مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش مراقبت ویژه

**سهیلا سلمانیان[۱]، دانشجوی دکتری روانشناسی**
*** شیدا جبل عاملی[۲]، دکتری روانشناسی**
**مریم مقیمیان[۳]، دکتری پرستاری**
**فریبا ارجمندی[۴]، متخصص پزشکی اجتماعی**

خلاصه

**هدف.** پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های تهران انجام شد.

**زمینه.** افزایش بهزیستی پرستاران و کیفیت زندگی حرفه‌ای آنها موجب بهبود رابطه پرستار-بیمار می‌شود و عملکرد بیمارستان‌ها را از نظر سازمانی ارتقاء می‌دهد. ارائه مداخلات درمانی روان‌شناختی به این دسته از کادر تیم مراقبتی درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

**روش کار.** این پژوهش از نوع تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود و جامعه آماری، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. تعداد ۴۵ پرستار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از طریق تخصیص تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. هر سه گروه در مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز (فرم کوتاه)، و پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای کیفیت زندگی کاری والتون را تکمیل کردند. سپس گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، مداخله را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته؛ و گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس، مداخله را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه بر اساس پروتکل دریافت کردند. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها.** قبل از مداخله، بیشترین نمره کیفیت زندگی حرفه‌ای در گروه کنترل مشاهده شد. در پایان مداخله، نمرات کیفیت زندگی حرفه‌ای در هر سه گروه افزایش یافت، و تفاوت معنادار آماری بین گروه‌ها مشاهده نشد. در زمینه بهزیستی روان‌شناختی، بیشترین نمرات قبل از مداخله در گروه مداخله مبتنی بر ذهنی سازی وجود داشت (میانگین ۸۵/۸۶ با انحراف معیار ۶/۵۶). پس از مداخله، میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌هایی که مداخله دریافت کردند بیشتر از گروه کنترل بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه به نظر می‌رسد جلسات آموزشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس تفاوت معناداری در بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش مراقبت ویژه ایجاد نمی‌کنند و برای بررسی تاثیر این مداخلات نیاز به پژوهش‌های بیشتری است.

**کلیدواژه‌ها**: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی حرفه‌ای، پرستار، بخش مراقبت ویژه

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی — گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲ استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی — گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: Jabalameli.sh@gmail.com
۳ استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی — مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف-آباد، دانشگاه ازاد اسلامی، نجف اباد، ایران
۴ استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی — مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

## مقدمه

رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه شاخه‌ای اختصاصی از رشته پرستاری است که از طریق بهینه‌سازی مراقبت‌های پرستاری از بیماران بدحال و نیازمند به مراقبت‌های ویژه، تقویت مبانی مدیریتی، آموزشی، پژوهشی، اخلاق و رفتار حرفه‌ای، می‌تواند موجب کاهش موارد مرگ و عوارض بیماری در بخش‌های مراقبت ویژه شود (خوش‌کشت، ۲۰۲۱). پرستاری به عنوان یکی از حرفه‌های پراسترس اعلام شده است و از ۱۳۰ شغل مورد مطالعه، پرستاری؛ رتبه ۲۷ را در مراجعه به پزشک به دلیل مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی کسب کرده است (لامبرت و همکاران، ۲۰۰۷).

پرستارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه مشغول به کار هستند، بیشترین استرس را تحمل می‌کنند، زیرا همیشه باید آماده باشند (لامبرت و همکاران، ۲۰۰۷). تحولات در زمینه فناوری و به دنبال آن، تغییرات سبک زندگی که با سرعت بسیار زیادی در جریان است، موجب تفاوت‌های عمده‌ای در نیازهای بشر امروزه شده است. یکی از اساسی‌ترین این موارد، تغییراتی است که در نیازهای روان‌شناختی و خلق افراد ایجاد شده است. همچنین، همه شرایط و اوضاع، زمینه‌ساز افسردگی، دوری‌گزینی، غیر همدل بودن، و آسیب به خود است (لامبرت و همکاران، ۲۰۰۷). پرستاران، به‌ویژه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، نیز متاثر از این شرایط هستند. لاندا و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود با عنوان رابطه بین هوش هیجانی، استرس شغلی و سلامت در پرستاران، که بر روی ۱۸۰ پرستار انجام شد نشان دادند پرستارانی که وضوح و ترمیم عاطفی بالایی دارند، استرس کمتری را گزارش می‌کنند، در حالی که کسانی که امتیازات بالایی در توجه به احساسات دارند، فشارهای بیشتری را تجربه می‌کنند. در این مطالعه همچنین، رابطه مثبتی بین سن، مدت خدمت و استرس پیدا شد. دلیل اصلی این که حرفه پرستاری در زمیه مشاغل سخت قرار گرفته است، تنش‌های زیادی است که آنها در محیط کار خود با آن روبرو هستند که می‌تواند تاثیری منفی بر خلق‌وخو، عملکرد شغلی، و کیفیت زندگی آنها داشته باشد (مشتاقی و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو می‌توان به تاثیری که میزان تاب‌آوری در پرستاران به عنوان نزدیک‌ترین فرد کادر درمان به بیمار در سلامت جسم و روان و حل مشکلات آنان دارد اشاره کرد (موسوی، ۲۰۲۰).

شناسایی متغیرهایی تقویت‌کننده بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای ضروری به‌نظر می‌رسد. بهزیستی روان‌شناختی احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی است (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸). سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان "حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی، و نه صرفا فقدان بیماری" تعریف می‌کند. برای بهزیستی روان‌شناختی، ۶ مؤلفه پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، و تسلط بر محیط را در نظر گرفته‌اند (کیس، شموتکین، و ریف، ۲۰۰۲). شواهد تجربی نشان داده‌اند که بهزیستی روان‌شناختی، علاوه بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی، باعث بهبود عملکرد شغلی و کیفیت مراقبت بالینی نیز می‌شود (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). پژوهش دیگری نشان داد که بین عوامل پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی، فعالیت‌های اجتماعی روزانه، و نحوه عملکرد فرد رابطه وجود دارد (اولیوندو، ۲۰۰۴).

کیفیت زندگی حرفه‌ای به عنوان واکنش‌ها و پاسخ‌های سازمانی به نیازهای کارکنان در نظر گرفته شده است که به آنها اجازه می‌دهد به طور کامل در تصمیم‌گیری‌هایی که به منظور زندگی کاری در سازمان طراحی می‌شود، مشارکت داشته باشند که در نهایت، موجب رفاه و بهزیستی آنها می‌گردد. مؤلفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی حرفه‌ای که در پرسشنامه والتون در نظر گرفته شده‌اند شامل جبران خدمت منصفانه و کافی، محیط ایمن و بهداشتی، فرصت‌های مداوم رشد و امنیت، قانون‌گرایی در سازمان، وابستگی متقابل اجتماعی، فضای کلی زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی، و توسعه قابلیت‌های انسانی هستند.

با توجه به نقش پرستاران در زمینه مراقبت و درمان، و بهبود و ارتقای سلامت جامعه، روشن است که باید از نیرو، توانمندی، و سلامت جسمی و روانی مطلوب برخوردار باشند. ارتقای بهزیستی روان‌شناختی با آموزش امکان‌پذیر است. در این پژوهش، دو مورد از درمان‌های نسل جدید در حوزه روان‌شناسی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس) که به نظر می‌رسد در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای موثر هستند مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی در سال ۱۹۹۸ برای درمان بیماران مبتلا به شخصیت مرزی ابداع کردند و به مرور به طور گسترده‌تر برای تعدادی از اختلال‌های روانی توسعه یافت. ذهنی‌سازی فرآیندی است که به وسیلهٔ آن، فرد به طور خودکار و کنترل‌شده به شناخت از خود و دیگران دست پیدا می‌کند. حس کردن

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

احساس‌های دیگران و خود، فرد را قادر می‌سازد با یکپارچه‌سازی شناخت خود و شناخت روابط با دیگران، فقدان، تروما و احساس‌های ناراحت‌کننده از قبیل ناامیدی، خشم، غم، اضطراب، شرم و گناه را مدیریت کند. ظرفیت ذهنی‌سازی به عنوان کارکرد بازتابی، توانایی درک حالت ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی، به ویژه در روابط دلبستگی ایجاد می‌شود و زیربنای رفتارهای آشکار است. در واقع، ذهنی‌سازی یک رویکرد درمانی ساختاریافته است و هدف آن نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند. ذهنی‌سازی شامل طیف گسترده ای از عملیات شناختی از جمله حضور، درک، شناخت، توصیف، تفسیر، شبیه‌سازی، به یادآوردن، تامل و پیش‌بینی است (عینی، نریمانی، و صادقی موحد، ۱۳۹۸).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس از دسته درمان‌های تنظیم هیجان است که گراس آن را براساس مدل کیفیت تولید هیجان ارائه کرده است (گراس و جان، ۲۰۰۷). هیجان، واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی هستند که فرصتی مهم یا چالش‌برانگیز تلقی می‌شوند و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (کارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). ممکن است درمان‌هایی از قبیل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی که طیف گسترده‌ای از عملیات شناختی را دربر می‌گیرند و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان که شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده، تقاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها، شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، آموزش‌های راهبرد حل مسئله، مهارت‌های بین فردی (گفتگو اظهار وجود و حل تعارض)، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و همچنین، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن (مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس) و در نهایت، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه درمان را شامل می‌شود بتوانند نقش مهمی در ارتقای سطح بهزیستی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران، به‌ویژه پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه، داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های تهران انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود و جامعه آماری، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. پژوهشگر با کسب کد اخلاق و گرفتن مجوز پژوهش، تعداد ۴۵ پرستار از بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، شریعتی، قلب تهران و بانک ملی را به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود انتخاب کرد و از طریق تخصیص تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) قرار داد. معیارهای ورود شامل داشتن مدرک لیسانس یا کارشناسی ارشد پرستاری، شاغل در بخش مراقبت ویژه، و دامنه سنی ۲۲ تا ۵۰ سال بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت در ۲ جلسه یا بیشتر، عدم همکاری در طول مداخله، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، و ابتلا به بیماری ناتوان‌کننده بودند.

داوطلبان پس از دادن رضایت کتبی شرکت در طرح، پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز (فرم کوتاه)، و پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای کیفیت زندگی کاری والتون را تکمیل کردند. جهت عدم ارتباط و عدم دریافت آموزش‌ها توسط پرستاران گروه کنترل، پرسشنامه‌ها در مصاحبه فردی و جهت عدم تداخل ساعت کار پرستاران، آموزش‌ها به صورت آنلاین با تعیین وقت قبلی اجرا شد. جلسات مداخله بر اساس جدول آموزش ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی (جدول شماره ۱) و پروتکل آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس (جدول شماره ۲) برگزار شدند. گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، مداخله را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته؛ و گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس، مداخله را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه بر اساس پروتکل دریافت کردند. به دلیل شیفت در گردش بودن پرستاران، دوران پاندمی کرونا و کاهش زمان رفت‌وآمد، و به منظور حفظ ایمنی، جلسات به صورت برخط برگزار شدند. با توجه به اینکه مداخلات درمانی در این پژوهش از درمان‌های روان‌شناختی بودند، این مداخلات براساس پروتکل اجرایی توسط پژوهشگر در هر دو گروه مداخله به صورت آنلاین سر وقت تعیین شده به صورت صوتی و تصویری اجرا شد.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

جدول شماره ۱: محتوای جلسات آموزش ذهنی‌سازی براساس پروتکل درمانی بتمن و فوناگی

| جلسه | محتوا |
|---|---|
| **اول** | خوشامدگویی، ایجاد رابطه درمانی، ذهنی سازی چیست؟ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد، شکل‌گیری و مزایای ذهنی‌سازی و معرفی شیوه درمان، شرح مختصری از مدل درمان و مداخله، بیان اهداف جلسات، تاکید بر حضور در جلسات و ارائه تکلیف خانگی (معرفی کتاب ذهنی‌سازی). |
| **دوم** | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری، علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران، حساسیت‌های بین فردی، ارائه تمرین، شفاف‌سازی تفسیرهای مراجع، و ارائه تکلیف خانگی (تهیه فهرست مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری). |
| **سوم** | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، توصیف انواع هیجانات، هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه، چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات و ذهنی‌سازی هیجانات و ارائه روش‌های آرمیدگی و ارائه تکلیف خانگی (تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالت هیجانی در دیگران، خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند). |
| **چهارم** | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی، اهمیت روابط دلبستگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی و تعارض‌های دلبستگی و ارائه تکالیف خانگی. |
| **پنجم** | مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی، بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، آموزش و تمرین ذهنی‌سازی، جنبه دلبستگی درمان ذهنی‌سازی، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، اهمیت ایجاد روابط دلبستگی با بالین‌گر و ایجاد ارتباط با دیگران و ارائه تکالیف خانگی. |
| **ششم** | مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، پرسش در مورد مشکلات و شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده در جلسات، حمایت‌گری، رفتار همدلانه و روشن‌سازی و آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد، ذهنی‌سازی رویدادهای مطرح‌شده و ارائه تکالیف خانگی. |
| **هفتم** | مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، بررسی و کشف مراجع به درک و شناخت جدیدش و احساس کنونی مشترک بین مراجع و درمانگر در هر لحظه از جلسه (شناسایی تمرکز عاطفی درمان‌جو در ارتباط با جلسه کنونی، ذهنی‌سازی در اینجا و اکنون) و تکلیف خانگی. |
| **هشتم** | خلاصه و بازبینی، نتیجه‌گیری و بستن جلسه. |

داده‌ها توسط فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) فرم کوتاه، و پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون (۱۹۷۳) جمع‌آوری شدند. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) فرم کوتاه، مشتمل بر ۱۸ گویه با مولفه‌های خودمختاری، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. گویه‌های این پرسشنامه براساس مقیاس هفت درجه‌ای از "کاملا مخالف" تا "کاملا موافق" پاسخ داده می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های این پرسشنامه در مطالعه جوشانلو و قائدی، ۲۰۰۹) بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۰ محاسبه شده است. پایایی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی در مطالعه بیانی و همکاران (۲۰۰۸) مورد ارزیابی قرار گرفته است. پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون (۱۹۷۳) شامل ۳۲ گویه و دارای هشت عامل پرداخت کافی و منصفانه، محیط ایمن و بهداشتی، تامین فرصت رشد و امنیت، قانون‌گرایی در سازمان، وابستگی اجتماعی زندگی کاری، فضای کلی زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی، و توسعه قابلیت‌های انسانی است. طیف نمره‌گذاری گویه‌های این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از "خیلی کم" تا "خیلی زیاد" متغیر است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

جدول شماره ۲: پروتکل آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس

| جلسه | محتوا |
|---|---|
| اول | آشنایی و ارزیابی، ایجاد رابطه متقابل و توضیح مراحل درمان و جلسات و گرفتن تعهد شفاهی شرکت در جلسات و تکلیف خانگی |
| دوم | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها و تکلیف خانگی |
| سوم | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خودتنظیمی فرد، تکلیف خانگی |
| چهارم | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)، تکلیف خانگی |
| پنجم | مروری بر بحث جلسه قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه و تکلیف خانگی |
| ششم | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها بر حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد ارزیابی مجدد، و تکلیف خانگی |
| هفتم | مروری بر بحث جلسه قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس، تکلیف خانگی |
| هشتم | مروری بر بحث جلسه قبل، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه، ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف |

## یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ پرستار شرکت داشتند که ۴۲ نفر از آنها زن بودند. بین گروه‌های مداخله و کنترل، از نظر ویژگی‌های دموگرافیـک، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک گروه

| گروه | درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی | درمان مبتنی بر تنظیم هیجان | کنترل | |
|---|---|---|---|---|
| متغیر | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | نتیجه آزمون |
| **جنس** | | | | |
| زن | ۱۴ (۹۳/۳) | ۱۵ (۱۰۰/۰) | ۱۳ (۸۶/۷) | df=۲, $\chi^2$=۰/۳۴۳, P=۰/۶۰ |
| مرد | ۱ (۶/۷) | ۰ (۰/۰) | ۲ (۱۳/۳) | |
| **سن (سال)** | | | | |
| ۲۰ تا ۳۰ | ۴ (۲۶/۷) | ۵ (۳۳/۳) | ۲ (۱۶/۶) | |
| ۳۰ تا ۴۰ | ۳ (۲۰/۰) | ۶ (۴۰/۰) | ۵ (۴۱/۷) | df=۴, $\chi^2$=۰/۵۱۲, P=۰/۶۰ |
| ۴۰ تا ۵۰ | ۸ (۵۳/۳) | ۴ (۲۶/۷) | ۵ (۴۱/۷) | |
| **وضعیت تاهل** | | | | |
| متاهل | ۶ (۴۰/۰) | ۷ (۴۶/۷) | ۶ (۵۰/۰) | df=۲, $\chi^2$=۰/۸۶۶, P=۰/۸۶ |
| مجرد | ۹ (۶۰/۰) | ۸ (۵۳/۳) | ۶ (۵۰/۰) | |
| **مدرک** | | | | |
| کارشناسی | ۱۲ (۸۰/۰) | ۱۲ (۸۰/۰) | ۹ (۷۵/۰) | df=۲, $\chi^2$=۰/۹۳۸, P=۰/۹۷ |
| کارشناسی ارشد | ۳ (۲۰/۰) | ۳ (۲۰/۰) | ۳ (۲۵/۰) | |

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

بر اساس نتایج این پژوهش (جدول شماره ۴)، قبل از جلسات درمانی، بالاترین نمرات کیفیت زندگی شغلی در گروه کنترل مشاهده شد (میانگین نمره ۸۲/۶۳ با انحراف معیار ۱۴/۳۵)، اما تفاوتی بین سه گروه از نظر نمره کیفیت زندگی حرفه‌ای وجود نداشت. پس از مداخله، میانگین نمرات کیفیت زندگی شغلی در هر سه گروه افزایش یافت، اما این افزایش، در بین سه گروه، از نظر آماری اختلاف معناداری نداشت.

قبل از مداخله، بیشترین نمره بهزیستی روان‌شناختی در گروه مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی مشاهده شد (میانگین نمره ۸۵/۸۶ با انحراف معیار ۶/۵۶). پس از مداخله، اگرچه میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی در هر دو گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

جدول شماره ۴: مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه های مورد در مطالعه

| گروه | درمان مبتنی بر ذهنی-سازی | درمان مبتنی بر تنظیم هیجان | کنترل | |
|---|---|---|---|---|
| متغیر | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | نتیجه آزمون |
| **کیفیت زندگی حرفه‌ای** | | | | |
| **قبل از مداخله** | ۷۵/۳۳ (۲۲/۳۵) | ۷۴/۲۶ (۱۱/۸۶) | ۸۲/۶۳ (۱۴/۳۵) | P=۰/۳۲ |
| **پس از مداخله** | ۷۷/۴۰ (۲۳/۰۸) | ۷۶/۰۶ (۱۲/۸۰) | ۸۵/۱۶ (۱۴/۰۶) | P=۰/۳۶ |
| **تغییرات** | ۲/۰۰ (۱/۳۰) | ۱/۷۸ (۱/۴۲) | ۳/۰۰ (۱/۰۰) | P=۰/۲۲ |
| **بهزیستی روان‌شناختی** | | | | |
| **قبل از مداخله** | ۸۵/۸۶ (۶/۵۶) | ۸۴/۵۷ (۸/۱۹) | ۸۰/۹/۰۰ (۱۴/۰۶) | P=۰/۴۷ |
| **پس از مداخله** | ۸۸/۵۶ (۶/۵۶) | ۸۳/۵۳ (۷/۰۶) | ۸۱/۰۰ (۱۱/۲۵) | P=۰/۲۱ |
| **تغییرات** | -۰/۴۶ (۹/۵۲) | -۱/۱۴ (۱۲/۰۸) | ۴/۰۰ (۱۳/۰۰) | P=۰/۶۴ |

## بحث

هدف این پژوهش مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر کیفیت زندگی حرفه‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب تهران بود. نتایج نشان داد که اگرچه این جلسات آموزشی با افزایش کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه همراه بود، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبودند. در مطالعه فرهنگیان و همکاران (۲۰۲۱)، درمان مبتنی بر تنظیم هیجانات بر سلامت روان و استرس شغلی پرستاران تاثیر مثبت و معنی‌داری داشت. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های مطالعه حاضر باشد، یافت نشد. در مطالعات قبلی، درباره بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (اولیوندو، ۲۰۰۴)، بین بهزیستی روانی و عملکرد شغلی رابطه معناداری وجود دارد، و بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای عملکرد شغلی باشد (کاووسی و همکاران، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان منجر به نتایج مثبتی می‌شود که باعث بهبود وضعیت جسمی و روان‌شناختی نظیر کاهش اضطراب و افسردگی می‌گردد و روابط اجتماعی را با سایر افراد در محیط کار بهبود می‌دهد، و در کل، وضعیت سلامت عمومی فرد را ارتقاء می‌دهد (فرهنگیان و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین، بین عوامل بهزیستی روان‌شناختی و فعالیت‌های اجتماعی روزانه افراد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ پژوهشگران نشان دادند که بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد و افزکادرایش رضایت شغلی و کاهش غیبت از کار رابطه مثبت و معنادار دارد (توفی و همکاران، ۱۹۹۶). ارتباطی قوی بین سطح مطلوب موفقیت شادکامی، و بهزیستی روان‌شناختی با موفقیت شغلی و روابط اجتماعی وجود دارد (هولمبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). در مقابل، نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (موسوی، ۲۰۲۰). به نظر نوولس (۲۰۱۰)، شرایط محیط کار، نقش تعیین-

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

کننده‌ای در کیفیت بهزیستی پرستاران دارد و بهبود شاخص‌های محیط کار می‌تواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی پرستاران کمک کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، و پذیرش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می شود، و زمینه برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجارب در زمان حال فراهم می‌گردد تا به شیوهای منطبق با ارزش‌های‌شان عمل کنند (اکبری زرگر و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از مؤلفه‌های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش ذهن‌آگاهی است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت است که رضایت فرد را از زندگی بالا می‌برد و کیفیت زندگی را ارتقاء می‌بخشد (اکبری زرگر و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از متغیرهای تعیین‌کننده سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان، بخش کاری آنها است (محمدی و صدری، ۱۳۹۹). در مطالعه‌ای که در این راستا توسط کاووسی و همکاران (۲۰۱۴) با هدف مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و عادی در بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع) در شهر مشهد انجام شد، یافته‌ها نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و بخش‌های عادی به صورت معنی‌داری متفاوت است. مطالعه حاضر نیز در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب شهر تهران انجام شد. با توجه به اینکه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با بیماران بسیار بدحال در ارتباط هستند؛ این خود باعث ایجاد تنش در آنها خواهد شد، لذا به نظر می‌رسد که پرستاران، به ویژه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، سعی می‌کنند بخشی از این تنش‌ها را از طریق ارتباط مثبت با دیگران کاهش دهند. در محیط کاری پرستاران نیز کیفیت ارتباطات عامل تعیین کننده‌ای در ممانعت از ایجاد تعارض به شمار می‌آید و می‌تواند کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی را بهبود بخشد و کیفیت زندگی را ارتقاء دهد (پیکو، ۱۹۹۹).

در این مطالعه بعد از هشت جلسه روان‌درمانی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، تغییرات معناداری از نظر آماری مشاهده نشد. با توجه به محدودیت‌های دوران همه‌گیری کرونای، دسترسی سخت به پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، و به منظور جلوگیری از گسترش ویروس کرونا، و همچنین، به دلیل شیفت در گردش بودن پرستاران، و برای کاهش زمان رفت‌وآمد و حفظ ایمنی، تکمیل پرسشنامه‌ها و جلسات روان‌درمانی به صورت برخط صوتی و تصویری برگزار گردید، که این می‌تواند به عنوان نقطه قوت این مطالعه محسوب شود.

## نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد جلسات آموزشی روش‌های درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان براساس مدل فرآیندی گراس باعث بهبود کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود، اما این بهبودی از نظر آماری معنادار نیست. یافته‌های این پژوهش می‌تواند پایه‌ای برای برنامه‌ریزی در زمینه برطرف نمودن استرس‌های شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و ارتقای سلامت روان آنها باشد. با توجه به این که کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری، افزایش هزینه‌های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می‌شود، لذا توجه بیشتری به این مقوله مهم سلامت پرستاران می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و خدمات درمانی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه موثر باشد.

## تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی با شناسه اخلاق پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان به شماره IR.IAU.FALA.REC.1400.057 است که بدون دریافت هرگونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص انجام شده است. بدین وسیله از کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان امام خمینی (ره)، شریعتی، و بیمارستان مرکز قلب تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان بانک ملی که در این پژوهش شرکت کردند قدردانی می‌شود. همچنین، از مسئولان محترم که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

## منابع فارسی

خوش‌کشت. خلاقیت در مراقبت: نشریه مراقبت سرطان. دوره ۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰: ۲-۱.
اکبری زرگر نگار، حقایق عباس، جهانیان سعید، جبل عاملی شیدا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به آریتمی قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق. دوره ۱۰، شماره ۱، ۱۴۰۰: ۷۱-۶۲.
هادیان صفورا، جبل عاملی شیدا. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب. دانشور پزشکی، دوره ۲۷، شماره ۱، ۱۳۹۹: ۲۸-۱۹.

## منابع انگلیسی

AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. Journal of nursing scholarship. 2004;36(1):73-8.
Bayani aa, kouchaki am, bayani a. Reliability and validity of ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2 (53)):-.
Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2015;2(1):53-65.
Einy S, Narimani M, Sadeghi Movahed F. Comparing the effect of mentalization-based therapy and cognitive analytical therapy on ego strength and defense mechanisms of people with borderline personality disorder. Ofogh-e-Danesh. 2019;25(4 #b001212):-.
Farhangian S, MIHANDOOST Z, AHMADI V. The Efficacy of Emotion Regulation Therapy on Aggression Reduction, Job Stress and General Health in Nurses. Quarterly Journal Of Nursing Management. 2021;9(4 #ng0084):-.
Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. European journal of personality. 2002;16(5):403-20.
Gross J, John O. Handbook of regulation emotion. New York: Guilford Press; 2007.
Joushanlou m, ghaedi gh. Psychometric characteristics of "personal growth initiative" scale in university students. International journal of behavioral sciences. 2009;3(2):-.
Holmberg S, Thelin A, Stiernström E-L. Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. European Journal of Psychological Assessment. 2004;20(4):227-36.
Kavoosi Z, Ghaderi AR, Moeenizadeh M. Psychological well-being and job performance of nurses at different wards. Research in clinical Psychology and Counseling. 2014;4(1):175-94.
Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology. 2002;82(6):1007.
Knowles J. Establishing a sustainable nursing workforce. Nursing Management. 2010;17(4).
Mohammadi N, Sadri Damirchi E. Comparing the mental health and happiness among nurses oLambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. Nursing & health sciences. 2007;9(2):120-6.
Landa JMA, López-Zafra E, Martos MPB, del Carmen Aguilar-Luzon M. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2008;45(6):888-901.
Mohammadi N, Sadri Damirchi E. Comparing the mental health and happiness among nurses of psychiatric and physical wards. Daneshvar Medicine. 2020;25(4):73-80.
Moshtaghi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Salayani F. Associations between Resilience and Quality of Life in Nurses: The Mediating Role of Emotional Expressivity. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2020;30(191):53-65.
Mousavi Sa. Investigating The Relationship Between The Dimensions Of Nurses' Psychological Health With Resilience. 2020.
Pikó B. Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. The journal of the Royal Society for the Promotion of Health. 1999;119(3):156-62.
Ryff CD, Singer B. Human health: New directions for the next millennium. Psychological Inquiry. 1998;9(1):69-85.
Tofi T, Flett R, Timutimuthorpe H. Problems faced by pacific island students at university in New Zealand: some effects on academic performance and psychological wellbeing. New Zealand Journal of Educational Studies. 1996;31(1):51-9.
Uliondo A. Predictors of general and daily subjective well-being. Unpublished Post Graduate Diploma of Psychology thesis. 2004.
VanVoorhis CW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tu-

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

torials in quantitative methods for psychology. 2007;3(2):43-50.
Warrender D. Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2015 Oct;22(8):623-33.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۰
Cardiovascular Nursing Journal, 10(1), 2021

Original Article

# Comparison of the effect of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on psychological well-being and quality of work-life of nurses in intensive care units

**Soheila Salmanian[1], PhD Candidate**
*** Sheida Jabalameli[2], PhD**
**Maryam Moghimian[3], PhD**
**Fariba Arjmandi[4], MD**

**Abstract**

**Aim.** This study was conducted to examine the effect of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on psychological well-being and quality of work-life of nurses in intensive care units.

**Background.** Improving nurses' well-being and satisfaction with their quality of work-life improves the nurse-patient relationship and hospitals' performance from an organizational point of view. It is necessary to provide psychological therapeutic interventions to this crucial group of health care providers.

**Method.** This study was an experimental study (pre-test post-test with control group) in which 45 nurses working in intensive care units of selected Tehran hospitals, Iran, were selected by the convenience sampling method, and assigned to two intervention groups and one control group (15 nurses in each group). Reef's short-term psychological well-being and Walton's 32-item quality of work-life were used to measure dependent variables of the study. Then, mentalization-based therapy group received intervention in 8 sessions of 90 minutes as one session per week; and the treatment group based on emotion regulated therapy based on the Gross process model received the intervention in 8 sessions of 90 minutes, one session per week based on the protocol. No intervention was implemented for the control group. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS software.

**Findings.** Before the intervention, there were the highest scores for quality of work-life in the control group. At the end of the study and after the intervention, the scores of quality of work-life increased in all three groups, and no statistical significant difference was found between the groups. Before the intervention, the highest scores for psychological well-being was observed in the mentalization-based therapy group. (85.86±6.56), and after the intervention, although the psychological well-being scores of both interventions groups were higher than that of control group, but this diferrence was not statistically significant.

**Conclusion.** Based on the findings of this study, it seems that training sessions of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model improve the quality of work-life in nurses working in intensive care units, but the improvement was not statistically significant.

**Keywords:** Mentalization-based therapy, Emotion-regulated therapy, Psychological well-being, Quality of work-life, Nurse, Intensive care unit

1 PhD Candidate of Psychology Islamic Azad University - - Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology Islamic Azad University - - Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (*Corresponding Author) email: Jabalameli.sh@gmail.com
3 Assistant professor, Department of Nursing Islamic Azad University - - Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
4 Clinical Research Development Center Islamic Azad University - - Clinical Research Development Center—Islamic Azad University, Najafabad, Iran

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04 ]