Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) **Original Article**

December-January 2025, Volume 13, Issue 5

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Distress Tolerance and Psychological Well-Being of Oncology Ward Nurses

Zahra Mosafer Tafreshi[1], Khadijeh Hatamipour[2*], Ali Khanehkeshi[3]

1- Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2- Department of Nursing, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3- Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding Author: Khadijeh Hatamipour, Department of Nursing, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
Email: kh.hatamipour@iau.ac.ir

Received: 2025/10/05 Accepted: 2025/11/06

Abstract

Introduction: Nurses, due to job stress and pressure, experience decreased distress tolerance and psychological well-being. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on distress tolerance and psychological well-being of oncology ward nurses.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this study was all oncology ward nurses of public hospitals of Sari city in the spring season of 2025. Number of 40 people from the oncology ward were selected according to the inclusion criteria using by available sampling method and randomly divided into two equal groups. The experimental group underwent 12 sessions of 90 minutes of cognitive behavioral therapy for three months (one session per week), and the control group remained on the waiting list for training. The data of this study were collected with the Distress Tolerance Scale and Revised Psychological Well-Being Questionnaire and analyzed with the methods of chi-square and multivariate analysis of covariance in SPSS version 27 software.

Results: The results of this research showed that there was no significant difference between the mean components of distress tolerance and psychological well-being of oncology ward nurses in the experimental and control groups in the pre-test phase ($P>0.05$), but there was a significant difference between all of them in the post-test phase ($P<0.001$). Also, cognitive behavioral therapy improved all components of distress tolerance (increased tolerate emotional distress, subjective appraisal of distress, and effort to alleviate the distress, and reduced attention absorbed by distressing emotions) and all components of psychological well-being (increased autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relationships with others, purpose in life, and self-acceptance) in oncology nurses ($P<0.001$).

Conclusions: According to the results of the present study, health professionals and therapists can use cognitive behavioral therapy along with other treatment methods to improve the psychological characteristics of nurses, especially increasing distress tolerance and psychological well-being.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Distress Tolerance, Psychological Well-Being, Nurses, Oncology.

نشریه روان پرستاری
مقاله پژوهشی
آذر و دی ۱۴۰۴، دوره ۱۳، شماره ۵

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی

زهرا مسافر تفرشی[۱]، خدیجه حاتمی‌پور[۲*]، علی خانه‌کشی[۳]

۱- گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲- گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳- گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: خدیجه حاتمی‌پور، گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
ایمیل: kh.hatamipour@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۱۵

چکیده

مقدمه: پرستاران به دلیل استرس‌ها و فشارهای شغلی دچار افت تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی می‌شوند. بنابراین، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی بود.

روش کار: مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه پرستاران بخش‌های آنکولوژی بیمارستان‌های دولتی شهر ساری در فصل بهار سال ۱۴۰۴ بودند. تعداد ۴۰ نفر از پرستاران بخش آنکولوژی با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه (هفته‌ای یک جلسه) تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. داده‌های این مطالعه با مقیاس تحمل پریشانی و پرسشنامه تجدیدنظرشده بهزیستی روانشناختی جمع‌آوری و با روش‌های خی‌دو و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>0/05$)، اما بین همه آنها در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/001$). همچنین، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود همه مولفه‌های تحمل پریشانی (افزایش تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی و کاهش توجه جذب شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده) و همه مولفه‌های بهزیستی روانشناختی (افزایش استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) در پرستاران بخش آنکولوژی شد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، متخصصان و درمانگران حوزه سلامت می‌توانند از درمان شناختی رفتاری در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی پرستاران به‌ویژه افزایش تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، تحمل پریشانی، بهزیستی روانشناختی، پرستاران، آنکولوژی.

مقدمه

پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در تضمین رفاه بیماران دارند. بنابراین، تلاش برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی پرستاران اهمیت زیادی دارد (۱). پرستاران بخش آنکولوژی با بیماران سرطانی مواجه هستند که نرخ درمان آنها پایین و میزان عودی بیماری آنان بالا است. همچنین، آنان شاهد هزینه‌های بالای درمانی، عود بیماری و مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به سرطان هستند (۲). امروزه، سرطان یکی از مهم‌ترین معضل‌های سلامتی دنیا است که به‌عنوان یک بیماری فلج‌کننده، مزمن و پیش‌رونده، سومین علت مرگ‌ومیر می‌باشد (۳). شیوع بالا و در حال رشد سرطان و بار گسترده ناشی از آن، مراقبت ایمن و با کیفیت را به یک اولویت برای بیماران و خانواده‌های آنان، برنامه‌ریزان، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و مراقبتی تبدیل کرده است (۴). پرستاران بخش آنکولوژی به دلیل استرس‌ها و فشارهای شغلی دچار خستگی و فرسودگی شغلی می‌شوند و سلامت جسمی و روانی و کیفیت کار و نگرش‌های خدماتی آنها افت می‌کند (۵). اشتغال در بخش آنکولوژی و انجام مراقبت‌های پرستاری از بیماران سرطانی برای پرستاران بسیار تنش‌زا است؛ به‌طوری که بیش از ۷۰ درصد از پرستاران این بخش میزان متوسط تا بالای فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند (۶).

یکی از مشکلات پرستاران، افت تحمل پریشانی است (۷) که به میزان ظرفیت افراد برای تجربه ناراحتی‌های هیجانی و مقاومت در برابر آنها اشاره دارد. به عبارت دیگر، این سازه به معنای توانایی تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی و تاب‌آوری در برابر آنها است (۸). تحمل پریشانی شامل چهار بخش تحمل پریشانی هیجانی (میزان تحمل حالت‌های هیجانی پریشان‌کننده)، ارزیابی ذهنی پریشانی (میزان ارزیابی مثبت از حالت‌های هیجانی پریشان‌کننده)، تلاش برای تسکین پریشانی (میزان تلاش‌های تنظیم‌کننده برای تسکین حالت‌های هیجانی پریشان‌کننده) و توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده (میزان توجه به حالت‌های هیجانی پریشان‌کننده در صورت وقوع) می‌باشد (۹). افراد دارای تحمل پریشانی پایین معمولاً هیجان‌های پریشان‌کننده را غیرقابل کنترل می‌دانند و نمی‌توانند از راهبردهای مقابله‌ای سازگار برای مقابله و مواجهه با آنها استفاده نمایند (۱۰). در مقابل، افراد دارای تحمل پریشانی بالا در کنترل، تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود بهتر عمل می‌کنند، واکنش‌های منطقی‌تر و سازگارتری به استرس‌ها و پریشانی‌ها نشان می‌دهند و در تحقق رفتارهای هدفمند با توجه به وقوع پریشانی‌های هیجانی موفق‌تر هستند (۱۱).

یکی از مشکلات پرستاران، افت بهزیستی روانشناختی است (۱۲) که به‌عنوان یکی از سازه‌های چندبعدی برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر به معنای تلاش برای شکوفایی همه‌جانبه استعدادها و توانمندی‌های بالقوه فرد می‌باشد (۱۳). بهزیستی روانشناختی شامل شش بخش استقلال (احساس مستقل‌بودن در زندگی و داشتن نقش فعال در رفتارهای خود)، تسلط محیطی (احساس کنترل‌داشتن بر محیط و استفاده از فرصت‌ها)، رشد شخصی (کسب تجربه‌های جدید و رشد مستمر در زندگی)، ارتباط مثبت با دیگران (احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک مطلوب از این روابط)، هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی و درک معنا و مفهوم آن) و پذیرش خود (پذیرش جنبه‌های مختلف خود و نگرش مثبت به آنها) می‌باشد (۱۴). افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالاتر معمولاً رویدادهای ناخوشایند کمتر و رویدادهای خوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند، ارتباط حمایت‌گرایانه سالم‌تر و ارتباط اجتماعی بهینه‌تری دارند و رضایت از زندگی بالاتر و سلامت روانشناختی و کیفیت زندگی مطلوب‌تری را گزارش می‌نمایند (۱۵).

یکی از روش‌های درمانی جهت بهبود ویژگی‌های روانشناختی، درمان شناختی رفتاری است (۱۶). این روش درمانی به‌عنوان نوعی روان‌درمانی ساختاریافته و کوتاه‌مدت از مشارکت فعال مراجع و درمانگر برای دستیابی به هدف‌ها و بهبود ویژگی‌ها استفاده می‌کند (۱۷). در درمان شناختی رفتاری به‌طورهمزمان از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و کنترل و مدیریت هیجان‌های مربوط به ابعاد جسمی و روانی استفاده می‌شود تا فرد یادبگیرد که نسبت به افکار واحساس‌های خود آگاهی یابد و با دیدی گسترده‌تر به آنها نگاه کند (۱۸). این روش درمانی با افزایش آگاهی پیرامون افکار منفی و خطاهای شناختی با تاکید بر راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند تلاش برای انجام وظیفه‌ها و رفتارهای هدفمند سبب بهبود ویژگی‌های روانشناختی می‌شود (۱۹).

پژوهش‌هایی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی انجام شده است.

برای مثال، نتایج پژوهش گیریلی و همکاران نشان داد که آموزش شناختی رفتاری باعث افزایش تحمل پریشانی در نوجوانان خودآسیب‌رسان شد (۲۰). ویوجانوویچ و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تحمل پریشانی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه و مصرف مواد شد (۲۱). بختیاری و پوردل ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری در زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد شد (۲۲). در پژوهشی دیگر حسین‌زاده و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، تلاش برای تسکین پریشانی و توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده و مولفه‌های نشخوار فکری شامل حواس‌پرتی، تعمیق و در فکر فرورفتن در افراد معتاد در حال بهبود شد (۲۳). علیاری خانشان وطن و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی شد (۲۴). همچنین، نتایج پژوهش گوک و یوسلو نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش روانی باعث کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دبیرستانی شد، اما تاثیر معناداری بر ابراز احساس‌ها و بهزیستی روانی آنان نداشت (۲۵). گالاگر و همکاران حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود بهزیستی ذهنی، روانشناختی و اجتماعی و کاهش اضطراب در بزرگسالان شد (۲۶). در پژوهشی دیگر حسینی‌راد و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری با کوچینگ شناختی رفتاری باعث بهبود بهزیستی روانشناختی در زنان قربانی خشونت خانگی شد (۲۷). باقری شیخانگفشه و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش تاب‌آوری و مولفه‌های بهزیستی روانشناختی شامل استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی شد (۲۸).

از یک سو پرستاری یکی از شغل‌های استرس‌زا است و از سوی دیگر پرستاران بخش آنکولوژی به دلیل مواجهه با مرگ بیماران بیشتری نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها با استرس‌ها و فشارهای شغلی بیشتری مواجه هستند (۵). بنابراین، استرس‌های شغلی می‌تواند سبب افت تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی گردد. در نتیجه، لازم و ضروری است که از روش‌های درمانی موثر مانند درمان شناختی رفتاری جهت بهبود ویژگی‌های روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی استفاده کرد. یکی از خلأهای موجود پژوهش‌های ممکن اینکه، پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی این گروه آسیب‌پذیر (مواجهه زیاد پرستاران بخش آنکولوژی با استرس شغلی بالا) بررسی نکرده و خلأ دیگر اینکه کمتر پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرداخته است. نکته حائز اهمیت دیگر همان‌طور که در بخش پیشینه مشخص است اینکه، گاهی نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی متفاوت بودند. با توجه به مطالب مطرح‌شده، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی بود.

روش کار

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه پرستاران بخش‌های آنکولوژی بیمارستان‌های دولتی شهر ساری در فصل بهار سال ۱۴۰۴ بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر است و بر همین اساس و با توجه به ریزش‌های احتمالی و کفایت نمونه‌گیری، حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر لحاظ شد. تعداد ۴۰ نفر از پرستاران بخش آنکولوژی با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. در این پژوهش، ملاک‌های ورود به مطالعه شامل علاقه‌مندی و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم سابقه دریافت درمان شناختی رفتاری، عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به‌صورت همزمان و عدم وقوع رخدادهای تنش‌زا مانند مرگ و طلاق نزدیکان در سه ماه گذشته بودند. همچنین، ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر یک جلسه، ایجاد مشکل‌های جسمی و روانشناختی در حین مداخله و انصراف از ادامه همکاری بودند.

ابزارهای پژوهش حاضر شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات و سابقه کاری)، مقیاس تحمل پریشانی و پرسشنامه تجدیدنظرشده بهزیستی روانشناختی بودند.

مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر (۲۹) با ۱۵ گویه در چهار خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۴ گویه)، توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده (۴ گویه)، ارزیابی ذهنی پریشانی (۴ گویه) و تلاش برای تسکین پریشانی (۳ گویه) طراحی شد. برای پاسخدهی به هر گویه از طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافق با نمره یک تا کاملاً مخالف با نمره پنج استفاده شد. نمره هر خرده‌مقیاس با مجموع نمره گویه‌های سازنده آن محاسبه می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات برای خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده و ارزیابی ذهنی پریشانی ۴ تا ۲۰ و برای خرده مقیاس تلاش برای تسکین پریشانی ۳ تا ۱۵ بود و نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده بیشتر داشتن آن ویژگی است. سازندگان مقیاس، روایی آن را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود چهار عامل تحمل پریشانی هیجانی، توجه جذب شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی بود و پایایی آنها را با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش کردند (۲۹). در ایران، طلایری و باوی پایایی تحمل پریشانی هیجانی، توجه جذب شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی را با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ گزارش نمودند (۳۰). در پژوهش حاضر، میزان پایایی برای آنها با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه تجدیدنظر شده بهزیستی روانشناختی: این پرسشنامه توسط ریف و کییز (۳۱) با ۱۸ گویه در شش خرده‌مقیاس استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود (هر خرده‌مقیاس ۳ گویه) طراحی شد. برای پاسخدهی به هر گویه از طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی کم با نمره یک تا خیلی زیاد با نمره پنج استفاده شد. نمره هر خرده‌مقیاس با مجموع نمره گویه‌های سازنده آن محاسبه می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات آنها ۳ تا ۱۵ بود و نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده بیشتر داشتن آن ویژگی است. سازندگان پرسشنامه، روایی آن را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود شش عامل استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود بود و پایایی آنها را با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۱). در ایران، شیرمحمدی و همکاران پایایی استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۷۴، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ گزارش نمودند (۳۲). در پژوهش حاضر، میزان پایایی برای آنها با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

برای درمان شناختی رفتاری که به صورت گروهی طراحی شده از پروتکل هاوتون و همکاران ترجمه قاسم‌زاده استفاده که محتوی و تکلیف جلسه به جلسه آن در جدول ۱ ارائه شد (۳۳).

جدول ۱. محتوای جلسه به جلسه درمان شناختی رفتاری گروهی

جلسه	محتوی	تکلیف
اول	توضیح قوانین گروه، تشریح تعامل فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری، آشنایی نمونه‌ها با مولفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطح اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار دارند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال‌ساز (A)، باورها یا افکار (B) و واکنش هیجانی (C)	نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی با استفاده از توالی A-B-C
دوم	یادگیری جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، آشنایی با افکار خودآیند، آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود، شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با مقاومت‌ها	ثبت مقاومت‌های درمانی و ارائه راهبردهای برای مقابله با آنها
سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره‌ها، باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند منفی، شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی	نوشتن چند مورد از بدترین حوادث زندگی با استفاده از توالی A-B-C و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آنها

چهارم	تشریح و تفسیر پیکان عمودی و حل مشکلاتی که گروه در کاربست روش پیکان عمودی برای شناسایی طرحواره‌های منفی داشتند، توانمندسازی نمونه‌ها در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قراردادن باورهای خود در این ده طبقه	ثبت و دسته‌بندی باورها
پنجم	آموزش در جهت تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای منفی، رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آنها	تهیه فهرست اصلی باورها علت دوام باورهای منفی، رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی
ششم	آموزش تغییرپذیری باورها و تشریح چگونگی تغییر و تجدیدنظر در باورها	تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهای شناسایی‌شده
هفتم	درک سودمندی متفاوت باورها و ارزشیابی آنها بر اساس معیارها و ملاک‌ها	ثبت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آنها و تصمیم‌گیری درباره حفظ یا حذف آنها
هشتم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی درباره باورهای خود	تکمیل کاربرگ تحلیل منطقی طرحواره‌های شرطی و قطعی
نهم	آموزش نمونه‌ها در راستای فهم باورهای مخالف و درک سلسله‌مراتب موقعیت‌ها و رویدادهای مرتبط با باورها	تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های مرتبط با باروهای اصلی، تهیه عبارت‌های مخالف با باورهای خود و تهیه کارتی که طرف آن باور مثبت و طرف دیگر آن باور منفی ثبت شده باشد
دهم	آموزش تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری با استفاده از ارائه تصاویر مبهم	تمرین تغییر ادراکی و تمرین بازداری قشری
یازدهم	آموزش نحوه خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی و تمرین خیال‌پردازی	مرور و ثبت باورهای مخالف، تمرین خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی و تکمیل کاربرگ طرح نگهدارنده خود
دوازدهم	بررسی طرح‌های نمونه‌ها برای نگهداری هدف‌های درمانی، اخذ بازخورد از نمونه‌ها درباره برنامه درمانی و خلاصه و جمع‌بندی	کاربست راهکارها در زندگی واقعی

در پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوزهای لازم پژوهشی جهت ارائه به بیمارستان‌های شهر ساری دارای بخش آنکولوژی (بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان بوعلی سینا) اقدام به نمونه‌گیری از میان پرستاران با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه شد و این نمونه‌ها به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی در دو گروه ۲۰ نفری شامل گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه (هفته‌ای یک جلسه) تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. مداخله در فصل تابستان توسط پژوهشگر اول که دارای مدرک دوره درمان شناختی رفتاری در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر ساری است، انجام شد و هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی ارزیابی و در پایان پژوهش از نمونه‌های هر دو گروه تقدیر و تشکر به عمل آمد. برای گروه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش تبیین و درباره رعایت موازین اخلاقی به آنان تعهد داده شد. لازم به ذکر است که این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TON.REC.1404.003 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است که در آن ملاحظات اخلاقی رعایت شد.

همچنین، داده‌های این مطالعه پس از گردآوری با روش‌های خی‌دو برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی، آزمون شاپیرو- ویلک برای نرمال‌بودن، آزمون ام‌باکس برای همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه برای شیب خط رگرسیون و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه‌های این پژوهش تعداد ۴۰ نفر از پرستاران بخش آنکولوژی بودند. بر اساس نتایج آزمون خی‌دو گزارش‌شده در جدول ۲، پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، سن، تحصیلات و سابقه کاری تفاوت معناداری نداشتند (P>۰/۰۵).

جدول ۲. نتایج آزمون خی‌دو برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران بخش آنکولوژی

متغیر		گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	ارزش	درجه آزادی	معناداری
جنسیت	زن	۱۱ (۵۵)	۱۳ (۶۵)	۰/۴۱	۱	۰/۵۱۹
	مرد	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)			
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۷ (۳۵)	۴ (۲۰)	۱/۱۲	۲	۰/۵۶۹
	۳۰ تا ۴۰	۹ (۴۵)	۱۱ (۵۵)			
	بیشتر از ۳۰	۴ (۲۰)	۵ (۲۵)			
تحصیلات	کارشناسی	۱۴ (۷۰)	۱۲ (۶۰)	۰/۴۴	۱	۰/۵۰۷
	کارشناسی ارشد	۶ (۳۰)	۸ (۴۰)			
سابقه کاری (سال)	کمتر از ۱۰	۳ (۱۵)	۶ (۳۰)	۱/۶۹	۲	۰/۴۲۹
	۱۰ تا ۲۰	۹ (۴۵)	۹ (۴۵)			
	بیشتر از ۲۰	۸ (۴۰)	۵ (۲۵)			

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل گزارش شده در جدول ۳، بین میانگین مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>0/05$)، اما بین همه آنها در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/001$).

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)	معناداری
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۶/۴۵ (۱/۲۳)	۶/۵۰ (۱/۳۵)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۹/۰۰ (۰/۷۹)	۶/۹۰ (۱/۶۵)	<۰/۰۵
توجه جذب شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده	پیش‌آزمون	۹/۲۵ (۰/۷۱)	۹/۱۵ (۰/۸۱)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۶/۲۵ (۰/۷۱)	۹/۰۰ (۰/۷۲)	<۰/۰۵
ارزیابی ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۱۲/۷۵ (۱/۰۲)	۱۲/۵۰ (۰/۸۲)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۶/۷۵ (۱/۲۰)	۱۲/۷۵ (۰/۷۸)	<۰/۰۵
تلاش برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۶/۷۰ (۰/۷۳)	۶/۵۰ (۰/۶۸)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۹/۶۰ (۰/۹۹)	۶/۳۵ (۱/۰۸)	<۰/۰۵
استقلال	پیش‌آزمون	۷/۱۵ (۱/۲۶)	۷/۲۵ (۱/۶۱)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰/۵۰ (۱/۰۰)	۷/۳۰ (۱/۴۱)	<۰/۰۵
تسلط محیطی	پیش‌آزمون	۷/۲۰ (۱/۳۶)	۶/۹۵ (۱/۵۳)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰/۱۰ (۱/۵۱)	۷/۱۰ (۱/۴۱)	<۰/۰۵
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۶/۵۰ (۱/۱۹)	۶/۱۰ (۱/۲۵)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۹/۳۵ (۱/۱۳)	۶/۶۰ (۱/۱۴)	<۰/۰۵
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۷/۰۰ (۱/۲۹)	۷/۱۰ (۱/۴۸)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۹/۸۵ (۱/۲۶)	۶/۵۰ (۱/۲۷)	<۰/۰۵
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۶/۷۵ (۱/۴۴)	۶/۷۵ (۱/۲۹)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰/۲۰ (۰/۸۳)	۶/۶۰ (۱/۳۹)	<۰/۰۵
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۶/۸۰ (۱/۵۰)	۶/۶۵ (۱/۳۴)	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۰/۲۵ (۱/۰۷)	۷/۰۵ (۱/۳۵)	<۰/۰۵

نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد فرض نرمال‌بودن بر اساس آزمون شاپیرو- ویلک برای مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس بر اساس آزمون ام‌باکس، فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی و فرض شیب خط رگرسیون بر اساس اثر تعاملی مداخله و مولفه‌های تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی رد نشد (P>۰/۰۵). بنابراین، شرایط برای استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون‌های چندمتغیری گزارش شده در جدول ۴، حداقل بین یکی از مولفه‌های تحمل پریشانی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

جدول ٤. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای مولفه‌های تحمل پریشانی

آزمون	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۳	۱۰۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
لامبدا ویلکز	۰/۳۶	۱۰۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
اثر هاتلینگ	۱۳/۷۷	۱۰۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۳/۷۷	۱۰۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده در جدول ۵، بین همه مولفه‌های تحمل پریشانی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود همه مولفه‌های تحمل پریشانی (افزایش تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی و کاهش توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده) در پرستاران بخش آنکولوژی شد (P<۰/۰۰۱).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های تحمل پریشانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
تحمل پریشانی هیجانی	۳۷/۰۲	۱	۳۷/۰۲	۳۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده	۷۰/۴۵	۱	۷۰/۴۵	۱۲۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸
ارزیابی ذهنی پریشانی	۱۶۳/۶۰	۱	۱۶۳/۶۰	۱۷۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
تلاش برای تسکین پریشانی	۹۴/۰۷	۱	۹۴/۰۷	۸۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱

بر اساس نتایج آزمون‌های چندمتغیری گزارش شده در جدول ۶، حداقل بین یکی از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

جدول ٦. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای مولفه‌های بهزیستی روانشناختی

آزمون	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۶	۱۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
لامبدا ویلکز	۰/۳۳	۱۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
اثر هاتلینگ	۲۴/۷۵	۱۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۴/۷۵	۱۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش‌شده در جدول ۷، بین همه مولفه‌های بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود همه مولفه‌های بهزیستی روانشناختی (افزایش استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) در پرستاران بخش آنکولوژی شد (P<۰/۰۰۱).

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های بهزیستی روانشناختی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
استقلال	۱۰۱/۰۵	۱	۱۰۱/۰۵	۲۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶
تسلط محیطی	۷۳/۱۴	۱	۷۳/۱۴	۵۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
رشد شخصی	۶۳/۰۵	۱	۶۳/۰۵	۵۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵
ارتباط مثبت با دیگران	۱۰۸/۵۹	۱	۱۰۸/۵۹	۱۱۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸
هدفمندی در زندگی	۱۲۶/۵۵	۱	۱۲۶/۵۵	۱۰۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶
پذیرش خود	۹۲/۵۵	۱	۹۲/۵۵	۱۴۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱

بحث

یافته‌ها و نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هیچ یک از مولفه‌های تحمل پریشانی (شامل تحمل پریشانی هیجانی، توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی) و بهزیستی روانشناختی (شامل استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) پرستاران بخش آنکولوژی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت، اما بین همه آنها در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود همه مولفه‌های تحمل پریشانی شامل افزایش تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی و کاهش توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده در پرستاران بخش آنکولوژی و بهبود همه مولفه‌های بهزیستی روانشناختی شامل افزایش استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در آنان شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود همه مولفه‌های تحمل پریشانی شامل افزایش تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی و کاهش توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده در پرستاران بخش آنکولوژی شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های گیریلی و همکاران مبنی بر اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر افزایش تحمل پریشانی (۲۰)، ویوجانوویچ و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش تحمل پریشانی (۲۱)، بختیاری و پوردل مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش تحمل پریشانی (۲۲)، حسین‌زاده و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، تلاش برای تسکین پریشانی و توجه جذب‌شده توسط هیجان‌های پریشان‌کننده (۲۳) و علیاری خانشان وطن و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش تحمل پریشانی بیماران (۲۴) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود مولفه‌های تحمل پریشانی بر مبنای پژوهش گیریلی و همکاران (۲۰) می‌توان استنباط کرد که تحمل پریشانی یکی از ظرفیت‌های روانشناختی بنیادین است که به فرد اجازه می‌دهد تا در مواجهه با هیجان‌های منفی مانند شرایط استرس‌زا بدون رجوع به رفتارهای ناکارآمد و اجتنابی، مقاومت نماید. پرستاران بخش آنکولوژی به دلیل مواجهه مکرر با درد شدید بیماران، شکست در روندهای درمانی و مرگ‌ومیر بالا تحت فشارهای هیجانی و روانی قابل توجهی قرار می‌گیرند که این عوامل باعث افزایش آسیب‌پذیری روانشناختی و کاهش تحمل پریشانی می‌شوند. بنابراین، ارتقاء تحمل پریشانی نقش مهمی در تنظیم هیجان و حفظ تعادل روانی پرستاران بخش آنکولوژی دارد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند در این زمینه موثر واقع شود. برای این منظور درمان شناختی رفتاری با فراهم‌کردن مهارت‌های مقابله‌ای موثر بر توانمندی پرستاران در کنترل و مدیریت فشارهای روانی ناشی از محیط کار تاثیر می‌گذارد و سبب بهبود تحمل پریشانی در آنان می‌شود. بر اساس این روش درمانی ریشه بسیاری از مشکل‌های روانشناختی، الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمد است که اصلاح آنها از طریق تغییر شناخت‌ها و رفتارهای مخرب، اصلاح ارزیابی‌های منفی، مهارت‌های عملی مقابله با استرس، تغییر باورهای ناسازگار و آموزش مهارت‌های خودتنظیمی و مدیریت هیجان می‌تواند سبب بهبود مولفه‌های تحمل پریشانی در پرستاران بخش آنکولوژی گردد.

دیگـر نتایـج ایـن پژوهـش نشـان داد کـه درمـان شـناختی رفتـاری باعـث بهبـود همـه مولفه‌هـای بهزیسـتی روانشـناختی شـامل افزایـش اسـتقلال، تسـلط محیطـی، رشـد شـخصی، ارتبـاط مثبـت بـا دیگـران، هدفمنـدی در زندگـی و پذیـرش خـود در پرسـتاران بخـش آنکولـوژی شـد. ایـن نتیجـه بـا نتایـج پژوهش‌هـای گالاگـر و همـکاران مبنـی بـر اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـر بهبـود بهزیسـتی ذهنـی، روانشـناختی و اجتماعـی (۲۶)، حسـینی‌راد و همـکاران مبنـی بـر اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـا کوچینـگ شـناختی رفتـاری بـر بهبـود بهزیسـتی روانشـناختی (۲۷) و باقـری شیخانگفشـه و همـکاران مبنـی بـر اثربخشـی گـروه درمانـی شـناختی رفتـاری بـر افزایـش مولفه‌هـای بهزیسـتی روانشـناختی شـامل اسـتقلال، تسـلط محیطـی، رشـد شـخصی، ارتبـاط مثبـت بـا دیگـران، هدفمنـدی در زندگـی و پذیـرش خـود (۲۸) همسـو و بـا نتایـج پژوهـش گـوک و یوسـلو مبنـی بـر عـدم اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری مبتنـی بـر آمـوزش روانـی بـر بهزیسـتی روانـی دانش‌آمـوزان دبیرسـتانی (۲۵) ناهمسـو بـود.

در تبییـن ناهمسـویی نتایـج پژوهـش حاضـر بـا نتایـج پژوهـش گـوک و یوسـلو (۲۵) می‌تـوان بـه تفـاوت در تعـداد جلسـه‌های مداخلـه، ابزارهـا و نمونـه متفـاوت اشـاره کـرد. در ایـن پژوهـش بـرای مداخلـه درمـان شـناختی رفتـاری از ۱۲ جلسـه ۹۰ دقیقه‌ای اسـتفاده شـد، امـا آنـان از ۸ جلسـه ۹۰-۶۰ دقیقـه‌ای بـرای درمان شـناختی رفتـاری مبتنـی بـر آمـوزش روانـی اسـتفاده کردنـد. همچنیـن، در پژوهـش حاضـر از پرسشـنامه تجدیدنظرشـده بهزیسـتی روانشـناختی اسـتفاده، امـا در پژوهـش آنـان از فـرم کوتـاه بهزیسـتی روانـی وارویـک- ادینبـورگ اسـتفاده شـد. نکتـه حائـز اهمیـت دیگـر اینکـه، ایـن مطالعـه بـر روی ۴۰ نفـر از پرسـتاران بخـش آنکولـوژی (هـر گـروه ۲۰ نفـر) انجـام، امـا پژوهـش آنـان بـر روی ۲۰ نفـر دانش‌آمـوزان دبیرسـتانی (هـر گـروه ۱۰ نفـر) انجـام شـد. به‌طـور معمـول هـر چـه مـدت مداخلـه بیشـتر باشـد، می‌تـوان انتظـار بیشـتری داشـت کـه روش مداخلـه موردنظـر اثربخش‌تـر باشـد. افـزون بـر آن، هـر چـه حجـم نمونـه بیشـتر باشـد، میـزان خطـا کاهـش و بـا اطمینـان بیشـتری می‌توانـد دربـاره اثربخشـی یـک روش مداخلـه بحـث کـرد و آخریـن مطلـب اینکـه هـر چـه سـن نمونه‌هـای پژوهـش بیشـتر باشـد، آنـان بیشـتر راهکارهـای درمانـی یادگرفته‌شـده را در زندگـی بـه‌کار می‌برنـد و همیـن امـر باعـث اثربخشـی بیشـتر آن می‌شـود. بـا توجـه بـه مطالـب مطرح‌شـده می‌تـوان تفـاوت در نتایـج پژوهـش حاضـر بـا نتایـج پژوهـش گـوک و یوسـلو (۲۵) را تبییـن نمـود.

در تبییـن اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـر بهبـود مولفه‌هـای بهزیسـتی روانشـناختی بـر مبنـای پژوهـش گالاگـر و همـکاران (۲۴) می‌تـوان اسـتنباط کـرد کـه سـلامت و بهزیسـتی روانشـناختی پرسـتاران موضوعـی حیاتـی و کاربـردی می‌باشـد کـه در سـال‌های اخیـر مـورد توجـه مضاعـف پژوهشـگران قـرار گرفتـه اسـت. درمـان شـناختی رفتـاری بـا بهره‌گیـری از راهبردهـای خـاص ایـن شـیوه درمانـی شـامل شناسـایی و بازسـازی الگوهـای فکـری منفـی، اصـلاح باورهـای نادرسـت، تقویـت مهارت‌هـای مقابلـه‌ای و تغییـر رفتارهـای ناکارآمـد نقـش مهمـی در بهبـود وضعیـت روانشـناختی ایفـا می‌کنـد. بـه عبـارت دیگـر، تمرکـز بـر تغییـر در سـاختارهای شـناختی منفـی و آمـوزش مهارت‌هـای مقابلـه‌ای در قالـب برنامه‌هـای تخصصـی به‌طـور قابـل ملاحظـه‌ای بـر بهزیسـتی روانشـناختی تاثیـر می‌گـذارد. بنابرایـن، درمـان شـناختی رفتـاری بـا اصـلاح باورهـای نادرسـت و کاهـش افـکار مخـرب از طریـق ایجـاد نگرش‌هـای واقع‌بینانه‌تـر و سـازنده‌تر نسـبت بـه خـود و محیـط باعـث بهبـود مواجهـه بـا چالش‌هـا و اسـترس‌های مرتبـط بـا زندگـی شـخصی و شـغلی می‌شـود. در نتیجـه، ایـن عوامـل سـبب می‌شـوند کـه درمـان شـناختی رفتـاری باعـث افزایـش مولفه‌هـای بهزیسـتی روانشـناختی در پرسـتاران بخـش آنکولـوژی شـود.

به‌طـور کلـی، نتایـج پژوهـش حاضـر حاکـی از اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـر تحمـل پریشـانی و بهزیسـتی روانشـناختی پرسـتاران بخـش آنکولـوژی بـود. ایـن نتایـج بـرای مدیـران، برنامه‌ریـزان و مسـئولان بیمارسـتان دارای تلویحـات کاربـردی بسـیاری اسـت و آنـان بـر اسـاس نتایـج ایـن پژوهـش و پژوهش‌هـای مشـابه می‌تواننـد گام موثـری در جهـت بهبـود ویژگی‌هـای روان‌شـناختی در پرسـتاران به‌ویـژه پرسـتاران بخـش آنکولـوژی بردارنـد.

نتیجه‌گیری

نتایـج مطالعـه حاضـر نشـان داد کـه درمـان شـناختی رفتـاری باعـث بهبـود مولفه‌هـای تحمـل پریشـانی و بهزیسـتی روان‌شـناختی پرسـتاران بخـش آنکولـوژی شـد. بـه عبـارت دیگر، ایـن روش درمانـی باعـث افزایـش تحمـل پریشـانی هیجانـی، ارزیابـی ذهنـی پریشـانی و تـلاش بـرای تسـکین پریشـانی و کاهـش توجـه جذب‌شـده توسـط هیجان‌هـای پریشـان‌کننده از مولفه‌هـای تحمـل پریشـانی و افزایـش اسـتقلال، تسـلط

محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در پرستاران بخش آنکولوژی شد.

بر اساس نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی، متخصصان و درمانگران حوزه سلامت می‌توانند از درمان شناختی رفتاری در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی پرستاران به‌ویژه افزایش تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی استفاده نمایند. پیشنهاد کاربردی دیگر اینکه مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، مشاوران و درمانگران خود را ملزم به گذراندن دوره درمان شناختی رفتاری نمایند تا آنان در صورت نیاز در مداخله‌های روانشناختی خود از این روش درمانی بهره ببرند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل عدم بررسی تداوم اثربخشی درمان شناختی رفتاری، استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و بهره‌گیری از ابزارهای خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها بودند. بنابراین، به پژوهشگران آتی بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری در دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از مشاهده یا مصاحبه جهت گردآوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران بخش آنکولوژی با سایر روش‌های درمانی از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان ذهن‌آگاهی، درمان پذیرش و تعهد، درمان فراشناختی و غیره مقایسه گردد.

سپاسگزاری

این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TON.REC.1404.003 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است و بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله تشکر و قدردانی خود را از مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری و پرستاران بخش آنکولوژی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این پژوهش، بین نویسندگان هیچ تضاد منافعی وجود نداشت.

References

1. Hosseinzade Ghannad P, Ghanbari Hashem Abadi BA, Aali Sh. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on alexithymia and death anxiety of intensive care unit nurses. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2025; 12(6): 122-135. http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.6.122
2. Alsbrook KE, Donovan HS, Wesmiller SW, Thomas TH. oncology nurses' role in promoting patient self-advocacy. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2022; 26(3): 239-243. https://doi.org/10.1188/22.cjon.239-243
3. Joyce M, Itano J. Critical event debriefing: Impacts on clinical practice and implications for oncology nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2024; 28(1): 33-41. https://doi.org/10.1188/24.cjon.33-41
4. Chen X, Xiao F, Miao Y, Qin H, Yang L, Shen F, Yuan X. Behaviors and influencing factors of Chinese oncology nurses towards frailty care: A cross-sectional study based on knowledge-attitude-practice theory in 2024. PLOS One. 2025; 20(1), e0313822: 1-17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313822
5. Semerci R, Kudubes AA, Esref FC. Assessment of Turkish oncology nurses' knowledge regarding COVID-19 during the current outbreak in Turkey. Supportive Care in Cancer. 2021; 29(4), 1999-2003. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05700-w
6. Ansarimehr F, Zarea K, Farsi Z, Haghighizadeh MH. The effect of positive thinking skills training on happiness and resilience of nurses in Shahid Baqaei oncology hospital of Ahvaz. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2022; 10(4): 65-74. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJPN.10.4.65
7. Falavarjani M, 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): 500-512. https://doi.org/10.1177/1744987119839102

8. Wilson SC, Shaffer JA, Wachholtz AB. Distress tolerance in the comorbid chronic pain and opioid use disorder population. Journal of Addiction Medicine. 2023; 17(3): 164-171. https://doi.org/10.1097/adm.0000000000001106
9. Mattingley S, Youssef GJ, Manning V, Graeme L, Hall K. Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2022; 300: 492-504. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126
10. Barzilai E, Miron N, D'Andrea W. Understanding capacities for interpersonal distress tolerance in individuals with suicide ideation. Archives of Suicide Research. 2024; 28(3): 994-1008. https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2265433
11. Fogle BM, Kabel K, Shepherd JM, Rogers AH, Vujanovic AA, Zvolensky MJ. Posttraumatic stress and distress tolerance in relation to opioid misuse and dependence among trauma-exposed adults with chronic pain. Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2023; 31(5): 953-962. https://doi.org/10.1037/pha0000661
12. Berdida DJE, Lopez V, Grande RAN. Nursing students' perceived stress, social support, self-efficacy, resilience, mindfulness and psychological well-being: A structural equation model. International Journal of Mental Health Nursing. 2023; 32(5): 1390-1404. https://doi.org/10.1111/inm.13179
13. Papworth A, Ziegler L, Beresford B, Mukherjee S, Fraser L, Fisher V, et al. (2024). Psychological well-being of hospice staff: Systematic review. BMJ Supportive & Palliative Care. 2024; 13(3): 597-611. https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004012
14. Maier JT. Mental health is psychological well-being . Bioethics. 2025; 39(8): 755-761. https://doi.org/10.1111/bioe.70010
15. Zhang MQ, Liu X, Huang Y. Does Mandala art improve psychological well-being in patients? A Systematic Review. Journal of Integrative and Complementary Medicine. 2024; 30(1): 25-36. https://doi.org/10.1089/jicm.2022.0780
16. Lee SH, Cho SJ. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2021; 1305: 295-310. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0_16
17. Trent ES, Storch EA. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. The Psychiatric Clinics of North America. 2024; 47(4): 673-688. https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.011
18. Lopes FM, Fritzen BH, Antunes GT, Marcondes MV, De Mendonca BTV, Dias NM. Articulation of cognitive-behavioral therapy and neuropsychology: A scoping review. Applied Neuropsychology Adult. 2025; 32(3): 877-888. https://doi.org/10.1080/23279095.2023.2215890
19. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. Archives of Disease in Childhood. 2022; 107(2): 109-113. https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321249
20. Geraily E, Heydari S, Fakhri MK. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral education and acceptance and commitment-based education on distress tolerance in self-harming adolescents. Journal of Applied Family Therapy. 2023; 4(4): 35-48. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.4.3
21. Vijanovic AA, Webber HE, McGrew SJ, Green CE, Lane SD, Schmitz JM. Distress tolerance: Prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. Cognitive Behaviour Therapy. 2023; 51(4): 326-342. https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2007995
22. Bakhtiari M, Pourdel M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on distress tolerance and resilience in women with substance-dependent incarcerated spouses. Research on Addiction. 2024; 17(70): 267-288. (Persian) http://dx.doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.267
23. Hossinzadeh M, Alizadeh M, Khanmmohammadi Otaghsara A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the components of distress tolerance and rumination in recovering addicts. Razi Journal of Medical Sciences. 2024; 31(1): 1-11. (Persian) http://dx.doi.org/10.47176/rjms.31.143
24. Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalhornia Golkar M, Sedaghat M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in anxiety and distress tolerance in patients with coronary heart diseases. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2022; 8(3): 54-65. (Persian) http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54
25. Gok E, Uslu M. The effect of cognitive behavioral

therapy-based psychoeducation on irrational beliefs, expressing emotions, and mental well-being. Journal of Research in Social Sciences and Language. 2025; 5(1): 1-18. https://doi.org/10.71514/jssal/2025.162

26. Gallagher MW, Phillips CA, D'Souza J, Richardson A, Long LJ, Boswell JF, et al. Trajectories of change in well-being during cognitive-behavior therapies for anxiety disorders: Quantifying the impact and covariation with improvements in anxiety. Psychotherapy. 2020; 57(3): 379-390. https://doi.org/10.1037/pst0000283
27. Hosseinirad S, Safarinia M, Sadeghi E. The comparison of effectiveness of cognitive-behavioral therapy with cognitive-behavioral coaching on psychological well-being of women victims of domestic violence. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2024; 12(4): 103-114. (Persian) http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.4.103
28. Bagheri Sheykhangafshe F, Mohammadi Sangachin Doost A, Savabi Niri V, Mojez N, Bourbour Z. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on psychological well-being and resilience of students with depressive syndrome. Journal of Child Mental Health. 2023; 10(1): 108-124. (Persian) http://dx.doi.org/10.61186/jcmh.10.1.9
29. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005; 29(2): 83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3
30. Talayry A, Bavi S. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy and emotional schema therapy on perceived stress and d distress tolerance of women undergoing drug treatment with psoriasis. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2023; 11(5): 40-52. (Persian) https://dx.doi.org/10.22034/IJPN.11.5.40
31. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69(4): 719-727. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719
32. Shirmohammadi S, Khakpour R, Niknam M. Prediction of parental bereavement experience based on attributional style in female students with the mediation of psychological well-being. Journal of Health Promotion Management. 2023; 12(4): 98-111. https://dx.doi.org/10.22034/IJPN.11.5.40
33. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavioral therapy: A practical guide to the treatment of mental disorders (Translate by Habibollah Ghasemzadeh). Tehran: Arjmand Publication; 2024. (Persian)