Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 4, Winter 2024

The Role of Metacognitive Beliefs and Psychological Flexibility in Predicting The Attitude and Performance of Nurses in Relation To Patient Pain Management

Motahareh Naghi Beiranvand[1], Aram Shakibaeinezhad[2], Mahdis Shahini[3], Marziyeh Khatir[4*]

1. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Master of Personality Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran.
3. Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
4. Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Corresponding Author: Marziyeh Khatir, Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
E-mail: Khatir.mm1978@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the importance and central role of nurses in the management and control of patients' pain, it is necessary to know the psychological components affecting the attitude and performance of nurses in relation to their pain management. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of metacognitive beliefs and psychological flexibility in predicting the attitude and performance of nurses in relation to patient pain management.

Methods: The current research is of a descriptive-correlation type. The number of 210 nurses working in the emergency department of hospitals and medical centers in Kermanshah city in 2023 was selected by available sampling method and attitude and performance questionnaire in relation to pain management, metacognitions questionnaire, cognitive flexibility inventory answered. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis simultaneously in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a negative and significant correlation between metacognitive beliefs and the attitude and performance of nurses in relation to patient pain management ($P<0.01$). There is a positive and significant correlation between cognitive flexibility and nurses' attitude and performance in relation to patient pain management ($P<0.01$). The results of multiple regression analysis also revealed that 63.2% of the variance of nurses' attitudes in relation to patient pain management and 73.2% of the variance of nurses' performance in relation to patient pain management are explained by metacognitive beliefs and cognitive flexibility.

Conclusions: The results of the study showed the significant role of metacognitive beliefs and psychological flexibility in predicting the attitude and performance of nurses in managing patients' pain. Therefore, based on the findings of the research, it is suggested to pay special attention to metacognition-based therapy (MCT) and acceptance and commitment-based therapy (ACT) to improve the positive attitude and better performance of health workers and nurses in the field of patient pain management.

Keywords: Psychological Flexibility, Metacognitive, Pain Management, Attitude, Performance, Nurses.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ٤، زمستان ۱٤۰۲

نقش باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران

مطهره نقی بیرانوند[۱]، آرام شکیبایی نژاد[۲]، مهدیس شاهینی[۳]، مرضیه خطیر[٤*]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران.
۳.کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه خطیر،کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
ایمیل: Khatir.mm1978@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت و نقش محوری پرستاران در مدیریت و کنترل درد بیماران، شناخت مولفه های روان شناختی موثر بر نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد آنان ضرورت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. تعداد ۲۱۰ پرستار شاغل در بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب و به پرسشنامه نگرش و عملکرد در رابطه با مدیریت درد بیماران، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ) و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI) پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). بین انعطاف پذیری شناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۶۳/۲ درصد واریانس نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران و ۷۳/۲ درصد واریانس عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران به وسیله باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشاندهنده نقش معنادار باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در مدیریت درد بیماران بود. بنابراین براساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود برای ارتقای نگرش مثبت و عملکرد بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاران در زمینه مدیریت درد بیماران به درمان های مبتی بر فراشناخت (MCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: انعطاف پذیری روان شناختی، باورهای فراشناختی، مدیریت درد، نگرش، عملکرد، پرستاری.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

مقدمه

درد یکی از عوامل استرس زا و اصلی بیماران بستری در بیمارستان است (۱). آگاهی رو به رشدی در مورد علت درد، همراه با پیشرفت مدیریت دارویی وجود دارد. علی رغم این آگاهی و پیشرفت دارویی، بیماران هنوز درد غیرقابل تحملی را تجربه می کنند که بعد جسمی، عاطفی و معنوی سلامتی را مختل می نماید (۲). یکی از دلایل شروع درد شدید در بیماران می تواند اندازه گیری نامناسب آن باشد (۳). در نتیجه ضروری است که درد در مرحله ابتدایی شناسایی شده و تسکین یابد (۴). ارزیابی و سنجش کامل درد بیمار، کلید تاثیرگذار در مدیریت درد است. بنابراین جلوگیری از به اوج رسیدن درد با ارزیابی اولیه و مدیریت اولیه درد فراهم می شود (۵). ارزیابی درد، افزایش سطح دانش و نگرش مثبت و عملکرد مناسب پرستاری پایه ای برای انجام مداخلات پرستاری و یک مولفه مهم مدیریت موثر درد بیمار می باشد (۶). مدیریت درد بیماران از مهم ترین جنبه های مراقبت پرستاری و یک بخش اساسی از نقش مراقبتی پرستاران است (۷).

پرستاران بخش قابل توجهی از وقت خود را با بیماران می گذرانند. بنابراین، آن ها نقش حیاتی در فرایند تصمیم گیری در مورد مدیریت درد دارند. پرستاران باید در ارزیابی و تکنیک های مدیریت درد به خوبی آماده و آگاه باشند و نباید باورهای نادرستی در مورد مدیریت درد داشته باشند، که می توانند منجر به شیوه های نامناسب و ناکافی مدیریت شود. با توجه به تاثیر منفی استفاده از مسکن ها بر عملکرد فیزیولوژیکی بیماران، رویکردهای غیردارویی برای مدیریت درد مانند روان درمانی، مشاوره فیزیکی و کار درمانی بدون استفاده از دارو کاربرد یافته است (۸). به علاوه دانش، نگرش و عملکرد پرستاران اورژانس ممکن است بر مدیریت درد و کیفیت مراقبت که بیماران دریافت می کنند، تاثیر بگذارد (۹). چانگ (Chang) و همکاران به این نتیجه رسیدند که پرستاران و پزشکان در ارزیابی و مدیریت درد بیماران ضعیف عمل می کنند (۱۰).

مطالعات بارتوشیک (Bartoszczyk) و همکاران (۱۱) و کان (Kwon) (۱۲) موانع ارائه مدیریت موثر درد را تشریح کرده اند (۱۱، ۱۲). دانش محدود، نگرش منفی و عملکرد ضعیف پرستاران نسبت به مدیریت درد به عنوان موانع اصلی در اجرای یک مدیریت موثر درد گزارش شده است (۱۳). پرستاران ممکن است دارای ادراک، نگرش و تصور نادرست نسبت به مدیریت درد باشند. تصورات نادرست شامل این باور است که بیماران تمایل به جلب توجه دارند و نه گزارش درد واقعی (۱۴). مداخلات متعددی برای رفع این موانع ارائه شده است. پرداختن به این موانع منجر به بهبود قابل توجهی در نگرش و عملکرد تیم مراقبت های بهداشتی نسبت به مدیریت درد می شود (۱۵، ۱۶، ۱۷). پرستاران ممکن است تمایل داشته باشند که میزان رنج بیماران را دست کم بگیرند و بر این باور باشند که گزارش های خود بیماران در مورد درد اغراق آمیز است. بر این اساس، برای رنج بیماران، پرستاران باید دانش کافی، نگرش بهتر و عملکرد مناسبی نسبت به مدیریت درد داشته باشند (۱۸). اما مهمتر از این موضوع، شناسایی ریشه چگونگی شکل گیری این نوع نگرش و تاثیر آن بر عملکرد پرستاران به عنوان یک رویکرد غیرداروی، بیش از پیش اهمیت می یابد.

توانایی شناختی پرستار، به خصوص توانایی وی برای پردازش اطلاعات و تصمیم گیری بر بالین بیمار، از اجزای کلیدی عملکرد پرستاران می باشد (۱۹). آنان دائما نیازمند تصمیم گیری در مورد کنترل درد بیماران هستند و کنترل موثر، نیازمند فرآیند تصمیم گیری صحیح است که از طریق آگاهی کافی و نگرش مثبت در ارتباط با درد و درمان آن میسر می باشد (۲۰). در واقع شواهد تجربی برای این نظریه موجود است که شناخت ها و رفتارهای مرتبط با درد نقش مهمی در انطباق بیماران با درد دارند (۲۱). یکی از سازه های روان شناختی مرتبط با چگونگی شکل گیری نوع نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به مدیریت درد بیماران، باورهای فراشناختی است. باورهای فراشناختی عبارت اند از باورهایی که افراد دربارهٔ تفکر خود دارند و می توانند آشکار (قابل بیان بطور کلامی) و یا ضمنی (غیرقابل بیان بطور کلامی و مستقیم) باشند. این باورها بر نحوهٔ پاسخدهی فرد به افکار، و چگونگی تنظیم افکار تاثیر گذاشته و نیروی پنهان برانگیزندهٔ سبک تفکر زیانبار هستند که به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر می شوند (۲۲). به نظر می رسد که برای درک عمیق تر چگونگی اثرگذاری باورهای شناختی بر ادراک درد، بررسی شناخت های سطح فراتر (فراشناخت ها) نیز که بر دیگر شناخت ها احاطه دارند، امری ضروری باشد. با این حال و علیرغم اهمیت بالای فراشناخت ها در ارتباط با دردهای مزمن، اما اغلب پژوهش های موجود در ادبیات پژوهشی، صرفا بر محتوای

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

افکاری متمرکز شده اند که می توانند بر درد و سازگاری با درد موثر باشند؛ اما پژوهش هایی که بیانگر فرآیند شکل گیری این باورها بوده و به عبارت دیگر، علاوه بر ابعاد شناختی، ابعاد فراشناختی را نیز مد نظر قرار دهند، بسیار محدود می باشند (۲۳). شواهد پژوهشی نشان می دهد که باورهای فراشناختی می تواند بر شدت درد و یا بر افکار و رفتارهای ناسازگارانهٔ مرتبط با درد در بیمارن تاثیر داشته باشد (۲۴). برای مثال اسپادا (Spada) و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی میان فاجعه سازی درد و رفتارهای مرتبط با درد، میانجی گری می کنند (۲۵). همچنین پهلوان و همکاران در پژوهشی نشان دادند که شدت درد با ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی همبستگی مثبت معنادار دارد (۲۳).

از سویی دیگر، اخیراً یک مدل نظری بر پایه مطالعات تجربی برای آسیب شناسی روانی به نام درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Acceptance and commitment Therapy) گسترش داده شده است (۲۶). مدل ACT از درمان های موج سوم روان شناختی است که توسط استیون هیس و همکارانش (Hayes etall) در دهه هشتاد میلادی بنیانگذاری شده است. در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، تمرکز درمان های نسل سوم از تغییر برداشته می شود و به سمت پذیرش می رود. درمان ACT شامل شش فرآیند درمانی پذیرش، بودن در زمان حال، عمل کردن براساس ارزش ها، تعهد به عمل، خود به عنوان زمینه اصلی و گسلش شناختی است (۲۷). اما هسته مرکزی و هدف اصلی این فرآیندها افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است. انعطاف پذیری روان شناختی (Psychological flexibility) به عنوان آگاه بودن از تجربیات درونی همچون افکار و احساسات در زمان حال بدون نیاز به اجتناب یا فرار از آن ها و تغییر یا ادامه رفتار مطابق با موقعیت به صورتی که در راستای دنبال کردن ارزش های فرد باشد، تعریف می شود (۲۸). در واقع در مدل ACT، بهبود عملکرد و کیفیت زندگی را با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی جستجو می کند. نقطه مقابل آن انعطاف ناپذیری روان شناختی (Psychological inflexibility) است که از دیدگاه ACT آسیب شناسی روانی براساس آن تعریف می شود (۲۹). افراد دارای تفکر انعطاف‌پذیر به صورت مثبتی ساختار فکری خود را متناسب با محیط تنظیم و تغییر داده و موقعیت پرتنش و استرس‌زا را با پذیرش و تحمل پشت سر می‌گذارند (۳۰، ۳۱). برخی از نظریه پردازان انعطاف پذیری شناختی را ساختاری چندوجهی می دانند که مؤلفه های اساسی از جمله خلق و خو، شخصیت و مهارت های ویژه ای مانند حل مسئله را در بر می گیرد. چنین مهارتهایی افراد را در مواجهه با رویدادهای آسیب زا و در طول سازگاری توانا می سازد (۳۲). اهمیت انعطاف پذیری شناختی در تعداد زیادی از مطالعات حمایت شده است. به عنوان مثال، شواهد پژوهشی نشان می دهد که پذیرش بیشتر درد با اجتناب کمتر از فعالیت های مهم، بهزیستی روان شناختی و متعاقباً مدیریت درد همراه است (۳۳).

کنترل درد در مدیریت بیماران اهمیت دارد؛ زیرا درد درمان نشده تاثیر مخربی بر روی کیفیت زندگی بیماران می گذارد. به علاوه بررسی ادبیات موجود نشان داده است که یک خلاء پژوهشی در زمینه چگونگی هسته شکل گیری دانش و نگرش پرستاران نسبت به مدیریت درد وجود دارد. همچنین پرستاران اولین افراد حاضر بر بالین بیمار در هنگام درد بوده و بیشترین مدت زمان حضور را در کنار بیمار دارند. در نتیجه موفق ترین پرستاران آن هایی خواهند بود که شایستگی و توانایی بررسی درد را داشته باشند. در این راستا، بسیاری از پرستاران فاقد آموزش لازم برای مدیریت موثر درد هستند که در نتیجه بستری طولانی‌تر در بیمارستان و کاهش کیفیت زندگی بیماران را به دنبال دارد. بنابراین شناسایی سازه های روان شناختی بنیادین، مهم و تاثیرگذار در زمینه چگونگی شکل گیری نوع نگرش پرستاران و تاثیر آن بر عملکردشان ضروری به نظر می رسد؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران صوت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی- همبستگی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان های و مراکز درمانی شهر کرمانشاه تشکیل دادند. در این مطالعه، ۲۱۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطلعه شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه، عدم وجود بیماری جسمی و مصرف داروهای روانپزشکی و یک سال سابقه کار در اورژانس بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. اجرای مطالعه بدین صورت بود که ابتدا

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

علت و هدف مطالعه برای پرستاران شرح داده شد و به آن ها گفته شد که حضورشان در مطالعه اختیاری است و هیچ گونه اجباری وجود ندارد (اخذ رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش). پرسشنامه ها به پرستاران تحویل داده شد تا در طول ساعات کاری آن را تکمیل نموده و در انتهای کار تحویل دهند. در مجموع ۲۱۰ پرسشنامه، پس از حذف پرسشنامه های ناقص مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی، تشریح فرایند، اهداف، مدت زمان صرف شده، زیان و فواید احتمالی شرکت در پژوهش و اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله از اجرا مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان از طریق نرم افزار SPSS-24 انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه نگرش پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران: یکی از بخش های این پرسشنامه شامل پرسشنامه نگرش پرستاران در ارتباط با مدیریت درد می باشد. این ابزار ۲۰ سوال چند گزینه ای می باشد. نمره بندی ابزار براساس مقیاس لیکرت (چهارتایی) و پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت امتیازبندی شد (کاملا موافقم نمره ۴، موافقم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، و کاملا مخالفم نمره ۱). دامنه نمرات ۲۰- ۸۰ و نمرات بالاتر از ۶۲ درصد نگرش نگرش مثبت، بین ۶۲- ۳۵ درصد نگرش متوسط، و زیر ۳۵ درصد نشان دهنده نگرش منفی نسبت به مدیریت درد می باشد. این ابزار با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مدیریت درد بیمار اولین بار توسط فرل در سال ۱۹۹۳ استفاده شد و مک میلان آن را در سال ۱۹۹۳ بازنگری و در سال ۲۰۰۰ مک میلان و همکاران طراحی نمودند. روایی ابزار نیز از طریق روش پیش آزمون و پس آزمون کادر پرستاری و ضریب ۰/۸۰ و ارزیابی انسجام درونی ضریب الفای کرونباخ ۰/۷۰ تایید شده است (۳۴، ۳۵، ۳۶). در ایران این ابزار توسط محمدرضا افلاطونیان و همکاران استفاده شد. این ابزار به روش ترجمه به فارسی برگردان توسط تیم پژوهش در دانشکده پرستاری جیرفت ترجمه شده و همچنین روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید انجام و پایایی آن نیز براساس ضریب همبستگی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۶) گزارش گردیده است (۳۷). برای تعیین روایی پرسشنامه نگرش از نظرات علمی اعضای محترم هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی نیز استفاده شد. نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (۳۴).

چک لیست عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران: چک لیست عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران شامل ۵ سوال چهار گزینه ای و یک سوال تشریحی می باشد. پرسشنامه توسط شرکت کننده در مطالعه (به صورت خوداظهاری) تکمیل شد. نمره بندی ابزار براساس بله با نمره ۲، تا حدودی با نمره ۱ و خیز با نمره ۰ از ۰ تا ۸ متفاوت بوده و نمره بالاتر از میانه یعنی ۴ نشان از عملکرد بهتر و نمره کمتر از میانه نشان از عملکرد ضعیف پرستاران در زمینه مدیریت درد می باشد. پژوهش ها اعتبار این ابزار را برای جامعه ایران تایید نمودند (۳۸، ۳۹). اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا تعیین گردید و نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود (۳۴).

پرسشنامه باورهای فراشناختی (Metacognitions Questionnaire): این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت- هاتون به منظور ارزیابی باورهای فراشناختی ساخته شده است. پرسشنامه باورهای فراشناختی یک مقیاس خودسنجی ۳۰ ماده ای است و دارای ۵ مقیاس فرعی شامل باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری خطر، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است و براساس طیف ۴ درجه ای لیکرت از ۱ (موافق نیستم) تا ۵ (کاملا موافقم) درجه بندی می شود. نمرات این آزمون از ۲۴ تا ۹۶ نمره گذاری شده و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشاندهنده فراشناخت ناکارآمدتر است (۴۰). ولز و کارترایت- هاتون ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۹۳٪ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۹۲٪، ۹۱٪، ۹۳٪، ۷۲٪ و ۹۲٪ به دست آوردند (۴۰). همچنین همبستگی بازآزمایی مناسبی برای این آزمون گزارش شده است (۴۱). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۱٪ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۸۶٪، ۸۷٪، ۸۰٪، ۷۱٪ و ۸۱٪ به دست آمد (۴۲).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility Inventory): مقیاس انعطاف پذیری شناختی ابزاری خودگزارشی است که توسط دنیس و واندروال (Dennis and Vander Wal) (۴۳) جهت سنجش میزان انعطاف پذیری شناختی افراد در ۲۰ گویه طراحی شده است. در طیف ۷

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم =۱ تا کاملاً موافقم =۷ نمره‌گذاری می شود. دامنه نمرات شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۱۴۰ در نوسان است و کسب نمره بیشتر در افراد حاکی از انعطاف پذیری شناختی بهتر است. این مقیاس دارای دو عامل پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری است. همسانی درونی این مقیاس در نسخهٔ اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل و ادراک گزینه های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی (۱۳۹۶) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل مقیاس و دو خرده مقیاس پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش‌شده است. همچنین، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل انعطاف پذیری شناختی (α=۰/۷۸) گزارش شد (۴۴).

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۲۱۰ نفر بودند. ۸۸ نفر(۴۱/۹ درصد) زن و ۱۲۲ نفر (۵۸/۱ درصد) مرد بودند. ۹۸ نفر(۴۶/۷ درصد) مجرد و ۱۱۲ نفر (۵۳/۳ درصد) متاهل بودند میانگین سن افراد ۲۹/۳۹ و انحراف معیار سن ۳/۹۳۲ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشاندهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نگرش	۴۰/۳۸	۱۹/۸۴	۰/۱۸	-۱/۹۵
عملکرد	۳/۸۰	۲/۰۱	۰/۴۴	-۰/۹۷
تضاد شناختی	۱۳/۹۶	۶/۴۱	-۰/۱۱	-۱/۸۹
فرانگرانی	۱۲/۱۲	۴/۸۲	-۰/۱۰	-۱/۹۲
خودآگاهی شناختی	۱۲/۶۴	۵/۷۰	۰/۱۸	-۱/۹۳
باورهای منفی	۱۳/۵۴	۶/۰۹	-۰/۰۱	-۱/۸۴
نیاز به کنترل افکار	۱۳/۵۸	۵/۲۴	-۰/۱۲	-۱/۹۴
نمره کل باورهای فراشناختی	۶۵/۸۴	۲۷/۸۵	-۰/۱۵	-۱/۹۸
پردازش حل مسئله	۳۳/۷۴	۲۱/۹۲	۰/۲۴	-۱/۸۲
ادراک کنترل پذیری	۱۷/۹۳	۱۲/۳۹	۰/۲۱	-۱/۸۹
نمره کل انعطاف پذیری شناختی	۵۱/۶۷	۳۴/۱۷	۰/۲۱	-۱/۸۹

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری شناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری شناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱-نگرش	۱										
۲- عملکرد	۰/۷۲**	۱									
۳- تضاد شناختی	-۰/۷۱**	-۰/۷۳**	۱								
۴- فرانگرانی	-۰/۶۱**	-۰/۵۶**	۰/۷۲**	۱							
۵- خودآگاهی شناختی	-۰/۵۲**	-۰/۷۴**	۰/۷۰**	۰/۷۱**	۱						
۶- باورهای منفی	-۰/۶۸**	-۰/۶۰**	۰/۸۰**	۰/۷۳**	۰/۷۶**	۱					
۷- نیاز به کنترل افکار	-۰/۷۷**	-۰/۵۹**	۰/۵۸**	۰/۴۸**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۱				
۸- نمره کل باورها	-۰/۵۸**	-۰/۳۴**	۰/۴۰**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۷۲**	۱			
۹- پردازش حل مسئله	۰/۵۹**	۰/۴۹**	-۰/۵۹**	-۰/۷۰**	-۰/۶۰**	-۰/۶۰**	-۰/۶۰**	-۰/۶۲**	۱		
۱۰- ادراک کنترل پذیری	۰/۶۰**	۰/۵۳**	-۰/۶۷**	-۰/۶۲**	-۰/۶۲**	-۰/۶۲**	-۰/۵۸**	-۰/۶۵**	۰/۶۷**	۱	
۱۱- نمره کل انعطافپذیری	۰/۷۱**	۰/۵۲**	-۰/۶۱**	-۰/۶۲**	-۰/۵۹**	-۰/۶۰**	-۰/۵۲**	-۰/۶۶**	۰/۶۸**	۰/۶۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

بر اساس جدول ۲ نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بین انعطاف پذیری شناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکانپذیر می سازد، لذا برای بررسی نقش باورهای فراشناختی و انعطافپذیری شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس باورهای فراشناختی و انعطافپذیری شناختی

پیش بینی کننده ها	β	T	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۱۸/۴۵**	۰/۰۰۱	-	-	۱/۸۵۸
تضاد شناختی	-۰/۳۴	-۹/۴۴**	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۵/۲۱	
فرانگرانی	-۰/۱۶	-۳/۹۴**	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۴/۵۸	
خودآگاهی شناختی	-۰/۱۹	-۲/۶۱**	۰/۰۰۸	۰/۰۱	۶/۵۲	
باورهای منفی	-۰/۱۹	-۲/۷۹**	۰/۰۰۶	۰/۰۲	۸/۴۰	
نیاز به کنترل افکار	-۰/۲۲	-۴/۸۵**	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۴/۱۲	
پردازش حل مسئله	۰/۱۸	۳/۷۸**	۰/۰۰۷	۰/۰۲	۴/۶۱	
ادراک کنترل پذیری	۰/۲۲	۳/۳۸**	۰/۰۰۵	۰/۰۲	۴/۷۴	

** ۲۷۸/۹۳۹ =F ؛ ۰/۶۳۱ = R^2 تعدیل شده ؛ ۰/۶۳۲ =R^2 ؛ ۰/۷۹۵=R

** معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه جدول ۳ نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین باورهای فراشناختی و انعطافپذیری شناختی با نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران برابر ۰/۷۹۵ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۶۳/۲ درصد از واریانس نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس باورهای فراشناختی و انعطافپذیری شناختی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۲۷۸/۹۳۹ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد باورهای فراشناختی و انعطافپذیری شناختی می توانند تغییرات مربوط

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

بـه نگـرش پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران را بـه خوبـی تبییـن کننـد و نشـاندهنده مناسـب بـودن مدل رگرسـیونی ارائـه شـده اسـت. قـوی تریـن متغیـر پیـش بیـن بـا ضریـب بتـا ۰/۳۴- متغیـر تضـاد شـناختی مـی باشـد. در ادامـه بـرای بررسـی عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران براسـاس باورهـای فراشـناختی و انعطاف‌پذیـری شـناختی از رگرسـیون چندگانـه اسـتفاده شـده اسـت کـه نتایـج آن در جـدول ۴ آمـده اسـت.

جدول۳: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران براساس باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی

پیش بینی کننده ها	β	T	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	–	۲/۶۴**	۰/۰۰۱	–	–	۱/۹۹۵
تضاد شناختی	-۰/۴۰	-۲/۱۹**	۰/۰۲۹	۰/۰۴	۵/۲۱	
فرانگرانی	-۰/۸۷	-۴/۰۷**	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۴/۵۸	
خودآگاهی شناختی	-۰/۲۰	-۳/۶۷**	۰/۰۰۲	۰/۰۱	۶/۵۲	
باورهای منفی	-۰/۷۳	-۴/۷۰**	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۸/۴۰	
نیاز به کنترل افکار	-۰/۴۱	-۲/۷۶**	۰/۰۰۹	۰/۰۳	۴/۱۲	
پردازش حل مسئله	۰/۸۹	۷/۷۰**	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۴/۶۱	
ادراک کنترل پذیری	۰/۷۴	۷/۱۳**	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۴/۷۴	

R^2 = ۰/۷۲۳؛ F =۷۸/۷۶۷ تعدیل شده ؛ R^2 =۰/۷۳۲ ؛ R=۰/۸۵۵

**معنادار در سطح ۰/۰۱

بـا توجـه جـدول ۳ نتایـج نشـان داد کـه ضریـب همبسـتگی چندگانـه بیـن باورهـای فراشـناختی و انعطاف‌پذیـری شـناختی بـا عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران برابـر ۰/۸۵۵ اسـت. براسـاس مقـدار ضریـب تعییـن ۷۳/۲ درصـد از واریانـس عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران براسـاس باورهـای فراشـناختی و انعطاف‌پذیـری شـناختی تبییـن شـود. نتایـج تحلیـل واریانـس یـک راهـه نشـان داد کـه مقـدار F بـه دسـت آمـده برابـر ۷۸/۷۶۷ اسـت کـه در سـطح آلفـای کوچکتـر از ۰/۰۵ معنـی دار اسـت کـه نشـان مـی دهـد باورهـای فراشـناختی و انعطاف‌پذیـری شـناختی مـی تواننـد تغییـرات مربـوط بـه عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران را بـه خوبـی تبییـن کننـد و نشـان دهنـده مناسـب بـودن مـدل رگرسـیونی ارائـه شـده اسـت. قـوی تریـن متغیـر پیـش بیـن بـا ضریـب بتـا ۰/۸۹۵ متغیـر پـردازش حـل مسـئله مـی باشـد.

بحث

هـدف مطالعـه حاضـر بررسـی نقـش باورهـای فراشـناختی و انعطـاف پذیـری روان شـناختی در پیـش بینـی نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران بـود. یافتـه هـای پژوهـش نشـان داد کـه بیـن باورهـای فراشـناختی بـا نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در ارتبـاط بـا مدیریـت درد بیمـاران رابطـه منفـی و معنـی دار وجـود دارد. ایـن یافتـه بـه صـورت مسـتقیم و غیرمسـتقیم بـا پژوهـش هـای پهلـوان و همـکاران (۲۳)، شـوتزه (Schütze) و همـکاران (۲۴) و اسـپادا (Spada) و همـکاران (۲۵) همسـو مـی باشـد. در تبییـن ایـن یافتـه هـا مـی تـوان گفـت مطابـق مـدل فراشـناختی، فعـال شـدن باورهـای فراشـناختی ناکارآمـد، موجـب ارزیابـی منفـی فکـر مزاحـم بـه عنـوان نشـانه تهدیـد مـی شـود. ایـن ارزیابی باعـث تشـدید هیجان هـای منفی مـی شـود کـه عمدتـا اضطـراب زا هسـتند. در نتیجـه فـرد بـرای کاهـش اضطـراب و کنتـرل نظـام شـناختی خـود، بـه راهبردهـای کنتـرل فکـر متوسـل مـی شـود. راهبردهـای کنتـرل فراشـناختی، پاسـخ هایـی هسـتند کـه افـراد بـرای کنتـرل فعالیـت هـای نظام شـناختی خـود نشـان مـی دهنـد. بـه نظـر مـی رسـد برخـی از راهبردهـای مـورد اسـتفاده در سـرکوب و کنتـرل افـکار، کارآمدتـر باشـند (۴۵). نکتـه قابـل بحـث ایـن اسـت کـه علـی رغـم اسـتفاده از راهبردهـای کنتـرل فکـر بـه منظـور حـذف افـکار مزاحـم، در واقـع افـکار مزاحـم سـرکوب یـا حـذف نمـی شـوند. اسـتفاده از ایـن راهبردهـا حتـی مـی توانـد اثـر متناقضـی داشـته باشـد و باعـث افزایـش افـکار مزاحـم شـود (۴۶). همچنیـن طبـق مـدل فراشـناخت پریشـانی روان شـناختی غیرطبیعـی و مـداوم ناشـی از باورهـای فراشـناختی اسـت کـه باعـث ایجاد یک سـبک تفکـر ناسـازگار بـه نـام سـندرم شـناختی-توجهی مـی شـود (۴۷).

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

سندرم شناختی-توجهی با پردازش خودارجاعی منفی مانند نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و راهبردهای مقابله ای که اثرات ناخواسته ای دارند مشخص می شود. باورهای فراشناختی پشت سندرم شناختی-توجهی به عنوان باورهای مثبتی که به سودمندی نگرانی مربوط می شود (یعنی نگرانی به من کمک می کند تا قبل از اینکه خیلی دیر شود مشکلات را پیش بینی کنم) و باورهای فراشناختی منفی که بر غیرقابل کنترل بودن و مضر بودن نگرانی تمرکز دارند، مفهوم سازی می شوند (یعنی نگرانی من غیرقابل کنترل است؛ نگرانی بیش از حد باعث بازگشت بیماری من می شود) باورهای فراشناختی منفی در اختلال عملکرد روانی اهمیت ویژه ای دارند زیرا منجر به احساس از دست دادن کنترل تفکر و احساس تهدید فعلی از خود شناخت می شوند (۴۸). بنابراین باورهای فراشناختی در تعیین سبک های تفکر ناسازگارانه پرستاران نقش اساسی دارند که منجر به تداوم هیجان های منفی می-شوند این امر می تواند بر روابط و نگرش منفی آنان در زمینه ناتوانی در مدیریت و کاهش درد بیماران تاثیر بگذارد و این به نوبه خود بر عملکرد آنان نیز تاثیر می گذارد؛ چرا که باورهای فراشناختی مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و در درک نحوه عملکرد و نگرش پرستاران اهمیت زیادی دارند. در مجموع باورهای فراشناختی یک عامل کلی در آسیب پذیری نسبت به اختلالات روانی و همچنین عاملی مهم در تعیین نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران می باشد.

همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین انعطاف پذیری روان شناختی با نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های مک کراکن و اکلستون (McCracken and Eccleston) (۳۳)، ویکسل و وولز (Wicksell and Vowles) (۴۹)؛ وولز (Vowles) و همکاران (۵۰) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت افراد انعطاف پذیر، درباره دنیای درونی و بیرونی خود، کنجکاو هستند و زندگی آنها به لحاظ تجربی غنی است، چون تجارب جدید را می پسندند و خواهان تجربه آن هستند. آنها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی کنند، بلکه حتی گاهی خود به دنبال تجارب جدید می روند (۲۶). همچنین افرادی که تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیت های چالش برانگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و به لحاظ روان شناختی در مقایسه با افراد انعطاف ناپذیر پرتحمل و بردبارتر هستند. به نظر می رسد داشتن انعطاف پذیری شناختی به فرد کمک می کند که موقعیت های سخت و پراسترس زندگی را به عنوان موقعیت های قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی پیدا کردن چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند. در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری های زندگی بالاتر است (۵۲). از آنجایی که انعطاف پذیری شناختی بالا توانایی سازگاری فرد با رویدادهای آشفته ساز و محدودکننده؛ دامنه رفتاری فرد را افزایش می دهد و فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار می کند. بنابراین به نظر می رسد پرستارانی که انعطاف پذیری شناختی بالاتری دارند نگرش و عملکرد مثبت تری نسبت به مدیریت درد بیماران دارند و در شرایط استرس زا و بحرانی توانایی تصمیم گیری و انطباق بالاتری با شرایط از خود نشان می دهند، بنابراین عملکرد بالاتری در مدیریت درد بیماران از خود نشان می دهند. قلب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تعهد بسیار عمل‌گرایانه آن به اهداف فردی هر شخص برای زندگی خوب است هرچند که درد در جریان زندگی اش قابل حذف یا نادیده انگاری نباشد؛ به این طریق امکان تسهیل خزانه ی رفتاری وسیع تر و انعطاف‌پذیرتر به هنگام مواجهه با درد و پریشانی و همچنین پرداختن به فعالیت‌هایی که معنا، کیفیت، سرزندگی و مانند آن را به زندگی بیمار می بخشند، فراهم می گردد؛ که متعاقباً منجر به بهبود نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران منجر می شود.

نتیجه گیری

در مجموع یافته های این مطالعه نشان دهنده نقش معنادار باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بود. این مطالعه بینش عمیقی از چگونگی شکل گیری نوع نگرش و تاثیر آن بر عملکرد پرستاران به عنوان یک رویکرد غیردارویی ارائه نموده است. در این راستا براساس یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گیری کرد که، باورهای فراشناختی در تعیین سبک های

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

تفکر ناسازگارانه پرستاران نقش اساسی دارند که منجر به تداوم هیجان های منفی می شوند این امر می تواند بر روابط بین فردی و نگرش منفی آنان در زمینه ناتوانی در مدیریت و کاهش درد بیماران تاثیر بگذارد و این به نوبه خود تاثیر منفی بر عملکرد آنان در مدیریت درد بیماران در پی دارد، از سویی دیگر پرستارانی که انعطاف پذیری روان شناختی بالاتری دارند منجر به توسعه یک خزانه رفتاری گسترده‌تر و انعطاف‌پذیرتر در آنان می شود که متعاقباً نگرش و عملکرد مثبت تری نسبت به مدیریت درد بیماران را در پی دارد. بنابراین براساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود برای ارتقای نگرش مثبت و عملکرد بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاران در زمینه مدیریت درد به درمان های مبتنی بر فراشناخت (MCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توجه ویژه ای شود. بنابراین، مهم است که پرستاران با آموزش دیدن مبتنی بر این سازه ها، خود را با مهارت و نگرش مثبت در مورد درد و مدیریت درد آماده کرده و به نوعی موانع مدیریت درد را شناسایی و بر آن غلبه کنند. پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجهه بود از قبیل اینکه همه ابزارهای استفاده شده به صورت کاغذ- مدادی هستند و ممکن است این نوع ابزارها با سوگیری در اطلاعات و عدم دقت سنجی همراه باشند. پژوهش ما بر روی نمونه ای از پرستاران انجام شده است، لذا در خصوص تعمیم نتایج به سایر نمونه ها و جمعیت ها، باید احتیاط های لازم صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود سایر متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. Saudi journal of anaesthesia. 2018 Apr; 12(2):220.
2. Pereira Dames LJ, Herdy Alves V, Pereira Rodrigues D, De Souza B, Rangel R, Do Valle Andrade Medeiros F, et al. Nurses' practical knowledge on the clinical management of neonatal pain: A descriptive study. Online Brazilian J Nurs. 2016; 15:393–403.
3. Melotti RM, Dekel BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, D'Andrea R, Di Nino G. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. European Journal of Pain. 2009 Oct 1;13(9):992-1000.
4. Najafi Ghezeljeh T, Hosseini AF. Attitudinal barriers to effective cancer pain management. Journal of hayat. 2012;18(1):89-101. [Persian]
5. Khan TH. Job satisfaction in Pakistani anesthesiologists. Anaesth Pain & Intensive Care. 2011 Oct;15(2):93-101.
6. Al-Shaer D, Hill PD, Anderson MA. Nurses› knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. Medsurg Nursing. 2011 Jan 1;20(1).
7. Palmer O, McIver P. Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization accreditation for the office-based oral and maxillofacial surgeon. Dental Clinics of North America. 2008 Jul 1;52(3):641-51.
8. Molaee S, Dehghannayeri N, Manookian A, Amini F, Esmaili N, Moeinibadi F. Survey on Pain Management Knowledge and Attitude among Emergency working Nurses in Iran. International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention. 2020 Jan 10; 5(4):410-7.
9. Al-Sayaghi KM, Fadlalmola HA, Aljohani WA, Alenezi AM, Aljohani DT, Aljohani TA, Alsaleh SA, Aljohani KA, Aljohani MS, Alzahrani NS, Alamri AA. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. InHealthcare 2022 Mar 14 (Vol. 10, No. 3, p. 528). MDPI.
10. Chang AK, Bijur PE, Napolitano A, Lupow J, Gallagher EJ. Two milligrams iv hydromorphone is efficacious for treating pain but is associated with oxygen desaturation. Journal of Opioid Management. 2009 Mar 1;5(2):75-80.
11. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions for nurse-related barriers in cancer pain management. Oncol Nurs Forum. 2015; 42:634–41.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

12. Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. J Clin Oncol. 2014; 32:1727–33.
13. Zhou L, Liu XL, Tan JY, Yu HP, Pratt J, Peng YQ, et al. Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: A systematic review. Int Nurs Rev. 2015; 62:218–30.
14. Aflatoonian MR, Rafati F. The survey of nurses, knowledge and attitude towards pain management in Jiroft University of medical sciences. Anesthesiology and Pain. 2017 Jul 10; 8(2):14-21.
15. Qadire MA, Al Khalaileh MA. Effectiveness of educational intervention on Jordanian nurses' knowledge and attitude regarding pain management. Br J Med Med Res. 2014; 4:1460–72.
16. Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, Chou R, Herr K, Murinson BB, et al. Core competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. Pain Med. 2013; 14:971–81.
17. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. Pain Manag Nurs. 2013; 14:e262–7.
18. Angeletti C., Guetti C., Paesani M., Colavincenzo S., Ciccozzi A., Angeletti P.M. An Analysis of Italian Nurses' Approach to Patients' Pain: A Nationwide Online Survey. Pain Res. Manag. 2018; 2018:5165262.
19. Nejat N, Kouhestani HR, Rezaei K. Effect of concept mapping on approach to learning among nursing students. Journal of hayat. 2011;17(2):22-31. [Persian].
20. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, Vaillant F, Desjardins S. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/ management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. International journal of nursing studies. 2011 Dec 1;48(12):1495-504.
21. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. Pain. 2001 May 1;92(1-2):41-51.
22. Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. Anxiety, Stress and Coping. 1994 Jan 1;6(4):289-99.
23. Pahlevan M, Borjali A, Farahani H. The mediating role of meta-cognitive beliefs between alexithymia and chronic pain intensity. Anesthesiology and Pain. 2018;9(3):1-3.
24. Schütze R, Rees C, Slater H, Smith A, O›Sullivan P. 'I call it stinkin'thinkin'': A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. British journal of health psychology. 2017 Sep;22(3):463-80.
25. Spada MM, Gay H, Nikčevic AV, Fernie BA, Caselli G. Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophising as mediators between neuroticism and pain behaviour. Clinical Psychologist. 2016 Nov 1;20(3):138-46.
26. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical psychology review. 2010 Nov 1;30(7):865-78.
27. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain. 2010 Jan 1;148(1):141-7.
28. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006 Jan 1;44(1):1-25.
29. Aghayousefi A, Tarkhan M, Mohammadi N, Afshar H. The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. Health psychology. 2017 Feb 6;5(17):23-38.
30. Moradzadeh F, Pirkhaefi AR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2018; 5(6): 1-6. [Persian].
31. Buttelmann F, Karbach J. Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. Frontiers in psychology 2017; 8:1040-44.
32. Akbarzadeh D, Rajabzadeh A, Beyrami HA, Mahamzadeh A. Comparing the mean score of depression, sleep quality and resiliency in patients with migraine and tension type headaches with healthy individuals]. Journal of anesthesiology and pain 2015; 5: 32. (Persian).
33. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. Pain. 2005 Nov

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]

1;118(1-2):164-9.
34. Aliha JM, Ghezeljeh TN, Haghani S, Nejhad SN. The attitude and performance of nurses regarding pain management in the patients admitted to the emergency department. Journal of Nursing. 2020; 32(122):38-50.
35. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. J Prof Nurs. 1993; 9(2):79-88.
36. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. J Prof Nurs. 1993; 9(2):79-88.
37. Aflatoonian MR, Rafati F. The survey of nurses, knowledge and attitude towards pain management in Jiroft University of medical sciences. Anesthesiology and Pain. 2017; 8(2):14-21.
38. Noghabi A, Soudagar S, Nazari O. Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran. Hormozgan Medical Journal. 2012; 16(5):403-13.
39. Issa MR, Awajeh AM, Khraisat FS. Knowledge and attitude about pain and pain management among critical care nurses in a tertiary hospital. J Intensive Crit Care. 2017; 3(1).
40. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy. 2004;42(4):385-96.
41. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. Journal of Experimental Psychopathology. 2010; 1 (1): jep. 007910.
42. Shirinzadeh Dastgiry S GM, Rahimi CH, Naziri GH. . The study of factor analysis, validity and reliability of Metacognition Questionnaire-30. Journal of Psychology. 2008; 48: 44-61.
43. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010 Jun;34:241-53.
44. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini K. [Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon]. Psychological Models and Methods. 2017;8 (3) 53-70.
45. Abramowitz JS, Arch JJ. Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. Cognitive and Behavioral Practice. 2014 Feb 1;21(1):20-31.
46. Lambert AE, Hu Y, Magee JC, Beadel JR, Teachman BA. Thought suppression across time: Change in frequency and duration of thought recurrence. Journal of obsessive-compulsive and related disorders. 2014 Jan 1;3(1):21-8.
47. Wells A, Matthews G. Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective. Psychology Press; 2014 Nov 24.
48. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011 Mar 14.
49. Wicksell RK, Vowles KE. The role and function of acceptance and commitment therapy and behavioral flexibility in pain management. Pain management. 2015 Sep;5(5):319-22.
50. Vowles KE, McCracken LM, Sowden G, Ashworth J. Psychological flexibility in coping with chronic pain: Further examination of the Brief Pain Coping Inventory-2. The Clinical journal of pain. 2014 Apr 1;30(4):324-30.
51. Gloster AT, Meyer AH, Lieb R. Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. Journal of Contextual Behavioral Science. 2017 Apr 1;6(2):166-71.
52. Brunero S, Lamont S. Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2010 Jun 1;47(6):753-60.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-11-02]