

December-January 2021, Volume 16, Issue 5

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Level of Self-Determination Needs (Perceived Autonomy, Perceived Competence, Perceived Communication) in Nurses

Karimzadeh N^{1*}, Khademi Adel L², Darvishi M³

1- Faculty Member of Payame Noor University, Instructor, Department of Educational Sciences and Psychology, Tehran, Iran.

2- PhD Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tehran University of Research Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Karimzadeh N, Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: karimzadehnazanin@yahoo.com

Received: 28 April 2021

Accepted: 12 Sep 2021

Abstract

Introduction : Studies have shown that the level of basic psychological needs (autonomy, competence and communication) in nurses is low in proportion to their job position and this issue needs further investigation. Studies have also shown that communication, training and counseling can improve the level of self-determination needs, competence and autonomy in nurses. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the level of self-determination needs (perceived autonomy, perceived competence, perceived communication) in nurses.

Methods: In this quasi-experimental study, 40 nurses working in Milad Hospital in Tehran in 1400 were randomly selected and randomly divided into two groups of 20 people. The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy in eleven sessions of 1.5 hours and the control group did not receive any treatment. To collect data, the self-determination needs scale of Soribo et al. (2009) was used in the pre-test and post-test stages for both experimental and control groups. Research data were analyzed by multivariate analysis of covariance. Data analysis was performed using software (SPSS 21).

Results: Statistical findings showed that the effect of group (level of independent variable) on self-determination needs (perceived autonomy, perceived competence, perceived relationship) was statistically significant ($P = 0.05$). Findings also showed that cognitive-behavioral therapy had a positive and significant effect on the level of nurses' self-determination needs compared to the control group.

Conclusions: The results showed that cognitive-behavioral therapy is effective in increasing the level of nurses' self-determination needs. Therefore, if nurses with low levels of self-determination, communication, autonomy and competence can be identified and can be helped to increase the desired level of self-determination using cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Self-determination needs, Nurse.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان نیازهای خودتعیین گری (خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده، ارتباط ادراک شده) در پرستاران

نازنین کریم زاده^{۱*}، لیلا خادمی عادل^۲، مریم درویشی^۳

۱- عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور، مربی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۳- استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: نازنین کریم زاده، عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور، مربی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، تهران، ایران.
ایمیل: karimzadehnazanin@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۸

چکیده

مقدمه: مطالعات نشان داده اند که سطح نیازهای اساسی روانی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در پرستاران به تناسب موقعیت شغلی که دارند پایین است و این موضوع نیازمند بررسی هایی بیشتری می باشد. همچنین مطالعات نشان داده است که می توان با روش های درمانی، آموزشی و مشاوره ای سطح نیازهای خود تعیین گری ارتباط، شایستگی و خودمختاری را در پرستاران، ارتقا داد. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان نیازهای خودتعیین گری (خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده، ارتباط ادراک شده) در پرستاران بود.

روش کار: در این مطالعه نیمه آزمایشی، ۴۰ پرستار شاغل در بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۴۰۰ به شیوه غیر احتمالی داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش دوره درمان شناختی - رفتاری را در یازده جلسه ۱/۵ ساعته طی کردند و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. برای جمع آوری داده ها از مقیاس نیازهای خودتعیین گری سوریبو و همکاران (۲۰۰۹) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده های پژوهش با روش تحلیل کواریانانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده ها به کمک نرم افزار (اس پی اس اس ۲۱) انجام گرفت.

یافته ها: یافته های آماری نشان داد که اثر گروه (سطح متغیر مستقل) بر نیازهای خودتعیین گری (خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده، ارتباط ادراک شده) از نظر آماری معنی دار است ($P=0/05$). یافته ها همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر سطح نیازهای خودتعیین گری پرستاران تاثیر مثبت و معنی داری داشته است. **نتیجه گیری:** یافته ها حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری در افزایش سطح نیازهای خودتعیین گری پرستاران، اثربخش است. بنابراین چنانچه بتوان پرستارانی که سطح خودتعیین گری، ارتباط، خودمختاری و شایستگی پایینی برخوردار هستند را شناسایی کرد و می توان به آنها در افزایش سطح خودتعیین گری مطلوب با استفاده از روش درمان شناختی رفتاری کمک کرد.

کلید واژه ها: درمان شناختی - رفتاری، نیازهای خودتعیین گری، پرستار.

مقدمه

پرستاران یکی از بزرگترین گروه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت محسوب می‌شوند که بیشترین تعامل را با بیماران داشته و وضعیت روحی روانی آنان تاثیر قابل توجهی بر بیماران به جا می‌گذارد (۱). حجم کاری زیاد پرستاران زمینه کاهش خودمختاری، ارتباط نامطلوب با بیمار و احساس شایستگی را فراهم می‌کند (۲). پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با سایر مردم دارند، مسئولیت زندگی و سلامت انسان‌ها را بر دوش می‌کشند و با بیماران و بیماری‌ها روبرو هستند. از این رو پیوسته فشار روانی شدیدی را تجربه کرده و با توجه به ماهیت مهم، حساس و پر استرس نقش خود، در معرض کاهش خودمختاری و شایستگی شغلی مطلوب قرار دارند (۳). ماهیت این شغل به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقشها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت‌ها نقش و مسئولیت زیادی را برای پرستار موجب می‌شود (۴). پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان بهداشتی به دلیل ارتباط‌های بیشتری که دارند نیازمند به سطح خودمختاری بالاتر و مطلوب‌تری هستند (۵).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که از مهمترین پیامدهای ناخوشایند استرس شغلی زیاد در پرستاران کاهش سطح نیازهای خودتعیین‌گری (۵۶) می‌باشد. نیازهای خودتعیین‌گری شامل سه بعد شایستگی ادراک شده؛ به معنای توانایی فرد برای انجام تکالیف در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر (۸)، خودمختاری ادراک شده؛ تمایل فرد برای پیگیری آزادانه فعالیت‌های خود (۸) و ارتباط ادراک شده؛ به معنای ارتباط با افرادی که برای فرد اهمیت دارند و یا از او حمایت می‌کنند (۸)، می‌باشد (۹). زیربنایی‌تئوریک‌ی نیازهای خودتعیین‌گری، نظریه دسی و ریان است (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که سطح نیازهای اساسی روانی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در پرستارانی که استرس شغلی بالاتری دارند پایین‌تر از حد متوسط می‌باشد (۱۱، ۱۲).

مطالعات نشان داده‌اند که می‌توان با روش‌های درمانی، آموزشی و مشاوره‌ای سطح نیازهای خودتعیین‌گری ارتباط، شایستگی و خودمختاری را در پرستاران، ارتقا داد (۱۳). یکی از روش‌های درمانی که اثربخشی آن در مطالعات مختلفی بر متغیرهای روانشناختی مرتبط با پرستاران از جمله سلامت روان و شایستگی ادراک شده، تایید شده است، درمان

شناختی رفتاری است (۱۴، ۱۵).

درمان‌های شناختی- رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مسئله‌دار طراحی شده‌اند. درمان شناختی- رفتاری اساساً رویکردی است که استفاده از آن برای درمان گروه وسیعی از اختلال‌های روانی مورد توجه و حمایت نظری و تجربی فراوانی قرار گرفته است (۱۶، ۱۷). در این رویکرد که روش‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می‌روند، بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیر منطقی تاثیرگذار بر عواطف و رفتارهای بیماران و اصلاح این باورهای زیربنایی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری تاکید می‌شود. از طریق رفتاردرمانی فرد یاد می‌گیرد چگونه رفتارهای خود را کنترل نماید، مهارت‌های مقابله بهتری کسب نماید و توانایی درک نتایج رفتار خود را افزایش دهد (۱۸). همچنین چگونه شرایط استرس‌زای زندگی را با موفقیت بیشتری مدیریت نماید (۱۹). برنامه‌های درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به وجود آمده‌اند و نشان دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به عنوان عامل موثر بر هیجان‌ها و رفتارها است. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۲۰). درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس نیز یک بسته راهبردی مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، مراقبه، آموزش خودزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم است (۲۲، ۲۳، ۲۴). به طور کلی تحقیقات نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری میزان ارتباط مثبت و مطلوب را در نتیجه کاهش افسردگی در پرستاران، افزایش می‌دهد (۲۵، ۲۶).

از آنجا که بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستانها غیر قابل اجتناب است و هر پرستار خواه ناخواه با این استرسها روبرو خواهد شد که نتیجه آن ایجاد ارتباطی نامطلوب با مراجع است، راهکار مناسب این است که بتوان توان و نیروی جسم و ذهن پرستاران را افزایش داد تا آنها بتوانند در هر شرایطی تعادل خود را حفظ کرده و بهترین تصمیم را در ارتباط با بیمار بگیرند. یکی از شیوه‌های مهم که سازمان می‌تواند از کارکنان خود حمایت کند، فراهم آوردن

یک جلسه برگزار شد. پس از اتمام جلسات درمان شناختی - رفتاری مجدداً آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در یک جلسه توسط پرسشنامه نیازهای خودتعیین‌گری ارزیابی شدند (مرحله پس‌آزمون). پس از خاتمه جلسات درمان، جهت رعایت موارد اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، کارگاه یک روزه‌ای برای آزمودنی‌های گروه کنترل برگزار شد. خلاصه پروتکل درمان شناختی رفتاری (۲۷): جلسه اول و دوم: آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با مفاهیم رفتار و شناخت و رفتارهای آموخته شده، یادگیری زدایی رفتارها، تشریح اهمیت شناختها، باورها و نگرش و نقش آن در شخصیت و رفتار و بهبود رفتار و باورهای سازنده و مثبت و اثر بخشی آن در بهبود رفتار و شکل‌گیری شخصیت. جلسه سوم: آشنایی با مفهوم خشم و پرخاشگری و عوامل بوجود آورنده آن با استفاده از دو مدل رفتاری و شناختی، بیان مضرات فردی و اجتماعی خشم و پرخاشگری. جلسه چهارم: مرور مطالب قبلی، بررسی افکار خودآیند و باورها در ایجاد رفتار نامطلوب پرخاشگری و چگونگی تعویض این باور با باور سازنده، چگونگی تسلط بر خویشتن با داشتن باور سازنده و رهایی از باور منفی. جلسه پنجم: مرور تمرین‌های در خانه، ارائه راهبرد تکنیک پذیرش در شناخت درمانی و انجام تمرین پذیرش خود و دیگران و واقعه بوجود آمده (در قدم اول همینگونه که هست) سپس تمرین تکنیک تسلط بر خویشتن. جلسه ششم: مرور تکنیک پذیرش، ارائه تکنیک توقف فکر ولپی و تکنیک حل مساله و انجام تمرینات عملی در کلاس. جلسه هفتم: بررسی استرس‌زها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای. جلسه هشتم: معرفی تنفس دیافراگمی با تصویر سازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (هیچ ماهیچه‌ای را منقبض نمی‌کند، همراه با تصویرسازی مکان خاص) تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی. جلسه نهم: آموزش خودزاد و ارائه دستورالعمل‌های آن، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، ارائه تعریفی از مقابله و معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد. جلسه دهم: معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه ماترا، بحث در مورد مفهوم خشم، آموزش مدیریت خشم، معرفی سبک‌های بین فردی، بررسی گام‌های رفتار ابرازگرانه و موانع آن، حل تعارض‌ها. جلسه یازدهم: مرور تمرین‌های

آموزش‌های لازم است. چنانچه آموزش‌ها جهت کارکنان ضرورت داشته باشد، تنها در دسترس بودن آموزش کافی نیست، بلکه فراهم آوردن تسهیلات و زمان مناسب بویژه ارائه آموزش روان‌شناختی در محیط کار بسیار مهم است. باتوجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد رویکرد شناختی رفتاری در افزایش سطح خودتعیین‌گری پرستاران و خرده مولفه‌های آن (ارتباط، شایستگی، خودمختاری) مؤثر باشد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت ارتباط مثبت و بهره‌گیری از خودمختاری و خودتعیین‌گری مطلوب در محیط کار هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان نیازهای خودتعیین‌گری (خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده، ارتباط ادراک شده) در پرستاران است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه مطالعه حاضر را کلیه کادر پرستاری (رسمی، پیمانی، قراردادی و طرحی) شاغل در شیفت صبح و عصر و شب در کلیه بخش‌های بیمارستان میلاد تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از پرستاران شاغل در این بیمارستان بودند که به روش غیر احتمالی داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل (هر زیر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل حداقل یک سال کار بالینی، مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری، عدم مصرف داروهای مرتبط با اختلالات سایکوتیک در شش ماه گذشته، امضا نمودن فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که محقق پس از انجام هماهنگی‌های لازم با معاونت آموزشی بیمارستان و ارائه توضیحات درباره پژوهش و نحوه اجرای آن، همکاری مسئولین مربوطه را جهت اجرای مطالعه جلب کرد. پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های ۲۰ نفره آزمایش و کنترل و اخذ پیش‌آزمون با پرسشنامه نیازهای خودتعیین‌گری از گروه آزمایش و کنترل جلسات درمان شناختی رفتاری در یازده جلسه ۱/۵ ساعته به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته

اعتبار گزارش شده توسط سوریو و همکاران ۰/۸۹ است. ضریب پایایی خرده مقیاس های خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده و ارتباط ادراک شده در این مطالعه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹ و ۰/۸۷ بدست آمد. اعتبار این مقیاس در مطالعه حاضر بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد. در پژوهش حاضر از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، کولموگروف - اسمیرنوف، کرویت بارتلت، آزمون باکس، لامبدای ویلکز، تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره) استفاده شده است.

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		گواه		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودمختاری ادراک شده	۱۸/۴۵	۵/۳۶	۱۷/۳۲	۵/۲۶	۱۸/۸۳	۶/۷۴	۲۶/۱۰	۴/۲۲	۱۸/۴۵	۵/۳۶
شایستگی ادراک شده	۱۵/۲۴	۴/۶۵	۱۶/۱۰	۵/۷۶	۱۸/۸۵	۵/۶۳	۲۹/۶۱	۴/۶۸	۱۵/۲۴	۴/۶۵
ارتباط ادراک شده	۲۰/۶۷	۶/۴۳	۲۱/۸۴	۵/۵۹	۱۹/۲۶	۶/۱۰	۲۳/۴۸	۴/۰۵	۲۰/۶۷	۶/۴۳

مطالعه در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می دهد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنادار می باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهمبسته بودن داده ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده ها تایید می شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

در (جدول ۱) یافته های توصیفی متغیرها نشان داده شده است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین یافته ها نشان داد که سطح معناداری در آزمون ام باکس $p > 0.05$ می باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برای مولفه های نیازهای خودتعیین گری ($F=1/573$) و $p > 0.05$ به خوبی رعایت شده است. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس های خرده مولفه های مورد

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چند متغیره اثرات درمان شناختی رفتاری بر نیازهای خودتعیین گری

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
گروه	نیازهای خودتعیین گری	۷۵۰/۲۴	۲	۳۷۵/۱۲	۱۳/۶۸	۰/۰۱	۰/۲۷
خطا	نیازهای خودتعیین گری	۱۵۶۳/۲۴	۵۷	۲۷/۴۲			

ادراک شده، شایستگی ادراک شده، ارتباط ادراک شده) از نظر آماری معنی دار است ($P=0.05$).

مندرجات (جدول ۲) نشان می دهد که اثر گروه (سطح متغیر مستقل) بر نیازهای خودتعیین گری (خودمختاری

جدول ۳. مقایسه های زوجی میانگین گروه ها در متغیرهای وابسته

گروه	گروه	متغیر	تفاوت میانگین ها	خطای برآورد	سطح معنی داری
درمان شناختی رفتاری	کنترل	نیازهای خودتعیین گری	۱۶/۳۲	۰/۶۹	۰/۰۰۱

مندرجات جدول فوق نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر سطح نیازهای خودتعیین گری پرستاران تاثیر مثبت و معنی داری داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان سی بی تی (درمان شناختی رفتاری) در تغییر سطح نیازهای خودتعیین گری پرستاران انجام شده است. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش سطح نیازهای خودتعیین گری پرستاران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر نیازهای خودتعیین گری در پرستارانی که در جلسات درمان شناختی رفتاری شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۳) همسو است. در تبیین یافته های این مطالعه می توان گفت که در درمان شناختی رفتاری از شیوه های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت ها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می شود که همه این عوامل باعث می شود که فرد افکار منفی را از ذهن خود حذف کرده و زمینه برای بهبود ارتقای سطح نیازهای خودتعیین گری فراهم می شود (۸). همچنین در درمان شناختی رفتاری از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای درک شایستگی و ارتباط های ادراک شده استفاده می شود (۹). در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می شود که به صورت تدریجی با افرادی که در کنار آنها احساس ناراحتی و عدم شایستگی می کند و نمی تواند با آنها ارتباط برقرار کند همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس ارتباط و شایستگی را دریافت نمایند. بنابراین درمان شناختی رفتاری از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی افزایش سطح شایستگی و ارتباط ادراک شده پرستاران می شود و متعاقب آن باعث افزایش سطح

نیازهای خودتعیین گری در آنها می شود. از دیگر دلایل تبیین یافته های این مطالعه این است، پرستارانی که دچار استرس شغلی هستند مفهوم های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم های منفی باعث می شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می گردد که چون فرد با استرس بالا دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث می شود که فرد سطح شایستگی ادراک شده اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آنکه در درمان شناختی رفتاری بر مفهوم سازی مجدد، آماده سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش است که می تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت تر و خوش بینانه تری داشته باشد به طوری که هم سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده اش افزایش می یابد و هم اینکه می تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند (۱۱، ۱۲). همچنین گنجاندن این فعالیتها و تمرین ها در برنامه هفتگی، باعث می شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مینی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم کم به سمت و سوی مثبت اندیشی و داشتن یه دید بهتر و خوش بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند (۱۴).

نتیجه گیری

نتیجه کلی مطالعه حاضر این بود که درمان شناختی رفتاری بر میزان نیازهای خودتعیین گری پرستاران اثری مثبت و معنی دار دارد. یافته های این تحقیق می تواند راه گشایی در جهت برنامه ریزی برای برطرف نمودن مشکلات

نوع پاسخ‌هایی که داده اند تاثیر بگذارد. اما صرف نظر از این محدودیت‌ها، مهمترین کاربرد مطالعه این است که؛ پژوهش حاضر توانست اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر میزان نیازهای خودتعیین‌گری پرستاران روشن سازد.

سیاسگزاری

این مطالعه مستخرج از رساله دکتری تخصصی روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات با کد اخلاق IR.MEDAUR.REC.1400.308 مصوب می‌باشد. لذا از مساعدت‌های تمامی عوامل به ویژه مسئولان دانشگاه و نیز پرستاران بیمارستان میلاد تشکر و قدردانی می‌گردد. نویسندگان اعلام می‌دارند در این مقاله برای نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Souesme, G., Martinet, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*: Vol 65: pp. 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
2. Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gartner F, Boon B, Sluiter J, Evers S. Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses : pragmatic cluster randomized trial . *Int J Nurs Stud* . 2014 Oct 31; 51 (10) : 1321 - 31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.017>
3. Thomas, L. R., & Leslie, B. L. (2006). mindfulness, Metacognition belief and Dialectical Behavior Therapy (DBT): application with depressed older adult with personality disorder. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*: Vol 61: pp.217-236. <https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50011-3>
4. Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*: Vol 24: pp. 51-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.010>
5. Strien, T. V., Winkens, L., Toft, M. B., Pedersen, S., Brouwer, I., Visser, M., & Lähteenmäki, L. (2016). The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. *Appetite*: Vol 105: pp. 500-508. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.025>

روانشناختی در جامعه پرستاران و ارتقا سطح شایستگی و خودمختاری ادراک شده و مطلوب آنها باشد. از کاربردهای مهم این مطالعه برای پرستاران می‌توان به این نکته اشاره کرد که؛ درمان شناختی رفتاری با چگونگی تعبیر حوادث و تجربه‌ها، شناسایی و تغییر نقص‌ها یا تحریف‌های شناختی، و تغییر رفتار و سبک زندگی پرستاران به آنها در افزایش سطح شایستگی و ارتباط مطلوب کمک می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان گفت با توجه به اینکه این تحقیق فقط بر روی پرستاران انجام شده است در تعمیم‌پذیری نتایج بر روی سایر مشاغل، دارای محدودیت‌هایی است. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه استفاده شد و روش‌های دیگر مانند مصاحبه و مشاهده ممکن است نتایج متفاوتی را بدست دهد. وضعیت روحی و عاطفی پرستاران و خستگی آنها نیز ممکن است بر

6. Hung, S., Li, M. S., Chen, Y. L., Chiang, J. H., Chen, Y. Y., & Hung, G. L. (2016). Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*: Vol 23: pp. 131136. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.003>
7. Sorebo, O., Halvari, H., Flaata G., & Kristiansen, R. (2009). The role of self-determination theory in explaining teachers' motivation to continue to use elearning technology. *Computers & Education* 53, 1177-1187 stress buffering? self-differentiation Consequences of compassion and social support for physiological <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2009.06.001>
8. Boustani L, Saberi H, Soheili A. Prediction of level of aggression and interpersonal problems in nurses based on their occupational stress . *The J Urmia Nurs Midwifery Fac* , Vol 2017 Sept 15(6) , 478 - 487. [Persian] .
9. Karkar A, Damang ML, Bouhaha BM. Stress and burnout among hemodialysis nurses: a single center, prospective survey study. *Saudi J Kidney Dis Transp*. 2015;26(1):12-18 . <https://doi.org/10.4103/1319-2442.148712>
10. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia : a cross sectional study . *BMC nursing* . 2016 Jun 16; 15 (1) : 39. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0158-2>
11. Alizadeh A, Kazemigalogahi M, Jamali Z, Barati M & Azizi M . The role of Emotional Regulation and spirituality on Occupational stress in Military Nurses. *J Nurse and Physician within war* . 2014,

- 2(2) : 17 -22. [Persian] .
12. Rafii F, Sajadi Hezaveh M , Seyed Fatemi N, Rezaei M . Concept analysis of social support of new graduate nurses in the workplace : a hybrid model . Iran J Nurs . 2014 ; 26(86) : 71 - 89 .[Persian].
 13. Matourypour P , Ghaedi Heydari F , Bagheri I , Mmarijan R . The effect of progressive muscle relaxation on the occupational stress of nurses in critical units . Hakim Jorjani J . 2012 ; (1) : 9 - 15. [Pessian] .
 14. Hosseini S.F , Sltani F . The relationship of social support with aggression and hopelessness in nurses . jornal of (IJNR) . 2018 ; 13 (2) .
 15. Novaco, R. W .Reducing anger related offending: What works . In L . Craig , L . Dixon, & T . Gannon (Eds .) .What works in offender rehabilitation: An evidence -based approach to assessment and treatment. Chichester, UK: John Wiley & Sons. 2013. <https://doi.org/10.1002/9781118320655.ch12>
 16. Shahkarami M , Zahrakar K , Moradizadeh S , Davarniya R , Shakarami M . The effectiveness of group - based cognitive - behavioral stress management in improving life quality in wives of addicts undergoing treatment with methadone . J of Health Res in community . 2015 ; 1 (2): 78 - 87 . [Persian] .
 17. Hamid N , Saatchi L , Mehrabizade Honarmand M . [Effect of cognitive -behavioral therapy on pain intensity and mental health in chronic low back pain patients referred to specialist clinician Tehran (Persian)] , J Clin Psychol 2012 ; 10 (3): 95 -113 .[Persian] .
 18. Safarnejad F , Ho - Abdullah I , A wal NM . A cognitive study of happiness metaphors in Persian and English . Procedia - Social and Behavioral Sciences . 2014 ; 110 -118 . [Persian]. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.015>
 19. Azimi M , Moradi A , Hasani J . Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and Internet- based) on Emotional Regulation Strategies of individuals with comorbidity of insomnia and depression .rph. 2017; 11(1): 49 - 61 . [Persian]. <https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49>
 20. Borjali A , Aazami Y , Chopan H , Arab Quhistani D . Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers . J rehabilitation in nursing . 2015 ; 2(1) : 53 -65 . [Persian] .
 21. Mami SH , Sharifi M , Heidaryan F , Almasi F , Yarahmadi H , Zandifar H , Bastami M . Predict job performance based on difficulties in regulating emotions and practices to deal with stressors in a military hospital medical staff . journal of nurse and physician within war.2017; 4 (13), 178 - 186.
 22. Szczygiel D ,Buczny J , Bazinska R . Emotion regulation and emotional information processing : The moderating effect of emotional awareness. J Pers Individ Differ. 2012; 52 (3): 433 - 7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.005>
 23. Aazami Y , Sohrabi F, Borjali A , Chopan H . The effectiveness of teaching emotion regulation based on Gross model in reducing impulsivity in drug - dependent people . 2014 ; 8(30) 141 - 127. [Persian].
 24. Mahboobi T, Karimi S , Zare H . The effectiveness of Emotional Self - Control Training in Reducing the Physical Aggression of Payame Noor University Students . 2018 ; 11(41) 99- 114. [Persian] .
 25. Klemanski HD , Curtiss J , MCLAughlin K A , Nolen - Hoeksema S . Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. Cognit Ther Res 2017;41(2):b206-19. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9817-6>
 26. Donahue , J . J ., Goranson , A . C ., McClure , K. S ., & Van Male , L . M . Emotion dysregulation, negative affect, and aggression : A moderated, multiple mediator analysis. personality and individual differences, 2014; 70, 23 - 28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.009>
 27. Salimi A, Bakhtiari said B, Moghim F , Shakarami M, Dovarniya R. Efficacy of cognitive behavioral stress management therapy on job stress in nursing staff in intensive care unites . zanko journal . 2017 ; 18 (57) 44 - 57. [Persian] .
 28. Sorebo, O., Halvari, H., Flaata G., & Kristiansen, R. (2009). The role of self-determination theory in explaining teachers' motivation to continue to use elearning technology. Computers & Education 53, 1177-1187 stress buffering? self-differentiation Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. Journal of Experimental Social Psychology: Vol 46: pp.816-823. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2009.06.001>