر بخش، عملکرد روانی اجتماعی پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حال حاضر پرستاری یک شغل بسیار پر از اضطراب و استرس محسوب می‌شود (۲). میزان بالای استرس در این شغل بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اثر می‌گذارد. این استرس، در نتیجه ترکیب عوامل شخصی و عوامل مربوط به محیط کار ایجاد می‌شود. فشارهای محیط پرستاری شامل هوای بسته، فشار زمانی، سرو صدای زیاد، نوسان‌های ناگهانی از کارهای مورد علاقه به کارهای معمولی، مناظر و صداهای ناخوشایند و ایستادن به مدت طولانی است. پرستاران در زمینه مقابله با این عوامل فشارزا آموزش می‌بینند، اما فشارهای مزمن دیگر مانند فشارهای خانه، تعارض در محیط کار، تعداد کم کارکنان، تیم کاری ضعیف، آموزش ناکافی و نظارت ضعیف، گرانباری نقش، بی‌کفایتی (کم باری)، ناساگاری نقش، ابهام نقش، روابط با مافوق، روابط با همکار، نوبت کاری، عوامل فیزیکی، عوامل شیمیایی و عوامل بیولوژیکی اشاره نمود که می‌تواند اثر فشارها را افزایش دهد (۳)، همچنین حجم کار، تعارض‌های نقش و تجربه پرخاشگری از دیگر عوامل فشارزای شغل پرستاری بوده و از سوی دیگر مشاغلی که به صورت نوبت کاری انجام می‌شوند، مثل پرستاری می‌تواند موجب اختلال در ریتم ۲۴ ساعته شده، پیامدهای فیزیولوژیک و روانی ایجاد نماید (۴).

تاب آوری، یکی از سازه‌های شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان، رفتار و ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. تاب آوری، به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید

از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط نیز تعریف می‌شود. عوامل تاب آوری، باعث می‌شود که فرد در شرایط دشوار با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دست یابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون‌ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آنها سربلند بیرون آید (۵). معمولاً افراد تاب آور؛ انعطاف‌پذیرتر هستند در واقع انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیط سازگار کند. بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و تاب‌آوری و همچنین در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (۶). انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی با هدف سازش با محرک‌های در حال تغییر محیطی تعریف شده و به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارت درونی و بیرونی اشاره دارد (۷). این عامل نیازمند توانایی برقراری ارتباط با حال و نیروی جداسازی شخص از افکار و تجارب درونی دارد. افراد دارای توانایی تفکر انعطاف‌پذیر به صورت مثبتی ساختار فکری خود را متناسب با محیط تنظیم و تغییر داده و موقعیت‌های پرتنش و استرس‌زا با پذیرش و تحمل پشت سر می‌گذارند. پژوهش‌های زیادی نشان داده که قشر پرستاران دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند و در نتیجه عواملی چون کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری این افراد تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۸).

لذا گستره متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود و ارتقا سلامت روان پرستاران شکل گرفته است. از جمله رویکردهای درمانی جدید می‌توان به درمان‌های نسل سوم اشاره کرد که تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامیده می‌شوند؛ در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۹). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی منجر می‌شوند و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان شناختی منجر

قرار می‌گیرد. در این رویکرد تاکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر می‌کند. هدف نهایی پذیرش و تعهد کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و زبان و شناخت‌های مشکل‌زا را مورد بررسی قرار می‌دهد. در مقابل شکل‌های سنتی‌تر درمان شناختی رفتاری، در پذیرش و تعهد درمانی، مراجعین را مجبور به اصلاح افکار و احساساتشان نمی‌کنند در عوض هدف کمک به آنهاست تا خودشان پاسخ‌های خود به افکار و احساسات خویش را تغییر دهند (۱۴). درمان شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمان است. رویکردهای رفتاری و شناختی هر دو تا حدی از سنت تجربی برآمده‌اند و از تکالیف رفتاری هم برای تغییر رفتار استفاده به عمل می‌آورد و این روش‌ها با توجه به پیشرفت بیماران در هر جلسه برای آنها بکار گرفته می‌شود و منشأ روش درمان شناختی- رفتاری به روش شناخت درمانی بک (Beck) (۱۹۷۶) بر می‌گردد که به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده بود. بر اساس نظریه شناختی بک؛ افراد افسرده به افکار غلط و غیر منطقی می‌پردازند و همین امر علت اصلی مشکلات آنان است. بنابراین، مهمترین مرحله در روش درمانی بک، کمک به مراجع برای شناخت افکار غلط و تصورات ناسازگارانه مؤلف مشکل اوست (۱۵).

لذا از آنجایی که پرستاران خط اول مقابله با همه‌گیری‌های خاص، پرسنل بهداشتی بیمارستان‌ها هستند که جان خود را برای انجام وظایف محوله در معرض خطر قرار می‌دهند و نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی دارند؛ بزرگترین نیروی انسانی فعال سازمان‌های مراقبتی بهداشتی محسوب می‌شوند و در بین پژوهش‌های پیشین، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری با درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد پرستاران پرداخته باشد یافت نشد، لذا خلا اطلاعاتی در این زمینه محسوس است. از این رو، با توجه به موارد فوق در

می‌شوند و عبارتند از: گسلس شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد. روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه‌ای که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (۱۰). هدف اصلی این رویکرد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها)، به‌طور کامل پذیرفت (۱۱). در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است (۱۲). پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشند (۱۳). در پذیرش و تعهد شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند مورد بررسی

عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است.

**پرسشنامه انعطاف پذیری:** پرسشنامه استاندارد انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و ونادروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. در ایران و در پژوهش شماره و همکاران (۲۰۱۴) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین‌ها، کنترل، و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی شامل ۱۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار شده که برگرفته از طرح درمان هایز و همکاران (۱۹۹۹) بود و محتوای آن در جدول شماره ۱ ارائه گردید. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری، به شیوه گروهی بر اساس مدل مایکل فری (۲۰۰۵) بود که به مدت ۱۲ جلسه به طول انجامید و محتوای هر جلسه در جدول شماره ۲ ارائه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و انعطاف پذیری در پرستاران زن رفسنجان پرداخته خواهد شد.

## روش کار

این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون در گروه آزمایشی (گروه درمانی شناختی- رفتاری) و گروه مقایسه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه بود که در کیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.097 به تصویب رسید. این پژوهش از نوع پژوهش‌های اثربخشی نسبی است که به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان یا در لیست انتظار (اثربخشی مطلق)، دو روش درمانی را با یکدیگر و با گروه گواه بر، اساس مقیاس‌های پیامد (پیش آزمون- پس آزمون) مقایسه می‌کند. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران زن که در بیمارستان علی ابن ابیطالب شهرستان رفسنجان که در سال ۱۴۰۲ در این بیمارستان خدمت کرده‌اند، به تعداد ۲۹۹ نفر تشکیل داده بود. تعداد ۴۵ نفر بصورت تصادفی ساده از لیست اسامی پرستاران زن انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

**پرسشنامه تاب آوری:** این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵



**جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

جلسات	اهداف	شرح جلسات و تکنیک ها
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه ها و ایجاد اعتماد	اجرای پیش آزمون
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی.	معرفی درمان ACT و تناسب آن با مشکلات مربوطه، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره بهداشت روان، مرور درمان های مربوطه، هزینه ها و فواید آن.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT	ایجاد درماندگی خلاق، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه اول و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بهبودی آنها.	توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالشهای پذیرش بیماری مورد بحث قرار خواهد گرفت؛ جمع بندی بحثهای مطرح خواهد شد و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلسش.	کاربرد تکنیکهای گسلسش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و استعاره ها؛ تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحثهای مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
پنجم و ششم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود.	در این تمرینات، شرکت کنندگان می آموزند بر فعالیتهای خود (نظیر تنفس، پیاده روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حسها و شناختها پردازش میشوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحثهای مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
هفتم و هشتم	شناسایی ارزشهای زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزشها و توجه به قدرت انتخاب آنها.	استفاده از تکنیکهای ذهن آگاهی با تاکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحثهای مطرح شده در جلسه
نهم و دهم	بررسی ارزشهای هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزشها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزشها.	بحث در مورد موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها ؛ اعضا مهمترین ارزشهایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشته خواهد شد، اهداف مرتبط با ارزشها و ویژگیهای اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی)، برای گروه بحث خواهد شد. سپس اعضا سه مورد از مهمترین ارزشهایشان را مشخص و اهدافی که مایل هستند در راستای هر یک از آن ارزشها دنبال کنند را تعیین خواهند کرد و در آخر کارها ، رفتارهایی که قصد دارند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص خواهند کرد؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج
یازدهم و دوازدهم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).	شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از آزمودنی ها برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا خواهد شد.

**جدول ۲- خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری**

جلسه	هدف	محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی اعضا با دوره آموزشی و مقررات جلسه، صحبت در مورد آن	معرفی پژوهشگر، آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان اهداف و مقررات جلسه، بحث کلی در مورد درمان شناختی-رفتاری، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری و اجرای پیش آزمون	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق درمان شناختی-رفتاری، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری
دوم	آشنایی با ساختار جلسات و بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی. تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی	تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین میکنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده. نوشتن ده مورد از بدترین حوادث اخیر زندگی
سوم	دسته بندی باورها و شناسایی افکار خودآیند منفی	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خود آیند؛ تمرین: افکار خود آیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان.	شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روشهای پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A، رویداد، B، افکار منفی، C، پیامد
چهارم	مثبت بودن و تفکرات مثبت	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکرمثبت؛ سخنرانی آموزشی ب: آشنایی با روش پیکان عمودی؛ استفاده از عبارات تاکیدی مثبت	پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ نوشتن افکار مثبت
پنجم	درجه اعتقاد به باورها	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را میتوان تغییر داد؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم.	آموزش دسته بندی باورها و امتیاز دهی به درجه اعتقاد به باورها و پیامدهای آنها
ششم	نقشه شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ تمرین شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تاثیر افکار و باورهای مثبت	تهیه فهرست اصلی باورهای منفی و مثبت و درجه بندی هر باور
هفتم	تجدید نظر و تغییر باورها	تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی، پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند و این امکان وجود دارد که افراد در مورد باورها تجدید نظر کنند. آزمون باورها، تحلیل واقعیت	تکمیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده
هشتم	مثبت اندیشی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین	جایگزینی افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت
نهم	تحلیل منطقی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی	تحلیل منطقی تمامی طرحواره ها اعم از شرطی و قطعی
دهم	سلسله مراتب و باور مخالف	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب؛ تمرین: تهیه حداقل یک سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باورمخالف	ایجاد باورهای مخالف؛ تهیه یک کارت که باورهای اصلی و منفی در آن نوشته شده باشد
یازدهم	بازداری قشری اختیاری	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ سخنرانی آموزشی	تکمیل برگه های تغییر ادراکی به وسیله ی تصاویر مبهم؛ بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛
دوازدهم	تنبیه و پاداش	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ ب: روشهای نگهدارنده مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه هایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه و اجرای پرسشنامه ها.	تنبیه خود - خود پاداش دهی برای تغییر فکر؛ تدوین یک طرح نگهدارنده و تمرین خیال پردازی



## یافته‌ها

اطلاعات توصیفی متغیرهای تاب آوری و انعطاف‌پذیری به تفکیک گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در دو مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در جدول ۳ ارائه شده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری و انعطاف‌پذیری حاکی از آن بود که در دو گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون وجود داشت.

جهت نرمال بودن داده‌ها در گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به وسیله آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. با توجه به نتایج بررسی این مفروضه برای متغیر تاب آوری و انعطاف‌پذیری رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که واریانس نمرات تاب آوری و تاب آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در سه گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل از تجانس برخوردارند ( $p > 0/05$ ). همچنین با توج به نتیجه آزمون همگنی شیب خط رگرسیون، تعامل بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل

(گروه‌بندی) غیرمعنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت در گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در بخش گروه بندی (بین آزمودنی‌ها) در جدول ۴، نشان می‌دهد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی- رفتاری، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل) در تاب آوری معنادار است ( $F=4/736$ ؛  $p < 0/05$ ؛  $\eta^2=0/188$ )؛ یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات تاب آوری در گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری  $37/7\%$  و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد  $22/1\%$  اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی شناختی- رفتاری اثرگذاری بیشتری بر تاب آوری پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است.

همچنین نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در بخش گروه بندی (بین آزمودنی‌ها) در جدول ۵، نشان می‌دهد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی- رفتاری، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	درمان گروهی شناختی- رفتاری	72/00	8/64	80/20	6/21
	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	69/47	12/56	77/87	9/87
	گروه کنترل	86/93	11/88	87/00	11/19
انعطاف‌پذیری	درمان گروهی شناختی- رفتاری	77/13	11/29	88/67	7/21
	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	74/53	6/65	89/20	5/06
	گروه کنترل	83/13	13/69	83/53	12/92

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس متغیر تاب آوری بر حسب سه گروه مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار معنی‌دار	مجدور اتا	توان آزمون
گروه‌بندی	2	67/499	4/736	0/014	0/188	0/761
خطا	41	14/254	-	-	-	-
کل	44	4333/644	-	-	-	-

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس متغیر انعطاف‌پذیری بر حسب سه گروه

مطالعه						
منبع تغییرات	مجموع درجه میانگین	آماره F	مقدار مجذور توان	معنی‌دار	اتا	آزمون
گروه‌بندی	۸۷۱/۱۲۲	۲	۴۳۵/۵۶۱	۱۰/۵۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
خطا	۱۶۸۵/۲۰۱	۴۱	۴۱/۱۰۲	-	-	-
کل	۳۷۱۵/۲۰۰	۴۳	-	-	-	-

کنترل) در انعطاف‌پذیری معنادار است ( $F=۱۰/۵۹۷$ ،  $p<۰/۰۵$ )؛ یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات انعطاف‌پذیری در گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۲٪/۵ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۸٪/۴ اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری بر انعطاف‌پذیری پرستاران نسبت به درمان گروهی شناختی-رفتاری داشته است.

## بحث

مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۷٪/۷ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۲٪/۱ اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری بر تاب آوری پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۲٪/۵ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۸٪/۴ اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری بر انعطاف‌پذیری پرستاران نسبت به درمان گروهی شناختی-رفتاری داشته است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات اسپنسر (Spencer) (۲۰۲۳) (۱۵) و دیوالد کافمن (Dewald-Kaufmann) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۲) هماهنگ بوده و تایید شد. در تبیین نتایج می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری با آموزش مهارت‌های

رفتاری به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود. افزایش تبادلات رفتاری مثبت، خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود. افزایش تبادلات رفتاری مثبت، نیازهای عاطفی- روانی پرستاران را ارضا کرده، باعث ایجاد تاب آوری می‌شود (۷). کاهش رفتارهای منفی و تنبیه به کاهش احساسات منفی نظیر تنفر، خشم و رنجش نسبت به شغل خود منجر می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و همچنین درمان شناختی- رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد (۱۱). تقویت مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش خود باوری مثبت و کاهش منفی نگری می‌شود و افزایش خودباوری در نهایت این تغییرات به افزایش تاب آوری منجر می‌گردد (۱۰).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش این است که، به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجهه گردد (۳). همچنین، شاهد استفاده بیشتر از سبک مقابله‌ای کارآمد در نتیجه جدا سازی شناختی از این تجارب ذهنی و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته فرد هستیم. وقتی شخص سبک مقابله‌ای کارآمدتری را انتخاب می‌کند، متعاقباً استرس کمتری را تحمل کرده و نسبت به آن ادراک دقیق تری می‌یابد (۱۰). مهمترین مشکل پرستاران مضطرب دارای سبک مقابله هیجانی، منفی و ناکارآمد زندگی در گذشته است به طوری که آنها مکرراً خاطرات آسیب زای گذشته را در ذهن نشخواردرمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به این پرستاران کمک می‌کند و تا بتوانند بیشتر با "تجارب زندگی اینجا و اکنون" خود در تماس باشند. با استفاده از روش‌های ذهن آگاهی در "درمان پذیرش و تعهد" منجر به واقع دیدن و پذیرش هیجانات همان طور است که اتفاق می‌افتد (۷). افرادی که به علت حمایت بین فردی موقعیت‌ها و محرک‌های اطراف خود را تنش‌زا

ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و فاطمه اکبری نسب حسین آباد علیا داده‌ها را تجزیه، تحلیل و تفسیر کرد.

### References

1. Wei H, Wang B, Yang J, Gao J. RNA Flexibility Prediction With Sequence Profile and Predicted Solvent Accessibility. *IEEE/ACM Trans Comput Biol Bioinform.* 2021;18(5):2017-2022.
2. Seth S, Jhulki S. Porous flexible frameworks: origins of flexibility and applications. *Mater Horiz.* 2021;8(3):700-727.
3. Fadler RE, Flood AH. Rigidity and Flexibility in Rotaxanes and Their Relatives; On Being Stubborn and Easy-Going. *Front Chem.* 2022;10:856173.
4. Yin D, Kaiser M. Understanding neural flexibility from a multifaceted definition. *Neuroimage.* 2021;235:118027.
5. Rath CG, Lapetina PE, Reed J, Vogt E, Brown M. Roadmap to resilience: Incorporating a wellness program into the pharmacy residency curriculum. *Curr Pharm Teach Learn.* 2022;14(6):751-757.
6. Niu L, Liu Y. The Relationship Between Leadership Safety Commitment and Resilience Safety Participation Behavior. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:517-531.
7. Ingoglia C. Committing to Resilience in Tough Times. *J Behav Health Serv Res.* 2022;49(3):259-261.
8. Khatooni M, Ghorbani A, Momeni M, Ghapanvari F. Resilience of first-line nurses during adaptation to the COVID-19 pandemic: A grounded theory study. *Jpn J Nurs Sci.* 2023;20(4):e12548.
9. Moll Riquelme I, Bagur Pons S, Rosselló Ramon MR. Resilience: Conceptualization and Keys to Its Promotion in Educational Centers. *Children (Basel).* 2022;9(8):1183.
10. Yu H, Huang C, Chin Y, Shen Y, Chiang Y, Chang C, Lou J. The Mediating Effects of Nursing Professional Commitment on the Relationship between Social Support, Resilience, and Intention to Stay among Newly Graduated Male Nurses: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7546.
11. Kleier JA, Lawrence C, Cavanaugh G, Schivinski E, Holland S, Bruewer J. Professional commitment, resilience and intent to leave the profession among nurses during the COVID-19 pandemic - a descriptive study. *J Nurs Manag.* 2022;30(7):2577-2584.
12. Dewald-Kaufmann J, de Bruin E, Michael G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) in School-Aged Children and Adolescents. *Sleep Med Clin.* 2019;14(2):155-165.

می‌دانند؛ درمان و هزینه زیادی را صرف فرار از نگرانی و دیگر رویدادهای منفی (اجتناب تجربی) می‌کنند. در نتیجه در برابر هیجانات پاسخ‌های ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند (۱۵). در "درمان پذیرش و تعهد" با افزایش شناخت و پذیرش ذهن، آگاهانه به پرستاران کمک می‌کنند تا افکار و عکس‌العمل‌های منفی مرتبط با شغل در افراد را به شیوه‌های جدید تجربه کنند و در نتیجه درگیری کمتری با آن‌ها داشته باشند. افکار و موقعیت‌های اجتنابی همچون مانعی برای رشد و پیشرفت رابطه محسوب می‌شوند. باید آن را جدا کرد و پذیرفت. شفاف سازی ارزش‌ها و تعهد به آن فرصتی را فراهم می‌کند تا به شیوه‌ای رفتار کنند تا رضایت و به تبع آن کیفیت کاری افزایش یابد و از رنج روانشناختی کاسته شود (۹). در طول جلسات آموزش "درمان پذیرش و تعهد" با ارائه روش پذیرش احساسات بدون اقدام به مهار آن‌ها موجبات رفتار انعطاف پذیر همخوان با ارزش‌ها فراهم گردید.

### نتیجه‌گیری

این یافته‌ها بیانگر آن است که انتخاب نوع مداخله روان‌شناختی باید بر اساس نیازهای خاص پرستاران صورت گیرد. برای افزایش تاب‌آوری، درمان شناختی- رفتاری توصیه می‌شود، درحالی‌که برای بهبود انعطاف‌پذیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انتخاب بهتری است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای پرستاران با ترکیبی از این دو رویکرد طراحی شود تا تأثیرات جامع‌تر و موثرتری بر سلامت روانی و حرفه‌ای آن‌ها داشته باشد.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.KERMAN.REC.1402.097 انجام گرفته است.

### مشارکت نویسندگان

فرشید خسروپور نگارش مقاله و حمید ملایی زرنندی

13. Lee SH, Cho SJ. Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Disorders. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1305:295-310.

14. Carson AJ, McWhirter L. Cognitive Behavioral Therapy: Principles, Science, and Patient Selection in Neurology. *Semin Neurol.* 2022;42(2):114-122.

15. Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2023;46(1):167-180.