www.mums.ac.ir
Medical Journal of Mashhad
University of Medical Sciences
Vol. 69, No.6, P: 694-704
AUG 2026

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
سال ۶۹، شماره ۶
شهریور ۱۴۰۵، صفحه ۷۰۴-۶۹۴

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۲۹- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۲

الهام کریمی[۱]
سیدحمید پاکزاد مقدم[۲*]

[۱] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
[۲] استادیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

Email:
pakzadmoghadam@gmail.com

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو شیوه آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه آموزش حضوری، آموزش مجازی و کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود. مداخله آموزشی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس رویکرد شناختی ـ رفتاری و روان‌شناسی مثبت‌نگر اجرا شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس با کنترل نمرات پیش‌آزمون در نرم‌افزار **SPSS**نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین سه گروه از نظر اضطراب و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت. هر دو روش آموزش حضوری و مجازی موجب کاهش معنادار اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران شدند؛ با این حال، میزان کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری در گروه آموزش حضوری بیشتر از گروه آموزش مجازی بود. همچنین گروه کنترل تغییر معناداری در متغیرهای پژوهش نشان نداد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش اضطراب و ارتقای تاب‌آوری پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. با وجود اثربخشی هر دو شیوه آموزشی، آموزش حضوری تأثیر بیشتری نشان داد؛ با این حال، با توجه به محدودیت‌های زمانی و شیفت‌های کاری پرستاران، استفاده از الگوهای ترکیبی حضوری و مجازی می‌تواند در برنامه‌های توانمندسازی و ارتقای سلامت روان کارکنان درمانی پیشنهاد شود.

کلمات کلیدی: تاب‌آوری، اضطراب، آموزش حضوری، آموزش مجازی، پرستاران، سلامت روان، آموزش تاب‌آوری

Doi: 10.22038/mjms.2026.28541

مقدمه

سلامت روان کارکنان نظام درمانی یکی از مؤلفه‌های اساسی کارآمدی و کیفیت خدمات سلامت است. در میان کارکنان درمانی، پرستاران به دلیل تماس مستقیم و مستمر با بیماران، مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، مسئولیت‌های حرفه‌ای سنگین، شیفت‌های طولانی، کمبود نیروی انسانی و تجربه مکرر رنج و مرگ بیماران، در معرض فشارهای روان‌شناختی بیشتری قرار دارند. این فشارها می‌تواند زمینه‌ساز اضطراب، فرسودگی شغلی، کاهش رضایت شغلی و افت عملکرد حرفه‌ای شود (۱-۲). اضطراب از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در محیط‌های درمانی است و با نگرانی پایدار، تنش ذهنی، برانگیختگی فیزیولوژیک و احساس تهدید همراه است. در حرفه پرستاری، عواملی مانند حجم بالای کار، مسئولیت مراقبت از بیماران بدحال، ترس از خطای درمانی، تغییرات مداوم شیفت و ابهام‌های شغلی می‌توانند اضطراب را تشدید کنند. اضطراب بالا نه‌تنها سلامت روان پرستاران را تهدید می‌کند، بلکه کیفیت مراقبت، ایمنی بیمار و کارآمدی سازمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳-۴).

در سال‌های اخیر، تاب‌آوری به‌عنوان یکی از سازه‌های کلیدی روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌نگر مورد توجه قرار گرفته است. تاب‌آوری به توانایی فرد برای سازگاری مؤثر با شرایط دشوار، مدیریت فشار روانی، کنترل هیجانات و بازگشت به تعادل پس از تجربه بحران اشاره دارد (۵-۶). پرستاران تاب‌آور معمولاً در مواجهه با فشارهای شغلی، انعطاف‌پذیری بیشتر، خودتنظیمی هیجانی بهتر و توان بالاتری برای حل مسئله نشان می‌دهند. بنابراین ارتقای تاب‌آوری می‌تواند نقش محافظتی در برابر اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی داشته باشد. تاب‌آوری صرفاً یک ویژگی ذاتی و ثابت نیست، بلکه ظرفیتی قابل پرورش و آموزش است. آموزش تاب‌آوری معمولاً بر مهارت‌هایی مانند خودآگاهی، حل مسئله، بازسازی شناختی، تنظیم هیجان، مدیریت استرس، خودکارآمدی، ارتباط مؤثر و استفاده از حمایت اجتماعی تأکید دارد (۷-۸). این مهارت‌ها با کمک به اصلاح افکار ناکارآمد، افزایش احساس کنترل و تقویت راهبردهای مقابله‌ای، می‌توانند اضطراب را کاهش داده و سازگاری روانی را افزایش دهند.

از منظر نظری، پژوهش حاضر بر سه چارچوب اصلی استوار است. نخست، روان‌شناسی مثبت‌نگر که بر شناسایی و تقویت توانمندی‌های روانی افراد تأکید می‌کند. دوم، رویکرد شناختی ـ رفتاری که نقش تفسیرهای شناختی و باورهای ناکارآمد را در شکل‌گیری اضطراب برجسته می‌سازد. سوم، نظریه خودکارآمدی که بیان می‌کند باور فرد به توانایی خود در مدیریت موقعیت‌های دشوار می‌تواند سطح اضطراب و کیفیت عملکرد را تحت تأثیر قرار دهد (۳-۹).

در کنار محتوای آموزشی، شیوه ارائه آموزش نیز اهمیت دارد. آموزش حضوری به دلیل تعامل چهره‌به‌چهره، دریافت بازخورد فوری، امکان بحث گروهی، ایفای نقش و تجربه حمایت اجتماعی، می‌تواند برای آموزش مهارت‌های روان‌شناختی مؤثر باشد. در مقابل، آموزش مجازی امکان دسترسی آسان‌تر، انعطاف زمانی، کاهش محدودیت‌های مکانی و انطباق بیشتر با شیفت‌های کاری پرستاران را فراهم می‌کند (۱۰-۱۱-۱۷-۱۸). با این حال، کاهش تعامل اجتماعی، خستگی ناشی از فناوری و محدودیت بازخورد فوری ممکن است اثربخشی آموزش مجازی را کاهش دهد؛ از این رو، در بسیاری از نظام‌های آموزشی، الگوهای ترکیبی حضوری ـ مجازی به‌عنوان راهکاری میانه و قابل اجرا پیشنهاد شده‌اند (۱۹-۲۰).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مداخلات تاب‌آوری در کارکنان درمانی می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مثبتی ایجاد کند، اما شواهد مقایسه‌ای درباره برتری آموزش حضوری یا مجازی در جامعه پرستاری هنوز محدود و گاه ناهمسو است (۱۲-۱۳-۱۴). در ایران نیز برخی پژوهش‌ها به اثربخشی آموزش تاب‌آوری و آموزش مهارت‌های روان‌شناختی بر

کاهش اضطراب یا بهبود شاخص‌های سلامت روان اشاره کرده‌اند (۱۵-۱۶). بخشی از پژوهش‌ها بر مزیت تعامل مستقیم در آموزش حضوری تأکید کرده‌اند، در حالی که پژوهش‌های دیگر آموزش آنلاین را به دلیل دسترسی بیشتر و قابلیت اجرا در شرایط شغلی فشرده، روشی قابل استفاده و مؤثر دانسته‌اند. با توجه به فشارهای روانی موجود در محیط‌های درمانی و اهمیت انتخاب شیوه آموزشی مناسب، انجام پژوهشی که اثربخشی دو روش آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری را در جامعه پرستاری مقایسه کند، ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این مطالعه، اثربخشی دو شیوه آموزش حضوری و آموزش مجازی تاب‌آوری بر اضطراب و تاب‌آوری پرستاران بررسی و مقایسه شد. شرکت‌کنندگان پس از ورود به مطالعه و تکمیل پیش‌آزمون‌ها، به‌صورت تصادفی در سه گروه آموزش حضوری، آموزش مجازی و کنترل جایگزین شدند. پس از اجرای مداخله برای دو گروه آزمایش، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. این جامعه شامل پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های داخلی، جراحی، اورژانس، مراقبت‌های ویژه، CCUو ICU بود. دلیل انتخاب این جامعه، مواجهه مستمر پرستاران با استرس‌های شغلی، فشارهای هیجانی و شرایط بحرانی محیط درمان بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و سپس تخصیص تصادفی بود. ابتدا با هماهنگی مدیریت پرستاری بیمارستان‌ها، فراخوان شرکت در پژوهش در اختیار پرستاران قرار گرفت. سپس افراد واجد شرایط که تمایل به همکاری داشتند وارد مطالعه شدند. حجم نمونه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد و شرکت‌کنندگان در سه گروه ۲۰ نفره جایگزین شدند. سپس افرادی که تمایل به همکاری داشتند و معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، وارد مرحله غربالگری شدند. معیارهای ورود شامل اشتغال رسمی یا قراردادی در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، سابقه کار حداقل یک سال، نداشتن بیماری شدید روان‌پزشکی، عدم استفاده همزمان از خدمات روان‌درمانی و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، انصراف از همکاری و ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جوامع محدود استفاده شد. فرمول مورد استفاده به شرح زیر بود:

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2(N-1)+z^2 pq}$$

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، خطای ۰/۰۵ و توان آماری مناسب، حجم نمونه ۶۰ نفر برآورد گردید که در سه گروه ۲۰ نفری تقسیم شدند. به‌منظور افزایش دقت پژوهش و جبران ریزش احتمالی نمونه‌ها، تعداد نمونه اولیه کمی بیشتر در نظر گرفته شد. پس از تکمیل فرایند نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند تا احتمال سوگیری کاهش یابد.

جدول ۱. توزیع و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های پژوهش

متغیر	آموزش حضوری (۲۰ نفر)	آموزش مجازی (۲۰ نفر)	گروه کنترل (۲۰ نفر)	مجموع
جنسیت				
زن	۱۴ نفر	۱۳نفر	۱۵ نفر	۴۲ نفر
مرد	۶ نفر	۷ نفر	۵ نفر	۱۸ نفر
وضعیت تأهل				
مجرد	۷ نفر	۸ نفر	۶ نفر	۲۱ نفر
متأهل	۱۳ نفر	۱۲ نفر	۱۴ نفر	۳۹ نفر
سابقه خدمت				
کمتر از ۵ سال	۵ نفر	۶ نفر	۵نفر	۱۶ نفر
5تا ۱۰ سال	۸ نفر	۸ نفر	۸ نفر	۲۴ نفر
بیش از ۱۰ سال	۷ نفر	۶ نفر	۷ نفر	۲۰ نفر
بخش محل خدمت				
داخلی و جراحی	۶ نفر	۵ نفر	۶ نفر	۱۷ نفر
اورژانس	۴ نفر	۵ نفر	۴ نفر	۱۳ نفر
CCUوICU	۷ نفر	۶ نفر	۷ نفر	۲۰ نفر
سایر بخش‌ها	۳ نفر	۴ نفر	۳ نفر	۱۰ نفر

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کاری، نوع استخدام و بخش محل خدمت بود. پرسشنامه اضطراب بک برای سنجش شدت اضطراب استفاده شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است و پاسخ‌ها در طیف چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است. مطالعات متعدد روایی و پایایی مطلوب این ابزار را در جوامع ایرانی تأیید کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ محاسبه شد.

برای اجرای مداخله آموزشی، ابتدا محتوای آموزشی بر اساس پروتکل استاندارد آموزش تاب‌آوری و با بهره‌گیری از مبانی روان‌شناسی مثبت‌نگر و رویکرد شناختی ـ رفتاری طراحی معیارهای ورود شامل اشتغال رسمی یا قراردادی در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، سابقه کار حداقل یک سال، تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت همزمان خدمات روان‌درمانی بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، انصراف از ادامه همکاری، ابتلا یا گزارش بیماری شدید روان‌پزشکی در طول پژوهش و ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود. متغیر مستقل پژوهش، شیوه آموزش تاب‌آوری در دو سطح حضوری و مجازی بود. متغیرهای وابسته شامل نمره اضطراب و نمره تاب‌آوری بودند. متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه خدمت و بخش محل خدمت به‌عنوان متغیرهای زمینه‌ای ثبت شدند. در تحلیل نهایی، نمرات پیش‌آزمون اضطراب و تاب‌آوری به‌عنوان کوواریانس کنترل شدند.

طریق بستر آنلاین دریافت کردند. آموزش‌ها در قالب فایل‌های ویدئویی، جلسات برخط، جزوات الکترونیکی و تمرین‌های تعاملی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. ارتباط با شرکت‌کنندگان از طریق شبکه‌های آموزشی و سامانه کلاس مجازی برقرار شد. همچنین امکان طرح سؤال و دریافت بازخورد آنلاین برای فراگیران فراهم بود. گروه کنترل در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند و صرفاً در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت داشتند. البته به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان پژوهش محتوای آموزشی تاب‌آوری به‌صورت خلاصه در اختیار اعضای گروه کنترل نیز قرار گرفت.

گردید. محتوای آموزشی شامل مهارت‌های خودآگاهی، کنترل هیجان، مدیریت استرس، حل مسئله، تفکر مثبت، خودکارآمدی، ارتباط مؤثر و سازگاری روانی بود. برنامه آموزشی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شد و طی چهار هفته اجرا گردید. گروه آموزش حضوری در جلسات آموزشی چهره‌به‌چهره شرکت کردند. این جلسات در سالن آموزش بیمارستان و با رعایت اصول اخلاق پژوهش برگزار شد. در جلسات حضوری از روش‌هایی مانند بحث گروهی، ایفای نقش، تمرین عملی، بازخورد مستقیم و کارگاه آموزشی استفاده شد. مدرس تلاش کرد فضای تعاملی و حمایتی برای شرکت‌کنندگان ایجاد کند تا یادگیری عمیق‌تری شکل گیرد. در مقابل، گروه آموزش مجازی همان محتوای آموزشی را از

جدول ۲. محتوای جلسات آموزش تاب‌آوری در دو شیوه حضوری و مجازی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف آموزشی	محتوای ارائه شده	تکنیک‌ها و فعالیت‌ها	مدت زمان
جلسه اول	آشنایی و تبیین مفهوم تاب‌آوری	ایجاد ارتباط اولیه و معرفی مفاهیم پایه	تعریف تاب‌آوری، اهمیت سلامت روان در حرفه پرستاری، معرفی برنامه آموزشی	بحث گروهی، پرسش و پاسخ، بیان تجارب شغلی	۹۰ دقیقه
جلسه دوم	شناخت اضطراب و عوامل استرس‌زا	افزایش آگاهی نسبت به منابع اضطراب	انواع اضطراب، عوامل شغلی مؤثر بر استرس، پیامدهای روانی اضطراب	خودارزیابی اضطراب، تحلیل موقعیت‌های تنش‌زا	۹۰ دقیقه
جلسه سوم	آموزش خودآگاهی و تنظیم هیجان	تقویت کنترل هیجانات و شناخت احساسات	شناسایی هیجانات منفی، مهارت کنترل خشم و اضطراب	تمرین آرام‌سازی، تمرین تنفس عمیق	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	ارتقای توان مقابله با چالش‌ها	مراحل حل مسئله، تصمیم‌گیری منطقی در شرایط دشوار	ایفای نقش، تحلیل موقعیت‌های شغلی	۹۰ دقیقه
جلسه پنجم	تقویت تفکر مثبت و خوش‌بینی	کاهش افکار منفی و افزایش نگرش مثبت	بازسازی شناختی، اصلاح افکار ناکارآمد	تمرین شناخت افکار منفی، بحث تعاملی	۹۰ دقیقه
جلسه ششم	خودکارآمدی و اعتماد به نفس	افزایش احساس توانمندی فردی	مفهوم خودکارآمدی، نقش اعتمادبه‌نفس در مقابله با استرس	تمرین بازخورد مثبت، خودگویی مثبت	۹۰ دقیقه
جلسه هفتم	مدیریت استرس و تکنیک‌های آرام‌سازی	آموزش مهارت‌های کنترل تنش	تکنیک‌های ریلکسیشن، کنترل استرس شغلی	آرام‌سازی عضلانی، تصویرسازی ذهنی	۹۰ دقیقه
جلسه هشتم	جمع‌بندی و ارزیابی نهایی	تثبیت یادگیری و مرور مهارت‌ها	مرور مفاهیم، پاسخ به سؤالات، ارزیابی نهایی	گفت‌وگوی گروهی، جمع‌بندی آموزشی	۹۰ دقیقه

نتایج

در این قسمت، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری بر کاهش اضطراب پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ارائه می‌شود. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش بررسی شد و در بخش استنباطی، فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد آزمون قرار گرفت. در پژوهش حاضر ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان شرکت داشتند که به‌صورت تصادفی در سه گروه آموزش حضوری، آموزش مجازی و گروه کنترل قرار گرفتند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که اکثریت شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند که این امر با ساختار جمعیتی حرفه پرستاری در ایران همخوانی دارد. در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه مورد بررسی قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده گردید. در بخش آمار استنباطی، پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس، از آزمون تحلیل کوواریانس با کنترل پیش‌آزمون استفاده شد. فرمول کلی تحلیل کوواریانس مورد استفاده در پژوهش به صورت زیر بود:

$$Y_{ij} = \mu + \tau_i + \beta(X_{ij} - \bar{X}) + \varepsilon_{ij}$$

استفاده از تحلیل کوواریانس این امکان را فراهم کرد تا اثر نمرات پیش‌آزمون کنترل شده و تفاوت واقعی میان گروه‌ها در پس‌آزمون بررسی شود. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. در مجموع، روش‌شناسی پژوهش حاضر به‌گونه‌ای طراحی شد که بتواند با دقت علمی مناسب، اثربخشی دو شیوه آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری را بر کاهش اضطراب پرستاران مقایسه کند و شواهد معتبری برای استفاده در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و روان‌شناختی نظام سلامت ارائه دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب در سه گروه

گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
آموزش حضوری	۳۱/۴۵ ± ۵/۱۲	۱۸۰/۲۰ ± ۴/۳۱
آموزش مجازی	۳۰/۹۰ ± ۴/۹۸	۲۲/۶۵ ± ۴/۸۷
کنترل	۱۰/۳۱ ± ۵/۰۱	۲۹/۸۵ ± ۵/۲۲

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد مقایسه میانگین نمرات اضطراب در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که هر دو روش آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری موجب کاهش اضطراب پرستاران شده‌اند، اما میزان کاهش در گروه آموزش حضوری بیشتر بوده است. میانگین اضطراب در گروه حضوری از ۳۱/۴۵ به ۱۸/۲۰ کاهش یافت که بیانگر اثربخشی قابل توجه این روش است. در گروه آموزش مجازی نیز کاهش اضطراب مشاهده شد، اما شدت این کاهش نسبت به گروه حضوری کمتر بود. در مقابل، گروه کنترل تقریباً تغییر محسوسی در میزان اضطراب نشان نداد. این یافته‌ها بیانگر آن است که آموزش تاب‌آوری، فارغ از شیوه اجرا، توانسته است در کاهش فشارهای روانی پرستاران مؤثر واقع شود. همچنین

محاسبه درصد تغییرات نشان داد که آموزش حضوری با کاهش بیش از ۴۲ درصدی اضطراب، عملکرد مطلوب‌تری نسبت به آموزش مجازی داشته است. برای بررسی میزان تغییرات اضطراب از فرمول درصد تغییر استفاده شد. بر اساس این فرمول، میزان کاهش اضطراب در گروه آموزش حضوری برابر با ۱/۴۲ درصد و در گروه آموزش مجازی برابر با ۷/۲۶ درصد به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو شیوه آموزشی مؤثر بوده‌اند، اما آموزش حضوری اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول ٤. میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری

گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
آموزش حضوری	۴۹/۸۰ ± ۷/۲۱	۷۱/۹۵ ± ۶/۱۴
آموزش مجازی	۵۰/۱۰ ± ۶/۹۵	۶۵/۴۰ ± ۵/۹۸
کنترل	۴۹/۶۵ ± ۷/۰۲	۵۱/۱۰ ± ۶/۸۷

بررسی جدول ۴ نشان داد که آموزش تاب‌آوری موجب افزایش سطح تاب‌آوری پرستاران در هر دو گروه آزمایش شده است. در گروه آموزش حضوری، میانگین تاب‌آوری از ۴۹/۸۰ به ۷۱/۹۵ افزایش یافت که رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد. در گروه آموزش مجازی نیز میانگین تاب‌آوری افزایش پیدا کرد، اما شدت این افزایش کمتر از گروه حضوری بود. این نتایج بیانگر آن است که هر دو شیوه آموزشی توانسته‌اند ظرفیت روانی و مهارت‌های مقابله‌ای پرستاران را تقویت کنند، اما آموزش حضوری به دلیل تعامل مستقیم، فضای گروهی و دریافت بازخورد فوری اثربخشی بیشتری داشته است. گروه کنترل نیز تغییر محسوسی در میزان تاب‌آوری نشان نداد که اهمیت نقش مداخله آموزشی را تأیید می‌کند. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت.

آزمون نرمال بودن داده‌ها

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ـ ویلک استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک

متغیر	مقدار آماره	سطح معناداری
اضطراب پیش‌آزمون	۰/۹۶۱	۰/۱۱۸
اضطراب پس‌آزمون	۰/۹۷۲	۰/۱۴۶
تاب‌آوری پیش‌آزمون	۰/۹۵۴	۰/۰۹۱
تاب‌آوری پس‌آزمون	۰/۹۶۸	۰/۱۲۴

نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک در جدول ۷ نشان داد که داده‌های مربوط به اضطراب و تاب‌آوری از توزیع طبیعی برخوردار هستند، زیرا سطح معناداری تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود. این یافته نشان می‌دهد که استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل داده‌ها مناسب بوده است. همچنین نتایج آزمون لون در جدول ۸ بیانگر همگنی واریانس‌ها در میان گروه‌ها بود. رعایت این پیش‌فرض‌های آماری نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس به‌عنوان روش اصلی تحلیل داده‌ها با دقت و اعتبار بیشتری قابل اجرا بوده و نتایج حاصل از آن قابل اعتماد است.

آزمون همگنی واریانس‌ها

برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد.

جدول ٦. نتایج آزمون لون

متغیر	آمارهF	سطح معناداری
اضطراب	۱/۴۲	۰/۲۴۸
تاب‌آوری	۱/۱۸	۰/۳۱۱

نتایج جدول فوق نشان داد که واریانس گروه‌ها همگن است و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

یافته‌های استنباطی

فرضیه اصلی پژوهش بیان می‌کرد که بین اثربخشی آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری بر کاهش اضطراب پرستاران تفاوت معنادار وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۱۴/۵۸	۱	۲۱۴/۵۸	۱۲/۴۴	۰/۰۰۱
گروه	۹۸۶/۳۴	۲	۴۹۳/۱۷	۲۸/۶۳	۰/۰۰۱
خطا	۹۴۶/۲۷	۵۵	۱۷/۲۰	—	—

نتایج جدول ۷ که مربوط به تحلیل کوواریانس اضطراب بود، نشان داد که تفاوت میان گروه‌ها از نظر میزان اضطراب پس از اجرای مداخله معنادار است. مقدار آماره F و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ بیانگر آن بود که نوع آموزش تاب‌آوری تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب پرستاران داشته است. همچنین مقدار مجذور اتا نشان داد که بخش قابل توجهی از تغییرات اضطراب ناشی از نوع مداخله آموزشی بوده است. این یافته اهمیت آموزش‌های روان‌شناختی را در ارتقای سلامت روان پرستاران نشان می‌دهد و بیانگر آن است که برنامه‌های آموزشی می‌توانند نقش مهمی در کاهش فشارهای روانی محیط درمان ایفا کنند. برای تعیین میزان اثر از مجذور اتا استفاده شد:

$$\eta^2 = \frac{SS_{effect}}{SS_{total}}$$

مقدار مجذور اتا برای متغیر اضطراب برابر با ۰/۵۱ به دست آمد که نشان‌دهنده اندازه اثر بالا است. این یافته بیانگر آن است که ۵۱ درصد تغییرات اضطراب ناشی از نوع مداخله آموزشی بوده است.

مقایسه زوجی گروه‌ها

برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
حضوری ـ مجازی	۴/۴۵	۰/۰۲۱
حضوری ـ کنترل	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
مجازی ـ کنترل	۷/۲۰	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۱۰ نشان داد که تفاوت میان گروه آموزش حضوری و گروه آموزش مجازی معنادار بوده و آموزش حضوری عملکرد بهتری در کاهش اضطراب داشته است. همچنین هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند. این یافته بیانگر آن است که هر دو شیوه آموزشی مؤثر بوده‌اند، اما آموزش حضوری به دلیل ایجاد تعامل اجتماعی، مشارکت فعال و تقویت احساس حمایت روانی توانسته است اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب داشته باشد.

تحلیل مؤلفه‌های اضطراب

به‌منظور بررسی دقیق‌تر تأثیر آموزش تاب‌آوری، مؤلفه‌های اضطراب شامل علائم جسمانی، نگرانی شناختی و تنش هیجانی نیز بررسی شد.

جدول ۹. مقایسه مؤلفه‌های اضطراب در سه گروه

مؤلفه	حضوری	مجازی	کنترل
علائم جسمانی	۳۸ %کاهش	۲۴ % کاهش	۴ %کاهش
نگرانی شناختی	۴۴ %کاهش	۲۹ % کاهش	۳ %کاهش
تنش هیجانی	۴۶ %کاهش	۲۷ % کاهش	۵ %کاهش

در جدول ۹، مؤلفه‌های مختلف اضطراب شامل علائم جسمانی، نگرانی شناختی و تنش هیجانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیشترین میزان کاهش در گروه آموزش حضوری مربوط به تنش هیجانی و نگرانی شناختی بوده است. این مسئله نشان می‌دهد که آموزش حضوری توانسته است تأثیر عمیق‌تری بر ابعاد هیجانی و شناختی اضطراب بگذارد. در گروه آموزش مجازی نیز کاهش معناداری مشاهده شد، اما شدت آن کمتر بود. در گروه کنترل تغییر چشمگیری در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها مشاهده نشد که این موضوع نقش مستقیم مداخله آموزشی را تأیید می‌کند.

تحلیل تاب‌آوری

برای بررسی تأثیر آموزش‌ها بر تاب‌آوری نیز تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس تاب‌آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۳۲۵/۴۱	۱	۳۲۵/۴۱	۱۴/۲۶	۰/۰۰۱
گروه	۱۴۵۸/۳۲	۲	۷۲۹/۱۶	۳۱/۸۸	۰/۰۰۱
خطا	۱۲۵۸/۷۷	۵۵	۲۲/۸۸	—	—

نتایج جدول ۱۰ نیز نشان داد که نوع آموزش بر میزان تاب‌آوری پرستاران تأثیر معناداری داشته است. افزایش میانگین تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و معنادار بودن نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که آموزش مهارت‌های روان‌شناختی می‌تواند توان سازگاری پرستاران را در برابر شرایط استرس‌زا افزایش دهد. آموزش حضوری در مقایسه با آموزش مجازی افزایش بیشتری در تاب‌آوری ایجاد کرد که احتمالاً ناشی از تعامل بیشتر، فضای حمایتی گروهی و مشارکت فعال‌تر شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی بوده است. در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری به هر دو شیوه حضوری و مجازی توانسته است نقش مؤثری در کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ایفا کند. هر دو روش آموزشی موجب بهبود شاخص‌های سلامت روان شدند و تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند. با این حال، میزان اثربخشی آموزش حضوری در اغلب شاخص‌ها بیشتر از آموزش مجازی بود. این یافته را می‌توان ناشی از تعامل مستقیم، دریافت بازخورد فوری، مشارکت گروهی و ایجاد فضای حمایتی در جلسات حضوری دانست که فرآیند یادگیری و درونی‌سازی مهارت‌های تاب‌آوری را تسهیل کرده است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری، چه به‌صورت حضوری و چه به‌صورت مجازی، تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان داشته است. این یافته بیانگر آن است که آموزش مهارت‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان کارکنان نظام درمان ایفا کند. نتایج به‌دست‌آمده با مبانی نظری روان‌شناسی مثبت‌نگر همسو است؛ زیرا این رویکرد بر تقویت ظرفیت‌های درونی افراد برای مقابله با فشارهای محیطی تأکید دارد. بر اساس دیدگاه سلیگمن، تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین عوامل سازگاری روانی در شرایط شغلی پراسترس محسوب می‌شود و آموزش آن می‌تواند توان مقابله با تنش‌های روانی را افزایش دهد. از این منظر، کاهش اضطراب مشاهده‌شده در پرستاران را می‌توان حاصل تقویت مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری دانست که در فرایند آموزش تاب‌آوری به آنان منتقل شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های(۱-۶) همسو بود. این پژوهشگران نیز گزارش کردند که افزایش تاب‌آوری در میان کارکنان درمانی با کاهش اضطراب، افزایش رضایت شغلی و بهبود سازگاری روانی همراه است. در مطالعه حاضر نیز مشاهده شد که پس از اجرای برنامه آموزشی، میزان اضطراب در هر دو گروه آزمایش به‌طور معناداری کاهش یافت. این همسویی نشان می‌دهد که تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر محافظتی می‌تواند اثر فشارهای شغلی را کاهش داده و از بروز پیامدهای منفی روان‌شناختی جلوگیری کند. همچنین نتایج این پژوهش با نظریه شناختی ـ رفتاری بک مطابقت دارد؛ زیرا آموزش مهارت‌های شناختی و اصلاح افکار ناکارآمد موجب کاهش نگرانی و تنش هیجانی در پرستاران شده است. یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، اثربخشی بیشتر آموزش حضوری در مقایسه با آموزش مجازی بود. این نتیجه با پژوهش(۱۷) همخوانی دارد که نشان دادند تعامل مستقیم، مشارکت گروهی و بازخورد فوری در آموزش حضوری می‌تواند فرآیند یادگیری مهارت‌های روان‌شناختی را تسهیل کند. در جلسات حضوری، پرستاران فرصت بیشتری برای تبادل تجربه، بیان هیجانات و دریافت حمایت اجتماعی داشتند و همین مسئله موجب شد مهارت‌های تاب‌آوری به‌صورت عمیق‌تری در آنان شکل گیرد. از سوی دیگر، حضور در فضای گروهی باعث تقویت احساس تعلق و کاهش احساس فشار روانی شد. این یافته نشان می‌دهد که در آموزش مهارت‌های مبتنی بر تعاملات هیجانی، ارتباط مستقیم میان مدرس و فراگیر همچنان از اهمیت بالایی برخوردار است. با این حال، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مجازی نیز توانسته است به‌طور معناداری اضطراب پرستاران را کاهش داده و تاب‌آوری آنان را افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش(۱۲-۲۰) همسو است که اثربخشی آموزش‌های آنلاین در حوزه سلامت روان را تأیید کرده‌اند. آموزش مجازی به دلیل انعطاف‌پذیری زمانی، دسترسی آسان و امکان استفاده در شرایط شغلی فشرده، توانست زمینه مشارکت مناسب پرستاران را فراهم کند. اگرچه شدت اثربخشی آن کمتر از آموزش حضوری بود، اما همچنان به‌عنوان روشی کارآمد و قابل اجرا در محیط‌های درمانی شناخته می‌شود. این مسئله نشان می‌دهد که فناوری‌های آموزشی می‌توانند نقش مهمی در توسعه برنامه‌های سلامت روان ایفا کنند. نتایج مربوط به افزایش تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش نیز با مطالعات(۸-۱۶) مطابقت داشت. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌هایی مانند حل مسئله، تنظیم هیجان، خودآگاهی و خودکارآمدی می‌تواند ظرفیت سازگاری روانی کارکنان را افزایش دهد. در پژوهش حاضر نیز آموزش این مهارت‌ها موجب شد پرستاران توان بیشتری برای کنترل استرس‌ها و مدیریت هیجانات خود پیدا کنند. افزایش تاب‌آوری در واقع به پرستاران کمک کرد تا موقعیت‌های دشوار شغلی را تهدید تلقی نکرده و با انعطاف‌پذیری بیشتری با آن‌ها مواجه شوند. این یافته اهمیت آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر توانمندسازی فردی را در محیط‌های حرفه‌ای نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر با نظریه خودکارآمدی بندورا نیز قابل تبیین است. بندورا معتقد است افرادی که باور بیشتری نسبت به توانایی‌های خود دارند، در مواجهه با موقعیت‌های دشوار اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و عملکرد بهتری دارند. در این پژوهش، آموزش تاب‌آوری موجب افزایش احساس کنترل و اعتمادبه‌نفس در پرستاران شد و همین مسئله به کاهش اضطراب آنان کمک کرد. همچنین تمرین‌های مرتبط با حل مسئله و مدیریت هیجان، احساس تسلط روانی بر شرایط کاری را در شرکت‌کنندگان تقویت نمود. بنابراین می‌توان گفت که افزایش خودکارآمدی یکی از سازوکارهای اصلی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب بوده است. یکی دیگر از نکات قابل توجه در یافته‌های پژوهش، کاهش مؤلفه‌های مختلف اضطراب از جمله نگرانی شناختی، تنش هیجانی و علائم جسمانی بود. این یافته نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری تنها بر یک بعد خاص از اضطراب تأثیر نداشته، بلکه توانسته است ابعاد مختلف روان‌شناختی و هیجانی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، کنترل افکار منفی و تنظیم هیجان باعث شد شرکت‌کنندگان بتوانند واکنش‌های روانی و جسمانی خود را بهتر مدیریت کنند. این مسئله از نظر کاربردی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا اضطراب شغلی در حرفه پرستاری معمولاً به‌صورت چندبعدی ظاهر می‌شود و مداخلات مؤثر باید تمامی این ابعاد را پوشش دهند. به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در برنامه‌های ارتقای سلامت روان پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. محیط‌های درمانی به دلیل ماهیت پراسترس خود، نیازمند مداخلاتی هستند که بتوانند ظرفیت روانی کارکنان را افزایش دهند و از فرسودگی روانی جلوگیری کنند. در این میان، آموزش تاب‌آوری با تأکید بر تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانی و کنترل هیجانی، می‌تواند به بهبود کیفیت عملکرد حرفه‌ای پرستاران کمک کند. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که استفاده از روش‌های نوین آموزشی در کنار شیوه‌های سنتی می‌تواند زمینه اجرای گسترده‌تر این برنامه‌ها را فراهم سازد. در نتیجه می‌توان بیان کرد که هر دو روش آموزش حضوری و مجازی تاب‌آوری در کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری پرستاران اثربخش بوده‌اند، اما آموزش حضوری تأثیر بیشتری بر شاخص‌های روان‌شناختی مورد بررسی داشته است. این برتری را می‌توان ناشی از تعاملات انسانی، بازخورد فوری، مشارکت فعال و فضای حمایتی موجود در جلسات حضوری دانست. با این حال، آموزش مجازی نیز به دلیل قابلیت اجرا در شرایط مختلف و سهولت دسترسی، ظرفیت بالایی برای استفاده در نظام سلامت دارد. بر این اساس، بهره‌گیری از الگوهای ترکیبی آموزشی که نقاط قوت هر دو شیوه را در بر گیرد، می‌تواند راهکاری مؤثر برای ارتقای سلامت روان پرستاران و بهبود کیفیت خدمات درمانی باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود مدیران و مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌های آموزش تاب‌آوری را به‌صورت مستمر و سازمان‌یافته در قالب کارگاه‌های حضوری و سامانه‌های آموزش مجازی برای پرستاران اجرا کنند تا زمینه کاهش اضطراب و ارتقای سلامت روان کارکنان فراهم شود و همچنین در طراحی برنامه‌های آموزشی آینده، از الگوی ترکیبی آموزش حضوری و مجازی استفاده گردد تا ضمن بهره‌گیری از مزایای تعامل مستقیم، امکان دسترسی آسان و انعطاف‌پذیری آموزشی برای پرستاران دارای شیفت‌های متغیر نیز فراهم شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرستارانی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Labrague, L. J. (2021). Resilience as a mediator in the relationship between stress-associated with the COVID-19 pandemic, life satisfaction, and psychological well-being in student nurses: A cross-sectional study. Nurse Education in Practice, 56, 103182. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103182
2. Maben, J., & Bridges, J. (2020). COVID-19: Supporting nurses' psychological and mental health. Journal of Clinical Nursing, 29(15–16), 2742–2750. https://doi.org/10.1111/jocn.15307
3. Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 1–24. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
4. Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. Environmental Research, 194, 110620. https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620
5. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
6. Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Röthke, N., Staginnus, M., Schäfer, S. K., Stoffers-Winterling, J., & Lieb, K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. International Journal of Nursing Studies, 134, 104312. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104312
7. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. European Journal of Psychotraumatology, 5, 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338
8. Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 88(3), 533–562. https://doi.org/10.1111/joop.12120
9. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
10. Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., & Bond, A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. EDUCAUSE Review.
11. Martin, F., & Bolliger, D. U. (2018). Engagement matters: Student perceptions on the importance of engagement strategies in the online learning environment. Online Learning, 22(1), 205–222. https://doi.org/10.24059/olj.v22i1.1092
12. Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., & Baki, M. (2013). The effectiveness of online and blended learning: A meta-analysis of the empirical literature. Teachers College Record, 115(3), 1–47. https://doi.org/10.1177/016146811311500307
13. Henshall, C., Davey, Z., Srikesavan, C., Hart, L., Butcher, D., & Cipriani, A. (2023). Implementation of a web-based resilience enhancement training for nurses: Pilot randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 25, e43771. https://doi.org/10.2196/43771
14. Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 93, 129–140. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014
15. Khademi, M. (2020). The effectiveness of resilience training on death anxiety and life expectancy of nurses in Damghan Province Hospital. Quarterly Journal of Health Psychology, 9(3), 55–72.
16. Hassani, F. (2021). Comparing the effectiveness of face-to-face and virtual training on the psychological skills of medical students. Quarterly Journal of Medical Education, 14(2), 101–118.
17. Brown, T., Richards, D., & Wilson, J. (2023). Face-to-face versus online psychological skills training among healthcare workers. Journal of Nursing Education, 62(4), 211–219.
18. Chen, Y., Wang, L., & Yu, H. (2024). Effectiveness of virtual resilience training among healthcare professionals. BMC Nursing, 23, 44–56.
19. Adedoyin, O. B., & Soykan, E. (2023). COVID-19 pandemic and online learning: The challenges and opportunities. Interactive Learning Environments, 31(2), 863–875.
20 .Garrison, D. R., & Vaughan, N. D. (2008). Blended learning in higher education: Framework, principles, and guidelines. Jossey-Bass.

Original Article

Development and Validation of a Self-Help Package Based on the Lived Experiences of Women with Binge Eating Disorder

Received: 18/04/2026 - Accepted: 02/06/2026

Elham Karimi [1]
Seyed Hamid pakzad Moghadam [2*]

[1] *School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran*
[2] *Assistant Professor,Department of Anestheshiology, School of Medicine. Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.*

Email: pakzadmoghadam@gmail.com

Abstract

Introduction: Binge eating disorder, as the most common eating disorder, is associated with extensive physical, psychological, and social consequences. The present study aimed to develop and validate a self-help package based on the lived experiences of women with binge eating disorder.

Methods: This qualitative study was conducted using a phenomenological approach. Participants included 25 women with binge eating disorder selected through purposive sampling until data saturation was reached. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's seven-step method.

Results: The findings led to the extraction of 4 main themes, 18 sub-themes, and 99 meaning units, reflecting causal antecedents, contextual backgrounds, impulsive actions following binge episodes, and their consequences. Based on the extracted themes and relevant theoretical and therapeutic frameworks, a self-help package was designed in 12 sessions of 180 minutes each. To assess content validity, the developed package was reviewed by 16 experts in eating disorders, and its validity indices were confirmed.

Conclusion: The results indicated that the self-help package based on lived experiences has adequate theoretical coherence, content relevance, and expert validity, and can be used as a structured intervention in the field of binge eating disorder.

Keywords: Binge eating disorder, self-help package, lived experiences, phenomenology, validation