



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/02/19

Accepted:2023/06/26

**The Effect of Positive Thinking Skill Training on the Resilience of Nurses in Abadeh and Eqlid Hospitals in the Covid-19 Pandemic - Application of the Theory of Planned Behavior**

**Behnam Karimi (M.Sc.)<sup>1</sup>, Leila Ghahramani (Ph.D.)<sup>2</sup>, Masoud Karimi (Ph.D.)<sup>3</sup>, Sadegh Kazemi(Ph.D.)<sup>4</sup>**

1.M.Sc. Student of Health Education and Health Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. Corresponding author: Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Email: lghahraman@gmail.com Tel: 09177923542

3. Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

4. Ph.D. in Disaster & Emergencies Health, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

**Abstract**

**Introduction:** The present study aimed to investigate the effect of positive thinking skills training based on the Theory of Planned Behavior (TPB) on nurses' resilience during the COVID-19 pandemic in the year 1400.

**Methods:** The current research is a semi-experimental interventional study with a pre-test and post-test design, the statistical population of which was made up of nurses working in the hospitals of Abadeh and Euclid cities in Fars province in 1400. Based on the inclusion criteria, 98 nurses were selected and randomly divided into two intervention (n=49) and control (n=49) groups. For the intervention, positive thinking training was conducted face-to-face and group discussion in eight 120-minute sessions, twice a week. The duration of training was two months. To collect data, questionnaires of demographic characteristics, Connor and Davidson's resilience and positive thinking were used. Data were analyzed with SPSS software version 26 and using statistical tests.

**Results:** Based on the findings of this research, the average post-test resilience of nurses in the intervention group ( $60/02 \pm 6/2$ ) was significantly higher than the control group ( $52/6 \pm 3/5$ ). The average positive thinking of nurses in the post-test was  $176/6 \pm 4/75$  and control group ( $85/04 \pm 5/1$ ). Also, after teaching positive thinking skills, the mean resilience score and its dimensions in the intervention group ( $89/6 \pm 3/1$ ) were significantly higher than the control group ( $53/18 \pm 3/6$ ) ( $P < 0/001$ ).

**Conclusion:** Positive thinking skills training is a safe, low-cost, and practicable approach whose effectiveness was proven in this study. It could, therefore, be widely used as an empowerment program.

**Keywords:** Training, Positive thinking skills, Nurses' resilience, COVID-19 pandemic

**Conflict of interest:** The authors declared no conflict of interest.



**This Paper Should be Cited as:**

Author: Behnam Karimi, Leila Ghahramani, Masoud Karimi, Sadegh Kazemi. The Effect of Positive Thinking Skill Training on the Resilience of Nurses in Abadeh and Eqlid Hospitals in the .....Tolooebehdasht Journal. 2023;22(4)41-58.[Persian]

**طلوع بهداشت****بررسی تاثیر آموزش مهارت مثبت اندیشی بر تاب آوری پرستاران طی****همه گیری کووید-۱۹ - کاربرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده**نویسندگان: بهنام کریمی<sup>۱</sup>، لیلا قهرمانی<sup>۲</sup>، مسعود کریمی<sup>۳</sup>، صادق کاظمی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشیار مرکز تحقیقات علوم بهداشت، پژوهشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۳. نویسنده مسئول: دکترای تخصصی سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران. تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۵۹۱۳۷۷ Email: Info.sadeghkazemi@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر مبنای تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر تاب آوری پرستاران در شرایط همه گیری کووید-۱۹ انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون می‌باشد که جامعه آماری آن را پرستاران شاغل بیمارستان شهرستان‌های آباده و اقلید در استان فارس در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. بر اساس معیار ورود ۹۸ پرستار انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (n=۴۹) و کنترل (n=۴۹) قرار گرفتند. برای مداخله، آموزش مثبت اندیشی به شیوه حضوری و بحث گروهی در هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بصورت هفته‌ای دو جلسه انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه محقق ساخته مثبت اندیشی بود. همچنین پرسشنامه سازه‌های مدل رفتار برنامه ریزی شده نیز قبل و بعد از مداخله جمع آوری شد. مدت زمان آموزش دو ماه بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین تاب آوری پرستاران پس آزمون در گروه مداخله ( $6/2 \pm$ ) بیشتر از گروه کنترل ( $3/5 \pm 5/2$ ) بود. میانگین مثبت اندیشی پرستاران در پس آزمون در گروه مداخله ( $4/75 \pm 176/6$ ) و کنترل ( $5/1 \pm 85/04$ ) بود. همچنین بعد از آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی میانگین نمره تاب آوری و ابعاد آن در گروه مداخله ( $3/1 \pm 89/6$ ) به صورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل ( $3/6 \pm 53/18$ ) بود ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی یک رویکرد بدون عارضه، کم هزینه و قابل اجرا است که اثربخشی آن در این مطالعه مورد تایید قرار گرفت و لذا می‌توان از آن به صورت فراگیر به عنوان یک برنامه توانمندسازی استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** آموزش، مهارت‌های مثبت اندیشی، تاب آوری پرستاران، همه گیری کووید-۱۹

این مقاله، حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره چهارم

مهر و آبان

شماره مسلسل: ۱۰۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۵



## مقدمه

ویروس نوپدید کووید-۱۹ (کرونا) یکی از نگرانی‌های جدید جهانی در بحث مدیریت بیماری عفونی است (۱). گسترش ویروس کووید-۱۹ و پیامدهای اجتماعی مرتبط با سلامت، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی بشر در قرن حاضر است (۲). بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی کووید-۱۹ به عنوان شدیدترین عفونت ویروسی و مهم‌ترین بحران بهداشتی جهان در حال حاضر می‌باشد که به صورت پاندمی ظاهر شده است (۳). اپیدمی بیماری ناشی از این ویروس، فشار زیادی بر سیستم‌های بهداشت و درمان وارد کرده است، در این میان پرستاران به عنوان بیشترین و مهمترین منبع انسانی این سازمانها، بیشترین فشار را متحمل شده اند (۴).

پرستاران به دلیل ارتباط تنگاتنگ با بیماران ناشی از کووید-۱۹ در برابر عفونت آسیب‌پذیر بوده و می‌توانند عامل گسترش ویروس در بین اعضاء خانواده، دوستان و سایر همکاران باشند (۵). کمبود تجهیزات حفاظت فردی می‌تواند منجر به بیمار شدن آنان طی مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شده و حداقل دو هفته دوری از محیط کار را منجر شود. از این رو، کاهش نیروی انسانی پرستار، افزایش حجم کاری سایر پرسنل و خستگی مفرط در بین پرستاران بروز خواهد کرد. همچنین ماهیت این بیماری واکنش‌های شدید تنش‌زا مانند خستگی، اضطراب و افسردگی را در پرستاران افزایش می‌دهد (۶).

همچنین از طرفی به علت شاهد مرگ روزانه بیماران و همدردی با خانواده آنها، نبود حمایت روحی و روانی و مبهم بودن میزان اختیارات سبب ایجاد چالش و تحت تاثیر قرار دادن میزان تاب‌آوری پرستاران شده است (۷). به طوری که مطالعات بیانگر

شیوع بالای مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در میان پرستاران در طی دوره شیوع کووید-۱۹ هستند (۸). وضعیت نامناسب سلامت جسم و روان پرستاران می‌تواند بر عملکرد و کیفیت خدمت‌رسانی آنها و رضایت مندی بیماران تاثیر بگذارد (۹، ۱۰).

به علت ماهیت تنش‌زای شغل پرستاری در زمان شیوع کرونا، توجه به ظرفیت‌های فردی و روانی که فرد به کمک آنها بتواند در شرایط دشوار مقاومت نموده و دچار آسیب نشود اهمیت دارد. تجربه چنین شرایط مشکل‌زا یا بحرانی، سبب ارتقاء ابعاد شخصیتی این گروه از افراد می‌شود (۱۱). یکی از مهمترین توانایی‌های بالقوه انسان که در شرایط سخت و تنش‌های روانی باعث سازگاری مؤثر با تغییرات و عوامل تهدید کننده سلامت و تنش‌زا شده و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات و بحران‌ها است، تاب‌آوری (Resilience) می‌باشد (۱۲).

پولک (Polk) اصطلاح تاب‌آوری را به عنوان توانایی تبدیل مشکلات و سختی‌ها به فرصت‌ها و آموختن از شرایط بحرانی مطرح کرد که می‌تواند به واسطه کاهش اثرات ناهنجاری عاطفی و هیجان‌های منفی سبب افزایش شادکامی و بازگشت به سطح سلامتی قبل از مشکلات گردد (۱۳-۱۵). آموزش مهارت تاب‌آوری یکی از راهبردهای مقابله‌ای است که به فرد کمک می‌کند تا تحمل، انعطاف‌پذیری و سازگاری مثبت در واکنش به شرایط تنش‌زا داشته باشد و منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد و کارکرد و ارائه خدمات درمانی بهترتر و موثرتر گردد (۱۸-۱۶). مطالعات اخیر اثربخشی مداخلات آموزشی مثبت اندیشی در زمینه‌های مختلف نظیر بهبود کیفیت زندگی کاری، شادکامی و



و تاب آوری را تایید نموده اند (۱۹-۲۲).

از جمله مداخلات آموزشی که می‌تواند بر تاب آوری اثرگذار می‌توان ذهن آگاهی، مهارت‌های مدیریت تعارض، مهارت‌های مثبت اندیشی، مهارت‌های مدیریت استرس، بازخورد زیستی، مهارت‌های ارتباطی و توسعه هوش هیجانی را نام برد (۲۳). آغچه اوبه و همکاران آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی را یکی از روش‌های اثربخش، ساده و ارزان عنوان نموده اند (۱۲). مثبت اندیشی به معنای داشتن تفکر خوشبینانه در مسیر زندگی است به نوعی، مثبت اندیشی یک فرد با جهت گیری خوش بینانه به آینده، موقعیت‌های استرس زا را با نگاهی مثبت بررسی می‌کند و محاسبه خوبی از توانایی هایش برای عبور از چالشها دارد. افراد مثبت نگر در مواجهه با موقعیت‌های استرس آمیز از خود ثبات و اطمینان نشان می‌دهند و تمایل دارند در مورد آینده، احتمالات مثبت را در مورد توجه قرار دهند و بیشتر از استراتژی‌های مقابله‌ای مسئله مدار برای روبروشدن با مشکلات استفاده نمایند. در نتیجه می‌توان گفت که مثبت اندیشی نقش مهمی در سازگاری افراد با رویدادهای تنش زا ایفا می‌کند (۲۴).

صدقی گوی آقاج و همکاران آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی را موجب کاهش فرسودگی شغلی روان پرستاران عنوان نموده اند (۲۵). مثبت اندیشی شیوه‌ای است که در آن ذهن فرد با تمرکز مثبت بر روی موارد سازنده و خوب، تفکرات و عواطف منفی و مخرب را از آن حذف می‌کند و باعث می‌شود فرد ارزیابی خوش بینانه‌ای از موقعیت‌های استرس زا داشته باشد و نگرش مثبت می‌تواند در ارتقاء تاب آوری فرد موثر باشد (۱۹،۲۱،۲۶). بنابراین یک برنامه آموزشی مبتنی بر مثبت

اندیشی نسبتاً کوتاه برای پرستاران می‌تواند به آنان کمک کند تا ضمن درک عوامل استرس زای شغلی و ارتقاء تاب آوری خود با غلبه بر تجارب و رویدادهای منفی و تبدیل شان به تجارب مثبت، خدمات درمانی بهتری ارائه کنند (۱۹،۲۰).

لذا با توجه به اهمیت سلامت روان پرستاران به ویژه در شرایط همه گیری کووید-۱۹ و مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر مبنای تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر تاب آوری پرستاران در شرایط همه گیری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های شهرستان‌های آباده و اقلید در استان فارس کشور ایران شد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس، ICU، داخلی و اطفال در بیمارستان‌های شهرستان‌های آباده و اقلید که دو شهر همسایه در شمال فارس، ایران بود. حجم نمونه (N=۹۸) با استفاده از مطالعه میرزایی راد و همکاران با سطح معنی داری ۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر ۸۰ درصد با ریزش ۱۰ درصد ۴۹ نفر در هر گروه برآورد شد (۲۳).

شرکت کنندگان به صورت سرشماری انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن سابقه آموزش مهارت مثبت اندیشی، سابقه کاری حداقل ۶ ماه در بخش‌های مختلف بیمارستان، عدم مشارکت در مداخله مشابه به طور همزمان و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و مصرف داروهای روانپزشکی و شاغل بودن تا پایان مطالعه بود. همچنین



۳- پرسشنامه اینگرام و وینسکی با هدف بررسی مثبت اندیشی بر مبنای سازه‌های رفتار برنامه ریزی شده در سال ۱۹۸۸، توسط اینترگرام وینسکی تهیه شد. این ابزار دارای ۴۵ گویه است که شامل سازه نگرش نسبت به رفتار (۲۶ گویه)، سازه هنجارهای ذهنی (۴ گویه)، سازه کنترل رفتاری درک شده (۷ گویه) و سازه قصد رفتار (۸ گویه) در مقیاس لیکرتی بین یک (کاملاً مخالفم) و پنج (کاملاً موافقم) می‌باشد. پایین‌ترین نمره آن ۴۵ و بالاترین نمره آن ۲۱۹ است که در پژوهشی که مطالعه‌ای توسط جعفری باغ خیراتی و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام شد ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ برآورد شد و پایایی آن نیز تایید شد (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مثبت اندیشی در این مطالعه ۰/۹۸۹ محاسبه شد.

برای انجام این پژوهش، ابتدا پژوهشگر به محیط‌های پژوهش مراجعه و اقدام به نمونه‌گیری نمود. پژوهشگر پس از توضیح اهداف و نحوه‌ی انجام مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه، افراد هر دو گروه آزمون و کنترل را از نظر مشخصات فردی-اجتماعی و شغلی همانندسازی نمود. قبل از شروع مداخله ابتدا پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و تاب‌آوری توسط پرستاران به شیوه خود گزارشی تکمیل شد. سپس مداخله در گروه آزمون اجرا شد. مداخله شامل آموزش مثبت اندیشی به شیوه بحث گروهی، برگرفته از کتاب مثبت اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی کوئیلیام (Quilliam) بود (۳۱) که در هشت جلسه آموزش ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش حضوری به صورت هفته‌ای دو جلسه به مدت دو ماه و ارائه یک جزوه آموزشی مشتمل بر مباحث ارائه شده در جلسات آموزشی در گروه آزمون با مشارکت و حضور یکی از اعضای هیئت علمی گروه

عدم شرکت در بیش از یک جلسه، لغو قرار داد یا انتقال یا ماموریت به مرکز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارتند از: ۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی پرستاران (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، بخش محل فعالیت بالینی، سابقه کار در شغل پرستاری، برنامه شیفت کاری، تعداد روزهای تعطیل در یک ماه). ۲- پرسشنامه کانرودیدسون (Connor-Davidson Resilience Scale)، با هدف بررسی حوزه تاب‌آوری با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در سال ۲۰۰۳ تهیه کردند که این ابزار مشتمل بر ۲۵ گویه است که شامل پنج بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۴ سوال)، تاثیرات معنوی (۳ سوال)، تصور از شایستگی فردی (۸ سوال)، کنترل (۳ سوال) و اعتماد به غرایز منفی و تحمل عواطف منفی (۷ سوال) می‌شد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرتی به صورت کاملاً نادرست (صفر)، به ندرت (یک)، گاهی درست (دو)، اغلب درست (سه)، همیشه درست (چهار) بود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین حداقل صفر و حداکثر صد قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است (۲۷).

کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بود (۲۸)؛ همچنین این مقیاس در ایران توسط کیهانی و همکاران هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره‌گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه تاب‌آوری در این مطالعه ۰/۹۷۳ محاسبه شد (۲۹).



با استفاده از آزمون تی-تست زوجی و مقایسات بین گروهی با استفاده از آزمون تی-تست مستقل انجام شد. از تحلیل کواریانس جهت تعدیل اثرپیش آزمون در نمرات پس آزمون استفاده شد. برای پردازش و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی داری آزمون ۵ درصد در نظر گرفته شد.

از جمله ملاحظات اخلاقی مطالعه اینکه هیچ گونه اطلاعات فردی و شخصی ثبت نشد و به شرکت کنندگان در مورد فرآیند تحقیق، محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و فرم رضایت آگاهانه با توضیحات کامل فرآیند مطالعه تحویل شرکت کنندگان گردید و جهت شرکت در مطالعه رضایت کتبی اخذ شد. این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.SUMS.REC.1400.262 از دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز به همراه پژوهشگر در سالن آموزشی بیمارستان شهرستان آباد انجام شد. این روش ترکیبی از سخنرانی، بحث، پرسش و پاسخ و ابراز احساسات بود. برنامه آموزشی مثبت اندیشی که مداخله ای براساس دیدگاه سلیگمن و همکاران است در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته بصورت هفته‌ای دو جلسه ساختاربندی شد و در طول سایر روزها پاسخگویی به سوالات و مباحث مطرح شده از سوی پرستاران صورت گرفت (۳۲).

هدف مداخلات افزایش مثبت اندیشی و افزایش تاب آوری در بین شرکت کنندگان بود. خلاصه جلسات آموزشی به شرح جدول ۱ ارائه شده است. برای تجزیه و تحلیل توصیفی ویژگی‌های اولیه شرکت کنندگان از آزمون‌های آماری توصیفی ( فراوانی، میانگین، انحراف معیار و ...) استفاده شد. مقایسات درون گروهی بین نمرات تاب آوری و مثبت اندیشی و ابعاد آنها

جدول ۱: محتوای جلسات مثبت اندیشی براساس الگوی سلیگمن و همکاران

| جلسات | موضوع                                   | محتوای آموزشی   |
|-------|---|---|
| اول   | ایجاد ارتباط اولیه                      | معرفی و ایجاد رابطه، تعیین چارچوبها و قوانین گروه، تشریح چگونگی انجام کار، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی، تقسیم پرستاران به گروه‌های کوچک، آشنایی با گروه و مقررات حاکم، ارائه تکلیف برای جلسات آینده                   |
| دوم   | آشنایی با چگونگی شکل گیری و تفکر و نگرش | مرور تکلیف جلسه اول، تأکید بر این نکته که انسان افکار و باورهای خودش را به وجود می آورد. نوشتن عناوین تجارب و خاطرات مثبت، تکنیک دکمه فشار آدلر و ذکر موارد و نکات مثبت اندیشی، ارائه تکلیف برای جلسه آینده           |
| سوم   | آموزش مثبت اندیشی                       | مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی نقاط و تجربه های مثبت ذکر شده، آموزش مثبت اندیشی از طریق به چالش کشیدن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدیدنظر بر باورها، بحث گروهی، ارائه تکلیف برای جلسات آینده |
| چهارم | افزایش افکار و بازخوردهای مثبت          | مرور تکلیف جلسه قبلی، آموزش مثبت اندیشی از طریق نهادینه کردن استراتژیهای تفکر مثبت در زندگی، فرصتهای تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی توانیم آنها را   |



| حل کنیم، ارائه تکلیف برای جلسات آینده |                             |  |
|---------------------------------------|-----------------------------|--|
| پنجم                                  | ارائه راهکارهای مثبت اندیشی | مرور تکلیف جلسه قبلی، آموزش مثبت اندیشی از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرامسازی و تغییر نگرشها، الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی، بازگویی تجربه های مثبت، ارائه تکلیف برای جلسات آینده                                 |
| ششم                                   | باورهای مثبت اندیشی         | مرور تکلیف جلسه قبلی، وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به نفس و عادات مطلوب ورزشی، تعریف کردن لطیفه و خاطرات لذتبخش، بازگویی تجربه های مثبت، ارائه تکلیف برای جلسات آینده                                     |
| هفتم                                  | تمرینات مثبت اندیشی         | مرور تکلیف جلسه قبلی، تمرین مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، آگاه شدن از نقاط مثبت خود و دیگران، کنار آمدن با انتقادات، برقراری روابط خوب با اطرافیان، اتخاذ نگرش عاری از سرزنش، ارائه تکلیف جلسه بعدی |
| هشتم                                  | جمع بندی جلسات              | مرور تکلیف جلسه قبلی، جمع بندی و رسیدن به نقاط مثبت اصلی و گرفتن باز خورد از پرستاران، تمرین توانایی اعتماد به توانمندیهای خود، تقدیر و تشکر، انجام پس آزمون   |

### یافته ها

مداخله به صورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ).

جهت بررسی مقایسه درون گروهی از آزمون تی زوجی استفاده شد. نتایج جدول شماره ۴ نشان داد که بعد از مداخله آموزش میانگین نمرات بعد کنترل در گروه مداخله، افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/001$ ).

همچنین نتایج آزمون تی مستقل در جدول شماره ۴ نشان داد که پیش از مداخله آموزشی بین نمرات مثبت اندیشی براساس سازه های کنترل رفتاری، قصد رفتاری در دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

نتایج آزمون آنالیز کواریانس در جدول شماره ۵ نشان داد که کنترل اثر نمرات قبل از آموزش، میانگین نمرات کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری در گروه مداخله به صورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ).

از مجموع ۹۸ نفر پرستاران شرکت کننده در این مطالعه اکثریت زن (۷۸/۶) درصد، متأهل (۷۰/۴) درصد، با تحصیلات لیسانس (۹۲/۹) درصد و دارای درآمد ماهیانه بیشتر از ۶ میلیون (۹۱/۸) درصد، با سابقه کار بین ۱-۵ سال (۳۵/۷) درصد و شاغل در بخش اورژانس (۳۱/۶) درصد بودند.

میانگین سنی پرستاران ( $35/55 \pm 7/04$ ) بود. همچنین بین گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی داری از نظر ویژگی های دموگرافیکی وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۲ نشان داد پیش از مداخله بین میانگین نمره تاب آوری و تمام ابعاد آن به جزء متغیر کنترل در دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

نتایج آزمون آنالیز کواریانس در جدول شماره ۳ نشان داد پس از مداخله میانگین نمره تاب آوری و تمام ابعاد آن در گروه



جدول ۲: مقایسه میانگین نمره تاب آوری و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش

| متغیر                                 | گروه مورد مطالعه (زمان) | مداخله (N=۴۹)<br>X=SD | کنترل (N=۴۹)<br>X=SD | نتیجه آزمون آماری t-test مستقل |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| تاب آوری                              | قبل از مداخله           | ۶۰/۰۲ ± ۲/۶           | ۵۲/۶ ± ۳/۵           | t=۴/۳<br>P=۰/۴۲                |
|                                       | بعد از مداخله           | ۸۹/۶ ± ۳/۱            | ۵۳/۱۸ ± ۳/۶          | t=۷/۳<br>P<۰/۰۰۱**             |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۲۷/۰۲<br>P<۰/۰۰۱*   | t=-۰/۷۹۹<br>P=۰/۴۲۸  |                                |
| تصور از شایستگی فردی                  | قبل از مداخله           | ۱۹/±۵۱ ۳/۱۸           | ۱۷/۵۹ ± ۲/۲۴         | t=۳/۰۱<br>P=۰/۰۳۲              |
|                                       | بعد از مداخله           | ۲۸/۵۳ ± ۱/۶۵          | ۱۶/۶۱ ± ۱/۸۹         | t=۳/۴۵۳<br>P<۰/۰۰۱**           |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۱۷/۷۹<br>P<۰/۰۰۱*   | t=-۲/۲۰۸<br>P=۰/۰۳۲* |                                |
| اعتماد به‌غرایز منفی، تحمل عواطف منفی | قبل از مداخله           | ۱۸/۲ ± ۲/۵۸           | ۱۴/۸۶ ± ۱/۷۸         | t=۵/۳۲۷<br>P=۰/۰۱۵             |
|                                       | بعد از مداخله           | ۲۴/۸ ± ۱/۱۵           | ۱۴/۲۷ ± ۱/۶۹         | t=۷/۴۷۲<br>P<۰/۰۰۱**           |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۱۵/۱۰۷<br>P<۰/۰۰۱*  | t=-۱/۴۶۵<br>P=۰/۱۴۹  |                                |
| تاثیرات معنوی                         | قبل از مداخله           | ۵/۸۸ ± ۰/۹            | ۴/۸۶ ± ۱/۰۸          | t=۴/۳۱۶<br>P=۰/۰۶۴             |
|                                       | بعد از مداخله           | ۷/۳۷ ± ۰/۶            | ۴/۹۶ ± ۱/۱۷          | t=۵/۰۷<br>P<۰/۰۰۱**            |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۹/۳۰۹<br>P<۰/۰۰۱*   | t=۰/۴۷۵<br>P=۰/۰۶۳۷  |                                |
| کنترل                                 | قبل از مداخله           | ۶/۸۸ ± ۱/۲۷           | ۷/۰۲ ± ۱/۲۲          | t=-۰/۲۳۳<br>P=۰/۰۳۴            |
|                                       | بعد از مداخله           | ۱۰/۱۸ ± ۱/۰۱          | ۶/۷۸ ± ۱/۲۸          | t=-۰/۵۶۹<br>P=۰/۵۷۱            |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۱۴/۴۹۲<br>P<۰/۰۰۱*  | t=-۰/۹۶<br>P=۰/۰۳۴۲  |                                |
| پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن         | قبل از مداخله           | ۱۵/۰۸ ± ۱/۸۴          | ۱۲/۹ ± ۱/۵۳          | t=۵/۴۸۲<br>P=۰/۰۷۶             |
|                                       | بعد از مداخله           | ۲۲/۲۶ ± ۱/۲۵          | ۱۳ ± ۱/۷۲            | t=۶/۳۹۶<br>P<۰/۰۰۱**           |
|                                       | نتیجه آزمون             | t=۲۲/۰۶۳<br>P<۰/۰۰۱*  | t=۰/۳۰۴<br>P=۰/۰۷۶۲  |                                |

\* تی تست زوجی، \*\* تی تست مستقل

جدول ۳: نتایج آزمون آنالیز کوواریانس برای نمرات تاب آوری و زیر مقیاس‌های آن

| منبع اثر نمرات پیش آزمون | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F  | مقدار معنی داری |
|--------------------------|--------------|------------|----------------|----------|-----------------|
| تاب آوری                 | ۳۴/۱۶۶       | ۱          | ۳۴/۱۶۶         | ۳/۱۱۳    | P=۰/۰۸۱         |
| گروه (مداخله)            | ۲۲۰/۲۸/۳۸۰   | ۱          | ۲۲۰/۲۸/۳۸۰     | ۲۰۰/۷۲۵۰ | P<۰/۰۰۱         |
| تصور از شایستگی فردی     | ۰/۶۶۸        | ۱          | ۰/۶۶۸          | ۰/۲۱۳    | P=۰/۶۴۵         |
| گروه (مداخله)            | ۳۱۲۶/۰۳۸     | ۱          | ۳۱۲۶/۰۳۸       | ۹۹۹/۳۴۳  | P<۰/۰۰۱         |





|           |         |          |   |          |                                       |
|-----------|---------|----------|---|----------|---------------------------------------|
| P = ۰/۰۱۱ | ۶/۶۹۰   | ۲۵۸/۱۳   | ۱ | ۱۳/۲۵۸   | اعتماد به غرایز منفی، تحمل عواطف منفی |
| P < ۰/۰۰۱ | ۹۶۱/۷۵۲ | ۸۱۳/۱۹۰۵ | ۱ | ۱۹۰۵/۸۱۳ | گروه (مداخله)                         |
| P = ۰/۵۹۱ | ۰/۲۹۰   | ۰/۲۵۴    | ۱ | ۰/۲۵۴    | تاثیرات معنوی                         |
| P < ۰/۰۰۱ | ۱۲۲/۶۴۶ | ۱۰۷/۲۲۱  | ۱ | ۱۰۷/۲۲۱  | گروه (مداخله)                         |
| P = ۰/۶۶۰ | ۰/۱۹۵   | ۰/۴۴۶    | ۱ | ۰/۴۴۶    | پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن         |
| P < ۰/۰۰۱ | ۶۵۷/۶۶۴ | ۱۵۰۲/۹۶۸ | ۱ | ۱۵۰۲/۹۶۸ | گروه                                  |

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره مثبت اندیشی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آموزش

| سازه مدل             | گروه مورد مطالعه (زمان) | مداخله (N=۴۹)<br>X=SD    | کنترل (N=۴۹)<br>X=SD     | نتیجه آزمون آماری t-test مستقل |
|----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| نگرش                 | قبل از مداخله           | ۵۱/۹۸ ± ۳/۷۲             | ۵۳/۲۲ ± ۳/۱۹             | t = -۱/۷۷۹                     |
|                      | بعد از مداخله           | ۹۹/۸۲ ± ۲/۷۲             | ۵۲/۷۸ ± ۳/۵۵             | P < ۰/۰۰۱*                     |
|                      | نتیجه آزمون             | t = ۶۹/۰۶<br>P < ۰/۰۰۱*  | t = -۰/۸۱۵<br>P = ۰/۴۱۹  |                                |
| هنجار ذهنی           | قبل از مداخله           | ۷/۳۵ ± ۱/۵۲              | ۶/۹۸ ± ۱/۶۶              | t = ۱/۱۴                       |
|                      | بعد از مداخله           | ۱۵/۴۱ ± ۱/۶۹             | ۷/۰۲ ± ۱/۵۳              | P < ۰/۰۰۱                      |
|                      | نتیجه آزمون             | t = ۲۸/۷۶<br>P < ۰/۰۰۱*  | t = ۰/۱۲۳<br>P = ۰/۹۰۳   |                                |
| کنترل رفتاری درک شده | قبل از مداخله           | ۱۰/۶۵ ± ۱/۴۱             | ۱۲/۳۹ ± ۱/۳۵             | t = -۶/۲۲۳                     |
|                      | بعد از مداخله           | ۲۹/۰۸ ± ۱/۱۷             | ۱۱/۸۴ ± ۱/۲              | P < ۰/۰۰۱**                    |
|                      | نتیجه آزمون             | t = ۶۹/۷۸۹<br>P < ۰/۰۰۱* | t = -۲/۶۱۹<br>P = ۰/۰۱۲* |                                |
| قصد رفتاری           | قبل از مداخله           | ۱۳/۴۱ ± ۱/۹۸             | ۱۳/۸۲ ± ۱/۹۳             | t = ۲/۶۵۷                      |
|                      | بعد از مداخله           | ۲۹/۲۴ ± ۲/۰۱             | ۱۴/۷۳ ± ۱/۴۵             | P < ۰/۰۰۹**                    |
|                      | نتیجه آزمون             | t = ۴۲/۳۴<br>P < ۰/۰۰۱*  | t = -۱/۳۰۶<br>P = ۰/۱۹۸  |                                |
| مثبت اندیشی          | قبل از مداخله           | ۸۴/۷۱ ± ۵/۳۳             | ۸۶/۴۱ ± ۴/۳۵             | t = -۲/۲۱۵                     |
|                      | بعد از مداخله           | ۱۷۳/۶ ± ۴/۷۵             | ۸۵/۰۴ ± ۵/۱              | P < ۰/۰۰۱**                    |
|                      | نتیجه آزمون             | t = ۹۸/۰۰۱<br>P < ۰/۰۰۱* | t = -۱/۸۵۲<br>P = ۰/۰۰۷  |                                |

\* تی تست زوجی، \*\* تی تست مستقل



جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس برای نمرات کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری

| منبع اثر نمرات پیش آزمون | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F  | مقدار معنی داری |
|--------------------------|--------------|------------|----------------|----------|-----------------|
| کنترل رفتاری درک شده     | ۳/۲۸۲        | ۱          | ۳/۲۸۲          | ۲/۳۷۹    | P = ۰/۱۲۶       |
| گروه (مداخله)            | ۵۳۳۲/۳۸۴     | ۱          | ۵۳۳۲/۳۸۴       | ۳۶۸۴/۴۸۱ | P < ۰/۰۰۱       |
| قصد رفتاری               | ۲۱/۲۸۰       | ۱          | ۲۱/۲۸۰         | ۵/۷۰۵    | P = ۰/۰۱۹       |
| گروه (مداخله)            | ۵۵۴۱/۱۰۱     | ۱          | ۵۵۴۱/۱۰۱       | ۱۴۶۵/۰۱۰ | P < ۰/۰۰۱       |

## بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه کنونی، تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر تاب‌آوری پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های ویژه، داخلی و اطفال بیمارستان‌های امام خمینی (ره) شهرستان آبادیه و حضرت ولیعصر (عج) شهرستان اقلید در استان فارس مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور تعداد ۹۸ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس، ICU، داخلی و اطفال در دو گروه مداخله (۴۹ نفر) و کنترل (۴۹ نفر) وارد تحقیق شده‌اند.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که فرضیه اصلی مبنی بر اینکه میانگین نمره تاب‌آوری در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است تایید شده است. یافته‌ها به طور کلی حاکی از بهبود متغیرهای موثر بر تاب‌آوری پرستاران در شرکت کنندگان مطالعه بود. به طوری که میانگین تعدیل شده نمره تاب‌آوری بعد از آموزش مثبت اندیشی در گروه مداخله نسبت به قبل از آموزش ۲۹ نمره افزایش یافته است.

همچنین آموزش مثبت اندیشی تأثیر معنی داری بر اندیشی بر مولفه‌های تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز منفی، تحمل عواطف منفی، تأثیرات معنوی، کنترل، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن) در گروه مداخله و کنترل گذاشت. از طرفی یافته‌های مطالعه نشان داد که نمره میانگین مثبت اندیشی

در گروه مداخله در پس آزمون ۸۹ نمره نسبت به پس آزمون افزایش یافته است که این تغییرات افزایشی در تمام ابعاد مثبت اندیشی قابل توجه بود.

یافته‌های دیگر این مطالعه، نشان داد که تاب‌آوری در پس آزمون در گروه مداخله ( $۸۹/۶ \pm ۳/۱$ ) در حد متوسط است که با مطالعه یوسفی و همکاران (۲۰۲۱) و کیانی و همکاران (۲۰۲۰) هم خوانی دارد (۱۹،۳۳). همچنین در مطالعه که توسط مه آفرید و همکارانش در سال ۲۰۱۵ در قوچان انجام شد نشان داد که آموزش مثبت اندیشی منجر به افزایش تاب‌آوری، افزایش سرسختی و کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران شده است (۲۴) که این مطالعات با نتایج حاصل از تحقیق حاضر همخوانی دارد. Wei و همکارانش نیز تحقیق کیفی گزارش کردند از جمله استراتژی‌های موثر بر افزایش تاب‌آوری ارتقای مثبت اندیشی و تقویت تمرین ذهن‌آگاهی و انتقال نوع دوستی، تشویق پرستاران به خودمراقبتی، تسهیل ارتباطات اجتماعی و سرمایه‌گذاری بر نقاط قوت پرستاران بود (۳۴).

مطالعه Chesak SS در سال ۲۰۱۵ با موضوع تاب‌آوری در پرستاران جدید نشان داد اجرای یک بر نامه کوتاه مدت مدیریت استرس و آموزش تاب‌آوری منجر به افزایش نمرات ذهن و تاب‌آوری و کاهش نمرات اضطراب و استرس در گروه مداخله شد (۳۵).



توجهی یافت. مطالعات نشان دادند که سطوح بالاتر حالت عاطفی منفی منجر به کاهش سطح تاب آوری روانی می شود (۳۸) و نتایج مطالعات تاثیر برنامه های آموزشی بر افزایش مهارت های تاب آوری و بهبود سلامت عاطفی بهبود توانایی پرستاران در مدیریت استرس و جلوگیری از خستگی عاطفی را مشاهده کردند (۳۹).

Delaney و همکارانش تاثیر یک برنامه آموزشی پایلوت را بر افزایش تاب آوری و کاهش خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی پرستاران مثبت ارزیابی کردند (۴۰). برای افزایش احساسات مثبت و تضعیف احساسات منفی مراقبین بهداشتی باید نیازهای آنها در اولویت قرار گیرد که منجر به کیفیت و افزایش عملکرد مراقبان بهداشتی در محل کار می شود (۴۱). نتایج این پژوهش ها یافته های ما را در مورد تاثیر مثبت اندیشی بر افزایش نمرات اعتماد به غرایز منفی، تحمل عواطف منفی تایید می کند.

فرضیه سوم مبنی بر این است که میانگین نمرات زیر مقیاس تاثیرات معنوی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است مورد تایید قرار گرفت. یافته های نشان داد که میانگین نمرات بعد معنوی در گروه مداخله از ۵/۸۸ در پیش آزمون به ۷/۳۷ در پس آزمون افزایش قابل توجهی یافت محققان تاثیر مثبت معنویت بر بهبود عاطفی و تاب آوری را گزارش کردند (۴۱) و Roberto و همکارانش با استفاده از یک مدل آمیخته تاثیر مثبت معنویات را بر تاب آوری، امید، خوش بینی و آرامش در افراد در دوران همه گیری نشان دادند (۴۱).

نتایج مطالعه دان و همکارانش نشان داد که سلامت معنوی پرستاران بر کیفیت مراقبت آنها تاثیر مستقیم می گذارد (۴۲) و منجر به رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری می گردد (۴۳).

همچنین در رابطه با تایید فرضیه اول می توان گفت میانگین نمرات زیر مقیاس تصور از شایستگی فردی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است مورد تایید قرار گرفت. یافته های نشان داد که میانگین نمرات مولفه تصور شایستگی در گروه مداخله از ۱۹/۵۱ در پیش آزمون به ۲۸/۵۳ در پس آزمون افزایش قابل توجهی یافت. مطالعات نشان دادند که ارتقای شایستگی های پرستاران در بلایا بر سطوح تاب آوری روان شناختی آنها نیز تاثیر مثبت دارد (۳۶) و Hwang و همکارانش گزارش کردند یک برنامه آموزشی شبیه سازی توسعه یافته در برابر بیماری های همه گیر آمادگی و شایستگی پرستاران در بلایا و اعتماد به پرستاران را از لحاظ آماری بهبود معنی داری را بخشیده است و همچنین بر اعتماد به پرستاران تاثیر مثبتی داشت (۳۷).

در مطالعه ای در ترکیه گزارش شد که بین شایستگی پرستاران و تاب آوری روانی همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت (۳۶). با توجه به تاثیر برنامه های آموزشی بر شایستگی و اعتماد به نفس پرستاران در بلایا برای حمایت از صلاحیت آنها باید برنامه های آماده سازی پرستاران و ارائه آموزش ها و تمرینات مربوط به بلایا به طور منظم مهم اجرا شود (۳۶). نتایج این پژوهش ها، یافته های مطالعه حاضر را در مورد تاثیر مثبت اندیشی بر افزایش تصور شایستگی تایید می کند.

فرضیه دوم مبنی بر این است که میانگین نمرات زیر مقیاس اعتماد به غرایز منفی، تحمل عواطف منفی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است تایید شد. میانگین نمرات اعتماد به غرایز منفی، تحمل عواطف در گروه مداخله از ۱۸/۲ در پیش آزمون به ۲۴/۸ در پس آزمون افزایش قابل



احساس رفاقت و به شوخی و جوک به عنوان رهکارهایی برای کاهش استرس خود و هموعان شان اشاره کردند (۴۵) نتایج مطالعات مثبت اندیشی و خوش بینی را در جلوگیری از فرسودگی، کاهش خستگی عاطفی و بهبود کارایی پرستاران را مثبت ارزیابی کردند (۴۶، ۴۵).

در مطالعه Jeong سرمایه روانشناختی مثبت از جمله عوامل موثر بر قصد پرستار در مراقبت از بیماران کووید شناسایی شد (۴۷). نتیجه یک مطالعه پدیدارشناختی نشان داد که چالش‌های عاطفی پرستاران شامل استرس، اضطراب، خستگی، ناامیدی، احساس گناه و تنهایی بود و این چالش‌ها با آموزش، توانایی توانایی مشارکت، انسجام تیم و حمایت جامعه را می توان کاهش داد (۴۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت مثبت اندیشی منجر به افزایش قابل توجهی در تاب‌آوری پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ شد و افزایش تاب‌آوری پرستاران تحت تاثیر جنسیت و یا بخش بیمارستانی قرار نداشت. اگرچه در برخی مطالعات اشاره شده است که تاب‌آوری ممکن است تحت تاثیر سابقه کاری، سن، جنسیت، و سایر عوامل فردی-اجتماعی قرار بگیرد (۴۹-۵۲). تفکر مثبت و قدرت تاب‌آوری بالا سبب می‌شود که مقاومت شخص افزایش یافته و میزان مواجهه وی با فرسودگی شغلی کم شود و همچنین منجر به کاهش مواجهه با علل فرسودگی شغلی کم می‌شود. راهبردهای افزایش روانشناختی مثبت از جمله افزایش تاب‌آوری پرستاران از طریق آموزش تفکر مثبت برای افزایش تمایل و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری در هنگام مواجهه با بیماری‌های عفونی جدید لازم می‌باشد (۱۹).

کیم و همکارانش گزارش کردند که با افزایش سطوح معنوی همراه با سطوح بالای عملکرد خانواده و تاب‌آوری منجر به کاهش دو تا شش برابری استرس متوسط تا شدید یا افسردگی در پرستاران در دوران همه‌گیری شد (۴۴). نتایج این مطالعات تاثیر آموزش مثبت اندیشی بر افزایش نمرات بعد معنوی پرستاران تایید می‌کند.

همچنین در رابطه با تایید فرضیه چهارم می‌توان گفت که میانگین نمرات زیر مقیاس کنترل در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است تایید شد. یافته‌های نشان داد که در بعد کنترل (۶/۸۸ در مقابل ۱۰/۱۸) میانگین نمرات پرستاران در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش معنی‌داری یافت.

نتایج مطالعه ای در لهستان نشان داد که سرکوب ترس در بین احساسات منفی بیشتر در بین پرستاران شاغل بخش عفونی در همه گیری کووید-۱۹ رخ داده بود (۴۵). میزان بالایی از سرکوب احساسات به ویژه سرکوب احساس ترس در پرستاران شاغل در دوران کرونا رخ داده بود که اشاره به نیاز حمایتی از پرستاران دارد (۴۵).

همچنین در رابطه با تایید فرضیه پنجم می‌توان گفت که میانگین نمرات زیر مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله متفاوت است مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش نشان داد که در بعد و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۱۵/۰۸ در مقابل ۲۲/۲۶) میانگین نمرات پرستاران در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش معنی‌داری یافت. پرستاران در همه گیری کووید-۱۹ برای به اشتراک گذاشتن



معنی‌داری جهت ارتقای تاب‌آوری در پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد.

مهارت‌های مثبت اندیشی یک رویکرد بدون عارضه، کم هزینه و قابل اجرا است لذا می‌توان از آن به صورت فراگیر به عنوان یک برنامه توانمندسازی استفاده کرد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

### تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه مشارکت کنندگان گرامی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که بیمارستان‌های مورد مطالعه از نوع بیمارستان‌های عمومی بوده و نتایج این پژوهش کمتر قابل تعمیم به بیمارستان‌های تخصصی و آموزشی می‌باشد.

همچنین پرستاران شاغل در این دو بیمارستان از لحاظ حجم کار جز بیمارستان‌های با حجم کار متوسط بود و نسبت به بیمارستان‌های مرکز استان حجم کاری کمتری دارد و با موارد کمتر بیماران مواجه هستند.

انجام مطالعات مشابه در کلان شهرها و در بیمارستان‌های تخصصی و آموزشی و بیمارستان‌های دارای حجم کاری بالاتر پیشنهاد می‌گردد. آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی تاثیر

## References

- 1-Wang D, Hu B, Hu C & etal. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *jama*. 2020;323(11):1061-9.
- 2-Arefi MF, Poursadeqiyan M. A review of studies on the COVID-19 epidemic crisis disease with a preventive approach. *Work*. 2020;66(4):717-29.
- 3-Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS & etal. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*. 2020.
- 4-Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*. 2020;323(21):2133-4.
- 5-Leiva Amaya YK, Rondón Barreto AT, Villalba Torres LM. Riesgo psicosocial y percepción de ansiedad caso Unidad de Salud Puerto Carreño. 2021.
- 6-Asadi N, Salmani F, Pourkhajooiyi S & etal. Investigating the Relationship Between Corona Anxiety and Nursing Care Behaviors Working in Corona's Referral Hospitals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020;26(3):306-19.



- 7-Marey-Sarwan I, Hamama-Raz Y, Asadi A & etal. "It's like we're at war": Nurses' resilience and coping strategies during the COVID-19 pandemic. *Nursing Inquiry*. 2022;29(3):e12472.
- 8-Ariapooran S, Amirimanesh M. Depression, Anxiety and Suicidal ideation of Nurses in the Outbreak of COVID-19: The Role of Demographic Variables. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(5):724-39.
- 9-Arab Z, Piri L, Arsalani N & etal. The correlation of workload and work ability with job stress in nursing staff. *Journal of Health Promotion Management*. 2015;4(1):21-30.
- 10-Chang EM, Hancock KM, Johnson A & etal. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*. 2005;7(1):57-65.
- 11-Cherakhalipor Z. Comparison of job stress in military drivers in Tehran [Thesis in Persian]. Tehran: Baghiatallah University. 2010.
- 12-Jafari Golestan N, Afaghi E, Kazemi Galougahi MH. Effect of Positive Thinking Skills Training on the Resilience of Nurses Working in Selected Military Hospitals. *Military Caring Sciences Journal*. 2022;9(3):231-40.
- 13-Benada N, Chowdhry R. A correlational study of happiness, resilience and mindfulness among nursing student. *Indian journal of positive psychology*. 2017;8(2):105-7.
- 14-Foster K, Roche M, Delgado C & etal. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*. 2019;28(1):71-85.
- 15-Polk LV. Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in nursing science*. 1997;19(3):1-13.
- 16-Izadinia N, Amiri M, ghorban Jahromi R & et al. A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1615-9.
- 17-Rasti L, Arsalani N, Maghsoudipour M & etal. Assessment and Comparison of the Impact of Ergonomic Patient Transfer Method Training on the Operating Room Staff Performance Using Two Instruments of "Patient Transfer Assessment" and "Rapid Entire Body Assessment". *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(6):1-8.
- 18-Zakeri H, Jowkar B, Razmjoe M. Parenting styles and resilience. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1067-70.



- 19-Kyani P-A, Naeini SMK, Safavi M. The effect of positive thinking training on happiness and resilience of nurses in intensive care units: A randomized clinical trial. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2020;30(2):193-203.
- 20-McKinley N, Karayiannis PN, Convie L & etal. Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgraduate medical journal*. 2019;95(1121):1400-7.
- 21-Motamed-Jahromi M, Fereidouni Z, Dehghan A. Effectiveness of positive thinking training program on nurses' quality of work life through smartphone applications. *International scholarly research notices*. 2017;2017.
- 22-Rostami M, Jalal Younesi S, Movallali G & etal. The effectiveness of mental rehabilitation based on positive thinking skills training on increasing happiness in hearing impaired adolescents. *Audiology*. 2014;23(3).
- 23-Marey-Sarwan I, Hamama-Raz Y, Asadi A & etal. "It's like we're at war": Nurses' resilience and coping strategies during the COVID-19 pandemic. *Nursing Inquiry*. 2021:e12472.
- 24-Mehafarid M, Khakpour M, Jajarmi M. Effectiveness of positive thinking training on hardiness & resilience and Job burnout in women nurses. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(1):72-83.
- 25-Sedghi Goyaghaj N, Rostami M, Hosseini M. Effect of positive thinking skills training on nurse's job burnout. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;3(4):38-47.
- 26-Gatezadeh A. The Effectiveness of Positive Thinking Skill Training on Professional Ethics and Job Satisfaction. *Journal of Industrial and Organizational Psychology Studies*. 2019;6(2):123-38.
- 27-Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- 28-Movlaee KSM, Karimi MH, Emadzadeh ALI & etal. The Effect of Planned Behavior Theory-Based Education on Promotion of Physical Activity in Female Workers. 2019.
- 29-Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A & et al. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian journal of medical education*. 2015;14(10):857-65.
- 30-Jafari BA, Ghahremani L, Keshavarzi S & etal. Validity and reliability of optimism questionnaire among adolescents based on theory of planned behavior. 2016.



- 31-Quilliam S. Applied Positive Thinking and applied positivism. Translated Barati Sedeh F , Sadeghi F, Tehran, Javaneh Roshd Publications. 2003.
- 32-Seligman MEP, Steen TA, Park N & etal. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. American psychologist. 2005;60(5):410-19.
- 33-Yusefi AR, Daneshi S, Davarani ER & etal. Resilience level and its relationship with hypochondriasis in nurses working in COVID-19 reference hospitals. BMC nursing. 2021;20(1):1-9.
- 34-Wei H, Roberts P, Strickler J & etal. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. Journal of nursing management. 2019;27(4):681-7.
- 35-Chesak SS, Bhagra A, Schroeder DR & etal. Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. Ochsner Journal. 2015;15(1):38-44.
- 36-Alan H, Eskici GT, Sen HT & etal. Nurses' disaster core competencies and resilience during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study from Turkey. Journal of Nursing Management. 2022;30(3):622-32.
- 37-Hwang WJ, Lee J. Effectiveness of the infectious disease (COVID-19) simulation module program on nursing students: Disaster nursing scenarios. Journal of Korean Academy of Nursing. 2021;51(6):648-60.
- 38- Bozdağ F, Ergün N. Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. Psychological reports. 2021;124(6):2567-86.
- 39-Potter P, Pion S, Gentry JE. Compassion fatigue resiliency training: The experience of facilitators. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2015;46(2):83-8.
- 40-García-Izquierdo M, Meseguer de Pedro M, Ríos-Risquez MI & etal. Resilience as a moderator of psychological health in situations of chronic stress (burnout) in a sample of hospital nurses . Journal of Nursing Scholarship. 2018;50(2):228-36.
- 41-Roberto A, Sellon A, Cherry ST & etal. Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. Health care for women international. 2020;41(11-12):1313-34.





- 42-Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei SM & etal. Association between resilience and professional quality of life among nurses working in intensive care units. *Iran Journal of Nursing*. 2019;31(116):49-60.
- 43- Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Jalali R, Salari N. Prevalence of job stress in nurses working in Iranian hospitals: a systematic review, meta-analysis and meta-regression study. *JHSW*. 2020;10(2):119-28.
- 44-Kim SC, Quiban C, Sloan C & etal. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*. 2021;8(2):900-7.
- 45-Rose S, Hartnett J, Pillai S. Healthcare worker's emotions, perceived stressors and coping mechanisms during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021;16(7): e0254252.
- 46-Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A & etal. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International journal of nursing studies*. 2011;48(4):479-89.
- 47-Jeong S-a, Kim J. Factors influencing nurses' intention to care for patients with COVID-19: Focusing on positive psychological capital and nursing professionalism. *Plos one*. 2022;17(1): e0262786.
- 48- Nelson H, Hubbard Murdoch N, Norman K. The role of uncertainty in the experiences of nurses during the Covid-19 pandemic: a phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2021;53(2):124-33.
- 49-Afshari D, Nourollahi-Darabad M, Chinisaz N. Demographic predictors of resilience among nurses during the COVID-19 pandemic. *Work*. 2021;68(2):297-303.
- 50-Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of psychiatric research*. 2009;43(12):1007-2.
- 51-Dai Y, Hu G, Xiong H & etal. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medrxiv*. 2020.



52- Kakemam E, Raeissi P, Raofi S & etal. Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study. Contemporary nurse. 2019;55(2-3):237-49.