

Comparison of Rational Emotive Behavior Therapy and Social Skills Training on Self-Efficacy and Stress coping Styles in Nursing and Paramedical Students

Adel Yarmohammadi¹, Mohammad Ali Goodarzi^{2*}, Mehdi Reza Sarafriz³, Milad Bazghaleh⁴

1- Master of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, University of Shiraz, Shiraz, Iran. ORCID: 0009-0007-9133-4952

2- Professor, School of Psychology and Education, Department of Clinical Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran. ORCID: 0000-0002-1887-668X

3- Associate Professor, School of Psychology and Education, Department of Clinical Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran. ORCID: 0000-0002-7276-9885

4- Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Department of Nursing, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran. ORCID: 0000-0003-1255-2219

***Corresponding Author:** Mohammad Ali Goodarzi, Professor, School of Psychology and Education, Department of Clinical Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran. Email: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

Received: 21 Apr 2026

Revised: 21 July 2026

Accepted: 17 July 2026

Abstract

Introduction: The exposure of final-year nursing and paramedical students to stressful clinical environments and heavy professional responsibilities has raised the need to improve their self-efficacy and coping abilities. This study aimed to compare the effectiveness of rational emotive behavior therapy and social skills training on self-efficacy and stress coping styles in final-year nursing and paramedical students.

Methods: The research design was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. From the population of final-year nursing and paramedical students of Shahrood University of Medical Sciences and Shahrood Azad University, 90 students were selected by simple random sampling method and assigned to three groups (rational emotional behavior therapy, social skills training, and control). The intervention groups received 8 70-90 minutes sessions (one session per week); the control group did not receive any intervention. Data collection tools included a demographic characteristics form, a general self-efficacy questionnaire (Sherer et al., 1982), and a stress coping styles questionnaire (Endler and Parker, 1990). Data were collected in two stages. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS version 26.

Results: MANCOVA results showed that there was a significant difference with an effect size of 0.614 between the three groups in the linear combination of dependent variables ($p < 0.001$). ANCOVA results showed that both interventions significantly increased self-efficacy ($p < 0.001$) and improved stress coping styles with effect sizes of (problem-focused: 0.600, emotion-focused: 0.425, avoidant: 0.631) compared to the control group with an effect size of 0.648 ($p < 0.001$).

Conclusion: REBT is more effective than SST in improving self-efficacy and coping styles among nursing and paramedical students. It is recommended to integrate REBT into empowerment programs for final-year medical sciences students, particularly before their entry into high-stress clinical environments.

Keywords: Rational-Emotive Behavior Therapy; Social Skills Training; Self Efficacy; Stress Coping Styles; Students; Nursing

How to cite this article: Yarmohammadi, A., Goodarzi, M.A. Sarafriz, M.R., Bazghaleh, M. Comparison of Rational Emotive Behavior Therapy and Social Skills Training on Self-Efficacy and Stress coping Styles in Nursing and Paramedical Students, Journal of Nursing Education (JNE). July 2026. p 16 - 26 (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 رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودکارآمدی و

سبک‌های مقابله با تنش در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی

عادل یارمحمدی^۱، محمد علی گودرزی^{۲*}، مهدی رضا سرافراز^۳، میلاد بازقلعه^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ORCID: 0009-0007-9133-4952

۲. استاد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ORCID: 0000-0002-1887-668X

۳. دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ORCID: 0000-0002-7276-9885

۴. عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. ORCID: 0000-0003-1255-2219

*نویسنده مسئول: محمدعلی گودرزی، استاد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

ایمیل: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۱

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۵/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۲/۱

چکیده

مقدمه: مواجهه دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی با محیط‌های بالینی پرتنش و مسئولیت‌های حرفه‌ای سنگین، ضرورت ارتقای خودکارآمدی و توانمندی‌های مقابله‌ای آنان را مطرح ساخته است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با تنش در دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و دانشگاه آزاد شاهرود، تعداد ۹۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه (رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و کنترل) تخصیص یافتند. گروه‌های مداخله، ۸ جلسه ۷۰-۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند؛ گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) و پرسشنامه سبک‌های مقابله با تنش (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) بود. داده‌ها در دو مرحله جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تک‌متغیره (ANCOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج MANCOVA نشان داد که تفاوت معناداری با اندازه اثر ۰/۶۱۴ بین سه گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج ANCOVA نشان داد که هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل با اندازه اثر ۰/۶۴۸ باعث افزایش معنادار خودکارآمدی ($p < ۰/۰۰۱$) و بهبود سبک‌های مقابله با تنش با اندازه‌های اثر شامل (مسئله‌مدار: ۰/۶۰۰، هیجان‌مدار: ۰/۴۲۵، اجتنابی: ۰/۶۳۱) شدند ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در مقایسه با آموزش مهارت‌های اجتماعی، روش مؤثرتری برای افزایش خودکارآمدی و بهبود سبک‌های مقابله با تنش در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی است. پیشنهاد می‌شود از این رویکرد در برنامه‌های توانمندسازی دانشجویان سال آخر علوم پزشکی به ویژه قبل از ورود به محیط‌های بالینی پرتنش استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، خودکارآمدی، سبک‌های مقابله با تنش، دانشجویان، پرستاری

مقدمه

رشته پرستاری به عنوان یک حرفه‌ی پرتنش شناخته شده است [۱]؛ این تنش نه تنها پس از ورود پرستاران به محیط کار آغاز می‌شود، بلکه در طول دوران آموزش نیز به وضوح مشهود بوده و علاوه بر تأثیر مستقیم بر عملکرد تحصیلی و بهزیستی، با کاهش خودکارآمدی و تضعیف سبک‌های مقابله‌ای مؤثر نیز همراه است [۲، ۳]. به گونه‌ای که خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با تنش، به عنوان دو عامل کلیدی و مرتبط، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان و موفقیت تحصیلی دانشجویان دارند [۴]. خودکارآمدی به باور فرد به توانایی‌های خود در مدیریت و کنترل شرایط زندگی اشاره دارد و نقش مهمی در میزان تلاش، پشتکار در مواجهه با چالش‌ها و عملکرد کلی او ایفا می‌کند [۵]. به این ترتیب، سبک‌های مقابله‌ای به استراتژی‌هایی اشاره دارند که افراد برای مدیریت استرس‌ها و مشکلات خود به کار می‌گیرند. در مقابله مسئله‌مدار، فرد با ارزیابی موقعیت و یافتن راه‌حل‌های عملی به کاهش تنش می‌پردازد، در حالی که در مقابله هیجان‌مدار، فرد بر مدیریت واکنش‌های عاطفی خود تمرکز دارد و سبک اجتنابی شامل دوری از رویارویی با مشکل است [۶].

بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی Bandura [۵] خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های توانایی فرد در مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا است. این باور شناختی، فرد را قادر می‌سازد تا بر شرایط دشوار کنترل داشته باشد. افرادی که سطح بالایی از خودکارآمدی دارند، معمولاً پشتکار بیشتری در انجام وظایف دشوار نشان می‌دهند و تاب‌آوری بالاتری در برابر استرس دارند [۷، ۸]. در سال‌های اخیر، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (Rational emotive behavior therapy -REBT) به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای بهبود خودکارآمدی و سبک‌های مقابله‌ای مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد که توسط Ellis [۹] توسعه یافته است، بر تعامل شناخت، هیجان و رفتار تأکید دارد. مدل ABC (Activating Event, Beliefs, Consequences) نشان می‌دهد که رویدادهای فعال‌کننده (A) مستقیماً منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری (C) نمی‌شوند؛ بلکه باورهای فرد (B) نقش واسطه‌ای کلیدی ایفا می‌کنند. مطالعات جدید نشان داده‌اند که مشاوره گروهی مبتنی بر REBT می‌تواند باورهای غیرمنطقی را کاهش و خودکارآمدی و سازگاری تحصیلی دانشجویان پرستاری را افزایش دهد [۱۰، ۱۱].

از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های اجتماعی رویکردی است که بر بهبود تعاملات بین فردی، ارتباط مؤثر و حل تعارض تمرکز دارد [۱۲]. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند سازگاری اجتماعی و مهارت‌های بین فردی دانشجویان پرستاری را به طور معناداری بهبود بخشد [۱۳، ۱۴].

تحقیقات نشان داده است که سطح استرس در بین دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی به طور قابل توجهی بالاتر از سایر گروه‌های دانشگاهی است [۱۵]. یک مرور نظام‌مند اخیر نشان می‌دهد که دانشجویان پرستاری در دوره کارآموزی بالینی با استرس‌های متعددی از جمله مواجهه با درد و رنج بیماران، مسئولیت جان انسان‌ها و کار در شیفت‌های طولانی مواجه هستند و این عوامل می‌توانند بر خودکارآمدی و سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی بگذارند [۱۶]. طبق گفته Lavoie-Tremblay و همکاران [۱۷]، دانشجویان سال آخر در مقایسه با سایر سال‌های تحصیلی با منابع استرس متمایز و قابل توجهی از جمله چالش‌های تحصیلی و شخصی مواجه‌اند. بنابراین، مداخلاتی برای بهبود خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس در این دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد.

با وجود اینکه مطالعات متعددی اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی را به صورت جداگانه بر کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی دانشجویان نشان داده‌اند [۱۰، ۱۱، ۱۸-۲۰]، مطالعات بسیار کمی به مقایسه مستقیم اثربخشی این دو روش پرداخته‌اند. به عبارت دقیق‌تر، شکاف پژوهشی اصلی در این زمینه عبارت است از: عدم وجود مطالعات مقایسه‌ای که تعیین کند کدام یک از این دو رویکرد برای بهبود خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی مؤثرتر است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر میزان خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان سال آخر رشته‌های پرستاری و پیراپزشکی (اتاق عمل، هوشبری، مامایی، فوریت‌های پزشکی) در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود (ورودی اول سال ۱۳۹۹) بود. تعداد این دانشجویان در ترم‌های ۷ و ۸ در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به ترتیب ۱۶۰ و ۱۴۵ نفر و در دانشگاه آزاد اسلامی ۱۴۰ و ۱۲۵ نفر بود که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. نمونه پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شد. بدین منظور، ابتدا فهرستی از دانشجویان سال آخر از ادارات آموزش دانشکده‌ها دریافت شد و پس از اطلاع‌رسانی و دعوت به شرکت، افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج از بین داوطلبان انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول Cohen [۲۱] و با مراجعه به روش محاسبه حجم نمونه در مطالعه Curtis & Keeler [۲۲] تعیین شد. حجم نمونه محاسبه‌شده (۳۰)

ادامه همکاری در هر مرحله از تحقیق تعیین گردید.

پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه و تأیید مسئولین آموزشی دانشکده‌ها، مراحل اجرا به‌ترتیب شامل: معرفی اهداف پژوهش به دانشجویان سال آخر، بررسی معیارهای ورود و خروج، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان و تضمین محرمانگی اطلاعات، اجرای پیش‌آزمون برای هر سه گروه با تکمیل مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSES) و پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا (CISS)، اجرای مداخلات گروهی (رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی) برای دو گروه آزمایش طی ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) توسط یک درمانگر آموزش‌دیده (گروه کنترل بدون مداخله در لیست انتظار)، اجرای پس‌آزمون برای هر سه گروه بلافاصله پس از پایان جلسات مداخله با استفاده از همان ابزارهای پیش‌آزمون (ارزیابی پس‌آزمون توسط فردی که از تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان بی‌اطلاع بود انجام شد) و در نهایت جمع‌آوری، کدگذاری و ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف و روش‌های تحقیق به طور کامل برای همه شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنها اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً برای اهداف تحقیقاتی استفاده می‌شود. همچنین، به آنها حق داده شد که در هر مرحله از تحقیق بدون هیچ گونه عواقبی از شرکت در مطالعه انصراف دهند. پس از پایان مطالعه، برای اطمینان از رعایت برابری، مداخله مؤثر (رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی) به گروه کنترل نیز ارائه شد.

به منظور گردآوری اطلاعات زمینه‌ای آزمودنی‌ها از فرم اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد که شامل متغیرهایی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، تجربه رویداد تنش‌زا در سه ماه اخیر، سابقه ابتلاء به بیماری‌های جسمی مزمن، سابقه کار دانشجویی بود.

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا (CISS- Coping inventory for stressful situations): توسط Endler & Parker در سال ۱۹۹۰ طراحی شد [۶]. این پرسشنامه دارای ۴۸ گویه است که پاسخ به هر گویه به روش لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص شده است. دامنه نمرات در هر زیر مقیاس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین ۱۶ تا ۸۰ است. تحقیقات Endler & Parker [۶] پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌های وظیفه‌گرا، هیجان‌گرا و اجتناب‌گرا به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. در ایران، مطالعه‌ای توسط شکری و همکاران [۲۳] پایایی و روایی این پرسشنامه را بررسی کرد و نتایج

نفر در هر گروه) برای مقایسه سه گروه در این مطالعه مناسب است، زیرا بر اساس اصول آماری معتبر بنا شده و با استفاده از فرمول کوهن برای تحلیل واریانس (ANOVA) محاسبه شده است: $n = 2 \times f^2 / (Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2 + 1$ که در آن: $Z_{1-\alpha/2} = 1/96$ (برای $\alpha = 0.05$)، $Z_{1-\beta} = 0.84$ (برای توان آماری ۰/۸۰)، $f =$ اندازه اثر. با اندازه اثر متوسط ($f = 0.25$) طبق جدول Cohen [۲۱]، سطح اطمینان ۹۵٪، توان آماری ۸۰٪ و با توجه به تعداد گروه‌ها (۳ گروه)، حجم نمونه در هر گروه ۲۶ محاسبه شد. با پیش‌بینی ریزش نمونه ۱۵٪ (به دلیل طولانی‌تر بودن مداخلات)، این تعداد به ۳۰ نفر در هر گروه (جمعاً ۹۰ نفر) در نظر گرفته شد. با این حال، به منظور جبران ریزش احتمالی بیشتر، در عمل ۱۰۱ نفر وارد مطالعه شدند. در طول اجرای مداخلات، ۱۱ نفر (۱۰/۹ درصد) از مطالعه خارج شدند که دلایل آن عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه (۶ نفر)، عدم تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون (۳ نفر) و انصراف به دلایل شخصی (۲ نفر). در نهایت، ۹۰ نفر (۳۰ نفر در هر گروه) تحلیل نهایی را تکمیل کردند. نرخ ریزش واقعی (حدود ۱۱٪) کمتر از نرخ پیش‌بینی‌شده (۱۵٪) بود که نشان‌دهنده همکاری مناسب شرکت‌کنندگان و اجرای موفق مداخلات است. این حجم نمونه، توان لازم برای تشخیص تفاوت‌های معنادار با اندازه اثر متوسط ($f = 0.25$) بین گروه‌ها را با اطمینان ۹۵٪ فراهم می‌کند.

تخصیص شرکت‌کنندگان به سه گروه با استفاده از روش تصادفی‌سازی بلوکی (بلوک‌های با اندازه ۳) صورت گرفت که برای این منظور، توالی تصادفی موردنیاز با بهره‌گیری از نرم‌افزار آنلاین Random.org تولید گردید. نوع کورسازی در این مطالعه، به‌صورت دو-سوکور (double blind) طراحی شد؛ بدین ترتیب که ارزیاب‌گیرنده‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نحوه‌ی تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان بی‌اطلاع بود و شرکت‌کنندگان نیز از نوع مداخله‌ای که گروه دیگر دریافت می‌کردند و همچنین از فرضیات تحقیق مطلع نبودند. هرچند درمانگرها به دلیل ماهیت مداخلات امکان کورسازی برای آن‌ها وجود نداشت، اما در مرحله‌ی تحلیل نهایی، متخصص آمار نیز نسبت به تخصیص گروهی کور گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: دانشجوی سال آخر رشته پرستاری یا پیراپزشکی بودن؛ ارائه‌ی رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و حضور در جلسات گروهی؛ عدم گزارش تشخیص اختلالات شدید روانپزشکی (بر اساس خوداظهاری دانشجو)؛ عدم استفاده از داروهای روانپزشکی جدید یا شرکت همزمان در دوره‌های درمانی/آموزشی مشابه در طول اجرای پژوهش. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت در بیش از دو جلسه مداخله؛ عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون یا پس‌آزمون؛ شروع هرگونه درمان جدید روان‌شناختی یا دارویی مرتبط با مشکلات عاطفی در طول دوره تحقیق؛ انصراف شرکت‌کننده از

آن نشان داد که پایایی آزمون- بازآزمون کل ابزار ۰/۶۰ و ضرایب برای زیرمقیاس‌های مسئله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۱ و ۰/۶۰ بود. علاوه بر این، ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۶، هیجان‌مدار ۰/۸۴ و اجتنابی ۰/۸۰ بود که در مطالعه حاضر نیز به آنها اشاره شد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSES- General Self-Efficacy) مقیاس Scale Sherer): این پرسشنامه توسط Sherer و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شد. Sherer و همکاران [۲۴] ضریب پایایی پرسشنامه

ج: خلاصه جلسات مداخله رفتاردرمانی عقلانی- عاطفی و آموزش مهارت‌های اجتماعی

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخلات درمانی پژوهش

جلسه	رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT)	آموزش مهارت‌های اجتماعی (SST)
۱	هدف: آشنایی با ساختار جلسات، ایجاد اتحاد درمانی و معرفی فلسفه REBT؛ محتوای اصلی: شرح قواعد گروه، آشنایی با مدل ABC و تفاوت باورهای منطقی و غیرمنطقی؛ تکلیف: ثبت یک موقعیت تنش‌زا و باورهای مرتبط با آن	هدف: آشنایی با اهداف کارگاه و ایجاد انگیزه برای مشارکت فعال، محتوای اصلی: معرفی مهارت‌های اجتماعی، اهمیت ارتباط مؤثر در محیط بالینی؛ تکلیف: مشاهده و ثبت یک تعامل اجتماعی موفق و ناموفق
۲	هدف شناسایی باورهای غیرمنطقی رایج در دانشجویان؛ محتوای اصلی: بررسی مصادیق بایدها، نبایدها و فاجعه‌سازی در موقعیت‌های بالینی؛ تکلیف: تکمیل برگه شناسایی باورهای غیرمنطقی	هدف: آشنایی با مهارت جرأت‌ورزی و تفاوت آن با پرخاشگری و انفعال؛ محتوای اصلی: نقش‌آفرینی در موقعیت‌های بالینی نیازمند جرأت‌ورزی؛ تکلیف: اجرای یک رفتار جرأت‌ورزانه در محیط کارآموزی
۳	هدف: بررسی تأثیر باورها بر هیجانات و رفتارها؛ محتوای اصلی: تحلیل ارتباط بین افکار، عواطف و اعمال در موقعیت‌های بالینی پرتنش؛ تکلیف: ثبت یک موقعیت و تحلیل ABC آن	هدف: تقویت مهارت جرأت‌ورزی در موقعیت‌های دشوار؛ محتوای اصلی: تمرین عملی جرأت‌ورزی با سناریوهای تعامل با پزشکان و بیماران؛ تکلیف: اجرای حداقل دو رفتار جرأت‌ورزانه در طول هفته
۴	هدف: کشف افکار غیرمنطقی و بررسی تأثیر آنها بر خودپنداره؛ محتوای اصلی: شناسایی خودگویی‌های منفی و جایگزینی با افکار منطقی؛ تکلیف: تمرین شناسایی و بازسازی یک باور غیرمنطقی	هدف: آموزش خودابرازی مثبت و مسئولیت‌پذیری در تعاملات؛ محتوای اصلی: تمرین بیان نیازها و احساسات به‌صورت مؤثر در محیط گروه؛ تکلیف: ثبت تجربه خودابرازی در یک موقعیت واقعی
۵	هدف: آموزش مدل ABCD و کاربرد آن در تحلیل موقعیت‌ها؛ محتوای اصلی: تحلیل رابطه رویداد فعال‌کننده، باورها و پیامدهای عاطفی-رفتاری؛ تکلیف: تحلیل یک موقعیت تنش‌زا با مدل ABCD	هدف: آموزش مهارت دوستیابی و حفظ روابط بین‌فردی؛ محتوای اصلی: نقش‌آفرینی در موقعیت‌های مبتنی بر همدلی و حمایت اجتماعی؛ تکلیف: برقراری ارتباط مؤثر با یک همکار و ثبت بازخورد
۶	هدف: شناسایی بایدها، نبایدها و تأثیر آنها در خودپنداره منفی؛ محتوای اصلی: بررسی باورهای انعطاف‌ناپذیر و جایگزینی با باورهای ترجیحی؛ تکلیف: تمرین شناسایی و اصلاح یک باید در موقعیت بالینی	هدف: آموزش ارتباط غیرکلامی (چهره‌ای، دیداری، لمسی، صوتی)؛ محتوای اصلی: تمرین پیام‌های غیرکلامی مؤثر در تعامل با بیماران؛ تکلیف: ضبط و تحلیل یک ارتباط غیرکلامی در کارآموزی
۷	هدف: آموزش روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی؛ محتوای اصلی: معرفی تکنیک‌های بازسازی شناختی و جایگزینی افکار منطقی؛ تکلیف: تمرین روزانه بازسازی شناختی در موقعیت‌های استرس‌زا	هدف: تثبیت مهارت‌های ارتباط غیرکلامی و ترکیب با پیام‌های کلامی؛ محتوای اصلی: تمرین یکپارچه ارتباط کلامی و غیرکلامی در سناریوها؛ تکلیف: اجرای یک ارتباط کامل در محیط کارآموزی
۸	هدف: تثبیت مهارت‌های کسب‌شده و تدوین برنامه پیشگیری از عود؛ محتوای اصلی: مرور جلسات گذشته، برنامه‌ریزی برای استفاده از تکنیک‌ها در آینده؛ تکلیف: تدوین یک برنامه عملی برای مواجهه با تنش‌های آینده	هدف: آموزش مهارت بحث، گفتگو و گوش دادن فعال؛ محتوای اصلی: تمرین مهارت‌های توجه، پیگیری و انعکاس در ارتباطات گروهی؛ تکلیف: اجرای گوش دادن فعال در تعاملات روزمره و ثبت تجربه

منابع طراحی جلسات REBT برگرفته از مطالعات [۲۷-۲۹] و منابع طراحی جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی برگرفته از مطالعات [۱۲، ۳۰] بود.

بین شرکت‌کنندگان سه گروه (REBT، آموزش مهارت‌های اجتماعی و کنترل) از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، تجربه رویدادهای استرس‌زا، سابقه بیماری جسمی مزمن و سابقه کار دانشجویی نسبتاً متعادل بود و هیچ عدم تعادل شدیدی بین گروه‌ها مشاهده نشد (جدول ۲). همچنین، براساس نتایج آزمون کای-دو، توزیع متغیرهای جنسیت ($P=0.001$)، گروه سنی ($P=0.000$)، وضعیت اقتصادی ($P=0.007$)، سابقه ابتلاء به بیماری‌های جسمی مزمن ($P=0.021$) و سابقه کار دانشجویی ($P=0.037$) در سه گروه کنترل، SST و REBT تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P<0.05$). در مقابل، توزیع

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و استنباطی تحلیل شدند. برای مقایسه سه گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده گردید. پیش‌فرض‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس‌های کوواریانس و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی و تأیید شدند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها $\alpha=0.05$ در نظر گرفته شد. علاوه بر این، برای گزارش اندازه اثر مداخلات، از η^2 (Eta²) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در

وضعیت تأهل ($P=0.578$)، محل سکونت ($P=0.719$) و تجربه رویداد معنی‌داری نداشت ($P>0.05$).

تنش‌زا در سه ماه‌اخیر ($P=0.285$) بین گروه‌ها تفاوت

جدول ۲. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب گروه مطالعه

متغیر	سطوح	گروه کنترل ($n=30$)	گروه SST ($n=30$)	گروه REBT ($n=30$)	مجموع ($n=90$)	آزمون کای-دو	
						آماره آزمون	مقدار احتمال
جنسیت	زن	۲۷ (۹۰٪/۱۰)	۱۳ (۴۳٪/۳)	۱۷ (۵۶٪/۷)	۵۷ (۶۳٪/۳)	۱۴,۹۲۸	۰,۰۰۱
	مرد	۳ (۱۰٪/۱۰)	۱۷ (۵۶٪/۷)	۱۳ (۴۳٪/۳)	۳۳ (۳۶٪/۷)		
گروه سنی (سال)	کمتر از ۲۱ سال	۱۵ (۵۰٪/۱۰)	۲ (۶٪/۷)	۲۱ (۷۰٪/۱۰)	۳۸ (۴۲٪/۲)	۳۱,۷۱۶	۰,۰۰۰
	۲۱ تا ۲۳ سال	۱۲ (۴۰٪/۱۰)	۱۲ (۴۰٪/۱۰)	۴ (۱۳٪/۳)	۲۸ (۳۱٪/۱)		
	۲۳ سال و بیشتر	۳ (۱۰٪/۱۰)	۱۶ (۵۳٪/۳)	۵ (۱۶٪/۷)	۲۴ (۲۶٪/۷)		
وضعیت تأهل	مجرد	۲۸ (۹۳٪/۳)	۲۶ (۸۶٪/۷)	۲۸ (۹۳٪/۳)	۸۲ (۹۱٪/۱)	۱,۰۹۸	۰,۵۷۸
	متاهل	۲ (۶٪/۷)	۴ (۱۳٪/۳)	۲ (۶٪/۷)	۸ (۸٪/۹)		
محل سکونت	بومی	۱۴ (۴۶٪/۷)	۱۳ (۴۳٪/۳)	۱۴ (۴۶٪/۷)	۴۱ (۴۵٪/۶)	۲,۰۹۲	۰,۷۱۹
	خوابگاهی	۱۵ (۵۰٪/۱۰)	۱۵ (۵۰٪/۱۰)	۱۶ (۵۳٪/۳)	۴۶ (۵۱٪/۱)		
	منزل دانشجویی	۱ (۳٪/۳)	۲ (۶٪/۷)	۰ (۰٪/۱۰)	۳ (۳٪/۳)		
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲ (۶٪/۷)	۰ (۰٪/۱۰)	۱ (۳٪/۳)	۳ (۳٪/۳)	۱۴,۲۱۷	۰,۰۰۷
	متوسط	۱۶ (۵۳٪/۳)	۲۷ (۹۰٪/۱۰)	۲۶ (۸۶٪/۷)	۶۹ (۷۶٪/۷)		
	بالا	۱۲ (۴۰٪/۱۰)	۳ (۱۰٪/۱۰)	۳ (۱۰٪/۱۰)	۱۸ (۲۰٪/۱۰)		
تجربه رویداد تنش‌زا در سه ماه اخیر	بله	۱۳ (۴۳٪/۳)	۱۷ (۵۶٪/۷)	۱۹ (۶۳٪/۳)	۴۹ (۵۴٪/۴)	۲,۵۰۹	۰,۲۸۵
	خیر	۱۷ (۵۶٪/۷)	۱۳ (۴۳٪/۳)	۱۱ (۳۶٪/۷)	۴۱ (۴۵٪/۶)		
سابقه ابتلاء به بیماری‌های جسمی مزمین	بله	۰ (۰٪/۱۰)	۶ (۲۰٪/۱۰)	۲ (۶٪/۷)	۸ (۸٪/۹)	۷,۶۸۳	۰,۰۲۱
	خیر	۳۰ (۱۰۰٪/۱۰)	۲۴ (۸۰٪/۱۰)	۲۸ (۹۳٪/۳)	۸۲ (۹۱٪/۱)		
سابقه کار دانشجویی	بله	۵ (۱۶٪/۷)	۱۲ (۴۰٪/۱۰)	۱۴ (۴۶٪/۷)	۳۱ (۳۴٪/۴)	۶,۵۹۴	۰,۰۳۷
	خیر	۲۵ (۸۳٪/۳)	۱۸ (۶۰٪/۱۰)	۱۶ (۵۳٪/۳)	۵۹ (۶۵٪/۶)		
مجموع		۳۰ (۱۰۰٪/۱۰)	۳۰ (۱۰۰٪/۱۰)	۳۰ (۱۰۰٪/۱۰)	۹۰ (۱۰۰٪/۱۰)		

مقادیر به صورت تعداد (درصد) گزارش شده‌اند.

برای سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، در دو گروه مداخله، به ویژه گروه REBT، افزایش قابل توجهی در نمرات خودکارآمدی و هر سه سبک مقابله‌ای در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و در مقایسه با گروه کنترل مشاهده می‌شود؛ در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری رخ نداده است.

سه گروه توزیع نسبتاً مشابهی از متغیرهای جمعیت‌شناختی داشتند و هیچ عدم تعادل شدیدی بین آن‌ها مشاهده نشد. بررسی‌های پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که توزیع نمرات خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی) در سه گروه در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال بود ($p>0.05$). میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و سبک مقابله با استرس

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	زمان	گروه کنترل ($M \pm SD$)	گروه SST ($M \pm SD$)	گروه REBT ($M \pm SD$)
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	0.59 ± 3.12	0.55 ± 3.13	0.50 ± 2.96
	پس‌آزمون	0.72 ± 3.05	0.63 ± 3.95	0.55 ± 4.34
سبک مسئله‌مدار	پیش‌آزمون	0.59 ± 3.11	0.44 ± 2.95	0.37 ± 2.90
	پس‌آزمون	0.82 ± 3.16	0.64 ± 3.75	0.57 ± 4.32
سبک هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	0.67 ± 3.00	0.38 ± 3.07	0.52 ± 2.96
	پس‌آزمون	0.85 ± 3.04	0.72 ± 3.95	0.70 ± 4.26
سبک اجتنابی	پیش‌آزمون	0.42 ± 2.92	0.55 ± 3.07	0.47 ± 3.00
	پس‌آزمون	0.65 ± 2.90	0.68 ± 3.83	0.51 ± 4.36

SST: آموزش مهارت‌های اجتماعی، REBT: درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری.

طبق جدول ۳، در دو گروه مداخله، به ویژه گروه REBT، نمرات خودکارآمدی و هر سه سبک مقابله‌ای در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، مفروضات آماری مربوط به تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس خطاهای پیش‌بینی برای خودکارآمدی ($p = ۰/۴۰۲$)، هیجان‌مدار ($p = ۰/۷۸۶$) و اجتنابی ($p = ۰/۱۲۵$) همگن است؛ برای سبک مسئله‌مدار نیز مقدار p برابر با $۰/۰۵$ بود که در سطح مرزی قابل قبول قرار دارد. همچنین آزمون باکس، همگنی ماتریس‌های کوواریانس را تأیید کرد ($p = ۰/۸۸۶$). برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون، اثر تعامل گروه با نمرات پیش‌آزمون هر متغیر وابسته در مدل وارد شد. نتایج نشان داد که اثر تعامل برای خودکارآمدی ($p = ۰/۸۵۹$) و برای هر سه سبک مقابله (همه مقادیر $p > ۰/۰۵$) غیرمعنادار بود. بنابراین، مفروضات اصلی تحلیل کوواریانس تأیید شد و استفاده از این آزمون برای مقایسه گروه‌ها مجاز می‌باشد.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان داد که پس از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، بین سه گروه مطالعه (رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و کنترل) از نظر ترکیب خطی خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با تنش تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس آماره ویلکس لامبدا، مقدار این

جدول ۴. نتایج تحلیل‌های استنباطی و مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	تحلیل آماری	آماره F (df)	معناداری (p)	اندازه اثر (Partial η^2)	مقایسه‌های زوجی (Bonferroni)	تفاضل میانگین تعدیل شده	معناداری (p)
خودکارآمدی	ANCOVA	۷۸/۹۹۹ (۲،۸۶)	> ۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	کنترل - SST	۰/۹۰۷-	< ۰/۰۰۱
					کنترل - REBT	۱/۴۵۸-	> ۰/۰۰۱
					SST - REBT	۰/۵۵۱-	> ۰/۰۰۱
سبک‌های مقابله	MANCOVA	۳۵/۹۹۶ (۶،۱۶۴)	> ۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	-	-	-
سبک مسئله‌مدار	ANCOVA	۶۳/۰۱۱ (۲،۸۶)	> ۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	کنترل - SST	۰/۷۸۵-	> ۰/۰۰۱
					کنترل - REBT	۱/۳۹۸-	> ۰/۰۰۱
					SST - REBT	۰/۶۱۳-	> ۰/۰۰۱
سبک هیجان‌مدار	ANCOVA	۳۱/۰۲۳ (۲،۸۶)	> ۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	کنترل - SST	۰/۸۶۵-	> ۰/۰۰۱
					کنترل - REBT	۱/۲۹۵-	> ۰/۰۰۱
					SST - REBT	۰/۴۳-	> ۰/۰۳۲
سبک اجتنابی	ANCOVA	۷۱/۶۸۶ (۲،۸۶)	> ۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	کنترل - SST	۰/۷۸۵-	> ۰/۰۰۱
					کنترل - REBT	۱/۳۵۹-	> ۰/۰۰۱
					SST - REBT	۰/۵۷۴-	> ۰/۰۰۱

< p). اندازه اثر محاسبه شده برای کلیه تحلیل‌ها در دامنه بزرگ قرار داشت (مسئله‌مدار: $۰/۶۰۰$ ، هیجان‌مدار: $۰/۴۲۵$ ، اجتنابی: $۰/۶۳۱$). مقایسه‌های زوجی با استفاده از تصحیح بونفرونی تفاوت‌های معناداری را بین همه گروه‌ها نشان داد، به طوری که گروه REBT به طور معناداری بهتر از هر دو گروه SST و گروه کنترل عمل کرد

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر کلی گروه بر ترکیب خطی سبک‌های مقابله معنادار بود ($۰/۱۸۶$ Wilks' Lambda = و $p < ۰/۰۰۱$). تحلیل‌های یک‌متغیره نشان داد که بین سه گروه در مورد کلیه متغیرهای وابسته در پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت‌های معناداری وجود دارد (همه مقادیر $p < ۰/۰۰۱$).

(همه مقادیر $p < 0.001$)؛ همچنین تفاوت بین گروه SST و کنترل نیز در همه سبک‌ها معنادار بود ($p < 0.001$).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی بود. نتایج نشان داد که هر دو مداخله گروهی، در مقایسه با گروه کنترل، منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی و بهبود در هر سه سبک مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) در پس‌آزمون شدند. با این حال، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در تمام شاخص‌ها شامل خودکارآمدی و هر سه سبک مقابله، مؤثرتر از آموزش مهارت‌های اجتماعی بود. یافته‌های مربوط به افزایش خودکارآمدی براساس مبانی نظری Bandura که خودکارآمدی را به اصلاح شناخت‌ها، افزایش حس تسلط و تجربه موفقیت مرتبط می‌داند، سازگار است [۱، ۵]. در رویکرد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، تأکید بر شناسایی و اصلاح باورهای غیرمنطقی، کاهش افکار ناکارآمد و جایگزینی آنها با افکار منطقی و انعطاف‌پذیر است [۵، ۳۱]. چنین تغییری در سیستم باورها می‌تواند احساس کنترل، شایستگی و توانایی مقابله با موقعیت‌های دشوار را افزایش دهد و در نتیجه سطح خودکارآمدی ادراک شده را ارتقا دهد [۸]. مطالعه Kabasakal & Aydin [۳۲] نقش واسطه‌ای باورهای غیرمنطقی را در دانشجویان پرستاری تأیید کرده است. بر این اساس، برتری رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش خودکارآمدی با منطق نظری این رویکرد سازگار است؛ زیرا رفتاردرمانی عقلانی هیجانی مستقیماً «نحوه تفکر فرد در مورد خود و موقعیت‌ها» را هدف قرار می‌دهد [۲۷، ۲۸]، در حالی که آموزش مهارت‌های اجتماعی بیشتر بر «نحوه رفتار و تعامل با دیگران» تمرکز دارد [۱۲، ۳۰].

از منظر سبک‌های مقابله با استرس، نتایج نشان داد که هر دو مداخله، روش‌های مقابله دانشجویان را بهبود بخشیدند؛ به طوری که نمرات سبک‌های مقابله در پس‌آزمون در گروه‌های مداخله به طور قابل توجهی بالاتر از گروه کنترل بود. همچنین، گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در هر سه سبک مقابله شامل مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی، عملکرد بهتری نسبت به گروه مهارت‌های اجتماعی داشت. این یافته را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، از طریق آموزش مدل ABCD، به دانشجویان کمک می‌کند تا رابطه بین رویدادها، باورها و پیامدهای عاطفی-رفتاری را درک کنند، افکار غیرمنطقی خود را به چالش بکشند و استراتژی‌های سازگارانه‌تری را برای مقابله با فشارهای تحصیلی و بالینی اتخاذ کنند [۲۷-۲۸]. این فرآیند هم بر مقابله مسئله‌مدار (با افزایش حس کنترل و جستجوی راه‌حل‌ها)، هم بر مقابله هیجان‌مدار سازگار

عادل یارمحمدی و همکاران

(واکنش‌های عاطفی شدید و ناکارآمد) و هم بر اجتناب ناسازگارانه و تبدیل آن به استراتژی‌های آگاهانه و هدفمند تأثیر می‌گذارد [۲، ۶]. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات قبلی که اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی را بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش خودکارآمدی گزارش کرده‌اند، همسو است [۱۰، ۱۱، ۲۳]. همچنین، مطالعه اخیر Şenocak & Demirkıran [۳۳] نشان داد آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌تواند سبک مقابله مسئله‌مدار را در دانشجویان پرستاری افزایش دهد.

در مقابل، آموزش مهارت‌های اجتماعی در درجه اول بر حوزه تعاملات بین فردی تمرکز دارد؛ مهارت‌هایی مانند قاطعیت، همدلی، ابراز وجود، گوش دادن فعال و ارتباط غیرکلامی [۳۰، ۳۴]. مطالعه Yüksel A, Erzincanlı [۳۴] اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی ۸ جلسه‌ای را بر مهارت‌های اجتماعی و روابط بین فردی دانشجویان پرستاری نشان داده است. این مهارت‌ها می‌توانند به طور غیرمستقیم با افزایش حمایت اجتماعی، بهبود کیفیت روابط و کاهش تنش ناشی از سوءتفاهم‌ها و تعارضات بین فردی، سبک‌های مقابله‌ای را تقویت کنند [۱۱، ۳۰]. به عنوان مثال، مهارت‌های ارتباطی مؤثر به ایجاد روابط درمانی بهتر با بیماران کمک می‌کند و مهارت همدلی به مدیریت احساسات شخصی در مواجهه با رنج بیمار یاری می‌رساند [۱۳، ۱۴]. مطالعه Park و همکاران [۳۵] نیز اثربخشی برنامه آموزشی ارتباط غیرخشونت‌آمیز را بر همدلی، روابط بین فردی، استرس و تاب‌آوری در دانشجویان پرستاری نشان داده است.

نتایج این مطالعه با یافته‌های قبلی در مورد اثربخشی آموزش رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب، بهبود سازگاری و ارتقای سلامت روان مطابقت دارد [۱۸-۲۰]. مرور نظام‌مند Yosep و همکاران [۳۶] نیز مداخلات پرستاری برای کاهش مشکلات سلامت روان در دانشجویان پرستاری را بررسی و نقش REBT و آموزش مهارت‌های اجتماعی را تأیید کرده است. مطالعه Ubaldo Farro [۳۷] نیز بر نقش شایستگی‌های اجتماعی-هیجانی در مراقبت از سلامت روان دانشجویان و پرستاران تأکید کرده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. علیرغم توزیع نسبتاً متعادل در بین گروه‌ها، تعداد کلی شرکت‌کنندگان زن بیشتر بود که تا حدودی نشان‌دهنده ترکیب جنسیتی رایج در رشته‌های پرستاری و پیراپزشکی در ایران است. این تفاوت جنسیتی را می‌توان عامل مهمی در تعمیم‌پذیری نتایج دانست. تحقیقات نشان داده است که عوامل اجتماعی-فرهنگی می‌توانند بر تجربه استرس، ابراز احساسات و تمایل به سبک‌های مقابله‌ای خاص در زنان و مردان تأثیر بگذارند. بنابراین، پاسخ به مداخلاتی مانند رفتاردرمانی عقلانی هیجانی یا آموزش مهارت‌های اجتماعی ممکن است تحت تأثیر جنسیت باشد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با نمونه‌های متعادل‌تر از نظر جنسیت یا با در نظر گرفتن جنسیت به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده، این موضوع را بررسی کنند.

علاوه بر این، جامعه آماری شامل دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی در یک شهر و دو دانشگاه بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌ها، رشته‌ها و مقاطع تحصیلی باید با احتیاط انجام شود. همچنین، پیگیری طولانی‌مدت برای بررسی تداوم اثرات مداخله انجام نشد. در نتیجه، نمی‌توان با اطمینان در مورد پایداری تغییرات در خودکارآمدی و سبک‌های مقابله‌ای پس از ماه‌ها یا پس از شروع اشتغال بالینی اظهار نظر کرد. اطلاعات مربوط به اختلالات روانپزشکی و مصرف دارو بر اساس گزارش‌های شخصی دانشجویان جمع‌آوری شد که احتمال خطا و سوگیری را افزایش می‌دهد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای اصلی محدودیت‌های خاص خود را دارد. تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های شخصیتی، سطح انگیزه و تجربیات گذشته شرکت‌کنندگان که می‌توانند بر پاسخ به مداخله تأثیر بگذارند، در این مطالعه کنترل نشدند. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که چنین ویژگی‌های فردی و زمینه‌ای می‌توانند سطح استرس و فرسودگی تحصیلی دانشجویان پرستاری را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهند [۳۸]. همچنین، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که استرس ناشی از کارآموزی بالینی یکی از چالش‌های اصلی دوران تحصیل دانشجویان پرستاری است [۳۹] و توجه به رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند نقش مهمی در پیامدهای سلامت روان این دانشجویان ایفا کند [۴۰]. این عوامل در پژوهش حاضر بررسی نشده‌اند و بررسی آن‌ها می‌تواند در مطالعات آینده مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی در مقایسه با آموزش مهارت‌های اجتماعی، اثربخشی بیشتری بر افزایش

58. doi: 10.33527/nhi2022.27.1.51

5. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. Journal of Management. 2012;38(1):9-44. doi: 10.33527/nhi2022.27.1.51
6. Endler NS, Parker JD. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems; 1990. doi:10.1177/0149206311410606
7. Honicke T, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M. The self-efficacy and academic performance reciprocal relationship: the influence of task difficulty and baseline achievement on learner trajectory. Higher Education Research & Development. 2023;42(8):1936-1953. doi:10.1080/07294360.2023.2197194
8. Cybulska AM, et al. Exploring stress mediation: self-efficacy, sense of coherence, and self-esteem

خودکارآمدی و بهبود هر سه سبک مقابله با استرس در دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی دارد و این تأثیر در مرحله پس‌آزمون با اندازه اثر بزرگ همراه بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که این مداخله می‌تواند از طریق اصلاح باورهای غیرمنطقی، بازسازی شناختی و افزایش حس کنترل و شایستگی، نقش مؤثری در ارتقای سازگاری روان‌شناختی و توانمندسازی دانشجویان در مواجهه با تنیدگی‌های تحصیلی و بالینی ایفا نماید؛ امری که با توجه به جایگاه استرس ناشی از کارآموزی بالینی به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی دوران تحصیل پرستاری اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. بر این اساس، به روان‌شناسان بالینی و مشاوران توصیه می‌شود از این رویکرد درمانی به‌عنوان یک مداخله‌ی مکمل و مؤثر در برنامه‌های توانمندسازی دانشجویان سال آخر علوم پزشکی استفاده نمایند همچنین لزوم توجه به تفاوت‌های فردی و متغیرهای زمینه‌ای از جمله جنسیت و ویژگی‌های شخصیتی، در کنار توجه هم‌زمان به رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با پیامدهای سلامت روان دانشجویان پرستاری، در طراحی مداخلات آینده مورد تأکید قرار می‌گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دفاع شده در دانشگاه شیراز دارای کد اخلاق IR.US.PSYEDU.REC.1403.067 از کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود است. بدین وسیله از تمامی دانشجویان عزیز که در این پژوهش شرکت نمودند و همچنین مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود که همکاری لازم را مبذول داشتند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

Reference

1. Watson AL. Connections ease nurses' burdens. American Nurse Journal. 2024;19(2):26-31. doi: 10.51256/anj022530
2. Alsararatee HH, Kawser A, Elachola M. A systematic review of burnout among nursing students: Impact on academic performance, psychological well-being, and strategies for prevention. British Journal of Hospital Medicine. 2025;1-23. doi:10.12968/hmed.2025.0145
3. Cao Y, Gao Y, Chappell K, Zhou W. Factors affecting nurses' genetic nursing competency: A systematic review. Nurse Education in Practice. 2025;84:104304. doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104304
4. Kim SO, Kim SM. Influence of self-efficacy and stress coping styles on school adjustment of nursing students. Nursing and Health Issues. 2022;27(1):51-

- among nursing students in Poland-a multicenter cross-sectional observational study. *Frontiers in Public Health*. 2025;13:1713759 . doi:10.1080/07294360.2023.2197194
9. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962 . doi:10.3389/fpubh.2025.1713759
10. Kim M. Effects of a Rational Emotive Behavior Therapy Counseling Program on Self-efficacy and Adjustment to College Life for Nursing Freshmen. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2018;24(4):443-452 .doi: 10.5977/jkasne.2018.24.4.443
11. Chrysidis S, Turner MJ, Wood AG. The effects of REBT on irrational beliefs, self-determined motivation, and self-efficacy in American Football. *Journal of Sports Sciences*. 2020;38(19):2215-2224 . doi: 10.1080/02640414.2020.1776924
12. Jurado Manso J, García Carpintero E, Ochoa de Ocariz Benegas LA, Martínez Miguel E, Uceda Gutiérrez S, Moreno G. Educational interventions for teaching social competencies in nursing students: A systematic review. *Teaching and Learning in Nursing*. 2026 (in press). .doi: 10.1016/j.teln.2026.01.012
13. Saeedi G, Hosseini M, Nasiri M, Vasli P. The effect of social skills-based blended education on social adjustment, self-esteem and social skills among new nursing students: An experimental study. *Nurse Education Today*. 2024;143:106362 . doi:10.1016/j.nedt.2024.106362
14. Altıntaş S, et al. Investigation of the relationship between the self-efficacy levels in clinical practice and coping behaviors with stress among international nursing students. *Nurse Education Today*. 2024;143:106366 . doi:10.1016/j.nedt.2024.106366
15. Wille E, et al. Building resilience and competence in bachelor nursing students: A narrative review based on social cognitive theory. *Nursing Reports*. 2025;15(7):253 .doi:10.3390/nursrep15070253
16. Morgan D, McBride M, McGraw S. Promoting Clinical Judgment and Communication Using Student-Led Rounding. *Journal of Nursing Education*. 2024;63(11):791 . doi:10.3928/01484834-20240724-04
17. Lavoie-Tremblay M, Sanzone L, Aubé T, Paquet M. Sources of Stress and Coping Strategies Among Undergraduate Nursing Students Across All Years. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2022;54(3):261-271.doi: 10.1177/08445621211028076
18. Noormohamadi SM, Arefi M, Afshaini K, Kakabaraee K. The effect of rational-emotive behavior therapy on anxiety and resilience in students. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2019;34(1). doi: 10.1515/ijamh-2019-0099
19. van Loon AWG, Creemers HE, Vogelaar S, Miers AC, Saab N, Westenberg PM, Asscher JJ. The effectiveness of school-based skills-training programs reducing performance or social anxiety: Two randomized controlled trials. *Child & Youth Care Forum*. 2023;52(6):1323-1347. doi: 10.1007/s10566-023-09736-x
20. Akbari A, Torabizadeh C, Nick N, Setoodeh G, Ghaemmaghami P. The effects of training female students in emotion regulation techniques on their social problem-solving skills and social anxiety: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2025;19(1). doi: 10.1186/s13034-025-00860-1
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988. <https://utstat.utoronto.ca/brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
22. Curtis A, Keeler C. Sample Size Planning in Quantitative Nursing Research. *AJN, American Journal of Nursing*. 2023;123:42-46. doi: 10.1097/01.naj.0000995360.84994.3b
23. Shokri O, Taghilou S, Geravand F, Paezi M, Molaei M, abd Elahpour M et al . Factor Structure and Psychometric Properties of The Farsi Version of The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). *Advances in Cognitive Sciences* 2009; 10 (3) :22-33.<http://icssjournal.ir/article-1-484-fa.html>
24. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers R. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*. 1982;51:663-671. doi: 10.2466/pr0.1982.51.2.663
25. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health promoting lifestyles and self-efficacy in adolescent boys. 2014. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3386-en.html>
26. Farnia V, Asadi R, Abdoli N, Radmehr F, Alikhani M, Khodamoradi M, Behrouz B, Salemi S. Psychometric properties of the Persian version of General Self-Efficacy Scale (GSES) among substance abusers the year 2019-2020 in Kermanshah city. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020;8(3):949-953. doi: 10.1016/j.cegh.2020.03.002
27. Dryden W. Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy: A Training Handbook. 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2024. <https://www.wiley.com/en-us/shop/psychology-general/fundamentals-of-rational-emotive-behaviour-therapy-a-training-handbook-3rd-edition-p-9781394198528>
28. David D, Cotet C, Matu S, Mogoase C, Stefan S. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74(3):304-318. doi: 10.1002/jclp.22514
29. Dryden W. The handbook of rational emotive behaviour therapy. London: Routledge; 2020. <https://darpsych.org/uploads/pdfs/1749665526.pdf>

30. Sabzian F. Life skills: From theory to practice. Tehran: Pishthban Publications; 2017. [Persian] <https://taaghche.com/book/34455>
31. Mahdiyar M, Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C. The effectiveness of rational-emotional therapy and solution focused group therapy on social anxiety disorder in students of Shiraz University. *Shenakht .Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6 (3) :118-128.URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-272-en.html> [Persian]
32. Kabasakal E, Aydin A. The Mediating Role of Irrational Beliefs in the Relationship between Anger and Sociotropic Personality Traits in Nursing Students. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2022. 1, 676–689 doi: 10.1007/s10942-022-00477-9
33. Şenocak A, Demirkıran F. The effect of problem-solving skills training on nursing students' self-efficacy and coping styles: A randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice*. 2023;71:103720. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103795. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103795
34. Yüksel A, Erzincanlı S. The Effect of Social Skills Education on Social Skills and Interpersonal Relationship Levels in Student Nurses. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2023;20(3):268-276. doi: 10.14744/jern.2022.22370
35. Park J-H, Jung H, Lee YH, Choi YC, Youn K-H. Effects of a Nonviolent Communication Education Program on Empathy, Interpersonal Relationships, Stress, and Resilience among Korean Nursing Students. *Iranian Journal of Public Health*. 2025;54(3):578-588.doi: 10.18502/ijph.v54i3.18250
36. Yosep I, Hikmat R, Mardhiyah A, Zamroni AH, Pranata Y, Saputra RL. Nursing interventions to reduce mental health problems in nursing students: a scoping review. *BMC Nursing*. 2025;24(1).doi:10.1186/s12912-025-03329-w
37. Ubaldo Farro DA. Mental health care of nursing students and professionals through the use of socioemotional competencies. *Nursing & Care Open Access Journal*. 2024;11(4):132-135. doi: 10.15406/ncoaj.2024.10.00303
38. Osborne K, Judge LW, Lullo O, Jones JA. Academic Burnout and Stress in Prelicensure Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Education*. 2025;64(10):641-650. doi:10.3928/01484834-20250530-02
39. Bhurtun HD, Azimirad M, Saaranen T, Turunen H. Stress and Coping Among Nursing Students During Clinical Training: An Integrative Review. *Journal of Nursing Education*. 2019;58(5):266-272. doi: 10.3928/01484834-20190422-04
40. Voskuil VR, Dietzler LF, Balzer SA. Self-Care Behaviors as Predictors of Mental Health Outcomes Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 2025 (epub ahead of print). doi: 10.3928/01484834-20251121-02