Journal of Police Medicine

Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 143-152

Original Article

The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Burnout in Nurses

Received: 30 December 2015 **Revised:** 12 April 2016 **Accepted:** 1 May 2016

Abdolmajid Bahrainian[1]

Sajad Khanjani[2*]

Abbas Masjedi Arani[3]

[1]Assistant Professor of Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

[2]Master's student in clinical psychology, school of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

[3]Assistant Professor of Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

ABSTRACT

Background: The burnout syndrome is a significant problem in Nursing. Therefore psychotherapy interventions can be helpful in this occupational group. The purpose of this study was to examine the efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Burnout in Nurses.

Materials and Methods: Thirty Nurses Imam Sajjad (AS) Tehran police participated in this study and were placed in two groups of experiment and control, 15 each. Methods of clinical trial. After the two components of burnout and experiential avoidance were assessed by relevant questionnaire. Then, intervention therapy consisted of 8 sessions of one hour and half was carried out for the experimental group only. All participants completed the Questionnaires as the pre-test, post-test and the follow up stage after a 3 months interval. Data was analyzed through ANOVA with repeated measures

Results: The results showed that Acceptance and Commitment Therapy, was significantly reduced the rate of burnout and experiential avoidance, compared with the control group ($P < 0/05$).

Conclusion: These results shows that acceptance and commitment therapy will be effective on decreasing in reducing burnout and experiential avoidance in nurses.

Keywords: acceptance and commitment therapy, burnout, experiential avoidance, nurses

[*]**Corresponding Author:**
Sajad Khanjani
Tel: (+98)9188588926
email: khanjanis23@yahoo.com

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]

[DOI: 10.30505/5.2.143]

تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۵۲-۱۴۳

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران

تاریخ دریافت: ۹ دی ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۴ فروردین ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ اردیبهشت ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: فرسودگی شغلی مشکل قابل‌توجهی در حرفه پرستاری است لذا انجام مداخلات روان درمانی در این گروه شغلی می‌تواند مفید واقع شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه جامعه آماری شامل ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا تهران بود که از دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد ۱۵ نفر در هر گروه استفاده شد. روش کار از نوع کارآزمایی بالینی بود. پس از بررسی دو مؤلفه فرسودگی شغلی و اجتناب تجربه ای به‌وسیله پرسشنامه‌های مربوطه، هشت جلسه مداخله ۱/۵ ساعت برگزار شد. پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه توسط کلیه شرکت کنندگان تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری باعث کاهش میزان فرسودگی شغلی و اجتناب تجربه‌ای، در مقایسه با گروه کنترل، شد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان فرسودگی شغلی و اجتناب تجربه‌ای پرستاران مؤثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، فرسودگی شغلی، اجتناب تجربه‌ای، پرستاران

سید عبدالمجید بحرینیان [۱]

سجاد خانجانی [۲*]

عباس مسجدی آرانی [۳]

[۱] دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[۲] دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[۳] استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[*] نویسنده مسئول:

سجاد خانجانی

تلفن: ۹۱۸۸۵۸۸۹۲۶(۹۸+)

پست الکترونیک:

mahdi.karami58@yahoo.com

مقدمه

کار کردن در مشاغل درمانی که در آن‌ها ارتباط انسانی و سلامت افراد مطرح است می‌تواند تنیدگی زیادی ایجاد کند [۱]. از بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیشترین فشار کاری را متحمل می‌شوند [۲]. مسلش و جکسون (۱۹۸۱) نشان دادند مشاغل مراقبت‌های بهداشتی که در آن‌ها ارتباط نزدیکی با بیماران در موقعیت‌های مشکل آفرین وجود دارد می‌تواند منجر به احساس سرخوردگی، ترس یا ناامیدی و فشار در زمینه شغلی گردد که درنهایت شخص را از لحاظ هیجانی مستعد فرسودگی می‌کند [۳]. از دیدگاه بلند مدت، کار زیاد و سطوح بالای استرس می تواند به فرسودگی شغلی در کارکنان منجر شود [۴]. پرستاران از استرس‌های شغلی یا مرتبط با کار رنج می‌برند که اغلب به فرسودگی شغلی در آن‌ها منجر می‌شود [۵ و ۶].

مسلش و لایتر (۲۰۰۸) فرسودگی را به‌عنوان سندرم فرسودگی هیجانی (احساس تمام شدن تمام ذخایر عاطفی)، مسخ شخصیت (نگرش منفی، بی‌پرده و بدبینانه به دریافت کنندگان مراقبت بهداشتی) و کاهش احساس دستاورد شخصی (تمایل به ارزیابی دستاوردهای شغلی خودشان به‌صورت منفی) تعریف می‌کنند. ترکیب این سه بعد موجب تمایز فرسودگی از دیگر سندرم‌های روان‌شناختی مانند افسردگی می‌شود. درحالی‌که فرسودگی هیجانی در افسردگی نیز می‌تواند مشاهده شود اما مسخ شخصیت و عدم کارآمدی شغلی خاص سندرم فرسودگی هستند. علاوه بر این تفاوت اساسی بین

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]

[DOI: 10.30505/5.2.143]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 143-152

فرسودگی و دیگر سندرم‌های روان‌شناختی این است که علت فرسودگی به شرایط کاری نسبت داده می‌شود [۷].

فرسودگی شغلی مشکل قابل‌توجهی در محیط‌های کاری مدرن است و شیوع آن در دهه اخیر به‌صورت قابل‌توجهی در حال افزایش است. شیوع فرسودگی مرتبط با شغل در پرستاران در مقایسه با سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بالاتر است [۸]. ۷۸ درصد پرستاران در یونان و ۳۴ درصد در آمریکا فرسودگی هیجانی را گزارش کرده‌اند [۹]. تای و همکاران در مطالعه‌ای در کشور سنگاپور میانگین فرسودگی شغلی پرستاران را ۳۳ درصد گزارش کردند که این میزان در بخش‌های مختلف بیمارستانی ۳۰ تا ۸۰ درصد بود [۱۰]. در کشور ژاپن ۵۶ درصد [۱۱] و آلمان ۴۳ درصد [۱۲] پرستاران از سطح فرسودگی شغلی بالا رنج می‌برند. مطالعه شهناز دوست و همکاران در پرستاران رشت نشان داد که ۴۸/۶ درصد پرستاران دچار خستگی هیجانی متوسط به بالا و ۶۶/۱ درصد آن ها دچار عدم‌کفایت شخصی متوسط به بالا بودند [۱۳]. در مطالعه ضیائی و همکاران در پرستاران کرمانشاه نشان داد که میانگین نمره فرسودگی شغلی ۶۱/۸۹ درصد بود. ۳۹/۲ درصد پرستاران خستگی هیجانی زیاد، ۳۷/۶ درصد مسخ شخصیت زیاد و ۷۳/۵ درصد کفایت شخصی کم را گزارش کردند [۱۴].

سطوح بالای فرسودگی شغلی در پرستاران با حجم کار سنگین [۱۵] ، نیروی انسانی ناکافی [۱۶]، نارضایتی شغلی [۱۷ و ۱۸]، غیبت [۱۹] و انتقال [۲۰] مرتبط است. افرادی که از فرسودگی شغلی رنج می‌برند معمولاً مشکلات روان‌تنی (ضعف و بی‌خوابی)، مشکلات هیجانی (اضطراب و افسردگی)، مشکلات نگرشی (خصومت، بی‌احساسی و بدگمانی) و مشکلات رفتاری (پرخاشگری، تحریک‌پذیری و انزوا) آشکار می‌کنند [۲۳-۲۱]. فرسودگی شغلی محیط کاری پرستاران (مرخصی بیشتر بیمار، کاهش کارایی شغلی، غیبت بیشتر و غیره) را تحت تأثیر قرار می‌دهد بنابراین دریافت کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیز با بدتر شدن مراقبت‌های بهداشتی تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۲۷-۲۴].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد فرسودگی شغلی در پرستاران با اجتناب تجربه‌ای [۲۸]، مؤلفه‌های پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان [۲۹] رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. تلاش برای اجتناب کردن از یک رویداد می‌تواند به‌صورت یک چرخه بعداً باعث مشکلات و استرس بیشتری نسبت به رویداد اولیه می‌شود بنابراین استفاده از اجتناب تجربه‌ای برای جلوگیری از نشانه‌های فرسودگی شغلی باعث اختلال در سلامتی جسمی- روانی- اجتماعی فرد می‌شود. نشانه‌ها بر زندگی شخصی و ساختار خانوادگی پرستاران و کیفیت کارشان تأثیر می‌گذارد [۳۰ و ۳۱].

به‌منظور کاهش فرسودگی شغلی مداخله‌هایی انجام‌شده است. نتایج متاآنالیز نشان داد که آموزش راهبردهای مقابله‌ای فرسودگی شغلی پرستاران را کاهش می‌دهد و اثربخشی آن شش تا ۱۲ ماه بعد از آموزش حفظ می‌شود [۳۲]. در بررسی تأثیر آموزش قاطعیت بر فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در مرکز آموزشی- درمانی روان‌پزشکی رازی نشان داده شد این آموزش بر هر سه بعد فرسودگی شغلی مؤثر است [۳۳]. در پژوهش دیگر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری شادمانی (فوردایس) بر کاهش فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی مرکز روان‌پزشکی رازی تهران مؤثر بوده است [۳۴].

درمان پذیرش و تعهد (ACT) شکل جدید رفتاردرمانی است و مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه‌ای است. هدف کلی ACT به‌جای از بین بردن آسیب‌شناسی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که از طریق شش فرآیند اصلی: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، عمل متعهدانه، ارزش‌ها و تماس با زمان حال صورت می‌گیرد [۳۵]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه‌لحظه‌های زندگی، هنگامی که در دستیابی به هدف‌های ارزشمند مفید واقع می‌شود. درمان ACT به وسیله افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به دنبال کاهش اجتناب تجربه‌ای است، فرآیندی شامل هر رفتاری که کارکرد آن جلوگیری یا کنترل تجارب درونی مانند افکار، احساسات و حس های فیزیولوژیک است [۳۶]. بیپلان و همکاران (۲۰۰۸) اجتناب تجربه ای را به‌عنوان میانجی احتمالی در تأثیر وقایع استرس‌زا در آسیب‌شناسی روانی در نظر می‌گیرند. افرادی که اجتناب تجربه ای زیادی دارند ممکن است با اجتناب از تجربه همراه با وقایع استرس زا، تقویت شوند. بااین‌وجود باعث افزایش خطر ابتلا به واکنش‌های استرس زا طولانی و اثرات منفی آن در طول زمان می‌شود [۳۵].

تحقیقات بررسی کننده اثربخشی ACT، نشان داده‌اند این درمان می‌تواند در مورد مشکلات متنوع اثربخشی با اندازه اثر متوسط تا بزرگ داشته باشد. در متاآنالیزی که در سال ۲۰۱۲ با هدف مقایسه ACT و CBT انجام شد میانگین اندازه اثر برای ACT ۰/۳۷، معنی‌دار و مطلوب، به دست آمد [۳۷]. در متاآنالیز تجمعی و زنجیره‌ای هکر و همکاران (۲۰۱۶) شواهدی مبنی بر اثربخشی ACT برای اضطراب و افسردگی در مقایسه با سایر شرایط کنترل فعال وجود داشت [۳۸]. نتایج متاآنالیز اوست (۲۰۱۴) نشان داد یکی از زمینه‌هایی که ACT احتمالاً می‌تواند در آن زمینه اثربخشی داشته باشد استرس‌های شغلی است [۳۹]. در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی ACT بر استرس شغلی، فرسودگی شغلی و سلامت عمومی مددکاران اجتماعی سوئدی نشان داد

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۵۲-۱۴۳

ACT میـزان استرس و فرسـودگی شـغلی مـددکاران را کـاهـش و سـلامت عمومی آنان را افزایش می‌دهد [۴۰]. ACT بـه‌هـمـراه تحلیل رفتار کارکردی، فرسودگی شغلی را در کـارکـنـان بـخـش ناتوانی‌های عقلانی کاهش داد [۴۱]. در پژوهشی دیگر ACT بـا افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرسودگـی هـیـجـانـی را در کارکنان دولت انگلستان کاهش داد [۴۲]. در ایران پژوهشی با هـدف بررسی اثربخشی ACT بر استرس شغلی و فـرسـودگـی شـغـلـی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی انجام گرفت که نتایج این مـطـالـعـه نشان داد که ACT بر کاهش استرس شغلی و مـؤلـفـه احسـاس کاهش دستاورد شخصی فرسودگی شغلی اثربخش بوده اما بر نـمـره کلی فرسودگی شغلی اثر قابل‌توجهی نداشت [۴۳].

با توجه به اینکه فرسودگی شغلی در میان پرستاران شیـوع بـالایـی دارد تناقضی که بین تحقیقات داخلی و خارجی درباره اثـربـخـشـی ACT بر فرسودگی شغلی وجود دارد و اینکه عدم بررسی اثربخشـی ACT در پرستاران در پژوهش‌های پیـشـیـن بـر اسـاس مـرور پژوهش‌های در دسترس، این پژوهش با هدف بررسی اثـربـخـشـی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغـلـی در پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی یکی از بیمـارسـتـان هـای انتظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل‌شده است به این مـعـنـی که ویژگی های دستکاری، جایگزینی تصادفی و کنترل را در خـود دارد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از تمامی پرستاران شاغـل در بخش‌های درمانی بیمارستان امام سجاد (ع) در سال ۱۳۹۴ اسـت. از این تعداد ۳۰ نفر به‌صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب شـده و بر اساس جنسیت و نوبت‌کاری همتا سازی و سپـس بـه صـورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم‌بندی گردیدند.

ملاک‌های ورود:

۱- دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال.

۲- تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی.

۳- پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی.

ملاک‌های خروج:

۱- تشخیص ابتلا به اختلالات بالینی و بیماری‌های شدید جسمانی.

۲- عدم تمایل به ادامه درمان.

۳- سابقه مصرف طولانی مدت داروهای ضـدافسـردگـی و ضـد اضطراب.

جهت اجرای پژوهش از نمونه انتخاب شده قبل از اجـرای آمـوزش گروهی یک مصاحبه بر اساس DSM-V جهت اطمینان از نـبـود اختلالات بالینی گرفته شد. سپس بر اساس جنسیت و نوبت‌کاری در گروه‌های آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی همتا شـدنـد سـپـس برای هر دو گروه در یک زمان پیش‌آزمون (پرسشنامه‌های فرسودگـی شغلی و پذیرش و عمل) اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون بـرنـامـه گروهی با رویکرد پذیرش و تعهد به مدت هشت جلسه، هفته‌ای یـک جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنتـرل در این مدت هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان جـلـسـات آمـوزش به‌منظور مقایسه اثربخشی مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گـرفـتـه شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه با یـکـدیـگـر مقایسه شد. دوره پیگیری سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون انجام شـد. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره پژوهش و اهمیت هـمـکـاری اعضاء گروه و ادامه آن، گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهـش و اجرای پروتکل درمانی در شیفت‌های کاری پرسـتـاران، در اجـرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها افت آزمودنی وجود نداشت. بـرای سـنـجـش و کنترل روایی مداخله، در طول جلسات از گروه آزمایش خواسـتـه شـد خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های ارائه‌شده را ارائه دهـنـد تـا منطبق بودن آن با ساختار و پروتکل جلسات درمانی، مشخص گـردد. نتایج نشان داد که خلاصه شرکت کنندگان با سـاخـتـار جـلـسـات همخوان است. طرح این پژوهش به‌صورت یک سویه کور و تـوسـط پژوهشگر اجرا شد. همچنین در مورد قوانین شرکت در پـژوهـش از قبیل رازداری، رعایت نظم و حضور منظم در جلـسـات آمـوزش بـه شرکت کنندگان توضیح داده شد و روند کلی برنامه‌ها و جـلـسـات آموزش برای آن‌ها تشریح شد. پس از اتمام طرح پژوهشی به‌منـظـور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برنامه گروهی با رویکرد پـذیـرش و تعهد برای گروه کنترل نیز اجرا شد. برنامه آموزش گروهی بر اسـاس پروتکل هشت جلسه‌ای درمان پذیرش و تعهد [۳۶ و ۴۶-۴۴] بـه صورتی که در جدول ۱ آمده است، اجرا شد. در ضمن پژوهشگر دوره مقدماتی و پیشرفته درمان پذیرش و تعهد را زیر نظر مـتـخـصـصـان درمان پذیرش و تعهد گذرانده است. در پژوهش حاضر جهت تحلـیـل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی تحلیل کوواریانس و SPSS 20 استفاده شد.

پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش MBI:

این پرسشنامه، رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری فرسودگی شغلی است. ایـن آزمون که توسط مسلش (۱۹۸۱) ساخته‌شده است [۴۷]، ۲۲ مـاده دارد که به سنجش فرسودگی هیجانی (نه سؤال)، مسخ شـخـصـیـت (پنج سؤال) و کاهش احساس دستاورد شخصی (هشت سـؤال) روی مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از هرگز (صفر) تا همیـشـه (شـش) در چهارچوب فعالیت حرفه‌ای می‌پردازد، به‌خصوص برای سـنـجـش و پیشگیری از فرسودگی در گروه‌های حرفه‌ای مانـنـد پـرسـتـاران و معلمان و غیره به‌کاربرده می‌شود. مسلش و جکسون (۱۹۸۱) پایـایـی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خستـگـی عـاطـفـی ۰/۹۰، مسخ شخصیت ۰/۷۹، کاهش احساس دستاورد شخصی ۰/۷۱

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 143-152

جدول ۱: جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	عناوین جلسات
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

گزارش کرده‌اند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط فیلیان (۱۳۷۱) مورد تأیید قرار گرفت. وی جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده و ضریب پایایی آن را ۰/۷۸ گزارش نموده است [۴۸]. در یک پژوهش ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی برای سه بعد، به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۵۸، ۰/۸۲ گزارش‌شده است [۴۹]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل:

نسخه اولیه این پرسشنامه که به‌وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۶) تدوین شد [۳۶]. شامل نه سؤال بود که بر روی یک مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. آخرین نسخه این ابزار، حاوی ۱۰ سؤال با مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت است که توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شد [۵۰]. در این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی اندازه گیری می‌شود. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱)، دو عامل «اجتناب تجربی» و «کنترل بر زندگی» استخراج گردید اما چون نسبت ارزشِ ویژه عامل اول نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت و همچنین، دو عامل از نظر مبانی نظری و مفهومی تفاوتی نداشتند درنهایت، یک ساختار تک عاملی تحت عنوان اجتناب تجربی برای این مقیاس گزارش شد [۵۱]. روایی و پایایی این نسخه از روایی و پایایی نسخه اولیه بیشتر است و با متغیرهایی که نظریه پذیرش و عمل پیش‌بینی می‌کند مرتبط است. پایایی نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی مناسب (۰/۸۹-۰/۸۱) به‌دست آمده است [۵۰]. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) برای اولین بار در ایران به بررسی کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداختند. به این صورت که پس از ترجمه پرسشنامه پژوهش خود را در گروه دانشجویان اجرا نمودند و همسانی درونی و ضریب تنصیف رضایت‌بخشی (۰/۸۹-۰/۷۱) را گزارش کردند [۵۱]. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه که با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۷ به دست آمد.

یافته‌ها

شاخص های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۲ ارائه‌شده است که نشان می دهد توزیع متغیرهای سن و سابقه کاری در دو گروه یکسان است درنتیجه نیاز به کنترل آن‌ها بر متغیرهای وابسته نیست.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایش در فرسودگی شغلی و مؤلفه های آن و اجتناب تجربه‌ای کاهش‌یافته است این در حالی است که برای گروه کنترل چنین تغییری دیده نمی‌شود. همچنین بررسی حاصل پیگیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات تفاوت چندانی با پس‌آزمون گروه آزمایش ندارد. بر اساس نتایج مندرج در جدول می توان به این توصیف دست زد که استفاده از درمان پذیرش و تعهد باعث تغییر در فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن و اجتناب تجربه ای در گروه آزمایش‌شده است.

مقدار d کوهن با استفاده از فرمول [Cohen's d = $(M_2 - M_1)/SD_{pooled}$] برای متغیرهای فرسودگی شغلی و اجتنابی تجربه‌ای به ترتیب ۱/۴۶ و ۱/۳۹ به دست آمد.

جدول ۲: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۷/۴۷	۲/۶۴	۳۷/۴۰	۳/۱۳	t=۰/۰۶	p=۰/۹۵
سابقه کاری	۱۱/۵۳	۲/۹۹	۱۲/۰۶	۲/۵۲	t=۰/۵۳	p=۰/۶۰

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۵۲-۱۴۳

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن و اجتناب تجربه‌ای به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی هیجانی	آزمایش	۳۳/۲۰	۳/۲۵	۳۰/۲۷	۳/۰۸	۲۹/۲۶	۲/۵۵
	کنترل	۳۴/۴۷	۶/۷۶	۳۸/۸۰	۷/۲۵	۳۸/۶۰	۷/۲۱
شخصیت زدایی	آزمایش	۱۷/۲۷	۱/۳۹	۱۵/۸۷	۱/۶۸	۱۵/۸۰	۱/۸۲
	کنترل	۱۹/۴۰	۴/۸۵	۱۹/۳۳	۵/۳۱	۱۹/۴۰	۵/۰۴
احساس کاهش دستاورد شخصی	آزمایش	۲۹/۷۳	۳/۱۰	۲۸/۱۳	۳/۳۱	۲۶/۷۳	۳/۶۱
	کنترل	۳۴/۴۰	۶/۱۸	۳۴/۷۳	۶/۵۸	۳۴/۶۰	۶/۶۶
فرسودگی شغلی	آزمایش	۸۰/۲۰	۵/۸۷	۷۴/۴۰	۵/۷۷	۷۲/۸۰	۵/۱۱
	کنترل	۸۸/۲۷	۱۶/۶۷	۹۲/۸۷	۱۶/۹۲	۹۲/۶۰	۱۶/۵۵
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۴۱/۰۷	۵/۶۰	۳۴/۲۰	۶/۱۴	۳۳/۰۷	۵/۵۲
	کنترل	۴۱/۳۳	۳/۸۷	۴۱/۴۷	۴/۱۲	۴۲/۰۷	۴/۳۵

در بخش استنباطی به منظور تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر طرح ۳ × ۲ استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه شرکت کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی و زمان اندازه‌گیری متغیرهای فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن و اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها محاسبه شد. نتایج آماری در آزمون لون برای هیچ کدام از متغیرهای ملاک معنادار نبود ($P \geq ۰/۰۵$)، بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. درنهایت آزمون کولموگروف اسمیرنف ($P \geq ۰/۰۵$) نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود. همچنین استفاده از آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه و گروه رعایت شده است بنابراین می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است ($P \geq ۰/۰۵$).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات فرسودگی هیجانی معنی‌دار «$F(۱/۲۸) = ۱/۷۹$، $P > ۰/۰۵$» نیست اما اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی دار «$F(۱/۲۸) = ۱۹/۶۷$، $P < ۰/۰۰۱$» است. می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات فرسودگی هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات فرسودگی هیجانی معنی دار است «$F(۱/۲۸) = ۱۲/۷۳$، $P < ۰/۰۰۱$»، می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات فرسودگی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد. ازآنجایی‌که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بن فرونی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات فرسودگی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات فرسودگی هیجانی آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است و این امر نشان می‌دهد که آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی هیجانی پرستاران مؤثر بوده است.

با توجه به جدول ۳؛ تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات مؤلفه شخصیت زدایی «$F(۱/۲۸) = ۲/۲۸$، $P > ۰/۰۵$» و اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار «$F(۱/۲۸) = ۲/۲۸$، $P > ۰/۰۵$» نیست اما همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه بر نمرات شخصیت زدایی معنی‌دار است «$F(۱/۲۸) = ۵/۶۵$، $P > ۰/۰۲$» می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات شخصیت زدایی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد.

با توجه به جدول ۳؛ تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات مؤلفه کاهش احساس دستاورد شخصی معنی‌دار «$F(۱/۲۸) = ۷/۱۸$، $P > ۰/۰۱$» است، می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات کاهش احساس دستاورد شخصی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار «$F(۱/۲۸) = ۷/۷۶$، $P > ۰/۰۱$» می‌باشد می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات کاهش احساس دستاورد شخصی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات کاهش احساس دستاورد شخصی معنی دار است «$F(۱/۲۸) = ۱۲/۳۹$، $P > ۰/۰۰۱$»، می‌توان نتیجه گرفت که

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 143-152

جدول ٤: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن، اجتناب تجربه‌ای

	منبع تغییر	SS	df	F	Sig	اندازه اثر	توان آماری
فرسودگی هیجانی	زمان	۱۲۱/۱۵	۱	۱/۷۹	۰/۱۱۳	۰/۱۸	۰/۳۵
	زمان×گروه	۲۴۴/۰۲	۱	۱۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	گروه	۹۱۵/۲۱	۱	۱۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
شخصیت زدایی	زمان	۸/۰۷	۱	۲/۲۸	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۳۱
	زمان×گروه	۸/۰۷	۱	۲/۲۸	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۳۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۵/۶۵	۰/۰۲۵	۰/۱۷	۰/۶۳
کاهش احساس دستاورد شخصی	زمان	۴۵۶/۱۵	۱	۷/۱۸	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۸۹
	زمان×گروه	۵۱۲/۱۵	۱	۷/۷۶	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۹۰
	گروه	۸۲۲/۰۴	۱	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
فرسودگی شغلی	زمان	۳۸۷/۲۷	۱	۸/۷۸	۰/۰۰۹	۰/۲۷	۰/۸۷
	زمان×گروه	۵۱۶/۲۷	۱	۱۱/۴۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۱
	گروه	۵۳۶۶/۹۴	۱	۱۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۱۹۸/۰۲	۱	۱۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۷
	زمان×گروه	۲۸۶/۰۲	۱	۲۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	گروه	۶۸۳/۳۹	۱	۱۲/۰۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۳

صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات کاهش احساس دستاورد شخصی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها به کمک آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی نشان داد که حتی پس از اعمال تصحیح بن‌فرونی و تعدیل آلفا با این تصحیح، تفاوت میان موقعیت‌های آزمایش، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است و این امر نشان می‌دهد که آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی شغلی پرستاران مؤثر بوده است.

با توجه به جدول ۳؛ تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات فرسودگی شغلی معنی‌دار «$P > ۰/۰۰۹$، $F(۱/۲۸) = ۸/۷۸$» است، می توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات فرسودگی شغلی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار «$P > ۰/۰۰۲$، $F(۱/۲۸) = ۱۱/۴۳$» می‌باشد می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمره فرسودگی شغلی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات اجتناب تجربه‌ای معنی دار است «$P > ۰/۰۰۱$، $F(۱/۲۸) = ۳۱/۱۳$» می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات فرسودگی شغلی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پس از تعدیل میزان آلفا به روش اعمال تصحیح بن فرونی، تفاوت میان همه موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش آزمون با پس آزمون، پس‌آزمون با پی گیری و پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است و این امر نشان می‌دهد که آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی شغلی پرستاران مؤثر بوده است.

با توجه به جدول ۳؛ تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار «$P > ۰/۰۰۱$، $F(۱/۲۸) = ۱۵/۰۹$» است، می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی دار «$P > ۰/۰۰۱$، $F(۱/۲۸) = ۲۱/۷۹$» می‌باشد می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات اجتناب تجربه‌ای معنی دار است «$P > ۰/۰۰۲$، $F(۱/۲۸) = ۱۲/۰۷$» می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اجتناب تجربه ای گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها به کمک آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی نشان داد که حتی پس از اعمال تصحیح بن فرونی و تعدیل آلفا، تفاوت میان همه موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش آزمون با پس آزمون، پس‌آزمون با پیگیری و پیش‌آزمون با پیگیری معنی دار است به‌بیان‌دیگر میزان اجتناب تجربه‌ای در پرستارانی که آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد دریافت کرده‌اند کمتر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۵۲-۱۴۳

بخش های درمانی انجام شد. نتایج نشان داد که تغییرات ایجادشده در میزان فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش، نسبت به تغییرات ایجادشده در گروه کنترل معنی‌دار بود. به‌عبارت دیگر، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش و تعدیل فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن در پرستاران گروه آزمایش شد. این نتایج با یافته‌های پژوهش رویز و همکاران [۳۷]، اوست[۳۹]، هکر و همکاران [۳۸]، برینکبورگ و همکاران [۴۰]، بتهای و همکاران [۴۱] و لوید، باند و فلکسمن [۴۲] هم‌سو است. بر همین اساس می توان گفت درمان پذیرش و تعهد با کاهش استرس به ویژه مرتبط با شغل، میزان فرسودگی شغلی و مؤلفه آن را کاهش می دهد. کاهش نمرات مؤلفه شخصیت زدایی نسبت به سایر مؤلفه‌ها از معنی‌داری کمتری برخوردار بود ($P < ۰/۰۲$)، بنابراین، شاید برای اصلاح چنین مؤلفه‌ای به آموزش فردی دقیق و عمیق نیاز باشد و آموزش گروهی در این مورد به اندازه کافی اثربخش نباشد. همچنین شاید به زمان طولانی‌تری نیاز باشد تا آنچه فراگرفته شده است بر این مؤلفه بیشتر اثر بگذارد. همچنین نتایج نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار بود بنابراین یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش ایگلیساس و همکاران [۲۸] و حسینیان و همکاران [۲۹] که نشان می دهد اجتناب تجربه‌ای و سایر مؤلفه های درمان پذیرش و تعهد با فرسودگی شغلی پرستاران رابطه دارد هم‌سو است. براین اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربه‌ای و میانجی گری آن سبب کاهش فرسودگی شغلی پرستاران می‌شود [۳۰ و ۳۱]. تمایل به تجربه احساسات و هیجانات مختلف هم‌سو با ارزش‌های فرد موجب می‌شود که فرد با مسائل پیش آمده شغلی روبرو شود و نسبت به اهداف ارزش‌محور خود به‌ویژه مرتبط با شغل، عمل متعهدانه انجام دهد. پرستاران با استفاده از تکنیک گسلش می‌تواند از افکار و احساسات خود جدا شوند و می‌توانند با توجه به خود پیوسته و مشاهده‌گر، استرس کمتری را تجربه و به دنبال آن متحمل فرسودگی شغلی کمتری شوند.

همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش حسینائی و همکاران [۴۳] ناهمخوان است که دلیل این ناهمخوانی می‌تواند این باشد که برخلاف پژوهش پیشین، مطالعه حاضر با توجه به اینکه فرسودگی شغلی در مدت زمان طولانی ایجاد می شود از تعداد جلسات درمانی بیشتری تشکیل شده بود بنابراین استمرار و تمرین تکنیک ها در طول درمان در اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران مؤثر بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است بپردازند [۳۶]. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت فرسودگی شغلی شد. در اینجا با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند درواقع هدف افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. نتایج این پژوهش را می‌توان به عنوان راهکاری جهت جلوگیری و کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران به کار گرفت.

از محدودیت‌های این پژوهش، کوچک بودن نمونه موردبررسی، عدم مقایسه آن با درمان دیگر به‌طور هم‌زمان، عدم نظارت بر انجام تکالیف تمرینی خارج از جلسه آموزش و عدم مقایسه درمان بین دو جنس بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این موارد را مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از مدیریت محترم بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا تهران و پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی آن به خاطر همکاری ارزشمند آن‌ها در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

1. Kaygobadi S. Nursing stressors in nurses of Tehran nursing and midwifery faculties. Edu Med Sci. 2002; 5:61. [Persian]
2. Li J, Lambert VA. Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. International Nursing Review. 2008; 55(1):34-9.
3. Maslach C, Jackson SE, Maslach Burnout Inventory: Consulting Psychologists Press; 1981.
4. Tucker SJ, Weymiller AJ, Cutshall SM, Rhudy LM, Lohse CM. Stress ratings and health promotion practices among RNs: a case for action. Journal of Nursing Administration. 2012; 42(5):282-92.
5. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol□Ribera E, Berenguera A, Rodriguez□Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. Journal of continuing education in the health professions. 2014; 34(1):4-12.
6. Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X, Wang W, Wang L, Sui H. The mediating role of coping style in the relationship between psychologi-

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

Journal of Police Medicine
Summer 2016; Vol. 5, No. 2: 143-152

cal capital and burnout among Chinese nurses. PloS one. 2015; 10(4):e0122128.
7. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. Journal of applied psychology. 2008; 93(3):498.
8. Chou LP, Li CY, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ open. 2014; 4(2):e004185.
9. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Bmj. 2012; 344:e1717.
10. Tay WY, Earnest A, Tan SY, Ng MJ. Prevalence of burnout among nurses in a community hospital in Singapore: a cross-sectional study. Proceedings of Singapore Healthcare. 2014; 23(2):93-9.
11. Shimomitsu T, Ohya Y, Odagiri Y. Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. Journal of Psychosomatic Research. 2003; 55 (2):150.
12. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient education and counseling. 2010; 78(2):184-90.
13. Shahnazdoust M, Maghsudi S, Tabari R, Kazemnegad E. Relationship between nursing burnout and occupational support. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences, 2012. 20(80): 49-59. [Persian]
14. Ziaei M, Yarmohammadi H, Karamimatin B, Yarmohammadi S, Nazari Z, Gharagozlou F. Prevalence and risk factors of occupational burnout among nurses of a hospital in Kermanshah in 2013. Journal of Ergonomics. 2014; 2(2):67-74. [Persian]
15. Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: The role of empowering unit leadership. Nursing research. 2011; 60(2):124-31.
16. Garrett DK, McDaniel AM. A new look at nurse burnout: The effects of environmental uncertainty and social climate. Journal of Nursing Administration. 2001; 31(2):91-6.
17. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Medical care. 2004; 42(2):II57.
18. Zangaro GA, Soeken KL. A meta□analysis of studies of nurses' job satisfaction. Research in nursing & health. 2007 Aug 1; 30(4):445-58.
19. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and environmental medicine. 2003; 60(1):3-9.
20. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of nursing management. 2009; 17(3):331-9.
21. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. International journal of behavioral medicine. 2010; 17 (4):306-13.
22. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2012; 49(11):1411-22.
23. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. Academic medicine. 2012; 87(7):845-52.
24. Clausen T, Nielsen K, Carneiro IG, Borg V. Job demands, job resources and long□term sickness absence in the Danish eldercare services: a prospective analysis of register□based outcomes. Journal of advanced nursing. 2012; 68(1):127-36.
25. Schmidt KH, Diestel S. The relation of self□control demands to job strain: The moderating role of organizational commitment. Applied Psychology. 2012; 61(3):479-97.
26. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes costs, benefits and interventions in nursing. Journal of Nursing Management. 2010; 18 (2):145-56.
27. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. Health Affairs. 2012; 31(11):2501-9.
28. Iglesias ME, de Bengoa Vallejo RB, Fuentes PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47(1):30-7.
29. Hosseinian S, Pordelan N, Heidari H, Salimi S.Analysis of exhaustion vocational Nurses structure with Structural Analysis of Burnout among Nurses Considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(113): 37-46. [Persian]
30. Wood BD, Killion JB. Burnout among healthcare professionals. Radiology management. 2006; 29 (6):30-4.
31. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Annals of internal medicine. 2008; 149(5):334-41.
32. Lee HF, Kuo CC, Chien TW, Wang YR. A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. Applied Nursing Research. 2016.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۵ – دوره ۵ – شماره ۲ – صفحات ۱۵۲-۱۴۳

33.Dibaei, M. Study on effectiveness of assertiveness instruction on nurse's job burnout in Razi psychiatric center. [MSc Dissertation]. Tehran: Tarbiat Moallem University. 2005
34.Hosseinian S, Khodabakhshi Ka, Tabatabaei Ys. Study Of Effectiveness Of Fordyce's Happiness Cognitive-Behavioral Group Counseling On Decreasing Occupational Burnout Among Social Workers. Journal of Psycholody Studies. 2007; 3 (1): 103-113. [Persian]
35.Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. Prevention Science. 2008; 9(3):139-52.
36.Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1):1-25.
37.Jiménez FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. International journal of psychology and psychological therapy. 2012; 12(3):333-58.
38.Hacker T, Stone P, MacBeth A. Acceptance and commitment therapy–Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. Journal of affective disorders. 2016; 190:551-65.
39.Öst LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behavior research and therapy. 2014; 61:105-21.
40.Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. Behavior research and therapy. 2011; 49(6):389-98.
41.Bethay JS, Wilson KG, Schnetzer LW, Nassar SL, Bordieri MJ. A controlled pilot evaluation of acceptance and commitment training for intellectual disability staff. Mindfulness. 2013; 4(2):113-21.
42.Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioral therapy intervention for burnout. Work & Stress. 2013; 27(2):181-99.
43.Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Job Stress and Burnout. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2013; 19(2).
44.Wilson, K. S. Hayes, and K. Strosahl, Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press 2003.
45.Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. Behavior therapy. 2004; 35(4):785-801.
46.Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. 2013; 121-128.
47.Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of organizational behavior. 1981; 2(2):99-113.
48.Philian, A. Evaluation of burnout and its relationship with coping mechanisms nurses, in. Nursing Education... Tarbiat Modarres University: Tarbiat Modarres University.1992.
49.Hosseinaei A, Nouferesti A. Study on rate and factors of job burnout of Fondation of martyrs and veterans affair personnel and present solutions. Fondation of Martyrs and Veterans Affair Researchs. 2009. [Persian]
50.Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et.al Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011; 42(4):676-88.
51.Abassi A, et al. Psychometric adequacy of the Persian version of Acceptance and Commitment Questionnaire - Second Edition. jpmm, 2012. 2(65-80).

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1395.5.2.7.4]
[DOI: 10.30505/5.2.143]