The Effect of Acceptance and Commitment Training on Quality of Life and Resilience of Nurses

Minoo Razmpush[1], Khosro Ramezani[1*], Alireza Maredpour[1], Pir Hossein Koulivand[2]

[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran
[2]Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **11 Jul 2018** ***Revised:*** **25 Aug 2018** ***Accepted*****: 22 Sep 2018**

ABSTRACT

Introduction: Nurses need effective psychological interventions to improve quality of their life and promote resiliency to professional and social challenges. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of nurses. ***Materials and Methods:*** This study was an experimental research investigation, using pre-post and follow-up testing plans with a control group. The statistical population was all nurses working in hospital in 22 different areas of Tehran. Among them, one hospital (Khatam Alanbia) was selected by multi stage cluster sampling technique, and then randomly 40 nurses were selected and placed into two control and experimental groups. The experimental group participated in a twelve-session group therapy based on acceptance and commitment plan for 12 weeks, while the control group received no intervention. In order to collect data, the WHOQOL questionnaire and the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) was used. ***Results:*** The results showed that acceptance and commitment training was significantly improved their quality of life ($F_{1,28}=9.1$; $P = 0.005$) and resilience ($F_{1,28}=12.3$; $P = 0.002$). In the follow-up studies, this effect was significantly permanent on quality of life ($F_{1,28}=9.9$; $P = 0.004$) and resilience ($F_{1,28}=13.66$; $P = 0.001$) of nurses. ***Conclusion:*** Improving skills using acceptance and commitment training can be considered as an ideal method for increasing resilience and improving the quality of life of nurses.

Key words:

1. Quality of Life
2. Nurses
3. Therapeutics

***Corresponding Author:** Khosro Ramezani

E-mail: *Kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران

مینو رزم پوش[۱]، خسرو رمضانی*[۱]، علیرضا مارد پور[۱]، پیر حسین کولیوند[۲]

[۱]گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

[۲]مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۰ تیر ۱۳۹۷ **اصلاحیه:** ۳ شهریور ۱۳۹۷ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ شهریور ۱۳۹۷

چـــــکیده

مقدمه: پرستاران به مداخلات روانشناختی مؤثر جهت بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء تاب‌آوری در برابر مشکلات حرفه‌ای و اجتماعی نیازمندند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران بود. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش یک مطالعهٔ آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری کلیهٔ پرستاران شاغل در بیمارستان در ۲۲ مناطق مختلف تهران بود. از میان آها یک بیمارستان (خاتم‌الانبیاء) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی ۴۰ پرستار انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسهٔ آموزش گروهی مبتنی بر برنامهٔ پذیرش و تعهد به مدت ۱۲ هفته شرکت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون مورد استفاده قرار گرفت. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری کیفیت زندگی آن‌ها ($F_{۱/۲۸}$=۹/۱؛ P=۰/۰۰۵) و تاب‌آوری ($F_{۱/۲۸}$=۱۲/۳؛ P=۰/۰۰۲) را بهبود می‌بخشد. در مرحلهٔ پیگیری این اثر به طور معنی‌داری بر کیفیت زندگی ($F_{۱/۲۸}$=۹/۹؛ P=۰/۰۰۴) و تاب‌آوری ($F_{۱/۲۸}$=۱۳/۶۶؛ P=۰/۰۰۱) پرستاران ماندگار بوده است. ***نتیجه‌گیری:*** بهبود مهارت‌ها با استفاده از آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک روش ایده‌آل برای افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها:

۱. کیفیت زندگی
۲. پرستاران
۳. درمان

* **نویسنده مسئول:** خسرو رمضانی

آدرس الکترونیکی: *Kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

مقدمه

امروزه با پیدایش و گسترش روانشناسی سلامت[1] و روانشناسی مثبت‌گرا[2]، نگرش دربارۀ اختلال‌ها[3]، از چارچوب پزشکی و مدل تک‌عاملی خارج شده است و در واقع کیفیت سلامت روان افراد، تا حدی تحت تأثیر محیط و روابط اجتماعی قرار دارد. محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی[4] را به حساب سبک‌های زندگی معیوب[5] و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (۱). کیفیت زندگی[6] از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت روانی محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO)[7] (۲)، کیفیت زندگی را به‌عنوان «ادراک فرد از موقعیت خود در زمینۀ فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌ها تعریف کرده است».

گودمن[8] (۳) از نخستین کسانی بود که در زمینۀ عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کار کرده است. وی در یکی از تحقیقات خود، به این نتیجه رسید که دو عامل بر کیفیت زندگی مؤثر است، عامل اول ابزاری است و منعکس‌کنندۀ محیط زندگی و موقعیت خانوادگی است. عامل دوم ارتباطی است و کیفیت ارتباط بین‌فردی را نشان می‌دهد. این مسئله اهمیت ابعاد مختلف زندگی را در بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهد و به نظر می‌رسد این بهبود باید در تمام ابعاد زندگی وجود داشته باشد.

پرستاران[9] از دسته شاغلینی هستند که در عرصۀ سلامت جسم و بهداشت روان مجموعه‌ای از وظایف نسبتاً سخت را بر عهده دارند و در محیط کار با تعدادی از عوامل استرس‌زای فیزیکی و روانی از جمله نوبت‌های کاری طولانی[10]، سختی و حجم بالای کار و اضافه کاری‌های خواسته و ناخواسته روبرو هستند. در نتیجه ممکن است بسیاری از اوقات از داشتن یک زندگی با کیفیت مطلوب محروم باشند (۴). یافته‌های پیشین دلالت بر آن داشت که بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران رابطۀ مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران موجب ارتقای سطح بهره‌وری آنان می‌شود (۵). همچنین، با توجه به اینکه پرستاران و بهیاران باید نقش خود را به‌عنوان یک عضو مؤثر در خانواده ایفاء کنند، به‌نظر می‌رسد در ایجاد تعادل بین مسئولیت‌های کاری و خانوادگی خود دچار مشکل شوند و به دلیل درگیری روانی بیشتر و صرف زمان کمتر در امور خانوادگی از تضاد کار -خانواده[11] بیشتری رنج می‌برند و به نظر می‌رسد که به یادگیری و آموزش افزایش مهارت‌های تاب‌آوری[12]، سازگاری و انعطاف‌پذیری روانشناختی نیازمندند (۶).

گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در زندگی افراد و جوامع نیز با میزان تاب‌آوری آنان ارتباط دارد. گارمزی[13]، در یک تعریف نسبتاً جامع و معقول، تاب‌آوری را به‌عنوان فرایندی پویا توصیف کرده است که شامل تعامل بین عوامل خطرزا، عوامل حفاظتی درونی و بیرونی برای بهبود آثار رویدادهای ناگوار زندگی می‌باشد. «ماهیت پویای» این فرایند به این معنی است که مقابلۀ موفقیت‌آمیز با یک موقعیت، توانایی بُرد برای مقابله با آینده را افزایش می‌دهد (۷). پژوهش آزاد و آزادی نیز نشان داد که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند که از ویژگی‌های بنیادین پذیرش و تعهد است (۸). بر طبق نظر گومز و مک‌لارن[14] تاب‌آوری توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط، علی‌رغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین می‌باشد (۹). دهنوی، زاده محمدی، هاشمی و باجلان به نقل از لوتار و سیشتی[15] بیان داشته‌اند که متخصصین بهداشت روانی، تاب‌آوری را به‌عنوان فرایندی پویا در نظر می‌گیرند که باعث می‌شود زمانی که افراد با مسائل تنش‌زا و مشکلات مهم در زندگی روبرو می‌شوند، رفتارهای مثبت انطباقی‌تر از خود نشان دهند و در نتیجه سازگاری و انعطاف‌پذیری بیشتری را تجربه کنند (۱۰).

در همین راستا در پژوهشی با مقایسۀ میزان تاب‌آوری، اهمال‌کاری، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی نشان داده شد که بین پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر میزان تاب‌آوری، استرس شغلی و فرسودگی شغلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۱). بنا به عقیدۀ کانر و دیویدسون[16]، نیز تاب‌آوری به‌عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس و سازگاری با موقعیت‌های سخت قلمداد می‌شود که بر طبق آن، اعتماد به نیروهای درونی، شایستگی فردی و پذیرش تغییرات به‌عنوان عامل مثبت تلقی می‌شود. این ویژگی در انحصار عده‌ای معدود نیست و به نظر متخصصان، سایر افراد نیز قادرند تاب‌آوری را آموخته و

[1] Health psychology
[2] Positives psychology
[3] Disorders
[4] Psychological disorders
[5] Defective life styles
[6] Life-quality
[7] World health organization
[8] Goodman
[9] Nurses
[10] Long work shifts
[11] Job-family conflict
[12] Resilience
[13] Garmezy
[14] Gomes and McLaren
[15] Luthar and Cicchetti
[16] Connor and Davidson

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

آن را ارتقاء دهند (۱۲). بنابراین، از آنجایی که تاب‌آوری قابل یادگیری است و هدف هر نوع آموزش و تربیت، یادگیری و تغییر رفتار است، افزایش تاب‌آوری می‌تواند هدف مهمی در آموزش و درمان، به‌خصوص در سطح پیشگیری از ابتلا به اختلالات باشد.

از جهتی مطالعات پژوهشی حاکی از این است که تاب‌آوری با میزان پذیرش و تعهد آدمی نیز در ارتباط است. طبق پژوهش ایساکسون[17]، افراد تاب‌آور قادرند تعهد به اهدافشان را تقویت نمایند و رفتار انگیزشی را افزایش دهند و در نتیجه پیشرفت بالایی را کسب نمایند (۱۳). هریس می‌گوید، تعهد برای رسیدن به اهداف در راستای ارزش‌ها از عوامل مهم انعطاف‌پذیری روانشناختی است که در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد (ACT)[18] بدان توجه خاص شده است. در دهۀ اخیر درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل مفهوم‌سازی شده است که شامل: رفتار درمانی؛ رفتار درمانی شناختی[19] و "موج سوم" رفتار درمانی یعنی درمان رفتاری بافتاری (CBT)[20] است. وی می‌افزاید ACT، از شش اصل کمک می‌گیرد تا مراجعین بتوانند به انعطاف‌پذیری روانشناختی برسند: پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظۀ حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه. هر اصل روش‌شناسی، تمرین، تکلیف خانگی و استعاره‌های مخصوص به خود را دارد. به‌عنوان مثال در سطح گسلش شناختی، افراد با زبان سروکار دارند. افکارشان به صورت تحت الفظی فهمیده شده و حقیقی به نظر می‌رسند یا قواعدی در نظر گرفته می‌شوند که بایستی از آن‌ها فرمان بُرد؛ یا وقایع مهمی به نظر می‌آیند که تمامی توجه آن‌ها را طلب می‌کنند؛ یا انگار وقایع وحشتناکی هستند که باید از آن‌ها دور شد. به عبارت دیگر وقتی افراد با این افکار آمیخته می‌شوند، آن‌ها نفوذ زیادی روی رفتارشان پیدا می‌کنند (۱۴).

از نظر هیز و استروسال، رویکرد درمانی پذیرش و تعهد به کارکردهای روانشناختی نه فقط به شکل و محتوای آن‌ها حساس است. بنابراین علاوه بر راهبردهای مستقیم و آموزشی بر راهبردهای زمینه‌ای و تجربه‌ای نیز تأکید دارد. تجربۀ انجام درمان با ACT بسیار متفاوت است (۱۵). به گزارش آقایی و نوریان، نتایج ده تحقیق دربارۀ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مختلف که در استان اصفهان انجام گرفت، نشان داد که این روش درمانی و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، بر اضطراب حالتی (رقابتی، بدنی و شناختی) و اعتماد به نفس فوتبالیست‌های لیگ برتر، بر سرزندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به پسوریازیس، بر تنیدگی والدینی و علایم روان‌تنی مادران دارای فرزند با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، بر خودکارآمدی، وزن، پرخوری هیجانی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و شاخص تودۀ بدنی در زنان چاق، بر بهزیستی روانشناختی و پیشگیری از عود مصرف‌کنندگان مواد افیونی و شیشه، بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و کنترل و کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن، بر بهزیستی روانشناختی و میزان مصرف در مصرف‌کنندگان متامفتامین، بر اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده و همدلی مادر و دختر و بر همسران مردان معتاد در فرایند خانوادۀ آنان مؤثر بوده است (۱۶).

هدف ACT ساختن یک زندگی معنی‌دار، کامل و غنی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. همچنین ACT، بر رفتار فرد و بافتی که رفتار در آن روی می‌دهد تمرکز می‌کند. هدف خاص از انجام بررسی تأثیر آموزش گروهی پذیرش تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرستاران برای دستیابی به راه‌های ارتقاء افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرستاران است. از آن‌جایی که ACT، یک رویکرد نسبتاً جدید است، مطالعات مرتبط با تأثیر ACT، در پژوهش‌های پیشین، بیشتر نشان از آن داشت که مطالعات انجام یافته در زمینۀ انواعی از اختلالات ذهنی و مشکلات بالینی رایج انجام شده است. نوآوری مداخلۀ جاری، با نگاه به منظری از زاویۀ مداخلۀ آموزشی و توان پیشگیری کنندۀ استفاده از تأثیرات پذیرش و تعهد در افراد سالم طراحی شده است. به همین لحاظ محققین درصدد بودند، دریابند که آیا مداخلۀ مبتنی بر محتوای آموزشی -تربیتی و روانی رویکرد ACT و افزایش پذیرش، توجه به ارزش‌ها، تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها و اتخاذ اقدام متعهدانه می‌تواند تفاوت مثبت و معنی‌داری بر میزان کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران ایجاد کند یا خیر. در این زمینه کولیوند گفته است: «با توجه به آنکه پرستاری روز به روز در حال تغییر است و نقش‌های پرستاران نسبت به گذشته دچار تحول و دگرگونی شده است، لذا تعاریف و نقش‌های پرستاری و به تبع آن نیازهای آموزشی و پژوهشی آنان نیز در حال تغییر است» (۱۷) و این پژوهش در راستای این نیازها و تغییرات طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعۀ آماری آن پرستاران شاغل در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. به‌منظور اجرای این پژوهش از بین بیمارستان‌های مناطق ۲۲ گانۀ شهر تهران، یک بیمارستان (خاتم‌الانبیاء) به صورت تصادفی انتخاب و از میان پرستاران شاغل در آن، ۴۰ پرستار زن و مرد، با رعایت معیارهای ورود به تحقیق انتخاب شده و به طور

[17] Isakson
[18] Acceptance and commitment therapy
[19] Cognitive behavioral therapy
[20] Contextual behavioral therapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL)[۲۱] و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)[۲۲] را تکمیل کردند. معیارهای ورود به تحقیق: رضایت آگاهانه جهت مشارکت در طرح تحقیق، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و عدم دریافت هیچ‌گونه آموزش قبلی در زمینهٔ پذیرش و تعهد و در طول پژوهش بود. همچنین سلامت روان آزمودنی‌ها توسط بخش مرتبط با سلامت حیطهٔ جسم و حیطهٔ سلامت روان با پاسخگویی به پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بررسی شد. ملاک‌های خروج از تحقیق: عدم رضایت از شرکت در طرح و غیبت بیش از سه جلسهٔ آموزشی بود. گروه آزمایشی تحت آموزش پروتکل آموزشی -تربیتیِ گروهی پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسهٔ آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت در حالی که گروه گواه چنین آموزشی را دریافت نکرد. سپس گروه آزمایشی و گواه در طرح پس‌آزمون شرکت کرده و مجدداً پرسشنامه‌های فوق را پاسخ دادند و بعد از دو ماه نیز آزمون پیگیری انجام شد. اطلاعات گردآوری شده در پژوهش حاضر با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ تحلیل شدند. لازم به ذکر است که از بین ۴۰ نفر نمونهٔ پژوهش حاضر، فقط ۳۲ نفر (۱۶ نفر در هر گروه) تا آخر مطالعه باقی ماندند و ۸ نفر بقیه به خاطر شرایط خروج از تحقیق، از تحقیق خارج شدند.

برنامهٔ مداخلهٔ آموزشی

به‌منظور برنامه‌ریزی تعداد جلسات و زمان‌بندی برنامه نیز، مروری بر مداخله‌های گروهی انجام گرفت و از آن جایی که قسمت اعظمی از پژوهش‌های مطالعه شدهٔ مرتبط، در زمینهٔ گروه درمانی پذیرش و تعهد بر روی اختلالات و نابهنجاری‌های موجود در مبتلایان به اختلال‌های روانی صورت گرفته است، به نظر می‌رسید کمتر از جنبهٔ مداخلات روانشناختی پیشگیرانه، آگاهی‌بخش و شیوهٔ روانی -آموزشی -تربیتی این مدل استفاده گردیده است. طبق نظر هریس (۱۴)، پذیرش و تعهد از نسل "موج سوم" رفتار درمانی، یعنی درمان رفتاری بافتاری است و به اظهار رودیتی و روبینسون[۲۳]، در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود به جای تغییر افکار و شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۸)، بنا به نظر هیز و استروسال، زیرا این درمان رنج انسان را ناشی از کارکردهای طبیعی زبان و شناخت انسان می‌داند و در مفهوم‌سازی خود از مشکلات روانشناختی به شش فرایند اشاره می‌کند: اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، چسبیدن به خودِ مفهوم‌سازی شده، غلبهٔ گذشته و آیندهٔ مفهوم‌سازی شده، غفلت از ارزش‌ها و عدم تعهد. حاصل این شش فرایند چیزی است که ACT، این مجموعه را، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌نامد و هدف اصلی درمان است (۱۵). بنابراین، با توجه به مبانی نظری انعطاف‌پذیری روانشناختی و بررسی چندین پروتکل اجرایی در پژوهش‌های مرتبط و پژوهشگران پیشین، پروتکلی تلفیقی متناسب بر فرهنگ بومی کشوری ایجاد گردید و برنامهٔ مداخله‌ای جدید و فعال، رهنمودی، مبتنی بر همکاری، متمرکز بر حال، تعلیمی و آموزشی با صلاحدید اساتید راهنما، مشاورین و صاحب‌نظران، طراحی، اصلاح و سپس توسط محقق اجرا شد. لذا نقش ارزیابی، شناسایی و بررسی تأثیر این نوع مداخلهٔ آموزشی و پیشگیرانهٔ درمانی، در این پژوهش و همزمان بر دو متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در جامعهٔ پرستاری تهران، مورد سنجش واقع شد.

مرحلهٔ مقدماتی

پس از تدوین برنامه، برگزاری یک جلسهٔ مرحلهٔ مقدماتی، مبنی بر جلب همکاری آزمودنی‌ها، دادن توضیحات کافی در مورد مزایای مشارکت در جلسات آموزشی و پر کردن پرسشنامه‌ها انجام شد.

اجرای نهایی

پس از مرحلهٔ مقدماتی، برای اجرای طرح پژوهشی در طول دوره، از روش سخنرانی، گفتگوی تعاملی، نقش بازی کردن هنگام ارائهٔ استعاره‌ها و تمثیل‌ها، نمایش فیلم، و ارائهٔ تکالیف خانگی بهره گرفته شد و برنامهٔ آموزشی تدوین شده برای آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

مرحلهٔ پیگیری به‌منظور بررسی تأثیرات ماندگار برنامه

شرکت‌کنندگان در پژوهش دو ماه بعد از اجرای برنامه، مجدداً در جلسهٔ دیگری شرکت کردند و پرسشنامه‌های مربوط به تحقیق را مجدداً پر کردند و بدین ترتیب تغییرات حاصله از آموزش در ارتباط با میزان اثربخشی ماندگار برنامه سنجیده شد. در نتیجه اجرای برنامه با فاصلهٔ زمانی لازم مورد بررسی قرار گرفت؛ تا بتوان نتایج تحقیق روی گروه نمونه را با اطمینان بیشتری به جامعه تعمیم داد.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ آیتمی کوتاه

این پرسشنامه فرم کوتاه است که از نسخهٔ ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطهٔ وسیع را اندازه‌گیری می‌کند که

[21] World health organization quality of life
[22] Connor and Davidson resilience scale
[23] Roditi and Robinson

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر است. در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان‌دهندهٔ اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶، محیط ۰/۸۰ و دارای پایایی مناسبی است (۲). اعتبار این ابزار از سوی سازمان جهانی بهداشت بالای ۰/۹۰ درصد تعیین شده است و در ایران نیز نسخهٔ فارسی این ابزار توسط نجات، منتظری، هولاکویی نایینی، محمد و مجدزاده بررسی گردید و پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ به دست آمده که مؤید تکرارپذیری این آزمون است (۱۹).

پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون

پرسشنامهٔ تاب‌آوری را کانر و دیویدسون در ۲۰۰۳ تهیه کردند. در این پرسشنامه، ۲۵ عبارت وجود دارد و هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ است. میانگین نمره ۵۰ است، نمرهٔ کمتر از ۵۰ نشانهٔ تاب‌آوری کمتر و نمرهٔ بیشتر از ۵۰ نشانهٔ تاب‌آوری بیشتر است. برای محاسبهٔ پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ بود و روایی به شیوهٔ تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ بوده است. مضاف بر اینکه میزان پایایی این پرسشنامه توسط رزم پوش اندازه‌گیری شد و مقدار آن برابر با ۰/۹۳۵ بود که نشانگر پایایی بسیار بالای این پرسشنامه می‌باشد (۲۰).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این تحقیق پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌های به دست آمده در محیط نرم‌افزار spss ویرایش ۲۴ با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار توصیف شده‌اند. برای آزمون فرضیهٔ پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد و $P< ۰/۰۵$ در تعیین سطح معنی‌داری ملاک عمل قرار گرفت.

یافته‌ها

فرضیهٔ کلی این تحقیق به شرح ذیل بوده است: آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران شهر تهران تأثیر مثبت دارد.

اطلاعات جمعیت‌شناختی[24] شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، بیان‌کنندهٔ این است که در گروه آزمایشی ۲ مرد (۱۲/۵ درصد) و ۱۴ زن (۸۷/۵ درصد)؛ همچنین، در گروه گواه، ۶ مرد (۳۷/۵ درصد) و ۱۰ زن (۶۲/۵ درصد) شرکت داشتند. در گروه آزمایش، ۱ نفر (۶/۳ درصد) در محدودهٔ سنی زیر ۴۰ سال، ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) در محدودهٔ سنی ۴۴-۴۰ سال، ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) در محدودهٔ سنی ۴۹-۴۵ سال و ۲ نفر (۱۲/۵ درصد) ۵۰ سال و بالاتر بودند و این اطلاعات برای گروه گواه، ۸ نفر (۵۰ درصد) در محدودهٔ سنی زیر ۴۰ سال، ۳ نفر (۱۸/۷ درصد) در محدودهٔ سنی ۴۴-۴۰ سال، ۱ نفر (۶/۳ درصد) در ردهٔ سنی ۴۹-۴۵ سال و ۴ نفر (۲۵ درصد) ۵۰ ساله و بالاتر بودند. همچنین به لحاظ وضعیت تأهل در گروه آزمایشی، ۱۳ نفر (۸۱/۳ درصد) متأهل و ۳ نفر (۱۸/۷ درصد) مجرد بودند؛ در حالی که این رقم برای گروه گواه، ۱۴ نفر (۸۷/۴ درصد) متأهل، ۱ نفر (۶/۳ درصد) مجرد و ۱ نفر (۶/۳ درصد) بیوه بوده است. همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی به لحاظ وضعیت تحصیلی، بیانگر آن است که در گروه آزمایش، ۱ نفر (۶/۳ درصد) کاردان، ۱۴ نفر (۸۷/۴ درصد) کارشناس و ۱ نفر (۶/۳ درصد) کارشناس ارشد بودند و این اطلاعات برای گروه گواه، ۱۳ نفر (۸۱/۳ درصد) کارشناس و ۳ نفر (۱۸/۷ درصد) کارشناس ارشد بوده است.

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضات تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از عدم تخطی از مفروضه‌های شش گانهٔ تحلیل کوواریانس چندمتغیری بوده است. یعنی: داده‌های پژوهش توزیع نرمال داشتند، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین سنجیده شد و سطح معنی‌داری محاسبه شدهٔ لوین در هر دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری برای هر دو متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بزرگتر از ۰/۰۵ بود. خطی بودن روابط بین متغیرها نیز سنجیده شد و نمودار پراکندگی بیضی شکل بوده است. عدم هم‌خطی چندگانهٔ بین متغیرها نیز سنجیده شد. همگنی شیب رگرسیون نیز بین متغیر کمکی (میانگین نمرهٔ پیش‌آزمون دو متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری) و متغیرهای وابسته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، برقرار بود و در نهایت همگنی ماتریس‌های واریانس -کوواریانس به وسیلهٔ آزمون باکس (جعبه) سنجیده شد و معنی‌دار نشدن آزمون باکس حاکی از همگنی ماتریس‌های واریانس -کوواریانس بوده است. نتایج جدول و نمودار ۱ و ۲ گویای آن است که در متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش یافته اما همچنان از سطح پیش‌آزمون بیشتر است در حالی که میانگین نمرات گروه گواه از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری به طور معنی‌داری افزایش نیافته است.

نتایج آزمون بین‌گروهی (پیش‌آزمون –پس‌آزمون) نشان می‌دهد که مداخلهٔ انجام شده برای گروه

[24] Demographic

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی و تاب‌آوری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ آزمایش.

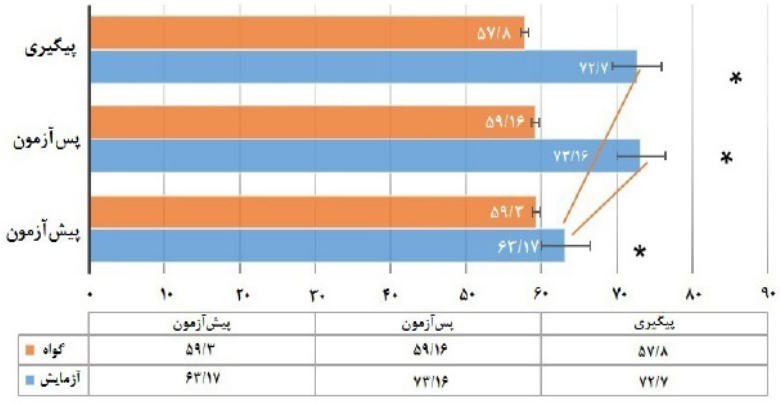
گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
آزمایش (n = ۱۶)	کیفیت زندگی	۶۳/۱۷	۱۰/۴	۷۳/۱۶	۸/۱	۷۲/۷	۷/۹
	تاب‌آوری	۷۲/۱	۱۱/۱	۸۱/۷	۹/۲	۸۱/۴۴	۹/۱
گواه (n = ۱۶)	کیفیت زندگی	۵۹/۳	۱۱/۴	۵۹/۱۶	۱۱	۵۷/۸	۱۰/۹
	تاب‌آوری	۶۹/۲	۱۳/۶	۶۲/۳	۱۳/۷	۶۰/۹۴	۱۴

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکز و گروه‌ها) در سه مرحلهٔ پژوهش.

آزمون -گروه‌ها لامبدای ویلکز	ارزش لامبدا	F	df_1	df_2	P	اندازهٔ اثر
پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۰/۳۴۶	۲۵/۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
پس‌آزمون -پیگیری	۰/۳۸۱	۲۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
پیش‌آزمون -پیگیری	۰/۳۳۲	۲۷/۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸

جدول ۳- نتایج آزمون بین گروهی تحلیل کوواریانس متغیرها و مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری).

منبع تغییرات	روند زمانی	متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازهٔ اثر
بین گروه‌ها	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	کیفیت زندگی	۲۴۳/۷	۱	۲۴۳/۷	۹/۱	۰/۰۰۵	۰/۲۴۵
		تاب‌آوری	۳۹۲	۱	۳۹۲	۱۲/۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵
	خطا	کیفیت زندگی	۷۵۲/۴	۲۸	۲۶/۹	-	-	-
		تاب‌آوری	۸۹۱/۸	۲۸	۳۱/۸	-	-	-
بین گروه‌ها	پیش‌آزمون -پیگیری	کیفیت زندگی	۲۴۵	۱	۲۴۵	۹/۹	۰/۰۰۴	۰/۲۶۲
		تاب‌آوری	۴۵۴	۱	۴۵۴	۱۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
	خطا	کیفیت زندگی	۶۹۱	۲۸	۲۵	-	-	-
		تاب‌آوری	۹۳۲	۲۸	۳۳	-	-	-



نمودار ۱- توزیع کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر حسب میانگین. * اختلاف معنی‌دار بین گروه آزمایشی و گروه گواه در استفاده از آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر حسب میانگین گروه آزمایشی و گروه گواه به ترتیب (پیش‌آزمون گروه آزمایشی = ۶۳/۱۷، پیش‌آزمون گروه گواه = ۵۹/۳، پس‌آزمون گروه آزمایشی = ۷۳/۱۶، پس‌آزمون گروه گواه = ۵۹/۱۶ و پیگیری گروه آزمایشی = ۷۲/۷، پیگیری گروه گواه = ۵۷/۸) می‌باشد. از آنجا که سطح معنی‌داری (۰/۰۰۵ = P) می‌باشد، می‌توان گفت که جلسات آموزشی بر کیفیت زندگی اثر مثبت داشته است.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
گواه	۶۹/۲	۶۲/۳	۶۰/۹۴
آزمایش	۷۲/۱	۸۱/۷	۸۱/۴۴

شفای خاتم

نمودار ۲- توزیع تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر حسب میانگین. * اختلاف معنی‌دار بین گروه آزمایشی و گروه گواه در استفاده از آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر حسب میانگین گروه آزمایشی و گروه گواه به ترتیب (پیش‌آزمون گروه آزمایشی = ۷۲/۱، پیش‌آزمون گروه گواه = ۶۹/۲ و پس‌آزمون گروه آزمایشی = ۸۱/۷، پس‌آزمون گروه گواه = ۶۲/۳ و پیگیری گروه آزمایشی = ۸۱/۴۴ و پیگیری گروه گواه = ۶۰/۹۴) می‌باشد. از آنجا که سطح معنی‌داری (P = ۰/۰۰۵) می‌باشد، می‌توان گفت که جلسات آموزشی بر تاب‌آوری اثر مثبت داشته است.

آزمایشی بر کیفیت زندگی ($F_{۱/۲۸}$ = ۹/۱؛ P= ۰/۰۰۵) و تاب‌آوری ($F_{۱/۲۸}$ = ۱۲/۳؛ P= ۰/۰۰۲) پرستاران شهر تهران تأثیر مثبت داشته است. نتایج آزمون بین گروهی (پیش‌آزمون -پیگیری) نشان می‌دهد که تأثیر مثبت مداخلهٔ انجام شده برای گروه آزمایشی بر کیفیت زندگی ($F_{۱/۲۸}$ = ۹/۹؛ P= ۰/۰۰۴) و تاب‌آوری ($F_{۱/۲۸}$ = ۱۳/۶۶؛ P= ۰/۰۰۱) پرستاران شهر تهران در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که گفته شد، هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درکیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران شهر تهران بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در پرستاران شهر تهران مؤثر بود و این اثربخشی در مرحلهٔ پیگیری نیز ماندگار بوده است.

کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. از یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی ACT بر کیفیت زندگی پرستاران بود. این نتایج با یافته‌های تحقیقات انجام شده در ایران از جمله: آل یاسین و همکاران، سعیدی و خلعتبری، آقایی و نوریان و تحقیقات انجام شده در خارج همچون تحقیق جوآراشیو و همکاران همخوانی داشته است. طبق نتایج پژوهشی آل یاسین و همکاران می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تمرکز اصلی آن بر پذیرش موقعیت و محتوای فکر است، می‌تواند بر بُعد جسمانی کیفیت زندگی فرد نیز اثرگذار باشد. بُعد جسمانی کیفیت زندگی شامل ارزیابی فرد از دردهای جسمانی خود، نیاز او به درمان پزشکی برای انجام فعالیت‌های روزمره، داشتن انرژی برای انجام فعالیت‌های روزانه، رضایت فرد از وضعیت ظاهری، خواب، توانایی انجام فعالیت‌ها و توانایی اشتغال است. شناخت‌ها، باورها و افکار بنیادین فرد، نقش تعیین کننده‌ای در ارزیابی فرد از وضعیت جسمانی‌اش دارد. بنابراین، توجه به دو نکته در این مقوله لازم است: اول آنکه کیفیت زندگی به شرایط فرد و ابعاد جسمانی او بستگی داشته (ارزیابی اولیه) و دوم اینکه کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از این شرایط بستگی دارد (ارزیابی ثانویه). بنابراین، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تمرکز اصلی آن بر تغییر باورها و افکار فرد است، می‌تواند بر بُعد جسمانی و ارزیابی روانی از کیفیت زندگی فرد نیز اثرگذار باشد (۲۱).

همچنین، تی‌جک، دیویس، مورینا و امل‌کامپ[۲۵]، در یک پژوهش فراتحلیل اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، نتایج فراتحلیل ۳۹ آزمایش تصادفی کنترل شده اثربخشی ACT، با ۱۸۲۱ بیمار مبتلا به اختلال‌های روانی را ارائه دادند که یافته‌ها نشان می‌دهند ACT در شرایط پس از درمان و پیگیری مؤثر بود. ACT در مورد نتایج ثانویه، رضایت از زندگی در اندازه‌گیری کیفیت زندگی و اندازه‌گیری فرایند زندگی در مقایسه با شرایط گروه کنترل برتر بود. همچنین ACT ممکن است در درمان اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، اعتیاد و مشکلات سلامت جسمانی به‌عنوان مداخلات روانشناختی تأثیرگذار عمل کند که تحقیق بیشتری جهت اثربخشی آن بر کیفیت زندگی و فرایندهای تغییر زندگی، برای درک ارزش افزودهٔ ACT و ماهیت متداول آن لازم است (۲۲). در زمینهٔ زندگی معلولین نیز سعیدی و خلعتبری، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر

[25] Tjak, Davis, Morina, Emmelkamp

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری و کیفیت زندگی معلولین شده است. (۲۳). در راستای بررسی رابطهٔ کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران یافته‌ها دلالت بر آن داشت که بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بالارفتن بهره‌وری پرستاران خود به بهبود بعد اجتماعی کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند (۶). جوآراشیو، شاماچر، شا، فورمن و هربرت[۲۶]، نیز به این نتایج رسیدند که برخی از مهارت‌های مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مثل: گسلش، عدم کنترل برانگیختگی و دسترسی به مهارت‌های تنظیم هیجانات، ممکن است به کیفیت زندگی کمک کنند (۲۴).

به بیانی دیگر، در مدل پذیرش و تعهد، مسئلهٔ اصلی، پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است، بدون اینکه فرد بی‌جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد. فرد یاد می‌گیرد که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات جسمانی و افکار خود روبرو شود. فرد از مشکلات جسمانی و روانی نمی‌گریزد، بلکه در هر شرایطی، انعطاف‌پذیری را می‌آموزد. به عبارت دیگر، از آن‌جایی که هدف این نوع درمان و اجرای تمرینات عملی، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش، ناهم‌جوشی شناختی و بودن در لحظهٔ حال می‌باشد، فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها می‌کند و در نتیجه سازگاری فرد با توجه به تغییر در ارزیابی او از شرایط موجود افزایش یافته و کیفیت زندگی‌اش ارتقاء می‌یابد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی ACT بر تاب‌آوری پرستاران شهر تهران بود. نتایج این یافته با یافته‌های تحقیقات انجام شده در ایران توسط زارعی و ویسانی، برقی ایرانی و همکاران، نوروزی و کریمی، زارعی و ویسانی همچنین در خارج از کشور با نتایج تحقیق تی‌جک، دیویس، مورینا و امل‌کامپ، همسو و همخوان بوده است. چنانچه زارعی و ویسانی، نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به عفونت اچ.آی.وی مثبت تأثیر معنی‌داری داشت (۲۵) و نتایج آنان با نتایج پژوهش جاری همخوان بوده است. نتایج پژوهش برقی ایرانی و همکاران نیز نشان داد که آموزش تاب‌آوری برای پرستاران بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران مؤثر واقع شد و برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی پرستاران می‌توان از آموزش تاب‌آوری استفاده کرد (۲۶). نتایج پژوهش نوروزی و کریمی، نیز نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دانش‌آموزان پسر دورهٔ اول متوسطه نیز تأثیر معنی‌دار داشته است (۲۷). در تبیین این یافته

[29] Mace
[30] Resnick

می‌توان به نظر بلاک[۲۷]، توجه کرد که می‌گوید، خود تاب‌آوری، یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای شناخت هیجان، انگیزش و رفتار است و افراد دارای خود تاب‌آوری بالا در مقایسهٔ افراد دارای خود تاب‌آوری ضعیف، با داشتن انعطاف‌پذیری، عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه کرده، اعتماد به نفس بیشتری داشته و سازگاری روانشناختی بهتری دارند. افراد دارای خود تاب‌آوری ضعیف در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا رویکرد محافظه کارانه و خشکی را لحاظ نموده، به روش ناسازگارانه رفتار می‌کنند (مقیاس خود تاب‌آوری)[۲۸] (۲۸). بنابراین دور از انتظار نیست افرادی که با آموزش روانی، تربیتی و عملکردی رویکرد پذیرش و تعهد تحت مشاوره یا درمان قرار می‌گیرند به انعطاف‌پذیری بیشتری دست پیدا می‌کنند و در مقابله با مشکلات و سختی‌ها از تاب‌آوری بالاتری برخوردار می‌شوند. براون و رایان به نقل از کیانی نیز نشان دادند که ذهن‌آگاهی و توجه به محتوای ذهن، به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند که در نتیجه افزایش تاب‌آوری در فرد را ممکن می سازد (۲۹).

بر طبق نظر مک[۲۹] ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. می‌توان نتیجه گرفت که ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می‌تواند باعث شود که فرد توانایی‌های خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی با تاب‌آوری بیشتر مقابله نموده، از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به‌عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد (۳۰) و این همان دنیای کیفی نسبتاً ایده‌آلی است که با آموزش بهینه برای پرستاران، علی‌رغم دارا بودن شرایط سخت شغلی، خواهانیم. از نظر رسنیک[۳۰] به نقل از رزم پوش، بخشی از محبوبیت مفهوم تاب‌آوری و پژوهش‌های مرتبط با آن به این دلیل است که این دیدگاه بر توانمندی‌ها، ظرفیت‌ها، امید و قدرت فرد تمرکز دارند و اینکه عوامل محافظت‌کننده به‌عنوان سپری بر علیه رفتارهای خطرزا و پیامدهای همراه با آن‌ها مطرح هستند (۲۰).

این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند. هیز و استروسال، اظهار داشته‌اند؛ از آن‌جایی که موج سوم

[26] Juarascio, Schumacher, Shaw, Forman, Herbert
[27] Block
[28] Ego-resiliency scale

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

رفتاردرمانی به کارکردهای روانشناختی حساس است، نه فقط به شکل و محتوای آن‌ها، بنابراین، علاوه بر راهبردهای مستقیم و آموزشی بر راهبردهای زمینه‌ای و تجربه‌ای نیز تأکید دارد (۱۵). مثلاً زمانی‌که محیط کار از فرد تقاضای بیش از حد دارد، فرد ممکن است دچار نوعی بی‌توجهی نسبت به خود و توجه زیاد به شغل شود. ACT با استفاده از روش مشاهدهٔ خود می‌تواند به فرد کمک کند تا با افزایش توجه به خود و کنترل بیشتر بر خود، تاب‌آوری بیشتر و استرس کمتری را تجربه کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف ACT، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است (۳۰). از ویژگی‌های خاص این پژوهش این نکته است که تاکنون تأثیر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران همزمان بررسی نشده بود و طبق پیشینهٔ پژوهش این دو متغیر در کنار هم می‌توانند تأثیر بیشتری بر ارتقاء سطح سلامت افراد داشته باشند و همدیگر را تقویت نمایند. بنابر نتایج این پژوهش می‌توان به برنامه‌ریزان و مدیران آموزشی و اجرایی پرستاری پیشنهاد کرد، در جهت افزایش کیفیت زندگی پرستاران و در نتیجه دانش‌افزایی و ارتقاء توانمندی‌های آنان و همچنین بالابردن سطح تاب‌آوری پرستاران به آموزش مهارت‌های پذیرش و تعهد بذل توجه نموده و پرستاران را در راستای کسب مهارت‌های فوق، بیش از پیش مساعدت نمایند و بدین‌وسیله سبب افزایش سطح سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی فردی، شغلی و اجتماعی آنان گردند. دستاوردهای این طیف از پژوهش‌ها تبیین‌کنندهٔ این موضوع است که چرا بسیاری از جوامع در سطوح محلی و ملی به شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و به دنبال آن، طراحی برنامه‌های درمانی و ارتقای توانایی‌های لازم در افراد اقدام کرده‌اند، چرا که بنا به عقیدهٔ کانر، از آنجا که تاب‌آوری به‌عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس قلمداد می‌شود، می‌تواند هدف مهمی در روان‌درمانی، افزایش سطح سلامت روان و کیفیت زندگی افراد باشد (۱۱). پیشنهاد می‌گردد جهت جلوگیری از تعمیم نتایج از یک گروه آزمایشی به جامعه، این پژوهش بر روی گروه‌های دیگری از افراد انجام گردد و به‌منظور شناخت تأثیرات آموزش پذیرش و تعهد که هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی، بالا بردن سازگاری روانشناختی و پیشگیری از بروز اختلالات متعدد است، پژوهشگران دیگر نیز وجه آموزشی و تربیتی این رویکرد را بیشتر مورد توجه و بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با مشارکت مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا و دانشگاه آزاد اسلامی یاسوج اجرا گردیده است. لازم است مراتب قدردانی و سپاسگزاری صمیمانه‌ایی را از تمامی مسئولین بیمارستان، ریاست و مدیریت بیمارستان، خصوصاً معاونت پژوهشی و بخش آموزشی فعال و همچنین پرسنل محترم پرستاری بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیا (ص) که در تحقق این امر نهایت همکاری را مبذول نمودند، اعلام نماییم.

جدول ۱ ضمیمه- پروتکل جلسات پژوهش حاضر.

شماره جلسات	خلاصه جلسات
۱	پر کردن پرسشنامه‌ها، ایجاد رابطهٔ درمانی، سنجش اولیهٔ ارزش‌ها، تمرین مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها، آموزش بررسی خلق و به روزرسانی مختصر. نمایش فیلم
۲	کسب اهداف اساسی درمانجو، تمرین ذهن‌آگاهی، تعیین هدف مبتنی بر ارزش‌ها، آشنایی با تلاش‌های گذشتهٔ درمانجو برای به انجام رساندن اهداف، استعارهٔ گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، شناخت «کنترل به‌عنوان یک مشکل» *تکلیف: بررسی خلق و به روزرسانی مختصر با ثبت تجربه‌های روزانه
۳	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، شناسایی راهبردهای کنترل به‌عنوان مشکل، کنترل رویدادهای درونی، استعارهٔ دروغ‌سنجی، استعارهٔ شیرینی ژله‌ای؛ تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعالسازی رفتاری *تکلیف: تمرین توجه به دنیای بیرون، حرکت به سمت ارزش‌ها، نمایش فیلم
۴	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین مشاهده‌گر بودن، بررسی موانع درونی و بیرونی در جهت ارزش‌ها، استعارهٔ مسافران اتوبوس، بررسی نشخوارهای فکری یا طرحواره‌های مزاحم *تکلیف: شناسایی موانع درونی و بیرونی طی هفته و تمرین روزانهٔ تنفس آگاهانه در روز طی هفته
۵	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی و شناسایی قدرت موانع درونی، شناسایی عوامل دورکننده از ارزش‌ها، استعارهٔ آب و هوا و برداشتن تمرکز از روی کنترل کردن، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد، استعارهٔ برگ‌ها در جویبار روان *تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی
۶	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات؛ و نشان دادن سایر راه‌های عملی برای پرورش گسلش، بازگشت به استعارهٔ مسافران اتوبوس و چاه کندن، *تکلیف: شناسایی عدم کارآیی راهبردهای اجتنابی در مورد داشتن احساسات ناخوشایند. نمایش فیلم
۷	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، ناامیدی سازنده (فرایند ترک راهبردهای کنترل تجربه‌ای اجتنابی، همراه با نمایش فیلم)، شناسایی راهبردهای کنترل با همکاری درمانجو *تکلیف: برجسته‌سازی بیهوده بودن و نتیجهٔ عکس دادن کنترل تجربه‌ای
۸	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین پذیرش و عمل همسو با ارزش‌ها (بدیلی برای کنترل تجربه‌ای، استفاده از استعاره‌های مربوط به تمایل مانند، دو کفه ترازو، اجرای رل بلی مسابقه طناب‌کشی با هیولا (پذیرش فعال) *تکلیف: آشفتگی تمیز در مقابل آشفتگی کثیف
۹	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین فرونشانی فکر، استعارهٔ دروغ‌سنج، استعارهٔ همسایه مزاحم همراه با نمایش فیلم، استعارهٔ ریگ‌های روان *تکلیف: ثبت روزانهٔ افکار ناکارآمد، دستیابی به راهبردهای ناهم‌آمیزی شناختی در ACT
۱۰	بررسی جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین پوشش سخت (پذیرش افکار دردسرساز، رفتاری همسو با ارزش‌ها)، تمرین عینیت بخشیدن (توجه به حس‌های بدنی و ایجاد تماسی غیردافعی با هیجاناتی که پیشتر، از آن‌ها اجتناب می‌شد) * تکلیف: تمرین درک بافتار بودن خود (خود را به‌عنوان زمینه دیدن)
۱۱	جمع‌بندی مطالب آموخته شده، رفع اشکالات، پرسش و پاسخ
۱۲	اختتامیهٔ گروه و پر کردن پرسشنامه‌های پس‌آزمون

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

منابع

1. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. Am Psychol. 2000; 55(1): 5-14.

2. Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quail Life Res. 2004; 13(2): 299-310.

3. Goodman EA, Zammuto RF, Gifford BD. The competing values framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. Organization Development Journal. 2001; 19(3): 58-69.

4. Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. Issues Ment Health Nurs. 2012; 33(1): 15-23.

5. Saber S, Borhani F, Navidian A, Ramezani T, Rezvani Amin M, Kianian T. Relationship between quality of work life and productivity of nurses in hospitals of Kerman University of Medical Sciences in 2013. 2013; 3(9): 143-66.

6. Alhani F, Oujiyan P. Work-family conflict among nurses and its relation to their quality of life. J Ethics Educ. 2013; 2(1): 46-55.

7. Garmezy N. Children in poverty: resilience despite risk. Psychiatry, 1993; 56(1): 127-36.

8. Azadi S, Azad H. The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of elam. Iranian Journal of War and Public Health. 2011; 3(4): 48-58.

9. Gomes R, McLaren S. The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resiliency models. Pers Individ Dif. 2006; 40(6): 1165-76.

10. Dehnavi S, Zadeh Mohammadi A, Hashemi SF, Bajelan M. Effectiveness of psychodrama based on unity-oriented therapeutic approach on resilience on patients with multiple sclerosis. Shefaye Khatam. 2018; 6(3): 10-8.

11. Azizi K, Ahmadian H, Nazemi ASR. Comparison of resilience, procrastination, stress and burnout among nurses in psychiatric and non-psychiatric departments. Quarterly Journal of Nursing Management. 2017; 5(3-4): 80-91.

12. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the connor - davidson resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003; 18(2): 76-82.

13. Isakson B. Characteristics and enhancement of resiliency in young people. A research paper for master of science degree with major in guidance and counseling. University of Wisconsin-Stout. 2002.

14. Harris R. Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. Psychotherapy in Australia. 2006; 21(4): 2-8.

15. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. 2004th ed. New York: Springer Science and Business Media Inc. 2010.

16. Aghaei A, Nourian L. Report on the results of ten s tudies on the effectiveness of treatment based on admission and commitment. Presentations of the firstcongress of the third wave of behavioral therapies, Kashan University of Medical Sciences and Health Services. 2015. p. 37.

17. Kolivand PH, Safavi Bayat Z, Najafi K. Evidence based nursing with educational approach. 1st ed. Mirmah Publisher. 2014.

18. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behav Manag. 2011; 4: 41-9.

19. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the iranian interview-administered version of the world organization's quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): a population based study. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 61. doi: 10.1186/1472-6963-8-61.

20. Razmpush M. Determining the contribution of spiritual intelligence and resilience to the orientation of students' life. Master's thesis of general psychology. Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Roudehen Branch. Tehran, Iran, 2012.

21. Al Yassin SA, Kakassalan F, Farahani Far M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, quality of life and self-efficacy in patients with premenstrual syndrome. Research Journal of Aligoodarz School of Nursing. 2016; 7(2): 27-35.

22. Tjak JA, Davis ML, Morina N, Emmelkamp P. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. Psychother Psychosom. 2015; 84(1): 30-6.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]

23. Saeidi M, Khalatbari J. Effectiveness of acceptance/ commitment therapy on adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization. Quarterly Journal of Educational Psychology. 2016; 7(1-25): 53-62.

24. Juarascio AS, Schumacher LM, Shaw J, Forman EM, Herbert JD. Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. Journal of Contextual Behavioral Science. 2014; 4(1): 42-7.

25. Zareie SS, Visani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience of patients with positive H.I.V. New Researches National Conference in Management, Economic and Humanistic Sciences, Islamic Azad University, Kazeroun Branch. 2017.

26. Barghi Irani Z, Bagiyan Kulemarez MJ, Hazari N. The effectiveness of resilient education on improving the quality of nurses' life. Quarterly Journal of Nursing Management. 2017; 5(3-4): 9-18.

27. Norouzi S, Karimi Sh. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience of male firstgrade school students of Isfahan city. The International Conference of Well-Being and Psychological Sciences, Tehran. 2017.

28. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. Journal of Personality and Social Psychology. 1996; 70(2): 349-61.

29. Kiani S. The relationship between emotional intelligence, resilience, and social adjustment for explaining the mental health model in students of shahed university. Master Thesis. Faculty of Education and Psychology. Allameh Tabatabaei University. 2010.

30. Mace C. Mindfulness and mental health: therapy. theory and science. New York: Rutledge. 2007.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.7.1.62]