



Original Article

Relationship Between Cognitive Fusion and Experiential Avoidance with General Health in Intensive Care Unit Nurses

Sedigheh Eslami¹, MD; Zahra Hosseinzadeh Maleki², PhD; Esmail Soltani^{3*}, PhD; Amir Bazrafshan³, MD

¹Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³Research Center for Psychiatry and Behavioral Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Article Information

Article History:

Received: December 17, 2024

Accepted: July 07, 2025

*Corresponding Author:

Esmail Soltani, PhD;
Research Center for Psychiatry and
Behavioral Sciences, Shiraz University
of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Email: esoltani@sums.ac.ir

Abstract

Introduction: Cognitive fusion (CF) and experiential avoidance (EA) are two main constructs of Acceptance and Commitment Therapy that play a role in mental health. The present study aimed to investigate the relationship between CF and EA with general health among nurses working in the intensive care units (ICUs) at educational hospitals in Shiraz (Iran).

Methods: This was a cross-sectional descriptive study with a correlational design. The statistical population comprised all nurses in ICUs at educational hospitals in Shiraz, aged 20-50 years. A sample of 180 participants was selected using convenience sampling. Participants completed the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition (AAQ-II), and the 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28). Data were analyzed using Pearson correlation coefficients in SPSS software version 22.

Results: The results indicated significant positive correlations between CF and general health problems ($r=0.533$), as well as its subscales: somatic symptoms ($r=0.434$), anxiety/insomnia ($r=0.490$), social dysfunction ($r=0.445$), and depression ($r=0.538$). Additionally, significant positive correlations were found between EA and general health problems ($r=0.413$), somatic symptoms ($r=0.305$), anxiety/insomnia ($r=0.386$), social dysfunction ($r=0.376$), and depression ($r=0.407$).

Conclusion: There were significant positive relationships between CF and EA with general health problems in ICU nurses. Interventions designed to reduce CF and EA might improve mental health outcomes in this population.

Keywords: Cognition; Cognition Disorders; Fusion; Avoidance; Health Status, Nurses

Please cite this article as:

Eslami S, Maleki ZH, Soltani E, Bazrafshan A. Relationship Between Cognitive Fusion and Experiential Avoidance with General Health in Intensive Care Unit Nurses. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(2): 313-325. doi: 10.30476/smsj.2026.105170.1590.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

رابطه بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه

صدیقه اسلامی^۱، زهرا حسین زاده ملکی^۲، اسماعیل سلطانی^{۳*}، امیر بذرافشان^۴

^۱دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

^۳مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

نویسنده مسئول:

اسماعیل سلطانی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

پست الکترونیکی: esoltani@sums.ac.ir

مقدمه: آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای دو سازه مهم درمان پذیرش و تعهد هستند که در سلامت روان نقش دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) بیمارستان‌های آموزشی شیراز بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، توصیفی-مقطعی و از طرح همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شیراز در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند و ۱۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های آمیختگی شناختی (CFQ)^۱، پذیرش و عمل ویرایش دوم (AAQ-II)^۲ و سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28)^۳، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین آمیختگی شناختی با سلامت عمومی ($r=0/533$) علائم جسمانی ($r=0/434$) اضطراب و بی‌خوابی ($r=0/490$)، اختلال عملکرد اجتماعی ($r=0/445$) و افسردگی ($r=0/538$) ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد. بین اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی ($r=0/413$)، علائم جسمانی ($r=0/305$)، اضطراب و بی‌خوابی ($r=0/386$)، اختلال عملکرد اجتماعی ($r=0/376$) و افسردگی ($r=0/407$) ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با مشکلات سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه ارتباط مثبت وجود دارد. مداخلاتی که با هدف کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای طراحی می‌شوند، می‌توانند وضعیت سلامت روان را در این نمونه بهتر کنند.

کلمات کلیدی: شناخت؛ اختلالات شناختی؛ آمیختگی؛ اجتناب؛ وضعیت سلامت؛ پرستاران

1. Intensive care unit
2. Cognitive Fusion Questionnaire
3. Action Questionnaire-Second Edition
4. 28-item General Health Questionnaire

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

اسلامی ص، حسین زاده ملکی ز، سلطانی ا، بذرافشان ا. رابطه بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه. مجله علوم پزشکی صدرا. ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵، ۳۲۵-۳۱۳.

آمیختگی شناختی شامل یک فرآیند کلامی است که از طریق آن افراد در افکار، قضاوت‌ها، ارزیابی‌ها، خاطرات و رفتارهای خود بر اساس کارکردهای استنتاج شده از این تجربیات شخصی در یک فرآیند زبانی غوطه‌ور می‌شوند (۹). بر اساس نظریه پذیرش و تعهد، رابطه‌ای معکوس بین آمیختگی شناختی و ذهن‌آگاهی وجود دارد که در آن سطح بالاتری از آمیختگی شناختی با سطح پایین‌تری از ذهن‌آگاهی در بین پرستاران همراه است؛ رفتار پرستاران به‌طور آشکاری تحت تأثیر شناخت قرار می‌گیرد و توسط آن تنظیم می‌گردد، اما باتجربه‌ای که در حال حاضر دارند هدایت نمی‌شود. وقتی فردی با افکارش آمیخته می‌شود، بر اساس افکار عمل می‌کند، به‌گونه‌ای که افکار، حقیقت محض در نظر گرفته می‌شود و رویدادهای شناختی در مقایسه با سایر منابع تنظیم رفتاری، بر رفتار و تجربه غالب می‌گردد و فرد حساسیت کمتری به پیامدهای مستقیم پیدا می‌کند (۹، ۱۱). بر اساس تعریف آمیختگی شناختی عدم تمایز بین افکار و واقعیت‌ها منجر به مشکلات سلامت روان پرستاران در موقعیت‌های استرس‌زای شغلی می‌شود و رفتار آن‌ها را بر اساس افکار هدایت می‌کند (۱۲). به‌عبارت‌دیگر، پرستاران ممکن است با تمایل طبیعی خود دچار مشکلات سلامت روان شوند، زیرا تمایل به درگیر شدن با افکار به دلیل اعتقاد قوی به محتوای تحت‌اللفظی عوامل استرس‌زای شغلی به‌عنوان حقیقت در آنان وجود دارد (۱۳). افزایش آمیختگی شناختی پرستاران در نهایت موجبات فرسودگی شغلی آنان را فراهم می‌کند، زیرا شخص در افکار استرس‌زای ناشی از محیط کار غرق خواهد شد (۱۲).

اما، اجتناب تجربه‌ای حذف تجربیات هیجانی ناخواسته به طرق مختلف است (۱۴). اجتناب تجربه‌ای شامل دو جزء است؛ اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (مانند حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای فرار از وقایع یا تجربه‌های دردناک که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۱۵). اجتناب تجربه‌ای با طیف گسترده‌ای از علائم بالینی اضطراب و ترس همراه است (۱۶). زیرا عدم پذیرش تجربیات درونی ناخوشایند به افزایش و پایداری اشکال مختلف آسیب روان‌شناختی منجر می‌شود (۱۷). اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک مفهوم فراتشخیصی در بسیاری از مشکلات اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس^{۱۰} (۱۸)، رفتار خودکشی (۱۹)، آسیب عمدی

در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی بر سلامت جامعه تأثیر می‌گذارند (۱)؛ افزایش تقاضای کار و محدودیت‌های سازمانی، در کنار عوامل استرس‌زای شغلی به‌طور مستقیم با مشکلات سلامت روان پرستاران ارتباط دارد (۲). مواجهه طولانی‌مدت با بیماران بدحال و ایفای نقش حمایتی در شرایط بحرانی همچون همه‌گیری اخیر کووید-۱۹^۱، پرستاران را در معرض خطر بالاتر برای ابتلا به مشکلات جسمانی و انواع اختلال‌های روان‌شناختی قرار می‌دهد، به‌نحوی که مبتنی بر گزارش‌های موجود، پرستاران مقادیر بی‌سابقه‌ای از مشکلات سلامت روان مانند ترس، اضطراب^۲، افسردگی^۳ و ناراحتی روان‌شناختی را گزارش می‌کنند (۳) و ۴۲ درصد پرستاران درگیر طیفی از مشکلات سلامت عمومی^۴ هستند (۴)؛ بنابراین حمایت از پرستاران برای حفظ سلامت روان و افزایش کارایی محیط درمان ضروری به نظر می‌رسد.

آمیختگی شناختی^۵ و اجتناب تجربه‌ای^۶ از مؤلفه‌های مدل انعطاف‌ناپذیری شناختی^۷ و تعیین‌کننده وضعیت سلامتی پرستاران است که پیوندهایی از عوامل استرس‌زا به سلامت روان را واسطه می‌کند (۵). بر اساس نقش این دو مؤلفه به‌عنوان عوامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روان‌شناختی پرستاران در شواهد اخیر (۶)، توجه به این مؤلفه‌ها از بعد نظری و کاربردی، در ارتقای مداخلات اهمیت دارد (۷) و سنجش سطوح این دو متغیر می‌تواند این فرآیند را تسهیل نماید (۸). مفهوم آمیختگی شناختی در ادبیات موج سوم مداخلات درمانی به‌طور محتوای قراردادی یا تحت‌اللفظی افکار و احساسات اطلاق می‌شود (۹) که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مدل انعطاف‌ناپذیری شناختی در مقابل مفهوم گسیختگی شناختی^۸ قرار می‌گیرد. با توجه به این مدل پیشنهاد شده توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹، آمیختگی شناختی از فرایندهای واسطه‌ای کلیدی و بنیادین دخیل در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی است و مستقل از تشخیص، ممکن است در جمعیت غیر بالینی نیز وجود داشته باشد (۱۰).

1. COVID-19
2. Anxiety
3. Depression
4. General health
5. Cognitive fusion
6. Experiential avoidance
7. Psychological inflexibility model
8. Cognitive defusion
9. Acceptance and Commitment Therapy

10. Stress

در پژوهش خامیسا^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۵) ارتباط معنادار بین استرس شغلی، فرسودگی شغلی، رضایت شغلی و سلامت عمومی پرستاران گزارش شده است و نشان می‌دهد فرسودگی شغلی با سلامت عمومی ارتباط دارد (۳۴). همچنین در میان خرده مقیاس‌های سلامت عمومی، بیشترین نمره (بدترین وضعیت) به عملکرد اجتماعی و کمترین نمره (بهترین وضعیت) به افسردگی پرستاران تعلق گرفته است (۳۵). نتایج مطالعه پوراابراهیمی و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که بین سلامت عمومی پرستاران بخش‌های روان باکیفیت زندگی کاری رابطه معناداری وجود دارد (۳۶). در این راستا، همبستگی مثبت متوسط تا قوی بین آمیختگی شناختی و نشانه‌شناسی و همبستگی منفی بین آمیختگی شناختی و بهزیستی وجود دارد (۳۶)؛ علاوه بر این، آمیختگی شناختی یک واسطه مهم در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و نشانه‌شناسی بود که بنا بر شواهد، آمیختگی شناختی به‌عنوان جزئی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، ممکن است یک متغیر اصلی فراتشخیصی در سلامت روان باشد (۳۷). با این حال، در پژوهش دیگری نشان داده شد که آمیختگی شناختی تنها واسطه مهم رابطه بین عاطفه منفی و علائم افسردگی است (۳۸). نتایج پژوهشی در میان نوجوانان چینی، مؤید نقش واسطه‌ای متوالی آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای در ارتباط بین نشخوار فکری^{۱۴} و اضطراب اجتماعی^{۱۵} بود (۳۹). یارالهی و شعیری (۲۰۱۸) نیز در پژوهش بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی، بین اجتناب تجربه‌ای و سلامت عمومی رابطه منفی و معنادار یافتند؛ به عبارت دیگر، هرچه میزان گرایش به اجتناب تجربه‌ای در فرد بیشتر باشد، نشانگان مرضی بیشتر و سلامت عمومی کمتر است (۲۴).

در پژوهش دیگری رابطه بین سه فرآیند فراتشخیصی (اجتناب تجربه‌ای، نشخوار فکری و اختلال در تنظیم هیجان)^{۱۶} و شدت علائم پنج اختلال روان‌شناختی (اختلال اضطراب فراگیر^{۱۷}، اختلال وحشت‌زدگی^{۱۸}، اختلال اضطراب اجتماعی، هراس خاص^{۱۹} و افسردگی) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد که همه مدل‌های فراتشخیصی (به جز مدل اختلال تنظیم هیجان) به‌طورکلی با داده‌ها مطابقت دارند. مدل‌های

به خود (۲۰)، آسیب‌های غیرعمدی و بدون اهداف خودکشی (۲۱) و استرس ادراک‌شده (۲۲) سهیم است. همچنین با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی و فرسودگی شغلی رابطه دارد (۲۳). به‌طورکلی، گرایش بالاتر به اجتناب تجربه‌ای با نشانگان مرضی بیشتر و سلامت عمومی کمتر در فرد همراه است (۲۴) که به‌طور ویژه در به وجود آمدن علائم روان‌شناختی در پاسخ به حوادث ناگوار، نقش دارد (۲۵).

شایان توجه است که تأثیرات متقابل آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای (۲۲) به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مربوط‌اند که آشکارا با افسردگی و اضطراب مرتبط است (۲۶، ۲۷). بر اساس همبستگی معنادار بین این دو اختلال با اقدام به خود جرحی در خودکشی ناموفق^{۱۱}، پیشگیری از پیامدهای آسیب‌زای این دو مؤلفه اهمیت دارد (۲۸، ۲۹). بر اساس مطالعات گذشته، درمان‌های موج سوم از قبیل ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی به‌طور قابل‌توجهی آمیختگی شناختی و فرسودگی شغلی پرستاران زن را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است (۳۰).

بررسی آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان واسطه‌های زنجیره‌ای در رابطه بین قربانیان فضای سایبری و افسردگی در بین ۵۵۶ نوجوان چینی، نیز حاکی از پیش‌بینی ورود به مشکلات سایبری و افسردگی نوجوانان بر اساس نقش میانجی آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و نقش واسطه‌ای زنجیره‌ای این دو بود (۳۱). بررسی ژانگ^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۳) از اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی برای توضیح فرسودگی شغلی ورزشکاران استفاده کرد و ذهن‌آگاهی را از طریق تأثیر بر این مؤلفه‌ها در کاهش فرسودگی شغلی ورزشکاران مؤثر دانست (۳۲). نتایج پژوهش جعفری و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای با اضطراب سلامت در پرستاران بود؛ بنابراین با توجه به ارتباط ارزیابی مشکل‌ساز علائم جسمانی با باورهای فراشناختی خاص، مداخلات درمانی که به جای ارزیابی علائم، باورهای فراشناختی را هدف قرار می‌دهند، ممکن است مؤثرتر واقع شوند، همچنین برای این گروه، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهنی‌سازی که منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی و متعاقباً کاهش اضطراب سلامت می‌گردند، پیشنهاد می‌شود (۳۳).

13. Khamisa

14. Rumination

15. Social anxiety

16. Emotion regulation

17. Generalized anxiety disorder

18. Panic disorder

19. Specific phobia

11. Nonsuicidal self-injury (NSSI)

12. Zhang

۱۸۰ نفر افزایش یافت که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند.

$$n = z^2 \cdot SD^2 / (0.2 \cdot SD)^2$$

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک ورود به مطالعه شامل همه پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شیراز و ملاک خروج از مطالعه شامل تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت ناقص و انصراف از فرایند پژوهش بود.

متغیرهای پژوهش

در این پژوهش آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و سلامت عمومی به عنوان متغیر در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه آمیختگی شناختی (CFQ)^{۲۱}: این پرسش‌نامه توسط گیلاندرز^{۲۲} و همکاران طراحی شده و ۷ گویه دارد که به شیوه لیکرتی^{۲۳} از «هیچ‌وقت درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۷)» نمره‌گذاری می‌شود؛ نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه ۷-۴۹ قرار دارد و نمرات بالاتر آمیختگی شناختی بیشتر را نشان می‌دهد؛ شواهد اولیه ضریب آلفای کرونباخ^{۲۴} ۰/۹۳ را برای یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه ۱۰۴۰ نفر نشان داد که ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ بود (۴۳). همچنین نسخه ایرانی این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۶ دارد (۱۱).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ-II)^{۲۵} (ویرایش دوم): نسخه اولیه این پرسش‌نامه که توسط هیز^{۲۶} و همکارانش ارائه شد، شامل ۲۳ گویه بود (۴۴). بوند^{۲۷} و همکاران (۲۰۱۱) این پرسش‌نامه را برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین کردند که ۷ سؤال دارد. در این پژوهش دو عامل به دست آمد؛ اما به این دلیل که نسبت ارزش ویژه عامل نخست نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت، همچنین، ۳ ماده مربوط به عامل دوم جملات مثبت بودند، یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد (۴۵). سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس طیف هفت‌درجه‌ای (هرگز-۱، خیلی بندرت-۲،

آزمایش‌شده نشان دادند که قوی‌ترین شواهد برای اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک مکانیسم فراتشخیصی و زیربنای اختلالات متعدد، تأیید می‌شود که این امر نشان‌دهنده نیاز به تلاش‌های تحقیقاتی بیشتری برای کاهش اجتناب تجربه‌ای در جمعیت‌های بالینی مختلف است (۴۰). علاوه بر این، نتایج یک مرور نظام‌مند ادبیات مربوط به خودآزاری، تنظیم هیجان و اجتناب تجربه‌ای، از نقش اجتناب تجربه‌ای در خودآزاری حمایت کرد (۴۱). با کسب اطلاعات بیشتر از آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای و کیفیت ارتباط بین این دو مؤلفه با سلامت عمومی، پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی ناشی از انعطاف‌ناپذیری شناختی قشر مهمی از جامعه، یعنی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه، تسهیل می‌گردد (۴۲). مروری بر پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای بیشتر در جایگاه نقش واسطه‌ای بین مشکلات سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته و به آمیختگی شناختی توجه کمتری شده است، همچنین، مطالعه‌ای وجود ندارد که به‌طور مستقیم به ارتباط بین این دو مؤلفه با سلامت عمومی افراد، مخصوصاً پرستاران پرداخته باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود و به منظور بررسی رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی از روش همبستگی استفاده شد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه^{۲۰} بیمارستان‌های آموزشی شیراز در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه برای انجام پژوهش بر اساس مقاله مشابه (۲۴)، در سطح معنی‌داری ۱ درصد (خطای نوع اول) و توان آماری ۹۰ درصد (خطای نوع دوم) با استفاده از نرم افزار مدکلک ($\alpha=0.01$, $\beta=0.1$, $\beta=0.9$)، $\beta=0.9$ و فرمول شماره ۱ حداقل ۱۴۷ نفر برآورد شد؛ به منظور بالا بردن دقت پژوهش، حجم نمونه به

21. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
 22. Gillanders
 23. Likert
 24. Cronbach alpha
 25. Acceptance and Action Questionnaire
 26. Hayes
 27. Bond

20. Intensive care unit (ICU)

در علائم جسمانی، اضطراب، اخلاص در عملکرد اجتماعی و افسردگی با نمره کل آزمون ۲۸ سؤالی GHQ به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۹۲، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ است که نشان می‌دهد، بالا و پایین بودن مقدار زیرمقیاس مربوط به افسردگی و اضطراب، بیش از دو عامل دیگر پیش‌بینی‌کننده سلامت یا عدم آن محاسبه می‌شود؛ زیرا میزان بیشتری از این واریانس را تبیین می‌کند. پایایی پژوهش نیز پس از هفته یک‌زمانی فاصله با استفاده از روش بازآزمایی همبستگی ۰/۵۸ به دست آمد. همچنین روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور تأیید شد (۵۱).

روش اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش، پس از هماهنگی با حراست دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بیمارستان‌های آموزشی و با اجازه مسئولان مربوطه، پرسش‌نامه‌ها در اختیار پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه قرار گرفت و نظارت مستقیم بر تکمیل آن‌ها اعمال شد. پرسش‌نامه‌ها در شیفت کاری و در همان روز تکمیل و به پژوهشگر برگردانده شدند و چنانچه پرستاران به دلیل ذیق وقت قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها در همان زمان نبودند، روزهای بعد جهت پرکردن پرسش‌نامه‌ها مراجعه می‌شد.

تجزیه و تحلیل آماری

اطلاعات بعد از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ گردید و همبستگی بین داده‌ها به وسیله ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد.

ملاحظات اخلاقی

به پرستاران اطمینان داده شد که اطلاعات پرسش‌نامه‌ها محرمانه و محفوظ خواهد بود و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانند مطالعه را ترک کنند. در پایان نیز کلیه نتایج فردی به آن‌ها اطلاع داده شد. این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کد اخلاق به شناسه IR.SUMS.MED. REC.1397.143 دریافت نموده است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۱۸۰ پرستار بخش‌های مراقبت‌های ویژه بودند که بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. (جدول ۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

بندرت-۳، گاهی اوقات-۴، بیشتر اوقات-۵، تقریباً همیشه-۶، همیشه-۷) رتبه‌بندی می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. پایایی این پرسش‌نامه ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ بود (۴۵). در ایران نیز نتایج اعتبار افتراقی آن نشان داد که می‌تواند برای تفکیک گروه بالینی از غیر بالینی مناسب باشد؛ همچنین ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۱ به دست آمده است (۴۶).

پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی^{۲۸}:

پرسش‌نامه را گلدبرگ^{۲۹} بر اساس راهبرد تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای آن طراحی کرد (۴۷). پرسش‌نامه اصلی ۶۰ سؤال دارد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی نیز موجود است. نسخه نهایی ۲۸ سؤالی، ۱۴ سؤال بهزیستی روان‌شناختی و ۱۴ سؤال درماندگی روان‌شناختی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه شامل چهار مقیاس فرعی علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و افسردگی است که به دو شیوه نمره‌دهی می‌شود؛ یکی شیوه سنتی که در آن نمرات برای طیف لیکرت به صورت (۱-۰-۱-۰) محاسبه می‌شود و نمره نهایی ۲۸ خواهد بود، و دیگری که در آن مقیاس درجه‌بندی لیکرت از صفر تا ۳ (گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره ۱، گزینه ج نمره ۲ و گزینه د نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان‌دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و اختلال در فرد است (۴۸). بر اساس نمرات برش، نمره در هر یک از زیرمقیاس‌ها به چهار دسته ۰-۶ (بهنجار)، ۷-۱۱ (خفیف)، ۱۲-۱۶ (متوسط) و ۱۷-۲۱ (شدید) تقسیم می‌شود و در کل برای هر زیرمقیاس نمره برش ۶ است. افراد با نمره کمتر مساوی ۶ بهنجار و بیش از ۶ دچار اختلال در نظر گرفته می‌شوند و نمره کل نیز بر همین اساس شامل ۴ دسته است: ۰-۲۲ (نرمال)، ۲۳-۴۰ (خفیف)، ۴۱-۶۰ (متوسط) و ۶۱-۸۴ (شدید). مرور ویژگی‌های روان‌سنجی در کشورهای مختلف نشان داده است که این پرسش‌نامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۴۹). نقطه برش نمره سلامت عمومی بر اساس نمره‌گذاری لیکرت ۲۳ محاسبه شده است؛ بنابراین کسب نمره ۲۳ و پایین‌تر به عنوان سلامت در حد مطلوب و بالاتر از ۲۳ به عنوان سلامت در حد نامطلوب در نظر گرفته شده است (۵۰). همبستگی نمره شرکت‌کنندگان

28. General Health Questionnaire (GHQ)

29. Goldberg

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه

تحصیلات	سن	تأهل	جنسیت	تعداد
لیسانس و فوق‌لیسانس	۲۰-۵۰ سال	اکثریت متأهل	اکثریت زن	۱۸۰ نفر

جدول ۲. میانگین زیرمقیاس‌های سلامت عمومی

گروه متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم	محدوده تغییرات
علائم جسمانی	۷/۶۵	۴/۱۳	۱۹	۱	۱۸
اضطراب و بی‌خوابی	۸/۶۱	۴/۸۶	۲۱	۰	۲۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۸/۳۵	۳/۳۹	۲۱	۲	۱۹
افسردگی و خودکشی	۴/۰۹	۴/۴۹	۲۱	۰	۲۱
سلامت عمومی	۲۸/۴۱	۱۴/۳۲	۷۸	۶	۷۲

جدول ۳. میزان شیوع خرده مقیاس‌های سلامت عمومی با توجه به تعداد و درصد فراوانی نسبی

گروه متغیرها	نرمال	خفیف	متوسط	شدید
علائم جسمانی	۷۶	۴۲/۳٪	۷۵	۴۱/۷٪
اضطراب و بی‌خوابی	۷۲	۴۰٪	۶۰	۳۳/۳٪
اختلال عملکرد اجتماعی	۴۴	۲۴/۴٪	۱۱۲	۶۲/۳٪
افسردگی و خودکشی	۱۳۴	۷۴/۴٪	۳۰	۱۶/۷٪
سلامت عمومی	۷۵	۴۱/۷٪	۶۹	۳۸/۳٪

جدول ۴. میانگین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم	محدوده تغییرات
آمیختگی شناختی	۲۱/۶۶	۹/۹۰	۴۸	۷	۴۱
اجتناب تجربه‌ای	۳۲/۳۲	۱۰/۹۰	۷۰	۱۰	۶۰

میانگین به اختلال اضطراب و بی‌خوابی و کمترین میانگین به افسردگی و خودکشی تعلق داشت. (جدول ۳) بر اساس نمرات برش پرسش‌نامه GHQ-28 درصد افراد در هر زیرمقیاس را نشان می‌دهد.

طبق این جدول، ۴۱/۷ درصد (۷۵ نفر) شرکت‌کنندگان در سطح سلامت بهنجار و ۵۸/۳ درصد (۱۰۵ نفر) افراد با کسب نمره در درجات اختلال از خفیف تا شدید در سلامت عمومی قرار داشتند که ۳۸/۳ درصد (۶۹ نفر) آن‌ها اختلال خفیف در سلامت عمومی، ۱۷/۲ درصد (۳۱ نفر) اختلال متوسط و ۲/۸ درصد (۵ نفر) اختلال شدید داشتند. همچنین زیرمقیاس اختلال عملکرد اجتماعی با شیوع ۷۵/۶ درصدی (۱۳۶ نفر) شایع‌ترین خرده مقیاس و زیرمقیاس افسردگی و خودکشی با شیوع ۲۵/۶ درصد

در این پژوهش برای بررسی رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه از آزمون همبستگی پیرسون^{۳۰} استفاده شد. (جدول ۲) اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

مطابق با نتایج (جدول ۲)، میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های سلامت عمومی به ترتیب برای علائم جسمانی ۷/۶۵ و ۴/۱۳، اضطراب و بی‌خوابی ۸/۶۱ و ۴/۸۶، اختلال عملکرد اجتماعی ۸/۳۵ و ۳/۳۹، افسردگی و خودکشی ۴/۰۹ و ۴/۴۹ به دست آمد. همچنین میانگین نمره کل سلامت عمومی ۲۸/۴۱ و با انحراف استاندارد ۱۴/۳۲ بود. از این میان بیشترین

30. Pearson Correlation Coefficient

جدول ۵. ماتریس همبستگی بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با مشکلات سلامت عمومی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. علائم جسمانی	۱						
۲. اضطراب و بی‌خوابی	۰/۶۳**	۱					
۳. اختلال عملکرد اجتماعی	۰/۷۴**	۰/۶۹**	۱				
۴. افسردگی و خودکشی	۰/۷۸**	۰/۸۱**	۰/۷۳**	۱			
۵. نمره کل مشکلات سلامت عمومی	۰/۵۹**	۰/۶۸**	۰/۷۰**	۰/۷۹**	۱		
۶. آمیختگی شناختی	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۴۴**	۰/۵۴**	۰/۵۳**	۱	
۷. اجتناب تجربه‌ای	۰/۳۰**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۴۹**	۱

P < ۰/۰۰ **

جدول ۶. نمرات پرستاران در مشکلات عمومی، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای

متغیر	علائم جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	اختلال عملکرد اجتماعی	افسردگی و خودکشی	نمره کل مشکلات سلامت عمومی	آمیختگی شناختی	اجتناب تجربه‌ای
کمینه	۱	۰	۲	۰	۶	۷	۱۰
بیشینه	۱۹	۲۱	۲۱	۲۱	۷۸	۴۷	۷۰
میانگین	۷/۶۵	۶/۸۰	۸/۳۳	۴/۰۸	۲۸/۶۶	۲۲/۹۷	۳۱/۷۹
انحراف معیار	۳/۶۰	۴/۹۲	۳/۴۷	۴/۲۹	۱۱/۳۲	۱۰/۷۰	۱۰/۹۸

و اجتناب تجربه‌ای با مشکلات سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج (جدول ۶) میانگین و انحراف معیار علائم جسمانی به ترتیب برابر با ۷/۶۵ و ۳/۶۰، برای اضطراب و بی‌خوابی برابر با ۶/۸۰ و ۴/۹۲، برای اختلال عملکرد اجتماعی برابر با ۸/۳۳ و ۳/۴۷، برای افسردگی و خودکشی برابر با ۴/۰۸ و ۴/۲۹، برای نمره کل مشکلات سلامت عمومی برابر با ۲۸/۶۶ و ۱۱/۳۲، برای آمیختگی شناختی برابر با ۲۲/۹۷ و ۱۰/۷۰ و برای اجتناب تجربه‌ای برابر با ۳۱/۷۹ و ۱۰/۹۸ محاسبه شده است.

به‌طورکلی نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین سلامت عمومی پرستاران $28/41 \pm 14/32$ است و میانگین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی به ترتیب برای خرده مقیاس علائم جسمانی $7/65 \pm 4/13$ ، برای علائم اضطراب و بی‌خوابی $6/80 \pm 4/92$ ، برای علائم اختلال عملکرد اجتماعی $8/33 \pm 3/47$ و برای علائم افسردگی و خودکشی $4/08 \pm 4/29$ است که طبق نمره برش پرسش‌نامه GHQ-28 نمره میانگین کل و همچنین نمره میانگین علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و عملکرد اجتماعی در طیف اختلال‌های

(۴۶ نفر) کمترین شیوع را در بین شرکت‌کنندگان نشان داد. کمترین شیوع مربوط به افراد دچار اختلال بود و شیوع زیرمقیاس علائم جسمانی ۵۷/۸ درصد و شیوع زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی نیز، ۶۰ درصد بود.

همان‌گونه که در (جدول ۴) مشاهده می‌شود، به ترتیب نمره میانگین و انحراف استاندارد آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای برابر با ۲۱/۶۶ (۹/۹۰) و ۳۲/۳۲ (۱۰/۹۰) محاسبه شد. (جدول ۵) ماتریس همبستگی بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با مشکلات سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج اینم جدول، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با مشکلات سلامت عمومی و همه مؤلفه‌های آن وجود دارد که این مقدار در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. مثبت بودن ضریب همبستگی بین اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با مشکلات سلامت عمومی بدین معناست که هر میزان افزایش در اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی پرستاران با افزایش مشکلات سلامت عمومی در آنان مرتبط بوده است و بالعکس. (جدول ۶) اطلاعات توصیفی همبستگی بین آمیختگی شناختی

خفیف در سلامت عمومی، و نمره علائم افسردگی در طیف نرمال قرار می گیرند. برای آمیختگی شناختی نمره میانگین $21/66 \pm 9/90$ و برای اجتناب تجربه ای نمره میانگین $32/32 \pm 10/90$ گزارش شد. آمیختگی شناختی با تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی ارتباط مثبت معنی دار داشت که ضریب همبستگی آمیختگی شناختی به ترتیب با زیرمقیاس علائم جسمانی $0/434$ ، با زیرمقیاس اضطراب و بی خوابی $0/490$ ، با زیرمقیاس اختلال عملکرد اجتماعی $0/445$ و با زیرمقیاس افسردگی و خودکشی $0/538$ بود و همچنین ضریب همبستگی آمیختگی شناختی با سلامت عمومی $0/533$ به دست آمد که معناداری آماری³¹ برای تمام زیرمقیاس های کمتر از $0/01$ را گزارش می داد و نشان دهنده ارتباط مثبت معنادار بود؛ یعنی با افزایش آمیختگی شناختی تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی افزایش و سلامت عمومی کاهش می یابد. همچنین اجتناب تجربه ای با تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی ارتباط مثبت معنی دار داشت که ضریب همبستگی اجتناب تجربه ای به ترتیب با زیرمقیاس علائم جسمانی $0/305$ ، با زیرمقیاس اضطراب و بی خوابی $0/386$ ، با زیرمقیاس اختلال عملکرد اجتماعی $0/376$ ، با زیرمقیاس افسردگی و خودکشی $0/407$ ، و ضریب همبستگی اجتناب تجربه ای با سلامت عمومی $0/413$ محاسبه شد و معناداری آماری برای تمام زیرمقیاس ها کمتر از $0/01$ گزارش شد که نشان دهنده ارتباط مثبت معنادار بود؛ یعنی با افزایش اجتناب تجربه ای تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی افزایش و سلامت عمومی کاهش می یابد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای با سلامت عمومی پرستاران بخش های مراقبت های ویژه بود. نتایج همبستگی مثبت و معنادار آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای را با تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی نشان داد. با توجه به آمارهای ارائه شده در مورد رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای با سلامت عمومی پرستاران، با افزایش آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای، سلامت عمومی پرستاران تحت تأثیر قرار می گیرد و کاهش می یابد. بنابراین جمعیت پرستاران به عنوان یکی از مراتب شغلی تأثیرگذار در وضعیت هشدار قرار می گیرند.

31. P value

اگرچه پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته های پژوهش حاضر باشد، مشاهده نگردید، ولی در مرور برخی پژوهش های مرتبط و بررسی نتایج آن ها، مطالعاتی از قبیل پژوهش خامیسا و همکاران (۲۰۱۵) (۳۴)، قنبری افرا و همکاران (۲۰۲۱) (۳۵)، فاستینو و همکاران (۲۰۲۱) (۳۷) و یارالهی و شعیری (۲۰۱۸) (۲۴) با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. ارتباط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای با سلامت عمومی و زیرمقیاس های آن از جمله علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی (۴۰) باعث می شود پرستاران به علت استرس شغلی بالا، ظهور شرایط ناشناخته و فراگیری بیماری های جدید نظیر همه گیری کووید-۱۹، تعاملات چندوجهی با بیماران، بیشتر در معرض اختلال های روانی از جمله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای قرار گیرند (۳).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان یکی از معروف ترین درمان های نسل سوم شناختی رفتاری، در تبیین این یافته ها ریشه انواع مشکلات روان شناختی را انعطاف ناپذیری روانی می داند (۹). پرستارانی که فاقد منابع شناختی هستند تمایل به تحریف شناخت دارند تا با عوامل استرس زای زندگی شغلی و حرفه ای کنار بیایند. آمیختگی شناختی به عنوان یکی از انواع منابع تحریف شناخت تجربه منفی شدیدتری ایجاد می کند (۱۰). آمیختگی شناختی می تواند شناخت افراد را ساده کند و خاطرات مختلف را به هم متصل گرداند که برای صرفه جویی در منابع شناختی مفید است؛ باین حال، آمیختگی شناختی باعث محدودیت هدایت رفتار پرستاران بر اساس تفکر می گردد؛ بنابراین احتمال بیشتری وجود دارد که آمیختگی شناختی در کنار سایر تحریف ها و مؤلفه های انعطاف ناپذیری روانی از جمله اجتناب تجربه ای یک دور باطل تشکیل دهد و در نهایت به برقراری پیوند با افزایش مشکلات سلامت عمومی و کاهش سطح عملکرد شغلی بیانجامد (۱۲). پرستاران آسیب دیده نسبت به افراد عادی سبک مقابله ای منفی تری دارند و از درجه بالاتری از خودسرزنش گری و خیال پردازی منفی برخوردارند که بر میزان مشکلات می افزاید (۱۳).

مدل اجتناب تجربه ای نیز نشان می دهد که عملکرد اجتنابی پرستاران در مقابل محرک هایی که باعث تجارب منفی قوی می شوند ممکن است به جلوگیری از تغییر عادت های غلط و درگیر شدن در رفتارهای مغایر با سلامت عمومی همچون خودجرحی و خودکشی بیانجامد (۲۸، ۲۹). بر اساس رابطه دو سویه اجتناب

شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی روی جمعیت گسترده‌تری از پرستارانی که شرایط مختلف کاری مانند پست‌های متفاوت و شیفت‌های شب و .. دارند، پراهمیت است زیرا که ضمن کمک به تأمین مبانی نظری جهت مداخلات پیشگیری، توان‌بخشی و درمانی، مقایسه وضعیت سلامت پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه و سایر بخش‌ها را فراهم می‌نماید، به‌گونه‌ای که تأثیر خالص نوع بخش کاری بر وضعیت سلامت عمومی به دست آید.

پیشنهاد می‌شود توجه بیشتر به سلامت عمومی پرستاران مخصوصاً پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه و ارائه مداخلاتی جهت برطرف کردن مخاطرات و بهبود سلامت عمومی این گروه در اولویت برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی قرار گیرد.

همچنین انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سایر اختلال‌های روان‌شناختی و هیجانی روی افراد مختلف جامعه در سایر موقعیت‌های جغرافیایی ایران توصیه می‌گردد، زیرا به اعتبار بوم‌شناختی، تعمیم نتایج، تکمیل اطلاعات در مورد این دو مؤلفه، و ارتباطشان با سایر اختلال‌های روانی در جامعه کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر ارتباطی قابل توجه بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با سلامت عمومی در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شیراز شناسایی کرده و از لحاظ نظری به حفظ و ارتقای سلامت عمومی از طریق آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای کمک کرده است. از منظر کاربرد نیز این نتایج برخی مفاهیم را برای تدوین مداخلات متناسب با سلامت پرستاران ارائه می‌کند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تجربه‌ای و مشکلات سلامت، از سوی دیگر اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی نیز بر میزان کاربرد اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار و خودکار برای تنظیم پریشانی می‌افزاید (۳۳). تسکین پریشانی و ناراحتی به‌عنوان پیامد این فرایند معیوب در کوتاه‌مدت، به تداوم و تقویت اجتناب تجربه‌ای کمک می‌کند. علاوه بر این، رفتار اجتنابی که با تسکین یا حذف موقت عدم تعادل درونی تقویت می‌شود، یک چرخه خود تداومی تشکیل می‌دهد و به پاسخ‌گریز خودکار تبدیل می‌شود (۳۰).

نقطه قوت پژوهش حاضر، توجه به همگن بودن جامعه آماری از منظر شمول پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی در کنار وضعیت یکسان اکثریت اعضای گروه نمونه از لحاظ محیط شغلی و شرایط کاری پرستاران، در ساعات طولانی کاری، شیفت شب و تحمل آسیب‌های جسمانی ناشی از کار در وضعیت‌های بدنی نامناسب بود؛ همچنین کسب اطلاعات بیشتر در مورد آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای با توجه به محدودیت پژوهشی در این زمینه قابل توجه است.

محدودیت‌های پژوهش

هرچند با تخصیص فرصت کافی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اطمینان بخشی از محرمانه ماندن اطلاعات و عدم نیاز به ثبت اسامی، مشکلات اجرایی به حداقل رسانیده شد، ولی محدودیت‌های این پژوهش همچنان شامل:

مطالعه روی تنها یک جمعیت (پرستاران مراقبت‌های ویژه)،

فقدان جمعیت قابل مقایسه (پرستاران سایر بخش‌ها) برای سنجش داده‌های حاصل،

بررسی تأثیر صرف نوع بخش بیمارستان بر آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و وضعیت سلامت عمومی و عدم طبقه‌بندی مطالعه ابعاد خاص علائم بود.

پیشنهادهای پژوهش

انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد رابطه آمیختگی

منابع

1. Mileski M, Pannu U, Payne B, Sterling E, McClay R. The impact of nurse practitioners on hospitalizations and discharges from long-term nursing facilities: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):345.
2. Hajihosseini F, Sharif-Nia H, Nazari R, Beheshti Z, Mousazadeh N. Predisposing factors of nursing student' compliance of preventive behaviors of COVID-19 virus based on health belief model. *Iran Occup Health*. 2023;20(1):16-26. Persian.
3. Cai Z, Cui Q, Liu Z, Li J, Gong X, Liu J, et al. Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *J Psychiatr Res*. 2020;131:132-7.
4. Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between death anxiety and mental health status among nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. *J Babol Univ Med Sci*. 2017;19(2):47-53. Persian.
5. Zare N, Parvareh M, Noori B, Namdari M. Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: a meta-analysis. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2016;21(4):1-16. Persian.
6. Karimi J, Izadi R. The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in nursing students. *Iran J Nurs Res*. 2016;10(4):32-42. Persian.
7. Byrne G, O'Mahony T. Acceptance and commitment therapy (ACT) for adults with intellectual disabilities and/or autism spectrum conditions (ASC): a systematic review. *J Contextual Behav Sci*. 2020;18:247-55.
8. José Quintero PS, Rodríguez Biglieri R, Etchezahar E, Gillanders DT. The Argentinian version of the cognitive fusion questionnaire: psychometric properties and the role of cognitive fusion as a predictor of pathological worry. *Curr Psychol*. 2022;41(5):2546-57.
9. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *J Contextual Behav Sci*. 2018;9:15-20.
10. Carvalho SA, Pinto-Gouveia J, Gillanders D, Castilho P. Pain and depressive symptoms: exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model. *J Psychol*. 2019;153(2):173-86.
11. Soltani E, Momenzadeh S, Hoseini SZ, Bahrainian SA. Psychometric properties of the cognitive fusion questionnaire. *Pajooohandeh J*. 2016;21(5):290-7. Persian.
12. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychol Psychother*. 2020;93(3):456-73.
13. Zhang CQ, Zhang R, Lu Y, Liu H, Kong S, Baker JS, et al. Occupational stressors, mental health, and sleep difficulty among nurses during the COVID-19 pandemic: the mediating roles of cognitive fusion and cognitive reappraisal. *J Contextual Behav Sci*. 2021;19:64-71.
14. Xie C, Zeng Y, Lv Y, Li X, Xiao J, Hu X. Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: a parallel, controlled trial. *Complement Ther Med*. 2020;52:102485.
15. Karimi J, Homayouni A, Homayouni F. The prediction of health anxiety based on experiential avoidance and anxiety sensitivity among non-clinical population. *J Res Psychol Health*. 2019;12(4):66-79. Persian.
16. Hayes-Skelton SA, Eustis EH. Experiential avoidance. In: *Encyclopedia of personality and individual differences*. Cham: Springer; 2020. p. 1-8.
17. Kirk A, Broman-Fulks JJ, Arch JJ. A taxometric analysis of experiential avoidance. *Behav Ther*. 2021;52(1):208-20.
18. O'Reilly LM, Pettersson E, Quinn PD, Klonsky ED, Lundstrom S, Larsson H, et al. The association between general childhood psychopathology and adolescent suicide attempt and self-harm: a prospective, population-based twin study. *J Abnorm Psychol*. 2020;129(4):364-75.
19. Falgares G, Marchetti D, De Santis S, Carrozzino D, Kopala-Sibley DC, Fulcheri M, et al. Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: the mediating

- role of self-criticism and dependency. *Front Psychiatry*. 2017;8:36.
20. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):371-94.
 21. Howe-Martin LS, Murrell AR, Guarnaccia CA. Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *J Clin Psychol*. 2012;68(7):809-29.
 22. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *J Contextual Behav Sci*. 2016;5(1):1-6.
 23. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):865-78.
 24. Yarollahi NA, Shairi MR. Investigation the role of experiential avoidance on anticipation general health in non-clinical samples. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2018;5(3):1-11. Persian.
 25. Polusny MA, Rosenthal MZ, Aban I, Follette VM. Experimental avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence Vict*. 2004;19(1):109-20.
 26. Hitchcock C, Gormley S, O'Leary C, Rodrigues E, Wright I, Griffiths K, et al. Study protocol for a randomised, controlled platform trial estimating the effect of autobiographical memory flexibility training (MemFlex) on relapse of recurrent major depressive disorder. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018194.
 27. Thomas KN, Bardeen JR. The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. *Behav Res Ther*. 2020;132:103653.
 28. Liu ZZ, Tein JY, Jia CX, Liu X. Depression as a mediator between frequent nightmares and non-suicidal self-injury among adolescents: a 3-wave longitudinal model. *Sleep Med*. 2021;77:29-34.
 29. Peters EM, Bowen R, Balbuena L. Mood instability contributes to impulsivity, non-suicidal self-injury, and binge eating/purging in people with anxiety disorders. *Psychol Psychother*. 2019;92(3):422-38.
 30. Safaeian M, Kakavand A, Bahrami HM, Mohammadi SF, Ranjbaripour T. Comparing the effectiveness of mindfulness training with schema therapy on cognitive fusion and job burnout in female nurses. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J*. 2023;11(11):115-24. Persian.
 31. Shi C, Chen W, Huang J, Ren Z. Cognitive fusion and experiential avoidance sequentially mediate the relationship between cyber victimization and depression in adolescents. *J Early Adolesc*. 2024;44(4):517-37.
 32. Zhang CQ, Li X, Si G, Chung PK, Huang Z, Gucciardi DF. Examining the roles of experiential avoidance and cognitive fusion on the effects from mindfulness to athlete burnout: a longitudinal study. *Psychol Sport Exerc*. 2023;64:102341.
 33. Jafari F. Prediction of health anxiety based on metacognitive beliefs, alexithymia and experiential avoidance in nurses. *Q J Nurs Manag*. 2023;12(1):102-13. Persian.
 34. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652-66.
 35. Ghanbari-Afral M, Mardani Hamooleh M, Ghanbari-Afral M, Salamat A. General health of nurses in special care units of hospitals in Qom: descriptive-cross-sectional study. *Qom Univ Med Sci J*. 2022;16(1):30-9. Persian.
 36. Pourebrahimi M, Bamdad M, Hoseini Zarvijani SA. The relationship between the quality of working life and general health of nursing staff of Razi Psychiatric Center in Tehran. *Iran J Rehabil Res*. 2019;5(4):43-9. Persian.
 37. Faustino B, Vasco AB, Farinha-Fernandes A, Delgado J. Psychological inflexibility as a transdiagnostic construct: relationships between cognitive fusion, psychological well-being and symptomatology. *Curr Psychol*. 2023;42(8):6056-61.
 38. Costa J, Gouveia JP, Marôco J. The role of negative affect, rumination, cognitive fusion and mindfulness on depressive symptoms in depressed outpatients and normative individuals. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2018;18(2):207-20.
 39. Cheng Q, Shi C, Yan C, Ren Z, Chan SH, Xiong S, et al. Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety Stress Coping*. 2022;35(3):354-64.

40. Im S, Kahler J. Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. *J Gen Psychol*. 2022;149(2):232-57.
41. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: a systematic review. *Arch Suicide Res*. 2020;24(Suppl 1):1-24.
42. Gharagozlou F, Karami-marin B, Kashefi H, Nikraves Babaei D, BakhtyariZadeh F, Rahimi S. Relationship between quality of work life of nurses working in Kermanshah Educational hospitals with their perception and evaluation of workload in 2017. *Iran Occup Health*. 2020;17(1):25-36. Persian.
43. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*. 2014;45(1):83-101.
44. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004;54(4):553-78.
45. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88.
46. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychol Models Methods*. 2012;3(10):65-80. Persian.
47. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139-45.
48. Sterling M. General Health Questionnaire—28 (GHQ-28). *J Physiother*. 2011;57(4):259.
49. Noorbala A, Bagheri-Yazdi A, Vaez-Mahdavi M, Asadi-Lari M, Faghihzadeh S, Mohammad K, et al. Mental health changes in Tehran during 12 years: comparing National Health and Disease Survey (1999) and Urban HEART-2 Project (2011). *Daneshvar Med*. 2020;22(4):37-44. Persian.
50. Hjelle EG, Bragstad LK, Zucknick M, Kirkevold M, Thommessen B, Sveen U. The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) as an outcome measurement in a randomized controlled trial in a Norwegian stroke population. *BMC Psychol*. 2019;7(1):18.
51. Nourbala A, Bagheri Yazdi S, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Iran J Psychiatry*. 2009;11(4):47-53. Persian.