

The Effect of acceptance and commitment therapy on happiness of nurses in pediatric intensive care units: a quasi-experimental study

Mahnaz Fatehinia¹, Ladan Fattah Moghadam², Tahereh Ashktorab³

¹ MSc in Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

²Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³Professor, Department of Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Happiness is associated with accuracy and job satisfaction of nurses and affects the quality of care. The aim of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on happiness of nurses in pediatric intensive care units.

Materials and methods: A quasi-experimental study with pre-test and post-test design was performed on 60 nurses working in Mofid Hospital and Imam Hossein Hospital. The intervention group received 8 sessions of acceptance and commitment therapy. Data were collected using demographic information questionnaire and Oxford Happiness Inventory (OHI) and analyzed using SPSS version 20.

Results: In the pre-test, there was no significant difference between the two groups in the mean of happiness ($p>0.05$). Comparison of the happiness in the intervention group showed that there was a significant difference in the mean of this variable and its dimensions after the intervention ($p<0.05$), whereas there was no significant difference in the control group regarding happiness and its dimensions except the positive mood. By 0.409, 0.397, 0.294 and 0.346 of the variance of happiness and dimensions of life satisfaction, self-esteem, and positive energy, respectively, were explained by the independent variable.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy has improved nurses' happiness. This intervention is an applicable, uncomplicated, and effective approach that can be introduced to hospitals as a professional development program by competent authorities.

Keywords: *Acceptance and commitment therapy, Happiness, Pediatric intensive care unit, Nurses.*

Cited as: Fatehinia M, Fattah Moghadam L, Ashktorab T. The effect of acceptance and commitment therapy on happiness of nurses in pediatric intensive care units: a quasi-experimental study. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2021; 31(3): 346-357.

Correspondence to: Tahereh Ashktorab

Tel: +98 9122361149

E-mail: taherehashk@gmail.com

ORCID ID: 0000-0001-8189-6248

Received: 13 Nov 2019; **Accepted:** 10 Jul 2021

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۳۴۶ تا ۳۵۷

تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان: یک مطالعه نیمه تجربی

مهناز فاتحی نیا^۱، لادن فتاح مقدم^۲، طاهره اشک تراب^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ استادی، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: شادکامی با دقت و رضایت شغلی پرستاران مرتبط است و بر کیفیت خدمات تاثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان انجام شد. **روش بررسی:** یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کودکان مفید و امام حسین (ع) انجام شد. گروه مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سیاهه شادکامی آکسفورد (OHI) جمع‌آوری شده و با بهره‌گیری از SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد. **یافته‌ها:** در مرحله پیش‌آزمون میانگین شادکامی در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). مقایسه شادکامی گروه مداخله نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین این متغیر و ابعاد آن بعد از مداخله مشاهده شد ($p < 0.05$) در حالی‌که چنین تغییری معنی‌داری در گروه کنترل در مورد شادکامی و ابعاد آن بجز بعد خلق مثبت وجود نداشت ($p > 0.05$). به ترتیب 0.346 و 0.294 ، 0.397 ، 0.409 و 0.346 تغییرات واریانس شادکامی و ابعاد رضایت از زندگی، حرمت خود و انرژی مثبت توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. **نتیجه‌گیری:** آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد شادکامی پرستاران را بهبود بخشیده است. این مداخله یک رویکرد قابل اجرا، بدون عارضه و دارای اثربخشی تایید شده است و لذا می‌تواند به عنوان یک برنامه توسعه حرفه‌ای توسط مراجع ذیصلاح به بیمارستان‌ها معرفی شود. **واژگان کلیدی:** آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، شادکامی، بخش‌های مراقبت ویژه کودکان، پرستاران.

مقدمه

فراوانی مواجهه می‌کند (۳-۱). در محیط بیمارستان پرستاران دارای بیشترین ارتباط مستقیم با بیمار هستند، به گونه‌ای که ۷۰ درصد خدمات توسط آن‌ها به بیماران ارائه می‌شود و لذا فعالیت آنان از حساسیت بالایی برخوردار بوده و شرایط پرتنشی را تجربه می‌کنند (۴، ۵). در میان بخش‌های مختلف بیمارستانی، بخش مراقبت‌های ویژه دارای شرایط پیچیده‌ای است و کارکردن در این بخش نیازمند توانایی بالای جسمی و روانی پرستاران است (۶). همچنین شرایط کاری در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان به مراتب پیچیده‌تر از بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان است. فعالیت موثر، ایمن و اثربخش توسط

بیمارستان یک محیط اجتماعی است که افراد شاغل در آن مدام در حال برقراری ارتباط هستند و بخش اعظم فعالیت‌های خود را از طریق برقراری این ارتباطات به انجام می‌رسانند. تعامل سازنده و ایفای نقش در چنین محیط‌های اجتماعی، نیاز به سلامت روانی دارد. کار کردن در محیط بیمارستان به دلیل شرایط استرس‌زای کاری، شخص را با چالش‌های روانی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی، طاهره

اشک تراب (email: taherehashk@gmail.com)

ORCID ID: 6248-8189-0001-0000

تاریخ دریافت مقاله: ۹/۸/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۴/۱۹

می‌تواند موجب بهبود رفاه روانی شود (۱۷-۱۹). هدف کلی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد معنا بخشیدن به زندگی افراد است. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که با وجود سختی‌ها و رنج‌ها، بتوانند زندگی با ارزش و معنی‌داری را به وجود بیاورد (۲۰).

نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. یک مطالعه نیمه تجربی بر روی ۱۶ نفر از زنان دارای تشخیص درد مزمن در کرمانشاه نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در گروه مداخله تاثیر گذار بوده و سبب بهبود این علائم شده است (۲۰). در یک مطالعه نیمه تجربی دیگر بر روی ۳۰ زن ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری، یافته‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر روی باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی بوده است (۲۲). همچنین بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و بهزیستی ۹۱ کارمند دارای سابقه استرس شغلی در سوئیس نشان داد که این روش درمانی به صورت موثری سبب کاهش استرس و افزایش سطح بهزیستی روانی شده است (۲۳). در حوزه پرستاری نیز یافته‌های مطالعه حبیبیان و همکارانش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش فرسودگی شغلی پرستاران بخش آنکولوژی و بیماری‌های خاص کودکان بیمارستان شهید صدوقی یزد موثر بوده است (۲۴).

انجام اقدامات لازم در جهت افزایش شادکامی پرستاران می‌تواند مانع لطمه زدن به سلامت افراد جامعه شده و همچنین کیفیت زندگی پرستاران و رضایت شغلی آنان را بهبود بخشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۷ انجام شد و فرضیه اصلی پژوهش به صورت "مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان تاثیر دارد"، بود.

مواد و روشها

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود که در طی بازه زمانی دی ماه الی اسفند ماه ۱۳۹۷ انجام شد. متغیر وابسته این مطالعه شادکامی و متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این مطالعه حجم نمونه بر

پرستاران در این بخش نیازمند سلامت ذهنی و روانی است (۷).

اگرچه نقش مولفه‌های روانشناختی در محیط بیمارستان غیر قابل انکار است، با این حال شواهد بیانگر وضعیت نامناسب مولفه‌های روانشناختی در میان پرستاران است. بررسی صورت گرفته در هنگ کنگ نشان داده است که شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در بین پرستاران به ترتیب برابر با ۳۵/۸، ۳۷/۳ و ۴۱/۱ درصد بوده است (۸). بررسی ۲۵۰ پرستار در ایران نشان داد که درصد پرستاران دارای استرس و اضطراب متوسط تا شدید به ترتیب برابر با ۶۸ و ۳۱/۲ بوده است. همچنین ۱۸/۸ درصد پرستاران دارای علائم محرز افسردگی بودند (۹). علاوه بر این، بررسی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر سمنان نیز نشان داد که ۳۷/۳ درصد نمونه‌ها دارای افسردگی خفیف، ۱۵/۹ درصد افسردگی متوسط و ۴/۷ درصد دارای علائم افسردگی شدید بودند (۱۰).

سلامت روانی یکی از حوزه‌های مطالعاتی روانشناسی است که در آن تاثیر وضعیت ذهنی افراد در مورد زندگی‌شان مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر اساس نظر وینهون (Veenhoven) شادکامی اصلی‌ترین مولفه سلامت روانی است (۱۱). شادکامی به عنوان یک هیجان شناخته می‌شود و هیجان نوعی از برانگیختگی است که فرد با ارزیابی ذهنی خود به آن عنوان خاصی می‌دهد. بر این اساس شادکامی ماهیتی درونی و برانگیزاننده دارد و منبع آن می‌تواند ناشی از ذهنیت و تفکرات فرد باشد و یا اینکه از طریق محیط به وی القا شود (۱۲). شادکامی جنبه‌های مختلف عملکرد پرستاران نظیر رضایت شغلی و دقت در ارائه خدمات را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۳) و کیفیت روابط بین فردی پرستاران و همچنین ارتباط آنها با بیماران و همراهان آنها را بهبود می‌بخشد (۱۴). با اینکه شادکامی دارای اثرات مثبت متعددی بر پرستاران است، در مطالعه صورت گرفته در ایران شرایط بیانگر وضعیت نامطلوب پرستاران از نظر شادکامی بوده است. بررسی ۱۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های روانپزشکی و عادی در اردبیل نشان داد که میزان شادکامی پرستاران در هر دو بخش کمتر از متوسط بوده است (۱۵).

نگرش افراد نقش قابل ملاحظه‌ای در سطح شادکامی آنان دارد و لذا می‌توان از طریق افزایش دانش، موجبات تغییر نگرش افراد را فراهم کرده و در نتیجه سبب تقویت روحیه شادکامی در آنان شد (۱۶). آموزش از کارآمدترین راهکارهای افزایش دانش و تغییر در نگرش افراد است. تغییر در وضعیت نگرش و دیدگاه‌ها از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد

لحاظ شد. محتوای جلسات هشتگانه مداخله (در طی ۸ هفته و هر جلسه به مدت ۱ ساعت) به صورت جدول شماره ۱ بود. در این تحقیق ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای ۲ قسمتی (اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه شادکامی) بود. سیاهه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Inventory (OHI) (۱۹۹۰) توسط آرگایل و لو (Argyle & Lu) ارائه شده است و دارای ۲۹ گویه است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد (۲۵). این ابزار توسط علی پور و آگاه هریس به فارسی ترجمه شده است. طیف چهار گزینه‌ای این ابزار شامل الف (صفر)، ب (۱)، ج (۲) و دال (۳) است. بدین ترتیب بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس صفر است. سیاهه شادکامی آکسفورد از ۵ خرده مقیاس رضایت از زندگی (۱۳ سوال)، رضایت خاطر (۵ سوال)، حرمت خود (۵ سوال)، خلق مثبت (۳ سوال) و انرژی مثبت (۳ سوال) تشکیل شده است (۲۶). روایی همزمان سیاهه شادکامی آکسفورد توسط آرگایل و لو با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آن‌ها ۰/۴۳ محاسبه شد. همچنین آنان پایایی سیاهه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده اند (۲۵). در پژوهشی که توسط علی پور و آگاه هریس به منظور بررسی روایی و پایایی سیاهه شادکامی آکسفورد اجرا شد، بررسی همسانی درونی این سیاهه نشان داد که تمام ۲۹ گزاره با نمره کل همبستگی بالایی داشتند. آلفای

اساس فرمول ذیل به تعداد ۳۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد (Z سطح اطمینان بود که در این مطالعه ۹۵ درصد در نظر گرفته شد). α و β به ترتیب بیانگر خطای نوع یک و دو در سطح اطمینان مد نظر هستند و Δ توان آزمون مد نظر می‌باشد.

$$n = \frac{2 \left(\frac{z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_2 - \beta}{\Delta} \right)^2}{1} + 1$$

$$n = \frac{2(1.96 + 0.84)^2}{(0.8)^2} + 1 = 30$$

در بین افراد واجد شرایط بر اساس معیار ورود، نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد و افراد به صورت تصادفی و بر اساس قرعه‌کشی به دو گروه مداخله (۳۰ پرستار شاغل در بیمارستان کودکان مفید) و کنترل (۳۰ پرستار شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) اختصاص یافتند. وجود گروه کنترل این اطمینان را به وجود می‌آورد که تغییر ایجاد شده در گروه مداخله متأثر از اجرای مداخله بوده و همچنین امکان برآورد اندازه اثر را ممکن می‌سازد. معیارهای ورود شامل حداقل یک سال سابقه کاری در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان، عدم مشارکت همزمان در مداخلات مشابه و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود. همچنین عدم تمایل پرستار انتخاب شده به همکاری بعد از نمونه‌گیری، عدم حضور پرستار در جلسات آموزشی بیش از ۱ جلسه در طی دوره، جابجایی پرستار از بخش مراقبت ویژه کودکان به سایر بخش‌ها در طی مداخله و حوادث استرس‌زای حین مداخله مانند طلاق، مرگ عزیز و به عنوان معیار حذف از مطالعه

جدول ۱. محتوای جلسات هشتگانه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

شماره جلسه	محتوا
اول	آشنایی و برقراری ارتباط، آشنا نمودن اعضاء با طرح و هدف درمان، آشنایی با هیجانات، درک ویژگی‌ها و کارکرد آنها، کسب مهارت‌های جدید از طریق تجربه مستقیم، تمرین و تمرکز و انجام پیش‌آزمون
دوم	مرور الگوهای اجتناب، مشاهده افکار و احساسات به جای واکنش به آن‌ها، تمرینات ارتقای زندگی، بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، رساندن مراجعه‌کنندگان به ناامیدی خلاق و شفاف سازی ارزش‌های افراد
سوم	تمرین رفتار ارزش مدار به عنوان جایگزینی برای کنترل، تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها، سعی در پذیرش رویدادهای دردناک، تاکید بر شناسایی و مواجهه با نگرانی‌ها و آگاهی از پیامدهای اجتناب از روبارویی
چهارم	تمرین پذیرش احساسات با توجه به آگاهی، کنترل حوادث بیرونی در مقابل کنترل مسائل درونی، جستجوی ارزش‌ها، آموزش پذیرش و تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
پنجم	معرفی خود به عنوان محتوا و قطب نمای زندگی، آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌هایی نظیر پیاده روی، پردازش بدون قضاوت و تمرین مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی
ششم	تمرینات گسلش شناختی، مواجهه با افکار و احساسات شدید، ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف موثر مرتبط با ارزش‌ها و توجه به افکار و احساسات بدون تاکید غیر ضروری بر محتوای آن، ارائه بازخورد
هفتم	فعال سازی رفتار ارزش مدار، مقابله با موانع و اجتناب‌ها، مقابله با شکست از طریق پذیرش و شفقت هوشیارانه، ادامه بحث تنظیم اهداف موثر مرتبط با ارزش‌ها و بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
هشتم	تمرینات شفاف سازی ارزش‌ها و تاکید بر توانمند سازی، ایجاد انگیزه تعیین فعالیت و اقدام متعهدانه همراه با پذیرش تجارب ذهنی و انجام پس‌آزمون

کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی بین سیاهه شادکامی آکسفورد با سیاهه افسردگی بک (Beck Depression Inventory (BDI) و زیر مقیاس های برون گرایی/ درونگرایی و عصبانیت/ ثبات در پرسشنامه شخصیتی آیزنک (Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی همگرا و واگرایی سیاهه شادکامی آکسفورد را تایید می کند (۲۶). در پژوهشی دیگر که توسط علی پور و نوربالا صورت گرفت، ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و اعتبار باز آزمایی پس از ۷ هفته ۰/۷۸ و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته در یک نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹ به دست آمد (۲۷). بر اساس یافته های به دست آمده از این مطالعه و جهت تایید پایایی سیاهه شادکامی آکسفورد در مطالعه حاضر، میزان شاخص آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۱۷ برآورد شد و مورد تایید قرار گرفت.

برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در بخش استنباطی ابتدا از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی وضعیت نرمالیتت داده ها استفاده شد. بر اساس نتیجه بدست آمده

از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع، از آزمون تی زوجی برای مقایسه و تأثیر درون گروهی استفاده شد. همچنین از کای دو برای مقایسه گروه های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با شادکامی به وسیله آزمون های تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه مورد سنجش قرار گرفت. همچنین در مواردی که نتیجه آزمون آنالیز واریانس یکطرفه معنی دار بود از آزمون تعقیبی توکی برای تعیین زیرگروه های دارای اختلاف، استفاده شد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. کلیه الزامات قانونی این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران با کد IR.IAU.TMU.REC.1397.190 مورد تایید قرار گرفت. همچنین رازداری و محرمانگی اطلاعات مشارکت کنندگان و عدم سوگیری در جمع آوری، تحلیل و تفسیر نتایج به عنوان مسائل اخلاقی در تمامی مراحل مطالعه رعایت شد.

یافته ها

یافته های دموگرافیک پرستاران بخش های مراقبت ویژه کودکان در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۲ آمده

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد پرستاران بخش های مراقبت ویژه کودکان بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		نتایج آزمون کای دو	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	X ²	p-value
سن (سال)	۲۱-۲۵	۱۰	۱۰/۰	۳	۶/۵۰	۰/۰۶۴
	۲۶-۳۰	۷	۲۳/۳	۷		
	۳۱-۳۵	۳	۱۰/۰	۱۰		
	۳۶-۴۰	۷	۲۳/۳	۸		
	>۴۰	۳	۱۰/۰	۲		
سابقه کار (سال)	۱-۵	۱۴	۴۶/۷	۸	۴/۴۶	۰/۲۹۱
	۶-۱۰	۵	۱۶/۷	۹		
	۱۱-۱۵	۷	۲۳/۳	۶		
	>۱۵	۴	۱۳/۳	۷		
وضعیت تاهل	مجرد	۱۵	۵۰/۰	۹	۲/۵۰	۰/۰۹۴
	متاهل	۱۵	۵۰/۰	۲۱		
سطح تحصیلات	لیسانس	۲۷	۹۰/۰	۲۷	۰/۰۰	۰/۶۶۵
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۱۰/۰	۳		
مالکیت منزل مسکونی	شخصی	۲۳	۷۶/۷	۱۹	۱/۲۷	۰/۱۹۹
	استیجاری	۷	۲۳/۳	۱۱		
تعداد فرزند	بدون فرزند	۲۱	۷۰/۰	۱۷	۶/۶۷	۰/۰۸۳
	۱ فرزند	۹	۳۰/۰	۷		
	۲ فرزند	۰	۰/۰	۵		
	۳ فرزند	۰	۰/۰	۱		

جدول ۳. وضعیت شادکامی پرستاران در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های مداخله و کنترل

p-value	t	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش آزمون						
۰/۴۰۴	۰/۸۴۱	۳/۷۳	۱۴/۸۰	۵/۵۹	۱۵/۸۳	رضایت از زندگی
۰/۴۸۵	۰/۷۰۳	۱/۵۴	۶/۴۰	۲/۴۰	۶/۷۶	رضایت خاطر
۰/۷۸۶	۰/۲۷۳	۱/۶۸	۶/۲۶	۲/۰۷	۶/۴۰	حرمت خود
۰/۰۰۵	۲/۹۱۴	۱/۰۹	۳/۶۶	۱/۶۸	۴/۷۳	خلق مثبت
۰/۶۷۰	-۰/۴۲۸	۱/۴۰	۳/۹۶	۱/۶۰	۳/۸۰	انرژی مثبت
۰/۳۳۲	۰/۹۷۹	۷/۳۹	۳۵/۱۰	۱۱/۴۳	۳۷/۵۳	شادکامی
پس آزمون						
<۰/۰۰۱	۳/۶۳۳	۵/۷۶	۱۶/۱۳	۴/۹۲	۲۱/۱۶	رضایت از زندگی
۰/۰۴۶	۱/۹۹۶	۲/۴۴	۶/۹۶	۱/۹۶	۸/۰۰	رضایت خاطر
۰/۰۰۴	۳/۰۴۲	۲/۳۸	۶/۶۳	۱/۹۱	۸/۳۳	حرمت خود
۰/۴۳۱	۰/۷۹۳	۱/۶۸	۴/۷۳	۱/۵۷	۵/۰۶	خلق مثبت
۰/۰۰۶	۲/۸۴۰	۱/۷۷	۳/۸۶	۱/۴۸	۵/۰۶	انرژی مثبت
۰/۰۰۲	۳/۲۷۳	۱۲/۱۴	۳۸/۳۳	۹/۷۲	۴۷/۶۳	شادکامی

جدول ۴. نتایج آزمون تی زوجی برای بررسی اختلاف میانگین شادکامی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

کنترل		مداخله		متغیر
مقدار p	t	مقدار p	t	
۰/۲۷۵	-۱/۱۱۲	<۰/۰۰۱	-۱۰/۵۴۲	رضایت از زندگی
۰/۲۸۵	-۱/۰۸۹	<۰/۰۰۱	-۴/۸۰۳	رضایت خاطر
۰/۴۵۴	-۰/۷۵۹	<۰/۰۰۱	-۶/۶۳۵	حرمت خود
۰/۰۰۴	-۳/۱۴۸	۰/۰۰۵	-۳/۰۱۰	خلق مثبت
۰/۷۷۳	۰/۲۹۱	۰/۰۰۲	-۵/۹۱۷	انرژی مثبت
۰/۱۸۶	-۱/۳۵۶	<۰/۰۰۱	-۱۱/۱۶۷	کل

واحد‌های پژوهش گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون به ترتیب برابر با ۳۷/۵۳ و ۳۵/۱۰ بود که از نظر آماری فاقد اختلاف معنی‌دار بود ($p=0/332$). بررسی میانگین ابعاد پنجگانه شادکامی نشان داد که در میان گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری از نظر ابعاد رضایت از زندگی، رضایت خاطر، حرمت خود و انرژی مثبت وجود نداشت ($p>0/05$)، در حالی که بین این دو گروه در مرحله پیش آزمون از نظر خلق مثبت اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/005$). یافته‌های ارائه شده در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد که میانگین شادکامی واحدهای پژوهش گروه مداخله و کنترل در نوبت دوم اندازه‌گیری به ترتیب برابر با ۴۷/۶۳ و ۳۸/۳۳ بود. یافته‌های حاصل از آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر شادکامی و ابعاد رضایت از زندگی، رضایت خاطر، حرمت خود و انرژی

است. در گروه مداخله و کنترل به ترتیب بیشترین فراوانی مربوط به گروه‌های سنی ۲۵-۳۱ و ۳۵-۳۱ سال بود. همچنین بیشترین فراوانی در بین گروه بندی‌های سابقه کار در گروه مداخله و کنترل به ترتیب مربوط به ۵-۱ و ۱۰-۶ سال بود. سهم افراد متاهل در گروه مداخله نصف مشارکت کنندگان و در گروه کنترل ۷۰ درصد بود. در هر دو گروه سهم افراد دارای مدرک لیسانس و ساکن در منزل شخصی بیشتر بود. بیش از نیمی از مشارکت کنندگان در هر دو گروه فاقد فرزند بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند و از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند ($p>0/05$).

میانگین و انحراف معیار متغیرهای شادکامی و تاب‌آوری در دو مرحله پیش و پس آزمون در گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. میانگین شادکامی

مثبت وجود داشت ($p < 0/05$)، در حالی که بین این دو گروه از نظر خلق مثبت اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p = 0/431$).

نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که در مرحله پیش آزمون در گروه مداخله بین سن، سابقه کار و تعداد فرزند با میانگین شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$)، در حالی که در گروه کنترل ارتباط بین متغیرهای سن، سابقه کار و تعداد فرزند با میانگین شادکامی معنی‌دار بود ($p < 0/05$). در این راستا نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که افراد در بازه سنی ۲۱-۲۵ سال و سابقه ۵-۱ سال به صورت معنی‌داری میانگین شادکامی بیشتری کسب کردند ($p < 0/05$). همچنین افراد بدون فرزند و افراد دارای سه فرزند میانگین شادکامی بیشتری نسبت به سایر افراد در گروه کنترل و در مرحله پیش آزمون داشتند ($p < 0/05$). در مرحله پس آزمون در گروه مداخله و کنترل بین سن، سابقه کار و تعداد فرزند با میانگین شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

همچنین بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در مرحله پیش آزمون در گروه مداخله و کنترل بین وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و مالکیت منزل مسکونی با میانگین شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). در مرحله پس آزمون در گروه مداخله بین وضعیت تاهل و میانگین شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد مجرد به صورت معنی‌داری میانگین بیشتری کسب کردند.

در جدول ۴ وضعیت واحدهای پژوهش گروه مداخله و کنترل از نظر شادکامی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به وسیله آزمون تی زوجی مقایسه شده است. یافته‌های ارائه شده نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون اختلاف معنی‌داری در گروه مداخله از نظر شادکامی و ابعاد پنجگانه آن وجود داشت ($p < 0/05$)، این درحالی است که در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون اختلاف معنی‌داری در گروه کنترل از نظر شادکامی وجود نداشت ($p = 0/186$). بررسی ابعاد نشان داد که در بین ابعاد شادکامی صرفاً میانگین خلق مثبت در گروه کنترل در مرحله دوم نسبت به مرحله اول دارای اختلاف معنی‌داری بود ($p = 0/004$).

در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه شادکامی و ابعاد آن در پرستاران ارائه شده است.

نتایج آزمون لوین نشان دهنده عدم معنی‌داری نتایج آزمون بود ($p > 0/05$)؛ بر این اساس شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا است. مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه افزایش شادکامی و ابعاد رضایت از زندگی، حرمت

پیش آزمون (شادکامی) خطا

پیش آزمون (رضایت از زندگی) خطا

پیش آزمون (رضایت خاطر) خطا

پیش آزمون (حرمت خود) خطا

پیش آزمون (خلق مثبت) خطا

پیش آزمون (انرژی مثبت) خطا

جدول ۵. تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران

Effect size	p-value	F	Mean squares	df	Sum of squares	
۰/۴۰۹	۰/۰۰۲	۱۰/۳۴۸	۸۹۲/۲۳۶	۱	۸۹۲/۲۳۶	پیش آزمون (شادکامی)
-	-	-	۸۶/۲۲۷	۵۷	۴۹۱۴/۹۱۸	خطا
۰/۳۹۷	۰/۰۰۱	۱۳/۴۷۰	۱/۷۲۸	۱	۱/۷۲۸	پیش آزمون (رضایت از زندگی)
-	-	-	۰/۱۲۸	۵۷	۷/۳۱۳	خطا
۰/۲۳۷	۰/۱۰۶	۲/۷۰۵	۰/۴۳۶	۱	۰/۴۳۶	پیش آزمون (رضایت خاطر)
-	-	-	۰/۱۶۱	۵۷	۹/۱۸۶	خطا
۰/۲۹۴	۰/۰۰۲	۱۰/۲۶۲	۱/۶۰۲	۱	۱/۶۰۲	پیش آزمون (حرمت خود)
-	-	-	۰/۱۵۶	۵۷	۸/۸۹۷	خطا
۰/۳۶۳	۰/۲۸۰	۱/۱۹۲	۰/۲۳۰	۱	۰/۲۳۰	پیش آزمون (خلق مثبت)
-	-	-	۰/۱۹۳	۵۷	۱۱/۰۰۰	خطا
۰/۳۴۶	۰/۰۰۱	۱۲/۲۸۵	۲/۷۷۱	۱	۲/۷۷۱	پیش آزمون (انرژی مثبت)
-	-	-	۰/۲۲۶	۵۷	۱۲/۸۸۵	خطا

خود و انرژی مثبت پرستاران اثربخش بود ($p < 0.05$). اندازه اثر برای شادکامی، رضایت از زندگی، حرمت خود و انرژی مثبت به ترتیب برابر با 0.397 ، 0.294 و 0.346 بود که نشان می‌دهد تقریباً 41 ، 40 ، 29 و 35 درصد تغییرات واریانس شادکامی، رضایت از زندگی، حرمت خود و انرژی مثبت ناشی از متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) بود.

بحث

در این مطالعه تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان‌های کودکان مفید و امام حسین (ع) بررسی شد. در مرحله پیش‌آزمون یافته‌های به دست آمده در گروه مداخله و کنترل نشان داد که به ترتیب میانگین متغیر شادکامی برابر با $37/53$ و $38/33$ بود. در مطالعه جزایری و همکارانش که بر روی 400 نفر از زنان شاغل در استان لرستان انجام شد، این بازه در چهار طیف طبقه بندی شده است. بر این اساس نمرات کمتر از 22 بیانگر شادی کم، نمرات بین 22 تا 44 بیانگر شادی متوسط، نمرات بین 44 تا 68 بیانگر شادی بالا و نمرات بالاتر از 68 مویید شادکامی بسیار بالا است. در مطالعه مذکور شادکامی با میان $53/83$ در سطح بالا قرار داشت (28). این در حالی است که در مطالعه حاضر میانگین به دست آمده برای گروه مداخله و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در بازه متوسط قرار داشت. نمونه‌های مورد بررسی در مطالعه جزایری و همکاران شامل زنان شاغل در ادارات دولتی بود. تفاوت در محیط کار در مطالعه مذکور با مطالعه حاضر می‌تواند دلیل تفاوت در سطح شادکامی مشاهده شده باشد.

در زمینه بررسی میزان شادکامی، مطالعات مختلفی صورت گرفته است که نتایج به دست آمده نشان دهنده وجود تفاوت‌های محسوسی در این رابطه است. در مطالعه جوانمردنژاد و همکارانش بر روی پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایلام یافته‌ها نشان داد که میانگین شادکامی برابر با $67/17$ است که بیانگر شادکامی بالا در بین پرستاران مورد بررسی است (29). این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. شادکامی تحت تاثیر عوامل درونی نظیر ویژگی‌های شخصیتی و همچنین عوامل بیرونی مانند شغل، وضعیت شغل و محیط کاری و ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی قرار می‌گیرد (12). لذا وجود تفاوت در بین نتایج مطالعات مختلف در زمینه متغیرهای

روانشناختی نظیر شادکامی امری غیر منطقی نیست. در مطالعه‌ای که توسط قضاوی و همکارانش بر روی پرستاران بیمارستان سید الشهداء شهر اصفهان انجام شد، یافته‌های به دست آمده نشان داد که در نوبت اول اندازه گیری میانگین شادکامی پرستاران گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر با $42/3$ و $42/5$ است (30) که میانگین به دست آمده در سطح متوسط بود و از این حیث با پژوهش حاضر همخوانی دارد. شادکامی به عنوان یک متغیر روانشناختی تحت تاثیر حالات ذهنی و روانی افراد قرار می‌گیرد و لذا در حین مقایسه یافته مطالعات مختلف از حیث شادکامی، همواره باید این نکته که شادکامی به زمینه مورد بررسی (هم از نظر فرد و هم از نظر محیط) وابسته است، توجه شود. پیلای (Pillai) مطالعه‌ای بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های هند انجام داد و یافته‌های به دست آمده نشان داد که وضعیت شادکامی پرستاران مورد بررسی در سطح متوسط است (31).

یکی از متغیرهای تعیین کننده در زمینه میزان شادکامی و سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان، بخش کاری آنها است. تفاوت بین وضعیت شادکامی پرستاران بر اساس بخش در مطالعه محمدی و صدری دمیچی بررسی و تایید شد (15). همچنین مطالعه‌ای در این راستا توسط کوشا و همکارانش با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و عملکرد شغلی پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه و عادی در بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع) انجام شد که یافته‌ها حاکی از آن است که بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و بخش‌های عادی به صورت معنی-داری متفاوت است (32).

نتایج حاصل از آزمون‌های آماری نشان داد که بین سن، سابقه کار، تعداد فرزند و وضعیت تاهل با میانگین شادکامی مشارکت کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در زمینه سن و سابقه کار، نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که افراد $25-21$ سال و دارای $5-1$ سال سابقه کار از پرستاران سایر گروه‌های سنی شادتر بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه جوانمردنژاد و همکاران همخوانی دارد (29). همچنین مشابه با این قسمت از یافته‌ها، نتایج مطالعه نسترن بروجنی و اسدی بر روی کارکنان وزارت ورزش و جوانان نیز حاکی از همبستگی معکوس بین سن و شادکامی است (33). افراد جوان‌تر از انرژی بالاتری برخوردار هستند و در مقابل با تنش‌های روانی تاب آوری بالاتری از خود نشان می‌دهند. با این حال یافته برخی از مطالعات نشان دهنده عدم وجود ارتباط بین سن و میانگین شادکامی است (34 ، 35). در زمینه سابقه کار، افراد دارای

داد که میانگین شادکامی افراد مجرد به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد متأهل بود (۳۸).

یافته‌های حاصل از آزمون تی زوجی نشان دهنده اثربخشی مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه شادکامی پرستاران بود. یافته‌های تکمیلی حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه شادکامی و ابعاد رضایت از زندگی، حرمت خود و انرژی مثبت اثربخش بوده است. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف تغییر در پیامدهای مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است و شواهد موجود حاکی از اثربخشی آن است. در زمینه متغیرهای روانشناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس، یافته‌های مطالعه‌ای بر روی ۱۶ زن مبتلا به درد مزمن نشان داد که این مداخله در زمینه تخفیف مشکلات روانشناختی مذکور موثر است (۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقاومت روانشناختی افراد را افزایش می‌دهد، قدرت تمرکز آنها را بالا می‌برد و با اتخاذ رویکرد ذهنی و عملی صحیح به فرد کمک می‌کند که تنش‌های روانی کمتری را تجربه نماید و لذا منجر به ارتقای سلامت روان می‌شود (۱۹). در این راستا همچنین یافته‌های مطالعه‌ای در کشور سوئیس بر روی ۹۱ کارمند دارای اختلال استرس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش استرس این افراد موثر است (۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شخص آموزش می‌بیند که به صورت واقع بینانه با حوادث مواجه شود، تحلیلی منطقی از شرایط داشته باشد و با دید منطقی و متکی بر ارزش به صورت عملی برای رفع چالش‌ها و حل مسائل اقدام کند. ممارست در طی کردن این مراحل توسط شخص باعث ارتقای سلامت روان و کاهش اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود (۳۹).

یکی دیگر از حوزه‌های تحت تأثیر این مداخله، حوزه روابط افراد است. بدون شک افراد با نگرش منطقی و واقع بینانه که از ثبات روانی بهتری برخوردار هستند، در روابط متقابل خود اعم از روابط کاری و غیر کاری موفق‌تر خواهند بود. در این راستا، یافته‌های مطالعه نامنی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی تأثیر مثبت دارد (۲۲). در محیط کاری پرستاران نیز کیفیت ارتباطات عامل تعیین کننده‌ای در ممانعت از ایجاد تعارض به شمار می‌آید و می‌تواند کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی را بهبود بخشد و کیفیت زندگی را ارتقا دهد. در زمینه کیفیت زندگی، یافته‌های مطالعه گراهام (Graham) و همکارانش در کشور انگلیس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

سابقه کار بین ۱ الی ۵ سال داری شادکامی بالاتری بودند. در این راستا یافته‌های بدست آمده در مطالعه نسترین بروجنی و اسدی منطبق بر یافته‌های پژوهش حاضر است (۳۳)، در حالی که چنین ارتباط معنی‌داری در مطالعه هوانگ (Hwang) بر روی پرستاران در کشور کره جنوبی (۳۵) و همچنین مطالعه موسوی و همکاران بر روی پرستاران استان زنجان مشاهده نشد (۳۴).

میانگین شادکامی افراد بدون فرزند و افراد دارای سه فرزند بیشتر از سایر پرستاران بود. مطالعه مشابهی که به بررسی ارتباط بین تعداد فرزند و میزان شادکامی پرداخته باشد، به دست نیامد. با این حال می‌توان اظهار داشت که فرزند و تولد فرزند یک رویداد مهم و لذت بخش به شمار می‌آید. اما وجود فرزند فرد را با تنش‌های متعددی مواجه می‌کند. این تنش‌ها و مسائل به ویژه در ماه‌ها و سال‌های اول تولد فرزند بسیار زیاد است (۳۶). بنابراین انتظار می‌رود افرادی که دارای تعداد بیشتری فرزند هستند، به دلیل تجربه شرایط مراقبت و نگهداری از کودک به صورت کارآمد و موثرتری بر مشکلات فائق آمده و لذت فرزند داری را بیشتر تجربه نمایند که یافته‌های مطالعه نیز همین امر را نشان داده است.

بین وضعیت تاهل و میانگین شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به گونه‌ای که میانگین شادکامی پرستاران مجرد بیش از افراد متأهل بود. در زمینه وضعیت تاهل، یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده دارای تناقضات متعددی است. در این زمینه، مطالعه جوانمردنژاد و همکارانش در ایلام، مطالعه موسوی و همکارانش در زنجان و مطالعه هوانگ در کره جنوبی نشان دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین وضعیت تاهل و میانگین شادکامی بود (۳۵، ۳۴، ۳۰). این در حالی است که در مطالعه صفاری و همکارانش بین وضعیت تاهل و شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به گونه‌ای که میانگین شادکامی افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود (۳۷). هدف از ازدواج یافتن شخصی است که طرفین بتوانند در طی زندگی مشترک با وی به تکامل دست یابند و موجبات آرامش روانی شان فراهم شود. آموزه‌های دین مبین اسلام نیز بر این اصل تأکید دارد و هدف از ازدواج را کسب محبت و آرامش بیان می‌کند. البته باید توجه داشت که این پیامد صرفاً در نتیجه یک انتخاب صحیح و درست امکان پذیر است و چه بسا بعضی از افراد متأهل با چالش روانی و تنش‌های متعددی مواجه هستند. در این راستا یافته‌های مطالعه احمدی و همکارانش بر روی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی نشان

کیفیت توسط پرستاران به شمار می‌آیند. ارسال و دریافت دقیق پیام‌های کاری و تمرکز بر روی روند درمان به ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه سبب بهبود ایمنی شده و روند درمان بیماران تسریع می‌شود. این شرایط زمینه را برای رضایتمندی خانواده کودکان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه فراهم می‌کند. از این رو توجه به مقوله شادکامی و ارتقای وضعیت آن از حالت متوسط به حالت شادکامی بالا به عنوان یک موضوع دارای اولویت برای بهبود کمی و کیفی خدمات به شمار می‌رود. در مطالعه حاضر نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه میزان شادکامی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کودکان موثر است. این مداخله یک رویکرد قابل اجرا، بدون عارضه و دارای اثربخشی تایید شده است و لذا می‌تواند به عنوان یک برنامه توسعه حرفه‌ای توسط مراکز ذیصلاح به بیمارستان‌ها معرفی شود تا زمینه برای اجرای فراگیر آن فراهم شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران است و لذا نویسندگان از تمامی مسئولین آن دانشگاه نهایت تشکر و قدردانی را دارند. همچنین از مسئولین بیمارستان‌های کودکان مفید و امام حسین (ع) به جهت تسهیل در اجرای مطالعه و از تمامی مشارکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

سبب بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی در مبتلایان به اختلالات عضلانی می‌شود (۴۰).

در حوزه پرستاری نیز شواهد موجود تایید کننده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. در این راستا یافته‌های مطالعه بحرانیان و همکارانش بر روی پرستاران بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا در تهران نشان داد که این مداخله در زمینه کاهش فرسودگی پرستاران موثر است (۴۱). همچنین یافته‌های مطالعه حبیبیان و همکارانش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش فرسودگی شغلی پرستاران بخش انکولوژی و بیماری‌های خاص کودکان بیمارستان شهید صدوقی یزد موثر بوده است (۲۴). علاوه بر این یافته‌های مطالعه‌ای توسط مرمرچی نیا و ذوقی پایدار نشان داد که ارائه آموزش مبنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود امیدواری، تفکر عاملی، تفکر استراتژیک و شادکامی می‌شود (۴۲). این مداخله در اصل نوع اندیشیدن افراد به مسائل زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با منطقی سازی نگرش در عین توجه به ارزش‌های اصیل زندگی، شرایط را برای شاد زیستن در فرد فراهم می‌کند (۴۳) که یافته‌های مطالعه حاضر نیز تایید کننده اثربخشی این مداخله در زمینه شادکامی پرستاران است.

در مرحله پیش آزمون، شادکامی پرستاران در سطح متوسط بود. شادکامی یکی از مظاهر اصلی سلامت روانی است. شادکامی با افزایش دقت و تمرکز پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباطات آنها ارتباط مستقیم دارد. دقت و تمرکز و همچنین روابط سازنده از اصلی‌ترین پیش نیازهای ارائه خدمات با

REFERENCES

- 1- Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing* 2015; 14: 15.
- 2- O'brien ME, Editor. *Spirituality in nursing*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2017.
- 3- Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review* 2015; 40: 254-271.
- 4- Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid*. 2017; 22:252-258.
- 5- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383:1824-1830.
- 6- Mealer M, Jones J, Meek P. Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *Am J Crit Care* 2017; 26:184-192.
- 7- Barr P. Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology* 2017; 23:214.
- 8- Cheung T, Yip P. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 11072-110100.
- 9- Poursadeghiyan M, Abbasi M, Mehri A, Hami M, Raei M, Ebrahimi H. Relationship between job stress and anxiety, depression and job satisfaction in nurses in Iran. *Soc Sci* 2016; 11: 2349-2355.

- 10-Mahmodi SH, Zehni K. The comparison of depression prevalence between shift work nurses in education hospitals of Kurdistan medical sciences university. *Iran J Nurs Res* 2013; 8: 29-38. [In Persian]
- 11-Veenhoven R. Greater Happiness for a Greater Number: Did the Promise of Enlightenment Come True? *Soc Indic Res* 2017; 130:9-25.
- 12-Shiota MN, Campos B, Oveis C, Hertenstein MJ, Simon-Thomas E, Keltner D. Beyond happiness: Building a science of discrete positive emotions. *Am Psychol* 2017; 72:617.
- 13-Song EA, Heo MS, An HJ, Choi JS. Influence of Emotional Labor, Nursing Work Environment, and Self-efficacy on Happiness Index among National Psychiatric Hospital Nurses in Korea. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 26:46-54.
- 14-Sedghi Goyaghaj N, Rostami M, Khosrozadeh M, Hosseini M. Effect of positive thinking skills training on nurse's job burnout. *Iran J Nurs Res* 2016; 3: 38-47. [In Persian]
- 15-Mohammadi N, Sadri Damirchi E. Comparing the mental health and happiness among nurses of psychiatric and physical wards. *Daneshvar Med* 2017; 25: 73-80. [In Persian]
- 16-Lan HK, Subramanian P, Rahmat N, Kar PC. The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Aust J Adv Nurs* 2014; 31:22.
- 17-Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Lamers S, Schreurs KM. Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. *Front Psychol* 2016; 7:353.
- 18-Forman EM, Juarascio AS, Martin LM, Herbert JD. Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In: Lilienfeld S, Cautin RL, Editors. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. New Jersey, USA: Wiley-Blackwell; 2015.
- 19-Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behav Ther* 2016; 47:869-885.
- 20-Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, López J, Fernández-Fernández V, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J Cons Clin Psychol* 2015; 83:760.
- 21-Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. *Iran J Rehabil Res* 2016; 2:1-9. [In Persian]
- 22-Namani E. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment (ACT) on communication beliefs and marital satisfaction of the incompatible women. *J Couns Psychol* 2016; 15: 58-80. [In Persian]
- 23-Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *Int J Clin Health Psychol* 2018; 18:60-68.
- 24-Habibian Z, Sadri Z, Nazmiyeh H. Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy-Based Training on Job Stress and Burnout among Pediatric Oncology and Special Diseases Nurses. *Iran J Pedia Hematol Oncol* 2018; 8:118-25.
- 25-Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Pers Individ Differ* 1990; 11:1011-1017.
- 26-Alipoor A, Agah Heris M. Reliability and Validity of Oxford Hapinness Inventory among Iranians. *J Iran Psychol* 2007; 3:287-298. [In Persian]
- 27-Alipoor A, Noorbala AA. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 1999; 5: 55-66. [In Persian]
- 28-Jazayeri S H, Delavar A, Dortaj F. The relationship between Personality Characteristics, Emotional Intelligence, Attachment Style and Voluntary Activities, and the Happiness of Employed Women. *Yafte Quarterly Res J* 2018; 20:67-82. [In Persian]
- 29-Javanmardnejad S, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H. Happiness in Nurses Working in the Emergency Department of the Hospitals of Ilam University of Medical Sciences in 2018. *Crit Care Nurs* 2019; 11:1-8. [In Persian]
- 30-Ghazavi Z, Mardany Z, Pahlavanzadeh S. Effect of Happiness Educational Program of Fordyce on the Level of Nurses' Happiness. *J Health Care* 2017; 19:117-124. [In Persian]
- 31- Pillai RP. Happiness and Personality Traits of Care Professionals: A Comparative Analysis of Nurses in Kerala. *International Conference on Management and Information Systems*. Available from: <http://www.icmis.net/icmis18/ICMIS18CD/pdf/S170-final.pdf>. [Last cited on 2018 Dec 22].

32-Kavoosi Koosha Z, Ghaderi A, Moeinizadeh M. The Relationship between Psychological Well-being and Nurses' Job Performance and Comparison among Intensive Care Units with Others. *Res Clin Psychol Couns* 2015; 4:175-194. [In Persian]

33-Nastaran Boroujeni I, Asadi H. Investigating the Relationship between Happiness and Organizational Commitment in the Staff of the Ministry of Sport and Youth of the Islamic Republic of Iran. *J Spost Management* 2014; 6:545-557. [In Persian]

34-Mousavi S R, Amini K, Ramezanibadr F, Roohani M. The level of happiness among nurses and its' relation to some demographic factors in Zanjan province-2017. *Hayat* 2018; 24:233-243. [In Persian]

35-Hwang E. Effects of the organizational culture type, job satisfaction, and job stress on nurses' happiness: A cross sectional study of the intensive care hospitals of South Korea. *Jpn J Nurs Sci* 2019; 60:163-173.

36-Kohler HP. Do children bring happiness and purpose in life? In: Kaufmann EP, Wilcox WB, Editors. *Whither the Child?* New York: Routledge; 2015.

37-Saffari M, Sanaeinasab H, Rashidi Jahan H, Purtaghi G, Pakpour A. Happiness, Self-efficacy and Academic Achievement among Students of Baqiyatallah University of Medical Sciences. *J Med Edu Develop* 2014; 7: 45-56. [In Persian]

38-Ahmadi GH, Ghaderi Ramazi M, Barati-sadeh F. The Role of Meaningful life, Committed Life and Demographic Variables in Student Happiness. *Contemp Psychol* 2015; 10: 46-49. [In Persian]

39-Brown M, Glendenning AC, Hoon AE, John A. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2016; 18: e221.

40-Graham CD, Chalder T, Rose MR, Gavriloff D, McCracken LM, Weinman J. A pilot case series of a brief acceptance and commitment therapy (ACT)-based guided self-help intervention for improving quality of life and mood in muscle disorders. *Cogn Behav Ther* 2017; 10.

41-Bahreini AH, Khanjani S, Masjedi Arani A. The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Burnout in Nurses. *J Pol Med* 2016; 5: 143-152. [In Persian]

42-Marmarchinia M, Zoghi Paidar MR. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hope and Happiness Teenage Girls Covered by Welfare Organization. *J App Psychol* 2017; 11: 157-174. [In Persian]

43-Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hoyer J, Wittchen HU, Gloster AT. Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *J Context Behav Sci* 2017; 6: 63-70.