

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و کیفیت خواب در پرستاران شیفت شب

محمدجواد جوکار^{۱*}، زهرا شکاری^۲

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

نویسنده مسئول (ایمیل: Mohammadjjoukar@gmail.com)

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ایران.

ایمیل: neda.shekarri@gmail.com

خلاصه

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و کیفیت خواب در پرستاران شیفت شب انجام شد. پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش اورژانس ۱۱۵ شهر شیراز در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آن‌ها با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش و براساس نوع تحقیق، تعداد ۳۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با شیوه انتصاب تصادفی در دو گروه مساوی (آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر) گمارش شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تحمل‌پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و کیفیت خواب (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه اعمال شد، اما افراد گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آنالیز کوواریانس با نرم‌افزار آماری SPSS-v26 استفاده شد. نتایج دلالت بر این داشت که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش نمره کل تحمل‌پریشانی ($F=9/815$ ، $\eta^2=0/194$ و $P<0/018$) و بهبود کیفیت خواب ($F=8/336$ ، $\eta^2=0/028$) و در افراد گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، برخلاف افراد گروه کنترل تأثیر مثبت و معناداری داشته است ($P<0/015$). لذا می‌توان نتیجه گرفت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه تعدیل باورهای ناکارآمد و فعال‌سازی رفتاری-هیجانی از ظرفیت مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت خواب پرسنل پرستاری برخوردار است.

کلمات کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، تحمل‌پریشانی، کیفیت خواب، پرستار، شیفت شب.

۱. مقدمه

سازمان‌های بهداشتی و درمانی به علت اهمیت وظیفه‌ای که در زمینه پیشگیری، مراقبت و درمان بر عهده دارند از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند و در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پرستاران هسته اصلی تیم مراقبت هستند و به‌عنوان بزرگترین نیروی انسانی در سیستم مراقبت و درمان حضور دارند [1]. مراقبت‌های بالینی، پرستاران را در معرض عوامل استرس‌زای متنوعی شامل محدودیت خواب، بار شناختی سنگین؛ بار کاری سنگین؛ محیط پرتنش، افول انرژی و عوامل احساسی و روانی قرار می‌دهند [2]. ماهیت شغل پرستاری از طریق ترشح دوپامین بیش از حد، فرایندهای احساسی و عاطفی پرستاران و بازخورد آگاهانه احساس، درد، انعکاس و طرح‌ریزی عملکرد شغلی آنان را مختل می‌کند [3]. پژوهش نشان داده است تراژدی‌های انسانی، فشار کاری بالا و تعارض‌های عاطفی، پرستاران را در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتری قرار می‌دهد [4]. در سبب‌شناسی آسیب‌های روانشناختی، تبیین‌های متعددی وجود دارد که یکی از بهترین تبیین‌ها در این زمینه، سطح پایین کنترل‌مهار و نقص در تحمل‌پیشانی است [5]. افراد با سطح پایین تحمل‌پیشانی هنگام قرار گرفتن در معرض استرس و تنش، در تنظیم و کنترل هیجانات خود دچار مشکل می‌گردند و سعی دارند در کوتاه‌ترین زمان ممکن تنش را از بین ببرند و در نتیجه به راهبردهای ناکارآمدی متوسل می‌شوند [6].

از دیگر سو، نوبت‌های کاری و شب کاری امری اجتناب‌ناپذیر در سیستم درمانی است و پرستاران به‌دلیل ماهیت شغلی بیشتر از دیگر مشاغل در معرض کمبود خواب یا کاهش کیفیت خواب قرار دارند [7]. کیفیت خواب مفهومی ذهنی درباره پیوستگی خواب، احساس ذهنی راحتی از خواب، رضایت از بیدارشدن و هوشیاری در طول روز است [8]. پرستاران چون در شیفت‌های کاری صبح، عصر و شب به‌طور نامنظم فعالیت می‌کنند، با مشکلات کم خوابی مواجه هستند که در اثر محرومیت از خواب، هورمون آدرنالین به میزان بیشتری وارد خون شده و فرد احساس خستگی و افسردگی می‌کند و توانایی تمرکز وی کاهش می‌یابد [9]. ونگ و چانگ [10] بیان داشتند کیفیت خواب پایین پرستاران به‌طور مستقیم بر عملکرد آن‌ها و همچنین بر سلامت عمومی‌شان تأثیر می‌گذارد.

لذا با توجه به اهمیت مدیریت روان‌شناختی در زندگی افراد، نقش مهمی که پرستاران در تأمین سلامت جسمانی افراد جامعه ایفا می‌کنند و استرس‌ها و ماهیت تنش‌زای شغل پرستاری، لزوم مداخلاتی جهت کاهش تأثیرات منفی شرایط کاری و افزایش توانمندی روان‌شناختی این قشر اهمیت بالایی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله برنامه‌های مداخلاتی در این زمینه است که دارای پشتوانه نظری و پیشینه پژوهشی قابل استناد در جمعیت‌های مختلف است [11, 12]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله بافت‌گرای کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب ارتباطی است که در تلاش است با به عمل در آوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزارنده، فرد را برای مبارزه با چالش‌های زندگی آماده سازد [13]. در واقع شیوه مداخله به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی دارد تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و هدف اصلی این درمان اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات آشفته‌ساز و ایجاد توانایی انتخاب عملی از بین گزینه‌های مختلف است [14].

مروری بر مطالعات در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حاکی از آن است که این شیوه مداخلاتی در جمعیت‌های مختلف در بهبود فرآیندهای شغلی و سازمانی [15]، ارتقاء سلامت روانی [16] و افزایش توانمندی روانشناختی مفید بوده است [17]. با علم به این موضوع که پرستاری یکی از حوزه‌های مهم بخش بهداشت و درمان است که با سلامتی انسان‌ها رابطه مستقیم دارد، و از آنجا که نظام‌های پزشکی و پرستاری در صورتی قادر به تداوم ارائه خدمات اثربخش خود هستند که بتوانند عواملی که به اشکال مختلف موجب تضعیف و افت کارایی و عملکرد پرستاران و دیگر کارکنان خدماتی و درمانی می‌شوند را شناسایی و برای مدیریت مطلوب‌تر آن‌ها تدابیری بیندیشند، لزوم انجام برنامه‌های مداخلاتی در راستای توانمندسازی روانشناختی قشر پرستاران به اولویتی پژوهشی مبدل گشته است که علاوه بر برطرف نمودن خلأ تحقیقاتی

به پرستاران کمک می‌کند با استفاده از تکنیک‌ها و فنون چنین مداخلاتی، در حیطه‌های مختلف زندگی شغلی، اجتماعی و خانوادگی بهترین عملکرد را از خود بر جای بگذارند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و کیفیت خواب در پرستاران شیفت شب انجام شد.

۲. روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش اورژانس ۱۱۵ شهر شیراز در سال ۱۴۰۴ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه تعداد ۳۰ نفر از پرستاران پس از تکمیل ابزارهای پژوهش، نمرات اکتسابی در ابزارها و احراز ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). دلیل انتخاب حجم نمونه ۳۰ نفر (در هر گروه ۱۵ نفر) علاوه بر استناد به مطالعات پیشین از نوع نیمه‌آزمایشی که برای هر گروه ۱۵ نفر نمونه آماری را در نظر گرفته‌اند، محققان علم آمار نیز تعداد ۱۵ نفر را برای هر گروه مناسب می‌دانند. لذا در این مطالعه با استناد به موارد مذکور، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ای، داشتن حداقل یکسال سابقه حضور در کادر پرستاری (مدت اشتغال)، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر و داشتن شیفت کاری شبانه در برنامه کاری بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل شرکت همزمان در برنامه‌های آموزشی-درمانی در حوزه بهداشت روان، تکمیل ابزارهای پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی و ابتلای به هر یک از بیماری‌های مزمن و مصرف داروهای خاص مرتبط با بیماری بود. محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. در پژوهش حاضر جهت گردآوری اطلاعات از آزمودنی‌ها، از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) استفاده شد:

پرسشنامه تحمل پریشانی

این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر [18] (۲۰۰۵) طراحی شد و شامل ۱۵ عبارت و ۴ زیرمقیاس تحمل (عبارات ۱، ۳، ۱۵)، جذب (عبارات ۲، ۴، ۵)، ارزیابی (عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (عبارات ۸، ۱۳، ۱۴) است. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱ نمره) تا کاملاً مخالفم (۵ نمره) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالاتر به معنای تحمل پریشانی بیشتر آزمودنی است. سازندگان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها را به ترتیب تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، ارزیابی ۰/۷۸، تنظیم ۰/۷۰ و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی را برای این پرسشنامه گزارش نمودند. بدین صورت که بیان داشتند همبستگی درون طبقه‌ای با گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود و مقیاس دارای روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی بوده است [18]. در مطالعه داخل کشور عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نسخه فارسی را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی این ابزار را با مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۲- به عنوان روایی همگرایی گزارش کرده است. در دیگر مطالعه داخل کشور پایایی کل ابزار ۰/۷۶ بدست آمد [19]. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب

این پرسشنامه توسط بویس و همکاران [20] تدوین و شامل ۱۸ سؤال است که به بررسی ۷ ویژگی خواب شامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه در طول یک ماه گذشته می‌پردازد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ است. نمره کل در این پرسشنامه مجموع نمرات ۷ بعد کیفیت خواب است و بین صفر تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره صفر تا ۴ به منزله کیفیت خواب مطلوب و نمره کلی ۵ و بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف می‌باشد. سازندگان پرسشنامه روایی آن را ۰/۸۶ و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ و پایایی آن را با آزمون مجدد بیش از ۰/۸۵ گزارش نمودند [20]. در پژوهش داخل کشور منصوری و همکاران (۱۳۹۱) روایی محتوایی تمام سؤالات پرسشنامه را با شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۱ گزارش کردند. در دیگر پژوهش داخل کشور پایایی کل ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۰ بدست آمد [8]. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

جدول ۱- مراحل و جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران [21]

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با فرآیندهای درمان، برقراری ارتباط با اعضای گروه و گرفتن پیش‌آزمون
دوم	صحبت کردن در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارایی به‌عنوان مالک سنجش اعمال و ایجاد ناامیدی سازنده، دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
سوم	مرور تکلیف جلسه قبل، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش عملکرد، دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکالیف و تعهد رفتاری، معرفی همجوشی و ناهمجوشی و فنون ناهمجوشی، مداخله در عملکرد مشکل زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، کاستن همجوشی با افکار و عواطف. دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهوم‌سازی شده و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، سنجش عملکرد نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار. دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
ششم	مرور تجارب جلسه قبل سنجش عملکرد، کاربرد فنون توجه آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، الگوسازی بیرون آمدن از ذهن و آموزش دیدن تجربیات درون به‌عنوان یک فرآیند و دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، سنجش عملکرد، بیان مفهوم ارزش، تشریح کردن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی و دادن تکالیف برای جلسه آینده، تمرین کوتاه توجه آگاهی
هشتم	مرور تجارب جلسه قبل، سنجش عملکرد، توضیح دادن مفهوم ارزش با استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌ها، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی، گرفتن پس‌آزمون

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل (کوواریانس) با کمک نرم افزار آماری spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل	آزمایش	۱۵ نفر	۹/۶۹	۲/۱۶	۱۴/۲۹	۲/۹۲
	کنترل	۱۵ نفر	۹/۱۸	۲/۰۶	۹/۲۶	۱/۹۴
جذب	آزمایش	۱۵ نفر	۷/۰۹	۱/۹۷	۱۲/۴۸	۱/۲۵
	کنترل	۱۵ نفر	۷/۷۵	۲/۱۵	۷/۸۳	۲/۲۷
ارزیابی	آزمایش	۱۵ نفر	۱۱/۶۱	۲/۱۶	۱۴/۷۸	۱/۸۹
	کنترل	۱۵ نفر	۱۱/۳۲	۲/۶۴	۱۱/۴۱	۱/۸۲
تنظیم	آزمایش	۱۵ نفر	۹/۶۵	۱/۲۲	۱۳/۸۲	۲/۰۹
	کنترل	۱۵ نفر	۹/۰۷	۲/۲۹	۹/۱۹	۲/۳۶
تحمل پریشانی کل	آزمایش	۱۵ نفر	۳۸/۰۴	۷/۵۱	۵۵/۳۷	۸/۱۵
	کنترل	۱۵ نفر	۳۷/۳۲	۹/۱۴	۳۷/۶۹	۸/۳۷
کیفیت خواب کل	آزمایش	۱۵ نفر	۱۶/۴۹	۸/۸۲	۷/۵۱	۷/۶۹
	کنترل	۱۵ نفر	۱۵/۸۷	۷/۹۱	۱۶/۰۶	۶/۴۸

در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه شده است. با توجه به این نتایج، مشاهده می‌شود که میانگین نمره کل تحمل پریشانی در افراد گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۳۸/۰۴) به پس‌آزمون (۵۵/۳۷) افزایش داشته است اما در افراد گروه کنترل میانگین نمره کل تحمل پریشانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت خواب در افراد گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۱۶/۴۹) به پس‌آزمون (۷/۵۱) بهبود داشته است اما در افراد گروه کنترل میانگین نمره کل کیفیت خواب از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد.

جدول ۳- نتایج مفروضات (پیش‌فرض‌های آماری) مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مراحل سنجش	شاخص‌های نرمال بودن			
		F آماره	سطح معناداری	کجی	کشیدگی
تحمل	پیش‌آزمون	۰/۸۳۲	۰/۰۷۶	-۰/۲۸۹	-۱/۰۵۱
	پس‌آزمون	۰/۶۸۹	۰/۲۱۱	۰/۳۸۱	-۰/۰۵۹
جذب	پیش‌آزمون	۱/۰۵۴	۰/۱۵۲	۰/۲۵۹	-۰/۶۱۴
	پس‌آزمون	۱/۲۱۶	۰/۴۱۸	۰/۶۷۳	۰/۲۱۵
ارزیابی	پیش‌آزمون	۰/۹۹۴	۰/۱۹۳	-۰/۶۱۰	-۰/۷۲۴
	پس‌آزمون	۰/۹۷۳	۰/۲۲۲	-۰/۰۷۹	-۱/۱۲۵
تنظیم	پیش‌آزمون	۰/۸۸۹	۰/۳۷۱	-۰/۰۸۱	-۰/۸۳۶
	پس‌آزمون	۰/۹۱۷	۰/۴۲۰	۰/۲۹۸	-۰/۶۷۴
تحمل پریشانی کل	پیش‌آزمون	۰/۹۵۱	۰/۵۴۲	۰/۱۲۱	-۰/۶۶۲
	پس‌آزمون	۱/۸۶۴	۰/۰۹۸	۰/۴۲۹	۰/۰۴۶
کیفیت خواب کل	پیش‌آزمون	۰/۳۳۲	۰/۰۶۳	-۰/۵۰۲	-۰/۷۴۹
	پس‌آزمون	۱/۵۸۹	۰/۲۴۴	۰/۲۴۱	-۱/۲۳۱

در جدول شماره ۳ نتایج پیش‌فرض‌های آماری قابل مشاهده است. پیش‌فرض‌های آماری، پایه بسیاری از آزمون‌های آماری تک متغیری و چندمتغیری است. چنانچه یک یا چندی از این مفروضه‌ها نادیده گرفته شود، در نتایج آماری سوگیری یا تحریف رخ می‌دهد. در این مطالعه قبل از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات

(آزمون شاپیرو-ویلک، کجی و کشیدگی)، مفروضه برابری واریانس‌های خطا (آزمون لوین) و مفروضه برابری ماتریس کوواریانس متغیر وابسته (آزمون ام باکس) همگی نشان دادند که می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۸۸	۲۲/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۲	۲۲/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۷/۹۳۱	۲۲/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۹۳۱	۲۲/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته (نمرات تحمل پریشانی و کیفیت خواب) با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته فوق‌الذکر ایجاد شده است و اندازه تأثیر نشان می‌دهد که ۶۳/۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی (برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) است.

جدول ۵- اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	آماره F	P	اندازه اثر	توان آماری
تحمل	۱۱۵/۹۸۴	۱	۴/۰۱۷	۰/۰۳۲	۰/۱۸۸	۰/۷۴۴
جذب	۹۴/۶۱۷	۱	۸/۳۳۲	۰/۰۲۸	۰/۲۱۳	۰/۵۳۲
ارزیابی	۲۱۸/۴۶۱	۱	۲/۱۵۶	۰/۰۴۴	۰/۱۲۲	۰/۶۹۱
تنظیم	۱۷۸/۰۲۲	۱	۴/۱۹۷	۰/۰۲۱	۰/۱۴۷	۰/۷۸۶
تحمل پریشانی کل	۱۸۸۲/۰۹۴	۱	۹/۸۱۵	۰/۰۱۸	۰/۴۳۷	۰/۸۱۲
کیفیت خواب کل	۱۶۲۵/۴۴۱	۱	۸/۳۳۶	۰/۰۲۸	۰/۳۶۸	۰/۸۸۶

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمره کل تحمل پریشانی ($F=9/815$ ، $P=0/018$ و $\eta^2=0/437$) و ابعاد آن شامل تحمل ($F=4/017$ ، $P=0/032$ و $\eta^2=0/188$)، جذب ($F=8/332$ ، $P=0/028$ و $\eta^2=0/213$)، ارزیابی ($F=2/156$ ، $P=0/044$ و $\eta^2=0/122$)، و تنظیم ($F=4/197$ ، $P=0/021$ و $\eta^2=0/147$) مؤثر باشد. همچنین، این برنامه مداخلاتی بر بهبود نمره کل کیفیت خواب ($F=8/336$ ، $P=0/028$ و $\eta^2=0/368$) تأثیر معناداری داشته است.

۴. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و کیفیت خواب در پرستاران شیفت شب انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در آزمودنی‌های گروه آزمایش برخلاف آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون منجر به افزایش نمرات تحمل پریشانی شده است، اما در نمرات افراد گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. در همین راستا و طی مطالعه‌ای واحدی و همکاران [17] نشان دادند که شرکت در ۸ جلسه برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر است نقش مؤثری در افزایش شفقت ورزی به خود و بهبود تحمل پریشانی گروهی از بیماران داشته باشد. چیساری و همکاران [22]، نیار و گارجان [23]، فروغی و همکاران [24] و طالبی و تیموری [25] هر یک در مطالعه‌ای مستقل نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد قادر است بر تحمل پریشانی و مشکلات خلقی جمعیت‌های مختلف نقش مؤثری داشته باشد.

در تبیین این یافته مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی می‌توان گفت که فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که بخش قابل توجهی از پریشانی روانشناختی جز بهنجار تجربه انسان است. پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود آگاه می‌سازد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند افکار و هیجانات مسأله‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه این

که برای تغییر یا کاهش این افکار و هیجانات تلاشی نظام‌مند صورت دهند. در این درمان، به درمانجو آموخته می‌شود که اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) مؤثر نیست یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را بدون واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در واقع ذهن آگاهی باعث افزایش ارتباط با زمان حال می‌گردد. در مطالعه حاضر نیز تمرین ذهن آگاهی در هر جلسه درمان انجام شد و نیز به عنوان یک تکلیف از مراجعان خواسته شد هر روز حداقل ۱۳ دقیقه به ذهن آگاهی بپردازند. یک عامل مهم دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمرین آن باعث می‌شود که افکار کمتر اضطراب‌زا و ناراحت کننده باشند. در نتیجه پرستارانی که تنش شغلی را تجربه می‌کنند با انجام تمرینات گسلش شناختی از افکار مربوط به ناسازگاری و اضطراب و تنش مرتبط با ماهیت شغل رها شده و این امر منجر به کاهش پریشانی هیجانی و افزایش تحمل آنان شده است. به بیانی دیگر، در درمان پذیرش و تعهد بر افزایش سطح انعطاف‌پذیری افراد در جهت پذیرش تجارب بیرونی و درونی ناراحت کننده بدون تلاش برای مقابله و مبارزه علیه آن‌ها تمرکز می‌شود و این پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی که در جهت ارزش‌های آن‌ها است را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند و زمانی که راهبرد اجتناب هیجانی از سمت پرستاران مورد استفاده قرار می‌گیرد، هیجانات و احساسات دردناک و باور و عقاید مرتبط با آن نیرومندتر و شدیدتر می‌شود و این می‌تواند تحمل پریشانی و آشفتگی روانشناختی را در پرستاران افزایش دهد.

یافته دوم پژوهش نیز نشان داد شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در آزمودنی‌های گروه آزمایش برخلاف آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون منجر به بهبود کیفیت خواب شده است، اما در نمره کیفیت خواب افراد گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب می‌توان به برخی از مطالعات پیشین از قبیل هرتنستین و همکاران [12]، ژانگ و همکاران [26] و همائی مجاز و همکاران [27] اشاره نمود که بیان داشتند شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خواب و فرآیندهای خواب نقش مؤثری دارد. ذوالفقاری و اسماعیل زاده [11] نیز طی پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر تشویش و اختلالات خواب در ریتم شبانه روزی نوجوانان مؤثر است.

در تبیین این یافته باید گفت درمان پذیرش و تعهد به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روانی است. انعطاف‌پذیری روانی به معنای برقراری ارتباط با لحظه حال، تغییر یا تداوم رفتار را به سمت انجام ارزش‌های انتخابی تغییر می‌دهد و معتقد است زبان (ذهن) افراد را به تلاش‌های بیهوده برای مبارزه با زندگی درونی خود (افکار و احساسات) که این افکار جزئی از زندگی‌شان هستند، وادار می‌کند. وقتی افراد نمی‌توانند به صورت انعطاف‌پذیر، سیال و داوطلبانه وارد لحظه حال شوند، ذهن آن‌ها مشغول آینده و گذشته می‌شود و این مشغولیت در آینده و گذشته به صورت نشخوار فکری، مشکلات خلقی و اضطرابی و اختلال در خواب ظاهر می‌شوند. همچنین، می‌توان گفت این درمان باعث می‌شود افراد زمان حال را بیشتر درک نمایند و از فکر کردن بیش از حد و نشخوار فکری و ذهنی به دور باشند، همین امر موجب بهبود خلق آنان گشته و رفتارهای منفی را کاهش می‌دهد. در واقع در این شکل از درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارهای‌شان را براساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند، موفقیت‌آمیز است یا خیر؟، ارزیابی کنند. استراتژی‌های موفقیت‌آمیز معمولاً استراتژی‌هایی هستند که به افراد کمک می‌کنند براساس ارزش‌های‌شان عمل کنند. همچنین، از طریق تمرینات ذهن آگاهی، خود مشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود. بنابراین، افراد افکارشان را مورد مشاهده قرار داده و خود را از نشخوار فکری و بی‌خوابی یا بدخوابی جدا می‌سازند. به بیانی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات منفی، کاهش اضطراب خواب، و تقویت رفتارهای سازگانه، یک گزینه مؤثر برای بهبود مشکلات خواب است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا به جای تمرکز صرف روی خواب، بر رفتارهای سالم مانند رعایت

بهداشت خواب و کاهش استرس تمرکز کنند. همچنین، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چرخه نشخوار فکری درباره کم‌خوابی را مختل می‌کند و یاد می‌گیرند به جای نگرانی درباره گذشته یا آینده، در لحظه حال حضور داشته باشند و بدین ترتیب مشکلات خواب کمتر و کیفیت خواب بهتری را تجربه کنند.

این پژوهش به مانند سایر مطالعات با چند محدودیت همراه بود. این پژوهش متمرکز بر جمعیت پرستاران شاغل در بخش اورژانس ۱۱۵ شهر شیراز بود، لذا در تعمیم نتایج مطالعه حاضر به سایر کارکنان و پرسنل حوزه بهداشت و درمان و نیز پرستاران سایر مراکز خدمات درمانی و شهرهای دیگر لازم است احتیاط لازم صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن مرحله پیگیری بعد از اتمام جلسات مداخله به دلیل نبود وقت و امکانات مالی بود. در این مطالعه از شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس استفاده شد، این امر همراه با استفاده از ابزارهای کمی و خودگزارشی در گردآوری اطلاعات به دلایل ذاتی ممکن است دقت و عمق اطلاعات گردآوری شده و نیز امکان تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه سازند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی جمعیت بزرگ‌تری از کادر بهداشت و درمان یا پرستاران شاغل در مراکز دولتی-خصوصی و از شهرهای مختلف مورد بررسی قرار گیرد، تا بتوان نتایج را با اطمینان بیشتری به گروه‌های موردنظر در جامعه تعمیم داد و میزان ماندگاری نتایج درمانی در طول پیگیری ۳ الی ۶ ماهه بررسی و سنجیده شود. در نهایت با توجه به تأثیر مثبت مداخله مذکور بر بهبود تحمل پریشانی و کیفیت خواب در پرستاران که به دلایل مختلف در این شغل گزارش می‌شود، پیشنهاد می‌گردد کارکنان مراکز درمانی به‌طور کلی، و پرسنل پرستاری به‌طور خاص در این زمینه و با کمک اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش ببینند.

۵. مراجع

1. Wexler, T. M., & Schellinger, J. (2023). Mindfulness-based stress reduction for nurses: An integrative review. *Journal of Holistic Nursing*, 41(1), 40-59.
2. Nagel, C., Lindstrom, P. N., Westergren, A., Persson, S. S., & Nilsson, K. (2025). Nurses' health and work experiences during the COVID-19 pandemic in Swedish prehospital and hospital care: a deductive content analysis through the lens of the swAge model. *BMC Public Health*, 25(1), 304.
3. Huang, H., Zhang, X., Tu, L., Peng, W., Wang, D., Chong, H., ... & Chen, H. (2025). Inclusive leadership, self-efficacy, organization-based self-esteem, and intensive care nurses' job performance: A cross-sectional study using structural equation modeling. *Intensive and Critical Care Nursing*, 87, 103880.
4. Badillo-Sánchez, N., Gómez-Salgado, J., Allande-Cussó, R., Yildirim, M., López-López, D., Goniewicz, K., ... & Fagundo-Rivera, J. (2025). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of Nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 104(2), e40797.
۵. طاهری، زهرا؛ تنها، زهرا؛ امرائی، کورش و حسنوندی، صبا. (۱۴۰۱). تعیین اثر سیستم رفتاری مغزی بر آسیب پذیری روانی یا میانجیگری حساسیت اضطرابی، عواطف و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۳(۱۰)، ۷۱۹-۷۰۸.

6. Moreno, I. R., Comes-Fayos, J., Bressanutti, S., Blasco-Ros, C., Martínez, M., Lila, M., ... & Moya-Albiol, L. (2024). Unraveling the Layers of Empathy: Self-Compassion as a Partial Mediator in Male and Female Offenders' Personal Distress and Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 33(7), 900-918.
7. Ishinuki, T., Goda, E., Tatsumi, H., Kutomi, G., Ohyanagi, T., Ohnishi, H., ... & Mizuguchi, T. (2025). Utility of a Wearable Tracker to Assess Sleep Quality in Nurses and Their Spouses: A Prospective Cohort Study. *SAGE Open Nursing*, 11, 23-39.
۸. عنایتیان، امید؛ فکوری، حسین و اکبری امرغان، حسین. (۱۴۰۳). تدوین مدل علی از رابطه بین کیفیت خواب، اضطراب سلامتی، تنظیم شناختی هیجان و فرسودگی هیجانی با میانجیگری سبکهای شناختی پرستاران مبتلا به سندرم خستگی مزمن. *آموزش پرستاری*، ۱۳(۲)، ۷۵-۸۸.
۹. کامکار، مرضیه؛ بابایی، زینب؛ کمالی تبریزی، پروین و دانشی، سهیلا. (۱۴۰۱). اختلالات خواب در پرستاران: نقش استرس شغلی، ذهن آگاهی و شفقت به خود. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۱۱(۴)، ۹۳-۱۰۲.
10. Weng, P. W., & Chang, W. P. (2025). Relationship between shift type and sleep quality in rotating-shift nurses with chronotype as a moderator variable. *International Nursing Review*, 72(1), e13010.
۱۱. ذوالفقاری، حمید و اسماعیل زاده، زینب. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر تشویش، نشخوار ذهنی و اختلالات خواب در ریتم شبانه روزی نوجوانان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی*، ۱(۲)، ۷۳-۹۳.
12. Hertenstein, E., Trinca, E., Schneider, C. L., Fehér, K. D., Johann, A. F., & Nissen, C. (2024). Acceptance and commitment therapy, combined with bedtime restriction, versus cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 93(2), 114-128.
13. Kudlek, L., Jones, R. A., Hughes, C., Duschinsky, R., Hill, A., Richards, R., ... & Ahern, A. L. (2024). Experiences of emotional eating in an Acceptance and Commitment Therapy based weight management intervention (SWiM): A qualitative study. *Appetite*, 193, 107138.
14. Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M., ... & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of youth and adolescence*, 48, 287-305.
15. Ito, D., Okabe, Y., Nobushige, A., Saito, S., & Takahashi, Y. (2025). Functional assertiveness with acceptance and commitment therapy for employees returning to work: a preliminary investigation. *Frontiers in Psychology*, 16, 1415212.
16. Osstyn, S., Rauwenhoff, J., Handels, R., de Vugt, M. E., Evers, S., van Mastrigt, G. A., & van Heugten, C. M. (2025). Trial-based economic evaluation of the BrainACT study: acceptance and commitment therapy for anxiety and/or depressive symptoms after acquired brain injury. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 41(1), e10.
۱۷. واحدی، رقیه؛ مهدی نیا، سامره و خان محمدی اطاقسرا، ارسلان. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شفقت ورزی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به مشکلات قلبی-عروقی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۱(۵)، ۶۲-۷۵.

18. Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.

۱۹. عرب، محمودرضا؛ ماردپور، علیرضا و محمودی، آرمین. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی خانواده درمانی ساختاری و درمان تحلیل رفتار متقابل بر تحمل پریشانی در زوجین دارای ناراضی زناشویی. نشریه روان پرستاری، ۱۳(۱)، ۶۲-۷۸.

20. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.

21. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.

22. Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for women living with Vulvodynia: A single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 15-30.

23. Niar, P. R., & Garjan, P. J. (2020). Comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy in Improving Cognitive Distortion, Emotional Tolerance, and Social Welfare in Patients with Colorectal Cancer, 1(23), 35-41.

۲۴. فروغی، فریما؛ غلامزاده، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری و عابدی، پروین. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم منفی هیجان، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری روانی زنان مبتلا به میگرن. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۳۱(۵)، ۷۴۶-۷۳۳.

۲۵. طالبی، مریم و تیموری، حسین. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش آنلاین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و تاب آوری پرستاری مبتلا به کرونا. نشریه آموزش پرستاری، ۱۱(۲)، ۱-۱۱.

26. Zhang, Y., Ding, Y., Chen, X., Li, Y., Li, J., & Hu, X. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(6), 582-592.

۲۷. همایی مجاز، زهرا؛ سیف، علی اکبر و کردنوقایی، رسول. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال بی خوابی در میانسالان. مجله علوم روانشناختی، ۲۳(۱۳۵)، ۱۵۶-۱۳۹.