



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

فاطمه اکبری نسب حسین آباد علیا: دانشجوی دکتری، گروه آموزشی روان‌شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
فرشید خسروپور: استادیار، گروه آموزشی روان‌شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (* نویسنده مسئول) farshid2002@yahoo.com
حیدر ملایی زرندی: استادیار، گروه آموزشی روان‌شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

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

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 انعطاف‌پذیری 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 این ایطاب 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 گروه‌های آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش پرسش‌نامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری دنیس و ونادروال (۲۰۱۰) بود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش با تحلیل کوواریانس نشان دادند مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۷٪ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۲٪ اثرگذار بوده است؛ همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۳٪ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۸٪ اثرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیانگر آن است که انتخاب نوع مداخله روان‌شناختی باید بر اساس نیازهای خاص پرستاران صورت گیرد. برای افزایش تاب آوری، درمان شناختی-رفتاری توصیه می‌شود، در حالی که 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 حرفاًی آن‌ها داشته باشد.

تعارض منافق: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Akbarinasab Hossein Abad olia 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(1 Oct);31:119.

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.



Original Article

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

Fatemeh Akbarinasab Hossein Abad olia: PhD Student, 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

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

Abstract

Bakcground & 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

Keywords

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

Received: 08/06/2024

Published: 01/10/2024

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 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 ($\eta^2=0.188$). ; p -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 Hossein Abad olia 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(1 Oct);31:119.

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.

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 تاب آوری 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 آمایه‌های شناختی با هدف سازش با محرك‌های در حال تغییر محیطی تعریف شده و به میزان تجربه پذیری 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 روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۹). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر

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 خلاء عمل نکرده بلکه به طور مداوم تحت تاثیر عوامل واقع در حیطه مراقبتی قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که برخی از نویسنده‌گان معتقدند محیط هربخش، 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 صدای‌های 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 نظرارت ضعیف، گرانباری نقش، بی‌کفايتی (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 فشارهای افزایش دهد (۳)، همچنین حجم کار، تعارض‌های نقش و تجربه پرخاشگری از دیگر عوامل فشارزا 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 انجیش، 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

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 انعطاف پذیری روانشناختی است. پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و زبان و شناخت‌های مشکل زا را مورد بررسی قرار می‌دهد. در مقابل شکل‌های سنتی‌تر درمان شناختی رفتاری، در پذیرش و تعهد درمانی، مراجعین را مجبور به اصلاح افکار و احسا سات شان 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 مؤلد مشکل است (۱۵).

لذا از آنجایی که پرسنل تاران 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 پرسنل تاران 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: گسلش 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 غیرکلامی 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 تحمل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احسا سات) 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 مفترض بر خودتچ سمی 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 کند نده، و سوا سی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشند (۱۳). در پذیرش و تعهد شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند مورد بررسی

عبارة 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 غاییز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مشتب 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.

پرسش نامه انعطاف پذیری: پرسشنامه استاندارد انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. در ایران و در پژوهش شاره 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 آورده‌اند. 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 رائه 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 پرسنتران 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 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 پرسنتران زن که در بیمارستان علی این 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 پرسنتران 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 ۱۹۷۹-۱۹۹۱ 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 فraigیر 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 غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرید. 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	اجرا پیش آزمون
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا 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 دباره 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	ایجاد درمانگری خلاق، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه اول و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کترنگری و پی بردن به بیهوشگی 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 تمرين جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تمهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش.	کاربرد تکنیکهای گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و استعاره ها؛ تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرين 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...) 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 تمرين جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
هفتم و هشتم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصویر و تمرکز بر این ارزشها و توجه به قدرت انتخاب آنها.	استفاده از تکنیکهای ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه
نهم و دهم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعیین مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزشها، اهداف و اشتباہات معمول در انتخاب ارزشها.	بحث در مورد موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها؛ اعضا مهتمرين ارزشها بشان 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 حث خواهد شد. سپس اعضا سه مورد از مهتمرين ارزشها بشان 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 شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تمهد برای عمل به آنها؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضا گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از آزمونی ها برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا خواهد شد.
یازدهم و دوازدهم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).	

وجود داشت.

جهت نرمال بودن داده ها در گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به وسیله آزمون شاپیرو- ویلک بر سی شد. با توجه به نتایج بررسی این مفروضه برای متغیر تاب آوری و انعطاف پذیری رعایت شده است ($p < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که واریانس نمرات تاب آوری و تاب آوری در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، در سه گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

اطلاعات توصیفی متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری به تفکیک گروه درمان گروهی شناختی- رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در دو مرحله اندازه گیری (پیش آزمون و پس آزمون) در جدول ۳ ارائه شده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری 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 پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون

یافته ها

جدول ۲- خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	هدف	محتوای جلسات	تکاليف			
اول	آشنایی اعضاء با دوره آموزشی و مقررات جلسه، صحبت در موردن	معرفی پژوهشگر، آشنایی اعضاء 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 درمورد مطالعه 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 آمدگوینی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرين: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی	تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معيارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین میکنیم، تمرين آرمیدگی تحلیل هدایت شده، نوشتمن 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؛ تمرين: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خود آیند؛ تمرين: افکار خود آیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابردمان.	شناسایی مقاومتهای احتمالی و روشهای پیشگیری از آینه؛ تمرين ریلکسیشن؛ نوشتمن حوادث زندگی بر اساس توالی A رو بوداد، B افکار منفی، C پیامد پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ نوشتمن افکار مثبت			
چهارم	مشیت بودن و تفکرات مشیت	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرين تزریق فکر مثبت؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ استفاده از عبارات تاکیدی مشیت	آموزش دسته بندی باورها و امتیاز دهی به درجه اعتقاد به باورها و پیامدهای آنها			
پنجم	درجه اعتقاد به باورها	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورهارا میتوان تغییر داد؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ ترسیم چگونگی ارتباط باورهای منفی باهم.	تهیه فهرست اصلی باورهای منفی و مثبت و درجه بندی هر باور			
ششم	نقشه شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ تمرين شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تاثیر افکار و باورهای مثبت	تمکیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده			
هفتم	تجددید نظر و تغییر باورها	تمرين: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ پیر 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	جایگزینی افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای منفی تحلیل منطقی تمامی طرحواره ها اعم از شرطی و قطعی			
هشتم	مشیت اندیشی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمند؛ تمرين: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرين:	ایجاد باورهای مخالف؛ تهیه یک کارت که باورهای اصلی و منفی در آن نوشته شده باشد تمکیل برگه های تغییر ادراکی به وسیله ای تصاویر مبهم؛ بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تنبیه خود - خودپاداش دهی برای تغییر فکر؛ تدوین یک طرح نگهدارنده و تمرين خیال بردازی			
نهم	تحلیل منطقی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرين: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی	سلسله مراتب و باور مخالف			
دهم	سلسله مراتب و باور	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسله مراتب؛ تمرين: تهیه حداقل یک سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف	یازدهم	بازداری قشری	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزش آموزشی ب: بازداری قشری اختیاری؛ سخنرانی آموزش	اختریاری
دوازدهم	تنبیه و پاداش	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خودپاداش دهی؛ ب: روشهای نگهدارنده	مرور تکلیف؛ مرور برنامه هایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختیاری و اجرای پرسشنامه ها.			

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 آزمودنی ها) در جدول ۴، نشان می دهد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی-رفتاری، درمان گروهی مبتنی بر

از تجانس برخوردار ند ($p < 0.05$). همچنین با توجه به نتیجه آزمون همگنی شبیه خط رگ سیون، تعامل بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و متغیر مستقل (گروه بندی) غیرمعنادار است، بنابراین می توان گفت در گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری، گروه درمان

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین	پس‌آزمون	انحراف معیار	میانگین		
تاب آوری	درمان گروهی شناختی- رفتاری	۶/۲۱	۸۰/۲۰	۸/۶۴	۷۲/۰۰	۹/۸۷	۷۷/۸۷	۱۲/۵۶	۶۹/۴۷
انعطاف‌پذیری	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۱/۱۹	۸۷/۰۰	۱۱/۸۸	۸۶/۹۳	۷/۲۱	۸۸/۶۷	۱۱/۲۹	۷۷/۱۳
	گروه کنترل	۵/۰۶	۸۹/۲۰	۶/۶۵	۷۴/۵۳	۱۲/۹۲	۸۳/۵۳	۱۳/۶۹	۸۳/۱۳

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	آماره	مقدار معنی‌دار	مجذور اتا	توان آزمون
گروه‌بندی	۱۳۴/۹۹۸	۲	۶۷/۴۹۹	۴/۷۳۶	.۰/۰۱۴	.۰/۱۸۸	.۰/۷۶۱	-
خطا	۵۸۴/۳۹۶	۴۱	۱۴/۲۵۴	-	-	-	-	-
کل	۴۳۳۳/۶۴۴	۴۴	-	-	-	-	-	-

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	آماره	مقدار معنی‌دار	مجذور اتا	توان آزمون
گروه‌بندی	۸۷۱/۱۲۲	۲	۴۳۵/۵۶۱	۱۰/۵۹۷	.۰/۰۰۱	.۰/۳۴۱	.۰/۹۸۴	-
خطا	۱۶۸۵/۲۰۱	۴۱	۴۱/۱۰۲	-	-	-	-	-
کل	۳۷۱۵/۲۰۰	۴۴	-	-	-	-	-	-

برآورده شده‌ی 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 پرسنلتاران 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 پرسنلتاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است.

پذیرش و تعهد و گروه کنترل) در تاب آوری معنادار است ($F=4/736$, $p<0.05$)؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده‌ی 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 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 پرسنلتاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است.

همچنین نتایج آزمون 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 کنترل) در انعطاف‌پذیری معنادار است ($F=10/597$, $p<0.05$)؛ یعنی میانگین‌های

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 طوریکه آنها مکرراً خاطرات آسیب زای گذشته را در ذهن نشخوار درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به این پرستاران کمک می‌کند و تا بتوانند بیشتر با "تجارب زندگی اینجا و اکنونی" 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 محرك‌های اطراف خود را تنش‌زا 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 عکس العمل‌های 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 مانع برای رشد و پیشرفت رابطه محسوب می‌شوند. باید آن را جدا کرد و پذیرفت. شفاف سازی ارزش‌ها و تعهد به آن فرستی 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، در حالی که 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

همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۳۲/۵٪ و ۵۸/۴٪ گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد 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) (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 ارتیباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد (۱۱). تقویت مهارت‌های ارتیباطی باعث افزایش خود باوری مثبت و کاهش منفی نگری می‌شود و افزایش خود باوری در ذهایت 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

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.
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.

طراحی شود تا تأثیرات جامع‌تر و موثرتری بر سلامت روانی و حرفه‌ای آن‌ها داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا 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 نویسنده‌گان

فرشید خسروپور نگارش مقاله و حمید ملایی زرندي 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.