

February-March 2026, Volume 13, Issue 6

The Effect of Positive Resilience Training on Social Tolerance of Emergency Department Nurses

Yadollahi GH¹, Amini R^{2*}, Moghimian M³

1. MS.c Student of Nursing, Department of Nursing, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran./ Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Assistance Professor, Department of Nursing, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran./ Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Associate Professor, Department of Nursing, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran./ Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Corresponding author: Amini R. Assistance Professor, Department of Nursing, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran./ Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: raziyeh.amini90@iau.ac.ir

Received: 2025/09/07

Accepted: 2026/01/18

Abstract

Introduction: Promoting social tolerance among emergency department nurses working in high-stress environments is a professional necessity. This study aimed to determine the effectiveness of implementing a positive resilience program on social tolerance among emergency nurses at Al-Zahra Hospital in Isfahan.

Methods: The present study is a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design with a control group. Sixty nurses meeting the inclusion criteria were selected by convenience sampling and randomly assigned to equal intervention and control groups. The intervention group received an eight-session positive resilience program (90 minutes each) based on a psychologist's protocol. Demographic and social tolerance questionnaires were completed before and after the intervention. Data were analyzed descriptively and inferentially using SPSS version 21.

Results: Before intervention, mean total social tolerance scores were 49.8 ± 12.68 for the intervention group and 47.83 ± 5.85 for the control group, with no significant difference ($P > 0.05$). After the program, scores increased significantly in the intervention group to 68.37 ± 3.53 ($P < 0.001$), while the control group showed no significant change (47.47 ± 5.73 ; $P = 0.34$).

Conclusions: The findings confirmed the research hypothesis that positive resilience training enhances social tolerance among nurses. Strengthened resilience can improve nurses' work conditions and systematic nursing service delivery.

Keywords: Resilience, Social tolerance, Nurse, Emergency department.

بررسی تأثیر برنامه تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی پرستاران بخش اورژانس

غزاله یداللهی^۱، راضیه امینی^{۲*}، مریم مقیمیان^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. /مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. /مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۳- دانشیار، گروه پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. /مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: راضیه امینی، استادیار، گروه پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. /مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: raziyeh.amini90@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۱۶

چکیده

مقدمه: ارتقا مدارای اجتماعی پرستاران بخش اورژانس که در محیط پر تنش فعالیت می کنند از الزامات حرفه ای می باشد. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین اثربخشی اجرای برنامه تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی پرستاران اورژانس بیمارستان الزهراء اصفهان بود.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است که ۶۰ نفر پرستار دارای معیارهای ورود به مطالعه به روش در دسترس انتخاب و بر اساس شماره پرسنلی (زوج، فرد) در دو گروه مساوی مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. در گروه مداخله برنامه تاب آوری مثبت گرا، مطابق پروتکل ارائه شده توسط روانشناس در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه مدارای اجتماعی قبل و بعد از مطالعه توسط پرستاران تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. **یافته ها:** میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن قبل از مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $49/8 \pm 5/85$ و $47/83 \pm 5/85$ بود که تفاوت معنادار نداشت ($P > 0/05$). این میانگین بعد از ارائه آموزش های تاب آوری مثبت گرا در گروه مداخله به $68/37 \pm 3/53$ و در گروه کنترل به $47/47 \pm 5/73$ رسید که تفاوت در گروه مداخله با قبل و با گروه کنترل محسوس و معنادار بود و نشان دهنده تاثیر دریافت آموزش های تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی در پرستاران بود ($P < 0/001$). اما در گروه کنترل تفاوت معنادار نبود ($P = 0/34$).

نتیجه گیری: در راستای تایید فرضیه پژوهش نتایج نشان داد که توان مدارای اجتماعی پرستاران تحت تاثیر آموزش های تاب آوری مثبت گرا رشد می کنند. بدین ترتیب تاب آوری تقویت شده می تواند به بهبود شرایط کاری پرستار و ارائه خدمات پرستاری نظام مند کمک کند.

کلیدواژه ها: تاب آوری، مدارای اجتماعی، پرستار، بخش اورژانس

پرستاری به عنوان یکی از پراسترس ترین مشاغل در میان حرفه های بهداشتی در سراسر جهان شناخته شده است (۱). پرستاران در بخش های اورژانس مسئولیت مراقبت از بیماران در وضعیت های بالینی متفاوت را بر عهده دارند (۲، ۳). محیط پر استرس بخش های اورژانس، باعث ناراحتی فیزیکی و علائم روانی مانند اضطراب، افسردگی و فرسودگی، در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی به ویژه پرستاران می شود (۴، ۵). استرس شغلی پرستاران اورژانس با کاهش بازدهی، افزایش خطاهای پزشکی، کاهش خلاقیت، ناخشنودی شغلی، کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری و کاهش مدارای اجتماعی مرتبط است (۴، ۶).

مدارای اجتماعی در جوامع با تنوع و گوناگونی بالا، به عنوان یک شاخص در عملکرد مناسب اجتماعی به حساب می آید. (۷، ۸). در دنیای امروز با وجود عواملی هم چون تفاوت های فرهنگی، اقتصادی، شغلی، بدون داشتن حداقلی از مدارای اجتماعی و تحمل عقاید مختلف، زندگی کردن در شرایط عادی سخت و مشکل می باشد. به عبارت دیگر، مدارا به عنوان پدیده ای اجتماعی می تواند بر فرآیندهای جاری در زندگی افراد تاثیر گذار باشد (۹، ۱۰). افزایش مدارای اجتماعی دارای جنبه های مثبت اجتماعی و فردی می باشد به گونه ای که افرادی که دارای تحمل اجتماعی بالا هستند ضمن تسهیل تعاملات بین فردی و برقراری ارتباطات اثربخش، سلامت روان، بهزیستی اجتماعی و رضایت خود را نیز ارتقا می دهند (۱۰، ۱۱).

پرستاران تجارب منفی و خشن زیادی را تجربه می کنند که ممکن است باعث کاهش مدارای اجتماعی شود و به دنبال آن بهره وری، کیفیت مراقبت و کیفیت زندگی آنها کاهش پیدا می کند (۱۲). انجام اقدامات موثر پیشگیرانه در بهبود وضعیت سلامت روحی و روانی پرستاران بسیار حائز اهمیت می باشد. یکی از مداخلات روان شناسی که در سال های اخیر بسیار به آن توجه شده است، برنامه آموزشی تاب آوری مثبت گرا می باشد (۱۳). تاب آوری به فرایند پویایی اشاره دارد که منجر به انطباق و سازگاری با شرایط نامساعد و سخت است. بررسی مبانی نظری روان شناسی مثبت گرا، بیانگر کارایی بالقوه این رویکرد برای طیف وسیعی از افراد و موقعیت های مختلف است (۱۴). فرضیه تاب آوری از زیرمجموعه های نظریه گسترش روان شناسی مثبت می باشد و نظریه اخیر نیز یک نظریه

کلیدی است که بسیاری از ایده های روانشناسی مثبت نگر مبتنی بر آن می باشد (۱۵). کاهش اثر استرس به کمک رفتارهای تسهیل کننده سازگاری و انطباق با شرایط را تاب آوری در محیط کار گویند (۱۶). آموزش تاب آوری موجب یادگیری مهارت های رفتاری و شناختی به منظور تسلط بر موقعیت های دارای استرس به ویژه در مناسبات شغلی و بین فردی می باشد (۱۷). این برنامه نه تنها می تواند توانایی تاثیرگذاری افراد را در موقعیت های اضطراب انگیز افزایش دهد، بلکه می تواند موجب انعطاف پذیری افراد در موقعیت های بحرانی و حساس زندگی شود و به گونه ای بر مدارای اجتماعی اثرگذار می باشد (۱۸). علیرغم اهمیت افزایش مدارای اجتماعی در پرستاران، به عنوان گروه درگیر در تعاملات اجتماعی بالا و واکاوی اثربخشی اجرای برنامه تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی، مطالعه ای در جامعه پرستاری تا کنون در این خصوص صورت نگرفته است. و از طرفی باتوجه به وضعیت شغلی پرستاران بخش های ویژه مانند اورژانس که به واسطه لزوم اقدام به جا و سریع با مدیریت زمان از یک سو و مواجه شدن با بیماران و خانواده های آنان که به سبب اضطراب ایجاد شده بی قرار و نگران می باشند، با چالش ها و استرس های بالایی مواجه هستند ضروری است اقدامات لازم جهت بهبود وضعیت و ارتقای مدارای اجتماعی صورت گیرد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین تاثیر برنامه تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی پرستاران بخش اورژانس بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا، تحقیق نیمه تجربی دو گروهی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود که پس از دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.196 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و اخذ مجوزهای مربوطه جهت ورود به محیط پژوهش انجام گرفت. در این مطالعه، جامعه آماری شامل پرستاران اورژانس و محیط انجام پژوهش بیمارستان فوق تخصصی الزهرا شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش متشکل از ۶۰ نفر پرستار اورژانس بیمارستان الزهرا بودند که به روش در دسترس و براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. این معیارها شامل: پرستاران دارای حداقل دو سال سابقه کار در اورژانس، پرستاران با مدرک کارشناسی و بالاتر، تمایل

دست آمد که ضریب مطلوبی برای این پرسشنامه محسوب می شود (۱۹).

پس از اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، هماهنگی های لازم با معاونت پژوهشی بیمارستان الزهراء اصفهان صورت گرفت سپس با مراجعه به سوپروایزر آموزشی بیمارستان و بیان اهداف مطالعه جهت اجرای برنامه هماهنگی های لازم انجام شد. برنامه تاب آوری مثبت گرا بر اساس کتاب سعدی پور، رستمی و گزل (۲۵) و محمدی بردبری (۲۶) مطابق جدول ۱ در گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، ۲ بار در هفته به صورت گروهی اجرا شد که با هماهنگی سوپروایزر و سرپرستار طوری برنامه ریزی میشد که خارج از شیفت پرستاران باشد. برنامه توسط پژوهشگر و روانشناس مرکز و زیر نظر تیم تحقیق ارائه گردید. هیچ گونه مداخله ای برای گروه کنترل در نظر گرفته نشد.

داده های به دست آمده از نمونه های مورد مطالعه پس از ورود به نرم افزار نسخه Spss 21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از امار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی زوجی، مستقل) جهت ارائه نتایج استفاده شد. سطح معنی داری در هر یک از آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

به شرکت در مطالعه، نداشتن سابقه بیماری های جسمی و روانی به صورت خوداظهاری و تأیید مدیر بلافصل بود. نمونه ها به روش در دسترس انتخاب و براساس شماره پرسنلی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. بدین ترتیب که، افرادی که آخرین شماره پرسنلی آنها فرد بود در گروه کنترل و اگر زوج بود در گروه مداخله قرار گرفتند در پژوهش حاضر ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مدارای اجتماعی بود. اطلاعات جمعیت شناختی افراد شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه کار، میزان تحصیلات، نوع شیفت، سابقه کار بالینی در اورژانس و میزان درآمد ماهیانه بود. پرسشنامه مدارای اجتماعی توسط مسعود زالی زاده و همکاران در سال ۱۳۹۷ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال و ۷ بعد (مدارای عقیدتی (سوال ۱-۲)، مدارای مذهبی (۳-۵)، مدارای قومیتی (۶-۸)، مدارای ملیتی (۹-۱۱)، مدارای جنسیتی (۱۳-۱۲)، مدارای رفتاری و اخلاقی (۱۴-۱۵)، مدارا با مجرمان (۱۶-۱۷) می باشد. طیف پاسخ دهی آن از نوع لیکرت پنج گزینه ای بود. کسب نمره ۱۲ نشاندهنده کمترین و نمره ۶۰ بالاترین مدارای اجتماعی می باشد. در پژوهش زالی زاده و همکاران (۱۳۹۷) روایی صوری و محتوای این مقیاس تأیید گردید. و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به

جدول ۱. برنامه آموزش گروه مداخله

جلسه	اهداف	محتوا	روش آموزش
اول	آشنایی با روان شناسی مثبت گرای سلینگمن	بیان اهداف مطالعه- مقررات جلسات آموزشی-	سخنرانی
دوم	امید و مولفه های دستیابی به آن	آشنایی اعضاء با تعریف امید، بررسی اهمیت نقش امید در زندگی، آشنایی با مؤلفه های دستیابی به امید، تعریف و بیان ویژگی های اهداف، انواع هدف، موانع دستیابی به اهداف. ارائه تکلیف: مطالعه موارد آموزش داده شده	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ
سوم	تفکر راهبردی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آشنایی با تعریف تفکر راهبردی و موانع آن، مهارت حل مسأله و تفکر خلاق. ارائه تکلیف: مطالعه موارد آموزش داده شده و آماده سازی برای پرسش و پاسخ در ابتدای جلسه بعد	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ
چهارم	آشنایی با تفکر عاملی	بررسی نظرات اعضای گروه درباره تکلیف، آشنایی با تعریف تفکر عاملی و بیان موانع انگیزشی و آموزش مدل شناختی (ABCD) سلیمان بر افزایش انگیزه و جمع بندی جلسه و ارائه تکلیف	پرسش و پاسخ، بحث گروهی
پنجم	آشنایی با مفهوم تاب آوری و ویژگی های افراد تاب آور	بررسی تکلیف جلسه گذشته، ۷ ویژگی برای افراد تاب آور (از قبیل: شادی، خردمندی و بینش، شوخ طبعی، همدلی، قابلیت های ذهنی، هدفمندی در زندگی، ثبات قدم) معرفی می شود. ارائه تکلیف: مطالعه موارد آموزش داده شده و آماده سازی برای پرسش و پاسخ در ابتدای جلسه بعد	سخنرانی، بحث و مشارکت اعضاء
ششم	آشنایی با برخی عوامل حمایتی داخلی و خارجی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، خوش بینی، منبع کنترل، عزت نفس	سخنرانی و بحث و مشارکت اعضاء

غزاله یداللهی و همکاران

هفتم	راه های ایجاد تاب آوری	آشنایی با راه های ایجاد تاب آوری و برقراری و حفظ ارتباط با دیگران، چهار چوب دادن به استرس ها، و پذیرفتن تغییر، هدف داشتن و امید به آینده، عمل کردن	بررسی تکلیف جلسه گذشته،	سخنرانی و بحث و مشارکت اعضا
هشتم	احساس مؤثر بودن	بحث در مورد احساس مؤثر بودن، تغییر در سبک اسناد اعضا، بحث در مورد مدل شناختی (ABC) ارائه تمرین در مورد سبک اسناد در جلسه، بحث در مورد باورهای اسنادی، ارائه تکلیف	بررسی تکلیف جلسه گذشته،	سخنرانی و بحث و مشارکت اعضا

یافته ها

۳۷/۵۷ و انحراف معیار ۹/۶۵ و در گروه کنترل از ۲۴ تا ۵۲ با میانگین ۳۸/۵۳ و انحراف معیار ۷/۸۱ سال بود. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین سن پرستاران بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P=۰/۶۷$).

در مطالعه حاضر ۳۰ پرستار در گروه مداخله و ۳۰ پرستار در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی نمونه های مورد مطالعه، در گروه مداخله از ۲۳ تا ۶۰ با میانگین

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی جنس، وضعیت تاهل، شیف کاری و سطح تحصیلات بین دو گروه

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون کای اسکور	P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	زن	۲۸	۹۳/۳	۲۳	۷۶/۷	۰/۰۷
	مرد	۲	۶/۷	۷	۲۳/۳	
	مجرد	۱۲	۴۰	۹	۳۰	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۸	۶۰	۲۰	۶۶/۷	۰/۳۸
	مطلقه	۰	۰	۱	۳/۳	
	صبح	۴	۱۳/۳	۳	۱۰	
شیفت	عصر	۱	۳/۳	۰	۰	۰/۵۹
	شب	۱۲	۴۰	۱۵	۵۰	
	در گردش	۱۳	۴۰/۴	۱۲	۴۰	
سطح تحصیلات	لیسانس	۲۸	۹۳/۳	۲۶	۸۶/۷	۰/۳۳
	فوق لیسانس	۲	۶/۷	۴	۱۳/۳	

($P>۰/۰۵$). آزمون کای اسکور با نسبت درستیابی نشان داد که توزیع فراوانی وضعیت تاهل و شیف کاری نیز بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P>۰/۰۵$).

در گروه مداخله ۲۸ پرستار (۹۳/۳٪) زن و ۲ پرستار (۷/۶٪) مرد بوده و در گروه کنترل ۲۳ نفر (۷۶/۷٪) زن و ۷ نفر (۲۳/۳٪) مرد بودند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که توزیع فراوانی جنس و سطح تحصیلات بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی سابقه کار بالینی بین دو گروه

سابقه کار بالینی	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون من-ویتنی	P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کمتر از ۵ سال	۸	۲۶/۷	۲	۶/۷	۰/۱۴	۱/۴۸
۵-۱۰ سال	۸	۲۶/۷	۸	۲۶/۷		
۱۰-۲۰ سال	۸	۲۶/۷	۱۴	۴۶/۷		
بیشتر از ۲۰ سال	۶	۲۰	۶	۲۰		

آزمون من-ویتنی نشان داد که سابقه کار بالینی بین پرستاران دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P=۰/۱۴$).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن در گروه مداخله قبل و بعد از مطالعه

حیطه های مدارای اجتماعی	قبل از مطالعه		بعد از مطالعه		دامنه اطمینان ۹۵٪		آزمون t زوجی		اندازه اثر (cohen's d)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	حد پایین	حد بالا	t	df	
مدارای عقیدتی	۶/۲۳	۲/۱۸	۸/۰۳	۱/۱۰	-۲/۵۴	-۱/۰۶	۴/۹۹	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارای مذهبی	۶/۸۷	۲/۵۶	۱۱/۵۳	۰/۸۶	-۵/۶۳	-۳/۷۰	۹/۸۷	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارای قومیتی	۸/۱۳	۳/۰۵	۱۱/۶۳	۱/۰۳	-۴/۴۹	-۲/۵۱	۷/۲۰	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارای ملیتی	۷/۹۷	۲/۹۹	۱۱/۴۳	۰/۹۷	-۴/۴۷	-۲/۴۶	۷/۰۷	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارای جنسیتی	۶/۵۰	۲/۲۹	۸/۷۰	۱/۲۴	-۳/۰۲	-۱/۳۸	۵/۵۱	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارای رفتاری	۷/۰۷	۱/۹۹	۸/۹۳	۰/۸۷	-۲/۵۲	-۱/۲۲	۵/۸۹	۲۹	<۰/۰۰۱
مدارا با مهاجران	۷/۰۳	۲/۰۸	۸/۱۰	۰/۶۱	-۱/۸۳	-۰/۳۰	۲/۸۵	۲۹	۰/۰۰۸
نمره کل	۴۹/۸۰	۱۲/۶۸	۶۸/۳۷	۳/۵۳	-۲۳/۰۵	-۱۴/۰۹	۸/۴۸	۲۹	<۰/۰۰۱

آزمون t زوجی نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و همه حیطه های آن بعد از مطالعه به طور معناداری بیشتر از قبل از مطالعه بود ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه

حیطه های مدارای اجتماعی	قبل از مطالعه		بعد از مطالعه		دامنه اطمینان ۹۵٪		آزمون t زوجی		اندازه اثر (cohen's d)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	حد پایین	حد بالا	t	df	
مدارای عقیدتی	۵/۹۰	۱/۶۰	۶/۰۳	۱/۵۴	-۰/۵۰	۰/۲۳	۰/۷۵	۲۹	۰/۴۶
مدارای مذهبی	۷/۳۳	۱/۵۸	۷/۴۰	۱/۶۱	-۰/۴۷	۰/۳۴	۰/۳۴	۲۹	۰/۷۴
مدارای قومیتی	۷/۴۷	۱/۶۶	۷/۳۳	۱/۷۳	-۰/۱۲	۰/۳۹	۱/۰۷	۲۹	۰/۲۹
مدارای ملیتی	۷/۴۷	۱/۲۵	۷/۴۳	۱/۴۱	-۰/۲۲	۰/۲۸	۰/۲۷	۲۹	۰/۷۹
مدارای جنسیتی	۵/۹۳	۱/۳۴	۵/۹۰	۱/۲۷	-۰/۰۹	۰/۱۵	۰/۵۷	۲۹	۰/۵۷
مدارای رفتاری	۶/۸۰	۱/۵۶	۶/۵۰	۱/۴۳	-۰/۱۳	۰/۷۳	۱/۴۰	۲۹	۰/۰۹
مدارا با مهاجران	۶/۹۳	۱/۸۰	۶/۸۷	۱/۷۴	-۰/۱۳	۰/۲۶	۰/۷۰	۲۹	۰/۴۹
نمره کل	۴۷/۸۳	۵/۸۵	۴۷/۴۷	۵/۷۳	-۰/۴۱	۱/۱۴	۰/۹۷	۲۹	۰/۳۴

آزمون t زوجی نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن بین قبل و بعد از مطالعه اختلاف معنادار نداشت ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۶: مقایسه میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن قبل از مطالعه بین دو گروه

حیطه های مدارای اجتماعی	گروه مداخله		گروه کنترل		دامنه اطمینان ۹۵٪		آزمون t مستقل		اندازه اثر (cohen's d)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	حد پایین	حد بالا	t	df	
مدارای عقیدتی	۶/۲۳	۲/۱۸	۵/۹۰	۱/۶۰	-۰/۶۵	۱/۳۲	۰/۶۷	۵۸	۰/۱۷۴
مدارای مذهبی	۶/۸۷	۲/۵۶	۷/۳۳	۱/۵۸	-۱/۵۷	۰/۶۳	۰/۸۵	۵۸	۰/۳۹
مدارای قومیتی	۸/۱۳	۳/۰۵	۷/۴۷	۱/۶۶	-۰/۶۰	۱/۹۳	۱/۰۵	۵۸	۰/۳۰
مدارای ملیتی	۷/۹۷	۲/۹۹	۷/۴۳	۱/۲۵	-۰/۶۹	۱/۶۹	۰/۸۴	۵۸	۰/۴۰
مدارای جنسیتی	۶/۵۰	۲/۲۹	۵/۹۳	۱/۳۴	-۰/۴۰	۱/۵۳	۱/۱۷	۵۸	۰/۲۵
مدارای رفتاری	۷/۰۷	۱/۹۹	۶/۸۰	۱/۵۶	-۰/۶۶	۱/۱۹	۰/۵۸	۵۸	۰/۵۷
مدارا با مهاجران	۷/۰۳	۲/۰۸	۶/۹۳	۱/۸۰	-۰/۹۰	۱/۱۰	۰/۲۰	۵۸	۰/۸۴
نمره کل	۴۹/۸۰	۱۲/۶۸	۴۷/۸۳	۵/۸۵	-۳/۱۴	۷/۰۷	۰/۷۷	۵۸	۰/۴۴

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن قبل از مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P > ۰/۰۵$).

غزاله یداللهی و همکاران

جدول ۷: مقایسه میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و حیطه های آن بعد از مطالعه بین دو گروه

حیطه های مدارای اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	گروه مداخله		گروه کنترل	دامنه اطمینان ۹۵٪		آزمون آنالیز کوواریانس	اندازه اثر (Partial Eta Squared)
			میانگین	انحراف معیار		حد پایین	حد بالا	P	
مدارای عقیدتی	۸/۰۳	۱/۱۰	۶/۰۳	۱/۵۴	۱/۳۱	۲/۶۹	۴۳/۵۵	۱	۰/۴۳۳
مدارای مذهبی	۱۱/۵۳	۰/۸۶	۷/۴۰	۱/۶۱	۳/۴۷	۴/۸۰	۱۸۹/۴۶	۱	۰/۷۶۹
مدارای قومیتی	۱۱/۶۳	۱/۰۳	۷/۳۳	۱/۷۳	۳/۵۶	۵/۰۴	۱۸۷/۹۴	۱	۰/۷۶۷
مدارای ملیتی	۱۱/۴۳	۰/۹۷	۷/۴۳	۱/۴۱	۳/۳۸	۴/۶۲	۲۰۴/۸۷	۱	۰/۷۸۲
مدارای جنسیتی	۸/۷۰	۱/۲۴	۵/۹۰	۱/۲۷	۲/۱۵	۳/۴۴	۸۹/۶۴	۱	۰/۶۱۱
مدارای رفتاری	۸/۹۳	۰/۸۷	۶/۵۰	۱/۴۳	۱/۸۲	۳/۰۵	۱۱۱/۶۷	۱	۰/۶۶۱
مدارای با مهاجران	۸/۱۰	۰/۶۱	۶/۸۷	۱/۷۴	۰/۵۶	۱/۹۱	۲۰/۸۴	۱	۰/۲۶۸
نمره کل	۶۸/۳۷	۳/۵۳	۴۷/۴۷	۵/۷۳	۱۸/۴۴	۲۳/۳۶	۳۵۴/۰۶	۱	۰/۸۶۱

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کل مدارای اجتماعی و همه حیطه های آن بعد از مطالعه در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر اجرای برنامه تاب آوری مثبت گرا بر مدارای اجتماعی پرستاران بخش اورژانس بیمارستان الزهرا اصفهان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. برطبق یافته های جمعیت شناختی، نتایج به دست آمده حاکی از همسان بودن گروه های کنترل و مداخله در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی می باشند، بدین ترتیب می توان استناد نمود که متغیرهای مذکور بر مدارای اجتماعی پرستاران به صورت یکسان تاثیرگذار بوده است. یافته ها نشان داد که میانگین نمره مدارای اجتماعی پرستاران در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار نداشت اما در گروه مداخله بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود. همچنین میانگین نمره حیطه های مدارای اجتماعی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت اما بعد از مداخله در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. یافته ها حاکی از اثربخشی مداخلات مبتنی بر تاب آوری مثبت در تقویت توانمندی های اجتماعی افراد است که می تواند به بهبود روابط بین فردی و کاهش تعارضات اجتماعی منجر شود. از سوی دیگر، عدم تغییر معنادار میانگین نمره مدارای اجتماعی در گروه کنترل، تاییدی است بر اینکه تغییرات مشاهده شده ناشی از اجرای برنامه بوده است و نه عوامل بیرونی یا تغییرات زمانی. همراستا با این نتایج، یافته های

رحیمی و همکاران (۲۰۲۲) با هدف بررسی تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر تحمل پریشانی، کیفیت خواب و تاب آوری در زنان سالمند شهر کرمانشاه و نعمتی و همکاران (۲۰۲۴) با هدف بررسی اثربخشی برنامه مداخله ای مبتنی بر تاب آوری و بخشش بر تحریک پذیری و رفتار یادگیری که نشان دهنده نقش مثبت آموزش های تاب آوری در افزایش مهارت های اجتماعی و مقابله موثر با تنش ها بوده اند (۱۰۴، ۱۰۳)، همسو است. در مطالعات انجام شده در خارج از کشور نیز نتایج مشابه است؛ دی ترانی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نتیجه گیری کردند مدارای اجتماعی پرستاران را می توان از طریق آموزش عملی بهبود بخشید تا به آنها در مقابله با موقعیت های تنش زا کمک کند (۲۰). براسینگتون و همکاران (۲۰۲۱) نیز در بررسی خود گزارش کردند، که مداخله آموزشی تاب آوری باعث افزایش سلامت روان و افزایش تحمل پرستاران در شرایط سخت شده است (۲۱). در مطالعات ذکر شده برخی مطالعات جمعیت مورد ارزیابی با مطالعه حاضر متفاوت بود، اما بدلیل ماهیت تاثیرگذار تاب آوری بر ویژگی های روانشناختی افراد نتایج مطالعات مشابه با مطالعه حاضر بود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که استفاده از برنامه های تاب آوری مثبت گرا به عنوان یک راهکار مداخله ای موثر در توسعه مدارای اجتماعی موثر است. از آنجا که مدارای اجتماعی نقش مهمی در سازگاری فرد با محیط و کاهش تنش های بین فردی دارد، تقویت این مهارت ها می تواند به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد کمک قابل توجهی نماید.

مروری بر ادبیات موجود در مورد نقش مثبت آموزش تاب آوری در افزایش مهارت های اجتماعی و مدیریت تنش ها و مدارای اجتماعی، راهکارهای کلیدی را آشکار

و هم بر جامعه گسترده‌تر از نظر افزایش پذیرش، تعامل مسالمت‌آمیز و احترام متقابل تأثیر می‌گذارند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر تاب‌آوری مثبت به طور معناداری منجر به افزایش میانگین نمره مدارای اجتماعی در پرستاران گروه مداخله شد، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری نداشت. این یافته‌ها نشان از اثرگذاری مثبت برنامه‌های تاب‌آوری در تقویت مهارت‌های اجتماعی و کاهش استرس‌های شغلی پرستاران دارد. با ارتقا مدارای اجتماعی و حیطه‌های مدارای عقیدتی، مذهبی، قومیتی، ملیتی، جنسیتی، رفتاری و مدارا با مهاجران می‌تواند روابط بین فردی و انسجام اجتماعی را بهبود می‌بخشد. بنابراین، استفاده از مداخلات تاب‌آوری مثبت‌گرا به ویژه در محیط‌های پرتنش و استرس‌زا مانند بخش اورژانس در آموزش ضمن خدمت پرستاران پیشنهاد می‌شود. با این حال، به دلیل محدودیت‌های نمونه و روش جمع‌آوری داده‌ها، لازم است مطالعات بعدی با نمونه‌های وسیع‌تر، بازه‌های زمانی طولانی‌تر و روش‌های متنوع‌تر انجام شود تا پایداری و تعمیم‌پذیری نتایج بهتر مورد ارزیابی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر کلیه مراحل مرتبط با اخذ کد اخلاق را گذرانده است و پس از دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.196 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد و کسب مجوزهای مربوط به ورود به محیط پژوهش انجام گرفته است. کلیه ملاحظات مرتبط با حقوق مشارکت‌کنندگان و ملاحظات اخلاقی مربوطه رعایت شده است.

سپاسگزاری

مطالعه انجام گرفته مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد خانم غزاله یداللهی است. تیم مطالعه بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان و پرستاران بیمارستان فوق تخصصی الزهرا که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی نداشتند.

می‌نماید. بدین صورت که اجرای یک برنامه تاب‌آوری مثبت، با افزایش منابع روانشناختی، رفتارهای سازگارانه و مهارت‌های بین فردی، تأثیرات مثبتی بر تقویت مدارای اجتماعی دارد. برنامه‌های تاب‌آوری اغلب عناصری از یادگیری اجتماعی-عاطفی را در خود جای می‌دهند که به فرد کمک می‌کند تا همدلی را توسعه دهد و بتواند ضمن درک دیدگاه‌های متنوع، روابط محترمانه‌ای برقرار کند. با تقویت آگاهی اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی، افراد برای عبور از درگیری‌ها و درک تفاوت‌ها به عنوان اجزای اصلی مدارای اجتماعی، آماده می‌شوند (۲۱). آموزش تاب‌آوری، احساسات منفی مانند استرس، پرخاشگری و پریشانی روانی را مدیریت و با کاهش واکنش‌پذیری عاطفی منفی، افراد برای تعامل مثبت با گروه‌های متنوع، آماده می‌شوند و بدین ترتیب افزایش تاب‌آوری به رفتار مداراجویانه و بهبود انسجام اجتماعی کمک می‌نماید (۲۲، ۲۳). شرکت‌کنندگان در برنامه‌های تاب‌آوری مثبت تشویق می‌شوند تا در پاسخ به ناملایمات، استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه‌ای را اتخاذ کنند. این مکانیسم‌های مقابله‌ای با افزایش ظرفیت روانی-اجتماعی و توانایی انجام رفتارهای مداراجویانه و بدون قضاوت در مواجهه با تفاوت‌ها یا تعارضات اجتماعی مرتبط هستند (۲۲). ابتکارات تاب‌آوری متمرکز بر جامعه، افزایش قابل توجهی در حل مسالمت‌آمیز منازعات و بهبود اعتماد بین گروه‌های مختلف نشان داده است. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای با هدف ایجاد تاب‌آوری جامعه در طول درگیری‌های خشونت‌آمیز - درس‌هایی از عملیات تثبیت جوامع آسیب‌پذیر، اجرای یک مداخله، افزایش ۵۳ درصدی در درک حل مسالمت‌آمیز منازعات و افزایش ۸۶ درصدی اعتماد نسبت به گروه‌های اجتماعی مختلف در جامعه را ثبت کرده است که بر تأثیر گسترده‌تر اجتماعی برنامه‌های تاب‌آوری بر مدارای اجتماعی تأکید دارد (۲۴). برنامه‌های تاب‌آوری مبتنی بر جامعه می‌توانند منجر به بهبود پایدار در تنظیم عاطفی، عزت نفس و رضایت کلی از زندگی شوند. این عوامل زیربنای تعامل اجتماعی مثبت و پذیرش تنوع هستند که برای تحمل اجتماعی مداوم حیاتی هستند (۲۵). اجرای یک برنامه تاب‌آوری مثبت، با توانمندسازی شرکت‌کنندگان با همدلی بیشتر، تنظیم هیجان و مهارت‌های انطباقی، به طور قابل توجهی از توسعه مدارای اجتماعی پشتیبانی می‌کند. این مزایا در محیط‌های متنوع ظاهر می‌شوند و اغلب با دوام و گسترده هستند و هم بر شرکت‌کنندگان

References

1. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American journal of critical care*. 2015;24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
2. Asghari E, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P, Kajabadi AS, Davoodi A. Clinical Reasoning and Its Relationship With Innovation in Nurses Working in the Emergency Departments of Hospitals in Tabriz, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2024;36(146):576-89. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.1391.4>
3. Nasr-Esfahani M, Hatami MH, Shaybani-Tehrani D, Ghaderi M, Karimian Z. Evaluating the Quality of Life of the Staff of Emergency Departments of Hospitals in Isfahan Province, Iran, in Year 2016. *Health Information Management*. 2019;16(1):24-30.
4. Burnett C, Jeter L, Duva I, Giordano N, Eldridge R. Resilience Training in the Emergency Department. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2023;19(9):104760. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104760>
5. karimi M, Bozorgzad P, Najafi Ghezeljeh T, Haghani H, Fallah B. The Productivity and Quality of Work Life in Emergency Nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2021;34(130):73-90. <https://doi.org/10.52547/ijn.34.130.73>
6. Falavarjani MF, Yeh CJ. Optimism and distress tolerance in the social adjustment of nurses: examining resilience as a mediator and gender as a moderator. *Journal of Research in Nursing*. 2019;24(7):500-12. <https://doi.org/10.1177/1744987119839102>
7. Dalton RJ. The participation gap: Social status and political inequality: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198733607.001.0001>
8. Chua G, Ang S, Tan SB. More than 'minority': Social tolerance and youth wellbeing at the intersection of ethnicity and neighbourhood segregation. *Health & Place*. 2024;88:103252. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103252>
9. Shi Y, Peng D. Dynamics of social tolerance in the economic interaction model with three groups. *Applied Economics Letters*. 2014;21(10):665-70. <https://doi.org/10.1080/13504851.2014.881964>
10. Sakallı Ö, Tili A, Altınay F, Karaatmaca C, Altınay Z, Dağlı G. The role of tolerance education in diversity management: A cultural historical activity theory perspective. *Sage Open*. 2021;11(4):21582440211060831. <https://doi.org/10.1177/21582440211060831>
11. Trofimov A, Zabolotna V. Tolerance to uncertainty as a factor in the mental health of the population in conditions of war. *Soc Leg Stud*. 2023;6(3):198-209. <https://doi.org/10.32518/sals3.2023.189>
12. Parker G, Tavella G, Eysers K. Burnout: A guide to identifying burnout and pathways to recovery: Routledge; 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003333722>
13. Karimi B, ghahremani L, Karimi M, Kazemi S. The effect of positive thinking skill training on the resilience of nurses in Abadeh and Eqlid hospitals in the covid-19 pandemic - application of the theory of planned behavior. *Tolooebehdasht*. 2023;22(4):41-58. <https://doi.org/10.18502/tbj.v22i4.14143>
14. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2019;7(1):34-42. <https://doi.org/10.29252/shefa.7.1.34>
15. Csikszentmihalyi M, Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Flow and the Foundations of Positive Psychology: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. 2014:279-98. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
16. Saatchi M. Psychology at work, organization and management. Tehran: The Publication of State Management Educational Center. 1991.
17. Shadi Zavareh B, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children. *Tolooebehdasht*. 2023;22(5):89-106. <https://doi.org/10.18502/tbj.v22i5.14756>
18. Abdollahi MH, Shahgholian M, Baheshmat S. The role of fatigue and depression in illness perception of patients with Multiple Sclerosis. *Chronic Diseases Journal*. 2016:39-47.
19. ZaliZadeh M, HosseinZadeh AH, ZaliZadeh M. The Study of Sociological Aspects of Social Tolerance With Emphasis on Personality Traits. *Journal of Applied Sociology*. 2015;26(4):149-64.

20. Di Trani M, Mariani R, Ferri R, De Berardinis D, Frigo MG. From resilience to burnout in healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of the ability to tolerate uncertainty. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:646435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435>
21. Cahill H, Dadvand B. Social and emotional learning and resilience education. *Health and education interdependence: Thriving from birth to adulthood*: Springer; 2020. p. 205-23. https://doi.org/10.1007/978-981-15-3959-6_11
22. Abu Attallah A, Tarawneh F, Dardas L. The effectiveness of a resilience program on reducing social anxiety among peer victimized Jordanian adolescents: a quasi-experimental pilot study. *Mental Health and Social Inclusion*. 2024. <https://doi.org/10.1108/MHSI-09-2024-0157>
23. Akbari B. Effectiveness of training psychological resilience on aggression and happiness among students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2017;27(1):1-7. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hnmj.27.1.1>
24. Bruggeman M. BUILDING COMMUNITY RESILIENCE DURING VIOLENT CONFLICT- Lessons Learned from Mercy Corps' Stabilizing Vulnerable Communities. 2015.
25. Las-Hayas C, Mateo-Abad M, Vergara I, Izco-Basurko I, González-Pinto A, Gabrielli S, et al. Relevance of well-being, resilience, and health-related quality of life to mental health profiles of European adolescents: results from a cross-sectional analysis of the school-based multinational UPRIGHT project. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2022;57(2):279-91. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02156-z>