مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۳، ۱۹ فروردین ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.3

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی–رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی در پرستاران زن

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

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران بسیار در معرض استرس ناشی از بیماری کرونا هستند و به احتمال زیاد بیشتر از سایر اقشار جامعه مشکلات و علائم روان‌شناختی را نشان خواهند داد. لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی–رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی در پرستاران زن در رفسنجان در سال ۱۴۰۲بوده است.

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 پژوهش 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 گروه‌های آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۸) بود. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش با تحلیل کوواریانس نشان داد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی–رفتاری (CBT)، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه کنترل) در بهزیستی روانشناختی دارای اثر معنادار است همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی–رفتاری (CBT) ۵/۲۸ درصد و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۸/۲۴ در صد اثرگذار بوده است. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها بر کیفیت زندگی نشان می دهد گروه درمان گروهی شناختی–رفتاری (CBT) ۰/۸۹ درصد و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۱/۶۶ درصد اثرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که در محیط بیمارستان و جهت ارتقا بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی از درمان شناختی – رفتاری می‌توان بهره گرفت.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها
درمان شناختی–رفتاری،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
بهزیستی روانشناختی،
کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵
تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۱/۱۹

شیوه استناد به این مقاله:
Akbarinasab Hosseinabad Olia F, Khosropour F, Molayi Zarandi H. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Well-Being, Quality of Life in Female Nurses. Razi J Med Sci. 2025(8 Apr);32.3.

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 به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(8 Apr);32.3. https://doi.org/10.47176/rjms.32.3

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Well-Being, Quality of Life in Female Nurses

Fatemeh Akbarinasab Hosseinabad Olia: Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.
Farshid Khosropour: Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran (* Corresponding Author) farshid2002@yahoo.com
Hamid Molayi Zarandi: Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

Abstract

Background & Aims: Quality of life is an individual's perception of his or her situation, the degree of his or her enjoyment of important life situations and related to the individual's goals and expectations. The dimensions of quality of life include the "being" dimension and physical and psychological components, the "belongings" dimension and physical and social components, the "becoming" dimension and leisure components, the development of competencies and performance. Improving the quality of life of nurses should be emphasized not only as a means of dealing with the undesirable consequences of it, but also as the main goal of psychological well-being of nurses, and in this regard, in evaluating the performance of nurses, in addition to individual and objective elements, social and mental components should also be included, because low quality of life causes low resilience and flexibility. Many studies have shown that nurses suffer from psychological problems such as stress, anxiety, and depression, and as a result, factors such as quality of life, psychological well-being, and resilience of these individuals are affected. In providing health system services and ultimately improving the level of capability and efficiency of hospitals, and considering that clinical experts have searched for alternative treatments called third wave treatments such as mindfulness-based stress reduction programs, which help individuals achieve more sustainable cognitive-behavioral changes through practical exercises. Nurses are highly exposed to stress caused by the coronavirus disease and are more likely to show psychological problems and symptoms than other segments of society. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and acceptance and commitment group therapy on psychological well-being, quality of life in female nurses in Rafsanjan in 2022.
Methods: This study is a quasi-experimental design with pre-test-post-test in the experimental group (cognitive-behavioral group therapy) and the comparison group (acceptance and commitment group therapy) with control and follow-up groups. The research population was 299 female nurses who served in Ali Ibn Abitaleb Hospital in Rafsanjan city in 1402. 45 were selected by simple random sampling from the list of female nurses and randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The research instruments were the Riff Psychological Well-Being Questionnaire (1989) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1998). To examine the relationship between variables, Pearson correlation test was performed using SPSS version 26 software.
Results: The results of the study showed by analysis of covariance that the main effects of the group (cognitive-behavioral group therapy (CBT), acceptance and commitment group therapy (ACT), and control group) had a significant effect on psychological well-being. Also, comparing the effectiveness of the trainings shows that the cognitive-behavioral group therapy (CBT) was 28.5% effective and the acceptance and commitment

Keywords
Cognitive-behavioral therapy,
Acceptance and commitment therapy,
psychological well-being,
Quality of life

Received: 04/01/2025
Published: 08/04/2025

group therapy (ACT) was 24.8%. Also, comparing the effectiveness of the trainings on quality of life shows that the cognitive-behavioral group therapy (CBT) was 89.0% effective and the acceptance and commitment group therapy (ACT) was 66.1%.

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy can be used in the hospital environment to improve psychological well-being and quality of life. In explaining the results and proving the greater effect of cognitive-behavioral therapy compared to commitment and acceptance-based therapy, it can be said that cognitive-behavioral therapy actually reduces the confusion and distress resulting from stress and reduces the use of unhealthy coping styles. By teaching problem-solving skills in its first step, it seeks to increase the individual's skill in recognizing the problem. According to Dewey, recognizing the problem is more than half of solving the problem. Cognitive-behavioral therapy is a method by which an individual learns to use all of his cognitive skills to adapt to problematic interpersonal situations and thus reduce the amount of avoidance strategies. Therefore, this is a way to strengthen reasoning and use personal values to make decisions about problems that arise, which ultimately makes the individual have problem-solving skills and increase the quality of life. In cognitive behavioral therapy, the sense of coherence of the individual's positive attitude towards their own abilities and the meaningfulness of events is increased, and with the techniques that are presented, they have understandable, manageable and meaningful characteristics, and they give the individual a penetrating, stable and dynamic feeling about life events. Such people consider all positive and negative events in life to be meaningful and valuable and try to master the events, or understand them or find meaning for them, and their psychological well-being increases. The cognitive-behavioral approach to nurses, who often have cognitive errors, irrational and destructive beliefs in the workplace, has caused their awareness of irrational beliefs and beliefs to increase. Also, by doing exercises in training sessions and assignments outside the sessions, they correct the wrong beliefs and attributions that have caused them to avoid them. The correction of beliefs, unreasonable expectations and wrong attributions of nurses and increased recognition of the positive aspects of each other's behavior has resulted in an increase in the quality of life. This approach helps nurses to have more hope and joy in their workplace and to start working with more determination, which reduces physical fatigue in them. Behavioral skills lead to the exchange of positive and pleasant behaviors and the reduction of negative behaviors and punishment. Also, changes in the feelings and behaviors of nurses lead to changes in attitudes and have a positive effect on the cost-reward ratio. These changes ultimately lead to increased well-being and quality of life.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Akbarinasab Hosseinabad Olia F, Khosropour F, Molayi Zarandi H. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Well-Being, Quality of Life in Female Nurses. Razi J Med Sci. 2025(8 Apr);32.3.

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

ماهیت مشاغل بهداشتی به ویژه حرفه پرستاری به گونه‌ای است که با درجه بالایی از اضطراب همراه است (۱). پرستاران، بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در همه کشورها بوده و کیفیت خدمات آنها بطور مستقیم با اثربخشی سیستم‌های بهداشتی - درمانی در ارتباط می‌باشد (۲). رشته پرستاری به سبب ماهیت خود همواره با عوامل استرس‌زای بیشتری نسبت به سایر مشاغل در ارتباط است. عواملی همچون مرگ، بیماری، تقاضای زیاد در محل کار، فشار کاری زیاد، کمبود آگاهی، کمبود حمایت از علل این استرس‌ها می‌باشند (۳). بخش‌های کاری متفاوت به دلیل دارا بودن مقدار متفاوتی از شرایط استرس‌زا می‌توانند تاثیرات متفاوتی بر وضعیت بهداشت روانی کارکنان داشته باشد. پرستاران شاغل در بیمارستان به دلیل سختی کار، شیفت‌های کار شبانه، مسئولیت‌های مختلف در زندگی (محیط کار، زندگی زناشویی و فرزندان) دچار استرس و نارضایتی از شغل می شوند (۴). از طرفی پرستاران و کادر پزشکی نقش مهمی در سلامت جامعه در شیوع کووید ۱۹ داشته‌اند (۵). از این رو، پرستاران بسیار در معرض استرس ناشی از بیماری کرونا هستند (۶) و به احتمال زیاد بیشتر از سایر اقشار جامعه مشکلات و علائم روان شناختی را نشان خواهند داد. پرستاران میزان بالایی از استرس و کاهش بهزیستی روانشناختی را تجربه می‌کنند (۷).

در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت سلامت"نه تنها نبود بیماری یا معلولیت" بلکه"حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است. مفهوم بهزیستی روانشناختی نیز از نظر سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلال های روانی و شامل خوب بودن ذهنی، ادراک خود کارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان نسلی و خودشکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی است (۸). از طرفی پژوهش‌ها وجود کاهش بهزیستی روانشناختی از جمله اضطراب و استرس در پرستاران مورد تایید قرار گرفته است (۹). ضمن اینکه بسیاری ازپرستاران در معرض خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت قرار دارند (۱۰). به نظر می‌رسد که موارد دیگری چون زیاد بودن ساعات کاری، کار در شیفت‌های چرخشی، کم بودن تعداد نیروهای کمک بهیار و خدمات، کمبود وسایل و ابزارهای پیشرفته، قرار داشتن پرستاران این بخش‌ها در معرض اضطراب ایجاد شده توسط همراهان بیماران، اضطراب ناشی از مراقبت از بیماران بدحالی که برخی در معرض خطر مرگ قریب الوقوع قرار دارند و تلاش برای برآوردن نیازهای بیماران، پرستاران را در معرض به خطر افتادن سلامت روان،اضطراب، ابتلا به اختلالات خواب و کاهش کیفیت زندگی و کاهش تاب آوری قرار می‌دهد (۱۱).

کیفیت زندگی برداشت یک فرد از موقعیت خود، میزان لذت وی ازموقعیت‌های مهم زندگی و مرتبط با اهداف و انتظارات فرد می‌باشد. ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد"هستی" و اجزای جسمی و روانی، بعد "متعلقات" و اجزای جسمی و اجتماعی، بعد " شدن" و اجزای فراغت، رشد شایستگی‌ها و عملکرد می‌باشد (۱۲). ارتقا کیفیت زندگی پرستاران نه صرفا به عنوان ابزاری جهت برخورد با پیامدهای نامطلوب حاصل از آن، بلکه به عنوان هدف اصلی بهزیستی روانشناختی پرستاران باید مورد تاکید قرار بگیرد و در این راستا در ارزیابی عملکرد پرستاران علاوه بر عناصر فردی و عینی، باید مولفه‌های اجتماعی و ذهنی را نیز شامل می‌شوند (۱۳). زیرا کیفیت زندگی پایین باعث تاب‌آوری و انعطاف پذیری پایین می شود. پژوهش‌های زیادی نشان داده که قشر پرستاران دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند (۱۴). و در نتیجه عواملی چون کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و انعطاف پذیری این افراد تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۱۵). در ارائه خدمات سیستم‌های بهداشتی و در نهایت ارتقای سطح توانمندی و بازدهی بیمارستان‌ها و با توجه به اینکه متخصصان بالینی به جستجوی درمان‌های جایگزین به نام درمان‌های موج سوم مانند برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی پرداختند که در آنها به افراد کمک می‌شود تا با انجام تمرینهای عملی، به تغییرات شناختی-رفتاری پایدارتری برسند (۱۶).

فرد با انجام مراقبه در زمان حال تمام جنبه های تجربه مستقیم روزانه شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خود را پردازش می کند تا خودآگاهی و توانایی پذیرش خود بیشتری کسب نموده و بر احساسات و حالتهای

جسمانی خود کنترل بیشتری پیدا کند و از ذهن خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها شود (۸). فرد میتواند تصور کند چه چیزی در جسم و روانش در حال اتفاق افتادن است. در این برنامه افراد یاد میگیرند پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن گسترش دهند و هوشیاری لحظه حاضر را بر هدایت خودکار ترجیح دهند (۱۰). مطالعات زیادی در مورد سودمندی اثرات برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر کاهش استرس و افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روانی انجام شده است. برخی از حامیان تکنیک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقدند که کار بر روی افزایش پذیرش و تعهد می تواند به انعطاف پذیری روانی بیشتری منجر شود. در اواخر دهه ۱۹۹۰ چند دفترچه راهنما از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای انواع مختلف اختلالات روانی منتشر شد درمان ذکر شده در این دفترچه ها در تحقیقات تجربی استفاده شده است و اثر بخشی این درمان را بعنوان درمانی مناسب برای مشکلات سازگاری، روانی پریشی، اضطراب، افسردگی، درد مزمن و اختلالات دیگر تاکید کردند. هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانی می باشد که به طور معمول بعد از اجرای فرآیندها به دست می‌آید. این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و بامعنا کمک می کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف "درمان پذیرش و تعهد" تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (۱۳).

از میان مداخلات ذکر شده، گروه درمانی، درمانی انتخابی برای برخی از اختلالات روان شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح و بهبود روابط بین فردی است (۴). درمان گروهی بسته به اهداف، رویکردهای مختلفی دارد. از جمله رویکردهای رایج در گروه درمانی، رویکرد شناختی-رفتاری است که برای دامنه وسیعی از مشکلات انسان بکار برده شده است. همچنین در این درمان بر شیوه‌های مدیریت خلق منفی و اضطراب و مدیریت خشم تاکید می‌شود. مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات روانشناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی_رفتاری از جمله اثربخش ترین رویکردهاست که نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان و افزایش کیفیت زندگی دارد (۱۱). از این رو ضرورت دارد تا به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در این مطالعه با بررسی این موضوع پوششی بر کمبود پژوهش در این حوزه باشد و نتایج حاصله را در سطح کشور با توجه به کمبودهای این حوزه به صورت گسترده پیاده نماید و به بهبود وضعیت روش های درمان و انتخاب بهترین و مناسب‌ترین روش‌ها در ارتقا سلامت و بهزیستی روانشناختی پرستاران و کیفیت زندگی شان بپردازد.

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 است. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.097 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان می‌باشد و از نوع پژوهش‌های اثربخشی نسبی است که به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترلِ بدون درمان یا در لیست انتظار (اثربخشی مطلق)، دو روش درمانی را با یکدیگر و با گروه گواه، براساس مقیاس‌های پیامد (پیش آزمون-پس آزمون) مقایسه می‌کند. جامعه پژوهش کلیه پرستاران زن که در بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر ستان رفسنجان که در سال ۱۴۰۲ در این بیمارستان خدمت کرده‌اند،

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 های پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: جهت کسب اطلاع از متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال(رسمی – قراردادی) و وضعیت اجتماعی اقتصادی، تاهل، تعداد فرزند، سابقه کار؛ پرسشنامه ای تنظیم و جهت تکمیل به افراد تحویل داده شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: در این مطالعه از نسخه ۸۴ سؤالی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) برای سنجش سطح بهزیستی روانی شرکت‌کنندگان استفاده شد. این ابزار شامل شش مؤلفه اصلی بهزیستی روانشناختی است که عبارت‌اند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. هر مؤلفه توسط ۱۴ عبارت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. شرکت‌کنندگان میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات بر اساس طیف شش‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» مشخص کردند. در این طیف، به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۶ اختصاص می‌یابد و در نتیجه نمرات بالاتر نشانگر سطح بالاتری

جدول ۱– پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی

جلسات	اهداف	شرح جلسات و تکنیک ها	مدت جلسه
پیش جلسه	آشنایی اولیه	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.	۶۰ دقیقه
دوم	بحث در مورد تجربیات	ایجاد درماندگی خلاق، جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه اول و ارائه تکلیف خانگی.	۶۰ دقیقه
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی 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	۶۰ دقیقه
چهارم	دریافت بازخورد از بیماران	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 تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.	۶۰ دقیقه
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.	۶۰ دقیقه
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	۶۰ دقیقه
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.	۶۰ دقیقه
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.	۶۰ دقیقه

جدول ۲- خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری CBT، به شیوه گروهی بر اساس مدل مایکل فری(۲۰۰۵)

جلسه	هدف	محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی اعضاء	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 مطالب گفته شده و تعریف دقیق درمان شناختی- رفتاری، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، کیفیت زندگی و انعطاف پذیری
دوم	آشنایی با ساختار جلسات	مـروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروی 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	مـرور تکلف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریّه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خود آیند؛	شناسایی مقاومتهای احتمالی و روشهای پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی Aرویداد، Bافکار منفی، Cپیامد
چهارم	مثبت بودن و تفکرات مثبت	مـرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آمـوزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکرمثبت ؛	پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ نوشتن افکار مثبت
پنجم	درجه اعتقاد به باورها	مرور تکلیف جلسه قبل؛سخنرانی آموزشی الف :باورهارا میتوان تغییر داد؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیّت؛ 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، تغییرکرده اند؛ سخنرانی آموزشی، پذیرش و قبول اینکه باورها و افکار منفی قابل تغییر هستند	تکمیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده
هشتم	مثبت اندیشی	مرورتکلیف 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 ودرجه 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 سلسه مراتب؛تمرین: تهیه حداقل یک سلسه 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	مرورتکلیف 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 ـ خود پاداش- دهی؛ ب: روشهای نگهدارنده	تنبیه خود ـ خودپاداش دهی برای تغییر فکر؛

از بهزیستی روانشناختی در هر بعد هستند. این نسخه از پرسشنامه، شامل ترکیبی از گویه‌های مثبت و منفی است که به منظور کاهش سوگیری پاسخ‌دهی طراحی شده‌اند. نمره‌گذاری به‌صورت معکوس برای گویه‌های منفی انجام می‌گیرد. ابزار مذکور پیش‌تر در مطالعات متعدد داخلی و بین‌المللی مورد استفاده قرار گرفته و شواهد روان‌سنجی مناسبی در خصوص اعتبار و پایایی آن گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه محاسبه شد و نشان‌دهنده میزان پایایی قابل قبول ابزار در نمونه موردمطالعه بود. محققان ضرایب آلفای کرونباخ را برای مقیاس های یاد شده به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۳، ۰/۵۵، ۰/۷۰، ۰/۵۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس بطور کلی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)،استفاده شد که در اصل حاوی ۲۶ سؤال است.به‌طور کلی این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس دارد،که ۴ دامنه از زندگی را ارزیابی

می‌کند،که عبارت هستند از سنجش سلامت جسمی(۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه)، محیط زندگی (۸ گویه). نمرهٔ هر گویه در دامنه‌ای از یک (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام) قرار دارد. لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (یکی از سوالات به دلیل غیر مرتبط بودن حذف شد).در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است در تحقیق حاضرپایایی آزمون کیفیت زندگی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به‌دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی متغیرهای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی، به تفکیک گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری، گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۳ ارائه شده است. در پژوهش حاضر متغیرهای کیفیت زندگی مبتنی بر طیف پنج درجه‌ای لیکرت، متغیر بهزیستی روانشناختی مبتنی بر طیف شش گزینه‌ای اندازه‌گیری گردیدند. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی حاکی از آن است که در دو گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون روبه‌رو بودیم.

جهت بررسی میزان اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۴ بررسی شد و نتایج حاکی از آن است آزمون برای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در سطح (۰/۰۵) معنادار نیست و این به معنای آن است که توزیع این متغیرها در نمونه نرمال است.

بر اساس جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای بهزیستی روانشناختی برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده‌ی نمرات بهزیستی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در کل،

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	درمان گروهی شناختی-رفتاری (n=۱۵)	۶۵/۱۳	۷/۹۵	۷۸/۶۷	۶/۵۲	۷۰/۸۷	۷/۹۹
	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (n=۱۵)	۶۶/۴۰	۶/۸۰	۷۱/۸۷	۶/۴۲	۶۹/۳۳	۷/۰۷
	گروه کنترل (n=۱۵)	۶۷/۴۷	۷/۶۹	۶۷/۵۳	۷/۱۸	۶۸/۹۳	۶/۰۳
کیفیت زندگی	درمان گروهی شناختی-رفتاری (n=۱۵)	۷۲/۴۷	۹/۰۶	۹۲/۷۳	۵/۹۵	۸۹/۳۳	۹/۲۲
	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (n=۱۵)	۷۴/۲۰	۶/۷۱	۸۶/۶۰	۴/۷۸	۸۲/۴۷	۸/۹۲
	گروه کنترل (n=۱۵)	۷۴/۴۷	۶/۷۵	۷۲/۷۳	۷/۲۹	۷۳/۴۷	۶/۹۱

جدول ۴- آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق در سه گروه

	مرحله	شاپیرو - ویلک	p-مقدار
بهزیستی روانشناختی	قبل از مداخله	۰/۹۴۷	۰/۰۵۰
	بعد از مداخله	۰/۹۸۱	۰/۶۵۰
	پیگیری	۰/۹۴۸	۰/۰۵۱
کیفیت زندگی	قبل از مداخله	۰/۹۵۰	۰/۰۵۰
	بعد از مداخله	۰/۹۶۴	۰/۱۷۴
	پیگیری	۰/۹۶۷	۰/۲۳۱

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای بهزیستی روانشناختی بر حسب سه گروه

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p-مقدار	مجذور اتا
درون آزمودنی‌ها	عامل۱(زمان)	۹۱۰/۰۴۴	۱/۶۸۱	۵۴۱/۳۰۱	۱۰/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷
	عامل۱*گروه	۴۱۹/۳۷۸	۳/۳۶۲	۱۲۴/۷۲۴	۲/۳۷۵	۰/۰۷۷	۰/۱۶۲
	خطا	۳۷۰۷/۹۱۱	۷۰/۶۱۱	۵۲/۵۱۲	-	-	-
بین آزمودنی‌ها	گروه	۲۹۷/۶۴۴	۲	۲۱۸/۸۲۲	۳/۴۷۱	۰/۰۴۰	۰/۱۰۱

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای کیفیت زندگی بر حسب سه گروه

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p-مقدار	مجذور اتا
درون آزمودنی‌ها	عامل۱(زمان)	۲۶۴۲/۵۴۸	۱/۷۵۸	۱۵۰۳/۵۳۶	۲۸/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	عامل۱*گروه	۵۰۹/۹۸۵	۳/۵۱۵	۱۴۵/۰۸۴	۲/۷۱۰	۰/۰۵۱	۰/۱۱۸
	خطا	۳۹۵۲/۱۳۳	۷۳/۸۱۷	۵۳/۵۳۹	-	-	-
بین آزمودنی‌ها	گروه	۲۹۷۴/۴۱۵	۲	۱۴۸۷/۲۰۷	۲۰/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸

تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه های تکراری برای بهزیستی روانشناختی برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی-رفتاری، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل) در بهزیستی روانشناختی دارای اثر معنادار است. یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات بهزیستی روانشناختی 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 می دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۱۴/۴٪ و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲/۰٪ اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری بر بهزیستی روانشناختی پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است.

بر اساس جدول ۶، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای کیفیت زندگی برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است. یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات کیفیت زندگی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در کل، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای کیفیت زندگی برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی گروه (درمان گروهی شناختی-رفتاری، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل) در کیفیت زندگی معنادار است؛ یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات کیفیت زندگی 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 می دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری ۵۸/۶٪ و گروه درمان گروهی مبتنی

بر پذیرش و تعهد ۴۶/۵٪ اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری بر کیفیت زندگی پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است.

بحث

نتایج نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری بر بهزیستی روانشناختی در پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری آموزش‌ها بر کیفیت زندگی نشان می‌دهد گروه درمان گروهی شناختی-رفتاری و گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذار بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان گروهی شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری بر کیفیت زندگی پرستاران نسبت به درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. این نتیجه با نتایج پژوهش مکلین (McLean) و همکاران (۲۰۲۲) (۹) و مولود (Moloud) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۵) همسو است. در تبیین نتایج و برای اثبات اثر بیشتر درمان شناختی رفتاری در مقابل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌توان گفت در واقع درمان شناختی- رفتاری آشفتگی ها و پریشانی‌های حاصل از وقوع استرس را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود که میزان استفاده از سبک مقابله‌ای نا سالم کاهش یابد با اموزش مهارت حل مساله در اولین گام خود، درصدد است تا مهارت فرد را در شناخت مساله افزایش دهد (۱۴). شناخت مساله بیش از نیمی از حل مساله است. درمان شناختی- رفتاری روشی است که به وسیله آن فرد می آموزد تا از تمامی مهارتهای شناختی خود برای سازگاری با موقعیت های بین شخصی مشکل آفرین استفاده کند و به این صورت میزان راهبردهای اجتنابی را کاهش دهد. بنابراین این راهی است برای تقویت استدلال و استفاده ازارزش های شخصی برای تصمیم گیری درباره مشکلات پیش آمده که در نهایت باعث می شود فرد دارای مهارت حل مساله و افزایش کیفیت زندگی شود (۷). در درمان شناختی رفتاری حس انسجام نگرش مثبت فرد نسبت به توانایی‌های خود و معناداری وقایع می‌باشد را بالا می‌برد و با تکنیک‌هایی که ارائه می‌شود دارای ویژگی‌های قابل فهم، قابل مدیریت و معنادار بودن هستند دارای یک احساس نافذ، پایدار و پویا درباره رویدادهای زندگی به فرد می‌دهند. چنین افرادی تمام رویدادهای مثبت و منفی زندگی را معنادار و باارزش می‌دانند و تلاش می‌کنند تا بر رویدادها مسلط شوند، یا آنها را درک کنند و یا برای آنها معنای بیابند و بهزیستی روانشناختی آنها افزایش می‌یابد (۹). رویکرد شناختی - رفتاری به پرستاران، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در محیط کار هستند، موجب شده که آگاهی آنها نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا رود. همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب دوری از آنان شده است، بپردازند. اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط پرستاران و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است، که در نهایت به افزایش کیفیت زندگی انجامید. این رویکرد، به پرستاران کمک می کند امید و نشاط بیشتری در محیط کارشان جاری شود و با اراده بیشتری شروع به کار کنند و همین امر موجب کاهش خستگی جسمی در آنان می شود (۱۶). مهارتهای رفتاری منجر به مبادله رفتارهای مثبت وخوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار پرستاران به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و بر نرخ هزینه – پاداش تأثیر مثبت می گذارد. این تغییرات در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی منجر می‌گردد (۳).

در جلسات درمانی، بازسازی شناختی که یکی از مؤلفه‌های درمان شناختی- رفتاری است- به همراه آموزش مهارت های حل مسأله توانست به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت ورزی با افکار خودکار ناکارآمد و در نتیجه مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده منجر گردد و به دنبال آن، هم به کاهش استرس و هم به افزایش مهارت‌های کارآمد منتهی شود. همچنین آموزش فنون تن‌آرامی به افزایش مهارگری و خویشتن داری شرکت کنندگان

کمک نمود. در جلسات گروهی، شرکت کنندگان با آموزش مدیریت استرس، دریافتند که مشکلاتشان چه بوده است و راهبردهای مقابله با این مشکلات را آموختند (۱۰). این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روانشناختی در آنان گردید؛ یعنی افراد با کمک این شیوهٔ درمانی توانستند از توانمندی‌های خود بهرهٔ بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاومتر گردند؛ این امر در نهایت به افزایش کیفیت زندگی آنان منجر گردید. در جلسات آموزشی، عواملی چون: آموزش مهارت‌های شناختی مانند حل مسأله، مبارزه با افکارمنفی، تفکر منطقی و تکنیک‌های توجه برگردانی باعث افزایش سلامت روانی گردید؛ همچنین آموزش مهارت های رفتاری مانند تن آرامی، برنامه ریزی فعالیت ها و فعالیت های لذت بخش باعث افزایش سلامت جسمانی شد که در مجموع افزایش سلامت روانی، جسمانی و افزایش بهزیستی روانشناختی را برای شرکت کنندگان در پی داشت.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش خودگزارشی، محدود بودن نمونه به زوجین یک منطقه خاص، و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند شرایط اقتصادی، فرهنگی یا مدت‌زمان ازدواج اشاره کرد.

پیشنهادات

با توجه به اثربخشی بالاتر درمان شناختی-رفتاری، توصیه می‌شود برنامه‌های ارتقاء بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی پرستاران بر این رویکرد متمرکز شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولان حوزه سلامت از اجرای گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در محیط‌های بالینی حمایت کنند و پژوهش‌های بیشتری برای بررسی اثرات بلندمدت آن در سایر گروه‌های شغلی انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که نتایج نشان می‌دهد درمان گروهی شناختی-رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی پرستاران دارد. این یافته‌ها بر اهمیت استفاده از رویکردهای شناختی-رفتاری در مداخلات روانشناختی تأکید دارند و نشان می‌دهند که این شیوه می‌تواند به‌طور مؤثرتری سلامت روان پرستاران را ارتقاء دهد. به بیان دیگر بین سبک‌های عشق‌ورزی، تاب‌آوری و عزت نفس با طلاق عاطفی رابطه معناداری وجود دارد. زوجینی که از سبک‌های عشق‌ورزی متعادل، تاب‌آوری بالا و عزت نفس مثبت برخوردارند، کمتر دچار فرسودگی عاطفی می شوند. این عوامل نقش محافظتی در برابر تنش‌های زناشویی دارند. ارتقاء مهارت های ارتباطی، تقویت تاب‌آوری و افزایش عزت نفس می‌تواند به بهبود روابط زوجین کمک کند. نتایج می‌تواند مبنایی برای مداخلات مشاوره‌ای مؤثر در پیشگیری از طلاق عاطفی باشد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی 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 زرندی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و فاطمه اکبری نسب علیا داده‌ها را تجزیه، تحلیل و آن را تفسیر کرد.

References

1. Saadi A, Taleghani S, Dillard A, Ryan G, Heilemann M, Eisenman D. Original Research: Nurses' Experiences with Racial, Ethnic, Cultural, and Religious Discrimination in the Workplace: A Qualitative Study. Am J Nurs. 2023;123(5):24-34.
2. Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. J Clin Nurs. 2020;29(9-10):1425-1428.
3. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L.

Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Crit Care. 2020;24(1):200.
4. Hall BC, Short VM, Giberson S, Howe-Martin L. A Cognitive Behavioral Therapy Group for Adolescent and Young Adult Cancer Patients: A Review of a Pilot Program. J Adolesc Young Adult Oncol. 2020;9(3):422-425.
5. Shero N, Pandeya DR. Impact of Crohn's disease during pregnancy on children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. Ann Med Surg (Lond). 2022;75:103369.
6. Goldin PR, Thurston M, Allende S, Moodie C, Dixon ML, Heimberg RG, et al. Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy vs Mindfulness Meditation in Brain Changes During Reappraisal and Acceptance Among Patients With Social Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2021;78(10):1134-1142.
8. Tusa BS, Alati R, Ayano G, Betts K, Weldesenbet AB, Dachew B. The risk of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring of mothers with perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. Asian J Psychiatr. 2024;102:104261.
9. McLean CP, Levy HC, Miller ML, Tolin DF. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2022;91:102115.
10. Skogheim TS, Weyde KVF, Engel SM, Aase H, Surén P, Øie MG, Biele G, et al. Metal and essential element concentrations during pregnancy and associations with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Environ Int. 2021;152:106468.
11. Souche A, Besson M, Desmeules J, Piguet V, Cedraschi C. Alliance thérapeutique et thérapie cognitivo-comportementale de groupe [Therapeutic alliance and cognitive behavioral group therapy]. Rev Med Suisse. 2023;19(832):1236-1239. French.
12. Kahlmann V, Moor CC, van Helmondt SJ, Mostard RLM, van der Lee ML, Grutters JC, et al. Online mindfulness-based cognitive therapy for fatigue in patients with sarcoidosis (TIRED): a randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2023;11(3):265-272.
13. Lerner T, Bagnoli VR, de Pereyra EAG, Fonteles LP, Sorpreso ICE, Júnior JMS, Baracat EC. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. Clinics (Sao Paulo). 2022;77:100054.
14. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2020;41:101246.
15. Moloud R, Saeed Y, Mahmonir H, Rasool GA. Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):299.
16. Tan MK, Chia EC, Tam WW, McIntyre RS, Zhang Z, Dam VA, et al. A Meta-Analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Psychoeducation for Treating Symptoms and Preventing Relapse in People Living with Bipolar Disorder. Healthcare (Basel). 2022;10(11):2288.