Military Caring Sciences **Original Article**

OPEN ACCESS

Comparing the Effect of Assertiveness Training through Face-to-Face and Multimedia Methods on Anxiety Levels of Nurses Working in a Psychiatric Hospital in Tehrann

Imanpour. M[1]
* Sajadi. S A[2]
Farsi. Z[3]

1- Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*2- Nursing Management Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author), Email: arasajadi@yahoo.com*

3- Ph.D. MMedEdu, Trauma and Surgery Research Center, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Ph.D. Nursing Department, Nursing School, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction: Assertiveness is one of the essential skills for nurses that can resolve many problems and alleviate psychological symptoms.

Objective: This study aimed to compare the effect of assertiveness training through two methods-face-to-face and multimedia–on the anxiety levels of nurses working in a psychiatric hospital.

Materials and Methods: The present study was a three-arm randomized controlled trial conducted in 2024. Seventy-two nurses from a selected Aja psychiatric hospital in Tehran were selected via purposive sampling and assigned to three groups of 24 individuals using random number generator software. In the multimedia group, assertiveness training was conducted via a virtual platform (Soroush) using narrated PowerPoint presentations accompanied by short videos over a 4-week period, with 10-minute sessions. The educational content for the face-to-face group was presented in four 60-minute sessions. No intervention was performed for the control group. Data were collected using a demographic characteristics form and the Beck Anxiety Inventory. Data were analyzed using SPSS statistical software version 21.

Results: The mean pre-intervention anxiety scores in the face-to-face, multimedia, and control groups were 30.62±3.54, 31.29±4.94, and 30.16±3.79, respectively (P=0.641). However, the differences were statistically significant immediately after (P< 0.001) and one month following the intervention (P<0.001). Repeated Measures ANOVA indicated that anxiety scores in the face-to-face training group (P<0.001), multimedia training group (P<0.001), and control group (P=0.041) decreased significantly. The effect size of these changes was greater in the face-to-face training group compared to the other groups (Eta = 0.912).

Conclusion: Despite the positive impact of both assertiveness training methods, and given the greater efficacy of the face-to-face method, it is recommended that face-to-face assertiveness training be prioritized. However, due to the significant changes observed in the control group, further studies are warranted.

Keywords: Anxiety, Assertiveness, Education, Face-to-Face Method, Hospital, Multimedia, Nurse

IRCT No.: IRCT20231228060549N1

Cite this article: Imanpour M, Sajadi S A, Farsi Z. Comparing the Effect of Assertiveness Training through Face-to-Face and Multimedia Methods on Anxiety Levels of Nurses Working in a Psychiatric Hospital in Tehran. Military Caring Sciences. 2025; 12 (4): 296-308.
Received: 2025/02/05 Received in revised form: 2025/02/18 Accepted: 2025/02/18 Published: 2025/12/31

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر آموزش قاطعیت به دو روش حضوری و چندرسانه‌ای بر میزان اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان روان پزشکی شهر تهران

محمود ایمان پور[1]
***سیده اعظم سجادی**[2]
زهرا فارسی[3]

۱- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۲- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:

arasajadi@yahoo.com

۳- مرکز تحقیقات جراحی و تروما، دانشگاه علوم پزشکی آجا؛ گروه دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: داشتن قاطعیت یکی از مهارت‌های ضروری برای پرستاران است که می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات و تعدیل علائم روانشناختی باشد.

هدف: هدف این مطالعه مقایسه تأثیر آموزش قاطعیت به دو روش حضوری و چندرسانه‌ای بر میزان اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان روان پزشکی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی دارای سه گروه بود که در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ۷۲ پرستار بیمارستان روان پزشکی منتخب شهر تهران به صورت هدفمند انتخاب و با استفاده از نرم افزار مولد اعداد تصادفی در سه گروه ۲۴ نفره قرار گرفتند. آموزش قاطعیت در گروه چندرسانه‌ای در بستر فضای مجازی و در قالب پاورپوینت صدا گذاری شده به همراه فیلم کوتاه در یک دوره ۴ هفته‌ای هر جلسه ۱۰ دقیقه، در پلتفرم سروش اجرا شد. محتوای آموزشی در گروه آموزش حضوری در ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه‌های اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory: BAI) استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله به ترتیب در گروه آموزش حضوری، چندرسانه‌ای و کنترل (۳/۵۴±۳۰/۶۲، ۴/۹۴ ±۳۱/۲۹ و ۳/۷۹±۳۰/۱۶: P=۰/۶۴۱) بود. ولیکن بلافاصله (P< ۰/۰۰۱) و یک ماه بعد از مداخله (P< ۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری بود. آزمون آنوای اندازه‌های تکراری نشان داد که نمره اضطراب پرستاران در گروه آموزش حضوری (P<۰/۰۰۱)، آموزش چندرسانه‌ای (P<۰/۰۰۱) و کنترل (P=۰/۰۴۱) کاهش معنی‌داری داشت. اندازه اثر این تغییرات در آموزش حضوری بیشتر از سایر گروه‌ها بود (Eta=۰/۹۱۲).

نتیجه‌گیری: با وجود تأثیر مثبت هر دو روش آموزش قاطعیت و با توجه به تأثیر بیشتر روش حضوری، پیشنهاد می‌گردد استفاده از شیوه حضوری آموزش قاطعیت در اولویت قرار گیرد. هر چند که به دلیل تغییرات معنی‌دار گروه کنترل، نیاز به انجام مطالعات بیشتر می‌باشد.

کلمات کلیدی: آموزش، اضطراب، بیمارستان، پرستار، چندرسانه‌ای، روش حضوری، قاطعیت

کد کارآزمایی بالینی: IRCT20231228060549N1

استناد: ایمان پور محمود، سجادی سیده اعظم، فارسی زهرا. مقایسه تأثیر آموزش قاطعیت به دو روش حضوری و چندرسانه‌ای بر میزان اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان روان پزشکی شهر تهران. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۴؛ ۱۲(۴): ۳۰۸- ۲۹۶.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا

©نویسندگان

CC BY NC

مقدمه

پرستاری به عنوان یک شغل استرس زا تلقی می‌شود (۱). پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی با مسئولیت‌های روزانه از قبیل مداخله و ارزیابی پاسخ‌های مراجعین به استرس و تعامل بهتر با مراجعین، مواجه هستند. آن‌ها باید دلیل استرس‌های خود را شناسایی کرده و استراتژی‌هایی را که در جهت رشد شخصی و حرفه‌ای آن‌هاست، توسعه دهند (۲). آنان می‌بایست به دلیل محرک‌های محیط کاری خود (در مقایسه با بخش‌های عمومی) به شکل مؤثرتری پاسخ دهند. پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی به دلیل ماهیت اختلالات روان‌پزشکی بیماران، خود با موقعیت‌های چالش برانگیز محیط کار مانند انزوا، تهاجم فیزیکی و کلامی از جانب بیماران و اقدام به خودکشی (پرستاران) مواجه هستند (۳).

به دنبال این شرایط، پرستاران مستعد ابتلا به اختلالات روانی می‌شوند (۴) و اضطراب از شکایت‌های رایج پرستاران است (۵). پرستاران مشغول به کار در بخش‌های روان پزشکی بیشتر در معرض استرس‌ها و دغدغه‌های شغلی هستند که به نوبه خود منجر به افزایش اضطراب می‌گردد (۶). افزایش تهدید از جانب بیماران، باعث افزایش اضطراب پنهان و کاهش نگرش مثبت و سطوح بالای اضطراب آشکار پرستاران می‌شود (۷).

برای کاستن از سطح اضطراب پرستاران مداخلات متفاوتی مانند آموزش مهارت‌های حل مسئله (۸). آرام سازی بنسون (Benson) (۹) و اجرای برنامه ورزشی منظم گروهی (۱۰) استفاده شده است؛ اما هنوز کاهش اضطراب پرستاران یک چالش می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که یکی از عوامل مهم مؤثر بر اضطراب پرستاران میزان قاطعیت آن‌ها می‌باشد. تقوی لاریجانی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که میزان قاطعیت پرستاران با اضطراب آن‌ها ارتباط معکوس و معنی‌دار دارد (۱۱). لذا، از جمله‌ی مداخلات دیگر آموزش‌های مبتنی بر قاطعیت می‌باشد که توسط لازاروس (Lazarus) ارائه شده است (۱۲). قاطعیت یکی از مهارت‌های ضروری در محیط کار است، قاطعیت مزایای زیادی از قبیل؛ مدیریت بهتر زمان، افزایش عزت نفس و توانایی مذاکره مؤثرتر را دارد (۱۳). قاطعیت یک رفتار مهم برای پرستار حرفه‌ای است. لذا، استفاده از برنامه آموزش قاطعیت برای همه پرستاران جهت بهبود و افزایش عزت نفس و قاطع بودن توصیه شده است (۱۴). استفاده از آموزش قاطعیت به عنوان روشی غیر دارویی و غیر تهاجمی برای کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری توصیه شده است (۱۵).

در میان توجه به آموزش برای کاهش اضطراب، یک چالش دیگر در آموزش پرستاری انتخاب روش آموزشی اثربخش می‌باشد. در کنار روش آموزشی حضوری که در آموزش علوم پزشکی رایج است و معلم محور می‌باشد، یادگیری به روش چندرسانه‌ای به عنوان یکی از انواع یادگیری فراگیر محور، یکی از پدیده‌های دنیای مدرن است که در عصر اطلاعات و در جامعه مبتنی بر دانش پا به عرصه وجود گذاشته است (۱۶). در این روش قابلیت جذب فراگیر افزایش یافته و هزینه‌ها به دلیل عدم نیاز مراجعه به محل کلاس‌ها کاهش می‌یابد. مهم‌ترین مزیت لوح فشرده چندرسانه‌ای، قابلیت بیشتر در انتقال مفاهیم و مطالب درسی با استفاده آسان‌تر، گسترده‌تر و جذاب‌تر از متن، صدا، تصویر و فیلم و همچنین قابلیت تکرارپذیری آن است و دیگر اینکه از مهم‌ترین راه‌های انتقال مفاهیم یعنی راه‌های دیداری و شنیداری به طور بهینه استفاده می‌شود (۱۷). روش حضوری نیز که از روش‌های سنتی محسوب می‌شود و هم‌اکنون نیز به صورت گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد دارای مزایای زیادی از جمله تعامل با آموزش دهنده، ایجاد انگیره، تمرین مطالب و درک متقابل می‌باشد (۱۸).

مقایسه اثرات آموزش قاطعیت پرستاران با دو روش حضوری (سخنرانی) و چندرسانه‌ای و با کمک پاورپوینت از نوآوری‌های مطالعه حاضر است که این آموزش مشتمل بر ۲ تکنیک "خرس" (BEAR) و " نه گفتن "می‌باشد. نام تکنیک خرس برگرفته از حروف ابتدایی چهار کلمه: رفتار (Behaviour)، تأثیر (Effect)، اقدام (Action) و بازتاب (Reflect) است. این تکنیک اولین بار در سال ۲۰۲۰ توسط بیبیک (Bibik) در آموزش سلامت انگلستان به عنوان کتاب کار معرفی شد (۱۹). رفتار، رویدادی است که باعث ایجاد مشکل ارتباطی شده است. در تأثیر، اثر رفتار بر فرد، تیم درمانی یا بخش توضیح داده می‌شود. اقدام، عملی است که انتظار دارید دیگران آن را به انجام برسانند. اقدام باید هر چه دقیق‌تر مشخص شود تا ابهامی در تفسیر شما و طرف مقابل وجود نداشته باشد. در بازتاب سعی می‌شود پاسخ منطبق با موقعیت ارائه شود. در واقع استفاده از ساختاری مانند خرس

کمک می‌کند تا بدون نگرانی از نحوه نزدیک شـــدن به افراد، نظر خود را بیان کنیم.

تکنیک دوم، شـــامل تکنیک‌های کلی و تکنیک نه گفتن اســـت. تکنیک نـــه گفتن اولیـــن بار در ســـال ۱۹۵۸ توســـط منینگر (Menninger) مطـــرح شـــد (۲۰). اهداف این روش‌ها شـــامل برقـــراری ارتباطی ســـازنده، منطبق با نیازهـــا و حفظ یک رابطه حرفه‌ای و محترمانه اســـت. توانایی نه گفتن به درخواســـت‌های نامعقول یا ناخواســـته بخش مهمی است. در این تکنیک، نیازها، احساســـات و نظرات بدون ابهام بیان می‌شود. فرد صادقانه برای احساســـات خود دلیل می‌آورد، اما نیاز نیست همه چیز را توجیه کنـــد. در تکنیک گزاره "من"، فـــرد در جملات خود از کلمه من اســـتفاده می‌کند تا مســـئولیت کارهای خود را بپذیرد. نیازی به عذرخواهـــی بابت نه گفتن وجود ندارد، اما اســـتفاده از اظهارات همدلانه در کنار نه گفتن توصیه می‌شود (۱۹).

با توجه به عدم انجام مطالعه مشـــابه در ســـطح بیمارستان‌های نظامی و اهمیت ارتقا قاطعیت در پرســـتاران شاغل در بخش‌های روان پزشـــکی، مطالعه حاضر بـــا هـــدف تعیین تأثیر آموزش قاطعیت به دو روش حضوری و چندرســـانه‌ای بر میزان اضطراب پرســـتاران شاغل در بیمارســـتان روان پزشکی منتخب آجا شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کار آزمایی کنترل شـــده تصادفی یک ســـو کور IRCT۲۰۲۳۱۲۲۸۰۶۰۵۴۹N۱ دارای ســـه گروه و با طـــرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری می‌باشـــد که بر روی پرســـتاران شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی می‌باشد که در سال ۱۴۰۳ بر روی پرستاران شـــاغل در یک بیمارستان منتخب آجا که یک مرکز نظامی مرجع در زمینه اختلالات روانپزشکی است، انجام شد.

روش نمونه‌گیـــری به‌صورت هدفمند بود. حجم نمونه با نرم افزار جی پاور (G.Power) نســـخه ۳,۱ با احتســـاب خطای نوع یک معادل ۰/۰۵ و خطای نوع دوم معادل ۰/۹ در کل ســـه گروه ۶۹ نفر برآورد شـــد و با احتساب ۵ درصد ریزش در هر گروه ۲۴ نفر وارد مطالعه شدند.

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f = 0.2

α err prob = 0.05

Power (1-β err prob) = 0.90

Number of groups = 3

Number of measurements = 3

Corr among rep measures = 0.5

Nonsphericity correction ε = 1

Output: Noncentrality parameter λ = 16.5600000

Critical F = 2.4402817

Numerator df = 4.0000000

Denominator df = 132

Total sample size = 69

Actual power = 0.9113858

تعداد کل ۷۲ شرکت‌کننده به سه گروه مساوی ۲۴ نفر در گروه مداخله یک (حضوری)، ۲۴ نفر در گروه مداخله دو (چندرسانه‌ای) و ۲۴ نفر در گـــروه کنترل، تخصیص داده شـــدند. یک تصادفی ســـازی با اســـتفاده از نرم افزار مولد اعداد تصادفی به طور پیش فرض برای تخصیص تصادفی افراد به سه گروه اجرا شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل یک سال ســـابقه بالینی در بیمارستان روان پزشـــکی (۲۱)، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و ســـایر داروهای روان پزشـــکی بر اســـاس خود اظهاری، عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی مشابه در یک ماه قبل از شروع مداخله، عدم ســـابقه دریافت آموزش در زمینه قاطعیت، عدم ابتلا و تشخیص اختلالات روان (که منجر به بســـتری شـــدن یا مصرف دارو شده باشد) بود. معیارهای خروج نیز شامل: انصراف از ادامه همکاری و شرکت نکردن در ۲ جلسه یا بیشتر از جلسات آموزشی (۲۲) بود. ابزار گردآوری داده‌ها شـــامل فرم اطلاعات فردی پرستاران (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، سنوات خدمتی، نوبت کاری، داشتن شغل دوم، ساعات کاری در هفته) و پرسش‌نامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) بود که قبل، بعد از اتمام مداخله و یک ماه بعد تکمیل شدند.

پرسشنامه اســـتاندارد اضطراب بک (BAI) توسط بک (Beck) و همکاران در ســـال ۱۹۸۸ طراحی شده است و دارای ۲۱ گویه می‌باشـــد. هر گویه بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هیچ وقت (۰)، خفیف (۱)، متوســـط (۲) و یا بســـیار (۳)) نمره‌گذاری شده

اســـت. این آزمون به صورت اختصاصی شـــدت علائم اضطراب را در نوجوانان و بزرگســـالان می‌ســـنجد. این پرسشنامه، برخلاف پرسشـــنامه افسردگی بک نشـــانه‌های معمول اختلالات خلقی را شامل نمی‌شـــود، به این معنی که اگر فردی امتیاز بالایی از این پرسشـــنامه را کســـب کند، احتمالاً به طور خاص دارای اختلال اضطرابی اســـت. هر یک از گویه های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قـــرار می‌گیرد. مجموع نمرات جمع‌بندی شده و بر اساس نداشـــتن اضطراب (۰ تا ۷)، اضطراب خفیف (۸ تا ۱۵)، متوســـط (۱۶ تا ۲۵) و شدید (۲۶ تا ۶۳) تفسیر می‌شود (۲۳).

در مطالعه‌ای که توسط توماس فردریش (Frydrich) و همکاران انجام شد، پایایی و همســـانی درونی مقیاس با نمونه‌ای متشکل از ۴۰ بیمار ســـرپایی دارای اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت. همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ تائید شـــد (۲۴). این ابزار دارای روایی پیش بین مناســـبی است و پایایـــی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شـــده اســـت (۲۵). در مطالعه کاویانی و موســـوی در یک نمونـــه با جمعیت ۱۷۷۴ نفری در تهران، میزان روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ گزارش شـــده است (۲۶). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اضطراب ۰/۷۲ بود.

محقق پس از تأیید نهایی پروپوزال در دانشـــکده پرستاری آجا و کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق پزشکی دانشـــگاه علوم پزشـــکی آجا و نیز ثبت در ســـامانه بهسان برای جمع‌آوری داده‌ها اقدام نمود. به‌این‌ترتیب که پس از کســـب این مجوزها و دریافت معرفی‌نامه، به بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرد و پرستاران پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان و بخش، به صورت هدفمند بر اساس معیارهای ورود به پژوهش وارد مطالعه شدند. به‌این‌ترتیب که پس از توضیح روش و اهداف مطالعه برای پرســـتاران و اخذ رضایت آگاهانه از ایشـــان، به سه گروه آموزش حضوری، آموزش چندرســـانه‌ای و کنترل تخصیـــص یافتند. در ابتدا فرم اطلاعات فردی تکمیل شد و سپس پرسشنامه اضطراب بک توســـط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شـــد (پیش آزمون). محتوای آموزشـــی تهیه شـــده و روایی محتوایی آن توسط یک روانپزشک و دو متخصص پرستاری تائید شد. جهت جلوگیری از ســـوگیری، ارزیابی بین گروه‌ها ابتدا در گروه کنترل و پس از آن در گروه مداخله چندرسانه‌ای و در انتها در گروه مداخله حضوری انجام شد. بدین معنی که اجرای مداخله موازی نبوده و پشت سر هم انجام شد که نمونه‌ها حساس نشده و از هم اطلاعات دریافت نکنند. همچنین بیـــن گروه‌های مختلف، حیـــن اخذ رضایت از پرســـتاران، به آن‌ها آموزش داده شد که تا پایان جلسات آموزش، از به اشـــتراک گذاردن اطلاعات با ســـایر همکاران پرهیز کنند. بلافاصله (پس آزمون) و یک ماه بعد از مداخله (پیگیری)، مجدداً پرسشنامه‌ها بین هر سه گروه تکمیل شد.

مداخله‌ی گروه چندرســـانه‌ای: افراد گروه مداخله چندرســـانه‌ای (گروه ۲) محتوای آموزشـــی تائید شده را در بستر فضای مجازی و در قالـــب پاورپوینت صدا گذاری شـــده که به همراه فیلم کوتاه بـــوده و در یـــک دوره ۴ هفته‌ای آموزش به صـــورت یک روز در میان و هر جلســـه ۱۰ دقیقه در کانال سروش ایجاد شده دریافت نمود. محتوای آموزشـــی شامل: مقدمه، اهمیت قاطعیت، تکنیک خرس، تکنیک "نه گفتن"، بیان همدلانه و خلاصه و جمع بندی بود (۱۹).

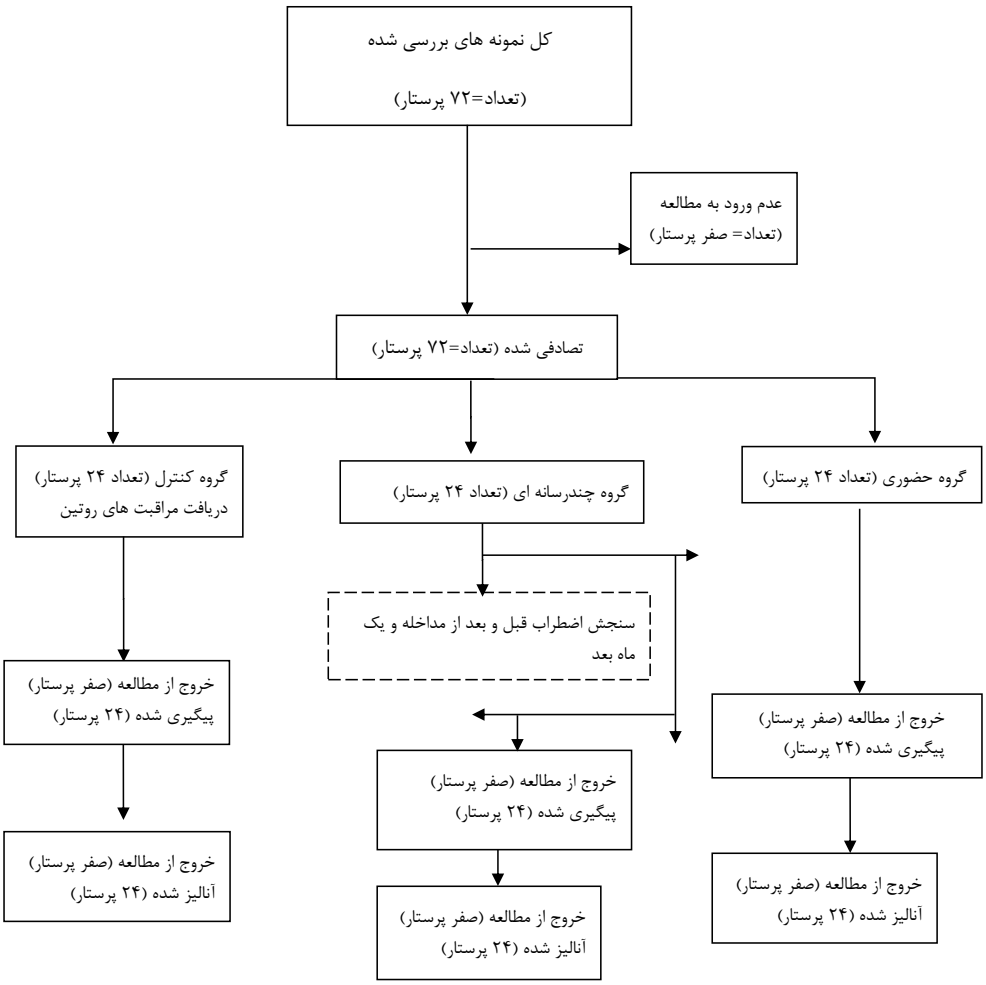
تکنیک دوم، شامل تکنیک‌های کلی و تکنیک نه گفتن است. پس از بارگذاری هر جلسه، از شرکت کنندگان بازخورد گرفته شد که حتماً محتوای جلسات را مطالعه نمایند. پرسشنامه‌ها بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله به منظور پیگیری اثر بخشی مداخله، اخذ شد. لازم به ذکر است که محتوای آموزشی تائید شده برای هر دو گروه مداخله یکسان بود.

مداخله گـــروه حضوری: در انتها، گـــروه مداخله حضوری (گروه ۱) به پژوهش وارد شـــد. پس از پایان هفتـــه چهارم، آموزش به اتمام رســـید. بدین ترتیب که پژوهشـــگر ســـاعت، تاریخ و محل دقیق برگزاری جلســـات را از طریق واحد آموزش بیمارســـتان به تک تک افراد این گروه اطلاع رســـانی نمود. برای افراد این گروه محتوای آموزشـــی از پیش تعیین شـــده در قالب سخنرانی (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) توسط پژوهشگر و در سالن آمفی تئاتر بیمارستان برگزار شد. در خلال جلسه از فیلم‌های آموزشی نیز استفاده شد. در جدول شـــماره ۱ محتوای آموزش قاطعیت، گروه کنترل مداخله‌ای دریافـــت نکرد و فقط آموزش‌های روتین بیمارستان را دریافت کرد.

جدول ۱- محتوای آموزش قاطعیت

جلسه	عنوان	محتوا
اول	مقدمه	توضیح اهمیت آموزش قاطعیت در پرستاری معنای قاطع بودن اجرای سناریو: در موقعیت‌های دشوار چگونه واکنش نشان خواهید داد درک واکنش‌ها: تأثیر احساسات، عزت نفس و حریم
دوم	تکنیک خرس	رفتار، تأثیرات، عمل کردن، نتایج
سوم	تکنیک نه گفتن	بیانیه من: بیان اساسی یا ساده بیان همدلانه بیان پیامدها رفع مغایرت‌ها ادعاهای مکرر تعویق بیانیه موانع توانایی گفتن نه
چهارم	خلاصه و مرور	به حداقل رساندن احتمال اختلاف نکاتی از تئوری مذاکره جمع‌بندی

در این پژوهش ۷۲ پرستار شرکت داشتند که همگی تا پایان مطالعه باقی ماندند. (نمودار ۱).



نمودار ۱- فرایند انجام مطالعه

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۲ و آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای اسکوئر (Chi-Squared Test)، دقیق فیشر (Fisher's Exact Test)، آزمون آنووای یک طرفه (One Way ANOVA) و اندازه‌های تکراری (Repeated Measures ANOVA)) استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آزمون کولموگروف–اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است و لذا، برای تحلیل از آزمون‌های پارامتریک بهره گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، معرفی نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آجا و مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد IR.AJAUMS.REC۱۴۰۳.۰۴۳ کسب گردید. محرمانه باقی ماندن تمام مستندات مربوط به شرکت کنندگان، رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده شده، بر اساس اصول اخلاق نشر COPE انجام و رعایت شد. همچنین محقق بر اساس مفاد بیانیه هلسینکی، یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و تأثیری بر روند ارزشیابی پرستاران ندارد و اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند و رضایت نامه آگاهانه کتبی از تمام پرستاران اخذ شد.

یافته‌ها

سه گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و از نظر سن (P=۰/۴۱۸)، جنسیت (P=۰/۴۱۵)، وضعیت تأهل (P=۰/۹۹۹)، تحصیلات (P=۰/۸۶۵)، شیفت کاری (P=۰/۴۱۳)، داشتن شغل دوم (P=۰/۵۷۶)، وضعیت مسکن (P=۰/۴۴۸)، تعداد فرزندان (P=۰/۴۵۶)، ساعات کار در هفته (P=۰/۱۰۳) و سابقه کار (P=۰/۶۰۵) همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

متغیر		آموزش حضوری		آموزش چندرسانه‌ای		کنترل		آزمون آماری
		میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		
سن (سال)		۳۵/۵۰ (۵/۰۶)		۳۶/۷۵ (۵/۲۹)		۳۴/۹۱ (۴/۲۱)		F=۰/۸۸۵ ،df=۲ ،*P=۰/۴۱۸
سابقه کار (سال)		۱۵/۵۴ (۸/۱۱)		۱۵/۲۵ (۶/۷۰)		۱۳/۵۸ (۶/۹۳)		F=۰/۵۰۶ ،df=۲ ،*P=۰/۶۰۵
تعداد فرزندان		۱/۱۷ (۰/۸۱)		۱/۴۶ (۰/۸۳)		۱/۳۳ (۰/۷۶)		F=۰/۷۵۹ ،df=۲ ،*P=۰/۴۵۶
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۰	۴۱/۷	۹	۳۷/۵	۱۴	۵۸/۳	χ^2=۲/۳۵۰ ،df=۲ ،**P=۰/۴۱۵
	زن	۱۴	۵۸/۳	۱۵	۶۲/۵	۱۰	۴۱/۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۵	۲۰/۸	۴	۱۶/۷	۴	۱۶/۷	χ^2=۰/۱۸۸ ،df=۲ ، **P=۱
	متأهل	۱۹	۷۹/۲	۲۰	۸۳/۳	۲۰	۸۳/۳	
تحصیلات	کارشناسی	۲۱	۸۷/۵	۲۲	۹۱/۷	۲۳	۹۵/۸	χ^2=۱/۰۹۱ ،df=۲ ،**P=۰/۸۶۵
	ارشد	۳	۱۲/۵	۲	۸/۳	۱	۴/۲	
شیفت کاری	صبح	۶	۲۵	۹	۳۷/۵	۳	۱۲/۵	χ^2=۶/۰۷۷، ***P=۰/۴۱۳
	عصر	۱	۴/۲	۳	۱۲/۵	۲	۸/۳	
	شب	۴	۱۶/۷	۴	۱۶/۷	۶	۲۵	
	چرخشی	۱۳	۵۴/۲	۸	۳۳/۳	۱۳	۵۴/۲	
داشتن شغل دوم	بله	۱۰	۴۱/۷	۹	۳۷/۵	۱۳	۵۴/۲	χ^2=۱/۴۶۳ ،df=۲ ، **P=۰/۵۷۶
	خیر	۱۴	۵۸/۳	۱۵	۶۲/۵	۱۱	۴۵/۸	
وضعیت مسکن	استیجاری	۱۰	۴۱/۷	۹	۳۷/۵	۹	۳۷/۵	χ^2=۱/۴۶۳ ،df=۲ ،**P=۰/۴۴۸
	شخصی	۵	۲۰/۸	۴	۱۶/۷	۱	۴/۲	
	سازمانی	۹	۳۷/۵	۱۱	۴۵/۸	۱۴	۵۸/۳	

ادامه جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ساعات کار در هفته	۲۰-۴۰	۰	۰	۳	۱۲/۵	۰	۰	χ^2=۸/۷۷۲ ، ***P=۰/۱۰۳
	۴۱-۵۰	۰	۰	۰	۰	۳	۱۲/۵	
	۵۱-۶۰	۱۶	۶۶/۷	۱۳	۵۴/۲	۱۲	۵۰	
	بالای ۶۰ ساعت	۸	۳۳/۳	۸	۳۳/۳	۹	۳۷/۵	

* آزمون آنووای یک طرفه** آزمون کای اسکوئر و *** آزمون دقیق فیشر

آزمون آنوای یک طرفه نشان داد که سه گروه از نظر میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (P= ۰/۶۴۱)، ولیکن بلافاصله (P< ۰/۰۰۱) و یک ماه (P< ۰/۰۰۱) بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری بود. آزمون آنوای اندازه‌های تکراری نشان داد که نمره اضطراب پرستاران در گروه آموزش حضوری (P< ۰/۰۰۱)، آموزش چندرسانه‌ای (P< ۰/۰۰۱) و کنترل (P=۰/۰۴۱) کاهش معنی‌داری داشت. اندازه اثر این تغییرات در آموزش حضوری بیشتر از سایر گروه‌ها بود (Eta=۰/۹۱۲).

همچنین، بعد از کنترل اثر زمان و گروه کاهش نمره اضطراب پرستاران در سه گروه نیز معنی‌دار بود (P <۰/۰۰۱) (جدول ۲ و نمودار ۲)

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب پرستاران در سه گروه (آموزش حضوری، آموزش چندرسانه‌ای و کنترل) و قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله

اضطراب گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتیجه آزمون آنوای اندازه‌های تکراری مقدار آماره، درجه آزادی، سطح معنی‌داری و مقادیر آزمون موخلی	مجذور اتا
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آموزش حضوری	۳۰/۶۲	۳/۵۴	۲۰/۲۵	۴/۸۷	۱۹/۷۵	۵/۱۰	df =۱/۰۹۴, *P <۰/۰۰۱ W=۰/۱۷۲, F=۲۳۸/۱۲۷	۰/۹۱۲
آموزش چندرسانه‌ای	۳۱/۲۹	۴/۹۴	۲۴/۲۰	۴/۵۳	۲۳/۸۸	۴/۱۸	df =۱/۰۳۵, *P <۰/۰۰۱ W=۰/۰۶۸ , F=۵۹/۸۵۷	۰/۷۲۲
کنترل	۳۰/۱۶	۳/۷۹	۲۹/۰۴	۶/۱۵	۲۸/۸۳	۶/۱۱	F=۴/۴۶۱, df =۱/۱۱۵, *P =۰/۰۴۱ W=۰/۲۰۶	۰/۱۶۲
آزمون آنوای یک طرفه مقدار آماره، درجه آزادی، سطح معنی‌داری	df = ۲, P =۰/۶۴۱ F=۰/۴۴		df = ۲, P<۰/۰۰۱ F=۱۶/۹۷		df = ۲, P<۰/۰۰۱ F=۱۸/۴۱			
مقایسه درون گروهی سه گروه با یکدیگر، آزمون آنوای اندازه‌های تکراری مقدار آماره، درجه آزادی، سطح معنی‌داری	Time*group F= ۳۹/۹۹۸, df = ۲/۱۳۵ ,*P<۰/۰۰۰۱ W=۰/۱۲۷, Eta =۰/۵۳۷							

* آزمون آنوای اندازه‌های تکراری

پس از انجام آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و مشاهده اختلاف معنادار بین سه گروه بعد از مداخله، از آزمون تعقیبی توکی (Tukey) جهت پیگیری اختلاف بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول فوق نشان داد که اضطراب پرستاران بعد از

نمودار ۲- مقایسه نمره اضطراب پرستاران در سه گروه (آموزش حضوری، آموزش چندرسانه‌ای و کنترل) و در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

مداخله بین گروه آموزش حضوری و گروه کنترل (P<۰/۰۰۱) و بین گروه آموزشی چندرسانه‌ای و گروه کنترل (P=۰/۰۰۲) اختلاف معناداری وجود داشت و هر دو مداخله گروه آموزشی حضوری و گروه آموزشی چندرسانه‌ای توانست میانگین اضطراب پرستاران بعد از مداخله را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

همچنین بین گروه آموزشی حضوری و گروه آموزشی چندرسانه‌ای (P=۰/۰۱۱) اختلاف معناداری وجود داشت و گروه آموزشی حضوری ۳/۹۵ واحد بیشتر از گروه آموزشی چندرسانه‌ای در کاهش اضطراب اثر داشت (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه (آزمون تعقیبی) اضطراب پرستاران بلافاصله بعد از مداخله به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه‌ها		اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان		سطح معنی‌داری
					حد پایین	حد بالا	
اضطراب	آزمون حضوری	آزمون چندرسانه‌ای	-۳/۹۵	۱/۴۹	-۶/۹۴	-۰/۹۷	۰/۰۱۱
		کنترل	-۸/۷۹	۱/۴۹	-۱۱/۸۱	-۵/۷۵	<۰/۰۰۱
	آزمون چندرسانه‌ای	کنترل	-۴/۸۳	۱/۴۹	-۸/۴۵	-۱/۲۱	۰/۰۰۲

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش قاطعیت به دو روش حضوری و چندرسانه‌ای بر میزان اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستان روان پزشکی منتخب آجا شهر تهران انجام گرفت. نتایج نشان داد که قبل از مداخله بین میانگین اضطراب پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی گروه آموزش حضوری، چندرسانه‌ای و گروه کنترل، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. بعد از مداخله میانگین نمره کل اضطراب پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی گروه آموزشی حضوری و گروه آموزش چندرسانه‌ای کاهش پیدا کرد و در گروه آموزشی حضوری به صورت معنی‌داری کمتر از گروه آموزشی چندرسانه‌ای بود. به صورت هم سو و هم راستا، محمودی و همکاران یک مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش قاطعیت بر میزان اضطراب و قاطعیت دانشجویان رشته پرستاری و مامایی شهر ساری انجام دادند که نشان دهنده اثربخشی این آموزش بر کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری بود (۱۵). عابد و همکاران نشان دادند که برنامه آموزشی ۸ جلسه‌ای سخنرانی‌های آمیخته با بحث گروهی، طوفان فکری و مثال‌هایی از زندگی واقعی، مدل‌سازی، ایفای نقش/تمرین رفتاری، دریافت بازخورد شرکت‌کنندگان، ارائه بازخورد، ارائه بازخورد اصلاحی و تعیین تکلیف در روان پرستاران بر ارتقای عزت نفس آنان تأثیر مثبت داشت (۲). مرور مطالعات بررسی شده نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی به روش سخنرانی و

حضوری در کاهش اضطراب فراگیران مؤثر است.
هم راستا با تائید تأثیرات آموزش چندرسانه‌ای، عباسعلی زاده و همکاران با انجام یک مطالعه نشان دادند که برنامه سلامت مبتنی بر یادگیری خرد برای آموزش تاب آوری به طور قابل توجهی استرس و اضطراب پرستاران ICU را کاهش داد (۲۷). شوقی و همکاران یک مطالعه با هدف "تعیین ارزشیابی اثر آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نرم افزار چندرسانه‌ای بر پاسخ به استرس پرستاران بخش‌های کودکان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران " انجام دادند که بر اساس نتایج مشخص گردید که ۸ هفته برنامه مدیریت استرس به روش چندرسانه‌ای بر پاسخ به استرس پرستاران مورد مطالعه تأثیر مثبت داشت (۲۸). گنجعلی و همکاران نشان دادند که مداخله‌ی آرام‌سازی پیش رونده عضلانی به روش نمایش عملی بر سطح اضطراب پرستاران مؤثر است (۲۹). از نظر محقق از دلایل اصلی نتایج هم سو می‌توان به اثرات آموزش اشاره نمود که به هر روشی انجام گیرد باعث ارتقای اطلاعات و کسب آگاهی می‌شود و موجب تغییرات و یادگیری می‌شود اما مطالعه‌ی حاضر از چند نظر با مطالعات بررسی شده متفاوت است. گروه هدف در مطالعه‌ی حاضر پرستاران نظامی شاغل در بخش‌های روانپزشکی بودند. اضطراب مد نظر در مطالعه‌ی حاضر اضطراب ناشی از مراقبت از بیماران روان و از عوارض روانشناختی مراقبت در پرستاران بود؛ اما به صورت ناهمسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر، صیادی و همکاران یک مطالعه با هدف "تعیین تأثیر آموزش به روش چندرسانه‌ای بر اضطراب و شرایط فیزیولوژیک بیماران کاندید آنژیوگرافی مغزی " انجام دادند که بر اساس نتایج آموزش به روش چندرسانه‌ای بر اضطراب بیماران کاندید آنژیوگرافی مغزی تأثیرگذار نبود (۳۰). از نظر محقق تفاوت در گروه هدف، محتوای مداخله و نوع اضطراب از مهم‌ترین دلایل ناهمسویی و کسب نتایج متفاوت می‌باشد. در مورد هدف اصلی مطالعه در مورد مقایسه اثربخشی دو روش آموزشی حضوری و چندرسانه‌ای در کاهش اضطراب پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی می‌توان گفت که در مقایسه‌ی این دو روش، روش آموزشی حضوری مؤثرتر و مفیدتر است. البته باید مدنظر داشت که با وجود یکسان بودن مطالب و محتوای آموزشی دو گروه حضوری و چندرسانه‌ای اما به خاطر نوع روش آموزشی بازه‌ی زمان دریافت اطلاعات و طول مدت صرف شده برای آموزش متفاوت بود که در تفسیر نتایج باید مورد توجه باشد. مطالعه‌ای که همچون مطالعه‌ی حاضر اثربخشی دو روش حضوری و چندرسانه‌ای را بر کاهش اضطراب پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی موردبررسی قرار دهد یافت نشد، اما نتایج مطالعاتی را که در مورد مقایسه‌ی روش‌های آموزشی مختلف است، مورد مقایسه با پژوهش حاضر قرار داده شد. واقعی و همکاران در مشهد یک مطالعه تحت عنوان " مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و چندرسانه‌ای در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلالات خلقی تحت درمان با الکتروشوک" انجام دادند که بر اساس نتایج مشخص شد که هر دو روش در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلالات خلقی تحت درمان با الکتروشوک مؤثرند اما روش آموزش حضوری به صورت معنی‌داری مؤثرتر می‌باشد (۳۱). اما به صورت ناهمسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه توسط غلامزاده و همکاران با هدف "مقایسه‌ی تأثیر آموزش به دو روش چندرسانه‌ای و پمفلت بر اضطراب، اطمینان و امید بیماران کاندید آنژیوگرافی" انجام دادند که بر اساس نتایج مشخص شد که آموزش به روش چندرسانه‌ای به صورت معنی‌داری اثربخش‌تر از روش پمفلت در کاهش اضطراب بیماران کاندید آنژیوگرافی است (۳۲). شفیعی و همکاران در یک مطالعه با هدف "تعیین مقایسه تأثیر آموزش احیاء قلبی ریوی مقدماتی به روش چندرسانه‌ای و سخنرانی بر آگاهی معلمان مقطع دبستان" نشان دادند که هر دو شیوه سخنرانی و چندرسانه‌ای بر آگاهی معلمان مقطع دبستان در مورد احیاء قلبی ریوی مقدماتی مؤثر است و مقایسه تغییرات میانگین نمره آگاهی در مراحل پس آزمون میان دو گروه، تفاوت معنی‌داری نشان نداد (۳۳). آجرلو و همکاران در یک مطالعه‌ی نیمه تجربی با هدف "مقایسه اثر بخشی دو روش آموزش چندرسانه‌ای و سخنرانی بر دانش پرستاران نظامی در تریاژ مصدومین در بلایای بیولوژیک" نشان دادند که اثربخشی دو روش تفاوت آماری معنی‌داری ندارد (۱۷). کاردان بزرگی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود با هدف "مقایسه تأثیر آموزش به روش سخنرانی و چندرسانه‌ای بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران شاغل در بخش‌های قلب در زمینه مراقبت از بیمار دارای پیس میکر موقت" نشان دادند که تفاوتی در تأثیر دو روش آموزش سخنرانی و چندرسانه‌ای بر دانش، نگرش و عملکرد در زمینه مراقبت از بیمار دارای پیس میکر موقت

وجود ندارد (۳۴). هرکدام از روش‌های اســـتفاده شده در پژوهش حاضر از روش‌های مؤثر و مفید در انتقال اطلاعات به پرســـتاران، دانشـــجویان و فراگیران می‌باشـــند اما در مورد اینکه کدام روش اثربخش‌تر است نتایج مطالعات متفاوت می‌باشد چون مقایسه‌ها متفاوت بوده اســـت. بســـته به اینکه هر روش با کدام روش دیگر مقایسه شده است نتایج یکسان نیست. بهترین حالت برای قضاوت دقیق‌تر انجام مطالعات مشـــابه و بر روی موضوعات مشابه است. به نظر می‌رســـد از مهم‌ترین مزیت‌هـــای روش حضوری به روش چندرسانه‌ای توجه به جزئیات، تصحیح و تکرار و تمرین می‌باشد کـــه با نظارت بر عملکرد فراگیران نواقص احتمالی تذکر و اصلاح می شـــود (۳۵). البته لازم به ذکر اســـت که کاهش اضطراب در گروه کنترل نیز معنی‌دار بود، از نظر محقق این یافته می‌تواند به دلایلی همچون کســـب اطلاعات گروه کنترل از منابع دیگر مانند تلویزیون، فضای مجازی و گروه‌های مداخله و آشنایی پرستاران با سؤالات در زمان‌های بعد و یک ماه بعد از مداخله باشد. به دست آمدن این یافته باعث می‌شـــود که تفسیر نتایج با احتیاط صورت پذیرد. از مهم‌ترین مشـــکلات و محدودیت‌های مطالعه، این بود که ســـنجش متغیرها با پرسشنامه و به صورت خود گزارش دهی توسط پرستاران بود و باید به اظهارات روان پرستاران اعتماد نمود. هرچند محقق با برقراری ارتباط مطلوب و جلب اعتماد پرستاران به کنترل این محدودیت کمک کرد. کســـب اطلاعات از منابعی مانند کلاس‌های متعدد آموزشـــی برای روان پرستاران، مجلات، تلویزیون و اینترنت می‌توانســـت بر آگاهی پرســـتاران تأثیرگذار باشـــد و باعث سوگیری نتایج آموزش شـــود. همچنین به خاطر شرایط شـــرکت کنندگان، محقق مجبور شد اجرای مداخله را به جای موازی به صورت پشت سر هم انجام دهد که توصیه می‌شود در مطالعات دیگر جهت حذف ســـوگیری زمانی (Time Bias) و تاریخچـــه (History Bias) اجـــرای مداخله به صورت موازی باشـــد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که هر دو روش آموزشی حضوری و چندرســـانه‌ای در کاهش اضطراب پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشـــکی مؤثرند و لذا، از هر دو روش می‌توان بر حسب شرایط و امکانات موجود بهره گرفت، لذا، پیشنهاد می‌شود که پرستاران در کنار اســـتفاده از روش‌های نوین آموزشی مانند روش چندرسانه‌ای هنوز استفاده از روش آموزشی چهره به چهره و حضوری در اولویت باشد. هر چند که به دلیل تغییرات معنی‌دار گروه کنترل، نیاز به انجام مطالعات بیشتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشـــی از پایان‌نامه کارشناســـی ارشـــد رشته روان پرســـتاری اســـت که در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۲ با کد ۹۷۰۰۲۸۳۷ در دانشگاه علوم پزشـــکی آجا به تصویب رسید و در بیمارستان روانپزشکی منتخب آجا در شهر تهران انجام گردید. از مسئولین محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه‌ی ریاست محترم بیمارســـتان‌ها، پرســـتاران و پرســـنل محترمی که بدون همـــکاری آن‌ها این تحقیق ممکن نبود نهایت ســـپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

بدین‌وســـیله نویســـندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(1): 61. DOI: 10.3390/ijerph16010061
2. Abed G, El-Amrosy S, Atia M. The effect of assertiveness training program on improving self-esteem of psychiatric nurses. Journal of Nursing Science. 2015; 1(1): 1-8. URL:http://www.aascit.org/journal/jns
3. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, Kostistky H, Bar Noy D, Filshtinsky V, et al. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. Front Psychiatry. 2018; 9: 59. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00059
4. Azad Marzabadi E, Salimi S. Study on job stress in a military unit. Journal of Military Medicine. 2005; 6(4): 279-84. (Persian) URL: https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000051.html?lang=en
5. Taghva A, Yazdani A, Ebrahimi M, Alizadeh K, Sakhabakhsh M. Prevalence of depression in psychiatric nurses and comparison with other parts of the Aja hospitals. Journal

of Nurse and Physician within War. 2014; 23(1): 11-16. (Persian) URL:http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-89-en.html

6. KazemiDalivand F, Sadeghi P, Ramazanalipoor M, Hasani M. Comparison of depression, anxiety and occupational stress in nurses of psychiatric and nursing hospitals in Tehran. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 61(1): 247-55. (Persian) DOI: 10.22038/mjms.2019.15033
7. Ramzi ZS, Fatah PW, Dalvandi A. Prevalence of workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2022; 30; 13: 896156. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.896156
8. Zamani N, Barahmand A, Farhadi M. The effects of problem-solving training in reducing anxiety among a group of nursing students. Journal of Nursing Education (JNE). 2017; 6(3): 56-61. (Persian) DOI: 10.21859/jne-06038
9. Najafi Ghezeljeh T, Mohades Ardabili F. Effect of benson relaxation technique on anxiety in critical care nurses. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 5(3): 26-33. (Persian) URL: http://journal.icns.org.ir/article-1-321-en.html
10. Ghafari F, Fotoukian Z, Mazloum SR. Effect of regular exercise program on self-esteem of nursing students. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2007; 9(1): 52-57. (Persian) URL: http://jbums.org/article-1-3047-en.html
11. TaghaviLarijani T, Aghajani M, Baheiraei A, Neiestanak N. Relation of assertiveness and anxiety among Iranian University students. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010; 17(10): 893-9. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01607.x
12. Lazarus AA. On assertive behavior: A brief note. Behavior Therapy. 1973; 4(5): 697–9. DOI: 10.1016/S0005-7894(73)80161-3
13. Pipas MD, Jaradat M. Assertive communication skills. Annales Universitatis Apulensis: Series Oeconomica. 2010; 12(2): 649-56. DOI: 10.29302/oeconomica.2010.12.2.17
14. Niusha B, Farghadani A, Safari N. Effects of assertiveness training on test anxiety of girl students in first grade of guidance school. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2012; 46(1): 1385-9. DOI:10.1016/j.sbspro.2012.05.307
15. Mahmoudi Q, Azeemi H, Zarghami M. The effect of assertive training on degree of anxiety and assertiveness of nursing students. J Gorgan Univ Med Sci. 2004; 6(2): 66-72. (Persian) URL: http://goums.ac.ir/journal/article-1-205-en.html
16. Imani B, Noroozi N, Bastami M, Merajikhah A. A comparative study of the effect of multimedia and traditional methods on the learning and satisfaction level in the course of neurosurgery technology (spinal column) in students. Pajouhan Sci J. 2019; 18(1): 1-6. (Persian) DOI: 10.52547/psj.18.1.1
17. Ajorlou E, Habibi H, Pishgooie SAH, Seyedi R. Comparative evaluation of multi-media and lecture based learning on military nurses' knowledge in triage of biological disasters. Military Caring Sciences. 2020; 7(4): 319-29. (Persian) DOI:10.52547/mcs.7.4.319
18. Bazrafkan L, Mohammadinia L, Nikrou M, Shokrpour N. Virtual or in-person training: Applying activity-based costing in nursing education. Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences. 2021; 12(1): 58–67. DOI:10.30476/ijvlms.2021.88311.1058
19. Bibic T. HEE assertiveness workbook. NHS health education England. May 2020:25.
20. Menninger K. Theory of psychoanalytic technique. 1958.
21. Sobhani S, Mohammadi Zeidi I, Tabanfar S, Hosseini MS. Relationship between anxiety and quality of life in nurses caring for covid-19 patients in different wards J Occup Hyg Eng. 2022; 9(1): 37-45. (Persian) DOI: 10.61186/johe.9.1.37
22. Motahari M, Mazlom SR, Asgharipour N, Maghsoudi Poor Zaid Abadi S, Ghiassi Ajgan M. The effect of the assertiveness skill training on the surface of nurse's aassertiveness in workplace. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 23(4): 644–51. (Persian) URL: https://jsums.medsab.ac.ir/article_894.html
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993; 1(1):1–10. DOI: 10.1037/t02025-000
24. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the beck anxiety inventory. Journal of Anxiety Disorders. 1992; 6(1): 55–61. DOI: 10.1016/0887-6185(92)90026-4
25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56(6): 893. DOI:10.1037/0022-006X.56.6.893
26. Kaviani H, Mosavi A. Psychometric properties of the persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2009; 66 (2): 136-40. URL: http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html.
27. Abbasalizadeh M, Farsi Z, Sajadi SA, Atashi A, Fournier A. The effect of resilience training with mHealth application based on micro-learning method on the stress and anxiety of nurses working in intensive care units: A randomized controlled trial. BMC Med Educ. 2024; 24(1): 442. DOI: 10.1186/s12909-024-05427-w
28. Shoghi M, Yahyavi K, Mohammadi R. Effect of stress management training based on multimedia software on the stress response of nurses in children's wards of Iran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Epidemiology. 2024; 20(2): 84-94. (Persian) DOI:10.18502/ijre.v20i2.17632
29. Ganjeali S, Farsi Z, Sajadi SA, Zarea K. Effect of progressive muscle relaxation training using the demonstration method on depression among nurses working in COVID-19 wards in military hospitals. Military Caring Sciences. 2022; 9(2): 124-32. (Persian) DOI: 10.52547/mcs.9.2.4
30. Sayadi L, Varaei S, Faghihzadeh E, Ahmadkhani Z. The effects of multimedia education on anxiety and physiological status among patients with cerebral angiography: A randomized controlled clinical trial. Nursing Practice Today.

multimedia and lecture on the knowledge of primary school teachers. Journal of Health Literacy. 2017; 2(2): 88-95. (Persian) DOI: 10.22038/jhl.2017.10943

34. Kardan Barzoki E, Elahi E, Haghjoo M. Comparison of the effect of education through lecture and multimedia methods on knowledge, attitude, and performance of cardiac care. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 4(4): 6-13. (Persian) URL: http://journal.icns.org.ir/article-1-273-en.html

35. Positos JD, Abellanosa ALA, Galgo CAL, Tecson CMB, Ridad GS, Tabigue MM. Educare App: Mobile application for clinical duties of nursing students and nurse educators. Enfermería Clinica. 2020; 30: 12-6. DOI:10.1016/j.enfcli.2019.11.016

2018; 5(4): 375-84. DOI:10.18502/npt.v5i4.116

31. Vaghee S, Sepehrikia M, Saghebi SA, Behnam Voshani H, Salarhaji A, Nakhaee Moghaddam Z. Comparison of the effect of face-to-face and multimedia education on the anxiety caused by electroconvulsive therapy in patients with mood disorders. Evidence Based Care Journal. 2017; 7(1): 25-34. DOI:10.22038/ebcj.2017.20532.1476

32. Gholamzadeh S, Moradizadeh HA, Zarifsanaiey N, Raiesi H. An interactive multimedia training on anxiety, uncertainty, and hope among patients undergoing percutaneous coronary intervention: An interventional study. Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences. 2022; 13(1): 54-62. DOI:10.30476/ijvlms.2022.94449.1134

33. Shafiei A, Azodi P, Motamed N. Comparison of the effect of preliminary cardiopulmonary resuscitation training through