

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Training and Resilience-Based Training on Job Stress and Compassion Fatigue in Nurses

Seyed Mohammad Javad Mousavinia¹, Nasrin Arshadi^{2*}, Kioumars Beshlideh³,
Bahram Peymannia⁴

1- PhD Candidate in Industrial and Organizational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. ORCID: 0000-0003-1353-5322

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. ORCID: 0000-0001-6118-8586

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. ORCID: 0000-0002-5519-4792

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. ORCID: 0000-0002-4959-2145

*Corresponding Author: Nasrin Arshadi, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: narshadi@scu.ac.ir

Received: 29 Oct 2025

Revised: 1 Des 2025

Accepted: 2 Des 2025

Abstract

Introduction: Nurses play a vital role in providing healthcare; however, job stress and compassion fatigue can diminish the quality of care. This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based training and resilience-based training in reducing job stress and compassion fatigue among nurses.

Methods: This experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population consisted of nurses working in hospitals in Khorramabad in 2024. From this population, 45 nurses with the lowest scores on the Cognitive Flexibility Scale were randomly assigned to three groups: acceptance and commitment-based training, resilience-based training, and a control group. The acceptance and commitment-based group received 10 40-minute sessions, the resilience-based group received 8 90-minute sessions, and the control group received no intervention. Data collection instruments included the Job Stress Scale by Parker and DeCotiis (1983) and the Compassion Fatigue Scale by Stamm (2010). Data were analyzed using repeated-measures and mixed analysis of variance.

Results: The findings indicated that both training programs significantly reduced job stress and compassion fatigue compared with the control group ($P < 0.001$), and these effects remained stable at the three-month follow-up. There was no significant difference between the effectiveness of the two interventions.

Conclusion: Acceptance and commitment-based training and resilience-based training are effective and sustainable interventions for reducing job stress and compassion fatigue in nurses. These approaches can be applied as practical strategies to enhance nurses' mental health and the quality of professional performance in clinical settings.

Keywords: Job Stress, Compassion Fatigue, Acceptance and Commitment Training, Resilience-Based Training

How to cite this article: Mousavinia SMJ, Arshadi N, Beshlideh K, Peymannia B. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Training and Resilience-Based Training on Job Stress and Compassion Fatigue in Nurses. Journal of Nursing Education (JNE). Dec 2025.p41-57(in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت پرستاران

سیدمحمدجواد موسوی‌نیا^۱، نسرين ارشدی^{۲*}، کیومرث بشلیده^۳، بهرام پیمان‌نیا^۴

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی صنعتی و سازمانی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران. ۱۳۵۳-۵۳۲۲-ORCID

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران. ۸۵۸۶-۶۱۱۸-۰۰۰۰-۰۰۰۰-ORCID

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران. ۴۷۹۲-۵۵۱۹-۰۰۰۰-۰۰۰۰-ORCID

۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران. ۲۱۴۵-۴۹۵۹-۰۰۰۰-۰۰۰۰-ORCID

*نویسنده مسئول: نسرين ارشدی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.

ایمیل: narshadi@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۴/۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۱

چکیده

مقدمه: پرستاران نقش حیاتی در مراقبت‌های بهداشتی دارند، اما استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت می‌تواند کیفیت مراقبت را کاهش دهد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خرم‌آباد در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر با پایین‌ترین نمره انعطاف‌پذیری شناختی به‌صورت تصادفی در سه گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش مبتنی بر تاب‌آوری و کنترل جایگزین شدند. گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای و گروه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دریافت کردند. ابزار گردآوری داده شامل مقیاس استرس شغلی پارکر و دکوتیز (۱۹۸۳) و مقیاس خستگی ناشی از شفقت استم (۲۰۱۰) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو نوع آموزش موجب کاهش معنادار استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در مقایسه با گروه کنترل شدند ($P < 0.01$) و این اثر در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار ماند. بین اثربخشی دو مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، مداخلاتی مؤثر و پایدار در کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت پرستاران هستند و می‌توانند به‌عنوان راهبردهایی کارآمد برای ارتقای سلامت روان و کیفیت عملکرد پرستاران به‌کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: استرس شغلی، خستگی ناشی از شفقت، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش مبتنی بر تاب‌آوری

مقدمه:

الزامات شغل پرستاری و ارتباط آن با استرس شغلی در ادبیات پژوهش به خوبی تثبیت شده است. فشار کاری بالا، کمبود نیروی انسانی و مواجهه مستمر با بیماران، پرستاران را در معرض استرس شغلی و پیامدهای آن قرار می دهد [۱]. پرستاران به دلیل ماهیت شغل خود با رنج و مرگ بیماران روبه رو هستند و ناگزیر از تعامل مستمر با بیماران، خانواده ها و همکاران در شرایط چالش برانگیز می باشند [۲]. از این رو، احتمال تجربه استرس شغلی در آن ها بالا است [۳-۵] و این استرس می تواند توانایی برقراری رابطه مؤثر با بیماران را کاهش داده و کیفیت مراقبت بیمار را تهدید کند [۶-۸]. علاوه بر این، پرستاران می توانند خستگی ناشی از شفقت را نیز تجربه کنند. شفقت به معنای احساس نگرانی نسبت به رنج دیگران همراه با تمایل به کمک برای کاهش آن است [۹]. خستگی ناشی از شفقت واکنشی به استرسی است که از طریق تعامل با افرادی که آسیب را تجربه کرده اند، ایجاد می شود. علائم رفتاری و هیجانی خستگی ناشی از شفقت بسیار شبیه به همان علائمی است که فرد آسیب دیده تجربه می کند. قرار گرفتن مکرر در معرض رنج بیماران می تواند منجر به استرس ثانویه و بروز علائمی مانند برانگیختگی بیش از حد، پریشانی هیجانی و کاهش ظرفیت شفقت شود [۱۰]. کاهش شفقت، توانایی پرستاران در همدلی و رفتار محترمانه با بیماران را تضعیف می کند [۱۱، ۱۲] و کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار می دهد [۱۳]. برای پرستاران، تشویق یک پاسخ دلسوزانه و کاهش خستگی ناشی از شفقت برای ادامه مشارکت آن ها در رفتارهای جامعه یار برای کمک به بیماران و مراجعانشان امری مهم است. آن ها از طریق این مهارت می توانند درد و رنج مراجعان خود را درک کنند و از آن ها مراقبت کنند، بدون اینکه خودشان تحت تأثیر هیجانات دردناک قرار بگیرند [۲]. یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر استرس و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران، سبک مقابله اتخاذ شده توسط آنهاست. مقابله، توانایی مدیریت خواسته هایی است که منابع موجود را فرسوده یا بر آن سنگینی می کند [۱۴]. روش های مقابله با استرس شغلی یک متغیر مهم نه تنها در ارتباط با نتایج حرفه ای کادر درمان [۱۵، ۱۶] بلکه برای مراجعان آن ها [۱۷] و همچنین سازمان [۱۸] است. راهبردهای اجتنابی معمولاً با افزایش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت ارتباط دارند

[۱۹]. در حالی که راهبردهای سازگارانه مانند انعطاف پذیری شناختی می توانند آثار محافظتی داشته باشند. انعطاف پذیری شناختی یعنی توانایی سازگاری در مواجهه با شرایط متغیر محیطی [۲۰، ۲۱]. افراد با انعطاف پذیری بالا تمایل دارند رویدادهای دشوار را بپذیرند، معنا و ارزش جدیدی در آن ببینند و با اقدامات هدفمند واکنش نشان دهند [۲۲-۲۴]. این توانایی با عملکرد شغلی و بهزیستی مرتبط با شغل بهتر و استرس کمتر مرتبط است [۲۵-۲۷].

تاب آوری نیز یکی دیگر از منابع روان شناختی مؤثر در مواجهه با فشارهای شغلی است [۲۸]. تاب آوری به عنوان توانایی بازگشت به وضعیت عادی قبلی پس از رویدادهای استرس زا و همچنین فرآیند سازگاری خوب در مواجهه با چالش های زندگی توصیف شده است [۲۹-۳۱]. تحقیقات از مزایای آموزش تاب آوری بر بهزیستی و سلامت روان پشتیبانی می کند [۳۲]. بنابراین، با توجه به ماهیت پرخطر قرار گرفتن پرستاران در معرض عوامل استرس زای محیطی مداوم و پریشانی بیمار، تاب آوری یک توانایی مهم برای توسعه و ارتقاء در حرفه پرستاری است [۳۳].

از سوی دیگر، شفقت به خود نیز نقش مهمی در کاهش استرس و افزایش بهزیستی روانی دارد. مهارت های خودمراقبتی و شفقت به خود ویژگی های مهمی در مداخلاتی هستند که هدفشان کاهش استرس و فرسودگی شغلی است [۳۴]. این ویژگی شامل مهربانی با خود به جای قضاوت خود، احساس مشترک انسانیت به جای انزوا، و ذهن آگاهی به جای همانندسازی بیش از حد با افکار و احساسات دردناک است [۳۵، ۳۶]. سطوح پایین شفقت به خود با استرس و فرسودگی بالاتر و سطوح بالای آن با خستگی ناشی از شفقت کمتر و افزایش ظرفیت برای شفقت نسبت به خود و دیگران همراه است [۳۷-۳۹]. از این رو، آموزش شفقت به خود ضروری است تا پرستاران یاد بگیرند بازیابی را در اولویت قرار دهند و به بهزیستی خود توجه کنند.

بنابراین، با توجه به ماهیت پرتنش حرفه پرستاری و نقش مؤثر متغیرهایی همچون انعطاف پذیری شناختی، تاب آوری و شفقت به خود در کاهش استرس و خستگی ناشی از شفقت، اجرای مداخلاتی که همزمان بر این مؤلفه ها تمرکز دارند ضرورت دارد. دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب آوری، به ترتیب با تمرکز بر انعطاف پذیری شناختی و منابع روان شناختی مانند

تاب‌آوری، بینش، شفقت به خود و توانمندسازی، از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند ظرفیت پرستاران را برای مقابله با فشارهای شغلی افزایش دهند [۴۲، ۴۱]. با این حال، یافته‌های مرورهای نظام‌مند حاکی از آن است که اثربخشی این مداخلات بسته به جمعیت هدف و چارچوب اجرایی متفاوت است [۴۳، ۳۲]. این تناقضات، لزوم انجام مطالعات دقیق‌تر در جمعیت‌هایی مانند پرستاران که به‌طور خاص در معرض عوامل مزمن استرس‌زا هستند را آشکار می‌سازد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران انجام شد.

روش کار:

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۳ بود. تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power ۳٫۱ و بر اساس تحلیل توان آزمون انجام شد. با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط ($f^2=0/25$)، سطح معناداری $\alpha=0/05$ و توان آزمون $0/80$ ، حجم نمونه مورد نیاز برای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حداقل ۴۲ نفر برآورد گردید؛ با لحاظ احتمال ریزش نمونه، حجم نهایی ۴۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی مرحله‌ای انجام شد. در مرحله نخست، از میان بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد چهار بیمارستان به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس فهرست پرستاران هر بیمارستان از واحد منابع انسانی دریافت شد و بر اساس جدول اعداد تصادفی، ۳۴۶ نفر از آنان برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی انتخاب و پرسشنامه مربوطه برای آن‌ها اجرا شد. در مرحله دوم، از میان این افراد، ۴۵ نفر که پایین‌ترین نمرات را در مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی کسب کرده بودند، انتخاب و به‌صورت تخصیص تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره شامل: گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری و گروه کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورود شامل داشتن حداقل پنج سال سابقه خدمت، اشتغال رسمی در مراکز درمانی، تمایل به مشارکت، توانایی حضور در جلسات و عدم دریافت مداخله مشابه در شش ماه

گذشته بود. معیارهای خروج شامل غیبت در بیش از یک جلسه، بروز شرایط مؤثر بر وضعیت روانی، یا تغییر وضعیت شغلی در طول پژوهش بود. پس از بررسی معیارها، پژوهشگر هدف و فرایند مطالعه را برای شرکت‌کنندگان توضیح داد، بر محرمانگی اطلاعات تأکید کرد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ شد. کلیه مراحل مطابق با بیانیه هلسینکی [۴۰] انجام گرفت.

پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله برای دو گروه آزمایش اجرا شد. گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل Han و همکاران [۴۱] در ده جلسه گروهی ۴۰ دقیقه‌ای (جدول ۱) و گروه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری براساس پروتکل Bailey و همکاران [۴۲] در هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (جدول ۲) شرکت کردند. جلسات در سالن آموزش بیمارستان شهید رجیمی خرم‌آباد برگزار و با توجه به شیفت‌های کاری، برای گروه‌های کوچک ۴ تا ۶ نفره در نوبت‌های مختلف صبح و عصر تکرار شد، به‌گونه‌ای که تمام شرکت‌کنندگان خارج از زمان شیفت خود یا در ایام مرخصی بتوانند در جلسات حضور داشته باشند. مداخلات توسط پژوهشگر اول (دارای مدرک دکتری روان‌شناسی صنعتی و سازمانی و گواهی آموزش رسمی برای اجرای پروتکل‌ها) ارائه و تحت نظارت علمی اساتید راهنما و مشاور اجرا گردید. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. این تصمیم با در نظر گرفتن محدودیت‌های زمانی و منابع اجرایی اتخاذ شد، و در عین حال اصول اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانگی اطلاعات و حق خروج از مطالعه در هر مرحله برای این گروه رعایت شد. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسات و آزمون پیگیری سه ماه بعد اجرا شد.

جدول ۱. محتوای پروتکل آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد

بخش	جلسات	اجزای کلیدی
لذت بردن از کار (Enjoy work)	ارزش‌های کاری (Work value)	مقدمه: ارائه پیش‌زمینه‌ای از درمان پذیرش و تعهد؛ انجام بازی پازل «T» برای ایجاد و مدیریت احساس ناامیدی شفاف‌سازی ارزش‌ها در کار: تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند "تصور ضیافت جشن بازنستسگی خود" آموزش: ذهن‌آگاهی و اهمیت آن برای سلامت فردی
	پذیرش (Acceptance)	بحث: تعارضات ناشی از ارتباطات در محیط کار پذیرش: بازی‌های روان‌شناختی مانند «هل دادن پوشه» تمرین ذهن‌آگاهی: هفت مرحله شستن دست‌ها با حضور ذهن آموزش: مهارت‌های ارتباطی بین همکاران، مهارت‌های ارتباطی پرستار- بیمار
	رهایی شناختی (Cognitive defusion)	بحث موردی: هیجان یا افکار منفی ما و مدیریت آن‌ها رهایی شناختی: ماتریس «افکار روی کارت» تمرین ذهن‌آگاهی: پذیرش هیجانات/افکار آموزش: اهمیت و روش‌های مدیریت هیجان
	حضور در لحظه (Being present)	بحث: استرس‌های شغلی تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس شکمی و آرام‌سازی عضلات تمرین حضور در لحظه: تمرین ذهن‌آگاهی با تمرکز بر تنفس و افکار آموزش: طبقه‌بندی استرس و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی
	اقدام (acting)	بحث: مرور و تأمل بر آنچه از جلسه اول تاکنون انجام شده است. تمرین ذهن‌آگاهی: تنفس ذهن‌آگاهانه آموزش: مشکلات روان‌شناختی بیماران، عوامل تأثیرگذار و مهارت‌های درمانی مرتبط
زندگی مثبت (Positive life)	باز کردن قلاب (Unhooking)	بحث: تعارض بین کار و خانواده خود به عنوان زمینه: تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند «پردازش خود» آموزش: روش‌های ایجاد تعادل بین کار و زندگی
	ارزش‌های زندگی (Life value)	بحث: معنای زندگی شفاف‌سازی ارزش‌های زندگی: تکمیل «قطب‌نمای ارزش‌ها» برای شناسایی ارزش‌ها و اهداف و پیوند دادن آن‌ها به برنامه‌های اقدام تمرین ذهن‌آگاهی: "تصور جشن تولد ۸۰ سالگی خود" آموزش: روانشناسی مثبت‌گرا و اهمیت آن برای زندگی پرستاران
	پایه‌گذاری (Grounding)	بحث: رابطه والد-فرزندی و سبک فرزندپروری تمرین ذهن‌آگاهی: حضور در لحظه حال آموزش: فرزندپروری مثبت و فرآیند تعامل والد-فرزند
	ایجاد فضا (Making room)	بحث: روابط صمیمانه و وضعیت ازدواج پذیرش: پذیرش هیجانات/افکار آموزش: تفاوت نگرش‌های زنان و مردان نسبت به ازدواج و مهارت‌های ایجاد رابطه صمیمانه
	مهربان بودن (Being kind)	بحث: تأثیر روابط بین فردی بر زندگی شخصی و کاری رهایی شناختی: ماتریس «صفحه شطرنجی»، تمرین ذهن‌آگاهی خوردن کشمش آموزش: چگونگی ایجاد یک رابطه بین فردی هماهنگ
	اقدام (acting)	ارزیابی ارزش‌ها: مرور و تأمل بر آنچه از جلسه اول تاکنون انجام شده است. تمرین ذهن‌آگاهی: ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جدول ۲. محتوای پروتکل آموزشی مبتنی بر تاب آوری

جلسه	موضوع	محتوا
۱	معرفی	فرآیند و دستورالعمل‌های گروهی معرفی چارچوب RISE عوامل ایجادکننده و علائم فرسودگی شغلی ذهن‌آگاهی
۲	تاب‌آوری	تعریف تاب‌آوری بازیابی استرس و نوسان هیجانی مهارت‌های مقابله‌ای ایجاد شادی و هدف
۳	بینش	تعریف بینش (درگیر شدن در خود ارزیابی) آگاهی شناختی سواد هیجانی
۴	شفقت به خود	شفقت در پرستاری خستگی ناشی از شفقت و آسیب ثانویه تعریف شفقت به خود مقدمه‌ای بر مهارت‌های شفقت به خود
۵		پذیرش خود مقابله با خودگویی منفی و انتقاد از خود
۶	توانمندسازی	تعریف توانمندسازی فردی تاثیر محیطی بر توانمندسازی درماندگی آموخته شده همسویی ارزش-رفتار
۷		تعیین حد و مرزها ارتباط قاطعانه دفاع از خود
۸	اختتامیه	جمع بندی و خداحافظی نقد و بررسی آموخته‌ها فراخوان عمل به دستورالعمل خودمراقبتی RISE

داده‌های مورد مطالعه با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنسیت، سابقه کار، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات)، مقیاس استرس شغلی و مقیاس خستگی ناشی از شفقت جمع‌آوری شدند.

مقیاس استرس شغلی (Job Stress Scale): مقیاس استرس شغلی در سال ۱۹۸۳ توسط DeCotiis و Parker

طراحی و مورد استفاده قرار گرفت [۴۴]. این مقیاس مشتمل بر ۱۳ آیتم است که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره قابل کسب در این پرسشنامه ۱۳ و بیشترین نمره ۶۵ است. هرچه نمره بدست آمده برای فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، استرس شغلی او بیشتر است. دو

پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برای زیرمقیاس استرس ثانویه ناشی از آسیب ۰/۹۱ و فرسودگی شغلی ۰/۹۰ بود.

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش‌های مرتبط با مشارکت‌کنندگان انسانی اجرا شد؛ طرح پژوهش و شیوه اجرای مداخلات پیش از آغاز مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه شهید چمران اهواز بررسی و تأیید شده و پژوهش دارای کد اخلاق IR.SCU.REC.1403.038 است که در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی نیز قابل مشاهده می‌باشد. نمونه‌گیری و تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل به صورت تصادفی انجام شد تا از عدالت در توزیع شرایط پژوهش و پیشگیری از هرگونه سوگیری اطمینان حاصل شود. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و پیش از شروع مطالعه، هدف، ماهیت، مراحل اجرای مداخله، نوع مداخله، مدت‌زمان جلسات و حقوق شرکت‌کنندگان از جمله حفظ محرمانگی اطلاعات، ناشناس ماندن داده‌ها و امکان خروج از مطالعه در هر زمان بدون هیچ پیامدی به‌طور کامل برای آن‌ها توضیح داده شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ شد. تمامی مراحل اجرای مداخلات و گردآوری داده‌ها مطابق با استانداردهای اخلاقی بیانیه هلسینکی انجام گرفت و داده‌های جمع‌آوری شده تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج به منظور دستیابی به اطلاعات در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای تمامی متغیرها در بخش آمار توصیفی محاسبه شد. به‌منظور بررسی اثرات آزمایشی در مطالعه حاضر از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد و برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش یا به عبارت دیگر به‌منظور بررسی اثر مداخله در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. به منظور اجرای تمامی تجزیه و تحلیل‌های ذکر شده از نرم افزار SPSS-24 استفاده گردید.

یافته‌ها:

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۶ تا ۴۹ سال با میانگین ۳۴/۶۸ (انحراف معیار ۶/۷۰) بود. حداقل سابقه

نمونه از سؤالات این مقیاس عبارت‌اند از "من زمان زیادی را صرف کارم می‌کنم، به‌طوری که وقتی برای تفریح ندارم" و "من در این شغل احساس بی‌قراری و عصبانیت می‌کنم". Parker و DeCotiis [۴۴] پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی آن را با استفاده از همبسته کردن آن با یک سوال کلی ۰/۵۴ گزارش کردند. در ایران ایرجی میمن‌دی و سهرابی (Iraji Meymandi & Sohra- bi) [۴۵] پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی آن را با استفاده از همبسته کردن آن با یک سوال کلی ۰/۶۸ گزارش کردند. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

مقیاس خستگی ناشی از شفقت (Compassion Fatigue Scale)

(Fatigue Scale): مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای در سال ۲۰۱۰ توسط Stamm طراحی و مورد استفاده قرار گرفت [۴۶]. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال و سه مولفه‌ی رضایت ناشی از شفقت (سوالات ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷ و ۳۰)، استرس ثانویه ناشی از آسیب (سوالات ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸) و فرسودگی شغلی (۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۶، ۲۹) می‌باشد که سه نمره متمایز را به دست می‌دهد و نمره‌ی کل ندارد. پاسخگویی به سوالات براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. از سه خرده مقیاس نام برده شده، فرسودگی شغلی و استرس ثانویه ناشی از آسیب مستقیماً محاسبه می‌شوند و مقیاس خستگی ناشی از شفقت از جمع این دو خرده مقیاس به دست می‌آید. نقاط برش برای هر سه مولفه در این پرسشنامه، نمرات ۲۲ و ۴۲ هستند. نمره‌ی پایین‌تر از ۲۲ نمره‌ی پایین و نمره‌ی بیشتر از ۴۲ نمره‌ی بالا به حساب می‌آیند. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از "به دلیل تجارب ناگوار افرادی که به آن‌ها کمک می‌کنم احساس افسردگی دارم" و "به خاطر کارم به عنوان پرستار، احساس خستگی بیش از حد می‌کنم". Stamm [۴۶] ضریب پایایی سه زیرمقیاس رضایت ناشی از شفقت، استرس ثانویه ناشی از آسیب و فرسودگی شغلی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ و روایی آن را نیز مطلوب گزارش کرد. دروهئی (Darvehi) و همکاران [۴۷] ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های یاد شده به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ گزارش نمودند.

شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع فراوانی بین متغیرهای سن و تحصیلات، تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده نشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در تمام متغیرهای پژوهش نرمال است ($P > 0.05$). شاخص‌های توصیفی متغیرهای استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

کار شرکت کنندگان در پژوهش ۵ سال و حداکثر ۲۹ سال (میانگین $11/64$ و انحراف معیار $6/15$) بود. از نظر جنسیت، ۱۷ نفر ($37/8$ درصد) مرد و ۲۸ نفر ($62/2$ درصد) زن بودند. ۱۶ نفر ($35/6$ درصد) مجرد، ۲۳ نفر ($51/1$ درصد) متأهل و ۶ نفر ($13/3$ درصد) بدون همسر بودند. از نظر میزان تحصیلات ۲۷ نفر (60 درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۱۴ نفر ($31/1$ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۴ نفر ($8/9$ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در تحلیل داده‌های کیفی از طریق آمار توصیفی به کمک

جدول ۳. خلاصه شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های سه گروه در مقیاس استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
استرس شغلی	کنترل	میانگین	۵۱/۱۳	۵۴/۰۰	۵۲/۶۰
		انحراف معیار	۳/۷۷	۳/۶۲	۴/۰۸
	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	میانگین	۵۱/۶۰	۲۹/۰۶	۲۷/۵۳
		انحراف معیار	۳/۵۰	۵/۷۶	۴/۸۱
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	میانگین	۵۱/۱۳	۲۷/۱۳	۲۹/۵۳
		انحراف معیار	۳/۳۹	۳/۳۵	۵/۳۱
خستگی ناشی از شفقت	کنترل	میانگین	۸۴/۱۳	۸۴/۳۳	۸۶/۷۳
		انحراف معیار	۷/۷۸	۵/۷۸	۶/۲۸
	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	میانگین	۸۴/۸۶	۴۶/۵۳	۴۴/۸۰
		انحراف معیار	۷/۴۴	۵/۸۷	۶/۸۲
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	میانگین	۸۴/۶۰	۵۳/۴۰	۵۱/۷۳
		انحراف معیار	۷/۸۸	۵/۳۰	۶/۷۹

بین گروهی (جدول ۵) برقرار است ($P > 0.05$)، اما آزمون کرویت موچلی (جدول ۶) معنادار بود ($P < 0.001$). بنابراین، در تحلیل درون گروهی از اصلاح گرینه‌هاوس-گیزر استفاده شد (جدول ۷).

برای بررسی مفروضات تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های ام‌باکس، لوین و کرویت موچلی انجام شد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (جدول ۴) و برابری واریانس‌های

جدول ۴. نتایج آزمون ام‌باکس

متغیر	Box's M	F	df1	df2	سطح معناداری
استرس شغلی	۵/۶۷	۱/۰۳	۶	۱۲۰۰۰	۰/۳۹
خستگی ناشی از شفقت	۶/۱۲	۱/۱۳	۶	۱۲۰۰۰	۰/۳۴

جدول ۵. نتایج آزمون لوین

متغیر	F	df1	df2	سطح معناداری
استرس شغلی	۰/۸۷	۲	۴۲	۰/۴۲
خستگی ناشی از شفقت	۱/۱۵	۲	۴۲	۰/۳۲

جدول ۶. نتایج آزمون کرویت موچلی

متغیر	Chi-Square	Df	سطح معناداری
استرس شغلی	۲۲/۵۶	۳	۰/۰۰۰
خستگی ناشی از شفقت	۲۱/۳۴	۳	۰/۰۰۰

جدول ۷. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تاثیر زمان و گروه

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
استرس شغلی	درون گروهی	زمان	۶۲/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
		زمان*گروه	۲۰/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
	بین گروهی	گروه	۴۲/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
خستگی ناشی از شفقت	درون گروهی	زمان	۷۳/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۶
		زمان*گروه	۲۱/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
	بین گروهی	گروه	۳۹/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۰

بر این، اثر تعامل زمان $\times$ گروه نیز برای استرس شغلی ($\eta^2 = 0/500$ P < 0/001) و برای خستگی ناشی از شفقت ($\eta^2 = 0/504$ P < 0/001) معنادار به دست آمد؛ به این معنا که روند تغییر نمره‌ها در طول زمان میان سه گروه یکسان نبوده و مداخلات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری موجب تغییر الگوی بهبود و کاهش بیشتر علائم در مقایسه با گروه کنترل شده‌اند. جهت بررسی تفاوت در هر یک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که در جدول شماره ۸ ارائه شد.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول ۷) نشان داد که اثر زمان برای هر دو متغیر استرس شغلی ($\eta^2 = 0/598$ P < 0/001) و خستگی ناشی از شفقت ($\eta^2 = 0/636$ P < 0/001) معنادار بود، به این معنا که نمره‌ها در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به شکل معناداری تغییر کرده‌اند. همچنین اثر گروه نیز برای هر دو متغیر استرس شغلی ($\eta^2 = 0/670$ P < 0/001) و خستگی ناشی از شفقت ($\eta^2 = 0/650$ P < 0/001) معنادار بود که نشان می‌دهد میانگین کلی گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار داشته‌اند. افزون

جدول ۸. خلاصه نتایج آزمون توکی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیرهای آزمایشی	گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
استرس شغلی	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	کنترل	<0/001
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	<0/001
	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	0/13
خستگی ناشی از شفقت	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	کنترل	<0/001
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	<0/001
	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	0/493

کنترل شدند ($P < 0/001$)، اما هیچ تفاوت معناداری بین دو مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری از نظر اثربخشی بر میزان استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول شماره ۸ نشان داد هر دو مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری به‌طور معناداری موجب کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت نسبت به گروه

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه گیری

متغیر	گروه مداخله	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	سطح معنی داری
استرس شغلی	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۲/۵۳	۳/۴۹	<0.001
		پیش‌آزمون پیگیری	۲۴/۰۶	۳/۴۸	<0.001
		پس‌آزمون پیگیری	۱/۵۳	۰/۴۶۷	۰/۰۱۶
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۲۴/۰۰	۳/۸۴	<0.001
		پیش‌آزمون پیگیری	۲۱/۶۰	۴/۱۰	<0.001
		پس‌آزمون پیگیری	-۲/۴۰	۱/۷۵	۰/۵۷۶
خستگی ناشی از شفقت	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۸/۳۳	۴/۶۶	<0.001
		پیش‌آزمون پیگیری	۴۰/۰۶	۵/۰۳	<0.001
		پس‌آزمون پیگیری	۱/۷۳	۰/۹۵	۰/۳۷۶
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۱/۲۰	۵/۱۳	<0.001
		پیش‌آزمون پیگیری	۳۲/۸۶	۵/۴۲	<0.001
		پس‌آزمون پیگیری	۱/۶۶	۲/۹۶	۱/۰۰۰

اثر بخشی مداخله در پیگیری پایدار باقی ماند ($P>0.05$). در خصوص خستگی ناشی از شفقت نیز میانگین نمرات در هر دو گروه مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری نسبت به پیش‌آزمون نشان دادند ($P<0.001$)، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی از ماندگاری اثر مداخله در طول زمان است ($P>0.05$).

مطابق جدول ۹، در هر دو گروه مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، میانگین نمره استرس شغلی در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود ($P<0.001$). در گروه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد ($P<0.001$) که نشان‌دهنده تداوم بهبود در مرحله پیگیری بود، در حالی که در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد،

جدول ۱۰. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای مقایسه اثر بخشی مداخلات

متغیر	گروه ها	F	سطح معنی داری
استرس شغلی	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	۰/۱۹۴	۰/۶۶۱
خستگی ناشی از شفقت	آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	۰/۷۹۹	۰/۳۷۴
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد		

نتایج تحلیل واریانس آمیخته (جدول ۱۰) نیز نشان داد تفاوت معناداری بین دو نوع مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری از نظر میزان اثرگذاری بر کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت وجود ندارد ($P > 0.05$). به بیان دیگر، هر دو مداخله از اثربخشی مشابه و پایدار در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی پرستاران برخوردار بودند.

بحث

هدف از انجام این پژوهش، تعیین و مقایسه اثربخشی دو مداخله روان‌شناختی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر سطوح استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران بود. نتایج نشان داد مداخله آموزش مبتنی بر تاب‌آوری تأثیر معناداری در کاهش هر دو متغیر مذکور دارد، که با یافته‌های پژوهش‌های Bailey و همکاران [۴۲] و Sawyer و همکاران [۴۸] همسو است. Bailey و همکاران [۴۲] در مطالعه‌ای مداخله‌ای بر روی گروهی از پرستاران آمریکایی، با طراحی و اجرای برنامه‌ای جامع مبتنی بر تاب‌آوری نشان دادند که آموزش مبتنی بر تاب‌آوری موجب بهبود معنادار در مؤلفه‌هایی همچون تاب‌آوری، بینش، شفقت به خود و توانمندسازی شده و به کاهش استرس و خستگی ناشی از شفقت منجر می‌شود. همچنین، Sawyer و همکاران [۴۸] در پژوهشی نیمه‌آزمایشی بر روی ۷۵ پرستار بیمارستانی در آمریکا دریافتند که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، نسبت به گروه کنترل، سطوح پایین‌تری از استرس ادراک‌شده و فرسودگی شغلی و سطوح بالاتری از تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را تجربه کردند. یافته‌های پژوهش حاضر در مقایسه با نتایج این دو مطالعه، تأییدکننده کارآمدی مداخله مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش فشارهای روانی و ارتقای سلامت روان پرستاران است.

از منظر نظری، حرفه پرستاری با طیفی از عوامل خطر روان‌شناختی و فشارهای مزمن کاری همراه است که نیازمند مداخلات چندبعدی و هدفمند برای ارتقای سلامت روان و بهزیستی شغلی است [۱۰]. درحالی‌که آموزش‌های صرف می‌توانند آگاهی را افزایش دهند، به تنهایی برای کاهش پیامدهای منفی استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت ناکافی هستند. در این زمینه، مداخلات جامع مانند آموزش مبتنی بر تاب‌آوری که آموزش، درمان، حمایت بین‌فردی

و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای را ترکیب می‌کنند، می‌توانند به تغییرات پایدارتر در سطح هیجانی و حرفه‌ای منجر شوند [۳۶]. مداخله آموزش مبتنی بر تاب‌آوری با بهره‌گیری از چهار مؤلفه کلیدی تاب‌آوری، بینش، شفقت به خود و توانمندسازی، رویکردی جامع برای ارتقای منابع روان‌شناختی پرستاران فراهم می‌کند. این مداخله از طریق تقویت تاب‌آوری و افزایش خودآگاهی نسبت به هیجانات و پاسخ‌های استرس‌زا، ارتقای توانمندی‌های تنظیم هیجانی، و ترویج شفقت نسبت به خود، به پرستاران کمک می‌کند تا با چالش‌های محیط‌های پرتنش کاری به‌گونه‌ای مؤثرتر مواجه شوند [۴۲، ۴۸]. به‌ویژه، پرورش شفقت به خود در این برنامه، عاملی اساسی در کاهش پیامدهای منفی استرس، فرسودگی شغلی و خستگی ناشی از شفقت شناخته شده است [۳۵]. علاوه‌براین، توانمندسازی روان‌شناختی و اجتماعی پرستاران از طریق آموزش ساختاریافته و حمایت گروهی در آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، حس کنترل، خودکارآمدی و معناداری شغلی را تقویت کرده و در نهایت، به بهبود بهزیستی روانی-اجتماعی و حرفه‌ای منجر می‌شود. نکته حائز اهمیت در برنامه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، تمرکز آن بر کل فرد و نه فقط نقش حرفه‌ای پرستار است؛ به‌طوری‌که مهارت‌های آموزش‌داده‌شده قابلیت انتقال به سایر حوزه‌های زندگی شخصی و اجتماعی افراد را نیز دارند. این رویکرد کل‌نگر می‌تواند بخشی از راهبردهای سطح سازمانی برای ایجاد فرهنگ مراقبتی سالم و پایدار در نظام سلامت باشد.

همچنین نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت با یافته‌های پژوهش محبی و نویدی مقدم (Mo-hebbi & Navidi-Moghadam) [۴۹] بر روی پرستاران ایرانی و مرور نظام‌مند Sulosaari و همکاران [۵۰] که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کشورهای مختلفی از جمله ایالات متحده، چین، استرالیا و فنلاند مورد بررسی قرار داده‌اند و همچنین پژوهش Barrett & Stewart [۵۱] بر روی کارکنان حوزه سلامت و خدمات اجتماعی ایرلندی همسو بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت پریشانی طولانی مدت که به واسطه شرایط شغلی پر استرس ایجاد می‌شود ممکن است منجر به اختلال در عملکرد کاری و زندگی روزمره شود، و مطالعات توصیه کرده‌اند که بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی ناشی از

بر ارزش ادغام شوند.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که بین دو مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری، از نظر اثربخشی در کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران، تفاوت معناداری وجود نداشت. بر اساس بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه حاضر از جمله نخستین مطالعاتی است که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد مداخله‌ای در جامعه پرستاران پرداخته است و پژوهشگران در مرور منابع، شواهد مستقیمی از مطالعات تطبیقی پیشین در این زمینه نیافتند. در تبیین این نتیجه باید گفت که هر دو مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری به دلیل تمرکز بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، تاب‌آوری و خود مراقبتی در کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران موثر هستند. مداخله آموزش مبتنی بر تاب‌آوری باعث ایجاد تاب‌آوری و شفقت به خود می‌شود و در عین حال بینش و توانمندی را ارتقا می‌دهد، که به پرستاران کمک می‌کند تا با خواسته‌های هیجانی و حرفه‌ای نقش‌های خود کنار بیایند [۴۲، ۴۸]. به طور مشابه، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هیجانات دشوار، ذهن‌آگاهی و تعهد به اقدامات مبتنی بر ارزش تاکید دارد که به پرستاران کمک می‌کند استرس را مدیریت کنند و از فرسودگی شغلی جلوگیری کنند [۴۱]. هر دو مداخله یک محیط گروهی حمایتی را فراهم می‌کنند و حس اجتماعی و درک مشترک را در میان شرکت‌کنندگان تقویت می‌کنند. اگرچه آن‌ها از چارچوب‌های نظری متفاوتی استفاده می‌کنند، اما هدف آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بهبود سلامت روان از طریق ارتقاء مکانیسم‌های مقابله، کاهش پریشانی هیجانی، و افزایش توانایی پرستاران برای پاسخ‌دهی موثر به چالش‌های مرتبط با شغل است که باعث می‌شود آن‌ها به‌طور مشابه مؤثر باشند و در نتایجشان تفاوت معناداری نداشته باشند.

اهمیت نتایج این مطالعه با توجه به نقش حیاتی پرستاران در رویارویی با بحران‌های بهداشتی برجسته می‌شود. حمایت مستمر از کادر بهداشت و درمان و بالاخص پرستاران ضروری است؛ زیرا آن‌ها نقش

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است باعث کاهش علائم منفی سلامت روان شود [۵۱]. یافته‌های ما نشان می‌دهد که برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش محافظتی در کاهش استرس پرستاران داشته باشد و پرستارانی که علائم استرس دارند ممکن است از مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ساختاریافته سود ببرند. به گفته Han و همکاران [۴۱]، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به طور موثری استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت را در پرستاران با افزایش انعطاف‌پذیری و کمک به آن‌ها در مدیریت چالش‌های عاطفی مرتبط با کار کاهش دهد. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده در این مطالعه شامل مداخلات ساختاری بود که به پرستاران آموزش می‌داد که چگونه افکار و هیجانات دشوار را بپذیرند، در تمرین‌های ذهن‌آگاهی شرکت کنند و ارزش‌های شخصی خود را روشن کنند، در حالی که اقدامات متعهدانه همسو با آن ارزش‌ها را تقویت می‌کردند. این مداخله با تشویق پرستاران برای نزدیک شدن و پذیرش پاسخ‌های هیجانی خود بدون قضاوت و در عین حال تمرکز بر اقدامات معنی‌دار، به کاهش تأثیر منفی استرس و خستگی ناشی از شفقت که اغلب در محیط‌های بهداشت و درمان با فشار بالا ایجاد می‌شود، کمک می‌کند؛ چرا که در این پروتکل آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش مهارت کلیدی روانشناختی (پذیرش، رهایی شناختی، خود به عنوان زمینه، ذهن‌آگاهی، روشن کردن ارزش‌ها و عمل کردن) در دو مازول کار و زندگی گنجانده شدند، که مستقیماً بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی را هدف قرار دادند. در طول مداخله، پرستاران ملزم به پذیرش محتوای افکار مداخله گر نبودند، بلکه تشویق می‌شدند تا افکار خود را همانطور که بودند بپذیرند. فرض اصلی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که پریشانی روانی یک جزء طبیعی از تجربه انسانی است [۲۳]. با توجه به اینکه پرستاران همیشه با فشار کاری و تضاد بین کار و زندگی روزمره مواجه هستند [۵۲]، استراتژی‌های مقابله‌ای نامناسب مانند اجتناب می‌تواند باعث تشدید پریشانی و کاهش کیفیت زندگی شود. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به پرستاران کمک کند تا راه‌هایی برای پذیرش پریشانی خود پیدا کنند و به آن‌ها کمک کند تا با تجربیات خود به روش‌های مختلف ارتباط برقرار کنند و آن‌ها را قادر سازد تا به‌طور کامل در زندگی معنادار و مبتنی

مهم مطالعه به شمار می‌رود که ممکن است بر نتایج و تعمیم‌پذیری آن تأثیر بگذارد. هرچند تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های آزمایش و کنترل تا حدی موجب کاهش اثر این متغیرها شده است، اما پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این متغیرها به طور دقیق اندازه‌گیری شده و با استفاده از روش‌های آماری مانند تحلیل کوواریانس کنترل گردند تا اعتبار و دقت نتایج افزایش یابد. ارزیابی اثربخشی مداخلات تنها تا سه ماه پس از اجرای برنامه‌ها ادامه یافت. این مدت زمان برای سنجش پایداری بلندمدت تغییرات رفتاری و شناختی کافی نیست و برای کسب اطمینان درباره ماندگاری تأثیرات مداخله می‌بایست پس از سنجش در بازه‌های زمانی طولانی‌تر، اظهار نظر کرد. همچنین با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش فقط پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۳ را دربر می‌گیرد، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های شغلی، شهرها یا بازه‌های زمانی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری به‌طور مؤثر موجب کاهش استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران شدند و این تأثیرات در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار ماند. نتایج حاکی از آن است که هر دو رویکرد می‌توانند به عنوان مداخلاتی کارآمد در بهبود سلامت روان، افزایش تاب‌آوری و ارتقای کیفیت عملکرد پرستاران در محیط‌های کاری پرتنش به کار گرفته شوند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود مدیران نظام سلامت با بهره‌گیری از چنین آموزش‌هایی در برنامه‌های توانمندسازی پرستاران، زمینه ارتقای بهزیستی روانشناختی پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران را فراهم کنند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از دانشگاه علوم پزشکی لرستان و تمامی پرستارانی که در این پژوهش همکاری کردند صمیمانه قدردانی می‌نمایند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی صنعتی و سازمانی در گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

اساسی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی و حمایت از جامعه ایفا می‌کنند. بنابراین، اجرای برنامه‌های آموزشی مانند آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری در محیط‌های بهداشتی و درمان می‌تواند به بهبود مراقبت‌های بهداشتی، کاهش خستگی ذهنی و جسمی در بین پرستاران منجر شود و منجر به ارتقای کلی کیفیت خدمات بهداشتی و درمان گردد. مبتنی بر نتایج این پژوهش و از طریق چنین تلاش‌هایی، دانشکده‌ها و سازمان‌های پرستاری می‌توانند برای رسیدگی به آسیب‌های ناشی از استرس در میان پرستاران اقدام کنند. از آنجا که پرستاران در معرض بسیاری از عوامل استرس‌زای محیط کار و عوامل استرس‌زای انسانی قرار دارند، می‌توان از طریق آموزش و مداخلاتی که سلامت روانشناختی آن‌ها را اولویت‌بندی و پرورش می‌دهد، از آن‌ها حمایت کرد.

ادبیات مربوط به بهزیستی و استرس شغلی پرستاران اغلب اهمیت تغییرات در محیط کار را بیان می‌کند. با این حال، مطالعات معدودی تأثیر مداخلات در سطح فردی بر پیامدها در سطح واحد و سازمان را مورد بررسی قرار داده‌اند. تحقیقات آینده می‌تواند این رابطه را با این فرضیه که یک پرستار از نظر روان‌شناختی سالم، می‌تواند فرهنگ محیط کار سالم را تسهیل کند و به نتایج مثبت مرتبط با تجربه کارکنان و بیمار منجر شود، بررسی کند. مطالعات آتی همچنین می‌تواند تکرار مداخلات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تاب‌آوری را در سازمان‌های دیگر مورد بررسی قرار دهد. تحقیقات همچنین می‌تواند بررسی کند که چه زمانی آموزش، فرآیند درمانی، توسعه مهارت یا ترکیبی از این استراتژی‌ها می‌تواند برای رسیدگی مؤثر به مسائل نیروی کار مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت‌های این مطالعه نیز باید در نظر گرفته شود. ابتدا، با توجه به جمع‌آوری داده‌ها به روش خودگزارشی از طریق ابزارهای معتبر، امکان سوگیری مطلوبیت اجتماعی وجود دارد که شامل تمایل پاسخ‌دهندگان به پاسخگویی مطلوب به سؤالات می‌شود. بعلاوه، در این مطالعه کنترل مستقیم آماری یا تجربی متغیرهای مزاحم مانند وضعیت روانی اولیه، شیفت کاری و حمایت اجتماعی صورت نگرفته است. این مسئله یکی از محدودیت‌های

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی ندارد.

References

- Holding MA, Parkinson L, Taylor D. Work stress and professional quality of life in disability support workers: the mediating role of psychological flexibility. *J Intellect Dev Disabil*. 2024;49(4):425-37. DOI: 10.3109/13668250.2024.2323204
- Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness*. 2020 Aug;11(8):1914-34. DOI: 10.1007/s12671-020-01342-5
- Murphy RJ, Gray SA, Sterling G, Reeves K, DuCette J. A comparative study of professional student stress. *J Dent Educ*. 2009;73(3):328-37. DOI: 10.1002/j.0022-0337.2009.73.3.tb04705.x
- Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(5):353-9. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000130
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987
- Pastore FR, Gambert SR, Plutchik A, Plutchik R. Empathy training for medical students. Unpublished manuscript, New York Medical College; 1995.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004;42(2):II57-66. DOI: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a
- Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manag Rev*. 2007;32(3):203-12. DOI: 10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59
- Klimecki O, Singer T. Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. 2012. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0253
- Figley CR, editor. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. 2nd ed. London: Routledge; 2013. DOI: 10.4324/9780203777381
- Gilbert P. Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In: *Compassion*. London: Routledge; 2005. p. 9-74. DOI: 10.4324/9780203003459
- Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring—clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):175-83. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x
- Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion fatigue in pediatric nurses. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(6):e11-7. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.005
- Folkman S. Stress: appraisal and coping. In: *Encyclopedia of behavioral medicine*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 2177-9. DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Devereux JM, Hastings RP, Noone SJ, Firth A, Totsika V. Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Res Dev Disabil*. 2009;30(2):367-77. DOI: 10.1016/j.ridd.2008.07.002
- Kurz AS, Bethay JS, Ladner-Graham JM. Mediating the relation between workplace stressors and distress in ID support staff: comparison between the roles of psychological inflexibility and coping styles. *Res Dev Disabil*. 2014;35(10):2359-70. DOI: 10.1016/j.ridd.2014.06.003
- Singh NN, Lancioni GE, Karazsia BT, Chan J, Winton AS. Effectiveness of caregiver training in mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) vs. training-as-usual (TAU): a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2016;7:1549. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01549
- Nevill RE, Havercamp SM. Effects of mindfulness, coping styles and resilience on job retention and burnout in caregivers supporting aggressive adults

- with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2019;63(5):441-53. DOI: 10.1111/jir.12594
19. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs.* 2017;28:114-21. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.04.002
20. Trindade IA, Mendes AL, Ferreira NB. The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: a preliminary study. *J Contextual Behav Sci.* 2020;15:68-72. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.12.001
21. Richardson CM, Jost SA. Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms. *Pers Individ Dif.* 2019;141:101-6. DOI: 10.1016/j.paid.2018.12.029
22. Flaxman PE, Bond FW, Livheim F. The mindful and effective employee: an acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance. Oakland: New Harbinger Publications; 2013.
23. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol.* 2012;40(7):976-1002. DOI: 10.1177/0011000012460836
24. Puolakanaho A, Tolvanen A, Kinnunen SM, Lappalainen R. A psychological flexibility-based intervention for burnout: a randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci.* 2020;15:52-67. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.11.007
25. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Appl Psychol.* 2003;88(6):1057-67. DOI: 10.1037/0021-9010.88.6.1057
26. Bond FW, Flaxman PE, Bunce D. The influence of psychological flexibility on work redesign: mediated moderation of a work reorganization intervention. *J Appl Psychol.* 2008;93(3):645-55. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.645
27. Puolakanaho A, Tolvanen A, Kinnunen SM, Lappalainen R. Burnout-related ill-being at work: associations between mindfulness and acceptance skills, worksite factors, and experienced well-being in life. *J Contextual Behav Sci.* 2018;10:92-102. DOI: 10.1016/j.jcbs.2018.09.003
28. Vanhove AJ, Herian MN, Perez AL, Harms PD, Lester PB. Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *J Occup Organ Psychol.* 2016;89(2):278-307. DOI:10.1111/joop.12123
29. American Psychological Association. The road to resilience. Washington, DC: APA; 2014.
30. Fisher DM, Ragsdale JM, Fisher EC. The importance of definitional and temporal issues in the study of resilience. *Appl Psychol.* 2019;68(4):583-620. DOI: 10.1111/apps.12162
31. IJntema RC, Burger YD, Schaufeli WB. Reviewing the labyrinth of psychological resilience: establishing criteria for resilience-building programs. *Consult Psychol J: Pract Res.* 2019;71(4):288-302. DOI: 10.1037/cpb0000147
32. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open.* 2018;8(6):e017858. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017858
33. Sawyer AT, Tao H, Bailey AK. The impact of a psychoeducational group program on the mental well-being of unit-based nurse leaders: a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(11):6035. DOI: 10.3390/ijerph20116035
34. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:1-11. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015
35. Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity.* 2003;2(2):85-101. DOI: 10.1080/15298860309032
36. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol.* 2013;69(8):856-67. DOI: 10.1002/jclp.22021
37. Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A, Poli A. Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: what's new? a systematic review. *Front Psychol.* 2020;11:1683. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01683
38. Neff KD, Knox MC, Long P, Gregory K. Caring for others without losing yourself: an adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *J Clin Psychol.* 2020;76(9):1543-62. DOI: 10.1002/jclp.23007

39. Upton KV. An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: a mixed methods study. *J Compassionate Health Care*. 2018;5:1-27. DOI: 10.1186/s40639-018-0050-x
40. PP R. Human experimentation. Code of ethics of the world medical association. Declaration of Helsinki. *Br Med J*. 1964;2(5402):177-177. DOI: 10.1136/bmj.2.5402.177
41. Han J, Zhang L, Liu Y, Zhang C, Zhang Y, Tang R, Bi L. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *J Nurs Manag*. 2022;30(7):3005-12. DOI: 10.1111/jonm.13696
42. Bailey AK, Sawyer AT, Robinson PS. A psychoeducational group intervention for nurses: rationale, theoretical framework, and development. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2023;29(3):232-40. DOI: 10.1177/10783903211001116
43. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105-21. DOI: 10.1016/j.brat.2014.07.018
44. Parker DF, DeCotiis TA. Organizational determinants of job stress. *Organ Behav Hum Perform*. 1983;32(2):160-77. DOI: 10.1016/0030-5073(83)90145-9
45. Iraj Meymandi N, Sohrabi N. Determination of differences in emotion regulation strategies, occupational stress management, and degree of workaholism among general surgery residents. *Sadra Med J*. 2016;4(2):107-16. [Persian]
46. Stamm B. The concise manual for the professional quality of life scale. 2010.
47. Darvehi F, Zoghi Paidar M, Yarmohammadi Vassel M, Imani B. The impact of mindful self-compassion on aspects of professional quality of life among nurses. *Clin Psychol Stud*. 2019;10(34):89-108. [Persian] DOI: 10.22054/jcps.2019.33577.1895
48. Sawyer AT, Bailey AK, Green JF, Sun J, Robinson PS. Resilience, insight, self-compassion, and empowerment (RISE): a randomized controlled trial of a psychoeducational group program for nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2023;29(4):314-27. DOI: 10.1177/1078390321103338
49. Mohebbi M, Navidi-Moghadam M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on reducing coronavirus anxiety and occupational stress in nurses. *Community Health*. 2023;10(3):51-62. [Persian] DOI: 10.22037/ch.v10i3.31709
50. Sulosaari V, Unal E, Cinar FI. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: a systematic review. *Appl Nurs Res*. 2022;64:151565. DOI: 10.1016/j.apnr.2022.151565
51. Barrett K, Stewart I. A preliminary comparison of the efficacy of online acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioural therapy (CBT) stress management interventions for social and healthcare workers. *Health Soc Care Community*. 2021;29(1):113-26. DOI: 10.1111/hsc.13074
52. Puspita AP, Castury D, Suparto TA, Hermayanti Y, Rahayuningsih D. Nursing entrepreneurship development: literature review. *Indones J Community Dev*. 2021;1(1):8-18. DOI: 10.17509/ijcd.v1i1.33157